



مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۳۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۲/۰۱

صص: ۱۵۱-۱۸۵

شاپا چاپ: ۴۶۴۵- ۴۹۵۵

الکترونیکی: ۴۶۴۵- ۵۲۶۹

اثربخشی تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر
بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنیمهران حیدری‌نیا^۱ | کامران شیوندی چلیچه^۲ | زهرا رسولی عمادی^۳ | مهکامه نظام‌دوست^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی انجام گرفت. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش، زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زوج با فرزند کم‌توان ذهنی در حال تحصیل در منطقه ۱۸ شهر تهران بودند (هر یک ۱۵ زوج) که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) مداخله تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی را دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بی‌رمقی زناشویی پاییز (۱۹۹۶) و مقیاس خودسرزنش‌گری تامسون و زوروف (۲۰۰۴) بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS24 و با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خودسرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توانی ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنادار و پایداری دارد ($P < 0.05$)؛ به عبارت دیگر، مداخله تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج باعث کاهش ابعاد بی‌رمقی زناشویی (خستگی عاطفی، $F=97/06$ ، $p < 0.01$ ؛ خستگی روانی $F=72/21$ ، $P < 0.01$ و خستگی جسمی $F=69/63$ ، $P < 0.01$) و خود سرزنش‌گری (خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای $F=138/39$ ، $P < 0.01$ و خود سرزنش‌گری درونی، $F=159/16$ ، $p < 0.01$) زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تلفیق شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به پذیرش و معنابخشی به رنج، تقویت تفکر مثبت و کاهش هیجانات منفی زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی منجر شده و از آن می‌توان به عنوان یک الگوی آموزشی و درمانی به منظور کاهش بی‌رمقی و خود سرزنش‌گری زوجین در قالب کارگاه‌های آموزشی و درمانی بهره گرفت.

کلیدواژه‌ها: شفقت به خود، معنادهی به رنج، آموزه‌های اسلامی، بی‌رمقی زناشویی، خود سرزنش‌گری، کم‌توان ذهنی

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- کارشناسی ارشد علوم تربیتی آموزش پیش‌دبستانی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، موسسه آموزش عالی علوم و فناوری آریان، تهران، ایران.

استناد: حیدری‌نیا، مهران؛ شیوندی چلیچه، کامران؛ رسولی عمادی، زهرا؛ نظام‌دوست، مهکامه. (۱۴۰۴). اثربخشی تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی؛ فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۲۰ (۷۱)، ۱۵۱-۱۸۵. DOR: 20.1001.1.26454955.1404.20.71.8.4

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)

این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.



مقدمه

شنیدن این خبر که کودک نورسیده یا کودکی که به مدرسه می‌رود مبتلا به کم‌توانی ذهنی است، برای خانواده و به‌طور خاص برای والدین می‌تواند تجربه‌ای بسیار ناخوشایند باشد (دی-مارینو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). «کم‌توانی ذهنی^۲ اختلالی عصب‌تحوالی^۳ است که در طول دوره رشد شروع می‌شود و شامل نقص در عملکرد ذهنی و انطباقی در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و کاربردی است و تخمین زده می‌شود که حدود ۲ تا ۳ درصد افراد جامعه واجد این شرایط باشند» (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۵؛ استونتون^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به آمار اعلام‌شده از سوی سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۴۰۱ در کشور حدود یک‌میلیون و چهارصد و سیزده هزار نفر فرد با کم‌توانی ذهنی با شدت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید و تحت پوشش بهزیستی وجود دارد (سایت رسمی سازمان بهزیستی کشور^۶، ۱۴۰۱)؛ بنابراین تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌ها در جامعه ایران از اثرات ناخوشایند داشتن کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی رنج می‌برند. والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان عادی به دلیل اینکه زمان بیشتری را به مراقبت از فرزند خود اختصاص می‌دهند و به علت شرایط و مسئولیت‌هایی که این کودکان از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند، تحت تنش و آسیب‌های روانی بیشتری قرار می‌گیرند (مزروعی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ در همین راستا شواهد متعددی وجود دارد که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی استرس والدین را افزایش و سلامت روانی و جسمی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کرنیک^۷ و همکاران، ۲۰۱۷)، بر تصمیم‌گیری در مورد کار، تحصیل، داشتن فرزند بیشتر و تکیه بر حمایت عمومی تأثیر می‌گذارد (جیالو^۸ و همکاران، ۲۰۱۵)، با احساس گناه، انکار، غم، احساس تنهایی، سرزنش و کاهش عزت‌نفس همراه است (کیم^۹ و همکاران، ۲۰۱۶؛ رهبر و جهانبانی، ۱۴۰۱)، توجه را از جنبه‌های دیگر عملکرد خانواده منحرف می‌کند و هزینه‌های مالی و

1. Di Marino, E.
2. Intellectual disabilities
3. Neurodevelopmental disorder
4. American Psychiatric Association
5. Staunton, E
6. <https://www.behzisti.ir/>
7. Crnic, K. A.,
8. Giallo, R
9. Kim, M. K

مراقبت‌های پزشکی بسیاری را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند که همه این اثرات بالقوه می‌تواند کیفیت روابط زناشویی بین والدین، ترتیبات زندگی آن‌ها، روابط آینده و خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (هاستینگز^۱، ۲۰۱۶).

کم‌توانی ذهنی فرزندان موجب می‌شود که والدین در تعاملات زناشویی، گرایش بیشتری به مخالفت و تضاد داشته باشند و حضور این کودکان خواسته‌ها و استرس‌های بیشتری را بر خانواده تحمیل می‌کند و موجب کاهش رضایت زناشویی والدین می‌شود (جناآبادی، ۱۳۹۱). گرینلی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی در ابعاد مختلف رضایت زناشویی از جمله ارتباط، حل تعارض، امور مالی، رابطه جنسی، فرزندپروری و نقش‌های مساوات‌طلبی با زوجین دارای کودک عادی تفاوت دارند؛ همچنین کاظمیان و آزادی‌نقش (۱۳۹۴) در یک مطالعه کیفی، روابط بین زوجین از نگاه مادران دارای فرزند معلول و مادران دارای فرزند سالم را بررسی و نشان دادند که زوج‌های دارای فرزند سالم از کیفیت ارتباط بهتر، به لحاظ نحوه توجه کردن به خود و بهره‌گیری از مهارت‌های حرف زدن، نحوه توجه به شریک زندگی و استفاده از سبک‌های ارتباطی سالم و صریح، به نسبت زوج‌های با فرزند کم‌توان ذهنی شرایط مناسب‌تری دارند؛ بنابراین عدم توجه به مهارت‌های یادشده در زندگی زوجین، روند درازمدت روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار داده و زمینه را برای بی‌رمقی زناشویی به‌عنوان یک آسیب که بنیان خانواده را تهدید می‌کند، به وجود می‌آورد.

«بی‌رمقی زناشویی^۳ فرایندی تدریجی است که وقتی شخص در پاسخ به استرس مدت‌دار و درد و فشار جسمی، روانی و عاطفی جدایی از کار و دیگر روابط معنی‌دار قرار می‌گیرد، ایجاد می‌شود» (پاموک و دورموس^۴، ۲۰۱۵)؛ در این حالت، احساسات منفی، حالت غالب به خود می‌گیرد و به از دست دادن شور و شوق اولیه، وابستگی عاطفی، تعهد و در نهایت بروز بی‌رمقی می‌انجامد (قشلاقی و همکاران، ۱۳۹۹). به باور والرستاین^۵ (۲۰۱۹) از آنجاکه بی‌رمقی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی

1. Hastings, R. P

2. Greenlee, J. L

3 . Marital burnout

4. Pamuk, M., & Durmuş, E

5. Wallerstein, J

منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد. در شرایطی که خانواده دارای فرزند کم توان ذهنی است، استرس های همه جانبه ای به کل خانواده و روابط زناشویی تحمیل می شود که فرایند بی رمقی را می تواند سریع تر و تشدید کند. وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده منجر به عدم تسلط والدین بر روال های عاطفی زندگی زناشویی و فقدان توانایی احتمالی آن ها در پاسخ گویی به توقعات و انتظارات حتی معقول همسر خویش شده و علاوه بر تأثیر منفی بر کیفیت روابط صمیمی با همسر می تواند بر بروز زود هنگام بی رمقی زناشویی به طور قاطعی مؤثر واقع شود که در این صورت یک یا هر دو زوج ضمن تجربه احساس خستگی عاطفی و گسستگی از همسر و کاهش علائق و ارتباطات سازنده متقابل، نگرانی های قابل توجهی در خصوص تخریب فرایند رابطه و پیشروی به سمت فروپاشی رابطه دارند (فراهینی و همکاران، ۱۳۹۸).

از سوی دیگر همسو با بی رمقی زناشویی، یکی دیگر از مفاهیم مهم در بررسی زندگی زوجین با فرزند کم توان ذهنی، مفهوم خود سرزنش گری^۱ است (رستم پور و همکاران، ۱۴۰۱؛ واکلین^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). خود سرزنش گری شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است که به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد مطالعه است (دیلمن^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ درواقع خود سرزنش گری به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات سطح بالا از خود و زیر سؤال بردن کنش وری خود، موجب می شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیر قابل دستیابی برای خود تعریف کند (ویلیامز و لوینسون^۴، ۲۰۲۲) که در این شرایط در لذت بردن از دست یابی به اهداف خود ناتوان بوده (بلیز^۵ و همکاران، ۲۰۱۶؛ وارن^۶ و همکاران، ۲۰۱۶) و معمولاً این افراد از احساس بی ارزشی، شکست و گناه رنج می برند (دالی و ویلویی^۷، ۲۰۱۹). دو نوع ناکارآمد خود سرزنش گری منفی وجود دارد: خود سرزنش گری مقایسه ای و خود سرزنش گری درونی (یو^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). خود سرزنش گری مقایسه ای به عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می شود. سطح دیگر خود سرزنش گری مربوط به نقد منفی از خود در مقایسه با

1. Self-Criticism

2 . Wakelin, K. E

3. Dieleman, L. M

4. Williams, B. M., & Levinson, C. A

5. Bleys, D

6 . Warren, R

7. Daly, O., & Willoughby, T

8. You, J

استانداردهای شخصی و خصوصی است. تمرکز خود سرزنش‌گری درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز دارد (پدرو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). خود سرزنش‌گری با دامنه وسیعی از مشکلات سلامت روان همراه است و افراد دارای چنین ویژگی، مستعد تجربه افسردگی همراه با احساس ضعف روانی هستند و در مطابقت با معیارهای مورد انتظار خود احساس گناه، بی‌ارزشی و شکست می‌کنند (کلارک و کوکر^۲، ۲۰۰۹؛ سالسیانو و رومینیتا^۳، ۲۰۲۰). بر اساس مطالعات انجام‌شده والدین کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر داشتن چنین فرزند از نظر اجتماعی احساس شرم می‌کنند که با خود سرزنش‌گری همراه است (فیناردی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲؛ بیبی^۵ و همکاران، ۲۰۰۷؛ محمودی و همکاران، ۱۴۰۲). بر این اساس باید به دنبال شناسایی راهکارها و مداخلات مؤثر در جهت کاهش بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری در زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی بود.

تقریباً همه صاحب‌نظران با این گفته موافق هستند که متغیرهای فرهنگی در تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی مهم تلقی می‌شود و روش‌های درمانی که با مختصات فرهنگی و عقیدتی بیماران سازگاری و هماهنگی بیشتری داشته باشد، از ضریب تاثیر و ماندگاری بالاتری برخوردار خواهد شد (شریفی نیا و رحیمی یگانه، ۱۴۰۲)؛ در حقیقت غفلت از تفاوت‌های فرهنگی در پژوهش‌های بالینی به سوءتعبیرهای جدی از یافته‌های پژوهشی منجر می‌شود (گارسن^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). عقاید و ارزش‌ها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و در حقیقت انسان‌هایی که در فرهنگ‌های مختلف رشد می‌کنند نه تنها درباره‌ی اشیاء و پدیده‌ها متفاوت فکر می‌کنند؛ بلکه به نظر می‌رسد نحوه اندیشیدن آن‌ها نیز متفاوت باشد. همسو با این موضوع، در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش آموزه‌های دینی و معنویت به عنوان یک روش و مداخله درمانی چند بعدی پرداخته‌اند. پژوهشگران نیازهایی همچون هدف داشتن، معنا و امید در زندگی، شناخت خود و مصالحه با خود درونی، فراتر رفتن از شرایط موجود، تحمل و پذیرش رنج‌ها و فقدان‌ها و چشم انداز مثبت در زندگی را از جمله نیازهای معنوی می‌دانند (دی‌پیرو و

1. Pedro, L

2. Clark, S., & Coker, S

3. Salceanu, C., & Luminita, S. M

4. Finardi, G

5. Beebe, B

6. Garssen, B

همکاران^۱، ۲۰۱۸؛ بنابراین تلفیق رویکردهای روان‌درمانی با آموزه‌های دینی و فرهنگی یک جامعه می‌تواند با جلوه دادن درمان به شکل یک عمل مذهبی، تبعیت از درمان و پایبندی به آن را افزایش دهد، انگیزه مراجعین را برای تغییر بیشتر کند و فرایند درمان سریع‌تر اتفاق افتد (شاهدپور و همکاران، ۱۳۹۸؛ راموس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). تداوم مفهومی بین دو مدل شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، به‌ویژه تأکیدی که هر دو بر توجه به رنج خود و دیگران، توجه به کرامت خویشتن، رفق و مدارا با خود، پرهیز از غفلت از خود، تمرکز بر درونیات، تجربه مشترک بشری در برابر انزواها، عامل تعدیل‌کننده درمانی و شفابخشی افراد در شرایط بحران‌های استرس‌زای زندگی دارند، ضرورت تلفیق این دو رویکرد را برجسته می‌سازد (قرآن کریم؛ نهج‌البلاغه؛ مرادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زینلی، ۱۳۹۵). از طرفی در دیدگاه اسلامی، چون «فَطَرَتَ اللَّهُ الْآلِهَ الْآتَى فَطَرَ الْإِنْسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ» (روم/۳۰)، فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است؛ اگر درمان به گونه‌ای تدارک شود که بیمار به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک شود، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او احیا می‌شود و سلامت روانی را به دست می‌آورد. در همین راستا مطالعات اخیر در زمینه شفقت به خود و معنادهی به رنج نتایج رضایت‌بخشی در استفاده از این رویکردها در حل مشکلات زوجین و همچنین زوجین با فرزند دارای نیازهای ویژه فراهم کرده است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش رستم‌پور و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی شفقت به خود بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی، احمد و راج^۳ (۲۰۲۳) به‌کارگیری مداخله شفقت به خود برای مادران با فرزند با اختلال رشدی، پیسکوفسکا و ورونا^۴ (۲۰۲۱) تأثیر شفقت به خود بر خودتاب‌آوری، مقابله با استرس و کیفیت زندگی مادران با فرزند با اختلال عصب-رشدی، عزیزی ابرقوئی و درون‌پرو (۱۳۹۹) معنادهی به رنج با رویکرد توحیدی بر افزایش تاب‌آوری مادران با فرزند معلول، طالبی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران با کودک کم‌توان ذهنی با نقش تعدیل‌کننده باورهای مذهبی، فراهینی و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی معنا درمانی اسلامی-ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان

1. DiPierro, M

2. Ramos, K

3. Ahmed, A. N., & Raj, S. P

4. Pyszkowska, A., & Wrona, K

استثنایی، کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵) معنا درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، کاراجا و کونوک شنر^۱ (۲۰۲۱) معنویت به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای والدین با فرزند کم‌توان ذهنی اشاره کرد.

با توجه به این‌که تلفیق شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه فنون انسان‌نگر و روان‌درمانی‌های موج سوم از یک‌سو و آموزه‌های اسلامی از سوی دیگر است که با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، امکان جست‌وجوی معنای متعالی را در شرایط دشوار فراهم می‌سازد و همچنین نتایج تحقیقاتی که از افزایش اثربخشی درمانگری‌های ادغام یافته با آموزه‌های دینی حکایت دارند و از آنجا که یافته‌های مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر به دلیل تفاوت‌های فرهنگی قابل‌تعمیم به جامعه ایران نیست و همچنین عدم انجام پژوهشی در داخل کشور در رابطه با تأثیر درمان‌های تلفیقی با آموزه‌های دینی بر مسائل زناشویی زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی، انجام چنین پژوهشی ضرورت دارد. همچنین اهمیت این پژوهش از یک‌طرف با فراهم نمودن دانش نظری در زمینه برنامه آموزشی و متغیرهای پژوهش روشن می‌شود و از طرف دیگر به متخصصان حوزه خانواده در به‌کارگیری درمان‌ها و رویکردهای درمانی مبتنی بر فرهنگ در بهبود تعاملات بین فردی و تعارضات زناشویی در زوج‌های با فرزند کم‌توان ذهنی کمک می‌کند و چنان‌که فرضیه‌های این تحقیق تأیید شوند به تعمیم و تأیید یافته‌های پژوهشی قبلی در این زمینه در داخل و خارج از کشور کمک می‌نماید و به آن‌ها اعتبار بیرونی بیشتری خواهد بخشید؛ همچنین مراکز تخصصی مشاوره، هسته‌های مشاوره آموزش و پرورش، مراکز درمانی کودکان با نیازهای ویژه و سازمان‌های متولی کودکان با نیازهای ویژه می‌توانند از نتایج کاربردی این پژوهش بهره‌گیرند؛ لذا نظر به اهمیت و ضرورت‌های ذکرشده پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این مسئله است که آیا تلفیق شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است؟.

1. Karaca, A., & Konuk Şener, D

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش ازجمله داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله کم‌توان ذهنی بر اساس مدارک موجود در پرونده‌های دانش‌آموزان، تمایل و رضایت آگاهانه مکتوب برای شرکت در پژوهش تلفیقی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، وجود بی‌رمقی زناشویی (درجه ۲ به بالا) در پرسشنامه بی‌رمقی زناشویی پاینز^۱ (۱۹۹۶) و خود سرزنش‌گری (نمره ۶۰ به بالا) در پرسشنامه خود سرزنش‌گری تامسون و زاروف (۲۰۰۴)، عدم ابتلاء به بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های مشاوره‌ای فردی یا دارودرمانی و دارا بودن حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج ازجمله پیدایش یک بیماری یا اتفاق خاص در زمان مطالعه که ادامه مشارکت در مطالعه را دشوار یا ناممکن می‌ساخت، غیبت بیش از دوبار در جلسات آموزشی و اظهار بی‌میلی برای ادامه شرکت در جلسات بود، انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه ابتدا یک فراخوان با هماهنگی اداره آموزش و پرورش منطقه ۱۸ شهر تهران و مدیران مدارس استثنایی شهر تهران برای برگزاری دوره‌های آموزشی و مشاوره گروهی برای زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی داده شد و با توجه به استقبال مدیران آموزشگاه‌های استثنائی و نیاز والدین کودکان این مدارس و با توجه به محدود بودن تعداد مدارس کم‌توان ذهنی در سطح شهر تهران، انتخاب نمونه آماری از مدرسه کم‌توان ذهنی میلاد در منطقه ۱۸ شهر تهران انجام شد؛ به این صورت که با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ زوج بر اساس نمره بالا در پرسشنامه بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری و بر اساس مصاحبه اولیه و ملاک‌های ورود و خروج ذکرشده انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. به منظور ارزیابی پایایی اثربخشی درمان، با گذشت ۴۵ روز از پایان مداخلات نیز مرحله پیگیری صورت گرفت. در این پژوهش به لحاظ اخلاقی، توضیحاتی درباره اهداف پژوهش به مسئولین مدارس و شرکت‌کنندگان ارائه شد و همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان نزد محقق محرمانه باقی خواهند ماند و رضایت افراد برای شرکت در این

پژوهش جلب شد. لازم به ذکر است که به دلیل عقد قرارداد محقق با افراد گروه نمونه، هیچ گونه ریزشی در افراد گروه نمونه صورت نگرفت. در قرارداد مذکور شرح مختصری از جلسات درمانی آورده و مهم ترین تعهدات درمانگر از جمله ارائه اطلاعات لازم به شرکت کنندگان در خصوص درمان پیشنهادی، محرمانه نگه داشتن اسرار و اطلاعات شرکت کنندگان ذکر شد و در مقابل موظف و متعهد بودند که در تمامی جلسات حاضر شوند و در اجرای بهتر درمان با درمانگر همکاری کنند و اطلاعات لازم را از وضعیت سلامت روانی خود به درمانگر ارائه دهند. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز آمار استنباطی تحلیل کوواریانس و از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه بی رمقی زناشویی^۱ CBM: مقیاس بی رمقی زناشویی یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه گیری درجه بی رمقی زناشویی در میان زوجها طراحی گردیده است. برای سنجش بی رمقی زناشویی از مقیاس سنجش بی رمقی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) که دارای ۲۱ پرسش و شامل سه جز اصلی خستگی جسمی (احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب شامل گویه های ۱، ۷، ۱۰، ۱۶ و ۲۱)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی و در دام افتادن و شامل گویه های ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳ و ۱۷) و از پا افتادگی روانی (احساس بی ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر شامل گویه های ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰) است، استفاده شد. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت موردنظر (هرگز) و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت موردنظر (همیشه) است. برای به دست آوردن میزان بی رمقی زناشویی باید پنج دستورالعمل را اجرا کرد: مرحله اول: امتیازهایی که به گویه های ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۱ داده می شود باهم جمع می شوند؛ مرحله دوم امتیازهایی را که به گویه های ۳، ۶، ۱۹ و ۲۰ داده می شود باهم جمع می شوند؛ مرحله سوم امتیاز مرحله دوم از عدد ۳۲ کم می شود؛ مرحله چهارم امتیاز

1. Questionnaire Marital Burnout Couple

مرحله اول با مرحله سوم جمع می‌شود؛ مرحله پنجم عدد مرحله چهارم بر عدد ۲۱ تقسیم می‌شود. در نهایت عدد حاصل درجه بی‌رمقی را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که دامنه نمرات از ۲۱ تا ۱۴۷ متغیر است که اعداد بزرگ‌تر بیانگر میزان بی‌رمقی بالاتر خواهند بود و برعکس. بعد از محاسبه عدد حاصل از مراحل پنج‌گانه فوق، درجه بی‌رمقی به دست می‌آید که به این شیوه تعبیر و تفسیر می‌گردد؛ درجه بی‌رمقی ۲ یا کمتر، نشان‌دهنده وجود رابطه خوب؛ درجه ۳ نشان‌دهنده خطر بی‌رمقی؛ درجه ۴، نشان‌دهنده وجود بی‌رمقی؛ درجه ۵، نشان‌دهنده وجود بحران است و درجه ۶ یا بیشتر، لزوم کمک فوری را بیان می‌کند. روایی پرسشنامه به وسیله همبستگی‌های منفی بین ($r = -0.33$ تا $r = 0.42$) با ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی و کیفیت رابطه جنسی و عاطفی نسبت به همسر تأیید شده است و پایایی ابزار با روش باز آزمایی یک‌ماهه 0.89 و آلفای کرونباخ 0.91 تا 0.93 گزارش شده است (پایینز، ۱۹۹۶). در ایران نیز نادری و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی روایی ابزار از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده کرده و ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه را 0.40 - گزارش کرده‌اند؛ همچنین پایایی ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف 0.78 و 0.81 گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر روایی مؤلفه از با افتادن عاطفی، خستگی جسمی و از با افتادن روانی از طریق همبسته کردن نمره کلی آن‌ها با نمره سؤال کلی به ترتیب، 0.61 ، 0.59 و 0.63 در سطح ($p < 0.05$) و نیز پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0.79 به دست آمد.

ب) مقیاس سطوح خود سرزنش‌گری^۱ (LOSC): این مقیاس توسط تامسون و زاروف^۲ در سال ۲۰۰۴ برای اندازه‌گیری سطح خود سرزنش‌گری شرکت‌کنندگان تدوین شد و شامل ۲۲ گویه در دو مؤلفه خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای (۱۲ گویه) و خود سرزنش‌گری درونی (۱۰ گویه) است. پاسخ به هر گویه این مقیاس به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از ۰ تا ۱۳۲ در نوسان است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خود سرزنش‌گری بیشتر است و بالعکس. اعتبار سطوح خود انتقادی را تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای 0.78 و برای خود سرزنش‌گری درونی 0.84 گزارش کردند. آن‌ها نشان

1. Levels of Self-Criticism Scale
2. Thompson, R., & Zuroff, D. C

دادند که تحلیل عاملی این مقیاس گویای دو عامل خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای و خود سرزنش‌گری درونی است. همچنین بین خرده مقیاس‌ها با خرده مقیاس روان گسستگی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی رابطه معناداری به دست آمد که بیانگر روایی همگرایی آن است. در ایران در پژوهشی آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خود سرزنش‌گری به ترتیب برای خرده مقیاس خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ۰/۸۸ و خود سرزنش‌گری درونی ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خود سرزنش‌گری با مشکلات بین فردی، مثبت و معنادار است که بیانگر روایی همگرایی این مقیاس است (موسوی و قربانی، ۱۳۸۵). در مطالعه حاضر، روایی این پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمره کلی مؤلفه‌ها با نمره سؤال کلی برای مؤلفه خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ۰/۵۲ و برای خود سرزنش‌گری درونی ۰/۵۶ در سطح $(p < 0.05)$ به دست آمد؛ همچنین ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ۰/۸۳ و خود سرزنش‌گری درونی ۰/۸۵ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای: پژوهشگران پس از طی فرایند هماهنگی و جلب همکاری مسئولان مدارس و رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها برای شرکت در مداخله‌ای که مبتنی بر آموزه‌های اسلامی است و همچنین جایگزینی تصادفی اعضا و اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه، گروه آزمایش تحت آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی قرار گرفته و در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) و مجموعاً پنج هفته آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. برنامه آموزشی در این پژوهش تلفیقی، از آموزش «ذهن شفقت‌ورز»^۱ بر مبنای نظریه گیلبرت^۲ (۲۰۰۹)، «شفقت به خود ذهن آگاهانه»^۳ بر مبنای نظریه نف (گرمر^۴ و نف، ۲۰۱۹)، مشاوره و روان‌درمان‌گری با رویکرد معنویت غباری بناب (۱۳۸۸)، آموزش مهارت‌های معنوی بولهری و همکاران (۱۳۹۲)، معنادهی به رنج بر مبنای آموزه‌های اسلامی مستخرج از قرآن کریم، نهج‌البلاغه، احادیث و روایات و پژوهش‌های پس‌سندیده (۱۳۹۶)، جوادی آملی (۱۳۹۷) و عزیزی ابرقوئی و درون‌پرور (۱۳۹۹) است به منظور تهیه پروتکل تلفیقی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، ابتدا متون اسلامی شامل قرآن، نهج‌البلاغه، تفسیر و روایات توسط

1. Compassionate Mind Training (CMT)

2. Gilbert, P

3. Mindful Self Compassion (MSC)

4. Germer, C

محققین بررسی شده و مطالب مرتبط با شفقت و معنادهی به رنج شناسایی و استخراج شدند؛ سپس این مطالب با مضامین رویکرد روان‌شناختی شفقت به خود نف و معنادرمانی فرانکل معادل‌سازی و با ادغام در پروتکل اصلی، پروتکل تلفیقی انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی طراحی شد؛ در نهایت درستی محتوایی پروتکل طراحی شده با نظرخواهی از سه تن از اساتید دانشگاهی در حوزه روانشناسی و مشاوره و سه نفر از فارغ التحصیلان مقطع دکتری رشته مشاوره با سابقه‌های مختلف تدریس و علاقه‌مند به موضوع که اطلاعات آن‌ها در جدول (۱) آمده است، مورد تأیید قرار گرفت. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید تا اثربخشی برنامه آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مورد اندازه‌گیری قرار گیرد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد تأیید کننده مداخله تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر

آموزه‌های اسلامی

تعداد	مرتبه علمی	تخصص	دانشگاه
۱	استاد	دکتری روانشناسی	دانشگاه شهید چمران اهواز
۲	استادیار	دکتری روانشناسی تربیتی	دانشگاه علامه طباطبائی
۳	استادیار	دکتری مشاوره	دانشگاه شهید چمران اهواز
۴	دکتری مشاوره	دکتری مشاوره	دانشگاه شهید چمران اهواز
۵	دکتری مشاوره	دکتری مشاوره	دانشگاه محقق اردبیلی
۶	دکتری مشاوره	دکتری مشاوره	دانشگاه شهید چمران اهواز

در ادامه خلاصه‌ای از جلسات آموزشی تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر

آموزه‌های اسلامی آمده است (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
جلسه اول	درک شفقت به خود و معنابخشی به رنج با آموزه‌های اسلامی	ایراد نیایش آغازین با مضمون شکرگزاری از نعمات خداوند، آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و بررسی انتظارات از برنامه‌ی درمانی، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی کلی با کودکان با نیازهای ویژه، ویژگی‌ها و خصوصیات کودکان کم‌توان ذهنی، شرایط و پیامدها و آثار وجود کودک کم‌توان

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
		ذهنی در خانواده، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و بیان وجوه تمایز این رویکرد با سایر رویکردها و مکاتب روان‌شناختی، تشخیص تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند در هنگام دشواری‌های زندگی، توضیح و تشریح شفقت و مهربانی با خود، شناخت و آگاهی نسبت به جنبه‌های مختلف خود و تأثیر بعد معنوی در زندگی انسان. تکلیف: بررسی رفتارها و رنج‌ها در طول هفته و ارائه مواردی که همراه با شفقت با دیدی معنابخشی بوده است.
جلسه دوم	معنابخشی ذهن آگاهانه	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و دریافت بازخورد، ارائه نظریه و اصول ذهن آگاهی و چگونگی اینکه ذهن به صورت طبیعی در هنگام استراحت به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده است، آموزش به شرکت‌کنندگان جهت توجه به رنج خود و مراقبان خود و کسانی که در تعامل با آن‌ها هستند، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آشنایی با مفهوم رنج و ابتلاء در انسان و بحث و تبادل نظر درباره انواع واکنش‌های متفاوت نسبت به آن (مقصریابی، سرزنشگری، زشت‌پنداری ابتلاء، ویژه خودپنداری ابتلاء، احساس خواری و اهانت، توهم آسانی بهزیستی و ...)، ارائه معنا بخشی و نگاه مثبت به رنج‌های زندگی و تأثیر اهداف متعالی در زندگی. تکلیف: شناسایی موقعیت‌هایی که ذهن به صورت خودکار به سمت مصائب و رنج‌ها می‌رود و تمرین ذهن آگاهی جهت حضور با معنا در لحظه حال.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و شفقت با خود با به کارگیری مؤلفه‌های معنوی	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز و ترکیب مؤلفه‌های ملاطفت و توانمندسازی برای شفقت ورزی نسبت به خود و دیگران با مؤلفه‌های معنوی دینی از جمله توجه به کرامت خویشتن، رفق و مدارا با خود، پرهیز از غفلت از خود، انصاف با خود، اعتقاد به همگانی بودن رنج، پرورش حس اشتراکات انسانی، توانمندسازی فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون روگرداندن و یا اجتناب از آن، بکارگیری مقابله‌های معنوی در شرایط استرس‌زا، همدلی و

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
		همدردی کردن با رنج و دیگران و توجه و تجربه هیجانات بدون سرزنش، قضاوت و شرم و رسیدن به این شناخت که ارزیابی‌های خشن و خود انتقادگر منجر به دردهای هیجانی و تشدید رنج می‌گردد. تکلیف: شناسایی موقعیت‌هایی که افراد در پی سرزنش کردن و انتقاد کردن از خود هستند و تغییر خود گویی‌های منفی به مثبت با در نظر گرفتن خود.
جلسه چهارم	معرفی نگاه جایگزین از رنج با آموزه‌های اسلامی	توضیح پیرامون انواع برداشت‌های اشتباه از رنج و معرفی نگاه جایگزین (دنبال مقصر نگشتن، عدم سرزنش خود یا دیگری، احساس کرامت انسانی، زیباپنداری ابتلاء، بخشایشگری، عفو، مهربانی، گذشت، احسان، مدارا، رفق، غفران و ...) با بهره‌گیری و اشاره به حکمت خداوند و آیات قرآن کریم و ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد شفقت ورز یا غیر شفقت ورز و تمرین پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران). تکلیف: شناسایی موقعیت‌هایی که فرد نسبت به افراد مهم زندگی رفتارهای همراه با شفقت داشته است.
جلسه پنجم	پذیرش و نگاه کارکردی به رنج و معنادهی به حوادث زندگی با توجه ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات	آموزش پذیرش مسائل با بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌دهند، بررسی کارکرد روان‌شناختی و تربیتی رنج از نگاه خداوند (مقدمه‌ای برای سعادت و خوشبختی، افزایش تاب‌آوری، قدرشناسی انسان، درک زیبایی‌های هستی و ...)، پذیرفتن تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و ایجاد معنا برای زندگی، تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا، یافتن معنا از طریق ارزش‌های تجربی و ارزش‌های اخلاقی (انجام دادن کار)، آموزش فرصت‌های ابراز شفقت از جمله (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به‌کارگیری آن در زندگی روزمره. تکلیف: یادداشت کردن نگرانی‌ها، افکار، احساسات و رفتارهای خود در ارتباط با موضوع رنج‌ها و ناملایمات زندگی.
جلسه ششم	مدیریت احساسات و	بحث و تبادل نظر درباره تکلیف جلسه قبل، پاسخگویی به ابهامات

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
	عواطف دشوار همراه با رنج‌ها	زوجین درباره رنج، بحث درباره انواع نگرانی (کارساز و دردرساز)، آموزش مهارت‌های شفقت در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، تصویرسازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود سرزنش‌گر، خود سرزنش شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و صدای خود سرزنش‌گر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی. تکلیف: شناسایی موقعیت‌های دشوار و رنج‌آور و تصویرسازی ذهنی مبتنی بر شفقت و ارائه احساسات بعد از انجام تمرین.
جلسه هفتم	کار بر روی موانع پرورش خصیصه شفقت به خود و دیگران	کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، اجرای تمرین نوشتن نامه مشفقانه برای خود و همسر خود، ثبت یادداشت روزانه موقعیت واقعی مبنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت، گفت‌وگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به‌کارگیری هرگونه روش انتقام‌جویانه نسبت به شریک زندگی، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از بخشش، تأثیری که بخشش شریک زندگی و هم‌نوعان در زندگی دارد و بیان احساسات مثبت پس‌از آن. تکلیف: هر یک از زوجین یک نامه مشفقانه برای شریک عاطفی خود بنویسد و احساسات متقابل را یادداشت کند.
جلسه هشتم	آموزش مسئولیت‌پذیری با تکیه بر نقاط قوت و داشته‌های شخصی	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و سختی‌ها، ایجاد روشنگری و بصیرت در مراجع برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن‌ها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقاء خودباوری، خوداتکایی و عزت‌نفس. تکلیف: هر یک از زوجین نقاط قوت شخصی و تعاملی در رابطه خود را یادداشت کنند و گزارش دهند.
جلسه نهم	قبول و پذیرش واقعیات زندگی	تأکید بر پذیرش واقعیت، نیاز به وجود معنا به واقعیات و رشد زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
		همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی. تکلیف: هر یک از زوجین به تقویت نقاط قوت ارائه شده و احساسات و عواطف مثبت همراه با آن بپردازند.
جلسه دهم	مرور و جمع بندی نهایی	مرور و جمع بندی مطالب جلسات گذشته با تأکید بر نگاه به داشته ها و شکرگزاری و تحمل و پذیرش مشکلات با شفقت و مدارا با خود و تسری این شفقت به زندگی فردی و زناشویی، بستن چشم ها و قرائت نیایش پایانی با موضوع ید خداوند و شکرگزاری، اجرای پس آزمون پرسشنامه های بی رمقی زناشویی و خودسرزنش گری. تکلیف: قرائت نیایش پایانی و اجرای پس آزمون پرسشنامه های بی رمقی زناشویی و خود سرزنش گری

یافته ها

داده های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نمونه پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. ویژگی های جمعیت شناختی زوجین با فرزند کم توان ذهنی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
سن والدین	۲۵ تا ۳۰ سال	۱ نفر (۶/۶۶ درصد)
	۳۱ تا ۳۶ سال	۳ نفر (۲۰ درصد)
	۳۷ تا ۴۲ سال	۳ نفر (۲۰ درصد)
	بالای ۴۲ سال	۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد)
مدت ازدواج	زیر ۱۰ سال	۱ نفر (۶/۶۶ درصد)
	بین ۱۰ تا ۲۰ سال	۹ نفر (۶۰ درصد)
	بالای ۲۰ سال	۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد)
		۳ نفر (۲۰ درصد)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
دبلم	۶ نفر (۴۰ درصد)	۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد)
کاردانی و کارشناسی	۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد)	۳ نفر (۲۰ درصد)
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱ نفر (۶/۶۶ درصد)	۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد)
خانه دار و بیکار	۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد)	۹ نفر (۶۰ درصد)
شغل آزاد	۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد)	۳ نفر (۲۰ درصد)
شغل دولتی	۳ نفر (۲۰ درصد)	۳ نفر (۲۰ درصد)

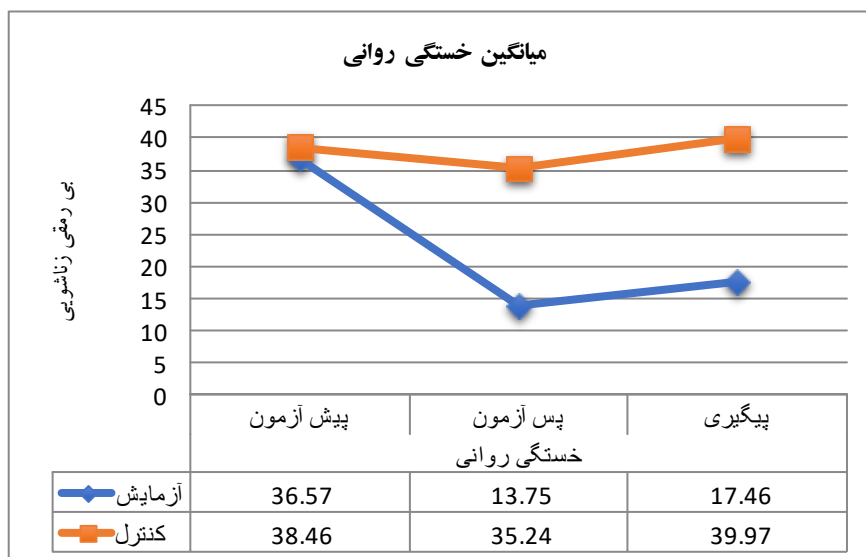
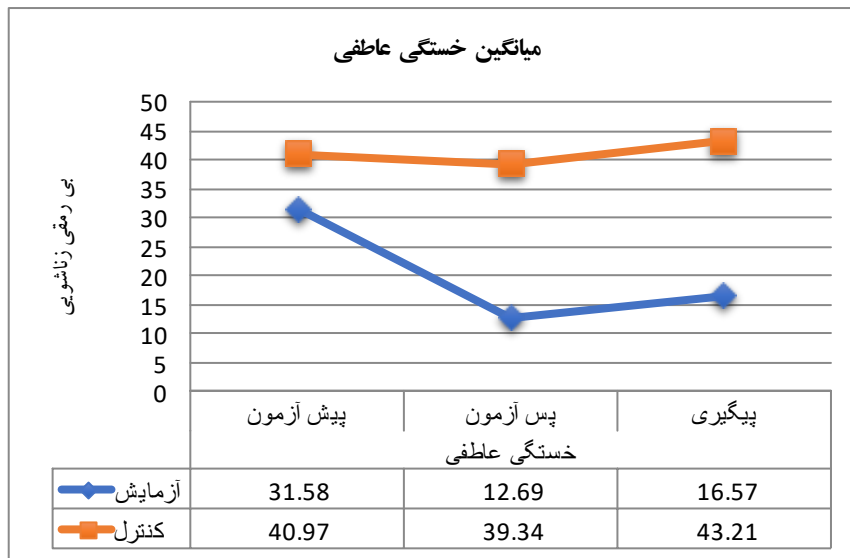
همان طور که در جدول (۳) مشاهده می شود، بیشترین فراوانی سنی گروه نمونه در هر دو گروه آزمایش و کنترل رده ی سنی بالای ۴۲ سال، با مدت ازدواج بین ۱۰ تا ۲۰ سال، سطح تحصیلات کاردانی و کارشناسی و وضعیت شغلی خانه دار و بیکار می باشد.

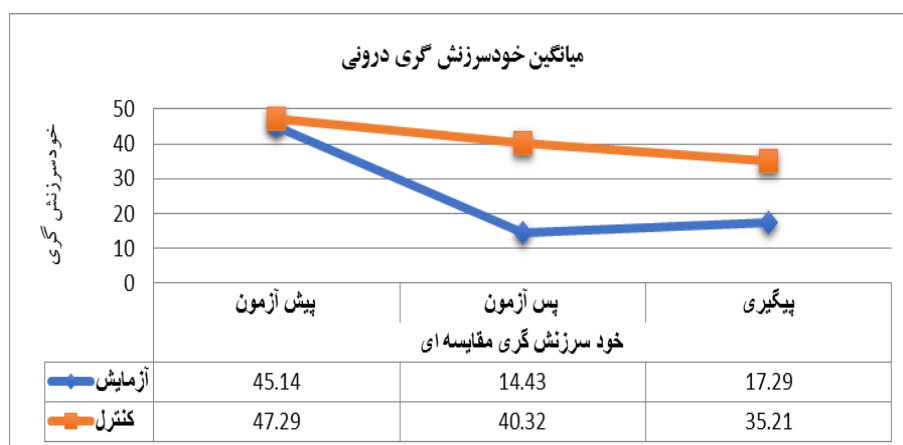
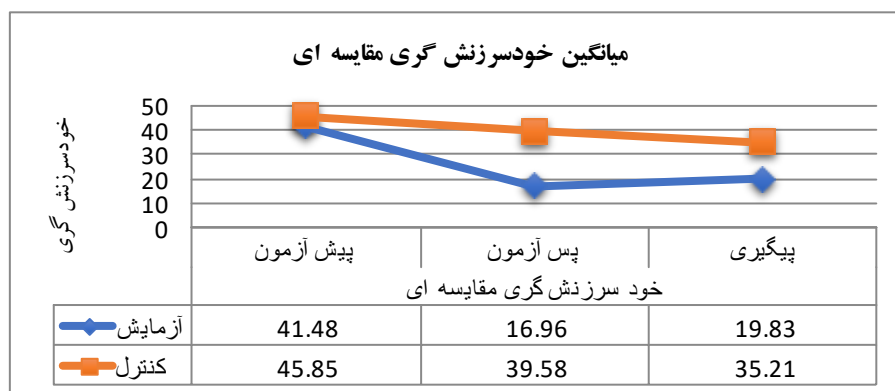
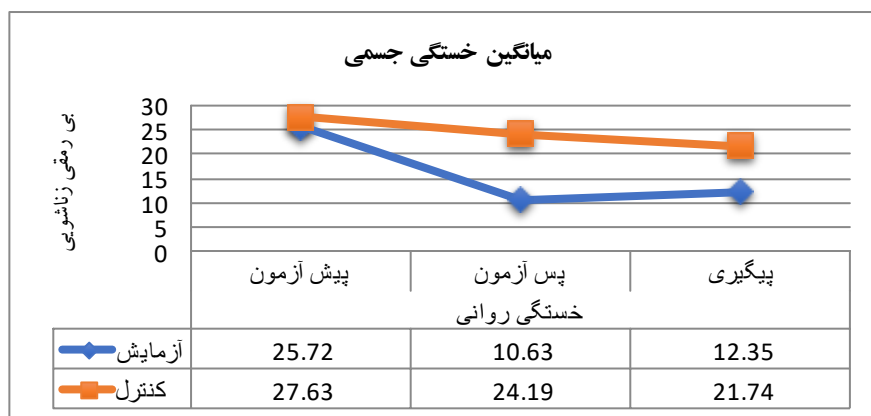
یافته های جدول ۴، میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی نمرات بی رمقی زناشویی و خود سرزنش گری شرکت کنندگان را قبل و بعد از مداخله و مرحله پیگیری نشان می دهد.

جدول ۴. میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای بی رمقی زناشویی و خود سرزنش گری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مؤلفه ها	زمان	آزمایش				کنترل			
			میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خستگی عاطفی		پیش آزمون	۳۱/۵۸	۷/۳۵۴	-۰/۵۰۲	-۰/۱۷۹	۴۰/۹۷	۹/۵۱۳	۰/۴۲۶	-۱/۱۱۱
		پس آزمون	۱۲/۶۹	۵/۱۲۹	-۰/۱۸۵	-۱/۱۵۹	۳۹/۳۴	۷/۵۹۷	-۰/۷۳۸	-۰/۰۹۸
		پیگیری	۱۶/۵۷	۵/۹۱۸	-۰/۴۵۶	-۰/۸۹۷	۴۳/۲۱	۷/۵۳۸	۰/۰۵۴	-۰/۷۴۶
بی رمقی زناشویی	خستگی روانی	پیش آزمون	۳۶/۵۷	۴/۷۸۴	۰/۱۴۳	۰/۲۸۵	۳۸/۴۶	۳/۲۹۴	۰/۱۲۵	-۱/۱۸۶
		پس آزمون	۱۴/۷۵	۳/۴۹۶	۰/۱۸۶	-۰/۳۵۵	۳۵/۲۴	۷/۸۰۳	۰/۲۶۳	-۰/۶۶۰
		پیگیری	۱۷/۴۶	۴/۲۵۹	۰/۲۱۲	-۰/۷۵۶	۳۹/۹۷	۶/۴۸۰	۰/۶۶۲	-۱/۰۰۵
خستگی جسمی		پیش آزمون	۲۵/۷۲	۵/۶۱۹	۰/۴۸۲	۰/۲۶۹	۲۷/۶۳	۶/۹۵۸	۰/۱۱۵	-۰/۳۲۵
		پس آزمون	۱۰/۶۳	۲/۲۷۹	۰/۲۴۵	-۱/۳۶۸	۲۴/۱۹	۵/۶۳۱	۰/۳۳۸	-۱/۵۲۰
		پیگیری	۱۲/۳۵	۴/۳۱۲	۰/۱۱۲	-۰/۶۵۱	۲۱/۷۴	۵/۵۲۷	۰/۱۹۵	-۰/۲۰۸
خود سرزنش گری	مقایسه ای	پیش آزمون	۴۱/۴۸	۸/۸۳۵	-۰/۶۱۰	-۰/۳۶۸	۴۵/۸۵	۹/۴۵۷	-۰/۳۶۵	-۰/۶۸۸
		پس آزمون	۱۶/۹۶	۴/۷۲۶	۰/۵۲۹	۰/۱۳۱	۳۹/۵۸	۸/۲۸۹	۰/۴۵۶	-۱/۲۵۳
		پیگیری	۱۹/۸۳	۴/۱۸۳	۰/۳۲۶	۰/۹۶۴	۳۵/۲۱	۷/۶۱۵	۰/۲۴۴	-۰/۹۴۶
	درونی	پیش آزمون	۴۵/۱۴	۷/۵۲۹	-۰/۰۷۸	-۰/۰۳۲	۴۷/۳۹	۸/۱۹۶	۰/۱۴۶	-۰/۶۷۹
		پس آزمون	۱۴/۴۳	۴/۳۶۸	۰/۵۸۹	-۰/۸۳۵	۴۰/۳۲	۸/۱۳۷	۰/۱۸۹	-۱/۰۳۰
		پیگیری	۱۷/۲۹	۵/۶۲۸	-۰/۹۰۶	-۰/۲۲۹	۳۷/۴۹	۷/۷۴۸	۰/۱۹۶	-۰/۷۹۵

میانگین های گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار ۱ نمایش داده شده است.





نمودار ۱. بررسی ترسیمی مؤلفه‌های تحقیق در طی زمان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

بر اساس نتایج توصیفی به دست آمده از جدول ۴ و مجموعه نمودارهای ۱ در مرحله پیش آزمون، میانگین نمرات مؤلفه های بی رمقی زناشویی و خود سرزنش گری در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده که این اعداد گویای این است که میانگین ها نزدیک به هم هستند، در حالی که در مرحله پس آزمون، در نمرات آزمودنی های گروه آزمایش، تغییراتی ایجاد شده و نمرات این گروه کاهش داشته است.

جهت بررسی تعیین معنی داری تفاوت میان گروه‌ها (گروه مداخله و گروه کنترل) در هر یک از مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون موردبررسی قرار گرفتند. نخست پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از شاخص کجی و کشیدگی بررسی شد (جدول ۳) و نتایج نشان داد که شاخص چولگی و کشیدگی همه سطوح پژوهش در دامنه ۲ و ۲- قرار داشت و این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس در متغیرهای بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری و خرده مؤلفه‌های آن‌ها در طی مطالعه با استفاده از آزمون لوین، در متغیرهای خستگی عاطفی ($p = 0.05$ و $F = 2.74$)، خستگی روانی ($p = 0.05$ و $F = 1.59$)، خستگی جسمی ($p = 0.05$ و $F = 1.31$)، خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ($p = 0.05$ و $F = 2.97$) و خود سرزنش‌گری درونی ($p = 0.05$ و $F = 2.09$) در مرحله پس‌آزمون در سطح $p > 0.05$ معنادار نشد؛ بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش متفاوت نیستند. آزمون لوین بیانگر این موضوع بود که مفروضه همسانی واریانس‌ها در بین گروه‌ها در هر متغیر برقرار است. جهت بررسی امکان تحلیل چندمتغیری در خرده مقیاس‌ها بر اساس نتایج آزمون ام. باکس، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس در حالت چندمتغیری بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد به‌طوری‌که این مقادیر در ابعاد بی‌رمقی زناشویی ($p = 0.05$ و $F = 2.597$ و $BOX\ M = 36.749$) و ابعاد خود سرزنش‌گری ($p = 0.05$ و $F = 2.156$ و $BOX\ M = 41.564$) نشان‌دهنده آن است که در تمامی گروه‌ها، ماتریس‌های واریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته، مساوی می‌باشند. همچنین نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌خط رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌رمقی زناشویی ($p > 0.05$ و $F = 0.741$) و خود سرزنش‌گری ($p > 0.05$ و $F = 0.698$) در گروه آزمایش و

کنترل نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. به منظور بررسی مفروضه کووریت، با کمک آزمون موجلی ($p=0/78$ و $Machly=0/389$) معنادار نبودن آن در سطح $0/05$ تأیید شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی ($Lambda Wilks=0/986$, $F=7/248$, $P<0/001$) و خود سرزنش‌گری ($Lambda Wilks=0/269$, $F=6/145$, $p<0/001$) تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌ها با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیری به تفکیک ابعاد بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری

منبع اثر	مجموع	درجه	میانگین	F	معناداری	مجدور	توان
شاخص‌ها	مجدورات	آزادی	مجدورات			اتا	آماري
پس‌آزمون	۸۹۶/۶	۱	۸۹۶/۶	۹۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
خستگی عاطفی							
پیگیری	۸۷۸/۸	۱	۸۷۸/۸	۸۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
پس‌آزمون	۷۹۳/۴	۱	۷۹۳/۴	۷۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
خستگی روانی							
پیگیری	۸۹۸/۳	۱	۸۹۸/۳	۱۰۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
پس‌آزمون	۷۴۵/۹	۱	۷۴۵/۹	۶۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
خستگی جسمی							
پیگیری	۸۶۸/۲	۱	۸۶۸/۲	۷۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
خودسرنش	۱۲۸۷/۲	۱	۱۲۸۷/۲	۱۳۸/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۵۷	۰/۹۶
گری مقایسه‌ای	۱۳۷۳/۷	۱	۱۳۷۳/۷	۱۴۹/۴۹	۰/۰۰۵	۰/۶۰	۰/۹۵
پس‌آزمون	۱۳۴۲/۵	۱	۱۳۴۲/۵	۱۵۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
خودسرنش‌گری							
پیگیری	۱۴۵۳/۶	۱	۱۴۵۳/۶	۱۸۹/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
درونی							

با توجه به جدول فوق آماره F برای مؤلفه‌های خستگی عاطفی ($F=97/06$, $p<0/001$) در سطح $0/01$ ، خستگی روانی ($F=72/21$, $p<0/001$) در سطح $0/01$ ، خستگی جسمی ($p<0/001$)، $F=69/63$ در سطح $0/01$ و برای مؤلفه‌های خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ($F=138/39$, $p<0/001$) در سطح $0/01$ معنادار هستند. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین آماره F برای تمامی متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیگیری نشان از معناداری و ثبات نتایج در

مرحله پیگیری دارد. همچنین مجذور انا (اندازه اثر) نشان می‌دهد که عضویت گروهی (پس‌آزمون) ۰/۸۹ درصد از تغییرات خستگی عاطفی، ۰/۸۸ درصد از تغییرات خستگی روانی، ۰/۵۹ درصد از تغییرات خستگی جسمی، ۰/۵۷ درصد از تغییرات خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای و ۰/۷۸ درصد از تغییرات خود سرزنش‌گری درونی را تبیین می‌کند. این تغییرات اندازه اثر برای مرحله پیگیری در متغیر خستگی عاطفی ۰/۷۶ درصد، خستگی روانی ۰/۹۲ درصد، خستگی جسمی ۰/۶۴ درصد، خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای ۰/۶۰ درصد و خود سرزنش‌گری درونی ۰/۸۲ درصد به دست آمد که نشان از ثبات نسبی اندازه اثرات متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف زمانی است. به‌طور کلی نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که مقادیر F مربوط به تفاوت میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون همه متغیرهای وابسته، با کنترل نمرات پیش‌آزمون معنی‌دار است. علاوه بر این با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین‌های دو گروه برای همه متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری نیز مقادیر F معنادار هستند که با در نظر گرفتن مجذور انا بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی بر متغیرهای وابسته تأثیر داشته است و این تأثیر در طول زمان تداوم داشته است؛ بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب کاهش خستگی عاطفی، روانی و جسمی و خود سرزنش‌گری مقایسه‌ای و درونی در زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به بی‌رمقی زناشویی و مؤلفه‌های آن (خستگی عاطفی، روانی و جسمی) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نتیجه گرفته می‌شود که آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مؤثر بوده و موجب کاهش بی‌رمقی زناشویی زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی شده و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. یافته‌های فوق با مطالعات پیشین در این زمینه به‌طور غیرمستقیم همسو می‌باشد. به‌طور مثال نتایج پژوهش محمودی و همکاران (۱۴۰۲)

نشان داد که شفقت به خود بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تأثیر معنادار دارد و آموزش شفقت در مادران با فرزند کم توان ذهنی سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل در ابراز هیجانی مادران کم توان ذهنی شده است؛ همچنین مطالعه مرادی (۱۴۰۱) نشان داد که شفقت به خود بر تاب‌آوری، خودکنترلی هیجانی و خشم مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل تأثیر معناداری دارد و مادرانی که برنامه آموزشی شفقت به خود را دریافت کرده بودند تاب‌آوری و خودکنترلی هیجانی بالاتر و خشم کمتری را گزارش دادند. عزیزی ابرقوئی و درون‌پرور (۱۳۹۹) در مطالعه خود دریافتند معنادهی به رنج با رویکرد توحیدی باعث افزایش تاب‌آوری مادران با فرزند معلول و چشم‌انداز اشتباه مادران از رنجی که متحمل می‌شوند کاهش یافته و نگاه جدید به معلولیت فرزند خود پیدا کردند. نتایج مطالعه فراهینی و همکاران (۱۳۹۸) حاکی از اثربخشی معنادرمانی اسلامی - ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان با نیازهای ویژه است و اصلاح نگرش و جهان‌بینی والدین با فرزند معلول منجر به افزایش رضایت زناشویی آنان گردید. احمد و راج (۲۰۲۳) به کارگیری مداخله‌های مبتنی بر شفقت را راهبردی مؤثر در کاهش تنش‌های زوجی زوجین دارای فرزند با اختلال رشدی می‌دانند. پیسکوپا و ورونا (۲۰۲۱) نشان دادند که شفقت به خود بر خودتاب‌آوری، مقابله با استرس و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال عصب رشدی اثر معنادار دارد. در تبیین این یافته بر اساس مبانی نظری می‌توان گفت درمان تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با ایجاد و تقویت رفتارهای مبتنی بر پذیرش درونی و مشفقانه در زوجین با ارائه راهکارهای شناسایی خود مهرورز و تصویرسازی آن در شرایط استرس‌زا و رنج‌آور و بر طرف کردن موانع پوچی، بی‌معنایی، عدم پذیرش و شفقت به خود، به زوجین دارای فرزند کم توان ذهنی این امکان را می‌دهد که از شکست هراس نداشته باشند و پس از هر شکست نیز برای موفقیت بارها و بارها تلاش کنند. تلفیق این دو درمان با اصول مشترکی که دارند می‌تواند سیستم‌های تهدید درونی از جمله عدم پذیرش وقایع رنج‌آور را خنثی و سیستم مراقبت و حمایتی را فعال و جایگزین کند؛ در نتیجه درمان شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های

اسلامی با ایجاد راهکارهایی در روابط زوجین با فرزند مبتلا به کم‌توان ذهنی زمینه را برای پذیرش هیجان‌های منفی و به وجود آوردن هیجان‌های مثبت قوی از قبیل مهربانی و انصاف نسبت به خود و شریک زندگی، فداکاری، ارفاق، رفق و مدارا و بخشش در روابط زناشویی آماده می‌کند و در نتیجه بقای روانی فرد و رابطه را که شامل شادی، خوش‌بینی، هوشیاری، کنجکاوی، اکتشاف و جست‌وجو، ابتکارات فردی و هوشیاری عاطفی است، ارتقاء می‌بخشد که نتیجه آن بهبود در روابط زوجی و کاهش بی‌رمقی در روابط زناشویی است. نتایج پژوهش عزیزی ابرقویی و درون‌پرور (۱۳۹۹) نشان داد که معنادهی به رنج با رویکرد یکپارچه توحیدی منجر به تسهیل تعادل واکنش افراد به وقایع منفی می‌شود. افرادی که نسبت به رنج‌های زندگی پذیرش بیشتری داشته باشند و نسبت به خود در ارتباط با رنج‌ها شفقت بالاتری را حس کنند واکنش بهتری به وقایعی نظیر رنج حاصل از داشتن فرزند با معلولیت نشان می‌دهند. تلفیق این دو رویکرد به زوجین آموزش داد که روی‌آورد گسترده‌تری نسبت به زندگی خود داشته باشند و برداشتهای اشتباهی که زوجین از رنج‌های زندگی دارند را با نگاه جدید و جایگزین به این رنج‌ها با بهره‌گیری و اشاره به حکمت خداوند و آیات قرآن کریم و ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد شفقت‌ورز با تکیه بر ارزش و کرامت انسانی، بخشایشگری، عفو، مهربانی و غفران نسبت به خود و رابطه خود با شریک زندگی ارتقاء دهند؛ در نتیجه زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مواقع رویارویی با مشکلات و دشواری‌های مرتبط با کودکشان، با به یاد آوردن اینکه شرایط زندگی انسان‌ها کامل نیست و این موضوع که آن‌ها در رنج‌هایشان تنها نیستند و به احتمال بسیار زیاد نمی‌توانند به فردی تبدیل شوند که می‌خواهند، می‌توانند احساس فرسودگی و بی‌رمقی در روابط و انزوای خود را کاهش دهند و از غرق شدن در مشکلات جلوگیری کنند. پیش از شروع جلسات آموزش، زوجین درباره افکار و نگران‌هایی که در رابطه با فرزند خود داشتند صحبت‌هایی کردند. زوجین افکار منفی از قبیل اینکه چرا باید فرزند ما دچار معلولیت باشد، شاید معلولیتش به خاطر اشتباهات ما باشد، شاید گناهان ما باعث ایجاد معلولیت فرزندمان شده است، دیگران فرزندمان را آزار می‌دهند و آینده او چه می‌شود و مانند آن را گزارش می‌کردند. در طی جلسات، تلاش بر این بود که چشم‌اندازهای اشتباه زوجین درباره رنجی که متحمل می‌شوند، کاهش یافته و نگاه جدید و صحیحی به رنج خود داشته باشند. بدین منظور با استفاده از نیایش‌ها، معانی آیات و

روایات و کتب مرتبط، مباحثی ارائه می‌شد. برای نمونه در رابطه با واقعیت‌شناسی دنیا، مباحثی از قبیل این که «دنیا محل گذر و ناپایدار است»، «اعمال و رفتار و نیات ما با دوربین‌های دنیا در حال ثبت و ضبط است» و «تدبیر علت و معلول‌های عالم در دست خداوند است» (فلاح و همکاران، ۱۳۹۷) و مانند آن مطرح شد. رویکرد معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به زوجین کمک می‌کند تا تعارض‌ها و فاصله‌های عاطفی ناشی از داشتن فرزند معلول را که حاصل کنترل‌های محکم و بی‌فایده هر یک از آن‌ها و راهبردهای وجودی در رابطه‌شان است را حل کنند. هدف اصلی این رویکرد کمک به زوجین است تا ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه‌داشته است، روشن کند و به عمل در روش‌هایی که به‌طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند (کنعانی و گودرزی، ۱۳۹۵). معنابخشی به رنج به زوج‌ها، نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. همان‌طور که زوج‌ها شروع به کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و بی‌آلایشی میان فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار شدن با ارزش‌های دوطرفه، این فرصت را برای زوجین فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری را فراهم کنند. زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی به دلیل تأثیر محدودیت و مشکلات جسمانی و روانی فرزندشان و عدم کنترل بر زندگی خود احساس بی‌رمقی در زندگی زناشویی را تجربه می‌کنند (رضاپور میر صالح و اسماعیل بیگی، ۱۳۹۹) اما به‌موجب افزایش میزان شفقت به خود می‌توان آن‌ها را از استعدادهای بالقوه‌شان آگاه کرد و با تغییر سبک زندگی، به تغییر رفتارها و ارتقاء ادراک فرد از اهمیت تغییر رفتار پرداخت؛ در نتیجه جهت‌گیری شخصی آنان نسبت به زندگی تغییر می‌کند و تسلط فرد بر موقعیت‌های مختلف زندگی و حس رضایت افزایش می‌یابد و منجر به کاهش بی‌رمقی زناشویی می‌شود؛ زیرا احساس بی‌رمقی زناشویی به‌صورت مستمر تحت تأثیر رویدادهای بیرونی و واکنش درونی و بین فردی زوجین به این رویدادها قرار دارد (اولیایی و قاسمی پور، ۱۴۰۱) و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همبستگی

مثبت بین بی‌رمقی زناشویی و رویدادهای منفی زندگی وجود دارد (بروون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ موسوی، ۱۳۹۷)؛ در نتیجه زوجینی که ارزش‌هایی درونی پایدار، احساس پذیرش بالاتر و معنای باثبات‌تری از زندگی دارند، محرک‌ها را به صورت غیراسترسی یا وجود بی‌خطر تعریف می‌کنند، از خود در برابر اثرات نامطلوب رویدادهای استرس‌زا محافظت می‌کنند، اتفاقات زندگی را کمتر پر دغدغه می‌دانند، برای مدیریت کردن موقعیت‌های پرتنش، منابع را تشخیص و بسیج می‌کنند و در انتخاب چشم‌انداز مناسب به زندگی انعطاف‌پذیری بیشتری به کار می‌گیرند که این راهبردها زمینه را برای کاهش بی‌رمقی زناشویی و افزایش رضایت از زندگی فراهم می‌کند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که با توجه به اصول و تکنیک‌هایی که هر کدام از رویکردهای شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مورد استفاده قرار می‌دهند، تلفیق این دو رویکرد فرایند بی‌رمقی زناشویی را کاهش داده و سبب بهبود روابط زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی شود.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تأثیر تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر کاهش خودسرزنش‌گری زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تلفیق شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی اثر مثبت معناداری بر بهبود خودسرزنش‌گری مقایسه‌ای و درونی زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی داشته و این نتایج در مرحله پیگیری نیز ثابت داشته است. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات محمودی و همکاران (۱۴۰۲)، رستم پور و همکاران (۱۳۹۹)، کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵)، فیناردی و همکاران (۲۰۲۲) و واکلین و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد. برای مثال محمودی و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که آموزش شفقت به خود بر افزایش انسجام زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر بوده و نتایج تا مرحله پیگیری پایدار بوده است؛ همچنین رستم پور و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خود انتقادی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل اثربخش بوده است. علاوه بر این نتایج پژوهش کنعانی و گودرزی (۱۳۹۵) حاکی از اثربخشی معنادرمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی بوده است؛ واکلین و همکاران

1. Brown

(۲۰۲۲) نیز در یک فرا تحلیل نشان دادند که مداخلات مرتبط با شفقت به خود نسبت به گروه‌های کنترل، کاهش معنی‌دار و متوسطی در کاهش سطوح خود سرزنش‌گری ایجاد کرده است. یافته حاضر را این گونه می‌توان تبیین کرد که زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی به خاطر اینکه فرزندشان هرگز نمی‌تواند کنش‌وری مطلوبی نسبت به سایر افراد جامعه داشته باشد، خود را گناهکار و شکست‌خورده می‌دانند؛ همچنین با دریافت برچسب اجتماعی، نگرش‌های قضاوت‌گرایانه و ترحم‌آمیز، احساس کام‌نایافتگی و شکست می‌کنند و این روند در حُلیات این زوجین تأثیر می‌گذارد و هیجانات منفی، احساس ناراحتی و خود سرزنش‌گری را در آن‌ها گسترش می‌دهد (رستم‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ وارن و همکاران، ۲۰۱۶). در چهارچوب درمان تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه سرزنش‌ها به‌ویژه سرزنش‌هایی که نسبت به خود دارند، آگاه شده و ناسامانی پیش‌آمده را تقدیر پروردگار می‌دانند؛ در نتیجه در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی با نگرشی مبتنی بر پذیرش و مدارا و دیدی مشفقانه نسبت به خود، بدون از دست دادن کنترل رفتاری و هیجانی نگرسته و جهت حل منطقی مسئله به‌گونه‌ای که روابط زناشویی را به انحراف نکشاند، گام بر می‌دارند. همچنین این زوجین در بستر فنون درمان مبتنی بر شفقت به خود با آموزش تمرین‌هایی نظیر بخشش خود و دیگران و ابراز محبت به خود و دیگران یاد گرفتند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و به‌خصوص وظیفه نگهداری، مراقبت و حمایت از کودک کم‌توان خود، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود و معنادهی به آن، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه سرزنش با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به این مشکلات، رابطه صمیمی‌تری با خود و کودک خود برقرار سازند (نف، ۲۰۱۶؛ ۲۰۲۳) و این جریان می‌تواند علاوه بر کاهش سرزنش خود و دیگران، باعث بهبود در روابط زوجی آن‌ها شود. در درمان تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج، زوجین دارای فرزند کم‌توان ذهنی با پذیرش رنج شرایط حاصل از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی و چهارچوب دهی مجدد به رنج پیش‌رو و چگونگی معنادهی به آن، نسبت به ابتلائات پیش‌آمده تغییر نگرش داده و این گونه به مسئله نگاه کردند که «کمال حقیقی انسان جز از راه رنج میسر نمی‌شود و سعادت جاوید، پیچیده در رنج است و حتی خوشبختی این دنیا نیز در سایه رنج‌هاست و این حقیقت که می‌توان رنج‌ها را

با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی به نردبان ترقی و تکامل و کلیدهای گنج و خوشبختی و سرور تبدیل کرد، مسیری تازه را در پذیرش رنج و اجتناب از سرزنش خود پیش روی زوجین قرار داد» (ساداتی و مهدوی، ۱۴۰۲)؛ این تأکید، ناشی از این امر دینی است که زندگی تحت هر شرایطی معنا دارد و انگیزش اصلی برای زیستن میل به معنا حتی در شرایط رنج‌آور و دشوار زندگی است. چنان‌که در آیه شریفه قرآن نیز آمده است که «أَفَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبَثًا وَأَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ» (مومنون/ ۱۱۵) آیا گمان می‌کنید که ما شما را بیهوده آفریدیم و شما به‌سوی ما باز نمی‌گردید؟ لذا فردی که از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی رنج می‌برد، وقتی به این آگاهی دست می‌یابد که آفرینش انسان‌ها بیهوده نیست، آرامش بیشتری را در درون خود تجربه می‌کند و رفتاراش نسبت به خود مهرورزانه‌تر خواهد بود. در طول جلسات با استفاده از آیات و روایات و ارائه داستان‌های روایی از ائمه و صحابه آنان و بحث پیرامون موازنه میزان ابتلا با توان و ظرفیت انسان، تحمل رنج و معنادگی به رنج‌های دنیوی، نقش صبر و بردباری در حل مشکلات، دنبال مقصر نگشتن و عدم سرزنش خود و دیگران آموزش‌های لازم به زوجین ارائه شد. به‌طور کلی، تلفیق درمان شفقت به خود و معنادگی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی از طریق افزایش پذیرش بدون قضاوت نسبت به رنج‌ها، همدلی و توجه مستمر نسبت به احساسات درونی به کاهش احساس گناه، ایجاد حالت صلح با خود و دیگران و در نتیجه کاهش مشکلات روان‌شناختی زوجین می‌انجامد که کاهش خود سرزنش‌گری می‌تواند پیامد چنین فرایندی باشد.

پژوهش حاضر، دارای محدودیت‌هایی به شرح ذیل می‌باشد. اولاً برنامه آموزشی تلفیقی به‌کاررفته در این پژوهش صرفاً برای زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی متناسب‌سازی شده است؛ لذا لازم است که برای سایر گروه‌ها نیز روایی محتوایی آن متناسب‌سازی شود؛ درحالی‌که سایر زوج‌های با فرزند معلول که مشکلاتی در بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری دارند، می‌توانند از این برنامه سود ببرند. همچنین علی‌رغم کنترل‌های آماری و غیر آماری اعمال‌شده در پژوهش، اجرای مکرر پرسشنامه‌ها در سه دوره زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) باعث ایجاد حساسیت به موضوع و تأثیرگذاری بر پاسخ‌گویی در مراحل دیگر آزمون در بین آزمودنی‌ها شده است که پیشنهاد می‌شود با سازش بین تأثیر و کنترل تلاش شود تا هم اثر مداخله آزمایشی مشخص شود و هم کنترل لازم صورت گیرد؛ محدود بودن اندازه‌گیری متغیرها به سنجه‌های خود

گزارشی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد؛ لذا جهت دستیابی به نتایج جامع‌تر و با اعتبار بیشتر سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه عمیق پیشنهاد می‌گردد. بر اساس نتایج پژوهش مبنی بر اثر معنادار آموزش تلفیقی شفقت به خود و معنادهی به رنج مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود که متخصصان روان‌درمانی در مداخلات بالینی خود از این روش درمانی جهت افزایش دید شفقت ورزانه نسبت به خود، معنابخشی به رنج‌ها و مصائب زندگی و بهبود روابط زناشویی زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی در راستای کاهش بی‌رمقی و خود سرزنش‌گری استفاده کنند؛ بنابراین می‌توان با تدوین مداخلات مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و رفتارهای مشفقانه با خود، به زوجین با فرزند کم‌توان ذهنی در راستای پذیرش و معنابخشی به رنج، تقویت تفکر مثبت و کاهش هیجانات منفی و در نتیجه کاهش بی‌رمقی زناشویی و خود سرزنش‌گری کمک کرد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد و در انجام پژوهش، کلیه موازین اخلاقی رعایت و لحاظ شده است.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

قرآن کریم

نهج البلاغه

اولیایی، سیده سیما و قاسمی‌پور، یدالله (۱۴۰۱). بررسی نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی در رابطه میان اولیایی، سیده سیما و قاسمی‌پور، یدالله (۱۴۰۱). بررسی نقش میانجی مهارت‌های ارتباطی در رابطه میان سبک‌های دل‌بستگی با بی‌رمقی زناشویی. نشریه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱۳ (۱)، پیاپی ۳۳، ۱۳۷-۱۶۰.

<https://doi.org/10.22034/fcp.2022.62344>

بواله‌ری، جعفر؛ غباری‌بناب، باقر؛ قهاری، شربانو، میرزایی، مجید؛ راقیبیان، رسول؛ دوست علی‌وند، هاشم و زارعی‌دوست، احمد (۱۳۹۲). مهارت‌های معنوی: کتاب ویژه مربیان. چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران

<https://fiload.ir/product/18374>

پسندیده، عباس (۱۳۹۶). الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا. قم: سازمان چاپ و نشر دارالحديث. <https://www.ghbook.ir>

جناآبادی، حسین (۱۳۹۱). تأثیر مشاوره زناشویی بر رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی. مجله پرستاری و مامایی، ۱۰ (۴)، پیاپی ۳۹، ۲۱-۳۹.

جوادی‌آملی، عبدالله (۱۳۹۷). مفاتیح الحياه. قم: انتشارات اسراء

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1010-1-fa.html>

خلیلی‌صدرآباد، افسر؛ سهرابی، فرامرز؛ سعدی‌پور، اسماعیل؛ دلاور، علی و خوشنویسان، زهرا (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه ایمن‌سازی تربیتی- اجتماعی با رویکرد آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر. روان‌شناسی تربیتی (روانشناسی و علوم تربیتی)، ۱۳ (۴۶)، ۷۷-۹۴.

<https://doi.org/10.22054/jep.2018.477>

رستم‌پور، محدثه؛ عباسی، قدرت‌الله و میرزائیان، بهرام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. نشریه مشاوره کاربردی، ۱۰ (۲)، ۱-۱۸.

<https://doi.org/10.22055/jac.2020.33836.1749>

رضاپورمیرصالح، یاسر و اسماعیل‌بیگی، منیره (۱۳۹۹). مقایسه عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و سبک‌های تفکر در مادران کودک ناتوان در یادگیری و مادران کودکان عادی. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۹ (۴)، ۳۴-۵۱.

https://jld.uma.ac.ir/article_953.html

رهبر، طیبه و جهانبانی، فاطمه (۱۴۰۱). مقایسه عزت‌نفس، سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی شهر رشت. *نشریه خانواده و بهداشت*، ۱۲(۲)، ۳۳-۲۵.

<https://dori.net/dor/۲۰,۱۰۰۱,۱,۲۳۲۳۰۶۵,۱۴۰۱,۱۲,۲,۲,۴>

زینلی، روح‌اله (۱۳۹۵). شفقت بر خود در آموزه‌های اسلامی. فصلنامه شکوه، دوره ۳۵، شماره ۳، پیاپی ۱۳۲، ۳۶-۶۰.

<https://dori.net/dor/۲۰,۱۰۰۱,۱,۱۶۸۳۸۰۳۳,۱۳۹۵,۳۵,۳,۴,۳>

ساداتی، سیده زهرا و مهدوی، فاطمه (۱۴۰۲). اثربخشی معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری، جهت‌گیری مذهبی و رضایت از زندگی زنان مطلقه. *نشریه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۴(۴)، ۳۳۰-۳۱۷.

https://www.aftj.ir/article_۱۸۲۳۱۷.html

شاهدپور، عارف، حاتمی، محمد، نوری، ربابه و برجعلی، محمود. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی با شفقت درمانگری کلاسیک در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۸۰)، ۸۷۷-۸۶۹.

<https://psychologicalscience.ir/article-۴۷۵-۱-fa.html>

شریفی‌نیا، محمدحسین و رحیمی‌یگانه، زهرا (۱۴۰۲). مطالعه تاثیر روان درمانی گروهی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر افسردگی زنان. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸(۶۵)، ۲۴۸-۲۲.

https://journals.ihu.ac.ir/article_۲۰۸۴۸۲.html

طالبی، مهناز، نادری، فرح، بختیارپور، سعید و صفرزاده، سحر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی با نقش تعدیل‌کننده باورهای مذهبی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(ویژه‌نامه)، ۹۲-۸۶.

https://www.islamiilife.com/article_۱۸۷۹۷۷_۵۴۴۲۰b۴de۲e۰b۷۰a۴۰۱۷۰۲۳ec۵۷ceda.pdf?lang=en

عزیزی ابرقوئی، محسن و درون‌پرور، طوبی (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش معنادهی به رنج با رویکرد یکپارچه توحیدی بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول شهر یزد. *پژوهش‌نامه روانشناسی اسلامی*، ۶(۱۳)، ۳۷-۲۷.

https://psychology.righ.ac.ir/article_۱۳۳۴۱.html

غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). *مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت*. تهران: ناشر آرون.

فراهینی، ندا، افروز، غلامعلی، غباری بناب، باقر و ارجمندنیا، علی‌اکبر. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی-ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی. *روانشناسی خانواده*، ۶(۱)، ۲۶-۱۵.

<https://doi.org/۱۰.۲۹۲۵۲/ijfp.۱۰,۱۵>

فلاح، محمدحسین؛ شایق، محمدرضا؛ عاصی، ابوالقاسم و طحانی، علی (۱۳۹۷). *ساختمان زندگی خود را*

محکم بسازید (درمان یکپارچه توحیدی). یزد: شهد علم

<https://basalam.com/shadalm/product/۱۸۶۹۷۱۵>

قشلاقی، سعیده؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ اسماعیل پور، خلیل و آزموده، معصومه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی رفتاری ارتباطی، معنوی دینی اسلام محور و تلفیقی بر احساسات مثبت زنان دارای تجربه دلزدگی زناشویی. **فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده**، ۱۵(۵۱)، ۷-۲۷.

https://cwfs.ihu.ac.ir/article_۲۰۵۴۰۶.html

کاظمیان، سمیه و آزادی نقش، نیره (۱۳۹۴). تحلیل کیفی مقایسه‌ای روابط بین زوجین از نگاه مادران دارای فرزند معلول و مادران دارای فرزند سالم. **فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره**، ۱۴(۵۶)، ۱۰۹-۱۴۳.

<http://irancounseling.ir/journal/article-۲۸۶-۱-fa.html>

کنعانی، کبری و گودرزی، محمدعلی (۱۳۹۵). تأثیر معنادرمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. **سلامت جامعه**، ۱۰(۱)، ۶۲-۵۲.

https://chj.rums.ac.ir/article_۴۵۷۷۹.html

محمودی، جعفر؛ مصباح، ایمان و رضایی شریف، علی (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. **فصلنامه روانشناسی افراد استثنائی**، پیاپی ۵۰، ۲۵۵-۲۸۶.

https://jpe.atu.ac.ir/article_۱۵۹۹۶.html

مرادی، علیرضا؛ اسماعیل‌زاده، محمد مهدی؛ اکبری، مهدی؛ حسنی، جعفر و غلامی، نسرین (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان معنا محور گروهی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه. **فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی**، پیاپی ۶۲، ۷۴-۸۹.

<https://dorl.net/dor/۲۰,۱۰۰۱,۱,۲۷۱۷۳۸۵۲,۱۴۰۰,۱۶,۶۲,۶,۱>

مرادی، نارین (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت درمانی بر تاب‌آوری، خودکنترلی هیجانی و خشم در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. **پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش**، ۵(۵۲)، ۶۱-۷۶.

<https://ensani.ir/fa/article/۵۱۱۸۹۸>

مزروعی، نازیلا؛ علیوندی وفا، مرضیه و محب، نعیمه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نظریه گشتالت و رویکرد معنوی - مذهبی اسلام محور بر آشفستگی روان‌شناختی و احساس گناه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. **فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده**، ۱۷(۵۹)، ۱۰۵-۱۳۴.

https://cwfs.ihu.ac.ir/article_۲۰۷۲۶۵.html

موسوی، اشرف‌السادات و قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی، خود انتقادی و سلامت روان. **مطالعات روان‌شناختی**، ۲(۳-۴)، ۹۱-۷۵.

<https://www.sid.ir/paper/۶۷۶۰۸/fa>

موسوی، سیده فاطمه (۱۳۹۷). نقش استرس والدینی و ادراک مثبت در پیش‌بینی رضایت زناشویی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه و عادی. **روانشناسی افراد استثنائی**، ۸(۳۲)، ۱۵۳-۱۷۹.

https://jpe.atu.ac.ir/article_۹۷۵۲.html

- Ahmed, A. N., & Raj, S. P. (2023). Self-compassion intervention for parents of children with developmental disabilities: A feasibility study. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7(2), 277-289. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00305-2>
- American Psychiatric Association (2015). *Neurodevelopmental disorders: DSM-5 selections*. American Psychiatric Pub.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., ... & Andrews, H. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Developmental Psychology*, 43(6), 1360. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.43.6.1360>
- Bleys, D., Soenens, B., Boone, L., Claes, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2016). The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *Journal of adolescence*, 49, 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.003>
- Brown, M., Whiting, J., Kahumoku-Fessler, E., Witting, A. B., & Jensen, J. (2020). A dyadic model of stress, coping, and marital satisfaction among parents of children with autism. *Family Relations*, 69(1), 138-150. <https://doi.org/10.1111/fare.12375>
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.020>
- Crnic, K. A., Neece, C. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Intellectual disability and developmental risk: Promoting intervention to improve child and family well-being. *Child development*, 88(2), 436-445. <https://doi.org/10.1111/cdev.12740>
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research*, 271, 678-683. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.056>
- Di Marino, E., Tremblay, S., Khetani, M., & Anaby, D. (2018). The effect of child, family and environmental factors on the participation of young children with disabilities. *Disability and health journal*, 11(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.05.005>
- Dieleman, L. M., Soenens, B., De Pauw, S. S., Prinzie, P., Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2020). The role of parental reflective functioning in the relation between parents' self-critical perfectionism and psychologically controlling parenting towards adolescents. *Parenting*, 20(1), 1-27. <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1642087>
- DiPierro, M., Fite, P. J., & Johnson-Motoyama, M. (2018, February). The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of Latino youth. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 47, pp. 101-114). Springer US. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10566-017-9421-2>
- Finardi, G., Paleari, F. G., & Fincham, F. D. (2022). Parenting a child with learning disabilities: Mothers' self-forgiveness, well-being, and parental behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 31(9), 2454-2471. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-022-02395-x>
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>

- Germer, C., & Neff, K. (2019). Mindful self-compassion (MSC). In *Handbook of mindfulness-based programmes* (pp. 357-367). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315265438-28/mindful-self-compassion-msc-christopher-germer-kristin-neff>
- Giallo, R., Seymour, M., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Hudson, A., & Cameron, C. (2015). Risk factors associated with the mental health of fathers of children with an intellectual disability in Australia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(3), 193-207. <https://doi.org/10.1111/jir.12127>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Greenlee, J. L., Piro-Gambetti, B., Putney, J., Papp, L. M., & Hartley, S. L. (2022). Marital satisfaction, parenting styles, and child outcomes in families of autistic children. *Family process*, 61(2), 941-961. <https://doi.org/10.1111/famp.12708>
- Hastings, R. P. (2016). Do children with intellectual and developmental disabilities have a negative impact on other family members? The case for rejecting a negative narrative. *International review of research in developmental disabilities*, 50, 165-194. <https://doi.org/10.1016/bs.iridd.2016.05.002>
- Karaca, A., & Konuk Şener, D. (2021). Spirituality as a coping method for mothers of children with developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(2), 112-120. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1603730>
- Kim, M. K., Kwon, I. S., Kim, M. K., & Kwon, I. S. (2016). Influence of self esteem, family function and social support on wellness of mothers of children with disabilities. *Child Health Nursing Research*, 22(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.4094/chnr.2016.22.1.1>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-015-0479-3>
- 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>
- Nejatian, M., Alami, A., Momeniyan, V., Delshad Noghabi, A., & Jafari, A. (2021). Investigating the status of marital burnout and related factors in married women referred to health centers. *BMC women's health*, 21, 1-9. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-021-01172-0>
- Pamuk, M., & Durmuş, E. (2015). Investigation of burnout in marriage. *Journal of Human Sciences*, 12(1), 162-177. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3002>
- Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: the buffering effect of self-compassion. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(5), 539-553. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1597969>
- Pines, J. (1996). Cell cycle: reaching for a role for the Cks proteins. *Current Biology*, 6(11), 1399-1402. [https://doi.org/10.1016/s0960-9822\(96\)00741-5](https://doi.org/10.1016/s0960-9822(96)00741-5)
- Pyszkowska, A., & Wrona, K. (2021). Self-compassion, ego-resiliency, coping with stress and the quality of life of parents of children with autism spectrum disorder. *PeerJ*, 9, e11198. <https://doi.org/10.7717/peerj.11198>
- Ramos, K., Erkanli, A., & Koenig, H. G. (2018). Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and

- chronic medical illness. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(1), 79. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rel0000113>
- Salceanu, C., & Luminita, S. M. (2020). Anxiety and depression in parents of disabled children. *Technium Soc. Sci. J.*, 3, 141. <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/techssj3&div=13&id=&page=>
- Staunton, E., Kehoe, C., & Sharkey, L. (2023). Families under pressure: Stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. *Irish journal of psychological medicine*, 40(2), 192-199. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.4>
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- Wallerstein, J. (2019). *The good marriage: How and why love lasts*. Plunkett Lake Press.
- Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. (2016). Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience: Being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry*, 15(12), 18-28. <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-criticism-and-self-compassion%3A-risk-and-being-Warren-Smeets/5565d0d16f098229016614d0c507fe1979537ce2>
- Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2022). A model of self-criticism as a transdiagnostic mechanism of eating disorder comorbidity: A review. *New Ideas in Psychology*, 66, 100949. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100949>
- You, J., Jiang, Y., Zhang, M., Du, C., Lin, M. P., & Leung, F. (2017). Perceived parental control, self-criticism, and nonsuicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. *Archives of suicide research*, 21(3), 379-391. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199989>

