رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۲، شماره پیاپی ۱۱۷، اسفند ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(12), 2026

مقایسه اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت و درمان گروهی هیجان‌مدار بر خود سرزنشگری مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی

Comparing the effectiveness of compassion-focused group therapy and emotion-focused group therapy on self-criticism in mothers of children with physical disabilities

سید الیاس حسینی
گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
مسعود شهبازی (نویسنده مسئول)
گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
سیده زهرا علوی
گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
مریم غلامزاده جفره
گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Seyed Elyas Hosseini
Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Masoud Shahbazi *
Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.
masoudshahbazi53@iau.ac.ir
Seyedeh Zahra Alavi
Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Maryam Gholamzadeh Jofreh
Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت و درمان گروهی هیجان‌مدار بر خود سرزنشگری مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی بود. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل با پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری مادران دارای فرزند ناتوان جسمی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بهزیستی شهرستان ایذه در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. در پژوهش حاضر نمونه‌ای به حجم ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۲ نفری گمارده شدند. مقیاس سطوح خودسرزنشگری تامپسون و زوروف (LOSC، ۲۰۰۴) جهت جمع‌آوری داده‌ها اجرا شد. هر یک از گروه‌های مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که نمره خودسرزنشگری در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنی‌دار در سطح خطای ۰/۰۵ کاهش یافته است؛ اما بین دو گروه درمانی در نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (P<۰/۰۵). یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان بر کاهش خود سرزنشگری در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *خود سرزنش‌گری، ناتوانی جسمی، درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان‌مدار.*

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused group therapy and emotion-focused group therapy on self-criticism in mothers of children with physical disabilities. This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population was mothers with physically disabled children who referred to counseling centers and psychological welfare services in Izeh city during the first six months of 2024. In the present study, a sample of 36 people was selected using the convenience sampling method and then randomly assigned to three groups of 12 people. Thompson and Zuroff's Levels of Self-Criticism Scale (LOSC, 2004) was used to collect data. Each of the intervention groups underwent group therapy for 8 sessions of 90 minutes. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that the self-criticism score in the intervention groups compared to the control group decreased significantly at the 0.05 level of error from pre-test to post-test and follow-up; however, no significant difference was observed between the two treatment groups in the post-test and follow-up scores (P<0.05). The findings of this study showed that both treatments were effective in reducing self-criticism in mothers of children with physical disabilities.

Keywords: *Self-Criticism, Physical Disability, Compassion-Focused Therapy, Emotion-Focused Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** آبان ۱۴۰۴ | **پذیرش:** آذر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** اسفند ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

مادران کودکان دارای ناتوانی جسمانی اغلب وضعیت روانی پیچیده و پرتنشی را تجربه می‌کنند. آنها ممکن است به دلیل خواسته‌های مداوم مراقبتی و نگرانی برای وضعیت فرزندشان، با سطوح بالایی از استرس، اضطراب و فرسودگی روانی مواجه شوند (نواک-پاولیک[1] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین احساس غم، ناامیدی و انزوای اجتماعی را زیاد تجربه می‌کنند، زیرا ممکن است زمان کمتری برای نیازهای شخصی یا تعاملات اجتماعی داشته باشند (سلینر[2] و همکاران، ۲۰۱۶). بسیاری از مادران با احساس گناه یا خودسرزنشگری زیادی زندگی می‌کنند و این امکان وجود دارد که خود را عامل این وضعیت بدانند (سلامکا[3] و همکاران، ۲۰۲۲).

در پژوهشی نشان داده شد که مادران کودکان دارای ناتوانی جسمانی اغلب به دلیل عوامل متعدد و به هم پیوسته، خودسرزنشگری شدیدی را تجربه می‌کنند. نقش مراقبتی آن‌ها طاقت‌فرسا است و منجر به استرس مزمن، خستگی و احساس بی‌کفایتی می‌شود (فیضی و همکاران، ۲۰۱۴). این استرس می‌تواند عزت نفس را کاهش داده و ناامیدی را افزایش دهد، زیرا مادران ممکن است احساس کنند که نیازها یا انتظارات اجتماعی فرزندشان را برآورده نمی‌کنند (کایتز[4] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، در پژوهش دیگری نشان داده شد که انگ اجتماعی و دسترسی محدود به خدمات حمایتی می‌تواند احساس انزوا و سرزنش خود را تشدید کند (شاهالی و همکاران، ۲۰۲۴). این عوامل به چرخه‌ای کمک می‌کنند که در آن شکست‌های ادراک‌شده مادران، تمایلات خودسرزنشگری آنها را تقویت می‌کند (برد[5] و همکاران، ۲۰۲۵).

بر این اساس، اجرای مداخلات روانشناختی برای کاهش خودسرزنشگری مادران دارای فرزند ناتوان جسمی برای بهبود سلامت روان مادران ضروری است؛ چراکه خودسرزنشگری می‌تواند یک عامل مهم در افسردگی و حتی اقدام به خودکشی باشد (یحیی‌زاده‌جلودار و همکاران، ۱۴۰۳). مداخلات روانشناختی می‌تواند به اصلاح الگوی تفکر و سبک‌های مقابله‌ای این مادارن تاثیر بگذارد و در نهایت می‌تواند نقش مهمی در بهبود مهارت‌های ارتباطی و مراقبتی این مادارن داشته باشد (رادوان[6] و همکاران، ۲۰۲۴). مداخلات همچنین شبکه‌های حمایت اجتماعی را تقویت می‌کنند و انزوا و احساس درماندگی را کاهش می‌دهند (رستم پور برنجستانکی و همکاران، ۱۳۹۹).

در این راستا، درمان متمرکز بر شفقت یک درمان مؤثر برای کاهش خودسرزنشگری است، زیرا مستقیماً خودارزیابی سختگیرانه را هدف قرار می‌دهد و شفقت به خود را آموزش می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا با پرورش احساسات مثبت، درک و پذیرش نسبت به خود، منتقد درونی را تشخیص داده و تعدیل کنند (براون و آشکورفت[7]، ۲۰۲۵؛ پل[8] و همکاران، ۲۰۲۴). محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که این درمان، خودمهربانی را تقویت می‌کند و این مادران را قادر می‌سازد تا بدون قضاوت به کاستی‌های شخصی پاسخ دهند، درمان متمرکز بر شفقت با ادغام تمرین‌های ذهن آگاهی، تصویرسازی و رفتار دلسوزانه، پریشانی روانشناختی مرتبط با احساس گناه را کاهش می‌دهد. همچنین به ترس‌های اساسی از بی‌کفایتی، شرم و گناه که در مادران کودکان دارای ناتوانی جسمانی رایج است، می‌پردازد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت عزت نفس، تنظیم هیجان و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. این روش، سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه را تقویت می‌کند و افکار خودانتقادی را با گفتگوی درونی حمایتی جایگزین می‌کند (سید جعفری و همکاران، ۱۳۹۹؛ طاهری و همکاران، ۱۴۰۱).

همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان هیجان‌مدار یک درمان مؤثر برای کاهش خودسرزنشگری است، زیرا به افراد کمک می‌کند تا پاسخ‌های عاطفی ناسازگار را شناسایی، درک و تغییر دهند (ایزدی و همکاران، ۲۰۲۵؛ لوپز کاوادا[9] و همکاران، ۲۰۲۵). در مادران دارای کودکان دارای ناتوانی جسمانی، خودسرزنشگری اغلب از احساسات سرکوب‌شده یا پردازش‌نشده گناه، شرم و ناامیدی ناشی می‌شود؛ این درمان ابراز این احساسات را در یک محیط درمانی امن تشویق می‌کند و به مادران اجازه می‌دهد تا آنها را به طور سازنده پردازش و ادغام کنند (دیره و اصغریان، ۲۰۲۱). درمان هیجان‌مدار با بررسی محرک‌های عاطفی اساسی افکار خودسرزنشگری، به تغییر الگوهای منفی به سمت پذیرش خود کمک می‌کند. تکنیک‌هایی مانند برچسب‌گذاری احساسات، کار با صندلی و تمرین‌های تجربی، آگاهی و تنظیم هیجان

1 Novak-Pavlic
2 Seliner
3 Szlamka
4 Kaytez
5 Bord
6 Radwan
7 Brown & Ashcroft
8 Pol
9 López-Cavada

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

را افزایش می‌دهد. امجدیان و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی- بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری انجام دادند؛ نتایج نشان داد که آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار آسیب‌پذیری روانی- بدنی را کاهش دادند؛ اما درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری داشت و این تاثیرات در مرحله پیگیری پایدار بودند.

درمان گروهی متمرکز بر شفقت و درمان گروهی هیجان‌مدار هر دو از زوایای مختلف به خودسرزنشگری می‌پردازند، که مقایسه آنها در مادران دارای کودکان دارای ناتوانی جسمی که اغلب با چالش‌های روانشناختی منحصر به فردی روبرو هستند، ارزشمند است. درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم و خودسرزنشگری از طریق پرورش شفقت به خود، ذهن‌آگاهی و خود مهربانی تأکید دارد، که می‌تواند ارزیابی منفی نسبت به خود را کاهش دهد (براون و آشکورفت، ۲۰۲۵). در مقابل درمان گروهی هیجان‌مدار بر کمک به افراد در شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، تنظیم هیجان، افزایش آگاهی هیجانی و توسعه مقابله سازگارانه تمرکز دارد، که در مدیریت فشارهای هیجانی که مادران ممکن است تجربه کنند، تمرکز دارد (ایزدی و همکاران، ۲۰۲۵). مقایسه این مداخلات امکان شناسایی رویکردی را فراهم می‌کند که مکانیسم‌های زیربنایی خودسرزنشگری را در این گروه حساس بهتر هدف قرار می‌دهد و در شناسایی یک رویکرد کارآمد و جامع جهت توانمندسازی این مادران موثر است.

به‌طورکلی، انجام مطالعه‌ای که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان متمرکز بر هیجان را بر سرزنش خود در مادران دارای کودکان دارای ناتوانی جسمانی مقایسه می‌کند، به چند دلیل مهم است. مادران در این جمعیت اغلب سطوح بالایی از خودسرزنشگری، گناه و پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند که می‌تواند مراقبت و سلامتی آن‌ها را مختل کند. نتایج این پژوهش می‌تواند در اجرای مداخلات روانشناختی برای این مادران مفید باشد و در تعیین خط درمانی به درمانگران کمک کند. بر این اساس این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت و درمان گروهی هیجان‌مدار بر خود سرزنشگری در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند ناتوانی جسمانی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی بهزیستی شهرستان ایذه در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. در پژوهش حاضر نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند؛ اما با دلیل ریزش و انصراف افراد از ادامه شرکت در پژوهش حجم هر یک از گروه‌ها به ۱۲ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت جهت مشارکت در پژوهش، داشتن فرزند دارای ناتوانی جسمانی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته، عدم سابقه طلاق مادران، متأهل بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از حضور در جلسات درمانی بود. روش اجرا در پژوهش حاضر از این قرار بود که در ابتدا یک پیش آزمون برروی اعضای گروه آزمون و کنترل در پژوهش حاضر اجرا گردید و پرسشنامه پژوهش میان آنها توزیع شد و سپس برای اعضای گروه آزمون، درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار به صورت گروهی، اجرا گردید و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل یک پس آزمون اجرا گردید و مجددا پس از دو ماه آزمون پیگیری اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه شرکت‌کنندگان ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح گردید. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی افراد وارد پژوهش شدند. همچنین این پژوهش با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.266 در کمیته ملی اخلاق تایید شده است. درنهایت، تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

ابزار سنجش

مقیاس سطوح خودسرزنشگری (LOSC)[1]: به منظور سنجش خودسرزنشگری از مقیاس سطوح خودسرزنشگری تامپسون و زوروف[2] (۲۰۰۴) استفاده شده است؛ این مقیاس ۲۲ سوال دارد و دو عامل درونی شده (۱۰ گویه) و مقایسه‌ای (۱۲ گویه) را بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای، از (به شدت مخالفم=۱) تا (به شدت موافقم=۷) اندازه‌گیری می‌کند و دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۱۵۴ است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خودسرزنشگری در فرد است. تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) این مقیاس را در ۱۴۴ نفر اجرا و روایی آن را به روش تحلیل عاملی اکتشافی با ضریب ۶۸ درصد تایید کردند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). در ایران روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و ۲۲ سوال دارای بار عاملی بالای ۰/۴۰ بودند و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (صمدی و همکاران، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر همسانی درونی ۰/۸۰ آلفای کرونباخ محاسبه شد.

مداخلات

درمان متمرکز بر شفقت: پروتکل این درمان برگرفته از مدل گیلبرت[3] (۲۰۱۶) است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (هر هفته دو جلسه) اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه پروتکل ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با مفاهیم مبتنی بر شفقت: برقراری ارتباط اولیه گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی توصیف و CFT درمان تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن
دوم	آشنایی با ذهن مشفق: آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین بررسی بدنی و تنفس آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند
سوم	آشنای با خصوصیات افراد مشفق: آشنایی با خصوصیات افراد دارای 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 خود تخریب گرانه شرم و آموزش همدردی)
چهارم	خودشناسی: ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت با توجه به مباحث آموزشی شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه ارزش خود شفقتی همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ) و آموزش بخشایش
پنجم	تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش: آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف
ششم	تمرینات عملی شفقت: تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبکها و روشهای ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره و برای همسر فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
هفتم	آموزش شفقت نسبت به دیگران: آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران روش آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	جمع بندی تمرینات مبنی بر شفقت: آموزش و تمرین مهارت‌های مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

1 Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)
2 Thompson and Zurrof
3 Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

درمان هیجان‌مدار: پروتکل این درمان برگرفته از مدل تیمولاک[1] و همکاران (۲۰۲۰) است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت (هر هفته دو جلسه) گروهی اجرا شد. در جدول ۲ خلاصه پروتکل ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه پروتکل درمان هیجان‌مدار

جلسه	محتوای جلسه
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان.
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه، آشنایی فرد با اصول درمانی هیجان‌مدار و نقش هیجان در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری در روابط بین فردی.
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل بر حسب احساسات زیربنایی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات به دیگران، آگاهی دادن به افراد در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود در فرایندهای شناختی و هیجانی.
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌های از خود که انکار شده‌اند. جلب توجه افراد به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام به همدلی، بیان نیازها و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش.
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه با تأکید بر پذیرش تجربیات دیگری و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح دوباره نیازها و اشاره به سایرین و طبیعی بودن آن‌ها.
ششم	انسان سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی عملی در زمینه شناخت نیازها و تعلیقات درونی، ایجاد پیوندی ایمن بین افراد.
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی بین افراد و پایان دادن به الگوهای کهنه، شفاف سازی الگوهای تعاملی و یادآوری نیازهای اولیه.
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات بین و تعاملات قبلی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ایی که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌ها آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۶ نفر تا انتهای پژوهش مشارکت داشتند که در سه گروه ۱۲ نفری قرار داشتند؛ میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه درمان متمرکز بر شفقت ۶/۱۲±۳۷/۷۸ سال، گروه درمان هیجان‌مدار ۷/۱۹±۳۶/۱۷ سال و گروه کنترل ۷/۲۸±۳۶/۲۵ سال بود؛ میانگین و انحراف معیار سنی فرزندان گروه درمان متمرکز بر شفقت ۳/۶۷±۹/۶۴ سال، گروه درمان هیجان‌مدار ۴/۴۱±۱۱/۱۷ سال و گروه کنترل ۴/۸۷±۱۰/۸۰ سال بود. در هر سه گروه از نظر جنسیت فرزندان گروه‌ها همتا بودند و بر اساس فراوانی ۷ نفر (۵۸/۳۳ درصد) پسر ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد) دختر بودند. از نظر وضعیت اشتغال ماداران گروه درمان متمرکز بر شفقت ۱۰ نفر (۸۳/۳۳ درصد) خانه‌دار و ۲ نفر (۱۶/۶۷ درصد) دارای شغل نیمه وقت؛ گروه درمان هیجان‌مدار ۸ نفر (۶۶/۶۷ درصد) خانه‌دار و ۴ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دارای شغل نیمه وقت بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۹ نفر (۷۵ درصد) خانه‌دار و ۳ نفر (۲۵ درصد) دارای شغل نیمه وقت بودند. همچنین در هر سه گروه هیچ یک مادران فرزند دیگری نداشتند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر خودسرزنشگری به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر خودسرزنشگری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل	درمان متمرکز بر شفقت		درمان هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودسرزنشگری	پیش آزمون	۸۴/۶۶	۶/۲۲	۸۵/۶۰	۵/۹۳	۸۴/۵۳	۶/۴۲
	پس آزمون	۷۸/۳۳	۶/۶۵	۷۸/۴۰	۶/۱۲	۸۴/۱۳	۶/۱۵
	پیگیری	۷۸/۴۱	۶/۷۶	۷۸/۵۳	۶/۰۴	۸۴/۲۱	۵/۸۷

1 Timulak

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

در جدول ۳ نشان داده شده است که میانگین متغیر خودسرزنشگری در گروه‌های درمانی در پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ اما در گروه کنترل تقریبا ثابت بوده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد؛ نتایج نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی خطای واریانس‌ها در گروه‌ها برقرار است (P=۰/۸۸، F=۰/۱۲). همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در سه گروه همگون است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که پیش فرض کرویت نیز برقرار نست (P=۰/۰۱، w=۰/۱۶)؛ بر این اساس شاخص درجه آزادی در گزارش F بر اساس تصحیح گرین هاوس گیسر ارائه شده است؛ در ادامه در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در حالت چندمتغیره ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در حالت چندمتغیره

منبع تغییرات	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
درون گروهی	اثر پیلایی	۰/۹۸	۲۵۹/۱۹	۶	۳۷	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۲۵۹/۱۹	۶	۳۷	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۴۲/۰۳	۲۵۹/۱۹	۶	۳۷	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۴۲/۰۳	۲۵۹/۱۹	۶	۳۷	۰/۰۱

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مقایسه درون گروهی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، حداقل بین دو زمان در متغیر خودسرزنشگری تفاوت معنادار وجود دارد (P=۰/۰۱)، در واقع نتایج دلالت بر این دارند که حداقل بین مراحل سنجش در یکی از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد؛ جهت بررسی دقیق اثر مداخله در طول زمان و در تعامل با گروه، یافته‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در سه گروه در سه مرحله در متغیرخودسرزنشگری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
خودسرزنشگری	مراحل	۶۳۴/۹۷	۱/۰۹	۵۸۲/۶۶	۱۰۶/۶۵	۰/۰۱	۰/۷۱
	مراحل * گروه	۲۷۲/۳۱	۲/۱۸	۱۲۴/۹۳	۲۲/۸۷	۰/۰۱	۰/۵۲
	بین گروهی	۳۹۹/۲۴	۲	۱۹۹/۶۲	۹/۰۲	۰/۰۱	۰/۳۶

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود؛ در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای خودسرزنشگری (F=۱۰۶/۶۵ و P=۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۷۱ به دست آمده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیر وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. در تعامل بین گروه * مراحل اندازه‌گیری برای خودسرزنشگری (F=۲۲/۸۷ و P=۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۵۲ محاسبه شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرها وابسته در تعامل گروه * مراحل اندازه گیری معنی‌دار است. علاوه بر این همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود؛ در گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار برای خودسرزنشگری (F=۶/۰۲ و P=۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۳۶، محاسبه شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیر بین گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. برای بررسی اینکه دقیقاً مشخص شود که در گروه‌های آزمایش در متغیر وابسته در سه مرحله اندازه گیری تفاوت وجود دارد یا خیر، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد؛ همچنین جهت مقایسه زوجی گروها در مراحل پس آزمون و پیگیری از آزمون بنفرونی استفاده شده است؛ نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها و مقایسه زوجی گروه‌ها

مقایسه مراحل		درمان متمرکز بر شفقت		درمان هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		تفاضل میانگین‌ها	P	تفاضل میانگین‌ها	P	تفاضل میانگین‌ها	P
پیش آزمون	پس آزمون	۶/۳۳	۰/۰۱	۷/۲	۰/۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

پیش آزمون	پیگیری	۶/۲۶	۰/۰۱	۷/۰۶	۰/۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۰۷	۱/۰۰	۰/۱۳	۱/۰۰	۰/۰۷	۱/۰۰

بین گروهی	بین دو گروه درمانی		درمان متمرکز با شفقت و کنترل		درمان هیجان مدار و کنترل	
	تفاضل میانگین‌ها	P	تفاضل میانگین‌ها	P	تفاضل میانگین‌ها	P
پس آزمون	۰/۰۶	۱/۰۰	۵/۵	۰/۰۱	۵/۷۳	۰/۰۱
پیگیری	۰/۱۳	۱/۰۰	۵/۸	۰/۰۱	۵/۶۷	۰/۰۱

نتایج مقایسه زوجی بین مراحل اندازه‌گیری نشان داد که در گروه‌های درمانی بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد؛ این نشان دهنده تاثیر درمان‌ها در کاهش خودسرزنشگری در دو گروه درمانی است؛ اما نبود تفاوت معنادار بین پس آزمون و پیگیری نشان دهنده ثبات این کاهش در طول زمان است. در مقایسه بین گروهی نیز نتایج نشان داد چه در پس آزمون و چه در پیگیری بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداد ($P>۰/۰۵$)؛ و همچنین دو درمان نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری بر کاهش خودسرزنشگر موثر بوده‌اند ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت و درمان گروهی هیجان‌مدار بر خودسرزنشگری در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خودسرزنشگری مادران دارای فرزند ناتوانی جسمی موثر بوده است؛ در این راستا پژوهش‌های براون و آشکورفت (۲۰۲۵)، پل و همکاران (۲۰۲۴) و محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) همسو با یافته پژوهش حاضر بود. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه مطرح نمود که درمان متمرکز بر شفقت به معنای ایجاد و تقویت احساس شفقت و مهربانی نسبت به خود است. مادرانی که فرزند ناتوان دارند، معمولاً در فشارهای روانی و احساس گناه بیشتری قرار دارند. با آموزش و تمرین مهارت‌های خودشفقتی در این درمان، این مادران می‌توانند یاد بگیرند که به جای خودسرزنشگری، به خودشان محبت کرده و شرایط دشوارشان را با شجاعت و درک بیشتری مواجه شوند (رادوان و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از دلایل خودسرزنشگری، داشتن انتظارات غیرمنطقی و سخت‌گیرانه نسبت به خود است که این درمان می‌تواند به مادران کمک کند تا این انتظارات را شناسایی و تعدیل کنند و به‌جای آن، از دیدگاه مثبت‌تری به خود و عملکرهای خود بنگرند. این درمان معمولاً شامل کار بر روی احساسات و تجربیات منفی است. با ابراز و پردازش این احساسات در یک محیط حمایتگر، مادران ممکن است احساس‌های خود را کاهش داده و از خودسرزنشگری کاسته شوند. همچنین به بهبود روابط بین فردی و اجتماعی کمک می‌کند. در نهایت، نتایج یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش خودسرزنشگری در مادران داشته باشد، که این خود می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها منجر شود (محمودپور و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته دوم نشان داد که درمان گروهی هیجان‌مدار بر کاهش خودسرزنشگری مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی موثر بوده است؛ در این راستا پژوهش‌های ایزدی و همکاران (۲۰۲۵)، لوپز کاوادا و همکاران (۲۰۲۵) و دیره و اصغریان (۲۰۲۱) همسو با یافته پژوهش حاضر بود. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه استنباط کرد که مادران دارای فرزند ناتوان ممکن است به علت چالش‌های پیش‌رو، احساس گناه و اضطراب بیشتری را تجربه کنند. درمان هیجان‌مدار به این مادران کمک می‌کند تا احساسات و هیجانات منفی خود را شناسایی و مدیریت کنند. با این رویکرد، آنها می‌توانند احساس گناه و خودسرزنشگری را کاهش دهند. این درمان به مادران آموزش می‌دهد که چگونه به احساسات خود توجه کنند و آنها را بپذیرید بدون اینکه به خود آسیب بزنند (هاسپرت[1] و همکاران، ۲۰۲۰). این خودآگاهی می‌تواند به کاهش قضاوت‌های منفی در مورد خود و در نتیجه، کاهش خودسرزنشگری کمک کند و می‌تواند به مادران استراتژی‌های مؤثری برای مقابله با چالش‌ها و احساسات منفی آموزش دهد. این مهارت‌ها می‌توانند به آنها کمک کنند تا به‌جای سرزنش خود، به دنبال راه‌حل‌های سازنده باشند. در فرایند درمان، مادران در یک محیط امن و حمایتی قرار می‌گیرند، جایی که می‌توانند احساسات خود را آزادانه بیان کنند. این محیط می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و انزوا کمک کند و به این ترتیب، خودسرزنشگری را کاهش دهد.

1 Haspert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

درمان هیجان‌مدار معمولاً شامل مشاوره و بازخورد مثبت است. این امر می‌تواند به مادران کمک کند تا نگاه مثبت‌تری به خود داشته و از قضاوت‌های منفی نسبت به خود کاسته شود (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۱).

یافته سوم نشان داد که بین دو مداخله گروهی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر خودسرزنشگری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ این یافته با پژوهش‌های بهنودی و همکاران (۱۴۰۱) و ایزدی و همکاران (۱۴۰۴) همسو و با پژوهش‌های امجدیان و همکاران (۱۴۰۱) و جباری و عقیلی (۱۴۰۲) ناهمسو بود. در تبیین می‌توان بیان کرد که هر دو درمان بر اساس اصول روانشناسی مثبت و تقویت روش‌های سازنده برای تشخیص و مدیریت هیجانات انجام می‌شوند. درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار هر دو به افراد آموزش می‌دهند که چطور احساسات منفی خود را بشناسند و با آنها به شیوه‌ای غیرقضاوتی برخورد کنند. این فرآیند می‌تواند نتیجه مشابهی در کاهش خودسرزنشگری به همراه داشته باشد (بامداد و همکاران، ۱۴۰۳؛ محمودپور و همکاران، ۱۴۰۰). در هر دو رویکرد، به افزایش خودشفقتی توجه می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت به طور خاص بر روی محبت نسبت به خود تمرکز دارد، در حالی که درمان هیجان‌مدار نیز به افراد کمک می‌کند احساسات منفی خود را بدون قضاوت بپذیرند و می‌توانند خودآگاهی و مهرورزی به خود را تقویت کنند که به کاهش خودسرزنشگری منجر می‌شود از طرفی ممکن است هر دو رویکرد از تکنیک‌ها و راهبردهای مشابهی برای مقابله با احساسات منفی استفاده کنند. این تکنیک‌ها مانند ابراز هیجانات، معرفی الگوهای تفکر مثبت و بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌توانند در هر دو رویکرد سبب کاهش خودسرزنشگری شوند (دیره و اصغریان، ۲۰۲۱).

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله گروهی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر کاهش خودسرزنشگری مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوان جسمی موثر بوده است و بین این دو درمان تفاوتی در کاهش خودسرزنشگری مشاهده نشده است. این پژوهش دارای یکسری محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری نتایج را ضعیف می‌کند؛ به‌طور مثال حجم نمونه پایین قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. علاوه بر این، تنوع در ویژگی‌های جمعیتی (مانند سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی) ممکن است بر نتایج تأثیر بگذارد. ویژگی‌های فرهنگی خاص شهرستان ایذه ممکن است بر نحوه دریافت و اثرگذاری درمان‌ها تأثیر بگذارد. ویژگی‌های فرهنگی می‌توانند بر نوع و شدت استرس‌ها و مشکلات روانی مادران تأثیر بگذارد. اگر انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی انجام نشود، نتایج ممکن است به سوگیری منجر شود و اعتبار یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. فقدان پیگیری‌های بلندمدت پس از پایان درمان ممکن است ارزیابی پایداری اثرات درمانی را دشوار کند. به همین دلیل نمی‌توان به وضوح گفت که آثار درمان‌ها در طول زمان ادامه خواهند داشت یا خیر. همچنین متغیرهایی چون استرس‌های روزمره، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی مادران به درستی کنترل نشده باشند، که می‌تواند بر نتایج تأثیرات مخربی بگذارد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به تنوع فرهنگی در نمونه‌گیری، کنترل عوامل اجتماعی، اقتصادی و روانی همچون شدت استرس و ویژگی‌های شخصیت و همچنین اجرای آزمون‌های پیگیری شش ماهه و یک ساله توجه شود. در حوزه کاربردی برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای مدیران مراکز مشاوره بهزیستی درباره اصول درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار به منظور افزایش آگاهی و بهبود مهارت‌های مشاوره پیشنهاد می‌شود؛ همچنین ایجاد برنامه‌های حمایتی برای مادران با هدف بهبود مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان به منظور کاهش خودسرزنشگری پیشنهاد می‌شود.

منابع

امجدیان، ف.، جعفری، الف.، و قمری، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی- بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری. *روانشناسی افراد استثنایی، ۴۷*، ۱۱۵-۱۴۹. https://doi.org/10.22054/jpe.2023.65651.2409

ایزدی، الف.، جاجرمی، م.، و بخشی پور، الف. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) و شفقت درمانی (CFT) بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴ (۱۴۸)، ۲۱۱-۲۲۷. https://psychologicalscience.ir/article-1-2646-fa.html

بامداد، م.، اسماعیلی، ع.، و قدم پور، ع. الف. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اختلال اوتیسم و اختلال اضطراب جدایی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۱۱* (۳)، ۴۲-۲۹. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2022-fa.html

بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران سردرد اولیه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸* (۲)، ۲۱۰-۲۲۱. https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3567-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جباری، ن.، و عقیلی، س. م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان‌هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸* (۶۹)، ۶۱-۷۰. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16242.html

رستم پور برنجستانکی، م.، عباسی، ق. الف.، و میرزائیان، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی، ۱۰* (۲)، ۱-۱۸. https://jac.scu.ac.ir/article_15940.html?lang=fa

سید جعفری، ج.، برجعلی، الف.، شرافتی، ش.، پناهی، م.، دهناشی لاطان، ت.، و عبودیت، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲. *مجله علوم روانشناختی، ۱۹* (۹۲)، ۹۵۶-۹۴۵. http://psychologicalscience.ir/article-1-705-fa.html

صمدی، ف.، بحرینیان، س. ع.، رازجویان، ک.، و شهابی‌زاده، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان ۱۲- ۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی. *رویش روان شناسی، ۱۲* (۳)، ۶۶-۵۵. https://frooyesh.ir/article-1-4633-fa.html

طاهری، الف.، مرعشی، س. ع.، حمید، ن.، و بشلیده، ک. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی-رشدی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸* (۱)، ۲۰-۳۳. https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3308-en.html

محمودپور، ع. الف.، دهقان پور، ث.، ایجادی، س.، و محمدی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی. *پژوهش‌های مشاوره، ۷۹*، ۲۷۰-۲۸۹. https://journal.irancounseling.ir/article-1-1324-fa.html

یحیی‌زاده‌جلودار، س.، موسوی، س. ف.، و متولیان، س. م. (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی، خودانتقادی و افکار خودآیند منفی در مادران دارای فرزند معلول. *زن و جامعه، ۵۷*، ۱۳۹-۱۵۴. https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_6294.html

Bord, S., Inchi, L., Paldi, Y., Baruch, R., Schwartz Shpiro, M., Ronen, S., & Yaari, M. (2025). The Pivotal Role of Social Support, Self-Compassion and Self-Care in Predicting Physical and Mental Health Among Mothers of Young Children. *Healthcare*, *13*(15), 1889. https://doi.org/10.3390/healthcare13151889

Brown, N., & Ashcroft, K. (2025). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy for the Three Flows of Compassion, Self-Criticism, and Shame in Clinical Populations: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, *15*(8), 1031. https://www.mdpi.com/2076-328X/15/8/1031

Deyreh, E., & Asgarian, S. (2021). Effectiveness of emotion-focused therapy-based enrichment program on psychological well-being, marital relationship quality and marital satisfaction in mothers of children with specific learning disabilities. *Razavi International Journal of Medicine*, *9*(1), e506. https://journal.razavihospital.ir/article_118345.html

Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., & Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *19*(2), 145. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24778669/

Gilbert, P. (2016). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Esbati M, Feizy A. (Persion translator). 1st edition. Tehran: Ebne Sina Publication.

Haspert, V., Wieser, M. J., Pauli, P., & Reicherts, P. (2020). Acceptance-based emotion regulation reduces subjective and physiological pain responses. *Frontiers in psychology*, *11*, 1514. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01514

Izadi, E., Jajarmi, M., & Bakhshipur, A. (2025). Comparing the effectiveness of compassion-based therapy (CFT) and emotion-focused therapy (EFT) on the fear of negative evaluation in adolescent girls with psychosomatic problems. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, *12*(1), 40-48. https://doi.org/10.22037/ijabs.v12i1.46992

Kaytez, N., Deleş, B., & Aral, N. (2025). An examination of the hopelessness levels and self-esteem of parents with special needs children. *BMC psychology*, *13*(1), 832. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03194-x

López-Cavada, C., Jódar, R., Timulak, L., & Corbella, S. (2025). Emotion-focused treatment for self-criticism in a nonclinical population: A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, *72*(1), 56–68. https://doi.org/10.1037/cou0000768

Novak-Pavlic, M., Rosenbaum, P., & Di Rezze, B. (2023). Changing directions and expanding horizons: moving towards more inclusive healthcare for parents of children with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(21), 6983. https://doi.org/10.3390/ijerph20216983

Pol, S. M., de Jong, A., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Chakhssi, F. (2024). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: A multiple baseline case series study. *Personality and mental health*, *18*(1), 69-79. https://doi.org/10.1002/pmh.1597

Radwan, H. A., Emaraa, N. S., & Elgendy, R. S. (2024). The Effect of Self-Compassion Based Nursing Intervention on Self-Criticism and Psychological Flexibility among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Assiut Scientific Nursing Journal*, *12*(46), 118-132. https://asnj.journals.ekb.eg/article_380481.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Seliner, B., Latal, B., & Spirig, R. (2016). When children with profound multiple disabilities are hospitalized: A cross-sectional survey of parental burden of care, quality of life of parents and their hospitalized children, and satisfaction with family-centered care. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *21*(3), 147-157. https://doi.org/10.1111/jspn.12150

Shahali, S., Tavousi, M., Sadighi, J., Kermani, R. M., & Rostami, R. (2024). Health challenges faced by parents of children with disabilities: a scoping review. *BMC pediatrics*, *24*(1), 619. https://doi.org/10.1186/s12887-024-05104-3

Szlamka, Z., Tekola, B., Hoekstra, R., & Hanlon, C. (2022). The role of advocacy and empowerment in shaping service development for families raising children with developmental disabilities. *Health Expectations*, *25*(4), 1882-1891. https://doi.org/10.1111/hex.13539

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

Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., ... & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB open research*, *3*, 7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7140776/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]