



اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی

The Effectiveness of Self-Compassion-Based Parenting Training on Behavioral Problems and Self-Concept in Children with Intellectual and Developmental Disability

Mohamad Madhi
Amir Ghamarani

محمد مدحی*
امیر قمرانی**

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion-based parenting training on behavioral problems and self-concept challenges in children with intellectual and developmental disabilities (IDD) by using a pretest, posttest, and follow-up experimental research design. The statistical population included all mothers who had IDD children and were living in Qom in the academic year of 2017-2018. First, the subjects were screened on the basis of inclusion criteria, then 30 participants were selected and randomly assigned to the experimental and control group (15 subjects in each group). Mothers in the experimental group received 8 sessions of intervention, and the control group received no intervention. Research instruments used in this research were the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Rosenberg self-esteem scale (SES). The scales were administered to the subjects in all three stages. The results were analyzed using the repeated measures ANOVA method, and showed that there was a significant difference between the experimental group and the control group in terms of the variables related to behavioral problems and self-concept in children with IDD. According to the results, compassion-based parenting education seems to be an effective intervention for improving the parenting skills of mothers who have children with intellectual and developmental disability by reducing their behavioral problems and having a positive effect on their self-concept.

Keywords: Self-Compassion-Based Parenting, Behavioral Problems, Self-Concept, Intellectual and Developmental Disabilities

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی بود. روش مطالعه برحسب گردآوری اطلاعات، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل مادران دارای کودک نارسایی‌های ذهنی و تحولی شهر قم در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. نخست، آزمودنی‌ها براساس ملاک‌های ورود غربال شدند، سپس ۳۰ مادر کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل جای گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). مادران در گروه آزمایشی هشت جلسه مداخله دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات رفتاری نقاط قوت و ضعف (SDQ) و مقیاس عزت‌نفس رزنبرگ (SES) بود که در هر سه مرحله برای آزمودنی‌ها اجرا شدند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-۲۰ و با استفاده از تحلیل واریانس با تکرار سنجش نشان داد که در متغیرهای مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با استناد به یافته‌ها، مشخص شد که فرزندپروری مبتنی بر شفقت، برنامه‌ای مؤثر برای مادران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی است که این امر، می‌تواند مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش و خودپنداره آنان را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: فرزندپروری مبتنی بر شفقت، مشکلات رفتاری، خودپنداره، نارسایی‌های ذهنی و تحولی

*دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

**نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Email: a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

Received: 24 Dec 2019

Accepted: 27 Mar 2020

پذیرش: ۹۹/۰۱/۰۸

دریافت: ۹۸/۱۰/۰۳

مقدمه

نارسایی‌های ذهنی و تحولی، اختلال‌هایی هستند که در دوره رشد شروع می‌شوند و دربرگیرنده نقصان کارکرد انطباقی و هوشی فرد در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). برای درک نارسایی‌های ذهنی و تحولی، توجه به دو مفهوم ضروری است؛ مفهوم اول، هوش است که به توانایی ذهنی عمومی گفته می‌شود و باید به‌طور معنادار پایین‌تر از میانگین باشد. مفهوم دوم، رفتار سازشی است. رفتار سازشی، توانایی فرد برای یادگیری و به‌کارگیری مهارت‌های زندگی است؛ به‌نحوی که فرد قادر به زندگی مستقل باشد. مطالعات مختلفی نشان می‌دهند که کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، میزان بیشتری از معیارهای مشکلات رفتاری را نسبت به کودکان معمولی دارند (تونگ و انفیلید، ۲۰۰۳؛ فریسمن و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش‌های مختلف، میزان شیوع مشکلات هیجانی، روان‌پزشکی و رفتاری در میان کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، بسته به نوع روش‌شناسی، از ۰/۳۰ (مونتلو، مونتلو، فینچلسکو و داوس، ۲۰۰۱) تا ۰/۵۰ (دکر، کوت، انده و ورهالست، ۲۰۰۲) گزارش شده است. رفتارهای مشکل‌ساز این کودکان از تعامل چندگانه عوامل بیولوژیکی، محیطی و خانوادگی نشئت می‌گیرد که در میان عوامل خانوادگی، فرزندپروری با ماندگاری و انتقال مشکلات رفتاری کودک به دوران تحولی بعدی رابطه مستقیم دارد (میلر و همکاران، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، یکی از مفاهیم مهم در خصوص کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی بررسی خودپنداره^۱ آنان و ارتباط آن با نقش خانواده است. خودپنداره را می‌توان به‌عنوان شناخت خود یا آگاهی از مهارت‌ها و کیفیت‌های شخصی تعریف کرد (دوکلان، ۲۰۰۴). در طی دوران رشد، تحول خودپنداره شکل کامل‌تری به‌خود می‌گیرد. در سن ۷ و ۸ سالگی، کودکان از طریق مقایسه خود با همسالان‌شان به ارزیابی شایستگی‌های شناختی، اجتماعی و جسمانی خود می‌پردازند و به‌تدریج نگرش واقع‌بینانه‌تری از خودپنداره یا ادراک شایستگی‌ها و توانمندی‌ها را کسب می‌کنند (هارتر، ۲۰۱۵؛ روبل، بوگیانو، فلدمن و لوبل، ۱۹۸۰). در طی سال‌های مدرسه با اکتساب مهارت‌های جدید، ادراک شایستگی‌های شناختی و تحصیلی افزایش پیدا می‌کند و در ادراک توانمندی‌های اجتماعی کاهش مختصری دیده می‌شود (هارتر، ۲۰۱۵؛ مانتیچکوپولوس، ۲۰۰۶؛ مارش و آیوت، ۲۰۰۳). مفروضه‌هایی مبنی بر تأخیر یا تفاوت‌هایی در تحول و شکل‌گیری خودپنداره در کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی در مقایسه با کودکان عادی وجود دارد. تحقیقات انجام شده در این خصوص، روش‌ها و نتایج متفاوتی داشته‌اند. برخی از تحقیقات به بررسی خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی از طریق مقایسه آنان با کودکان مدارس عادی پرداخته‌اند (الودی، ۲۰۰۰؛ جونز، ۲۰۱۲؛ میانو، نیوت، بوتینگ و نباتر، ۲۰۰۳). برخی از پژوهش‌ها نیز، از طریق هم‌تاسازی کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی و کودکان عادی براساس سن تقویمی به بررسی خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی پرداخته‌اند (لماتیر و کرامر، ۲۰۰۵؛ توماست و بلانس، ۲۰۰۸). همچنین گروهی دیگر از تحقیقات، سن عقلی را مبنا قرار داده‌اند (بائورین و نادر-گروسیس، ۲۰۱۲؛ فیاز و نادر-گروسیس، ۲۰۱۳). در بررسی‌های انجام شده براساس سن عقلی، کودکان بزرگ‌تر و

1. self-concept

نوجوانان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی با کودکان کم‌سن‌تر از خود مقایسه شده‌اند که البته این گروه، تجربیات کمتری داشته‌اند و هرگز با چالش‌های کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی روبه‌رو نشده‌اند. برخی مؤلفان با همتاسازی سن تقویمی دانش‌آموزان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی و عادی، نقص‌هایی را در ادراک شایستگی‌های خود و تعمیم بیش‌ازحد ناشایستگی‌های خود در کودکان و نوجوانان هوشی را تأیید کرده‌اند (جونز، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲). همچنین برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی در مقایسه با کودکان عادی، خودپنداره جسمانی یا فیزیکی، خودپنداره اجتماعی و خودپنداره تحصیلی سطوح پایین‌تری دارند (مولدووان، مولدووان و پسکاری، ۲۰۱۴). وارسامیس و آگالیوتیس (۲۰۱۱) اشاره می‌کنند که خودپنداره ضعیف در کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی باعث می‌شود که آن‌ها در هدف‌گزینی درست، خودتنظیمی و موفقیت تحصیلی با شکست مواجه شوند و رفتارهای منفعلانه، پرخاشگرانه یا گوشه‌گیرانه از خود نشان دهند. به‌هرحال، این دسته از مطالعات زمینه‌ای را فراهم کرده است که بتوان به ارزیابی و بررسی عوامل مؤثر در خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی پرداخت. برخی مطالعات تأکید کرده‌اند که عوامل فردی، خانوادگی و محیطی در خودپنداره کودکان و نوجوانان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی نقش دارد. وایز، دیاموند، دمارک و لووالد (۲۰۰۳)، اشاره می‌کنند که بهره هوشی پایین در خودپنداره ضعیف کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی به‌ویژه ادراک شایستگی اجتماعی، عامل مؤثری است. همچنین جونز (۲۰۰۹) و (۲۰۱۲)، دو عامل مؤثر در خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی را میزان درآمد خانواده و حمایت والدین عنوان می‌کند و ارتباط مثبتی بین خودپنداره و توانمندی روان‌شناختی آنان، خودتعیین‌گری آنان و ادراکشان از حمایت والدین وجود دارد. همچنین کیفیت ادراک والدین از کودک با نارسایی‌های ذهنی و تحولی بر خودپنداره آنان مؤثر است. شواهد نشان می‌دهد که مشارکت مادران در برنامه‌های درمانی کودکان و آموزش مهارت‌های مقابله، سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان ناتوان را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد (ولی‌زاده، داودی‌فر، بردی ازون دوجی و علائی، ۱۳۸۹). با تدارک برنامه‌های آموزش والدین، می‌توان از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه رفتار با وی، مکانیسم سازگاری والدین و خودپنداره کودکان را بهبود بخشید و مشکلات رفتاری کودکان را مدیریت کرد (وانگ، لای، مارتینسن و وانگ، ۲۰۰۶). یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی که بسیار موردتوجه است، درمان مبتنی بر مهرورزی یا شفقت درمانی^۱ است. مشاهداتی که منجر به شکل‌گیری درمان مبتنی بر شفقت شد، شامل افرادی با سطوح بالای شرم و خودانتقادگری بود که مشکلات زیادی در مهربانی با خودشان، احساس گرمی با خود و شفقت نسبت به‌خود داشتند، همچنین پیشینه‌های پژوهشی حاکی از آنند که مشکلات شرم و خودانتقادگری، ریشه در سوءاستفاده، قربانی شدن، بروز بالای هیجان در خانواده، غفلت و یا فقدان عاطفه دارد. افرادی که تجارب این‌چنینی دارند، بسیار نسبت به تهدیدهای طرد یا انتقاد از سوی دیگران حساس می‌شوند و به‌سرعت به‌خود حمله می‌کنند، آن‌ها دنیای درون و بیرون را خشونت‌آمیز تجربه می‌کنند (گیلبرت

و پروکتر، ۲۰۰۶). شفقت، فرآیندی چندجانبه و چندبعدی است که برخاسته از ذهنیت حمایت‌گرایانه‌ای است که در نتیجه رفتارهای مراقبتی والدین پرورش می‌یابد. شفقت، شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاحظت و مراقبت دخالت دارند (نف، ۲۰۱۱). تعریف گیلبرت دو بُعد مهم دارد: نخستین بُعد تحت عنوان «اشتیاق^۱» شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد؛ دومین بُعد، موسوم به «التیام^۲» و متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به قدم برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبه‌رو می‌شویم (گیلبرت و پالاتا، ۲۰۰۲). گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶)، در پژوهشی به آموزش شفقت به افرادی که خودسرزنی و خودانقذادگری بالایی داشتند پرداختند. شش بیمار که به‌خاطر مشکلات حاد به یک مرکز درمانی مراجعه کرده بودند، تحت آموزش ۱۲ جلسه‌ای شفقت با خود قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بیماران کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در اضطراب، افسردگی، خودانتقادی، شرم، حقارت و رفتارهای مطیعانه گزارش کردند. بنابر آن چه گذشت فرضیه اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با ناتوانی هوشی است.

با توجه به خودسرزنی، مقصر دانستن خود در تولد کودک ناتوان و نقش منفعلانه والدین کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، شفقت درمانی مثل سایر رویکردهای موج سوم (عظیمی‌فر، جزایری، فاتحی‌زاده و عابدی، ۱۳۹۸)، برای والدین کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، می‌تواند کاربردپذیر باشد و بر خودپنداره کودکان و مدیریت مشکلات رفتاری آنان مؤثر باشد. پژوهش حاضر، در راستای پاسخ به خلأ موجود در زمینه بررسی عوامل مؤثر بر متغیرهای پژوهش خصوصاً خودپنداره کودکان نارسایی‌های ذهنی و تحولی و کاربرد برنامه فرزندپروری مبتنی بر فعالیت‌های شواهدمحور در این زمینه انجام شده است. به‌لحاظ اهمیت کاربردی، گزارش یافته‌های علمی در این مقاله مورد استفاده متخصصان و مربیان و مشاوران در حوزه خانواده این گروه از کودکان قرار خواهد گرفت. با توجه به آن چه گذشت هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر، برحسب گردآوری اطلاعات آزمایشی به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، تمامی مادران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی شهر قم در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل مادری بودند که فرزند آن‌ها در یکی از مقاطع تحصیلی در مدارس کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی تحت نظر سازمان آموزش و پرورش

1. engagement

2. alleviation

استثنائی تحصیل می‌کردند، قبلاً هیچ‌گونه آموزش والدگری دریافت نکرده بودند و ضمن داشتن سواد خواندن و نوشتن، فرصت شرکت در برنامه‌های آموزشی را داشتند. پس از در نظر گرفتن این ملاک‌ها، از بین جامعه آماری به‌طور تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر انتخاب گردیدند و سپس به‌صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر)، گمارده شدند. بعد از انتخاب و انتساب تصادفی نمونه‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، به هریک از گروه‌ها توضیحاتی درباره روند اجرای پژوهش و مداخله‌ها داده شد و تأکید گردید تا در همه جلسات حضور فعالی داشته باشند. سپس از اعضای هریک از گروه‌ها خواسته شد به پرسشنامه (به‌عنوان پیش‌آزمون) پاسخ دهند. جلسه‌های مداخله براساس پروتکل آموزشی انجام شد. بعد از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون اجرا گردید و بعد از یک ماه، جهت انجام مرحله پیگیری، از مادران خواسته شد تا به پرسشنامه موردنظر پاسخ دهند.

ابزار سنجش

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات^۱ (SDQ): به‌منظور ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی از این پرسشنامه استفاده شد که یک ابزار غربالگری کوتاه‌مدت است و برای تعیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان به‌کار می‌رود. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در سال ۱۹۹۷ توسط گودمن در انگلستان طراحی شده و دارای شش زیرگروه اصلی است که طیفی از علائم روان‌پزشکی را براساس ملاک‌های راهنمای بین‌المللی طبقه‌بندی بیماری‌ها ارزیابی می‌کند. زیرگروه‌های این پرسشنامه عبارتند از: ۱- مشکلات سلوک؛ ۲- مشکلات بیش‌فعالی / کمبودتوجه؛ ۳- علائم هیجانی؛ ۴- مشکلات ارتباطی با همسالان؛ ۵- رفتار اجتماعی مطلوب و ۶- نمره کلی مشکلات که از مجموع چهار مورد اول به‌دست می‌آید. این پرسشنامه یک (نمره تأثیرگذاری) نیز دارد که نشان می‌دهد آیا شدت مشکلات کودک به اندازه‌ای وجود دارد که بتواند در زندگی روزمره او و خانواده اختلال ایجاد نماید؟ این پرسشنامه، مشکلات و توانایی‌های کودکان را در ۲۵ جمله موردارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال با جواب‌های کاملاً درست تا حدی درست و نادرست طبقه‌بندی شده است که گزارش‌دهنده، باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند. سؤال‌های ۱، ۴، ۹، ۱۷ و ۲۰ رفتارهای مطلوب، سؤال‌های ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۹ و ۲۳ خرده‌مقیاس مشکل با هم‌سالان سؤال‌های ۲، ۱۰، ۱۵، ۲۱ و ۲۵ خرده‌مقیاس بیش‌فعالی، سؤال‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۶ و ۲۴ علائم هیجانی و سؤال‌های ۵، ۷، ۱۲، ۱۸ و ۲۲ مشکلات سلوک را می‌سنجند. این پرسشنامه دارای نسخه‌های مخصوص والد (۱۶-۴ ساله)، مخصوص آموزگار (۱۶-۴ ساله) و خودگزارشگری (۱۶-۱۱ ساله) می‌باشد و بنابر نظر سازنده آن، زمانی خیلی خوب پیش‌بینی می‌کند که هم توسط والد و هم توسط آموزگار تکمیل شود. این پرسشنامه ابتدا زیر نظر گودمن توسط کریمی صاعدی در انستیتو روان‌پزشکی لندن به فارسی برگردانده شده، سپس به‌وسیله صنعتی به انگلیسی ترجمه گردیده است (نصیری، فقیه، یزدان‌پرست و معتمد، ۱۳۸۶). خصوصیات روان‌سنجی این ابزار، در مطالعات متعددی در کشورهای

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

مختلف از جمله هلند، عربستان سعودی، سوئد، آلمان و انگلستان ارزیابی شده است. گودمن (۱۹۹۷)، برای ارزیابی پایایی درونی، آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ گزارش کرد. تهرانی‌دوست، شهریور، پاکباز، رضایی و احمدی (۱۳۸۵) روایی نسخه پرسشنامه نقاط قوت و ضعف را در یک نمونه ۶۰۰ نفری از کودکان تهرانی مورد بررسی قرار دادند و روایی را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ گزارش کردند (تهرانی‌دوست و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر از نسخه والد استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۱ (SES): مقیاس عزت نفس روزنبرگ که به وسیله سازنده آن به عنوان یک مقیاس تک‌عاملی که نمره آن بر یک پیوستار تک‌بعدي از کمترین تا بیشترین میزان عزت‌نفس قرار دارد، به صورت گسترده‌ای توسط پژوهشگران مورد استفاده قرار گرفته است. ساختار عاملی تجربی یا واقعی این مقیاس در سی سال گذشته در معرض مطالعه و نقد و بررسی‌های فراوانی قرار گرفته است. تعدادی از پژوهشگران با انجام تحلیل عوامل بر ۱۰ ماده این مقیاس، پیشنهاد یک ساختار دو بُعدی مشتکل از تصور مثبت و منفی از خود را مطرح کرده‌اند. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، عزت‌نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت‌نفس بوده و مقیاس معتبری در نظر گرفته می‌شود. زیرا برای عزت‌نفس، از مفهومی مشابه با مفهوم ارائه شده در نظریه‌های روان‌شناختی درباره «خود» استفاده می‌کند. SES، به منظور ارائه یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود به وجود آمده است. این مقیاس ضرایب همبستگی قوی‌تری نسبت به پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI) دارد و در سنجش سطوح عزت‌نفس دارای روایی بالاتری است. در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ به منظور ارزیابی پایایی آن استفاده شد که ۰/۷۶ محاسبه گردید. برای اجرای این آزمون، مقیاس به آزمودنی داده شده و از وی خواسته می‌شود پس از خواندن جملات، موافقت یا مخالفت خود را با آن جملات از طریق انتخاب گزینه «موافقم» یا «مخالفم» ابراز کند (بشلیده، یوسفی، حقیقی و بهروزی، ۱۳۹۱).

برنامه فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود، براساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت (۲۰۰۹ و ۲۰۰۵) طراحی شده است. روایی محتوایی این بسته، با نظرخواهی از سه نفر متخصص روان‌شناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه، تأیید شد. آموزش فرزندپروری به صورت گروهی براساس برنامه مداخله‌ای در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. رؤس جلسات مداخله‌ای به تفکیک در جدول زیر ارائه شده است.

1. Self-Esteem Scale (SES)

جدول ۱- رئوس جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت به خود

شماره جلسه	اهداف	محتوا
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود و تکالیف خانگی
سوم	پرورش احساس مهربانی در افراد	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، 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 ارائه تکالیف خانگی
چهارم	پرورش ذهن مشفق و رفتار مشفقانه	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «مشفق» یا «غیرمشفق» با توجه به مباحث آموزشی، شنایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ) و تکالیف خانگی
پنجم	تعمیق ذهن شفقت‌ورز و بدون قضاوت ماندن	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری) و تکالیف خانگی
ششم	ایجاد احساسات خوشایند	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان و تکالیف خانگی
هفتم	درک و پذیرش خود و دیگران	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت»
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

به‌منظور تجزیه و تحلیل در مطالعه حاضر، جهت بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی از نرم‌افزار SPSS-۲۰ استفاده شد. با به‌کارگیری روش تحلیل واریانس با تکرار سنجش، به بررسی آماری سوالات پژوهش پرداخته شد.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه پژوهش در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه پژوهش

ویژگی‌های جمعیت شناختی	درصد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن مادر			۴۰/۴۱	۷/۵۶
سن کودک با ناتوانی هوشی			۱۴/۲۵	۳/۰۷
جنسیت کودک با ناتوانی هوشی				
پسر	۵۰	۱۵		
دختر	۵۰	۱۵		
سطح سواد مادران				
بی سواد	۲۶	۸		
ابتدایی	۴۰	۱۲		
سیکل	۲۰	۶		
دیپلم	۱۰	۳		
لیسانس و بالاتر	۳	۱		
اشتغال مادران				
خانه دار	۸۷	۲۶		
شاغل	۱۳	۴		
میزان درآمد خانواده				
کمتر از ۱۰۰۰۰۰۰	۲۶	۸		
بین ۱۰۰۰۰۰۰ و ۲۰۰۰۰۰۰	۶۳	۱۹		
بین ۲۰۰۰۰۰۰ و ۳۰۰۰۰۰۰	۷	۲		
بیشتر از ۳۰۰۰۰۰۰	۳	۱		

همان‌طور که جدول ۲، نشان می‌دهد میانگین سن مادران مورد مطالعه حدود ۴۰ سال و کودکان با ناتوانی هوشی تقریباً ۱۴ سال است. همچنین جنسیت کودکان مورد مطالعه به نسبت مساوی؛ یعنی ۵۰ درصد است. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به سطح سواد مادران، مقطع ابتدایی (۱۲ درصد)، بیشترین فراوانی مربوط به اشتغال، خانه‌داری (۲۶ درصد) و بیشترین میزان درآمد ماهانه، یک تا دو میلیون (۱۹ درصد) است.

ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی ذهنی و تحولی در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. براساس نتایج جدول ۳، در گروه مادرانی که آموزش مبتنی بر شفقت دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل، میانگین مشکلات رفتاری کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی کاهش و خودپنداره افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری و خودپنداره در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	مرحله	مشکلات رفتاری			خودپنداره		
		M	SD	N	M	SD	N
گروه مبتنی بر شفقت به خود	پیش‌آزمون	۳۶/۷۳	۲/۹۱	۱۵	۲۵/۶۰	۱/۹۹	۱۵
	پس‌آزمون	۲۳/۳۳	۴/۴۳	۱۵	۴۲/۰۶	۱۰/۳۷	۱۵
	پیگیری	۲۲/۸۶	۳/۴۸	۱۵	۴۲/۰۰	۹/۷۸	۱۵
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۳۵/۰۶	۲/۴۹	۱۵	۲۴/۱۳	۱/۷۶	۱۵
	پس‌آزمون	۳۳/۳۳	۲/۸۴	۱۵	۲۵/۶۶	۲/۱۶	۱۵
	پیگیری	۳۳/۲۶	۲/۶۵	۱۵	۲۴/۴۶	۲/۳۲	۱۵

ج) آزمون نرمال

همچنین، به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای متغیرها در هر سه مرحله معنادار نمی‌باشد یا به عبارتی، توزیع آن‌ها نرمال است (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	آماره ZK-	سطح معناداری
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۰/۱۲۲	۰/۹۰
	پس‌آزمون	۰/۱۵۱	۰/۷۰
	پیگیری	۰/۱۴۸	۰/۶۰
خودپنداره	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۰/۲۵
	پس‌آزمون	۰/۱۰۶	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۰۱	۰/۱۸

در این تحقیق، یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که عضویت گروهی بود. بنابراین، طرح مورد استفاده طرح درون-بین‌آزمودنی می‌باشد. با توجه به این که آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نسبت به فرض کرویت حساس است، ابتدا لازم است این فرض بررسی و براساس نتایج آن از آماره مناسب استفاده کرد. به همین منظور، از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج در جدول ۵، گزارش شده است. نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیر مشکلات رفتاری (۰/۸۷) معنادار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که فرض کرویت برقرار است؛ اما برای متغیر خودپنداره فرض کرویت برقرار نیست و تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود تا آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، لازم است درجه آزادی با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر و هاین فلت تصحیح شود.

با توجه به جدول ۵، مقدار اپسیلون شاخص‌های گرین‌هاوس - گیسر وهاین - فلت برای متغیر خودپنداره از ۰/۷۵ کمتر است. با توجه به کوچک‌تر بودن مقدار اپسیلون شاخص‌های تصحیح برای این متغیر، از شاخص گرین‌هاوس - گیسر برای تصحیح درجه آزادی آماره F استفاده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون موجلی متغیرها

متغیر	موجلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون گرین هاوس گیسر	اپسیلون هاین - فلت
مشکلات رفتاری	۰/۸۷	۲۲/۰۴	۲	۰/۶۴	۰/۸۸	۰/۹۶
خودپنداره	۰/۱۹	۶۶/۴۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۵۸

(د) آزمون فرضیه‌ها

بنابراین، با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس - گیسر، در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت سطوح متغیر وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. برای بررسی اندازه اثر از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مقدار اتای جزئی (۰/۰۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۰۴) تا (۰/۰۰۹) اثر متوسط و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است. همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است میزان اثر تعامل مراحل و گروه برای هر دو متغیر وابسته؛ یعنی متغیر مشکلات رفتاری (۱۲۵۲/۷۴۱) و متغیر خودپنداره (۵۴۷۸/۰۲۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه مورد مداخله و گروه کنترل، از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. ازسوی دیگر، مجذور اتا برای متغیرها بیشتر از ۰/۱۰ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	مجذور اتا
مشکلات رفتاری	مراحل	۳۴۵۰/۸۵۱	۲	۱۷۲۵/۴۳۰	۱۷۷/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹
	تعامل مراحل با گروه	۱۲۵۲/۷۴۱	۴	۳۱۳/۱۸۵	۳۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
خودپنداره	مراحل	۷۵۹۹/۲۱۱	۱	۷۵۹۹/۲۱۱	۲۷۲/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۵
	تعامل مراحل با گروه	۵۴۷۸/۰۲۲	۲	۲۷۳۹/۰۱۱	۹۸/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۴

جهت بررسی تفاوت گروه فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش، جدول ۷ گزارش شده است. براساس نتایج جدول بالا، در هر دو متغیر مشکلات رفتاری و خودپنداره تفاوت میانگین گروه مبتنی بر شفقت و کنترل معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین، یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به خود در هر دو متغیر وابسته؛ یعنی مشکلات رفتاری و خودپنداره اثربخش بوده و تفاوت‌ها معنادار بوده است.

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	مجذور اتا
مشکلات رفتاری	گروه	۱۵۱۹۹/۶۵۹	۲	۷۵۹۹/۸۳۰	۹۳/۱۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۶
خودپنداره	گروه	۲۲۶۹/۰۸۱	۱	۱۱۳۴/۵۴۱	۹۲/۷۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، میزان اثربخشی برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به‌خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این پژوهش اهمیت مداخلات و برنامه‌های آموزشی را برای مادران کودکان با ناتوان هوشی مشخص کرده است که با نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه هم‌سو است (مدحی، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۸؛ اصلانی، وارسته و امان‌اللهی، ۱۳۹۵؛ رضایی، غضنفری و رضائیان، ۱۳۹۶؛ نائب حسین‌زاده، فتح‌الله زاده، سعادت و رستمی، ۱۳۹۵). در یکی از یافته‌ها، مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان ناتوان هوشی در گروه آزمایشی؛ یعنی گروه مبتنی بر شفقت، نسبت به گروه کنترل به‌طور معنادارتری کاهش یافته است. این یافته با نتایج پژوهش لساک، بیرس، کلانو و شارپ (۲۰۱۴)، هم‌سو است که نشان دادند آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای پاسخ مؤثر به نیازهای این کودکان و پیشگیری و کاهش مشکلات رفتاری تأثیری مثبت دارد. الگوهای رفتاری که به محیط و فرصت‌های یادگیری خلل وارد می‌کنند، مشکلات رفتاری تلقی می‌شود (ساندز، ۲۰۱۲). شیوع بالای مشکلات رفتاری در کودکان با ناتوانی‌های هوشی در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است که در یکی از پژوهش‌های با حجم نمونه بالا، بورثویک-دافی (۱۹۹۴)، میزان ۱۴/۴ انواع مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری به دیگران یا محیط، آسیب به خود و رفتارهای کلیشه‌ای و محدود را گزارش کرده است (بادووینز و همکاران، ۲۰۱۸). اهمیت پرداختن به مشکلات رفتاری و کاهش آن از طریق برنامه‌های فرزندپروری، از آن نظر است که این دسته از مشکلات به‌عنوان مانعی برای اجتماعی شدن کودکان ناتوان هوشی عمل می‌کند (کوپر و همکاران، ۲۰۰۹) و در راه یکپارچه‌شدن در جامعه عادی دشواری ایجاد می‌کند (امرسون و انفیلد، ۲۰۱۱). از سوی دیگر خانواده، دوستان و بستگان آن‌ها ممکن است در معرض آسیب‌های فیزیکی و جسمی، مشکلات روان‌پزشکی، استرس و فرسودگی قرار بگیرند (اسمیت، هلی و لیدون، ۲۰۱۵). عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری افراد با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، کمتر از میزان و فراوانی این مشکلات مورد توجه قرار گرفته است؛ اما این عوامل از قبیل تعاملات فردی، سبک زندگی و حمایت، سلامت روانی و سلامت جسمانی و سبک فرزندپروری والدین تأثیرگذار بر بروز مشکلات رفتاری هستند (کوپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ لند کوئیست، ۲۰۱۳). متغیر دیگری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، خودپنداره بود که نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت، بر افزایش خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی مؤثر و معنادار بوده است. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش پارک و پارک (۲۰۱۵) و کیم و چانگ (۲۰۱۱)، هم‌سو است که

نشان دادند می‌توان با برنامه‌های ویژه‌ای خودپنداره کودکان را بهبود بخشید. به‌عنوان مثال کیم و چانگ (۲۰۱۱) با آموزش گروهی والدین، توانست از طریق بهبود رابطه آن‌ها با کودکان و پرورش حس مثبت نسبت به آن‌ها، خودپنداره کودکان را بهبود بخشد. در روان‌شناسی و آسیب‌شناسی تحولی، خودپنداره به‌عنوان توصیف‌کننده کیفیت ارتباطات اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (هارتر، ۲۰۱۲؛ اورث، رابین و ویدمن، ۲۰۱۲)، همچنین به‌عنوان یک ادراک درونی از شایستگی‌های یادگیری و هدف‌گزینی در فعالیت‌های روزمره زندگی تلقی می‌شود (نادر- گروسیس و ویولین، ۲۰۱۲). مطالعات در خصوص خودپنداره کودکان ناتوان هوشی، اندک است. نتایج یک پژوهش مروری سیستماتیک که به مطالعه خودپنداره کودکان ناتوان هوشی در فاصله سال‌های ۱۹۷۹ تا سال ۲۰۱۷ پرداخته است، نشان می‌دهد این کودکان در مقایسه با کودکان عادی، در خودپنداره تحصیلی، شناختی و عمومی بسیار پایین‌تر بوده‌اند (کوتا و همکاران، ۲۰۱۹). این یافته‌های پژوهشی، تبیینی بر اهمیت پرداختن به متغیر خودپنداره در کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی در این پژوهش بوده است که از طریق فرزندپروری مبتنی بر شفقت به‌خود صورت گرفت که نتیجه حاکی از تأثیر معنادار مداخله بود. آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت که در این پژوهش به اثربخشی آن بر متغیرهای مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان ناتوان هوشی موردبررسی قرار گرفت، بر هر دو متغیر اثر مثبت داشت که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر هم‌سو است که طی آن‌ها آموزش مبتنی بر شفقت بر متغیرهای موردنظر آن پژوهش‌ها مثبت و معنادار بوده است (نواب، دهقانی و صالحی، ۱۳۹۷؛ نوری و شهابی، ۱۳۹۶؛ فضلی و سجادیان، ۱۳۹۵). به‌عنوان مثال، در پژوهش نوری و شهابی (۱۳۹۶) که ۲۴ مادر کودک اُتیسزم مشارکت داشتند، اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری مادران این کودکان معنادار و موردتأیید قرار گرفت. براساس دیدگاه تیرچ (۲۰۱۰)، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی و استفاده از روش‌های مراقبه و آرمیدگی به کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران می‌شود و در نتیجه، موجب افزایش توانمندی حل‌مسئله، خودگردانی و باور به آینده‌ای بهتر، پرهیز از راهبردهای فرسایشی، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع و حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت می‌شود که مجموعه این عوامل بر روابط مادران با کودکان خود تأثیری مثبت می‌گذارد. از دیدگاه گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶)، درمان مبتنی بر شفقت، باعث افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود. زیرا سیستم تهدید را خنثی و سیستم مراقبت را فعال می‌کند. نتایج پژوهش لیری، تات، آدام، آلن و هانکوک (۲۰۰۷)، نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، منجر به تسهیل واکنش افراد به وقایع منفی زندگی می‌شود. یافته‌های این پژوهش را می‌توان براساس مبانی نظری، نظریه درمان مبتنی بر شفقت به‌خود تبیین کرد. بدین‌صورت که مادران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی، اغلب یک‌سری احساسات منفی و پیچیده مانند غم و اندوه، افسردگی، ناامیدی و استرس را تجربه می‌کنند که این احساسات ناخوشایند بر روی رفتارهای آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و باعث می‌شود که در برابر رفتارهای منفی کودکان خود به‌صورت واکنشی عمل کرده و مشکلات رفتاری آن‌ها را تشدید نمایند و حتی خودپنداره کودکان خود را نیز پایین بیاورند. بنابراین، اهمیت مدیریت هیجانات منفی اولیه و تأثیرات منفی بعدی آن‌ها به‌خوبی نمایان می‌شود. آموزش شفقت، راهکارهای مناسب و مؤثری را برای مدیریت این هیجانات

منفی و در پیشگیری رفتارهای مناسب و معنادار را فراهم می‌سازد. در جلسات آموزشی شفقت‌درمانی، از طریق آموزش ذهن‌آگاهی، مادران مشارکت‌کننده از احساسات، هیجانات، خاطرات و افکاری که در هر لحظه بر ذهن خود جاری می‌شود آگاهی پیدا کرده و با برچسب‌زدن به آن‌ها و تمایز خود با آن محتوی ذهنی، به‌سوی پذیرش آن پیش رفتند. در ادامه جلسات با آموزش اتخاذ نگرش مشفقانه نسبت به خود و روش‌های مراقبت از خود، حفاظتی مناسب و امن در برابر مشکلات و هیجانات پیش‌آمده خصوصاً خودانتقادی و سرزنش خود فراهم شد. چون غالباً مادران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی و تحولی اغلب خود را در ایجاد شرایط فرزندان مقصر دانسته و با پرورش احساس گناه در خود، مدام خود را سرزنش می‌کنند که همین عامل زمینه‌ساز تنش روانی، اضطراب و افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی در آن‌ها می‌شود که مجموعه این مشکلات بر تعامل با فرزندان تأثیر سوء داشته و مشکلات رفتاری را آن‌ها را تشدید می‌کند. بنابراین، با آموزش شفقت به‌خود به آن‌ها کمک شد تا از قضاوت سرسختانه نسبت به خود فاصله بگیرند و با خودمراقبتی بیشتر و کسب بهزیستی روان‌شناختی مطلوب، بر مشکلات رفتاری و خودپنداره فرزندان تأثیرگذار شوند. همچنین در این جلسات با آموزش ذهن شفقت‌ورز نسبت به دیگران و خصوصاً فرزندان نارسایی‌های ذهنی و تحولی خود، باعث کاهش تنش میان آن‌ها و فرزندان شده که همین مسئله بر متغیرهای موردپژوهش تأثیری مثبت داشته است. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، فرزندپروری مبتنی بر شفقت گزینه‌ای مناسب برای کاهش مشکلات رفتاری و افزایش خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی بشمار می‌رود. پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌های طرح آزمایشی، با محدودیت در تعمیم نتایج روبه‌رو است، به‌عبارتی از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به اجرای این آموزش فقط بر روی مادران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی اشاره کرد که تعمیم نتایج به سایر گروه‌های کودکان با نیازهای خاص را محدود کرده است. به‌منظور تعمیم نتایج به سایر گروه‌های کودکان ناتوان، پیشنهاد می‌شود که این برنامه بر روی سایر گروه‌های ناتوانی نیز انجام شود. همچنین در حالی که نف (۲۰۱۱)، در مطالعه خود نشان داده است که ویژگی شفقت به‌خود در مادران نسبت به مردان پایین‌تر و تغییر آن سخت است؛ بنابراین ضرورت اجرای آموزش مبتنی بر شفقت برای هر دو جنس وجود دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری در گروه پدران کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی انجام بگیرد. همچنین انجام مطالعات متعدد و چندمرحله‌ای دیگر، به‌منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این شیوه فرزندپروری، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- اصلاحی، خ.، وارسته، م.، و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر کیفیت تعامل والد-کودک. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۲۸/۷، ۲۰۱-۱۸۳.
- بشلیده، ک.، یوسفی، حقیقی، ج.، و بهروزی، ن. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ با سه شکل واژه‌پردازی مثبت، منفی و نیمی از ماده‌ها مثبت و نیمی منفی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*. بهار و تابستان ۱۳۹۱، ۹(۱۵)، ۴۱-۵۰.

تهرانی دوست، م.، شهریور، ز.، پاکباز، ب.، رضایی، آ.، و احمدی، ف. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). *تازه‌های علوم شناختی*. ۸(۴)، ۳۹-۳۳.

رضایی، ف.، غضنفری، ف.، و رضائیان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی والدگری مثبت بر استرس و خودکارآمدی والدگری مادران و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ناتوان ذهنی. *مجله طنین سلامت*. ۵(۱)، ۱۶-۷.

عظیمی فر. ش.، جزایری، ر.، فاتحی‌زاده، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۸). هم‌سنجی اثربخشی آموزش مدیریت والدین و آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده کودکان در سنین پیش‌ازدبستان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۰(۲)، ۱۸-۱.

فضلی، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر مشکلات رفتاری کودک و استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۳(۱۷)، ۳۵-۲۶.

مدحی، م.، قمرانی، ا.، و یارمحمدیان، ا. (۱۳۹۸). رابطه ساختاری بین استرسور، استرس ادراک شده، منابع حمایتی و سازگاری مادران کودکان با ناتوانی هوشی: نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله‌ای براساس مدل Double ABCX. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۵(۴)، ۵۸۰-۵۵۹.

نائب حسین‌زاده، س.، فتح‌الله‌زاده، ن.، سعادت‌ی، ن.، و رستمی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۲(۳)، ۱۲۲-۱۰۳.

نصیری، ن.، فقیه، م. ح.، یزدان‌پرست، ع.، و معتمد، ع. (۱۳۸۶). بررسی اختلالات سلامت روان در کودکان دبستانی شهرستان بوشهر سال ۱۳۸۵-۸۶. *رساله دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر*.

نواب، م.، دهقانی، ا.، و صالحی، م. (۱۳۹۷). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسیایی توجه/ فزون‌کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۵(۱)، ۱۳۷-۱۲۷.

نوری، ح.، و شهابی، ب. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اُتیسم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۳(۱۸)، ۱۲۸-۱۱۶.

ولی‌زاده، پ.، داودی‌فر، آ.، بردی ازون دوجی، ر.، و اعلائی، ز. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله بر سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*. ۱(۳)، ۲۴۴-۲۳۷.

References

- Allodi, M. W. (2000). Self-concept in children receiving special support at school. *European Journal of Special Needs Education*. 15(1), 69-78.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baudewijns, L., Ronsse, E., Verstraete, V., Sabbe, B., Morrens, M., & Bertelli, M. O.

- (2018). Problem behaviours and major depressive disorder in adults with intellectual disability and autism. *Psychiatry Research*. 270, 769-774.
- Baurain, C., & Nader-Grosbois, N. (2012). Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children in interactive contexts. *Alter*. 6(2), 75-93.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Prevalence of destructive behaviors. Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(1), 17-27.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53(3), 217-232.
- Coutu, S., Maïano, C., Morin, A. J., Tracey, D., Lepage, G., & Moullec, G. (2019). Self- concept research with school- aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 32(2), 238-255.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V. D., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43(8), 1087-1098.
- Duclos, G. (2004). *L'estime de Soi, un Passeport pour la Vie, 2e édition, coll.* Parents, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour*. Cambridge University Press.
- Fiasse, C., & Nader-Grosbois, N. (2013). Emotional Sense of Children with an Intellectual Disability: How to Assess It and Identify its Variability? *Francoophone. Journal of Intellectual Disability*. 24, 108-125.
- Frishman, N., Conway, K. C., Andrews, J., Oleson, J., Mathews, K., Cialfoni, E., & McKirgan, L. (2017). Perceived quality of life among caregivers of children with a childhood-onset dystrophinopathy: a double ABCX model of caregiver stressors and perceived resources. *Health and quality of Life Outcomes*. 15(1), 33-52.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P., & Plata G. (2013). *Compassion focused therapy*, Junfermann Verlag GmbH.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self- criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 13(6), 353-379.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38(5), 581-586.

- Harter, S. (2012). *Emerging self-processes during childhood and adolescence*. Guilford Publications
- Harter, S. (2015). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Publications.
- Jones, J. L. (2009). *Influences on the self-concept of adolescents with intellectual disabilities* (Doctoral dissertation, Oklahoma State University).
- Jones, J. L. (2012). Factors associated with self-concept: Adolescents with intellectual and development disabilities share their perspectives. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 50(1), 31-40.
- Kim, J. H., & Chung, D. W. (2011). Effects of group art therapy program on self-esteem and peer relationship of children in low-income and single-parent family. *Korean Journal of Human Ecology*. 20(5), 967-981.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 92(5), 887-904.
- Lemetayer, F., & Kraemer, D. (2005). School Context and Self-Esteem in Adolescence: A Comparative Study of Non Deficient Adolescents and Adolescents with Mild Intellectual Disabilities. *Psychoeducation Journal*. 34(1), 57-70.
- Lesack, R., Bearss, K., Celano, M., & Sharp, W. G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2(1), 68-82.
- Lundqvist, L. O. (2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in Örebro County, Sweden. *Research in Developmental Disabilities*. 34(4), 1346-1356.
- Maïano, C., Ninot, G., Bunting, G., & Benattar, B. (2003). Impact of special placement on the sense of competence of teens who fail school. *Canadian Psychology*. 44(2), 139.
- Mantzicopoulos, P. (2006). Younger children's changing self-concepts: Boys and girls from preschool through second grade. *The Journal of Genetic Psychology*. 167(3), 289-308.
- Marsh, H. W., & Ayotte, V. (2003). Do Multiple Dimensions of Self-Concept Become More Differentiated with Age? The Differential Distinctiveness Hypothesis. *Journal of Educational Psychology*. 95(4), 687-706.
- Miller-Lewis, L. R., Baghurst, P. A., Sawyer, M. G., Prior, M. R., Clark, J. J., Arney, F. M., & Carbone, J. A. (2006). Early childhood externalising behaviour problems: Child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 34(6), 886-901.
- Moldovan, T., Moldovan, S., & Pescari, T. (2014). The specifics of self-esteem in adolescents with mental retardation. *Academica Science Journal, Psychologica Series*. 2, 33-44.

- Molteno, G., Molteno, C. D., Finchilescu, G., & Dawes, A. R. L. (2001). Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 515-520.
- Nader- Grosbois, N., & Vieillevoys, S. (2012). Variability of self- regulatory strategies in children with intellectual disability and typically developing children in pretend play situations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(2), 140-156.
- Neff, K. D. (2011). Self- compassion, self- esteem, and well- being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288.
- Park, K. M., & Park, H. (2015). Effects of self-esteem improvement program on self-esteem and peer attachment in elementary school children with observed problematic behaviors. *Asian Nursing Research*, 9(1), 53-59.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (SES). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruble, D. N., Boggiano, A. K., Feldman, N. S., & Loebel, J. H. (1980). Developmental analysis of the role of social comparison in self-evaluation. *Developmental Psychology*, 16(2), 105-115.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379.
- Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout, and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 297-305.
- Thomasset, M., & Blanc, R. (2008). Self-esteem in children with Williams-Beuren syndrome: The influence of schooling. *Neuropsychiatry of Childhood and Adolescence*, 56(3), 165-172.
- Tirch, D. D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.
- Tonge, B. J., & Einfeld, S. L. (2003). Psychopathology and intellectual disability: The Australian child to adult longitudinal study. *International Review of Research in Mental Retardation*, 26, 61-91.
- Varsamis, P., & Agalotis, I. (2011). Profiles of self-concept, goal orientation, and self-regulation in students with physical, intellectual, and multiple disabilities: Implications for instructional support. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1548-1555.
- Weiss, J., Diamond, T., Demark, J., & Lovald, B. (2003). Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 24(4), 281-305.

Wong, S. Y., Lai, A. C., Martinson, I., & Wong, T. K. (2006). Effects of an education programme on family participation in the rehabilitation of children with developmental disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(2), 165-189.