اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی

▫ **سمیه محمدی کشکا**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
▫ **مهناز خسروجاوید**، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
▫ **علیرضا محمدی سنگاچین‌دوست***، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **سیده‌زهرا سیدنوری**، دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰ ● تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۵۵ - ۶۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب جدایی کودکان به‌عنوان یکی از اختلال‌های شایع دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به از دست دادن سلامت روان و پریشانی روان‌شناختی مادران شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر قائم‌شهر انجام شد.

روش: در این پژوهش از روش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل مادران کودکان دختر با اختلال اضطراب جدایی و نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از آنها بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌تصادف در ۲ گروه آزمایشی و گواه جای‌دهی شدند. گروه آزمایشی به‌مدت ۸ جلسه هفتگی در دوره آموزشی درمانی شفقت‌ورزی به‌صورت گروهی شرکت داده شدند ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر ۲ گروه در ۲ مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسشنامه افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثرات مثبت معناداری بر نمره افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران داشته، بدین ترتیب که در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، نمرات افسردگی، اضطراب، و تنیدگی به‌طور معناداری کاهش یافته است ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین، با توجه به نتایج مثبتی که شفقت‌ورزی در کاهش افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران دارد و می‌تواند با بهبود رابطه والد کودک، نقش مؤثری در کاهش اضطراب این کودکان نیز داشته باشد، می‌توان آن‌را به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر و برتر در زمینه ارتقا سلامت روان آنها دانست.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، اضطراب جدایی، افسردگی، تنیدگی، شفقت

* Email: ali.rmi1@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مقدمه

اختلالات اضطرابی[1] شایع‌ترین مشکلات دوران کودکی و اختلال اضطراب جدایی[2] یکی از شایع‌ترین این اختلالات است. این اختلال با ویژگی‌های اساسی همچون ترس و اضطراب بیش‌ازحد هنگام جدا شدن از خانه یا افراد دل‌بسته، پریشانی مکرر و مفرط، نگرانی نسبت به سلامتی یا آسیب به افراد دل‌بسته به‌خصوص هنگام جدا بودن از آنها، و رفتارهایی همچون برقراری ارتباط و آگاهی از مکان حضور آنها، و نگرانی نسبت به آسیب به خود همچون گم‌شدن، و ربوده شدن نمایان می‌شود؛ و درمجموع موجب ترس مفرط و مداومی نسبت به تنها خارج شدن از خانه و در کنار افراد دل‌بسته نبودن، می‌شود. ضمن آنکه این اختلال در کودکان و نوجوانان کمتر از ۱۸ سال باید حداقل ۴ هفته به طول بینجامد، تا ملاک تشخیصی این اختلال را دریافت نماید (۱).

اختلال اضطراب جدایی در کودکان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین علت رفتارهای ناسالم، می‌تواند پیامدها و آسیب‌های ناگواری را چه برای کودک (همچون اختلال در عملکرد روزانه، تحصیلی، اجتماعی، و خانوادگی) (۲ و ۳) و چه والدین و بویژه مادر داشته باشد و این موضوع منجر به احساس ناامنی، اضطراب، و خشم در آنها می‌شود (۴). کودکان با اختلال اضطراب جدایی اکثراً از رفتن به مدرسه و فعالیت‌های دوستانه خودداری می‌کنند (۵) که به‌نوبه خود می‌تواند منجر به مشکلات تحصیلی و انزوای اجتماعی آنها شود. آنها اغلب به هنگام خواب اصرار دارند تا زمانی که به خواب بروند، افراد دل‌بسته در کنار آنها بمانند و یا در طی شب به تخت والدین خود می‌روند، و با چنین رفتارهایی به منبع ناامیدی اعضای خانواده و رنجش و درگیری درون خانوادگی شده، برشدت مشکلات افزوده، و موجب بروز پیامدهای منفی برای والدین به‌واسطه سازش‌نایافتگی‌های کودک و بویژه برای مادر، به‌عنوان اولین منبع تأثیرگذار بر تحول کودک و به‌واسطه پیوند در هم تنیده‌تر آنها شود و آنها را در معرض ابتلا به آسیب‌های روانی قرار دهد (۱و۶).

با توجه به اینکه از یک‌سو، والدین با سبک تربیتی طردکننده، پرخاشگر، انتقادگر، و تعاملات خانوادگی نامناسب زمینه‌ساز اضطراب در آینده خواهند بود (۷) و از دیگر سو، بسیاری از والدین مضطرب از طریق مهار بیش‌ازحد کودکان خود، اضطرابشان را به آنها منتقل می‌کنند (۴). بنابراین با توجه به این ارتباط دوسویه، احتمال اکتساب علائم اضطرابی در کودک افزایش می‌یابد (نقل از ۸).

بنابراین با کاهش دادن یا رفع تعارضات والدینی از طریق آموزش به مادران با توجه به نقش آنها در چارچوب خانواده می‌توان احساس آرامش، امنیت، و عدم نگرانی را به مادر، کودک، و به‌طورکلی به‌تمامی اعضای خانواده هدیه داد؛ چراکه رویکردهای درمانی مختلف علت ایجاد این اختلال را تعاملات منفی والد کودک و درواقع تعاملات مادر کودک می‌دانند که منظور سبک والدگری مادری است که در جریان ارتباطات متقابل بین مادر کودک بروز کرده و بر هم تأثیر می‌گذارند (۹و۷).

از سویی، شواهد رو به رشدی برای اثربخشی مداخلات مربوط به شفقت به خود در تعدیل احساسات منفی (۱۰)، و کاهش اضطراب، افسردگی، و پریشانی روانی وجود دارد (۱۱). به عبارتی، خودشفقتی[3] یک پیش‌بینی‌کننده مهم از اضطراب و افسردگی والدین است (۱۲)، که هرچه میزان آن بیشتر باشد، به همان میزان آسیب‌های روانی کمتر خواهد بود (۱۳).

تعاریف مختلفی از شفقت در ادبیات ارائه شده است، و این باعث ایجاد اشکال متعدد مداخلات مربوط به خود شفقت شده است (۱۴). دالای‌لاما شفقت را حساسیت به رنج در خود و دیگران با تعهد به تلاش، کاهش، و جلوگیری از آن تعریف کرده است. این منجر به توسعه درمان مبتنی بر شفقت شده است که توسط روان‌شناسی تکاملی، نظریه دل‌بستگی، فلسفه بودائی، و نظریه ذهنیت اجتماعی ارائه شده است. هدف خودشفقت‌ورزی این است که افراد را به یک سیستم انگیزشی مشفقانه سوق دهد (۱۴ و ۱۵). خودشفقت‌ورزی یک راه مؤثر برای مقابله با تجربیات هیجانی منفی است (۱۶). درواقع، آموزش شفقت‌ورزی به مادران می‌تواند توجه به جنبه‌های مثبت را افزایش داده، و تعاملات و ارتباطات صمیمی‌تری بین مادر و کودک ایجاد کند (۱۷و۱۸). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، افرادی که خود شفقت‌ورزی بالایی دارند از سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردار بوده و میزان ابتلا به آسیب‌های روانی نیز بسیار کمتر خواهد بود (۱۹و۱۳)؛ و علاوه بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی و راهبردهای سازش‌یافته بیشتر، تنیدگی روان‌شناختی کمتری را نیز تجربه می‌کنند (۲۰). از نتایج این نوع درمان نیز، اهمیت دادن به بهزیستی، درک و همدلی کردن، همدردی، قضاوت نکردن، مقصر نشمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و

1. Anxiety disorders
2. Separation Anxiety Disorder
3. Self-compassion

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس، و حس کردن مشفقانه می‌باشد (۲۱).

حال‌آنکه با توجه به نتایج پژوهش‌های مختلف، یکی از عوامل ایجاد و یا حتی درمان اختلال اضطراب جدایی، خانواده بوده که می‌توان از طریق پرداختن به آنها و بهبود شرایط خانواده که در رأس آن مادران قرار دارند، نسبت به درمان این اختلال، در کنار بهبود سلامت روان مادران نیز اقدام کرد (۹)؛ با توجه به اهمیت سلامت روان ۲ نسل و نقش مؤثر مادر بر شخصیت و شکل‌گیری دل‌بستگی کودک، مداخلات زودهنگام، و آگاهی به‌موقع مادران برای اصلاح رفتارهای مادرانه ضروری به نظر می‌رسد. مداخلاتی که به‌منظور تسهیل دل‌بستگی اولیه به‌کار می‌روند، می‌بایست به افزایش درک مادر از دل‌بستگی ایمن، آموزش مؤثر به مادران به‌منظور پاسخ‌دهی مناسب به نیازها و رفتارهای کودک، و شناسایی و رفع موانع ایجاد دل‌بستگی ایمن همراه باشد (۲۲).

اما نویسندگان این پژوهش در جستجوهای مختلف، مطالعه‌ای که مستقیماً به تأثیر این روش درمانی بر بهبود افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اضطراب جدایی بپردازد را مشاهده نکردند. بنابراین، با توجه به اهمیت ارتقاء سلامت روان این مادران که بالطبع افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب کودکان و دیگر اعضای خانواده را به همراه دارد، در این پژوهش رویکرد درمانی شفقت مورد توجه قرار گرفت. همچنین با توجه به ضرورت و اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش است که آیا آموزش خود شفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر، شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی مادران دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب جدایی شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. نمونه اولیه پژوهش ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان ابتدایی دختر بود که به‌صورت در دسترس از ۶ مدرسه ابتدایی (مدارس مهر، سلامت، اندیشه، هدف، ندای آزادی و ۲۲ بهمن) شهرستان قائم‌شهر انتخاب و پرسشنامه اضطراب جدایی را تکمیل نمودند. از مجموع ۳۰۰ پرسشنامه، تعداد ۱۰ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن، کنار گذاشته شد. سپس براساس نمره برش ۶۰ و بالاتر در پرسشنامه و ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی بر مبنای راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی ویرایش پنجم متن تجدیدنظر شده، ۴۰ دانش‌آموز مشخص شدند. از این تعداد، ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان با درنظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و به شیوه تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند ملاک‌های ورود به پژوهش در دانش‌آموزان، حضور در پایه ششم، تشخیص وجود اختلال اضطراب جدایی، بهره هوشی عادی (مطابق با پرونده تحصیلی دانش‌آموز در مدرسه) و برای مادران، پریشانی‌های روان‌شناختی براساس پرسشنامه‌ها، دامنه سنی ۲۹ تا ۴۷ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، و موافقت حضور در پژوهش درنظر گرفته شد. ملاک‌های خروج در مادران عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی، و در دانش‌آموزان وجود اختلالات جسمانی هم‌زمان. ضمن آنکه برای تعیین حجم نمونه از برنامه نرم‌افزاری G-power استفاده شد. با درنظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل‌قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰، ۱۵ نفر در هر گروه به‌دست آمد.

ابزار

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، و تنیدگی[1] فرم کوتاه: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه شد و دارای ۲ فرم است. فرم اصلی ۴۲ عبارت دارد که هریک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب، و تنیدگی را توسط ۱۴ عبارت متفاوت می‌سنجد. در مطالعه حاضر از فرم کوتاه ۲۱ عبارتی استفاده شد. هر زیرمقیاس ۷ پرسش را شامل می‌شود که به‌صورت لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا با استفاده از یک مقیاس شدت/ فراوانی ۴ نقطه‌ای به درجه‌بندی میزانی که هر حالت را در هفته گذشته تجربه کرده‌اند، بپردازند. دامنه نمرات به‌دست‌آمده برای هر خرده‌مقیاس از صفر تا ۲۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بیشتر فرد است. بشارت (۲۳) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، اضطراب، و تنیدگی را در مورد نمونه‌هایی از جمعیت عمومی برای افسردگی ۰/۸۵، اضطراب ۰/۸۹ و برای تنیدگی و کل ۰/۹۱ گزارش کرد.

1. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

روش اجرا

برای گردآوری داده‌ها پس از اخذ معرفی‌نامه‌ها، با همکاری مدیران محترم مدارس مهر، سلامت، اندیشه، هدف، ندای آزادی، و ۲۲ بهمن شهرستان قائم‌شهر، از مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی به‌عنوان نمونه پژوهش، بعد از آشنایی و برقراری ارتباط اولیه، ارائه توضیحات و راهنمایی‌های لازم به آنها درخصوص آموزش شفقت‌ورزی، ضرورت و اهمیت، فواید و چگونگی انجام کار، و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، با رعایت اصول اخلاقی همچون تمایل و رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش، رعایت حقوق شخصی برای عدم شرکت در هر مرحله از پژوهش و رعایت اصل رازداری، ۳۰ نفر با برآورد ملاک‌های ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ شرکت‌کننده) و گواه (۱۵ شرکت‌کننده) جای‌دهی شدند. سپس در مرحله پیش‌آزمون با ارائه و تکمیل پرسشنامه افسردگی، اضطراب، و تنیدگی به مادران ۲ گروه، به گروه آزمایشی (مادران کودکان با اضطراب جدایی)، آموزش شفقت‌ورزی طی ۸ جلسه و هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در بازه زمانی هفته آخر فروردین و اردیبهشت ماه) آموزش داده شد. در پایان پس از اتمام آموزش، از هر ۲ گروه آزمایشی و گواه، مجدداً پس‌آزمون گرفته و نتایج باهم مقایسه شدند. با توجه به شرایط بیماری کرونا، و بویژه پراکندگی جغرافیایی مدارس و دشواری در هماهنگی حضور مادران، با مشورت مدیران مدارس و موافقت مادران، جلسات آموزشی به‌صورت برخط و در بستر فضای مجازی و گروه‌های وابسته به مدارس برگزار شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن، با استفاده از نرم‌افزار SPSS_26 تحلیل شد.

بسته مداخله‌ای

آموزش مبتنی بر در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ جلسه برای گروه آزمایشی آموزش داده شد. هدف آموزش، یادگیری مهارت‌هایی برای پرورش دادن سیستم مراقبت‌گری (خود شفقت‌ورزی)، تمرین فعال‌سازی این سیستم و کاستن رنج و درنهایت کاهش افسردگی، تنیدگی و اضطراب بود که به مادران کمک می‌کند تا همراه ویژگی‌هایی همچون عدم قضاوت، قدرت، ملایمت، همدلی، خردمندی، مهربانی، و شجاعت، به پذیرش همه جنبه‌های سخت و طاقت‌فرسا بپردازند. شرح جلسات مداخله به‌طور خلاصه در جدول (۱-۱) قابل ملاحظه است.

جدول ۱) خلاصه جلسات آموزشی شفقت‌ورزی گیلبرت، برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر شفقت و اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. محمدی سنگاچین‌دوست و حسین‌خانزاده (۲۴)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه یکم	آشنایی و برقراری رابطه اولیه درمانی، اجرای پیش‌آزمون، ارائه توضیحاتی در مورد متغیرهای پژوهش، گفتگو درباره هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان خود شفقت‌ورزی به خود.
جلسه دوم	مفهوم‌سازی فهم مشفقانه و شرم‌زدایی: آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود، معرفی و آموزش مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان، معرفی مبانی فلسفی درمان خود شفقت‌ورزی به خود، معرفی مدل تکاملی کارکردی هیجانات، آموزش استعاره اسهال و استفراغ، حرکت از مرحله تقصیر به سمت پذیرش مسئولیت و آموزش استعاره باغ، آموزش ریتم تنفسی تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه سوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آموزش شفقت به خودبه‌خود و معرفی مؤلفه‌ها و خصوصیات آن همچون: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی، آشنایی با خصوصیات افراد مشفق شامل: قدرت یا شجاعت، خردمندی، ملایمت و عدم قضاوت گری درخصوص ترجیحات و اولویت‌های خاص هر فرد، بدون بایداندیشی‌ها

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جلسات	محتوای جلسات
جلسه چهارم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آگاهی مشفقانه، آماده‌سازی و آموزش ذهن فرد از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، برقراری رابطه‌ای حاکی از پذیرش و عاری از قضاوت افکار و احساسات و رفتار، آموزش تمرکز بر تنفس، معرفی و آموزش برخی تمرینات غیررسمی و همچنین معرفی و آموزش تمرینات رسمی ذهن‌آگاهی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی شرم و خود انتقادی، شامل: اشکال خود انتقادگری، کارکردهای خود انتقادگری، آموزش استعاره ناخدای کشتی، ارائه تمرین با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟، بررسی ارتباط فرزند پروری و سبک‌های دل‌بستگی و تحولات دوران تحول و بررسی روابط اولیه با والدین، آموزش ایجاد هویت خود مشفق، معرفی و آموزش و ارائه تکلیف کار با صندلی خالی مشفق برای جلسه بعد.
جلسه ششم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش منطق تکنیک تصویرسازی مشفقانه، آموزش تصویرسازی خود مشفق: همراه با ارائه مثال تمرین یادگیری بازیگری، آموزش شفقت به خود زیر لحاف، آموزش تکنیک ایجاد یک مکان امن، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه هفتم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش تکنیک نوشتن نامه مشفقانه به خود، آموزش پذیرش بی‌قیدوشرط خود، آموزش به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته، برای کمک به آزمودنی تا بتواند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کند، آموزش ضرورت سپاسگزاری، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و نهایتاً جمع‌بندی و اجرای پس از آزمون.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی با میانگین سنی گروه آزمایشی (۳۵/۴۷±۵/۰۸) و گروه گواه (۳۷/۱۳±۴/۹۶) در بازه سنی ۲۹ تا ۴۷ سال حضور داشتند. از بین مادران شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمایشی ۶/۷٪ از نظر سنی کمتر از ۳۰ سال، ۷۳/۳٪ ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۰٪ ۴۰ سال به بالا و ۴۰٪ از نظر تحصیلات کاردانی و پایین‌تر، ۳۳/۳٪ کارشناسی، ۲۶/۷ درصد ارشد و بالاتر و ۶۶/۷ درصد خانه‌دار و ۳۳/۳ درصد نیز شاغل بودند و در گروه گواه، ۸۰٪ از نظر سن ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۰٪ ۴۰ سال به بالا و ۲۰٪ از نظر تحصیلات کاردانی و پایین‌تر، ۵۳/۳٪ کارشناسی، ۲۶/۷٪ ارشد و بالاتر و ۳۷/۳٪ خانه‌دار و ۲۶/۷٪ شاغل بودند.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	شاپرو-ویلکز	p	میانگین	انحراف معیار	شاپرو-ویلکز	p
افسردگی	آزمایشی	۱۸/۰۷	۱/۵۸	۰/۸۸	۰/۰۵	۱۳/۴۷	۱/۱۰	۰/۹۱	۰/۱۲
	گواه	۱۷/۸۷	۱/۵۱	۰/۹۲	۰/۲۰	۱۶/۰۰	۱/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۴
اضطراب	آزمایشی	۱۷/۵۳	۱/۷۷	۰/۹۵	۰/۵۸	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۰/۷۴	۰/۰۰
	گواه	۱۷/۲۷	۱/۴۹	۰/۹۰	۰/۱۱	۱۵/۰۰	۲/۰۰	۰/۹۴	۰/۳۳
تنیدگی	آزمایشی	۱۷/۰۷	۱/۰۳	۰/۹۳	۰/۲۹	۱۳/۰۷	۱/۱۷	۰/۸۳	۰/۰۰
	گواه	۱۷/۴۷	۱/۵۵	۰/۹۴	۰/۳۴	۱۵/۸۷	۱/۳۶	۰/۹۴	۰/۳۳

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

در جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران در ۲ گروه آزمایشی و گواه گزارش شده است. نمره میانگین متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی در گروه آزمایشی، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. البته معناداری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. ضمن آنکه با توجه به نتایج آزمون شاپیرو ویلک ($p > ۰/۰۵$)، توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود.

جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر متغیر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران با درنظر گرفتن تفاوت‌های پیش از مداخله، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با رعایت مفروضه‌های آمار پارامتریک، استفاده شد. در ادامه، ابتدا مفروضه‌ها و سپس یافته‌های تحلیل گزارش شده است. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون شاپیرو ویلک ($p > ۰/۰۵$)، توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بودند. نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های ۲ گروه گواه و آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در افسردگی ($F=۰/۰۳۱$ و $P=۰/۰۸۶۱$)، اضطراب ($F=۳/۰۴۰$ و $P=۰/۰۹۲$) و تنیدگی ($F=۰/۳۷۹$ و $P=۰/۵۴۳$) در سطح جامعه باهم برابر می‌باشند ($P > ۰/۰۵$). براساس آزمون ام باکس و با توجه به عدم معناداری این آزمون، فرض همگنی ماتریس کوواریانس گروه گواه و آزمایشی در متغیرهای افسردگی، و اضطراب و تنیدگی مورد تأیید بود ($Box' M=۹/۰۴$، $P=۰/۲۴۰$).

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای متغیرهای افسردگی، و اضطراب و تنیدگی، نشان داد، اثر درمان مبتنی بر شفقت بر ترکیب متغیرهای افسردگی، و اضطراب و تنیدگی معنادار است ($P<۰/۰۰۱$، $F=۲۷/۲۴$، $۰/۷۸$=اثر پیلایی). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین ۲ گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته، در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت، برای ترکیب متغیرهای افسردگی، و اضطراب و تنیدگی ۰/۷۸ است. یعنی ۷۸ درصد از تغییرات واریانس متغیرهای افسردگی، و اضطراب و تنیدگی ناشی از اثر مداخله آزمایشی است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌منظور اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر متغیر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۲/۱۳	۱	۳۲/۱۳	۱۰/۶۵	۰/۰۰۳	۰/۲۹۹
	گروه	۵۶/۴۰	۱	۵۶/۴۰	۱۸/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	خطا	۷۵/۴۱	۲۵	۳/۰۲			
اضطراب	پیش‌آزمون	۴/۴۰	۱	۴۰۴	۱/۵۶۵	۰/۲۲۲	۰/۰۵۹
	گروه	۷۱/۵۲	۱	۷۱/۵۲	۲۵/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
	خطا	۷۰/۳۲	۲۵	۲/۸۱			
تنیدگی	پیش‌آزمون	۴/۶۶	۱	۴/۶۶	۳/۱۴	۰/۰۸۸	۰/۱۱۲
	گروه	۴۷/۱۸	۱	۴۷/۱۸	۳۱/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
	خطا	۳۷/۰۷	۲۵	۱/۴۸			

با توجه به نتایج جدول (۳)، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی بین گروه آزمایشی و گواه مشاهده شد. به‌عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی شده است. در واقع درمان مبتنی بر شفقت میزان متغیرهای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اختلال

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

اضطراب جدایی در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه گواه کاهش داده است. مجذور اتا نشان میدهد که تفاوت بین ۲ گروه در متغیر پسآزمون، با توجه به گواه آماری پیشآزمون، درمجموع معنادار است و این تفاوت ۰/۴۲۸ برای افسردگی، ۰/۵۰۴ برای اضطراب و ۰/۵۶۰ برای تنیدگی است؛ یعنی ۴۲/۸ درصد از واریانس افسردگی، ۵۰/۴ درصد از واریانس اضطراب و ۵۶ درصد از واریانس تنیدگی، ناشی از اثر آزمایشی است.

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار تعدیلشده متغیرهای افسردگی، اضطراب و افسردگی مادران به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصدی

متغیرها	گروه	X	SD	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
افسردگی	گواه	۱۶/۱۴	۰/۴۵	۱۵/۲۰	۱۷/۰۸
	آزمایشی	۱۳/۳۳	۰/۴۵	۱۲/۳۹	۱۴/۲۶
اضطراب	گواه	۱۵/۰۵	۰/۴۴	۱۴/۱۵	۱۵/۹۵
	آزمایشی	۱۱/۸۸	۰/۴۴	۱۰/۹۸	۱۲/۷۹
تنیدگی	گواه	۱۵/۷۵	۰/۳۲	۱۵/۱۰	۱۶/۴۱
	آزمایشی	۱۳/۱۸	۰/۳۲	۱۲/۵۳	۱۳/۸۴

با توجه به جدول (۴)، میانگینهای تعدیلشده گروههای آزمایشی و گواه در متغیر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران، تفاوت میانگین بین ۲ گروه معنادار است (P < ۰/۰۰۱)؛ بنابراین میتوان گفت درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران تأثیر داشته است.

بحث و نتیجهگیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اضطراب جدایی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین ۲ گروه آموزش شفقت به خود و گواه از لحاظ میزان افسردگی، اضطراب، و تنیدگی تفاوت معناداری وجود دارد. طبق یافتههای بهدستآمده مشخص شد مادرانی که تحت آموزش شفقت به خود قرار گرفتند در مقایسه با مادرانی که آموزشی دریافت نکردند از افسردگی، اضطراب، و تنیدگی کمتری برخوردار بودند. این نتایج با پژوهشهای نف و گرمر (۱۳)، کاوسر و همکاران (۱۰)، کروزیر و همکاران (۱۶)، ویلسون و همکاران (۱۹)، کربی و همکاران (۱۱)، همسو است؛ که بهاتفاق نشان دادند مداخله شفقت موجب کاهش افسردگی، اضطراب، تنیدگی و بهطورکلی کاهش احساسات و هیجانات منفی و آسیبهای روانی میشود.

در تبیین یافته پژوهش حاضر میتوان گفت افراد افسرده و مضطرب با خود انتقادی و نشخوار ذهنی منفی، و درواقع هیجانات منفی (۲۵و۲۶) رنج میبرند و این موضوع برای آنها رنج و دشواری زیادی به همراه دارد. افراد خودانتقادگر در مواجهه با شکستها، ناامیدیها یا اشتباهات، واکنش تند و تحقیرآمیزی نسبت به خود نشان میدهند و نمیتوانند خود را آرام کنند (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر شفقت فرض میکند که انتقاد از خود و احساس شرم تحت تأثیر لحن سرد خودگویی منفی نسبت به خود است و هدف آن تبدیل این لحن سرد به لحنی گرم با ایجاد شفقت است (۲۷). چون این درمان، شفقت نسبت به خود را بهبود میبخشد، مراجعان یاد میگیرند که در مورد مشکلات خود کمتر احساس پریشانی کنند و خود را با به گرمی، با حمایت و مهربانی بپذیرند، و از طریق تصویرسازی متمرکز بر شفقت نسبت به خود، با پریشانی خود مواجه شوند (۲۸و۲۹).

در واقع، آموزش شفقت به مراجع کمک میکند تا الگوهای شناختی-عاطفی مشکلساز خود را اصلاح کند. با تغییراتی که در الگوهای ذهنی مخرب ایجاد میشود، مادران با خود و دیگران مهربانتر میشوند و نسبت به کاستیها و ناملایمات کمتر حساس میشوند. این تناوب باعث آرامش و کاهش اضطراب و نگرانی مادران میشود. علاوهبراین، آموزش مهارتهای

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مبتنی بر شفقت به مادران منجر به مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها، و تجربیات ناخوشایند گذشته می‌شود. بر این اساس، با خود مهربان‌تر می‌شوند، کمتر خود را سرزنش می‌کنند و افکار منفی کمتری خواهند داشت که به‌نوبه‌خود باعث کاهش افسردگی در آنها می‌شود (۳۰).

همچنین شفقت می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان درنظر گرفته شود که در آن تجربه هیجان‌های آزار دهنده و نامطلوب نادیده گرفته نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه پذیرفته شوند (۳۱). بهبود قابل‌توجهی در علائم اضطراب وجود دارد که می‌توان آن‌را به تمریناتی همچون ریتم تنفس آرام‌بخش و آرام‌سازی نسبت داد که به بیماران کمک می‌کند تا اضطراب خود را کاهش دهند زیرا این تمرینات ذهن ما را بر تنفس متمرکز می‌کند و درعین‌حال افکار مضطرب را نیز هدایت می‌کند، زیرا تنفس آرام به احساس آرامش کمک می‌کند (۲۹).

بیماران همچنین بهبود قابل‌توجهی در علائم افسردگی گزارش کردند. توجه و تفکر شفقت‌آمیز راه‌های مؤثری در کاهش علائم افسردگی از طریق استفاده از تکنیک‌هایی مانند تمرکز حواس، ایجاد تعادل فکری متمرکز بر شفقت و نامه‌نویسی است. این تکنیک کمک می‌کند تا مادران احساسات دشوارشان را تنظیم کنند و یاد بگیرند که از هم‌ذات پنداری با افکار و احساسات منفی، خودداری کنند (۲۹). بنابراین، در این مداخلات، افراد احساسات خود را می‌پذیرند اما در جستجوی رهایی یا اجتناب فوری از هیجانات منفی نیستند. به‌عبارت‌دیگر، افراد نمی‌توانند شرایط زندگی خود را تغییر دهند؛ بااین‌حال، آنها می‌توانند شدت واکنش‌های عاطفی خود را به موقعیت‌ها و رویدادهای تنش‌زای زندگی تغییر دهند. افراد هنگام مواجهه با احساسات خود متوجه می‌شوند که احساسات قابل‌تحمل هستند و می‌توانند با هیجانات منفی کنار بیایند و اضطراب و افسردگی خود را کاهش دهند (۳۰). علاوه‌براین، با آموزش تمرین‌های خاص شفقت به خود می‌توان به مادران کمک کرد تا از قضاوت سرسختانه درباره خود و دیگران فاصله بگیرند و به یک بهزیستی روانی مطلوب دست یابند که به‌تبع آن، افزایش تاب‌آوری نیز مشاهده می‌شود (۳۲).

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان درمان مبتنی بر شفقت را به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد در زمینه ارتقا سلامت روان مادران کودکان با اختلال اضطراب جدایی دانست. نتایج این پژوهش در سطح نظری می‌تواند به‌نوعی به بدنه پژوهش‌های قبلی متصل شود و به گسترش و توسعه مدل جامع‌تری جهت بهبود افسردگی، اضطراب، و تنیدگی مادران کودکان با اضطراب جدایی کمک کند و زمینه‌ساز ایجاد پژوهش‌های بیشتر و درواقع توسعه نظریه‌پردازی در این حوزه شود، از طرف دیگر در سطح کاربردی، نتایج پژوهش حاضر، می‌تواند برای روان‌شناسان، متخصصان، مربیان، و والدین کمک‌کننده و مفید باشد و زمینه آموزش‌های مناسب‌تر و جامع‌تر را فراهم سازد.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بوده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت جنسیت آزمودنی‌ها اشاره کرد که با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و شرایط فرهنگی ممکن است در آنها تفاوت آماری وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. بر این اساس، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود. همچنین برگزاری دوره‌های تربیت درمانگر برای درمانگرانی که در حیطه سلامت روان کار می‌کنند و اجرای آن بر والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی، وسواس و ... پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که در این پژوهش با ما همکاری کردند صمیمانه سپاسگزاریم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

References

1. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5thed.). Text revision (DSM-5-TR™). Washington, DC: American psychiatric publishing; 2022.
2. Hill C, Waite P, Creswell C. Anxiety disorders in children and adolescents. Paediatrics and Child Health. 2016; 26(12): 548-553.
3. Bulbena-Cabre A, Duñó L, Almeda S, Batlle S, Camprodon-Rosanas E, Martín-Lopez LM, Bulbena A. Joint hypermobility is a marker for anxiety in children. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2019;12 (2): 68-76.
4. Kazemeini T, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A, Moddares Gharravi M. Reflective Functioning Factors in Parents of Children with Separation Anxiety Disorder: A Qualitative Research. J Child Ment Health. 2018; 5 (3) :181-192. [Persian]
5. Dadsetan, P. (2020). Developmental psychopathology from infancy through adulthood (Volume 1). 14th edition, Tehran: Samt. [Persian]
6. Fossati M, Negri L, Fianco A, Cocchi MG, Molteni M, Delle Fave A. Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD. Arch Psychiatr Nurs. 2020; 34(1): 53-63.
7. Khanjani Z, Hashemi T, Peymannia B, Aghagolzadeh M. Relationship between the quality of mother- child interaction, separation anxiety and school phobia in children. Studies in Medical Sciences. 2014; 25 (3): 231-240. [Persian]
8. Ghasemizadeh P, Shameli L, Hadianfard H. Effect of Time Perspective Therapy on Dark Tetrad Personality Traits of Mothers and Separation Anxiety Disorder of Their Preschool Children. IJPCP. 2021; 27(2): 162-179. [Persian].
9. Mousavi, R., Moradi, A., Mahdavi Hersini, E. The Effectiveness of Structural Family Therapy On Treating Children\'s Separation Anxiety Disorder. Journal of Psychological Studies, 2007; 3(2): 7-28. doi: 10.22051/psy.2007.1693. [Persian].
10. Kauser S, Keyte R, Regan A, Nash EF, Fitch G, Mantzios M, Egan H. Exploring associations between self-compassion, self-criticism, mental health, and quality of life in adults with cystic fibrosis: informing future interventions. Journal of clinical psychology in medical settings. 2022; 29(2): 332-343.
11. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. Behavior Therapy. 2017; 48(6): 778-792.
12. O'Boyle-Finnegan Ú, Graham CD, Doherty N, Adair P. Exploring the contribution of psychological flexibility processes and self-compassion to depression, anxiety and adjustment in parents of preterm infants. J Contextual Behav Sci. 2022; 24: 149-159
13. Neff K, Germer C. The role of self-compassion in psychotherapy. World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2022; 21(1): 58-59.
14. Wakelin KE, Perman G, Simonds L M. Effectiveness of self_compassion_related interventions for reducing self_criticism: A systematic review and meta_analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022; 29(1): 1-25.
15. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014; 53(1): 6-41.
16. Crozier A J, Mosewich AD, Ferguson L J. The company we keep: Exploring the relationship between perceived teammate self-compassion and athlete self-compassion. Psychology of Sport and Exercise. 2019; 40: 152-155.
17. Webster-Stratton C, Reid MJ, Beauchaine TP. One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(2): 251-261.
18. Pullmer R, Chung J, Samson L, Balanji S, Zaitsoff S. A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. J Adolesc. 2019; 74, 210-220.
19. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2019;10(6): 979-995.
20. Matos M, McEwan K, Kanovský M, Halamová J, Steindl SR, Ferreira N, & et al. Compassion protects mental health and social safeness during the COVID-19 pandemic across 21 countries. Mindfulness. 2022; 13(4): 863-880.
21. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of change in the relationship between self_compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. Applied Psychology: Health and Well_Being. 2018; 10(2): 215-235.
22. Sadeghy M, Akbari Chermahini S, Bahrami A, Seyed mousavi PS. Effectiveness of Attachment-based Theraplay on Parental Self-Efficacy, Emotion Regulatoin and Social Adjustment in Children with Separation Anxiety: A Case report. Journal of Applied Psychology. 2022; 16(2): 132-107. [Persian]
23. Besharat IA. Examining the psychometric properties of the stress anxiety depression scale in clinical samples and the general population, Research report, University of Tehran; 2005 [Persian]
24. Mohammadi Sangachin Doost, AR, Hosseinkhanzadeh AA. compassion-based therapy and Attention-deficit/ hyperactivity disorder. Tehran: Avaye Noor; 2023. [Persian]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

25. Thakur N, Baumann N. Breaking the anxious cycle of self-criticism: Action orientation buffers the detrimental effects of a self-critical personality style. J Affect Disord. 2022; 301: 30-35.
26. Do Bú, EA, Santos VMD, Lima KS, Pereira CR, Alexandre MES, Bezerra VADS. Neuroticism, stress, and rumination in anxiety and depression of people with Vitiligo: An explanatory model. Acta Psychologica (Amst). 2022; 227,103613.
27. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2006;13(6): 353- 379.
28. Gilbert P, Simos G. Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Oxfordshire, UK: Routledge; 2022.
29. Patel S, Sayeed N, Das B. Efficacy of group-based compassion focused therapy in male obsessive compulsive disorder: A Pilot Study. International Journal of Behavioral Sciences. 2022; 15(4): 275-281.
30. Khoshvaght N, Naderi F, Safarzadeh S, Alizadeh M. The effects of compassion-focused therapy on anxiety and depression in the mothers of children with cerebral palsy. Archives of Hygiene Sciences. 2021; 10(3):225-234.
31. Khodapanahi MK, Ghanbari S, Nadali H, Seyed Mousavi P. Quality of Mother-Child Relationships and Anxiety Syndrome in Preschoolers. 2012; 9(33): 5-13. [Persian]
32. Mohammadi Sangachin Doost, A, Hossein Khanzadeh A, Kousha M, Naseh A. The Effect of self-Compassion Training on the Quality of life Components of Mothers of Children with Attention deficit / hyperactivity Disorder. Psychology of Exceptional Individuals, 2022; 12(46): 23-48. [Persian]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]