مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی-ذهنی

▫ **صاحبه بریمانی***، دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
▫ **فرشته میرزایی**، دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/ ۱۶ ● تاریخ انتشار: مـهـر و آبـان ۱۴۰۴ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۳۱ الی ۴۲

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از فرزند معلول می‌تواند با پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی برای والدین همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی-ذهنی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر و پسر ۷ تا ۱۴ ساله مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که از بین آنها، ۴۵ کودک انتخاب شدند و مادران آنها به‌طور تصادفی در ۲ گروه آزمایشی مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). برای گروه‌های مداخله، ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت یا فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و برای گروه گواه مداخله‌ای انجام نگرفت. در ابتدا و بعد از اتمام جلسات مداخله و همچنین یک ماه پس از آن، تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش، مقیاس احساس گناه و شرم را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی-ذهنی اثربخشی معنادار دارند (p<۰/۰۰۱). تفاوت معناداری بین ۲ مداخله از نظر میزان اثربخشی نبود.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی-ذهنی از طریق مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل اصلاح است.

واژه‌های کلیدی: احساس شرم، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرزند پروری مبتنی بر شفقت، معلولیت جسمی-ذهنی

* Email: sahebehbarimani1361@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

مقدمه

مطابق آمارهای سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد در کشورهای در حال توسعه دارای معلولیت می‌باشند که در بین آنان، ۴ تا ۴/۵ درصد با ناتوانی‌های شدید می‌باشند که باید از خدمات ویژه بهره‌مند شوند (۱). بنابراین، جمعیت قابل توجهی از خانواده‌ها به‌واسطه‌ی داشتن کودک ناتوان از فشارهای سنگین و متعدد ناشی از مراقبت، استرس روانی، فشارهای اجتماعی و مالی رنج می‌برند (۲). مشکلات مراقبتی، آموزشی، درمانی و مالی یک کودک معلول استرس زیادی را بر خانواده تحمیل می‌کند که این عوامل می‌تواند لطمه شدیدی بر والدین بخصوص مادر وارد کند و باعث مختل شدن روند عادی زندگی والدین شود (۳). پژوهش‌هایی که به بررسی سلامت روان مادران کودکان استثنایی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که سلامت روان این مادران در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر است و این مادران استرس بالایی را تجربه می‌کنند و از اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با سایر مادران رنج می‌برند (۴). همچنین نشان داده شده است که مادران کودکان با معلولیت و ناتوانی جسمی و ذهنی نسبت به مادران کودکان عادی از اضطراب بیشتر و کیفیت خواب پایین‌تری برخوردارند. همچنین نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و عملکرد فردی و اجتماعی مادران کودکان با معلولیت کمتر از حد طبیعی است (۵). معلولیت یکی از فرزندان، بر کل نظام خانواده و کارکردهای مختلف آن اثرات بسیار عمیقی خواهد گذاشت، به‌طوری‌که بر انسجام و ساختار خانواده آسیب وارد نموده و پیامد آن اختلال در نقش‌ها، عملکرد و سازگاری افراد خانواده است (۲). در این میان، والدین و بخصوص مادران بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرند. احساس شرم از جمله مواردی است که مادران کودکان دچار معلولیت ممکن است آن‌را تجربه کنند و این می‌تواند به سلامت روان آنها لطمه زده و در نتیجه اثر منفی بر رابطه آنها با فرزندشان داشته باشد (۵).

احساس شرم و گناه، هیجانات ناخوشایندی هستند و زمانی افراد آنها را تجربه می‌کنند که در برآورده ساختن معیارهای اخلاقی و اجتماعی مهم زندگی خود شکست خورده باشند (۶). شرم شامل احساس منفی پایدار و کلی در رابطه با خود است و احساس گناه احساسات منفی درباره رفتار خاصی است که توسط فرد انجام داده می‌شود. شرم حالت ناخوشایندی است که خودارزیابی منفی و مزمن حاصل از آن باعث می‌شود که افراد به‌خاطر شکست، کمتر خود را ببخشند (۷). احساس گناه هم با خودانتقادی مزمن افراد همراه است و وقتی احساس گناه به خودانتقادی منجر شود، با افسردگی ارتباط قدرتمندی می‌یابد. احساس شرم به‌وسیله‌ی تأمل در خود و خودارزیابی برانگیخته می‌شود و در آن تمرکز ارزیابی منفی فرد بر خود است و ابعاد فردی و ارتباطی را درگیر می‌کند (۵). این شکل ارزیابی منفی که هویت و کلیت وجود فرد را تحقیر و آن‌را سرزنش می‌کند و در آن فرصتی برای جبران خطا نیز به فرد داده نمی‌شود، هیجانی عمیق و دردناکی ایجاد می‌کند که با بی‌ارزشی و حقارت همراه است (۸). زمانی که افراد احساس کنند کنترل بر زندگی خود را از دست داده‌اند؛ احساس شرم و گناه بیشتری را تجربه می‌کنند (۹). این هیجان‌ها با بهزیستی روان‌شناختی افراد ارتباط منفی دارد و باعث می‌شود که افراد بعد از تجربه شکست بر خود متمرکز شوند و اعتبار شخصی و اجتماعی خود را زیر سؤال ببرند که بسته به میزان کنترلی که افراد در زندگی‌شان تجربه می‌کنند؛ احساس شرم و گناه پیامدهای متفاوتی برای آنها دارد (۱۰). والدین با کودک معلول، معمولاً به‌خاطر ناهنجاری کودک خود از این هیجانات رنج می‌برند که خود می‌تواند موجب تشدید مشکلات روانی و اجتماعی آنها شود (۳).

فرزندپروری به‌عنوان یک فعالیت پیچیده که شامل الگوهای مختلف ارزش‌ها، شیوه‌ها و رفتارهای والدین است بر رفتار کودک اثر گذاشته و با ایجاد یک فضای هیجانی در تعاملات والدین با فرزند، می‌تواند بر رشد و یادگیری کودک مؤثر باشد (۹). والدین کودکان معلول با توجه به نوع نگرشی که نسبت به فرزند خود دارند، سبک فرزندپروری خاصی را در پیش می‌گیرند. یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با معلولیت جسمی و ذهنی، فرزندپروری مبتنی بر شفقت است. مشاهداتی که منجر به شکل‌گیری درمان مبتنی بر شفقت شد، شامل افرادی با سطوح بالای خودانتقادگری بود که مشکلات زیادی در مهربانی با خودشان، احساس گرمی با خود و شفقت نسبت به خود داشتند (۱۱). افرادی که تجارب این چنینی دارند، بسیار نسبت به تهدیدهای طرد یا انتقاد از سوی دیگران حساس می‌شوند و به سرعت به خود حمله می‌کنند، آنها دنیای درون و بیرون را خشونت‌آمیز تجربه می‌کنند (۱۲). هدف درمان متمرکز بر شفقت کمک به مراجعان است تا بتوانند از دیدگاه مشفقانه، نگرانی و تنش خود را درک کنند و به آنها پاسخ دهند (۱۳). شفقت به معنای، آگاهی از رنج و حس مشترک انسانی

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

در تجربه رنج و پاسخ به آن با مهربانی است (۱۴). شفقت، فرآیندی چندجانبه و چندبُعدی است که برخاسته از ذهنیت حمایت‌گرایانه‌ای است که در نتیجه رفتارهای مراقبتی والدین پرورش می‌یابد (۸) و سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود؛ اشتراک انسانی در برابر قضاوت خود و ذهن آگاهی در مقابل انزوا است (۱۶). مهربانی با خود نشان‌دهنده ملاطفت با خود به‌جای همانندسازی افراطی و قضاوت سخت‌گیرانه نسبت به خود است. مؤلفه دوم بر پذیرفتن چالش‌های زندگی به‌عنوان بخشی از تجارب مشترک انسان‌ها اشاره دارد. مؤلفه سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک به‌جای غرق شدن کامل در آنهاست. درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به تقویت سلامت روانی و هیجانی شکل گرفته است (۱۱)، بر نقش تجربیات دلبستگی اولیه و تعاملات اجتماعی در شکل دادن به رشد انسان تأکید دارد و شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درك فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش است (۱۵). طبق شواهد، والدین با شفقت بالاتر در برخورد با چالش‌های فرزندپروری صبورانه‌تر و مشفقانه‌تر برخورد می‌کنند و سیستم امنیت و تسکین فعال‌تری داشته؛ ازاین‌رو، در مقابل فرزندانشان و مشکلاتی که آنان برایشان ایجاد می‌کنند، کمتر دفاعی عمل کرده و به دلیل ذهن‌آگاهی بالایی که دارند، راه حل‌های خلاقانه‌تری را به‌کار می‌برند (۱۴). پرو و همکاران (۹) یک مطالعه با هدف بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی بر شرم، نشخوار فکری، شفقت به خود و پریشانی روانی در یک نمونه بالینی انجام دادند. طبق نتایج در افراد شرکت‌کننده مداخله مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی موجب بهبود شرم درونی و بیرونی، نشخوار فکری و شفقت به خود شد ولی تغییری در نمرات استرس و علائم افسردگی وجود نداشت. دمهری و همکاران (۱۵) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر احساس گناه، کمال‌گرایی و طرحواره شرم در فرزندان کارکنان نیروی انتظامی انجام داده و نشان دادند که شفقت درمانی بر احساس گناه، کمال‌گرایی و طرحواره شرم تأثیر دارد.

فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مداخله مؤثر دیگر بر بهبود احساس شرم در مادران با کودک معلول باشد. در رویکرد پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار، احساسات و هیجانات، و توجه به گفتمان درونی فرد تأکید می‌شود چرا که، طبق مطالعات صورت‌گرفته، سرکوب حالات و افکار درونی، اغلب به تشدید حالات ناراحت‌کننده می‌انجامد (۱۶). بنابراین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قصد بر کنترل افکار یا احساسات نیست، بلکه هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد از طریق حضور در لحظه و پذیرفتن شرایط و حالات درونی است (۱۷). این رویکرد مراجعان را تشویق می‌کند بدون تلاش برای مقابله و سرکوب حالات و افکار درونی، با ایجاد یک موضع پذیرش و شناسایی ارزش‌های فردی، در جهت یک زندگی هدفمند و مطابق با ارزش‌ها حرکت کنند (۱۸). بنابراین، مفروضه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند، اجتناب تجربه‌ای برای اجتناب از افکار و احساسات و سایر رویدادهای شخصی است (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های مؤثر در حل مشکلات روان‌شناختی و شیوه‌ای برای غنی و معنادار کردن زندگی فردی و گروهی است (۲۰). همچنین، اعتقاد بر این است که افکار و احساسات، بویژه در زمینه‌ی رابطه با کودك یك عنصر کلیدی و مؤثر در فرزندپروری است. فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به والدین کمك می‌کند احساسات، نگرانی‌ها و نارسایی‌های درك‌شده را بپذیرند. در چالشی‌ترین لحظه‌ها، هدف این است که احساسات و افکار، همان‌گونه که هستند و بدون تغییر پذیرش شوند، به‌گونه‌ای که والدین فرزند خود را در اینجا و اکنون درك کنند و بر چیزهای بااهمیتی پافشاری کنند که رابطه‌ی آنان و فرزندانشان را معنادار می‌کند (۲۱). در این درمان با تمرکز بر شرایط موجود و مسیرهای پیش رو و پذیرش و رشد شخصی در بحران‌های پیش رو احساس آمادگی برای سرمایه‌گذاری در یك رابطه پایدار در فرد بوجود می‌آید و توانایی پذیرش دیگران و پذیرفته‌شدن توسط دیگران، حاصل می‌شود (۲۲). گراهام و همکاران (۲۳) در یک بررسی نظام‌مند به بررسی اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد در افراد با بیماری مزمن پرداختند. طبق نتایج، طیف گسترده‌ای از کاربردها از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مثال، بهبود کیفیت زندگی و کنترل علائم و کاهش پریشانی در مورد بسیاری از بیماری‌ها و شرایط مانند سرطان و صرع مشاهده شد. همچنین اثربخشی مداخلات پذیرش و تعهد در مورد فرزندپروری کودکان با بیماری مزمن، کنترل تشنج در صرع، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودمدیریتی بیماری قابل مشاهده بوده است.

با توجه به مشکلات موجود در پرورش یک کودک معلول و آسیب‌های متعدد روانی و عاطفی که والدین با آنها مواجهه هستند، رویکردهای مبتنی بر شفقت و همچنین پذیرش و تعهد

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

برای والدین کودکان با معلولیت جسمی یا ذهنی می‌تواند کاربردی و مفید باشد. پژوهش حاضر، در راستای پاسخ به خلاء موجود در این زمینه به‌دنبال مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود احساس شرم در مادران با کودک با معلولیت جسمی یا ذهنی بود.

روش

پژوهش حاضر یک طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. این طرح دارای مجوز اخلاق با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1401.142 می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان معلول جسمی یا ذهنی دختر و پسر ۷ تا ۱۴ سال مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. از بین آنها، ۴۵ کودک که ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه را دارا بودند، انتخاب شدند و مادران آنها به‌طور تصادفی در گروه مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت (۱۵ نفر)، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و یا گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گروه‌های مداخله، ۸ جلسه‌ی۶۰ دقیقه‌ای هفتگی و مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت یا فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و برای گروه گواه مداخله‌ای انجام نشد. در ابتدا و بعد از اتمام جلسات مداخله و همچنین یک ماه بعد از آن (به‌عنوان پیگیری)، تمام شرکت کنندگان ابزار پژوهش را تکمیل کردند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن کودک معلول جسمی یا ذهنی، رضایت مادر برای شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری طبی جدی و نداشتن اختلال عمده روان‌پزشکی بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بود. در مطالعه حاضر، ابزار جمع آوری داده‌ها شامل مقیاس احساس گناه و شرم بود.

مقیاس احساس گناه و شرم: این مقیاس را Cohen و همکاران (۲۴) تهیه کردند که میزان تمایل افراد به هیجان شرم و احساس گناه را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای ۱۶ گویه برای سنجش ۲ بُعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان‌هایی در مورد موقعیت‌هایی که افراد در زندگی روزمره با آنها مواجه می‌شوند و واکنش‌های آنها به این موقعیت‌ها ارائه و سپس از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاسی ۵ درجه‌ای از بندرت= ۱ تا خیلی زیاد= ۵ مشخص کنند. پایایی این آزمون را کوهن و همکاران (۲۰۱۱) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۰ گزارش کردند. همچنین ضریب دونیمه‌سازی آن ۰/۷۷ و ضریب اعتبار اسپیرمن براون ۰/۷۹ برای آن گزارش شده است. خانی پور، پرواز و پرواز (۲۶) روایی محتوایی مناسب را برای پرسشنامه مذکور گزارش کرده‌اند. همچنین آنها ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را به ترتیب برای احساس گناه و شرم برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

در این مطالعه تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس مکرر انجام شد. در جدول (۱) شرح جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت که در این مطالعه استفاده گردید، گزارش شده است.

جدول ۱) پروتکل برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت (۱۴)

جلسه	تکلیف	هدف
جلسه یکم	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود.	آشنایی اولیه با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود و تکالیف خانگی	آشنایی با ذهن آگاهی
جلسه سوم	پرورش احساس مهربانی در افراد آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و ارائه تکلیف خانگی	تقویت حس خود دوستی و شفقت به خود

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

جلسه	تکلیف	هدف
جلسه چهارم	پرورش ذهن مشفق و رفتار مشفقانه مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مشفق یا غیرمشفق با توجه به مباحث آموزشی، شنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ و تکالیف خانگی	بهبود خودشناسی با تأکید بر خودشفقتی
جلسه پنجم	تعمیق ذهن شفقت‌ورز و بدون قضاوت ماندن مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری	آموزش ابعاد شفقت و مهربانی
جلسه ششم	ایجاد احساسات خوشایند مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان و تکالیف خانگی	تمرکز بر بهبود مهارت شفقت به خود و دیگران
جلسه هفتم	درک و پذیرش خود و دیگران مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	رصد کردن رفتارهای شفقت به خود و دیگران در زندگی
جلسه هشتم	مرور مباحث آموزش داده‌شده جمع‌بندی و ارائه راه‌کارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره	جمع‌بندی و بازخورد دادن

محتوای جلسات درمانی این برنامه بر اساس محتوای کتاب «لذت فرزندپروری با استفاده از پذیرش و تعهد» نوشته Coyne, & Murrell (۲۵) می‌باشد. جلسات آموزشی بدین شرح اجرا خواهد شد:

جدول ۲) پروتکل برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	تکلیف	هدف
جلسه یکم	آشنایی با مادر کودک و برقراری ارتباط درمان، بیان اهمیت دوران کودکی و همچنین نتیجه فرزندپروری در آینده کودک، معرفی رویکرد پذیرش و تعهد و مزایای آن نسبت به رویکردهای قبلی، معرفی انواع خانواده از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد (خانواده‌های احساسی و منطقی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن و خانواده عاشق تصمیم گیری بر اساس ارزش‌ها)، توضیح در مورد خانواده و والدین عاشق و بیان ویژگی‌های والدین عاشق، ترغیب مادر به رفتن به سمت والد عاشق با کمک مثال‌های خود مادر.	آشنایی اولیه با یکدیگر و اصول رویکرد پذیرش و تعهد
جلسه دوم	با ترسیم جدول مربوط به موقعیت، تولیدات ذهن (فکر، احساس، خاطرات، علائم بدنی و امیال و رفتار) به مادر توضیح داده شد که ذهن وی و تولیدات ذهن چگونه است، با مثال‌هایی بیشتر ذهن به مادر معرفی شد. توضیح این نکته که ذهن ما ناخودآگاه بوده و کنترلی روی آن نیست (ایجاد چالش در خصوص اینکه با این ذهن چه رفتاری باید داشت)، اضافه نمودن ستون‌های رفتار، اثر کوتاه مدت و بلندمدت به جدولی که قبلاً ترسیم کرده‌ایم برای نشان دادن این نکته که پیروی از ذهن می‌تواند چه نتایج کوتاه مدت و بلندمدتی داشته باشد و این که اکثراً فرامین ذهن ناکارآمد هستند.	آشنایی با تولیدات فکری و تصویری ذهن و اثرات آن

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

جلسه	تکلیف	هدف
جلسه سوم	آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی با استفاده از استعاره مهمان و خانه کوچک، آموزش تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی با انتخاب رفتارهای مناسب، ترسیم جدول ذهن و رفتار با ارائه چند مثال و بررسی رفتارهای ممکن دیگر که مادر با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانسته انتخاب نماید.	تمرکز بر انعطاف‌پذیری شناختی
جلسه چهارم	آموزش ساخت حریم روان‌شناختی بین فرزند و والدین، معرفی شیوه‌های کنترلی نامناسب مادر (داد زدن، تسلیم شدن و منصرف شدن)، استفاده از استعاره جزیره و به چالش کشیدن مادر نسبت به فرزندپروری خود که تاکنون داشته است. تکلیف: لیست کردن رفتارهای جزیره‌ای توسط مادر.	آموزش شیوه درست فرزندپروری
جلسه پنجم	آموزش پیش‌آیند، رفتار، پیامد و زمینه برای نشان دادن چرخه معیوب در صورت انتخاب رفتار نامناسب، استفاده از استعاره رایانه برای آموزش ارتباط با ذهن.	آموزش ارتباط درست با ذهن
جلسه ششم	آموزش مهربانی با خود (ایجاد همدلی با مادر و تقویت روحیه در وی جهت رسیدگی به خود به عنوان مادر)، معرفی ارزش با استفاده از استعاره تشییع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها در رابطه مادر و فرزندی.	آموزش مهربانی نسبت به خود و یافتن ارزش‌های خود
جلسه هفتم	استفاده از استعاره برای نشان دادن پابرجا ماندن باورها و اصول ناکارآمد و غیرمنطقی و انتخاب رفتار مناسب، معرفی و آموزش اهداف کوتاه مدت، میان‌مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها آموزش عمل متعهدانه نسبت به اهداف تعیین شده.	تمرکز بر ارزش‌ها و تعهد نسبت به اهداف خود
جلسه هشتم	بررسی شیوه‌های ارتباطی والدین شامل: منفعلانه، پرخاشگرانه، مدبرانه، آموزش مراحل ارتباط مدبرانه (مشاهده به جای قضاوت، بیان احساس والد نسبت به چیزی که مشاهده کرده است، بیان نیاز، بیان تقاضا)، آموزش ایجاد هماهنگی با کودک از طریق بازی روزانه با کودک با و مدیریت کودک، آموزش تکنیک‌های فرزندپروری و رفتار با کودک در شرایط لج بازی، کج خلقی، نگرانی و نداشتن حرف شنوی.	تمرکز بر روش ارتباطی والد با کودک و اصلاح آن

روش اجرا

ابتدا در قالب یک جلسه معارفه با اعضاء در مورد اهداف و روند پژوهش صحبت و به پرسش‌های احتمالی آن‌ها پاسخ داده شد و پس از کسب رضایت از آنها برای شرکت در مطالعه، مقیاس احساس گناه و شرم به عنوان یک ابزار خودگزارشی برای تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت (پیش‌آزمون). در ادامه یک گروه مداخله تحت ۸ جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه‌ای مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و گروه دیگر تحت جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه‌ای مداخله فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آموزش گروه‌های مداخله توسط یک متخصص روان‌شناسی آموزش‌دیده انجام گرفت. شرکت‌کنندگان پس از خاتمه جلسات و پیگیری یک‌ماهه مقیاس احساس گناه و شرم را تکمیل کردند. در این پژوهش، جهت رعایت اخلاق پژوهشی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با میل و رضایت خود در پژوهش و جلسات آموزشی شرکت کنند و شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بود. به شرکت‌کنندگان مایل به شرکت در پژوهش گفته شد که اطلاعات آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. هم‌چنین، شرکت کنندگان فرم رضایت نامه آگاهانه را امضاء کردند. هم‌چنین شرکت‌کنندگان سیاهه اطلاعات مربوط به سن و سطح تحصیلات را تکمیل کردند.

یافته‌ها

در جدول شماره (۳) به مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پرداخته شد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

جدول ۳) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر		گروه فرزندپروری مبتنی بر شفقت	فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه
سن	میانگین	۳۷/۴۵	۳۹/۱۲	۳۵/۴۴
	انحراف استاندارد	۵/۴۲	۵/۱۲	۴/۹۸
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۵	۶
	دیپلم و فوق دیپلم	۶	۸	۵
	لیسانس	۱	۱	۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۱	۱

آماره‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های ۳ گروه در احساس شرم در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴) شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و گواه در متغیر احساس شرم

متغیر	موقعیت	فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد		فرزندپروری مبتنی بر شفقت		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم	پیش‌آزمون	۳۴/۰۲	۷/۶۶	۳۶/۱۲	۸/۶۴	۳۴/۹۳	۷/۰۳
	پس‌آزمون	۲۴/۹۸	۵/۷۳	۲۵/۴۱	۶/۰۹	۳۳/۷۹	۶/۱۹
	پیگیری	۲۳/۱۴	۴/۲۵	۲۶/۸۸	۶/۳۰	۳۴/۶۷	۸/۵۲
گناه	پیش‌آزمون	۳۰/۲۳	۶/۰۱	۳۰/۷۴	۶/۴۴	۳۱/۸۲	۵/۷۱
	پس‌آزمون	۱۹/۶۲	۴/۸۲	۱۸/۳۷	۴/۲۹	۳۱/۱۵	۶/۲۲
	پیگیری	۲۰/۰۲	۵/۱۲	۲۰/۱۶	۴/۵۸	۳۰/۳۲	۷/۰۵

در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به مقایسه تفاوت نمرات احساس شرم بر حسب موقعیت بین‌گروهی و درون‌گروهی پرداخته شد. قبل از آن، پیش فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر احساس شرم بود (F=۰/۶۹، p=۰/۳۸). نتایج آزمون چندمتغیره در جدول (۵) آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی نمره احساس شرم را بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان به‌طور جداگانه مورد مقایسه قرار می‌دهد.

جدول ۵) نتایج آزمون چندمتغیره نمره احساس شرم

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	η^2
زمان	۰/۳۲	۱۷/۶۴	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
گروه× زمان	۰/۴۴	۱۲/۱۵	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
منبع تغییرات	**اثر پیلایی**	**F**	**درجه آزادی فرضیه**	**درجه آزادی خطا**	**معناداری**	**η^2**
زمان	۰/۴۱	۱۳/۴۲	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
گروه× زمان	۰/۵۳	۹/۰۴	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸
منبع تغییرات	**اثر هتلینگ**	**F**	**درجه آزادی فرضیه**	**درجه آزادی خطا**	**معناداری**	**η^2**
زمان	۱/۵۸	۲۸/۷۹	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷
گروه× زمان	۱/۹۶	۲۵/۳۳	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹
منبع تغییرات	**بزرگترین ریشه روی**	**F**	**درجه آزادی فرضیه**	**درجه آزادی خطا**	**معناداری**	**η^2**
زمان	۱/۴۳	۳۱/۱۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰
گروه× زمان	۱/۸۲	۲۷/۸۹	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

آن‌چنان‌که در جدول (۵) نشان داده شده است، بین نمره احساس شرم در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین اثر گروه و زمان تعامل وجود دارد و به‌عبارت دیگر، نمرات احساس شرم در ۳ بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ۲ گروه مداخله و ۱ گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بعد از اینکه مشخص شد بین ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی بررسی می‌شود. نتایج بررسی مفروضه آزمون کرویت موخلی برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا نشان داد که این فرض در مورد احساس شرم رعایت نشده است (P<۰/۰۵) و بر این اساس از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد.

جدول ۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نمره احساس شرم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	η^2
زمان	۳۸۷۱/۴۵	۱/۴۳	۲۷۰۷/۳۰	۲۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶
گروه× زمان	۱۰۹۴/۰۷	۳/۱۲	۳۵۰/۶۶	۱۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵
گروه‌ها	۴۱۳۶/۸۴	۲	۲۰۶۸/۴۲	۱۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
خطا	۸۱۲/۷۱	۱۸/۲۶	۴۴/۵۰			

طبق نتایج جدول (۶)، اثر زمان (F=۲۶/۱۷ ،P=۰/۰۰۱) معنادار است و بین سطح احساس شرم در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر (F=۱۰/۲۹ ،P=۰/۰۰۱) معنادار است. بنابراین نمره احساس شرم با سطوح گروه‌ها تعامل دارد. یعنی میزان نمره احساس شرم در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. جدول (۶) نشان می‌دهد که بین نمرات این متغیر در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه در سه مرحله گواه در احساس شرم

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
شرم	فرزندپروری مبتنی بر شفقت -کنترل	۱۰/۳۴	۲/۰۵	۰/۰۰۱
	فرزندپروری پذیرش و تعهد -کنترل	۹/۷۸	۱/۴۶	۰/۰۰۱
	فرزندپروری پذیرش و تعهد - فرزندپروری مبتنی بر شفقت	۰/۹۵	۰/۲۴	۰/۱۹
گناه	فرزندپروری مبتنی بر شفقت -کنترل	۱۱/۷۰	۱/۸۷	۰/۰۰۱
	فرزندپروری پذیرش و تعهد -کنترل	۹/۹۴	۲/۱۲	۰/۰۰۱
	فرزندپروری پذیرش و تعهد - فرزندپروری مبتنی بر شفقت	۱/۱۳	۰/۸۶	۰/۲۳
متغیر	**مقایسه مراحل**	**تفاوت میانگین**	**انحراف استاندارد**	**معناداری**
شرم	پس آزمون-پیش آزمون	۹/۶۷	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۱۱/۰۲	۲/۱۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۱/۱۱	۰/۶۲	۰/۳۰
گناه	پس آزمون-پیش آزمون	۱۰/۵۸	۲/۳۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۹/۹۸	۲/۴۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۱/۰۷	۰/۵۳	۰/۱۹

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

با در نظر گرفتن نتایج آزمون بین‌گروهی و در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بونفرونی نیز محاسبه شد که نتایج آن در جدول (۷) آمده است. طبق نتایج، تفاوت بین ۲ گروه مداخله با گروه گواه از نظر آماری تأیید شده است (P=۰/۰۰۱). اما تفاوت نمرات بین ۲ گروه مداخله از نظر آماری معنادار نبود (P>۰/۰۵) و گرچه میزان اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود احساس شرم نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری دارد ولی بین اثربخشی ۲ گروه تفاوتی معنادار وجود ندارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت بین مراحل سه گانه نشان داد که تفاوت نمرات متغیر وابسته در پس‌آزمون با پیش‌آزمون و در پیگیری با پیش‌آزمون از نظر آماری تأیید شده است (P=۰/۰۰۱). تفاوت نمره احساس شرم در زمان پیگیری از نظر آماری تأیید نشد (P>۰/۰۵).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی- ذهنی انجام شد. طبق نتایج، فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی-ذهنی شد و تفاوتی بین ۲ مداخله از نظر میزان اثربخشی در این مورد وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعات قبلی همسو است. محمودپور و همکاران (۱۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول تأثیر معنادار دارد. Steindl و همکاران (۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت به خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد با انواع تجربه تروماتیک موجب افزایش سطح انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری شده و تفاوت معناداری بین تأثیر آنها وجود نداشت.

در تبیین اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر احساس شرم مادران باید بیان داشت که مداخله مبتنی بر شفقت از طریق افزایش سطح آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مثبت بر احساسات درونی به بهبود آسیب‌های روان‌شناختی و کاهش تجارب منفی درونی افراد تحت مطالعه کمک کرد. در فرایند فرزندپروری مبتنی بر شفقت مادران فراگرفتند تا با کنار گذاشتن دیدگاه منتقدانه و قضاوت‌گرای خود نسبت به این ناتوانی و جایگزینی آن با نگرشی منعطف و دلسوزانه، از احساس شرم و گناه در خود بکاهند. در این مداخله بر توجه آگاهانه بر تجارب درونی تأکید شد تا به کمک فرآیندهای ذهن‌آگاهی، مهارت قضاوت نکردن خود و توانایی پذیرفتن مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از اشتراکات انسانی در این افراد شکل گیرد تا دستیابی به گرمی و ملاطفت با خود و دیگران، به‌جای قضاوت سخت‌گیرانه تسهیل شود. در نتیجه برخورداری از چنین دیدگاهی است که این مادران می‌توانند با ملایمت و مهربانی بیشتری نسبت به فرزند خود برخورد کنند و با احساس قابل کنترل بودن شرایط و سازگاری بهتر با آن، به بهبود احساس شرمشان کمک کنند. در فرایند مداخلات مبتنی بر شفقت، این افراد به این توانایی دست پیدا کردند تا بر خودسرزنشی و قضاوت نسبت به خود رهایی یابند و با ایجاد نگرشی جدید و دلسوزانه نسبت به خود و دیگران، نارسایی را بخشی جداناپذیر از زندگی هر انسانی تلقی کنند و با این تغییر نگرش بر احساس شرم فایق آیند و همچنین مواجه با موقعیت‌های پریشان‌کننده را فرصتی برای رشد و تحول درنظر بگیرند. افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند (۱۴). در این مداخله به افراد کمک شد از ورود افکار عواطف منفی در ذهنشان جلوگیری کنند، مشکلات ناشی از بیماری فرزندشان را بپذیرند و تنش‌های ناشی از آن‌را بدون درگیری با تجربیات و افکار منفی تحمل کنند.

همچنین در مطالعه حاضر نشان داده شد که فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی- ذهنی تأثیر معنادار دارد. همسو با این یافته، Chisari و همکاران (۱۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران اثربخشی معنادار دارد. عظیمی فر و همکاران (۲۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده کودکان در سنین پیش از دبستان مؤثر است. در تبیین اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باید بیان داشت که افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به فرد کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند .ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و تجربه‌ای و رشد زندگی مبتنی بر ارزش و بهبود

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

عملکرد فرد در ابعاد مختلف زندگی می‌شود. وقتی فرد با افکار و احساساتش مقابله نکند و به‌جای مبارزه با افکار وسواسی، اضطراب، نشخوارهای فکری، خشم، غم و دیگر تجارب درونی به اهداف شخصی و ارزشمند خود بپردازد و در جهت ارزشمند زندگی حرکت کند، بهبود عملکرد و تغییر نگرش ظاهر می‌شود. تمرین گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند تا تسلیم افکار کلیشه‌ای ذهن خود نشوند و با غیرواقعی دانستن آنها به عبور سریع‌تر از آنها و دیدگاهی منعطف‌تر در خود نسبت به دنیا کمک کنند. این شیوه به مادران کمک کرد تا افکار و احساس‌های آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر و احساس تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی راهبردها و برنامه‌های فعلی خود آگاه باشند و به‌جای پاسخ به آنها به انجام آنچه در زندگی برای آنان مهم و در جهت ارزش‌هایشان است، بپردازند. آنها همچنین به این درک دست پیدا کردند که لازم است بین خود و انتقاداتی که نسبت به عملکرد خود بیان می‌نمایند، تمایز قائل شوند و در جریان این آگاهی و تمایز بود که به این توانایی دست پیدا کردند تا خودانتقادی را به‌عنوان یک ندای درونی متمایز از کلیت شخصیت خود درک و نسبت به کاهش و حذف آن توانمند شوند. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد افکار و احساس‌ها و کاهش اعمال کنترلی ناموثر به این افراد آموخت که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آنها بپذیرند. این مادران آموختند به‌جای نادیده گرفتن هیجان و تجارب درونی به‌سوی آگاهی از احساس‌ها، تجارب هیجانی، پذیرش و استفاده مناسب از آنها حرکت کنند که باعث می‌شود فرد با موقعیت‌ها و تعاملات خود ارتباط مناسبی برقرار سازد و با نگاه جدید به آنها بنگرد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش انعطاف‌پذیری روانی این افراد کمک کرد به‌طوری‌که توانایی‌شان برای ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌هایشان اتفاق افتاد. همچنین شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. چنین فرایندی با ایجاد صلح درونی توانست به بهبود احساس شرم در مادران منجر شود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن مطالعه به دانش‌آموزان معلول جسمی یا ذهنی دختر و پسر ۷ تا ۱۴ سال مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد. همچنین به‌دلیل اینکه ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودگزارشی بود، امکان سوگیری در پاسخدهی وجود دارد و بنابراین پیشنهاد می-شود در مطالعات آتی از روش‌های دیگری همچون مصاحبه نیز استفاده شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود احساس شرم در مادران دارای فرزند با معلولیت جسمی- ذهنی مؤثر است و تفاوتی بین ۲ مداخله از نظر میزان اثربخشی نیست. اصول مورد کاربرد در فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی و ارتباطی ناکارآمد و ایجاد دیدگاه غیرقضاوتی این افراد را در بهبود احساس شرم یاری رساند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از شرکت کنندگان در مطالعه، کمال قدردانی دارند.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.142 می‌باشد. در این پژوهش برای رعایت اخلاق در پژوهش، شرکت در پژوهش اختیاری بود و شرکت‌کنندگان با رضایت خود در جلسات مداخله شرکت کردند. اطلاعات شرکت‌کنندگان نزد پژوهشگر محرمانه باقی ماند و شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

References

1. Klebanov B, Friedman-Hauser G, Lusky-Weisrose E, Katz C. Sexual abuse of children with disabilities: key lessons and future directions based on a scoping review. Trauma, Violence, & Abuse. 2024 Apr;25(2):1296-314.
2. Gur A, Reich A. Psychological flexibility of parents of children with disabilities: A systematic literature review. Research in Developmental Disabilities. 2023 May 1;136:104490.
3. Fu W, Pan Q, Zhao M, Ji C, Peng P. Understanding positive parenting style and parenting efficacy in parents having children with disabilities in China: the mediating role resilience. Current Psychology. 2023 Mar 21:1-4.
4. Zhao M, Fu W, Ai J. The mediating role of social support in the relationship between parenting stress and resilience among Chinese parents of children with disability. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2021 Oct;51(10):3412-22.
5. Pozniak K, King G, Chambers E, Martens R, Earl S, Kraus de Camargo O, McCauley D, Teplicky R, Rosenbaum P. What do parents want from healthcare services? Reports of parents' experiences with pediatric service delivery for their children with disabilities. Disability and Rehabilitation. 2024 Jun 4;46(12):2670-83.
6. Davies L, Randle-Phillips C, Russell A, Delaney C. The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2021 Jul;34(4):1037-47.
7. Cannavò M, Cella S, Gullo J, Barberis N. Self-compassion and body shame: Observing different pathways from body surveillance to eating disorders symptoms. Journal of Affective Disorders Reports. 2024 Jul 1;17:100816.
8. Gilbert P. Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. The bright side of shame: Transforming and growing through practical applications in cultural contexts. 2019:413-31.
9. Kotera Y, Kotera H, Taylor E, Wilkes J, Colman R, Riswani R. Mental health of Indonesian university students: UK comparison and relationship between mental health shame and self-compassion. Stigma and Health. 2024 Aug;9(3):239.
10. Reyes-Martín J, Simó-Pinatella D, Font-Roura J. assessment of challenging behavior exhibited by people with intellectual and developmental disabilities: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Jul 17;19(14):8701.
11. Steindl S, Bell T, Dixon A, Kirby JN. Therapist perspectives on working with fears, blocks and resistances to compassion in compassion focused therapy. Counselling and Psychotherapy Research. 2023 Sep;23(3):850-63.
12. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Ejadi S, Mohamadi S. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Feeling of Guilt in Mothers of Children with Physical-Motor Disability. Journal of Counseling Research. 2021 Oct 10.
13. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. Expert review of neurotherapeutics. 2020 Apr 2;20(4):385-400.
14. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2023 Apr 1;326:168-92.
15. Demehri F, Rostami M, Saeidmanesh MS. The effectiveness of compassion therapy on guilt, perfectionism and imperfection schema in the children of law enforcement unit. Military Psychology. 2021 Dec 22;12(48):59-74.
16. Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. The Clinical Journal of Pain. 2023 Mar 1;39(3):147-57.
17. Ferreira MG, Mariano LI, de Rezende JV, Caramelli P, Kishita N. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. Journal of affective disorders. 2022 Jul 15;309:297-308.
18. Chisari C, McCracken LM, Cruciani F, Moss-Morris R, Scott W. Acceptance and commitment therapy for women living with vulvodynia: a single-case experimental design study of a treatment delivered online. Journal of Contextual Behavioral Science. 2022 Jan 1;23:15-30.
19. Larsson A, Hartley S, McHugh L. A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. Journal of Contextual Behavioral Science. 2022 Apr 1;24:10-7.
20. Faghihi MS, Kajbaf MB. Effectiveness of ACT based parenting training to mothers on the self-esteem of children with cleft lip and palate: A single subject study. Journal of Applied Psychology. 2016 May 21;10(1):453-76.
21. Dochat C, Wooldridge JS, Herbert MS, Lee MW, Afari N. Single-session acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for patients with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. Journal of Contextual Behavioral Science. 2021 Apr 1;20:52-69.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]

22. Azimifar S, Jazayeri RS, Fatehizade M, Abedi A. Comparing the effects of Parent Management Training and Parenting Based on Acceptance and Commitment Therapy on externalizing behavior problems among preschool children. Journal of Applied Psychological Research. 2019 Aug 23;10(2):1-8.
23. Graham CD, Gouick J, Krahé C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. Clinical psychology review. 2016 Jun 1;46:46-58.
24. Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. Journal of Personality and Social Psychology. 100(5), 947-966.
25. Murrell AR, Coyne LW, Wilson KG. ACT with children, adolescents, and their parents. InA practical guide to acceptance and commitment therapy 2005 (pp. 249-273). Boston, MA: Springer US.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-01]