



Efficacy of compassion-focused therapy on distress tolerance, rumination, and depression in mothers of children with intellectual disabilities

Roya Kokabi Moghadam¹ , Mehrdad Mohamadiyan² 

1. Graduate of Psychology, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran. E-mail: royakokabi47@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran. E-mail: mhm@iaut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 09 February 2025

Received in revised form 10 March 2025

Accepted 14 April 2025

Published Online 22 December 2025

Keywords:

compassion-focused therapy,
depression,
rumination,
psychological distress,
intellectual disability

ABSTRACT

Background: Mothers of children with intellectual disabilities face numerous psychological challenges, including low distress tolerance, rumination, and depression. These factors can negatively impact their quality of life and caregiving performance. Compassion-focused therapy, as a novel psychotherapeutic approach, focuses on increasing self-compassion and reducing self-criticism, which may help improve these variables. However, there have been limited studies examining the effectiveness of this therapy on distress tolerance, rumination, and depression in this specific group.

Aims: The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on distress tolerance, rumination, and depression in mothers of children with intellectual disabilities.

Methods: The research design was semi-experimental, using a pretest-posttest method with a control group. The statistical population included all mothers of children with intellectual disabilities registered with the Welfare Organization of Marand who had care and support files for their children. A total of 40 mothers were selected using the available sampling method and responded to the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996), the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), and the Rumination Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Data were analyzed using covariance analysis in SPSS version 26.

Results: The results showed that the therapeutic compassion approach significantly reduced depression in mothers of children with intellectual disabilities ($p < 0.05$). Additionally, this therapeutic method significantly affected the reduction of rumination and psychological distress in these mothers ($p < 0.05$).

Conclusion: These results indicate that this therapeutic approach can be used as an effective intervention to enhance the mental health and quality of life of these mothers. Utilizing this therapy in counseling and psychotherapy centers can help reduce psychological burden and improve the caregiving performance of this group.

Citation: Kokabi Moghadam, R., & Mohamadiyan, M. (2025). Efficacy of compassion-focused therapy on distress tolerance, rumination, and depression in mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Psychological Science*, 24(154), 223-240. [10.52547/JPS.24.154.223](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.223)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 154, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.154.223](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.223)



✉ **Corresponding Author:** Roya Kokabi Moghadam, Graduate of Psychology, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran.

E-mail: royakokabi47@gmail.com, Tel: (+98) 9378863495

Extended Abstract

Introduction

Mothers of children with intellectual disabilities (ID) face a unique set of psychological, emotional, and social challenges that can significantly impact their mental health and overall well-being. Caring for a child with ID often involves prolonged periods of stress, uncertainty, and emotional strain, which can lead to increased levels of depression, anxiety, and psychological distress (Raneberg & MacCallum, 2024). Furthermore, the constant need for caregiving may result in reduced distress tolerance and heightened rumination, as these mothers frequently reflect on their struggles and perceived inadequacies (Carter et al., 2021). These challenges not only affect the mothers' mental health but also have cascading effects on their ability to provide effective care for their children.

Depression is one of the most prevalent mental health issues among caregivers of individuals with disabilities. Studies indicate that mothers of children with ID are at a higher risk of developing depressive symptoms compared to mothers of typically developing children (Monroe et al., 2022). The chronic nature of caregiving responsibilities, coupled with societal stigma and limited support systems, exacerbates feelings of helplessness and hopelessness (Carter et al., 2023). Additionally, rumination—a repetitive focus on negative thoughts and emotions—has been identified as a key mediator in the development and maintenance of depressive symptoms in this population (Aldao et al., 2010). Rumination perpetuates cycles of negative thinking, further diminishing the mother's capacity to cope with daily stressors effectively.

Distress tolerance, defined as the ability to endure negative emotional states without engaging in impulsive or harmful behaviors, plays a critical role in determining how caregivers respond to stressful situations (Linehan, 2015; Íñigo et al., 2023). Mothers of children with ID often exhibit lower levels of distress tolerance due to the persistent demands of caregiving and the lack of respite opportunities (Kaufmann et al., 2021). This reduced tolerance increases their vulnerability to emotional

dysregulation and exacerbates existing mental health problems.

In recent years, compassion-focused therapy (CFT) has emerged as a promising intervention for addressing the complex psychological needs of caregivers. Developed by Paul Gilbert, CFT integrates elements of evolutionary psychology, neuroscience, and mindfulness to cultivate self-compassion and reduce self-criticism (Gilbert, 2014). By fostering a sense of warmth, kindness, and understanding toward oneself, CFT aims to enhance emotional regulation, improve interpersonal relationships, and promote overall well-being (Cousineau et al., 2019). Evidence suggests that CFT can be particularly beneficial for populations experiencing chronic stress, such as caregivers of individuals with disabilities (Leaviss & Uttley, 2021). Despite its potential benefits, there remains a paucity of research examining the effectiveness of CFT specifically for mothers of children with ID. While some studies have explored the application of CFT in other caregiving contexts, such as dementia care (Rimington et al., 2024), its utility for this particular group requires further investigation. Addressing this gap in the literature is essential to developing targeted interventions that address the unique challenges faced by these mothers.

The present study seeks to contribute to this growing body of knowledge by evaluating the effectiveness of CFT on three key outcomes: distress tolerance, rumination, and depression. By employing a rigorous semi-experimental design with pretest and posttest measures, this study aims to provide empirical evidence regarding the therapeutic value of CFT for mothers of children with ID. Such findings could inform the development of tailored interventions designed to improve the mental health and quality of life of these caregivers, ultimately enhancing their capacity to provide compassionate and sustainable care for their children.

Method

The research method used in the present study was a quasi-experimental design with pretest and posttest measures, including a control group. The statistical population consisted of all mothers of children with intellectual disabilities who were members of the

Marand Welfare Organization and had care and support files for their children. Using the available sampling method, 40 mothers of children with intellectual disabilities were selected from this group. The inclusion criteria included having a child with severe intellectual disability (as diagnosed by a specialist), providing informed consent to participate in the research process and complete the questionnaires, and being literate (with at least basic reading and writing skills to respond to questionnaire questions and complete related tasks). The exclusion criteria included irregular participation in educational sessions (absence from two consecutive sessions or three non-consecutive sessions in the educational classes) and failure to complete the assignments provided during the educational sessions.

Results

In the analysis of the demographic characteristics of the study sample, the frequency distribution of age and educational level of participants in both the experimental and control groups is presented separately. According to the data, in the experimental group, the highest frequency is observed in the age range of 36 to 45 years (7 individuals, 35%), while in the control group, the highest frequency belongs to the same age range (9 individuals, 45%). Additionally, in both groups, the lowest frequency corresponds to the age group of less than 25 years. The distribution of educational levels among participants is also provided. The highest frequency in the experimental group is for those with a diploma or lower education (9 individuals, 36%), and similarly, in the control group, it belongs to the same category (8 individuals, 40%). A bachelor's degree is the second most common educational level in both groups, with no significant difference in frequency between the groups. Furthermore, only one individual from each group has an educational level of postgraduate or higher.

Table 1. Results of the analysis of covariance of the differences in adjusted means of group training based on psychological distress tolerance for mothers of disabled children

Source	SS	df	Ms	F	Sig
Model	297416.11	2	297416.11	301	0.001
Group	30483.119	1	30483.119	104	0.001
Error	2004.521	37	51.52	-	
Total	491273	40	14785.43	307	0.001

The results of the post-test analysis of covariance, with the pre-test effect removed, are presented between the two groups. Based on the results outlined in the table above, the obtained F-value (104.738) for the difference between the groups is significant at an error level smaller than 0.01, with 99% confidence. Therefore, it can be concluded that group-based compassion-focused therapy has a significant impact on reducing rumination in mothers of children with intellectual disabilities.

Additionally, the results of the post-test analysis of covariance, with the pre-test effect removed, are presented between the two groups. According to the findings in the table, the obtained F-value (91.528) for the difference between the groups is significant at an error level smaller than 0.01, with 99% confidence. Consequently, it can be stated that group-based compassion-focused therapy plays an influential role in reducing rumination in mothers of children with intellectual disabilities.

Furthermore, based on the table, the F-statistic for total depression scores in the post-test (15.93) is significant at the 0.01 level, indicating a significant difference between the two groups in terms of depression levels. As per the reported effect size of 0.52, the changes observed in depression scores can be attributed to the application of group-based compassion-focused therapy for reducing depression in mothers of children with intellectual disabilities.

Table 2. Bonferroni post hoc test to examine the interaction between groups on the research variables

Group	Mean Differences	Sd	Sig
Experiment	5.13	3.12	0.001
Control	8.72	3.79	0.001

Given the positive mean differences and the fact that the mean score of the treatment group was lower than that of the control group, it can be concluded that the treatment method was effective in reducing the scores of the research variables in mothers with intellectually disabled children. This indicates that the intervention successfully contributed to a decline in the measured outcomes among the participants in the treatment group compared to the control group.

Conclusion

The findings of this study provide compelling evidence for the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving the mental health and psychological well-being of mothers of children with intellectual disabilities. Specifically, CFT demonstrated significant reductions in depression, rumination, and psychological distress while enhancing distress tolerance among participants. These results align with previous research highlighting the therapeutic benefits of CFT in addressing emotional regulation challenges and fostering self-compassion (Gilbert, 2014). By cultivating a compassionate mindset, mothers were better equipped to manage their negative emotions and respond more adaptively to caregiving stressors. This underscores the potential of CFT as a valuable intervention for caregivers who face chronic psychological burdens.

Moreover, the study highlights the critical role of self-compassion in mitigating the adverse effects of caregiving on mental health. Mothers of children with intellectual disabilities often experience heightened levels of self-criticism and guilt, which can exacerbate depressive symptoms and rumination. CFT addresses these issues by encouraging participants to develop kindness and understanding toward themselves, thereby reducing maladaptive patterns of thinking and behavior. The observed improvements in distress tolerance further suggest that CFT helps caregivers build resilience against emotional dysregulation, enabling them to navigate challenging situations with greater ease. These findings have important implications for the development of targeted interventions aimed at promoting mental health and well-being in this population.

Despite the promising outcomes, it is essential to acknowledge the limitations of this study. First, the sample size was relatively small, which may limit the generalizability of the findings to broader populations. Additionally, the use of self-report measures introduces the possibility of response bias, potentially affecting the accuracy of the data. Future studies could address these limitations by employing larger, more diverse samples and incorporating objective measures of mental health outcomes.

Furthermore, longitudinal research designs would allow for a deeper understanding of the long-term effects of CFT on caregivers' mental health and caregiving performance.

In conclusion, this study contributes to the growing body of evidence supporting the application of CFT in caregiving contexts. The results indicate that CFT can be an effective tool for improving the mental health and quality of life of mothers of children with intellectual disabilities. By integrating CFT into existing mental health services and caregiver support programs, professionals can help alleviate the psychological burden experienced by these individuals and enhance their capacity to provide compassionate care. Ultimately, the promotion of self-compassion and emotional resilience through CFT has the potential to transform the caregiving experience, fostering healthier relationships between caregivers and their children while contributing to a more supportive societal framework for families affected by intellectual disabilities.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the dissertation of the first author in the field of Psychology. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate all the parents in the study.



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

رویا کوبکی مقدم^۱، مهرداد محمدیان^۲

۱. دانش آموخته روانشناسی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

۲. استادیار، گروه علوم اجتماعی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

شفقت درمانی،

افسردگی،

نشخوار فکری،

پریشانی روانی،

کم توانی ذهنی

زمینه: مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با چالش های روانی متعددی از جمله تحمل پریشانی پایین، نشخوار فکری و افسردگی مواجه هستند. این عوامل می توانند بر کیفیت زندگی و عملکرد مراقبتی آنها تأثیر منفی بگذارند. درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک رویکرد روان درمانی نوین، بر افزایش خودشفقتی و کاهش انتقاد از خود تمرکز دارد و ممکن است به بهبود این متغیرها کمک کند. با این حال، مطالعات محدودی به بررسی اثربخشی این درمان بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی در این گروه خاص پرداخته اند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تحت پوشش اداره بهزیستی مرند بود که برای فرزندان خود پرونده مراقبت و حمایت داشتند و از میان آنها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند کم توان ذهنی انتخاب شد و به پرسشنامه های افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، مقیاس تحمل پریشانی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارلو، ۱۹۹۱) پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد رویکرد شفقت درمانی به طور معناداری باعث کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی شد ($P < ۰/۰۵$). همچنین این روش درمانی در کاهش نشخوار فکری و پریشانی روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی به طور معناداری اثر داشت ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: نتایج حاکی از آن است که رویکرد درمان مبتنی بر شفقت می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در جهت ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی این مادران به کار گرفته شود. استفاده از این درمان در مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی می تواند به کاهش بار روانی و بهبود عملکرد مراقبتی این گروه کمک کند.

استناد: کوبکی مقدم، رویا؛ و محمدیان، مهرداد (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۴، ۲۲۳-۲۴۰.

DOI: [10.52547/JPS.24.154.223](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.223) ۱۴۰۴، شماره ۱۵۴، دوره ۲۴



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: رویا کوبکی مقدم، دانش آموخته روانشناسی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران. رایانامه: royakokabi47@gmail.com

تلفن: ۰۹۳۷۸۸۶۳۴۹۵

مقدمه

ناتوانی های ذهنی و یا جسمی اختلالات فیزیولوژیکی طولانی مدت هستند که به طور قابل توجهی بر توانایی کودک در انجام فعالیت های زندگی روزمره مانند تغذیه مستقل، برقراری ارتباط و جابه جایی تأثیر می گذارد. شیوع ناتوانی های ذهنی و رشدی در کشورهایی با درآمد بالا از ۱ تا ۴ درصد کودکان می باشد؛ هر چند این میزان در ایالات متحده تا ۱۵ درصد تخمین زده شده است (موکاینو و همکاران، ۲۰۲۰). تولد کودکان با نیازهای ویژه^۱، همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین به همراه دارد. مراقبت های پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می تواند سازگاری خانواده های دارای کودکان با نیازهای ویژه را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی از قبیل محدودیت های اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد نماید (کارتر و همکاران، ۲۰۲۳؛ آلن و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^۲ کم توانی ذهنی در برگیرنده آسیب های در زمینه توانمندی های هوش کلی و عملکرد سازشی در سه حوزه شناختی، اجتماعی - کارکردی و عملی است و نوعی ناتوانی است که با محدودیت های چشمگیر در دو حوزه کارکرد هوش و رفتار سازش همراه است. این اختلال قبل از ۱۸ سالگی آغاز می گردد (گنجی، ۱۳۹۶). تولد یک کودک کم توان ذهنی، بهداشت روانی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و ممکن است زمینه ساز پیامدهای نامطلوب برای تمام اعضای خانواده باشد و سازش یافتگی، سلامت جسمانی و روانی والدین، به خصوص مادران را تهدید می کند و غالباً می تواند پیامدهای منفی از جمله افزایش بیماری های جسمانی مثل دردهای مزمن و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را به دنبال داشته باشد (میلارد و همکاران، ۲۰۲۳). برخی از والدین حس بی ارزشی، عدم عزت نفس، احساس گناه، عملکرد جسمی و روانی مختل شده و خستگی را تجربه می کنند (کوسینو و همکاران، ۲۰۱۹). تولد یک کودک کم توان ذهنی در یک خانواده و عدم کنترل پیامدهای آن، آسیب های روانی متعددی بر والدین و به ویژه مادران تحمیل می کند، مادر ممکن است دچار احساس گناه شود و نشانه هایی از جمله ترس، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را تجربه کند (ماسون و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی های انجام

شده در این خصوص نشان داده اند که معمولاً مادران کودکان کم توان ذهنی اضطراب و افسردگی (میلارد و ویتکوسکی، ۲۰۲۳)، احساس گناه و سطح سلامت عمومی پایین را تجربه می کنند. از طرفی نگرانی در مورد شیوه های فرزندپروری و یا عدم آگاهی در این زمینه بر مهارت های مقابله ای و سلامت روانی مادران تأثیرگذار است که باعث افزایش مشکلات روان شناختی آن ها می شود. این مسئله می تواند به عملکرد بد نظام خانواده و به طور کلی فرزندپروری نامناسب منجر گردد (نف و همکاران، ۲۰۲۳). طی دو دهه گذشته نشخوار فکری^۳، به عنوان سازه مهم در فهم چگونگی ایجاد و تداوم خلق افسرده مورد توجه برخی محققان قرار گرفته است. پژوهش ها نشان داده اند این نوع تفکر در برخی اختلال های هیجانی نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر مشاهده می شود (سیموس، ۲۰۱۹). نشخوار فکری، دسته ای از افکار آگاهانه هستند که حول محور مشخص می چرخند و بدون تقاضاهای محیطی وابسته به آن ها، تکرار می شوند. این افکار تکرار شونده اند، مانع حل مسئله می شوند و به افزایش افکار منفی می انجامند. نشخوار ذهنی پدیده ای صفت گونه و ثابت است و به عنوان نوعی سبک پاسخ مطرح است که موجب تمرکز و توجه شخص به علل، معنا و نتایج علائم افسردگی می گردد و این پدیده پنج ویژگی، ثابت، صفت گونه بودن، تمرکز بر خود، تکراری بودن و عود کنندگی را دارد (آبلا و هانکین، ۲۰۱۹). فرد دچار نشخوار فکری، بیشتر درگیر مرور خاطرات منفی خود است. او وقایع را منفی تفسیر میکند و از این رورضایت خاطر او از زندگی کاهش می یابد و دیدگاهی بدبینانه نسبت به زندگی پیدا می کند. این حالت ها باعث تشدید خلق افسرده می شوند. افسردگی، ترکیبی از احساس غمگینی، تنهایی، تحریک پذیری، بی ارزشی و ناامیدی و گناه را با آرایه ای از نشانه های جسمی به همراه دارد و محققان به طور مکرر از ارتباط بین نشخوارگری و افسردگی حمایت کرده اند (تراژر و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی پیامدهای منفی نشخوار ذهنی شامل عاطفه منفی و علائم افسردگی شدید و طولانی مدت، تفکر با سوگیری منفی، کمبود انگیزه، اختلال در تمرکز و شناخت، افزایش استرس عنوان شده است. همچنین نشخوار فکری باعث کاهش رفتارهای مؤثر و انطباقی می شود و افرادی که در چرخه نشخوار فکری گرفتار شده اند، رفتارهایی را

1. Special Needs

2. DSM-5

3. Rumination

که باعث ایجاد حس کنترل و دریافت تقویت از سوی دیگران می شود را کمتر انجام می دهند و این حالت باعث درماندگی و ناامیدی بیشتر آن ها می شود (کواکس و همکاران، ۲۰۲۰). ممکن است مادران دارای فرزند کم توان ذهنی از خطای ذهنی فاجعه سازی استفاده کنند و شرایط را بسیار وحشتناک و غیر قابل تحمل تفسیر کنند و از طریق ارزیابی مبالغه آمیز و غیر عقلانی، به احساس درماندگی، ناتوانی در حل مشکل و افسردگی برسند. وجود کودک کم توان ذهنی به خودی خود پیامدهای روانی زیادی به دنبال دارد که سلامت روان همه اعضای خانواده به ویژه مادر را تهدید می کند. اما در این شرایط، خطاهای شناختی فاجعه انگاری و نشخوار فکری به عنوان دو عامل تعیین کننده می تواند منجر به تشدید و تداوم افسردگی و اضطراب در مادران شوند (امینی و همکاران، ۱۳۹۷).

از جمله وضعیت روانی دیگری که ممکن است مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با آن روبرو شوند، پریشانی روانی^۱ است. تحمل پریشانی^۲ به میزان مقاومت فرد در مقابل ناراحتی های هیجانی اطلاق می شود (احمدی و رئیس، ۱۳۹۷) و به توانایی تحمل موقعیت های روانشناختی منفی دلالت می کند (سیمونز و گاهر، ۲۰۲۲). کاهش سطح پریشانی روانی یکی از نشانه های روانشناختی مهم در خانواده های دارای فرزند معلول است که در رابطه با توانایی پردازش موقعیت های روانشناختی، نمایان می شود. آشفتگی ممکن است حاصل فرایندهای جسمانی و ذهنی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات عاطفی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه احساسات منفی نمایان می شود (مولدس و همکاران، ۲۰۲۰). افراد دارای سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را طاقت فرسا و غیر قابل قبول ارزیابی می کنند و در نتیجه برای رفع این حالت هیجانی منفی، تلاش می کنند، ولی اکثر مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی شان نیستند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). کاهش سطح تحمل پریشانی با پاسخ های سازش نایافته نسبت به تنش، شامل منتظر فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن است (برایانت و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه تأثیر استرس بر متغیرهای روانی به سطح تحمل پریشانی فرد وابسته است، هر چه فرد به جای به کارگیری روش های ناکارآمد، از اصول، باورها و ارزش هایی که به آنها

اعتقاد دارد استفاده کند، قادر به افزایش سطح تحمل پریشانی خود خواهد شد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از مداخلاتی که می تواند برای این بیماران مفید واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۳ است. در طول سالیان گذشته، توجه فزاینده ای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب شناسی، روان شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (موسوی و همکاران، ۱۴۰۰). گیلبرت اعتقاد دارد شفقت فرایندی چندجانبه و چندبُعدی است که در نتیجه رفتارهای مراقبتی والدین رشد می کند (گیلبرت، ۲۰۰۷). افراد مشفق و مهرورز هنگام شکست به جای انکار نواقص یا بزرگ نمایی نقایص و سرزنش و انتقاد خود، آنها را می پذیرند و نقص و شکست را مشترک همه انسانها می دانند (نف، ۲۰۲۳). شفقت و مهرورزی همچنین به عنوان یک توانمندی انسانی مهم تعریف می شود که افراد به کمک این توانمندی می توانند نسبت به خود و دیگران همدرد و همدل بوده و احساس مراقبت داشته باشند (یارنل و نف، ۲۰۲۰). درمان متمرکز بر شفقت با هدف کمک به افراد برای یادگیری مهارت های کلیدی مورد نیاز به منظور توسعه و تقویت ویژگی های شفقت، بهزیستی روان شناختی، تحمل آشفتگی، همدلی و غیرقضاوتی بودن شکل گرفت (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱). این درمان علائم افسردگی، اضطراب، خو دانتقادی مفرط، شرم و رفتارهای سرزنش آمیز و مخرب آنان را کاهش می دهد. در واقع، اصول پایه در «درمان مبتنی بر شفقت» به این موضوع اشاره دارد که افکار، عواطف و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که در برابر این عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در برخورد با درونیات نیز آرام می شود. شفقت به

3. Compassion-Focused Therapy (CFT)

1. Psychological Distress

2. Distress tolerance

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تحت پوشش اداره بهزیستی مزند بود که برای فرزندان خود پرونده مراقبت و حمایت داشتند و از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی بر اساس تشخیص متخصص، داشتن رضایت آگاهانه مادر جهت شرکت در فرایند پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، از نظر تحصیلات باسواد بودن مادر (حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها و انجام تکالیف مربوطه و ملاک‌های خروج عبارت بود از عدم شرکت مرتب در جلسات آموزشی (غیبت دو جلسه مکرر و یا ۳ جلسه نامتواپ در کلاس‌های آموزشی) و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات آموزشی.

(ب) ابزار

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۴ (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). شامل ۲۱ مورد است که هر مورد مربوط به یک علامت افسردگی است، و افراد می‌توانند به صورت خودسنجی جواب دهند. نمرات حاصل از این پرسشنامه می‌توانند شدت افسردگی را از "عدم وجود افسردگی" تا "افسردگی شدید" مشخص کنند. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی ۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱ می‌باشد، همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ بوده است (پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۸). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

خود به عنوان سازه سه مؤلفه ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی^۲ در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی^۳ است (نف، ۲۰۲۳). نکات اصلی در درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود تا عمیقاً بفهمند مشکلاتی که دارند، تقصیر آن‌ها نیست؛ نباید به این خاطر احساس شرم کنند یا دست به سرزنش خود بزنند و در عین حال اهمیت قبول مسئولیت را متوجه شوند (گیلبرت، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند (ریل و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقتانه ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم انداز روانی متعادلی به نام به هوشیاری است (فتح اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶). به هوشیاری یک حالت متعادل آگاهی است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان طور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد (زاروتی و همکاران، ۲۰۲۳). در تمرین های خود شفقتی، بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان شناختی مراجعان کمک کرد (کارتر و همکاران، ۲۰۲۳). با عنایت به موارد گفته شده مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر درمان شفقت بر کاهش پریشانی روانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر دارد؟

1. Self-judgment

2. Common Humanity

3. Over-identification

4. Beck Depression Inventory-II

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTQ): این مقیاس یک شاخص خود سنجی است که توسط سیمون و گاهر (۲۰۰۵) به منظور سنجش توانایی تحمل پریشانی هیجانی ساخته شده است و دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافق = ۱ و کاملاً مخالف = ۵) می باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌های منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی می باشد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در نسخه ایرانی پایایی همسانی درونی برای کل مقیاس، ۷۱/۰ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۴۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۸ به دست آمد. پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری^۲ (RRS): این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارلو در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است و برای ارزیابی نشخوار فکری ۲۲ ماده دارد

که این ماده‌ها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. در این آزمون دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری از جمع همه ماده‌ها محاسبه می شود (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). پاپاجورجیو و ولز (۲۰۱۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و همبستگی درون طبقه ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده اند. گزارش‌ها حاکی از پایایی و اعتبار خرده مقیاس‌ها است (سورنس و همکاران، ۲۰۰۹). فرخی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کردند. به طور کلی یافته‌ها نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی و همسانی درونی مناسبی برخوردارند و برای کاربردهای تشخیصی، درمانی و پژوهشی پیرامون نشخوار فکری ابزار مناسبی می باشد (آقار و همکاران، ۱۴۰۱). در مطالعه حاضر نیز مقدار پایایی برابر با ۰/۸۹ برآورد شد.

پروتکل درمان متمرکز بر شفقت: این پروتکل مبتنی بر نظریات گیلبرت (۲۰۱۴) در هشت جلسه تدوین شده است و به صورت هفته‌ای دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شده است. جزییات مربوط به هر جلسه در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴، به نقل از موسوی و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا «بدون شفقت» شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف،	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های

1. Distress Tolerance Scale

2. Ruminative Response Scale

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد			
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۶ استفاده شد. در ضمن سطح معناداری برای تمامی فرضیه‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در تحلیل ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد مطالعه، به طور جداگانه توزیع فراوانی سن و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات، در گروه آزمایش، ۲ نفر (۱۰ درصد) کمتر از ۲۵ سال، ۲ نفر (۳۰ درصد) در بازه ۲۶ الی ۳۵ سال، ۷ نفر (۳۵ درصد) در بازه ۳۶ الی ۴۵ سال و ۵ نفر (۲۵ درصد) ۴۶ سال

و بیشتر داشتند. در گروه گواه، ۳ نفر (۱۵ درصد) کمتر از ۲۵ سال، ۴ نفر (۲۰ درصد) در بازه ۲۶ الی ۳۵ سال؛ ۹ نفر (۴۵ درصد) در بازه ۳۶ الی ۴۵ سال و ۴ نفر (۲۰ درصد) ۴۶ سال و بیشتر داشتند. توزیع مشارکت‌کنندگان از نظر تحصیلات در گروه آزمایش مربوط به سطح تحصیلات دیپلم و کمتر (۹ نفر، ۳۶٪) ۳ نفر (۸ درصد) فوق دیپلم؛ ۷ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود و در گروه گواه نیز (۸ نفر، ۴۰٪) دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم، ۸ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بود. لیسانس دومین سطح تحصیلات پرجمعیت در هر دو گروه است، اما تفاوت قابل توجهی در فراوانی آن در گروه‌ها وجود ندارد. علاوه بر این، تنها یک نفر از هر دو گروه دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بوده است. در ادامه در قالب جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	گروه آزمایش (پیش‌آزمون)		گروه آزمایش (پس‌آزمون)		گروه گواه (پیش‌آزمون)		گروه گواه (پس‌آزمون)		چولگی	کشدگی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
تحمل	۹/۳۵	۲/۹۳	۱۲/۸۶	۲/۳۸	۱۰/۸۳	۲/۴۱	۱۱/۱۴	۳/۰۶	۰/۲۱	۰/۴۵
جذب	۱۰/۵۹	۲/۴۷	۱۴/۹۱	۲/۰۸	۱۰/۲۳	۱/۷۱	۱۰/۴۱	۲/۲۸	۰/۱۶	۰/۲۳
ارزیابی	۹/۶۳	۲/۸۲	۱۳/۷۴	۰/۹۴	۹/۵۲	۱/۰۳	۹/۹۱	۲/۷۶	۰/۵۳	۰/۷۶
تنظیم	۱۳/۵۸	۲/۱۷	۱۷/۰۴	۲/۲۰	۱۴/۷۸	۱/۲۸	۱۳/۳۶	۲/۶۹	۰/۵۲	۰/۳۴۲
نمره کل تحمل پریشانی	۴۳/۱۵	۵/۷۴	۵۸/۵۵	۴/۱۶	۴۵/۳۶	۳/۵۹	۴۴/۸۲	۶/۰۸	۰/۴۵	۰/۳۴
حواس‌پرتی	۳۲/۶۷	۴/۹۷	۲۶/۱۲	۳/۱۹	۳۱/۷۹	۳/۵۱	۳۰/۹۴	۳/۲۸	۰/۱۰	۰/۱۲
تأمل	۱۵/۶۲	۳/۴۱	۱۱/۰۳	۳/۷۶	۱۶/۱۹	۴/۶۱	۱۶/۰۵	۳/۸۴		
خودخوری	۱۷/۹۳	۲/۱۷	۱۳/۶۲	۲/۵۴	۱۷/۴۱	۳/۴۸	۱۷/۲۹	۴/۰۸		
نمره کل نشخوار فکری	۶۶/۲۲	۵/۳۹	۵۰/۷۷	۵/۱۹	۶۵/۳۹	۳/۳۲	۶۴/۲۸	۶/۷۲		
نمره کل افسردگی	۴۳/۵۱	۴/۹۷	۳۷/۸۲	۳/۶۳	۴۴/۲۶	۱/۵۱	۴۴/۱۷	۳/۰۳		

در مرحله پس آزمون میانگین نمرات متغیرها به طور معنی داری کمتر از گروه گواه است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی در کاهش نمرات در پس آزمون مؤثر بوده اند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیر پیروی درمانی در هر سه گروه که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، نشان داد که داده های گروه ها نرمال می باشد. طبق آزمون لوین، واریانس های سه گروه برابر و متجانس بودند. از این رو فرض همگنی واریانس ها برای این متغیر محقق شد. همچنین چون تعامل معنادار نشان نداد فرض همگنی شیب های رگرسیون تایید شد. جهت بررسی همگونی واریانس ها از آزمون

لون استفاده شد که میزان آن برای پیش آزمون (P-Value= ۰/۳۵۱)، پس آزمون (P-Value= ۰/۲۰۷) حاصل شد که تخطی از همگونی واریانس ها دیده نشد. نتایج آزمون امپاکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار بود (P-Value> ۰/۰۵). آزمون کروییت موخلی برای متغیرها (P-value= ۰/۲۳۱، $\chi^2=27/66$) نیز معنی دار حاصل نشد. پس چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس ها و همگنی شیب های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده آموزش گروهی مبتنی بر تحمل پریشانی روانی مادران دارای فرزند کم توان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۲۹۷۴۱۶/۱۱	۲	۲۹۷۴۱۶/۱۱	۳۰۱/۴۳۷	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۹۰۳/۴۲	۱	۹۰۳/۴۲	۴۰/۷۲۳	۰/۰۰۰
پیش آزمون	۳۸۹۲/۷۴۵	۱	۳۸۹۲/۷۴۵	۸۱/۶۳۷	۰/۰۰۰
گروه	۳۰۴۸۳/۱۱۹	۱	۳۰۴۸۳/۱۱۹	۱۰۴/۷۳۸	۰/۰۰۰
خطا	۲۰۰۴/۵۲۱	۳۷	۵۱/۵۲۸	-	-
کل	۴۹۱۲۷۳	۴۰	۱۴۷۸۵/۷۳۹	۳۰۷/۰۰۴	۰/۰۰۰
کل تصحیح شده	۳۶۲۹/۹۱۷	۳۹	۷۱۱/۰۸۳	۲۴/۹۱۳	۰/۰۰۰
مدل تصحیح شده	۳۲۵۴۵۱/۰۶	۲	۳۱۸۷/۲۱۶	۷۳/۲۴۱	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۷۱۱/۰۸۳	۱	۲۶۷۴۸/۴۷۲	۹۱/۵۲۸	۰/۰۰۰
پیش آزمون	۳۱۸۷/۲۱۶	۱	۴۰/۵۲۹	-	-
گروه	۲۶۷۴۸/۴۷۲	۱			
خطا	۱۵۸۳/۳۸۲	۳۷			
کل	۴۳۴۵۱۲۵	۴۰			
کل تصحیح شده	۳۰۹۲۷/۰۳۴	۳۹			
گروه	۳۰۷۹/۵۱	۳۰۷۹/۵۱	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱	۱ و ۳۹
خطا	۷۰۲/۴۶	۱۷/۹۰			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۱۰۴/۷۳۸) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تأثیر گذار است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۹۱/۵۲۸) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر

از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت در کاهش نشخوار فکری مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تأثیر گذار است.

با توجه به جدول آماره F نمره کل افسردگی در پس آزمون (۱۵/۹۳) در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد و این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد. مطابق اندازه اثر گزارش شده ۰/۵۲ تغییرات ایجاد شده در نمره افسردگی ناشی از کاربست آموزش گروهی مبتنی درمان شفقت بر افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بوده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه‌ها بر متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری	کران پایین	کران بالا
شفقت	آزمایش	۵/۱۳	۳/۱۲	۰/۰۰۱	-۵	۱۴
	گواه	۸/۷۲	۳/۷۹	۰/۰۰۱	۶	۲۲

با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه درمان از گروه گواه کمتر بوده است، بنابراین روش درمان در کاهش نمرات متغیرهای پژوهش در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی مؤثر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی انجام شد. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مؤثر است. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش‌های ادیبی‌زاده و سجادیان (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان و آقاکیبری و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری؛ تا حدودی همسویی و همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خود شفقت‌ورزی به دلیل ارتباط قوی با بهزیستی روانشناختی، انگیزه درونی، خوش بینی و ایجاد توانایی مواجهه به افراد به جای اجتناب ورزی، می‌تواند آسیب‌های روانشناختی را کاسته و به بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد منجر گردد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند با سخت‌گیری کمتری خود را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را آسان‌تر می‌پذیرند و واکنش‌های شان دقیق‌تر و مبتنی بر عملکرد واقعی آن‌ها خواهد بود که این تحولات می‌تواند افزایش امیدواری را سبب شود. کارشناسان نیز بر این باورند که شفقت به خود موجب بهبود احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به بی‌کفایتی و شکست‌های خود می‌شود و فرد می‌پذیرد که تجارب رنج-آور از تجارب معمول بشری است (برایان و همکاران، ۲۰۱۹). هدف درمان متمرکز بر شفقت فعال نمودن سیستم متمرکز بر امنیت است تا مراجع را به رضایت، آرامش و بهزیستی برساند. تمرکز بر هیجانات مثبت باعث می‌شود که هیجانات منفی به حداقل ممکن برسند چرا که ما ظرفیت

محدودی برای توجه به انواع هیجانات داریم (مولدس و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس شفقت به‌عنوان یک هیجان مثبت، می‌تواند باعث ساختن و گسترش دادن شود. به عبارت دیگر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان متمرکز بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفا شدن به آن نیاز داریم می‌باشد. از سویی دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان متمرکز بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش پریشانی روانی داشته باشد. می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت با کاهش افکار واری خود و خودارزیابی‌های منفی، باعث کاهش پریشانی روانی می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت معتقد است بخش عمده‌ای از رنج انسانی حاصل تعامل بین پاسخ‌های انگیزشی و هیجانی بنیادین که قبل از تولد شکل گرفته است (کارکردهای متعلق به مغز قدیم) و توانایی‌های شناختی مغز جدید می‌باشد. بر این اساس افسردگی، اضطراب، نگرانی و وحشت‌زدگی به خاطر توانایی انسان در فکر کردن به شیوه‌ای فراشناختی است (گیلبرت، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مؤثر است. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش‌های آقار و اکرمی (۱۴۰۱) تا حدودی همسویی و همخوانی دارد. در تبیین یافته حاضر و با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است (گیلبرت، ۲۰۱۴). این موازنه‌ی تصمیمی اشاره بر این دارد

که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه‌ی تصمیمی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل منفی روانشناختی (نشخوار فکری) کاهش پیدا می‌کند. مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است.

نکته مهم دیگر این که بسیاری از آنچه در ذهن و مغز ما می‌گذرد، توسط ما طراحی نشده و بنابراین «تقصیر ما نیست». فهم این نکته در درمان متمرکز بر شفقت مهم است. روشن کردن این جنبه در اوقاتی که افراد افسرده‌اند یا احساس می‌کنند که کنترل ذهن خود را از دست داده‌اند، نقشی کلیدی در از بین بردن احساس بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی و خوب نبودن دارد. مغز سرکشی که در طول میلیون‌ها سال تکامل خلق شده، تمایلات ژنتیکی‌مان، حسّی که از خود داریم، و خاطرات هیجانی گوناگونی که در شرایط اجتماعی زندگی خود به‌دست آوردیم، هیچ‌کدام انتخاب ما نبوده است (گیلبرت، ۲۰۰۹). زمانی که صرف کمک به افراد می‌کنیم تا مسئله «تقصیر ما نیست» را درک کنند، واقعاً مفید است و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌ای بسیار عینی و مشفقانه‌تر در مقابل مشکلات خود اتخاذ کنند. از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۱۵). بنابراین استفاده از این راهکارها بیشترین تأثیر را بر نشخوارگری و نگرانی‌های بیماران داراست.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مؤثر است. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت بر افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تأثیر دارد. نتیجه بدست آمده با نتایج پژوهش‌های آفالر و اکرمی (۱۴۰۱)، احدی و همکاران (۱۳۹۸)، شیرالی نیا و همکاران (۱۳۹۷)، ادیبی زاده و سجادیان (۱۳۹۷)، همسویی و همخوانی دارد. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت آن‌ها را افزایش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نشانگان افسردگی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری و سطوح پایین‌تر شفقت با خود (نف، ۲۰۲۳) ارتباط دارند. درمان متمرکز بر شفقت

برای کمک به افرادی که سطوح بالایی از شرم و خودانتقادگری را تجربه می‌کنند طراحی شده است (گیلبرت و آیرون، ۲۰۲۱). خودانتقادگری شامل اشتغال فرد با افکار محکوم‌سازی است. چون افراد افسرده با شدت بالایی از خودانتقادی و نشخوار فکری مواجه هستند، بنابراین انتظار می‌رود این درمان برای افراد افسرده و زنان دارای فرزند کم توان ذهنی که دارای افکار خودانتقادی و افسردگی هستند سودمند باشد. علاوه بر این ذهن‌آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن‌آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند و همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند به ما کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنیم. بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی (برای مثال: داشتن فرزند کم توان ذهنی) در ذهن ایجاد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی (از قبیل افسردگی) در آنها می‌شود. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل پیامدهای منفی (ملند داشتن فرزند کم توان ذهنی) عمل می‌کند.

همچنین در درمان متمرکز بر شفقت از طریق تحریک سیستم امنیت (پیوستگی)، ادراک خطر و تهدیدات در افراد کاهش و در عوض، رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش می‌یابد (ریبل و همکاران، ۲۰۲۳). درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که 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 بر اساس رویکرد سبک تنظیم هیجانی (کواکس و همکاران، ۲۰۲۰)، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید؛ لذا به نظر می‌رسد که به‌واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی فرد کاهش یابد.

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر اثربخش بودن روش درمانی مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، نشخوار فکری و پریشانی روانی، پیشنهاد می شود که مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی، از این رویکرد برای کاهش و بهبود مشکلات روان شناختی افراد استفاده کنند.

این مطالعه، هرچند نتایج قابل توجهی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی به دست آورده است، اما با محدودیت های خارج از کنترل پژوهشگر مواجه بود. ابتدا، حجم نمونه مورد مطالعه کوچک بوده و تنها ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند کم توان ذهنی شرکت کرده اند، که می تواند اثرگذاری نتایج را بر جوامع گسترده تر محدود کند. علاوه بر این، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ممکن است منجر به عدم نمایندگی کامل جوامع هدف شود. همچنین، طول دوره درمانی و مدت زمان پیگیری نتایج کوتاه بوده است، بنابراین امکان بررسی پایداری اثرات درمانی وجود نداشت. از دیگر محدودیت ها می توان به تأثیر متغیرهای غیرقابل کنترل، مانند شرایط محیطی و اجتماعی مادران، اشاره کرد که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر گذاشته باشند.

بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می شود که در مرحله کاربردی، درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی ارائه شود. این نوع درمان می تواند به کاهش بار روانی این گروه و بهبود عملکرد مراقبتی آن ها کمک کند. علاوه بر این، ایجاد برنامه های پشتیبانی گروهی و آموزشی برای افزایش آگاهی مادران درباره مهارت های مدیریت استرس و شفقت به خود، ضروری به نظر می رسد. از لحاظ پژوهشی، پیشنهاد می شود تحقیقاتی با نمونه های بزرگتر و گروه های گوناگون تر انجام شود تا نتایج قابل تعمیم تری به دست آید. همچنین، طراحی مطالعاتی با دوره های پیگیری طولانی مدت برای بررسی پایداری اثرات درمانی ضروری است. در نهایت، توصیه می شود تحقیقات بعدی

تأثیر متغیرهای محیطی و اجتماعی بر عملکرد درمانی را نیز بررسی کنند تا تصویر کامل تری از نقش این عوامل در بهبود وضعیت روانی مادران ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده اول در رشته روانشناسی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان نامه و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از پایان نامه نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمام مادرانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز؛ و جعفری، فریا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، پوست و زیبایی، ۱۰(۱)، ۲۹-۱۸.

<https://jdc.tums.ac.ir/article-1-5369-fa.html>

احمدی، اکرم؛ رئیس، زهره (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۳)، ۷۸-۶۹.

<http://childmentalhealth.ir/article-1-349-fa.html>

ادیبی زاده، نوشین؛ و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کروئرن قلبی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱(۱)، ۱۰۳-۱۱۵.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.13769>

امینی، آرزو.، شریعتمدار، آسیه (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمان دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم ذهنی توان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴)، ۱۹۰-۱۷۱.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.30478.1777>

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۸)، نشر روان.

آقااکبری، لیلا؛ میرزمانی، سید محمود؛ هاشمی رزینی، هادی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰(۱۵۳)، ۸-۱.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4>

آقار، صدیقه؛ اکرمی، لیلا (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و شفقت به خود در مادران دارای کودک کم توان ذهنی خفیف، دو فصلنامه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۱) (پیاپی ۳۸)، ۴۵-۵۷.

<https://www.sid.ir/paper/1045113/fa>

پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعربافچی، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان. نشریه علمی روانشناختی سلامت، ۳(۳)، ۵۲-۳۷.

<https://doi.org/10.30473/hpj.2019.35444.4050>

سعیدی، مژده.، خلعتبری، جواد.، قربان شیروودی، شهره.، و ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق. مجله سلامت جامعه، ۱۴(۱)، ۷۳-۸۳.

<https://doi.org/10.22123/chj.2020.187285.1296>

شیرالی نیا، خدیجه؛ چلداوی، رحیم؛ و امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه، مجله روانشناسی بالینی، ۱۰(۱) (پیاپی ۳۷)، ۸-۱۹.

<https://doi.org/10.22075/jcp.2018.13055.1272>

طاهری، اکبر، مرعشی، سیدعلی، حمید، نجمه، و بشلیده، کیومرث. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان شناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی-رشدی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۸(۱)، ۲۰-۳۳.

<https://sid.ir/paper/992827/fa>

فتح اله زاده، نوشین.، مجلسی، زینب.، مظاهری، زهرا.، رستمی، مهدی.، و نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزاردیده عاطفی. فصلنامه مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهرا (س)، ۱۳(۲)، ۱۲۳-۱۴۲.

<https://doi.org/10.22051/psy.2017.12381.1274>

گنجی، حمزه (۱۳۹۶). *روانشناسی کودکان استثنایی*، ویراست دوم، انتشارات ساوالان، ۷۷-۷۶.

موسوی، سید مرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوادشیر؛ عبدالله زاده، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۹۹)، ۴۶۹-۴۵۳.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.99.8.9>

References

- Adibizadeh, N., & Sajadian, I. (2018). The effectiveness of compassion-based therapy on depression, anxiety, and emotion regulation in patients with coronary heart disease. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(1), 103-115. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.13769> (In Persian)
- Agha Akbari, L., Mirzamani, S. M., & Hashemi Razini, H. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy on distress tolerance and parental stress in mothers of children with learning disabilities in Baharestan city. *Journal of Disability Studies*, 10(153), 1-8. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4> (In Persian)
- Aghalar, S., & Akrami, L. (2022). The effectiveness of compassion-based therapy on depressive symptoms, rumination, and self-compassion in mothers of children with mild intellectual

- disabilities. *Biannual Journal of Clinical Psychology and Personality*, 20(1), 45-57. <https://www.sid.ir/paper/1045113/fa> (In Persian)
- Ahmadi, A., & Raeisi, Z. (2018). The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism spectrum disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 5(3), 69-78. <http://childmentalhealth.ir/article-1-349-fa.html> (In Persian)
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *Self and identity: the journal of the International Society for Self and Identity*, 11(4), 428-453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Translated by Yahya Seyed Mohammadi (2019). Ravan Publications. (In Persian)
- Amini, A., & Shariatmadar, A. (2018). The effectiveness of dialectical behavior therapy on catastrophizing and rumination in mothers of children with intellectual disabilities. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 9(34), 171-190. (In Persian) <https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.30478.1777>
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). an inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*, 52(2), 199-214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *The International journal of eating disorders*, 52(4), 378-387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Carter, A., Steindl, S. R., Parker, S., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2023). Compassion-Focused Therapy to Reduce Body Weight Shame for Individuals with Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 54(5), 747-764. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001>
- Cousineau, T. M., Hobbs, L. M., & Arthur, K. C. (2019). The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children with Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Frontiers in psychology*, 10, 1602. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01602>
- Fathollahzadeh, N., Majlesi, Z., Mazahari, Z., Rostami, M., & Navabi Nejad, S. (2017). The effectiveness of compassion-focused therapy on internalized shame and self-criticism in emotionally abused women. *Quarterly Journal of Psychological Studies at Al-Zahra University*, 13(2), 123-142. <https://doi.org/10.22051/psy.2017.12381.1274> (In Persian)
- Ganji, H. (2017). *Psychology of exceptional children* (2nd ed.). Savalan Publications. (In Persian)
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Íñigo, A. P., Germán, M. H., Dolores, S. G. M., Marina, F. F., Del Pilar, P. O. M., Marina, D. M., & Luis, C. P. J. (2023). Narcissism as a protective factor against the risk of self-harming behaviors without suicidal intention in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(1), 21. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10309055/>
- Kaufmann, M., Rosing, K., & Baumann, N. (2021). Being mindful does not always benefit everyone: Mindfulness-based practices may promote alienation among psychologically vulnerable people. *Cognition and Emotion*, 35(2), 241-255. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1825337>
- Kovács, L. N., Takacs, Z. K., Tóth, Z., Simon, E., Schmelowszky, Á., & Kökönyei, G. (2020). Rumination in major depressive and bipolar disorder - a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 276, 1131-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.131>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and

- component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Mason, D., Acland, J., Stark, E., Happé, F., & Spain, D. (2023). Compassion-focused therapy with autistic adults. *Frontiers in psychology*, 14, 1267968.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1267968>
- Millard, L. A., & Wittkowski, A. (2023). Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1288797.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1288797>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2022). Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual review of clinical psychology*, 18, 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 82, 101910.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101910>
- Mousavi, S. M., Khajavand Khoshli, A., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Sciences*, 20(99), 453–469.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.99.8.9> (In Persian)
- Mukaino, M., Tatemoto, T., Kumazawa, N., Tanabe, S., Katoh, M., Saitoh, E., & Otaka, Y. (2020). Staying Active in Isolation: Telerehabilitation for Individuals with the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 99(6), 478–479.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001441>
- Neff K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193–218.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569–582.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>
- Pourhosseini Dehkordi, R., Sajadian, I., & Sharbafchizadeh, M. R. (2019). The effectiveness of compassion-based therapy on perceived stress and psychological distress in women with cancer. *Scientific Journal of Health Psychology*, 3(3), 37–52. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.35444.4050> (In Persian)
- Raneberg, A., & MacCallum, F. (2024). Maternal Ambivalence Questionnaire (MAQ): Development and preliminary validation. *Journal of Family Psychology*, 38(5), 820–830.
<https://doi.org/10.1037/fam0001234>
- Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 24(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07393-y>
- Rimmington, D., Roberts, R., Sawyer, A., & Sved-Williams, A. (2024). Dissociation in mothers with borderline personality disorder: A possible mechanism for transmission of intergenerational trauma? A scoping review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00250-7>
- Saidi, M., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, S., & Abolghasemi, S. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on impulsivity in women on the verge of divorce. *Journal of Community Health*, 14(1), 73–83.
<https://doi.org/10.22123/chj.2020.187285.1296> (In Persian)
- Shiralinia, K., Cheldavi, R., & Amanollahi, A. (2018). The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and anxiety in divorced women. *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 8–19.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2018.13055.1272> (In Persian)
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

- Taheri, A., Marashi, S. A., Hamid, N., & Beshlideh, K. (2022). The effectiveness of compassion-focused therapy on improving psychological well-being and strengthening the meaning of life in mothers of children with intellectual-developmental disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andishe va Raftar)*, 28(1), 20-33. <https://sid.ir/paper/992827/fa> (In Persian)
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Zarotti, N., Poz, R., & Fisher, P. (2023). Compassion-Focused Therapy for an Older Adult with Motor Functional Neurological Disorder: A Case Study. *Clinical gerontologist*, 46(3), 457–466. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2130124>