

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Resilience among Mothers of Children with Hearing Loss

1. Khadije Foladi^{*}: Department of Psychology and Counselling, Farhangian University, Tehran, Iran

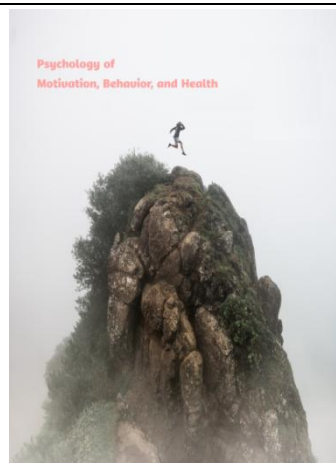
^{*}Corresponding Author's Email: kh.foladi@cfu.ac.ir

Received: 2025-10-28

Revised: 2026-01-27

Accepted: 2026-02-03

Published: 2026-02-20



Abstract

Introduction and Aim: Mothers of children with hearing loss are exposed to considerable psychological pressure because of extensive caregiving responsibilities, communication difficulties, and concerns about their children's future. This study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy in improving psychological well-being and resilience among mothers of children with hearing loss.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest control-group design with a three-month follow-up. The statistical population comprised all mothers of children with hearing loss attending the Special Education Center for Children with Hearing Impairment in Shahrekord during the 2018–2019 academic year. From 96 eligible mothers, 40 were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. The experimental group received 12 weekly 90-minute compassion-focused therapy sessions, whereas the control group received no psychological intervention. Data were collected at the pretest, posttest, and follow-up stages using Ryff's Psychological Well-Being Scale and the Connor–Davidson Resilience Scale. The data were analyzed in SPSS version 23 using repeated-measures analysis of variance.

Findings: The effects of time, group, and the time-by-group interaction on psychological well-being were statistically significant, with F values of 18.74, 15.32, and 21.56, respectively ($p < 0.001$). The corresponding effect sizes were 0.49, 0.41, and 0.53. Significant effects of time, group, and the time-by-group interaction were also found for resilience, with F values of 16.48, 13.27, and 17.95, respectively ($p < 0.001$), and effect sizes of 0.46, 0.38, and 0.47. The significant interaction effects indicated that changes across the assessment stages differed between the groups and that the improvements achieved by the experimental group were maintained at the three-month follow-up.

Conclusion: Compassion-focused therapy can enhance psychological well-being and resilience among mothers of children with hearing loss by promoting self-kindness, reducing self-criticism, facilitating the acceptance of difficult emotions, and strengthening adaptive coping skills. Its implementation in counseling centers, special education schools, and rehabilitation settings is therefore recommended.

Keywords: Compassion-focused therapy, psychological well-being, resilience, mothers, children with hearing loss

How to Cite: Foladi, K. (2025). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Resilience among Mothers of Children with Hearing Loss. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(4), 1-17.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Raising a child with hearing loss can substantially influence the psychological functioning of the entire family, particularly the mother, who often assumes the primary responsibility for the child's daily care, educational follow-up, communication training, and rehabilitation. Mothers of children with hearing loss may encounter persistent concerns about their children's language development, academic achievement, social adjustment, independence, and future occupational opportunities. Communication barriers between the mother and child may further complicate parenting and increase feelings of inadequacy, uncertainty, and emotional exhaustion. Evidence indicates that mothers of children with deafness and other developmental disabilities may experience elevated anxiety, diminished hope, and greater difficulty maintaining a sense of meaning in life, highlighting their need for structured psychological support (Borges et al., 2013). Interventions aimed at improving parent-child relationships have also been shown to enhance emotion regulation and reduce stress among mothers of deaf children, suggesting that their psychological difficulties can be modified through targeted therapeutic programs (Hosseini & Ashori, 2024).

Psychological well-being is an important indicator of positive mental health and extends beyond the absence of psychiatric symptoms. It encompasses self-acceptance, positive relationships with others, personal autonomy, environmental mastery, purposeful living, and continued personal growth. Mothers with higher psychological well-being may be more capable of managing caregiving demands, maintaining supportive relationships, finding meaning in their parental role, and attending to their own emotional needs. Conversely, prolonged caregiving pressure may undermine self-worth, reduce life satisfaction, and increase emotional distress. Self-compassion has been positively associated with psychological well-being among parents of children with autism, indicating that a kind and nonjudgmental attitude toward oneself may protect parents against the negative psychological consequences of demanding caregiving conditions (Neff & Faso, 2015). Self-compassion may also support parental well-being during difficult parenting events by reducing excessive self-criticism and negative emotional reactivity (Sirois et al., 2019).

Resilience is another essential psychological resource for mothers of children with hearing loss. It refers to the capacity to adapt positively to adversity, maintain functional stability under pressure, and recover following stressful experiences. Resilient mothers are not necessarily free from distress; rather, they are better able to tolerate difficult emotions, seek support, use effective coping strategies, and preserve hope in challenging circumstances. Resilience training has been found to improve parenting self-efficacy among mothers of deaf children, demonstrating that adaptive capacities can be strengthened through systematic intervention (Sadeghi Manesh & Ashori, 2023). Parental resilience, hope, and self-compassion have also been associated with more favorable developmental and educational outcomes in children with learning difficulties, suggesting that parental psychological resources may influence both the mother's functioning and the child's adjustment (Nemati et al., 2023).

Compassion-focused therapy is a therapeutic approach designed to reduce shame, self-criticism, and feelings of psychological threat while strengthening self-soothing, emotional safety, and compassionate responding. The intervention commonly includes psychoeducation about emotional regulation systems, soothing-rhythm breathing, mindfulness, compassionate imagery, compassionate self-talk, and exercises aimed at responding to personal suffering with understanding rather than blame. This approach may be particularly appropriate for mothers of children with hearing loss because they may interpret parenting difficulties as evidence of personal inadequacy or blame themselves for circumstances beyond their control. By recognizing suffering as part of the common human experience and learning to treat themselves with kindness, mothers may develop a more balanced relationship with their emotions and caregiving responsibilities.

The beneficial effects of compassion-based interventions have been documented in different groups of parents and caregivers. Self-compassion training has been shown to decrease hopelessness and improve resilience among parents of children with cancer (Khosrobeigi et al., 2022). Resilience training integrated with self-compassion has also reduced psychological distress and improved internal self-talk among mothers of students with intellectual disabilities (FooladiArdakani & ChoobfroushZadeh, 2023). Compassion-focused therapy has increased self-esteem and resilience among children and adolescents from divorced families, demonstrating that compassion-based methods can strengthen

positive psychological capacities under stressful family conditions (Mazaheri et al., 2020). Likewise, mindfulness group intervention has improved both self-compassion and resilience, supporting the theoretical relationship among mindful awareness, compassionate responding, and adaptive coping (Guo et al., 2023).

Compassion may also improve interpersonal and family functioning. Self-compassion and compassionate love have been positively associated with relational well-being among expectant and new parents, suggesting that compassionate attitudes may help individuals respond less defensively and communicate more constructively during demanding family transitions (Dawson et al., 2023). Parenting interventions based on acceptance, commitment, and compassion have increased parental self-compassion while improving mood and anxiety-related outcomes in children (Ghorbanikhah et al., 2023). More recent evidence has identified self-compassion as a significant pathway of psychological change among mothers participating in interventions for interpersonal violence (MacAulay et al., 2025). In mothers of children with physical-motor disabilities, self-compassion and mindfulness have also contributed to the prediction of distress tolerance (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025).

Compassion-oriented interventions may further reduce shame and improve psychological flexibility. Compassion-based mindfulness therapy has been effective in reducing shame among mothers of children with educable intellectual disabilities (Kafinia et al., 2025). Self-compassion training has also improved psychological flexibility among mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Khanmohammadi et al., 2026). A mindful-compassion parenting program similarly improved quality of life and psychological flexibility and reduced mental fatigue among mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Salah, 2025). Despite this growing body of evidence, limited research has directly examined whether compassion-focused therapy can simultaneously improve psychological well-being and resilience among mothers of children with hearing loss. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological well-being and resilience among mothers of children with hearing loss.

Methodology

This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a three-

month follow-up. The statistical population consisted of all mothers of children with hearing loss who attended the Special Education Center for Children with Hearing Impairment in Shahrekord during the 2018–2019 academic year. The population comprised 96 mothers. From this population, 40 eligible mothers were recruited through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. Eligibility criteria included having a child with hearing loss, willingness to participate, absence of a severe psychological disorder based on available information and self-report, and the ability to attend the intervention sessions regularly. Participants were excluded if they missed more than two sessions, withdrew their consent, or experienced an unforeseen condition that prevented continued participation.

Data were collected using Ryff's Psychological Well-Being Scale and the Connor–Davidson Resilience Scale. Ryff's scale assesses six dimensions of positive psychological functioning, including self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. Responses are rated using a seven-point Likert scale, and higher scores indicate greater psychological well-being. The Connor–Davidson Resilience Scale contains 25 items rated on a five-point Likert scale ranging from 0 to 4. Total scores range from 0 to 100, with higher scores reflecting greater capacity to cope with pressure, adapt to change, tolerate negative emotions, and recover from stressful experiences.

After obtaining the required permissions and explaining the study procedures, confidentiality principles, and voluntary nature of participation, both groups completed the psychological well-being and resilience measures as the pretest. The experimental group then received compassion-focused therapy in 12 weekly 90-minute sessions, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. The intervention included education about compassion and self-compassion, emotional regulation systems, self-criticism, shame, and psychological threat. Participants practiced soothing-rhythm breathing, relaxation, mindfulness, compassionate imagery, compassionate self-talk, acceptance of difficult emotions, and compassionate writing. They were also encouraged to view personal suffering as part of the common human experience and to replace blame and harsh self-judgment with supportive and balanced responses. Each session included a review of previous material, presentation and practice of new techniques, and homework

assignments. Both groups completed the measures again immediately after the intervention and at the three-month follow-up.

The data were analyzed using SPSS version 23. Means and standard deviations were calculated to summarize the psychological well-being and resilience scores across the three measurement stages. Repeated-measures analysis of variance was used to examine the effects of time, group, and the interaction between time and group. Statistical assumptions, including normality, homogeneity of variances, and sphericity, were evaluated before conducting the inferential analyses. Effect sizes were also reported, and the significance level was set at 0.05.

Findings

Descriptive findings indicated that psychological well-being and resilience scores increased substantially in the experimental group after the compassion-focused intervention, whereas scores in the control group remained relatively stable. The mean psychological well-being score in the experimental group increased from 71.35 ± 8.42 at pretest to 89.60 ± 7.15 at posttest and remained elevated at 87.95 ± 7.48 at the three-month follow-up. In comparison, the control group obtained mean psychological well-being scores of 72.10 ± 7.95 at pretest, 73.40 ± 8.10 at posttest, and 73.05 ± 7.88 at follow-up.

A similar pattern was found for resilience. The experimental group's mean resilience score increased from 54.80 ± 6.30 at pretest to 69.45 ± 5.90 at posttest and remained high at 68.70 ± 6.05 at follow-up. The control group showed only minor changes, with mean scores of 55.10 ± 6.10 at pretest, 56.20 ± 6.25 at posttest, and 55.95 ± 6.40 at follow-up.

Repeated-measures analysis of variance showed a significant effect of time on psychological well-being, $F = 18.74$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.49. The group effect was also significant, $F = 15.32$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.41. Most importantly, the time-by-group interaction was significant, $F = 21.56$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.53. These results indicated that the pattern of change in psychological well-being differed significantly between the experimental and control groups.

For resilience, the effect of time was significant, $F = 16.48$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.46. The group effect was significant, $F = 13.27$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.38, and the time-by-group interaction was also significant, $F = 17.95$, $p = 0.001$, with an effect size of 0.47. The significant interaction

demonstrated that improvements in resilience occurred primarily in the experimental group. The maintenance of higher scores at follow-up further indicated that the effects of compassion-focused therapy persisted for at least three months after the intervention.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that compassion-focused therapy was effective in improving both psychological well-being and resilience among mothers of children with hearing loss. The significant time-by-group interactions confirmed that the observed improvements were not merely attributable to repeated testing or the passage of time. Instead, participants who received the intervention showed substantially greater improvement than those in the control group, and these gains were largely maintained at follow-up.

The improvement in psychological well-being may be explained by the intervention's emphasis on reducing self-criticism and developing a supportive internal attitude. Mothers of children with hearing loss may frequently question their parental competence or blame themselves for difficulties associated with the child's condition. Compassion-focused exercises may help them reinterpret these experiences without excessive judgment and recognize that emotional pain and parenting challenges are not signs of personal failure. This shift can strengthen self-acceptance, purpose in life, emotional balance, and the ability to maintain positive relationships.

Mindfulness and soothing practices may also have contributed to the findings. By learning to observe distressing thoughts without becoming overwhelmed by them, participants may have been better able to manage worries about their children's future. Soothing-rhythm breathing and compassionate imagery could reduce emotional arousal and create a greater sense of internal safety. Such changes may enable mothers to respond more effectively to daily caregiving difficulties and preserve a more stable sense of psychological well-being.

The increase in resilience may reflect improved emotional regulation, distress tolerance, and psychological flexibility. Compassion-focused therapy does not attempt to eliminate all negative emotions; instead, it teaches individuals to face difficult experiences with awareness, patience, and kindness. This approach may help mothers recover more quickly from stressful events, use available support more effectively, and maintain adaptive

functioning despite ongoing challenges. Viewing suffering as part of the common human experience may additionally reduce isolation and encourage help-seeking.

The persistence of the intervention effects at the three-month follow-up is clinically important because the demands associated with raising a child with hearing loss are continuous. The practical exercises taught during treatment can be used independently after the formal sessions have ended. Repeated use of compassionate self-talk, mindfulness, soothing breathing, and supportive imagery may gradually become part of the mother's routine coping repertoire, thereby contributing to the maintenance of psychological gains.

Overall, compassion-focused therapy appears to be an effective intervention for strengthening positive mental health and adaptive coping among mothers of children with hearing loss. By reducing self-blame, promoting emotional acceptance, improving self-soothing capacities, and strengthening compassionate responding, the intervention can enhance psychological well-being and resilience. Its implementation in counseling centers, special education schools, rehabilitation services, and parent-support programs may provide meaningful psychological assistance to mothers facing the long-term demands of caring for a child with hearing impairment.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا

۱. خدیجه فولادی^{ID*}: گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: kh.foladi@cfu.ac.ir

انتشار: ۱۴۰۴/۱۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۰۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۶

چکیده

مقدمه و هدف: مادران کودکان دارای آسیب شنوایی، به دلیل مسئولیت‌های مراقبتی گسترده، مشکلات ارتباطی و نگرانی درباره آینده فرزند، در معرض فشارهای روان‌شناختی قابل توجهی قرار دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان دارای آسیب شنوایی مراجعه‌کننده به مرکز آموزش ویژه کودکان ناشنوا شهرکرد در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. از میان ۹۶ مادر واجد شرایط، ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هرکدام شامل ۲۰ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت شرکت کرد، درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در سه مرحله جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

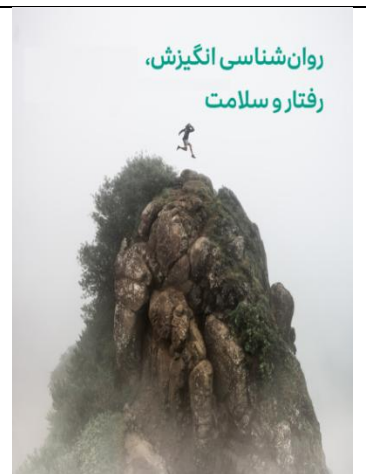
یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر بهزیستی روان‌شناختی معنادار بود؛ به‌ترتیب، $F=15.32$ ، $F=18.74$ و $F=21.56$ ($p>0.001$). اندازه اثر این مؤلفه‌ها به‌ترتیب ۰.۴۹، ۰.۴۱ و ۰.۵۳ بود. همچنین، اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر تاب‌آوری نیز معنادار به دست آمد؛ به‌ترتیب، $F=16.48$ ، $F=13.27$ و $F=17.95$ ($p>0.001$). با اندازه اثرهای ۰.۴۶، ۰.۳۸ و ۰.۴۷. معناداری تعامل زمان و گروه نشان داد الگوی تغییرات دو گروه متفاوت بوده و بهبودهای ایجادشده در گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود، کاهش خودانتقادی، پذیرش هیجان‌های دشوار و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا را افزایش دهد. بنابراین، استفاده از این مداخله در مراکز مشاوره، مدارس استثنایی و مراکز توان‌بخشی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، مادران، کودکان ناشنوا



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت

نحوه استناددهی: فولادی، خدیجه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۴)، ۱-۱۷.

مقدمه

تولد و پرورش کودک دارای نیازهای ویژه یکی از تجربه‌هایی است که می‌تواند ساختار روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی خانواده را به‌طور عمیق تحت تأثیر قرار دهد. در چنین خانواده‌هایی، والدین علاوه بر انجام مسئولیت‌های معمول فرزندپروری، با مجموعه‌ای از نیازهای درمانی، آموزشی، ارتباطی و توان‌بخشی مواجه می‌شوند که استمرار آن‌ها ممکن است سطح بالایی از فشار روانی را ایجاد کند. این شرایط در خانواده‌های دارای کودک ناشنوا یا کم‌شنوا اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا اختلال در ارتباط کلامی، نگرانی درباره رشد زبان و گفتار، محدودیت‌های آموزشی و دغدغه مربوط به آینده اجتماعی و شغلی کودک می‌تواند تجربه والدگری را دشوارتر سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی یا حتی برخی دیگر از گروه‌های دارای نیازهای ویژه، ممکن است اضطراب بیشتر، امید کمتر و دشواری بیشتری در یافتن معنا در زندگی تجربه کنند؛ موضوعی که ضرورت توجه تخصصی به سلامت روان آنان را برجسته می‌سازد (Borges et al., 2013).

در بسیاری از خانواده‌ها، مادر نقش اصلی را در مراقبت روزمره، پیگیری خدمات توان‌بخشی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و هماهنگی امور درمانی کودک بر عهده دارد. تمرکز مسئولیت‌های مراقبتی بر مادر ممکن است فرصت‌های او را برای استراحت، فعالیت اجتماعی، اشتغال و مراقبت از سلامت شخصی محدود کند و به شکل‌گیری احساس خستگی، درماندگی، نگرانی و فرسودگی روانی بینجامد. مادران کودکان ناشنوا علاوه بر سازگاری با تشخیص آسیب شنوایی، باید با چالش‌های رفتاری و هیجانی کودک، محدودیت‌های ارتباطی و واکنش‌های محیط اجتماعی نیز مواجه شوند. نتایج پژوهش حسینی و آشوری نشان داد که مداخلات مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک می‌توانند تنظیم هیجان مادران کودکان ناشنوا را ارتقا داده و استرس آنان را کاهش دهند؛ بنابراین، مشکلات روان‌شناختی این مادران صرفاً پیامد اجتناب‌ناپذیر شرایط کودک نیست، بلکه می‌تواند از طریق مداخلات هدفمند تعدیل شود (Hosseini & Ashori, 2024).

یکی از سازه‌های مهم در بررسی سلامت روان مادران کودکان دارای نیازهای ویژه، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی تنها

به فقدان افسردگی، اضطراب یا نشانه‌های آسیب‌شناختی محدود نمی‌شود، بلکه شامل نگرش مثبت به خود، برخورداری از روابط رضایت‌بخش، استقلال در تصمیم‌گیری، توانایی مدیریت محیط، احساس رشد مستمر و داشتن هدف و معنا در زندگی است. مادری که از بهزیستی روان‌شناختی مطلوبی برخوردار باشد، می‌تواند نیازهای کودک را بدون نادیده گرفتن نیازهای شخصی خود مدیریت کند، از روابط حمایتی بهره‌برد و در برابر چالش‌های مزمن، احساس انسجام و کارآمدی بیشتری داشته باشد. در مقابل، کاهش بهزیستی روان‌شناختی ممکن است با احساس بی‌کفایتی، خودسرزنی، ناامیدی و کاهش توانایی ایفای نقش والدگری همراه شود. یافته‌های مربوط به والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان داده است که خودشفقت‌ورزی با مؤلفه‌های مثبت بهزیستی رابطه دارد و می‌تواند اثر فشارهای ناشی از والدگری را کاهش دهد (Neff & Faso, 2015).

در کنار بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی سازگاری والدین با شرایط دشوار است. تاب‌آوری به ظرفیت فرد برای حفظ یا بازیابی عملکرد روان‌شناختی مطلوب در مواجهه با فشارها، ناکامی‌ها و رویدادهای تهدیدکننده اشاره دارد. تاب‌آوری در مادران کودکان ناشنوا به این معنا نیست که آنان ناراحتی، نگرانی یا خستگی را تجربه نمی‌کنند، بلکه نشان‌دهنده توانایی آنان در مدیریت هیجان‌های منفی، استفاده از منابع فردی و اجتماعی، بازتعریف شرایط و ادامه‌دادن نقش مراقبتی به شیوه‌ای سازگارانه است. برنامه‌های آموزشی مبتنی بر تاب‌آوری می‌توانند خودکارآمدی والدگری مادران کودکان ناشنوا را افزایش دهند و احساس توانمندی آنان را در مدیریت نیازهای فرزند تقویت کنند؛ از این رو، تاب‌آوری را می‌توان یک عامل محافظتی مهم برای حفظ سلامت روان و کارکرد خانوادگی در این جمعیت دانست (Sadeghi & Manesh & Ashori, 2023).

تاب‌آوری والدین همچنین با کیفیت تعامل آنان با کودک، توانایی حفظ امید و میزان پیوند کودک با محیط‌های آموزشی و اجتماعی ارتباط دارد. مادرانی که در مواجهه با دشواری‌ها از انعطاف روانی، امید و مهارت‌های تنظیم هیجان بیشتری برخوردارند، معمولاً قادرند شرایط کودک را واقع‌بینانه‌تر ارزیابی کنند و پاسخ‌های

بارها با احساس ناکافی‌بودن، نگرانی درباره آینده کودک و قضاوت‌های اجتماعی روبه‌رو شوند. یافته‌های مربوط به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نیز نشان داده است که خودشفقت‌ورزی با کاهش استرس و افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی ارتباط دارد (Neff & Faso, 2015).

مداخلات مبتنی بر شفقت در جمعیت‌های مختلف والدین و مراقبان، نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده‌اند. در پژوهشی درباره والدین کودکان مبتلا به سرطان، آموزش خودشفقت‌ورزی موجب کاهش ناامیدی و افزایش تاب‌آوری شد؛ یافته‌ای که نشان می‌دهد نگرش مشفقانه نسبت به خود می‌تواند حتی در شرایط مرتبط با بیماری‌های شدید و تهدیدکننده، منابع روانی والدین را تقویت کند (Khosrobeigi et al., 2022). همچنین، آموزش تاب‌آوری تلفیق‌شده با خودشفقت‌ورزی در مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی ذهنی، موجب بهبود گفت‌وگوی درونی و کاهش آشفتگی روان‌شناختی شد. این نتایج نشان می‌دهد ترکیب مهارت‌های مقابله‌ای با شفقت به خود، می‌تواند هم افکار منفی و هم واکنش‌های هیجانی ناشی از مسئولیت‌های مراقبتی را هدف قرار دهد (FooladiArdakani & ChoobforoushZadeh, 2023).

شواهد حاصل از مداخلات اجراشده برای کودکان و نوجوانان نیز رابطه نزدیک خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری را تأیید کرده‌اند. مداخله گروهی ذهن‌آگاهی در کودکان خانواده‌های تک‌والد در مناطق تبت، به افزایش خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری منجر شد که نشان می‌دهد پرورش توجه آگاهانه و نگرش غیرقضاوتی می‌تواند منابع سازگاری را در شرایط خانوادگی دشوار تقویت کند (Guo et al., 2023). درمان متمرکز بر شفقت نیز در کودکان و نوجوانان دارای والدین مطلقه، موجب افزایش عزت‌نفس و تاب‌آوری شد؛ بنابراین، اثرات این رویکرد محدود به کاهش نشانه‌های منفی نیست و می‌تواند ظرفیت‌های مثبت روان‌شناختی مانند احساس ارزشمندی، توان مقابله و سازگاری را نیز ارتقا دهد (Mazaheri et al., 2020).

اهمیت شفقت تنها به رابطه فرد با خود محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند کیفیت روابط نزدیک و خانوادگی را نیز بهبود بخشد. خودشفقت‌ورزی به افراد کمک می‌کند هنگام تجربه تعارض، ناکامی یا فشار، کمتر واکنش دفاعی نشان دهند و با پذیرش و همدلی

حمایت‌گرانه‌تری نشان دهند. در مقابل، فشار مزمن، احساس شکست و تمرکز مداوم بر محدودیت‌های کودک ممکن است منابع روانی مادر را تحلیل ببرد و به کاهش کیفیت ارتباط والد-کودک منجر شود. نتایج پژوهش‌نماتی و همکاران نشان داد امید، خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری والدین در پیش‌بینی سازگاری و پیوند تحصیلی کودکان دارای اختلالات یادگیری نقش دارند؛ این یافته نشان می‌دهد که منابع روان‌شناختی والدین نه تنها برای سلامت خود آنان، بلکه برای پیامدهای رشدی و آموزشی فرزندان نیز اهمیت دارند (Nemati et al., 2023).

یکی از عواملی که می‌تواند به کاهش فشارهای والدگری و افزایش ظرفیت سازگاری کمک کند، خودشفقت‌ورزی است. خودشفقت‌ورزی به معنای برخورد مهربانانه و غیرقضاوتی با خود در زمان شکست، رنج یا ناکامی است و معمولاً سه مؤلفه مهربانی با خود در برابر خودانتقادی، درک تجربه مشترک انسانی در برابر احساس انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌های منفی را دربر می‌گیرد. والدین ممکن است در مواجهه با مشکلات کودک، خود را مقصر بدانند، توانایی‌های خود را زیر سؤال ببرند یا احساس کنند در تجربه دشوار خود تنها هستند. خودشفقت‌ورزی می‌تواند این الگوهای ناسازگارانه را تعدیل کند و به والدین اجازه دهد بدون انکار دشواری‌ها، با خود به گونه‌ای حمایت‌گرانه رفتار کنند. شواهد نشان داده‌اند خودشفقت‌ورزی در هنگام مواجهه با رویدادهای چالش‌برانگیز والدگری، به بهبود بهزیستی والدین و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی کمک می‌کند (Sirois et al., 2019).

درمان مبتنی بر شفقت با تکیه بر همین اصول، رویکردی یکپارچه برای کاهش خودانتقادی، شرم و احساس ناایمنی روان‌شناختی فراهم می‌کند. در این رویکرد، فرد می‌آموزد منشأ هیجان‌های دشوار و الگوهای دفاعی خود را درک کند، نظام تهدید را آرام سازد و ظرفیت تجربه امنیت، آرامش و حمایت درونی را افزایش دهد. تمرین‌هایی مانند تنفس با ریتم آرام‌بخش، تصویرسازی مشفقانه، نوشتار مشفقانه، ذهن‌آگاهی و ایجاد گفت‌وگوی درونی حمایت‌گر می‌توانند واکنش‌های هیجانی شدید را تعدیل کنند. این فرایند برای مادران کودکان ناشنوا اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا آنان ممکن است

بیشتری با دیگران ارتباط برقرار کنند. در زوج‌هایی که در آستانه والدشدن یا دارای نوزاد بودند، خودشفقت‌ورزی و عشق مشفقانه با بهزیستی ارتباطی و جنسی بالاتر همراه بود؛ این یافته بیانگر آن است که شفقت می‌تواند در دوره‌های پرتنش تحول خانواده، از کیفیت رابطه زوجین محافظت کند (Dawson et al., 2023). برای مادران کودکان ناشنوا نیز افزایش شفقت به خود ممکن است به کاهش تحریک‌پذیری، بهبود تعامل با همسر و کودک و استفاده بهتر از حمایت‌های خانوادگی منجر شود.

پژوهش‌های جدیدتر نیز بر نقش خودشفقت‌ورزی در فرایند تغییر روان‌شناختی مادران تأکید کرده‌اند. در یک مداخله مربوط به مادران درگیر خشونت بین‌فردی، خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یکی از مسیرهای اصلی تغییر گزارش شد؛ به‌گونه‌ای که مادران از طریق کاهش سرزنش خود، افزایش پذیرش و بازسازی نگرش نسبت به خویش‌نشان توانستند احساس عاملیت و امنیت بیشتری تجربه کنند (MacAulay et al., 2025). همچنین، در مادران کودکان دارای ناتوانی جسمی-حرکتی، خودشفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی در کنار احساس گناه، از عوامل پیش‌بینی‌کننده تحمل پریشانی بودند. این یافته نشان می‌دهد مادرانی که قادرند هیجان‌های دشوار را بدون قضاوت شدید تجربه کنند، در برابر فشارهای مراقبتی ظرفیت بیشتری برای تحمل و سازگاری دارند (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025).

درمان‌های مبتنی بر شفقت همچنین می‌توانند هیجان‌هایی مانند شرم را که در والدین کودکان دارای نیازهای ویژه شایع است، کاهش دهند. برخی مادران ممکن است به دلیل شرایط کودک، واکنش اطرافیان یا انتظارات فرهنگی، احساس شرم، تفاوت یا ناکافی بودن کنند. شرم مزمن می‌تواند انزوای اجتماعی را افزایش داده، کمک‌خواهی را کاهش دهد و به خودانتقادی شدید منجر شود. مقایسه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی آموزش‌پذیر نشان داد که رویکردهای متمرکز بر شفقت می‌توانند در کاهش احساس شرم مؤثر باشند (Kafinia et al., 2025). ازاین‌رو، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر شفقت برای مادران کودکان ناشنوا نیز بتواند هیجان‌های خودآزاریبانه منفی را کاهش دهد و پذیرش خود را افزایش دهد.

یکی دیگر از سازوکارهای احتمالی اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در تماس با تجربه‌های لحظه حاضر، پذیرش افکار و هیجان‌های ناخوشایند و انتخاب رفتارهای هماهنگ با ارزش‌ها اشاره دارد. مادران کودکان دارای نیازهای ویژه ممکن است در الگوهای اجتنابی، نگرانی‌های تکرارشونده یا خودسرزنی گرفتار شوند و در نتیجه، توانایی آنان برای پاسخ انعطاف‌پذیر به مشکلات کاهش یابد. مقایسه درمان متمرکز بر هیجان و آموزش خودشفقت‌ورزی در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان داد آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بهبود بخشد (Khanmohammadi et al., 2026). همچنین، برنامه‌های فرزندپروری مبتنی بر شفقت آگاهانه توانسته‌اند کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خستگی ذهنی مادران را بهبود دهند (Salah, 2025).

برنامه‌های والدگری مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت نیز نشان داده‌اند که بهبود وضعیت روانی والد می‌تواند با پیامدهای مثبت برای کودک همراه باشد. آموزش والدگری مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن افزایش خودشفقت‌ورزی والدین، به بهبود خلق و کاهش اضطراب کودکان کمک کرده است؛ بنابراین، مداخلاتی که نگرش والد نسبت به خود و تجربه‌های دشوار را تغییر می‌دهند، ممکن است به‌طور غیرمستقیم محیط هیجانی خانواده و سازگاری کودک را نیز ارتقا دهند (Ghorbanikhah et al., 2023). این مسئله در خانواده‌های دارای کودک ناشنوا اهمیت خاصی دارد، زیرا کیفیت تنظیم هیجان مادر، میزان صبر و نحوه پاسخ او به مشکلات ارتباطی می‌تواند تجربه کودک از امنیت و حمایت خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد.

با وجود شواهد رو به رشد درباره فواید درمان مبتنی بر شفقت، بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌ها بر والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، ناتوانی ذهنی، سرطان، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یا ناتوانی جسمی-حرکتی متمرکز بوده است. در مقابل، درباره مادران کودکان ناشنوا، بیشتر مطالعات بر استرس، تنظیم هیجان، اضطراب، خودکارآمدی والدگری یا برنامه‌های تاب‌آوری تمرکز داشته‌اند و بررسی مستقیم تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر ترکیب دو پیامد مهم بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

(Hosseini & Ashori, 2024; Sadeghi Manesh & Ashori, 2023).

این خلأ اهمیت دارد، زیرا بهزیستی روان‌شناختی نشان‌دهنده کیفیت کلی عملکرد مثبت مادر است، درحالی‌که تاب‌آوری ظرفیت او را برای سازگاری با فشارهای مستمر منعکس می‌کند و بررسی هم‌زمان این دو متغیر می‌تواند تصویر جامع‌تری از آثار مداخله ارائه دهد.

افزون بر این، یافته‌های جدید نشان می‌دهند که شفقت می‌تواند در زمینه‌های مختلفی مانند کاهش شرم، افزایش تحمل پریشانی، بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش خستگی ذهنی و ارتقای کیفیت روابط نقش داشته باشد (Kafinia et al., 2025; Khanmohammadi et al., 2026; MacAulay et al., 2025; Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025). بر این اساس، انتظار می‌رود درمان مبتنی بر شفقت از طریق کاهش خودانتقادی، تقویت پذیرش هیجان‌های دشوار، افزایش احساس امنیت درونی و توسعه راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، بتواند به مادران کودکان ناشنوا کمک کند تا شرایط زندگی خود را با انعطاف، امید و احساس کفایت بیشتری مدیریت کنند. بررسی ماندگاری این اثرات در مرحله پیگیری نیز ضروری است، زیرا فشارهای ناشی از مراقبت از کودک ناشنوا ماهیتی مزمن دارد و اثربخشی واقعی مداخله زمانی آشکار می‌شود که تغییرات حاصل از آن پس از پایان جلسات نیز حفظ شوند.

ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان دارای آسیب شنوایی مراجعه‌کننده به مرکز آموزش ویژه کودکان ناشنوا شهرکرد در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آنان ۹۶ نفر بود. از میان اعضای جامعه آماری، ۴۰ مادر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از بررسی ملاک‌های ورود و کسب رضایت آگاهانه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه شامل ۲۰ نفر، قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل

داشتن فرزند مبتلا به آسیب شنوایی، تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روان‌شناختی شدید بر اساس اطلاعات موجود و خوداظهاری شرکت‌کنندگان، و امکان حضور منظم در جلسات درمانی بود. غیبت در بیش از دو جلسه مداخله، انصراف از ادامه همکاری و وقوع شرایط پیش‌بینی‌نشده‌ای که مانع ادامه شرکت فرد در پژوهش می‌شد، به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم و ارائه توضیحات کافی درباره هدف، مراحل اجرا، محرمانه‌ماندن اطلاعات و اختیاری‌بودن مشارکت، شرکت‌کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش مداخله درمانی مبتنی بر شفقت را دریافت کرد، درحالی‌که گروه گواه در طول این دوره هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان مداخله، ابزارهای پژوهش مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و سه ماه بعد نیز مرحله پیگیری با اجرای مجدد ابزارها انجام شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در سال ۱۹۸۹ با هدف ارزیابی ابعاد مثبت عملکرد روان‌شناختی طراحی شد. این ابزار بهزیستی روان‌شناختی را بر اساس شش مؤلفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد فردی ارزیابی می‌کند. مؤلفه پذیرش خود به نگرش مثبت فرد نسبت به خویش و پذیرش جنبه‌های مختلف شخصیت اشاره دارد؛ روابط مثبت با دیگران بیانگر توانایی ایجاد روابط گرم، صمیمانه و مبتنی بر اعتماد است؛ خودمختاری میزان استقلال فرد در تصمیم‌گیری و مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی را منعکس می‌کند؛ تسلط بر محیط به توانایی مدیریت شرایط زندگی و استفاده مؤثر از فرصت‌های پیرامونی مربوط می‌شود؛ هدفمندی در زندگی نشان‌دهنده برخورداری از جهت‌گیری، معنا و اهداف مشخص در زندگی است؛ و رشد فردی بر احساس تداوم تحول، یادگیری و شکوفایی توانمندی‌های فردی تأکید دارد. پاسخ‌دهی به گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای انجام می‌شود و برخی گویه‌ها به‌صورت مستقیم و برخی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات گویه‌ها، نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده برخورداری از سطح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی است. مطالعات انجام‌شده درباره ویژگی‌های

روان‌سنجی این مقیاس، پایایی درونی، ثبات و روایی مناسب آن را برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مختلف تأیید کرده‌اند.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ برای سنجش توانایی فرد در سازگاری با فشارها، دشواری‌ها و موقعیت‌های تهدیدکننده تدوین شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است و پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر گویه با وضعیت خود را بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای مشخص می‌کنند. گزینه‌های پاسخ از صفر، به معنای «کاملاً نادرست»، تا چهار، به معنای «تقریباً همیشه درست»، نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین، دامنه نمره کلی مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده برخورداری فرد از تاب‌آوری بیشتر، توانایی بالاتر در تحمل فشار روانی، سازگاری مؤثرتر با تغییرات، حفظ کنترل در شرایط دشوار و بازگشت سریع‌تر به سطح مطلوب عملکرد پس از تجربه رویدادهای تنش‌زا است. محتوای گویه‌های مقیاس ابعادی مانند شایستگی فردی، اعتماد به غرایز، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر، احساس کنترل و تأثیرپذیری از منابع معنوی را پوشش می‌دهد. یافته‌های پژوهش‌های مختلف، همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و سازه‌ای مطلوب این مقیاس را نشان داده‌اند و از آن به‌طور گسترده برای ارزیابی تاب‌آوری در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی استفاده شده است.

مداخله درمانی مبتنی بر شفقت برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسات ابتدایی، ضمن ایجاد رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مفاهیم اساسی شفقت، خودشفقت‌ورزی، نقش نظام‌های تنظیم هیجان و تفاوت شفقت با ترحم، ضعف یا خوددلسوزی ناسازگارانه توضیح داده شد. در ادامه، شرکت‌کنندگان با چگونگی شکل‌گیری خودانتقادی، احساس شرم و سرزنش خود آشنا شدند و تأثیر این فرایندها بر فشار روانی، احساس ناکارآمدی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی آنان بررسی شد. آموزش و تمرین تنفس با ریتم آرام‌بخش، تن‌آرامی، توجه‌آگاهی و تمرکز بر تجربه‌های لحظه حاضر از بخش‌های اصلی جلسات بود و به شرکت‌کنندگان کمک می‌کرد واکنش‌های جسمانی و هیجانی خود را بهتر شناسایی و تنظیم

کنند. در جلسات میانی، تمرین‌هایی برای پرورش تصویر ذهنی مشفقانه، ایجاد لحن درونی حمایتگر، پذیرش هیجان‌های دشوار، شناسایی نیازهای روان‌شناختی و جایگزین کردن پاسخ‌های مهربانانه با سرزنش و انتقاد از خود اجرا شد. همچنین، اعضای گروه آموختند مشکلات و نارسایی‌های خود را به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی در نظر بگیرند و در مواجهه با چالش‌های ناشی از مراقبت از کودک دارای آسیب شنوایی، نگرشی واقع‌بینانه‌تر، متعادل‌تر و حمایت‌گرانه‌تر اتخاذ کنند. در جلسات پایانی، بر تثبیت مهارت‌های آموخته‌شده، استفاده از نوشتار مشفقانه، کاربرد ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های تنش‌زا، تدوین راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و برنامه‌ریزی برای تداوم تمرین‌ها در زندگی روزمره تأکید شد. در هر جلسه، محتوای جلسه پیشین مرور، تمرین‌های جدید ارائه و تکالیفی برای انجام در فاصله بین جلسات تعیین می‌شد. گروه گواه در طول اجرای پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت.

داده‌های حاصل از سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمرات بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در دو گروه و سه مرحله اندازه‌گیری استفاده شد. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و مقایسه روند تغییرات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. در این تحلیل، مراحل اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و عضویت در گروه آزمایش یا گواه به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. اثر زمان برای تعیین تغییر نمرات شرکت‌کنندگان در طول مراحل اندازه‌گیری، اثر گروه برای بررسی تفاوت کلی دو گروه و اثر تعاملی زمان و گروه برای مشخص کردن متفاوت بودن الگوی تغییرات دو گروه ارزیابی شد. پیش از اجرای تحلیل استنباطی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از جمله طبیعی‌بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس، بررسی شد و در صورت نقض مفروضه کرویت، از اصلاح آماری مناسب استفاده شد. اندازه اثر نیز برای تعیین میزان تأثیر مداخله گزارش شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که مادران دو گروه آزمایش و گواه از نظر سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال توزیع نسبتاً مشابهی داشتند. در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی سنی مربوط به دامنه ۳۳ تا ۳۶ سال با ۶ نفر بود و در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی در همین دامنه سنی با ۷ نفر مشاهده شد. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش بیشترین فراوانی به مادران دارای مدرک فوق‌دیپلم و لیسانس و بالاتر، هرکدام با ۵ نفر،

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در مراحل اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیگیری، میانگین $\pm$ انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	71.35 ± 8.42	89.60 ± 7.15	87.95 ± 7.48
بهزیستی روان‌شناختی	گواه	72.10 ± 7.95	73.40 ± 8.10	73.05 ± 7.88
تاب‌آوری	آزمایش	54.80 ± 6.30	69.45 ± 5.90	68.70 ± 6.05
تاب‌آوری	گواه	55.10 ± 6.10	56.20 ± 6.25	55.95 ± 6.40

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش از ۷۱.۳۵ در مرحله پیش‌آزمون به ۸۹.۶۰ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز با میانگین ۸۷.۹۵ در سطح بالاتری نسبت به پیش‌آزمون باقی ماند. در مقابل، میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۷۲.۱۰، ۷۳.۴۰ و ۷۳.۰۵ بود و تغییر قابل‌توجهی نشان نداد. در متغیر تاب‌آوری نیز میانگین نمرات گروه آزمایش از ۵۴.۸۰ در پیش‌آزمون به ۶۹.۴۵ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری با میانگین ۶۸.۷۰ تا حد زیادی حفظ شد. میانگین تاب‌آوری گروه گواه در سه مرحله به‌ترتیب ۵۵.۱۰، ۵۶.۲۰ و ۵۵.۹۵ بود که بیانگر ثبات نسبی نمرات این گروه در طول زمان است. بنابراین، روند توصیفی داده‌ها نشان داد که افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری عمدتاً در گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر شفقت رخ داده و آثار مداخله در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد نیاز بررسی شد. بررسی توزیع نمرات متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که داده‌ها از توزیع تقریباً طبیعی برخوردار بودند. همچنین، مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه در مراحل اندازه‌گیری برقرار بود و تفاوت معناداری میان واریانس نمرات گروه‌ها مشاهده نشد. بررسی مفروضه کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس نیز نشان داد که شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود. افزون بر این، بررسی داده‌ها وجود مقادیر پرت شدید یا الگوی غیرعادی مؤثر بر نتایج تحلیل را نشان نداد. بر این اساس، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه تغییرات نمرات دو گروه در سه مرحله اندازه‌گیری مناسب تشخیص داده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	زمان	۱۲۴۵.۶۳	۲	۶۲۲.۸۱	۱۸.۷۴	۰.۰۰۱	۰.۴۹
بهزیستی روان‌شناختی	گروه	۹۸۰.۴۲	۱	۹۸۰.۴۲	۱۵.۳۲	۰.۰۰۱	۰.۴۱
بهزیستی روان‌شناختی	تعامل زمان و گروه	۱۴۱۰.۲۷	۲	۷۰۵.۱۳	۲۱.۵۶	۰.۰۰۱	۰.۵۳
تاب‌آوری	زمان	۸۶۵.۱۴	۲	۴۳۲.۵۷	۱۶.۴۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶
تاب‌آوری	گروه	۷۰۲.۳۶	۱	۷۰۲.۳۶	۱۳.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۳۸
تاب‌آوری	تعامل زمان و گروه	۹۲۰.۵۸	۲	۴۶۰.۲۹	۱۷.۹۵	۰.۰۰۱	۰.۴۷

نتایج جدول ۲ نشان داد که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی، اثر زمان با مقدار $F=18.74$ و اندازه اثر ۰.۴۹ معنادار بود؛ این یافته بیانگر آن است که نمرات بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. اثر گروه نیز با مقدار $F=15.32$ و اندازه اثر ۰.۴۱ معنادار به دست آمد و نشان داد که میانگین کلی نمرات گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معناداری داشت. افزون بر این، اثر تعاملی زمان و گروه با مقدار $F=21.56$ و اندازه اثر ۰.۵۳ معنادار بود که نشان می‌دهد الگوی تغییرات بهزیستی روان‌شناختی در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده و گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش بیشتری را تجربه کرده است. در متغیر تاب‌آوری نیز اثر زمان با مقدار $F=16.48$ و اندازه اثر ۰.۴۶، اثر گروه با مقدار $F=13.27$ و اندازه اثر ۰.۳۸ و اثر تعاملی زمان و گروه با مقدار $F=17.95$ و اندازه اثر ۰.۴۷ معنادار بود. معناداری تعامل زمان و گروه در تاب‌آوری نشان داد که افزایش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری عمدتاً در گروه آزمایش رخ داده است، درحالی‌که نمرات گروه گواه در طول مراحل اندازه‌گیری تغییر محسوسی نداشت. در مجموع، این نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا شده و آثار حاصل از مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز تا حد زیادی پایدار باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا انجام شد. نتایج نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه برای هر

دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری معنادار بود. میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران گروه آزمایش پس از شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری افزایش یافت و این بهبود در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز تا حد زیادی حفظ شد؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر معناداری مشاهده نشد. معناداری تعامل زمان و گروه نشان داد که تغییرات ایجادشده صرفاً ناشی از گذشت زمان یا تکرار اندازه‌گیری نبود، بلکه می‌توان آن را به دریافت مداخله مبتنی بر شفقت نسبت داد. این یافته کلی با شواهد پژوهشی موجود درباره تأثیر مداخلات مبتنی بر شفقت بر سازگاری روان‌شناختی، کاهش آشفتگی و تقویت منابع مثبت روانی در والدین کودکان دارای نیازهای ویژه همسو است (FooladiArdakani & ChoobforoushZadeh, 2023; Khosrobeigi et al., 2022; Neff & Faso, 2015).

نخستین یافته پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ناشنوا شد و این اثر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. این نتیجه با یافته‌های نف و فاسو همسو است که نشان دادند خودشفقت‌ورزی در والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با بهزیستی بیشتر، رضایت از زندگی بالاتر و استرس کمتر ارتباط دارد (Neff & Faso, 2015). همچنین، سیرویس و همکاران گزارش کردند که خودشفقت‌ورزی می‌تواند در مواجهه با رویدادهای دشوار فرزندپروری، واکنش‌های هیجانی منفی والدین را کاهش داده و به حفظ بهزیستی آنان کمک کند (Sirois et al., 2019). یافته حاضر با نتایج پژوهش‌هایی نیز هماهنگ است که نشان داده‌اند تقویت شفقت و ذهن‌آگاهی در والدین می‌تواند کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ظرفیت مقابله

با فشارهای مزمن را افزایش دهد (Ghorbanikhah et al., 2023; Salah, 2025).

در تبیین این یافته می‌توان گفت مادران کودکان ناشنوا معمولاً با مجموعه‌ای از فشارهای مستمر، از جمله نگرانی درباره رشد گفتار و زبان کودک، مشکلات ارتباطی، پیگیری خدمات آموزشی و توان‌بخشی، قضاوت‌های اجتماعی و ابهام درباره آینده فرزند مواجه‌اند. استمرار این فشارها ممکن است زمینه‌ساز احساس ناکارآمدی، ناامیدی، اضطراب و کاهش معنا در زندگی شود. بورخس و همکاران نیز نشان دادند مادران کودکان ناشنوا و دیگر کودکان دارای نیازهای ویژه از نظر اضطراب، امید و معنای زندگی با چالش‌های قابل توجهی روبه‌رو هستند (Borges et al., 2013). درمان مبتنی بر شفقت از طریق آموزش پذیرش تجربه‌های دشوار و جایگزین کردن خودسرزنی با نگرشی مهربانانه، به مادران کمک می‌کند شرایط خود را بدون انکار مشکلات و بدون قضاوت شدید نسبت به خویش‌ارزیابی کنند. چنین تغییری می‌تواند پذیرش خود، احساس ارزشمندی و توانایی یافتن معنا در نقش مادری را افزایش دهد و در نتیجه به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی منجر شود.

یکی از سازوکارهای مهم درمان مبتنی بر شفقت، کاهش خودانتقادی است. مادران کودکان ناشنوا ممکن است به‌صورت آشکار یا پنهان خود را مسئول وضعیت کودک بدانند یا تصور کنند در انجام وظایف مادری به‌اندازه کافی موفق نیستند. این افکار خودانتقادگرانه می‌تواند احساس شرم، گناه و بی‌کفایتی را تشدید کنند و روابط فرد با خود و دیگران را تحت تأثیر قرار دهند. درمان مبتنی بر شفقت با آموزش گفت‌وگوی درونی حمایتگر، تصویرسازی مشفقانه و نوشتن از موضع یک فرد مهربان، به مادران کمک می‌کند از موضع سرزنشگرانه فاصله بگیرند. یافته‌های کافینیا و همکاران نیز نشان داد مداخلات مبتنی بر شفقت در کاهش احساس شرم مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی مؤثرند (Kafinia et al., 2025). همچنین، مک‌آولی و همکاران خودشفقت‌ورزی را یکی از مسیرهای اصلی تغییر در بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران در معرض تجربه‌های آسیب‌زا معرفی کردند (MacAulay et al., 2025). بنابراین، کاهش خودانتقادی و شرم می‌تواند یکی از دلایل افزایش بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش حاضر باشد.

ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند در تبیین بهبود بهزیستی روان‌شناختی نقش داشته باشد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد افکار و هیجان‌های ناخوشایند را به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا مشاهده کنند و از همانندسازی افراطی با آن‌ها پرهیزند. مادران کودکان ناشنوا ممکن است در چرخه‌ای از نگرانی درباره آینده، مقایسه کودک با همسالان و پیش‌بینی پیامدهای منفی گرفتار شوند. توجه آگاهانه به لحظه حال می‌تواند شدت این نگرانی‌ها را کاهش دهد و به آنان کمک کند منابع موجود، توانایی‌های کودک و موفقیت‌های روزمره را بهتر مشاهده کنند. نتایج پژوهش گوئو و همکاران نشان داد مداخله گروهی ذهن‌آگاهی موجب افزایش خودشفقت‌ورزی و تاب‌آوری در کودکان خانواده‌های تک‌والد شد (Guo et al., 2023). همچنین، نتایج مربوط به مادران کودکان دارای ناتوانی جسمی-حرکتی نشان داده است که ذهن‌آگاهی و خودشفقت‌ورزی با تحمل بیشتر پریشانی ارتباط دارند (Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025). بر این اساس، ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق کاهش درگیری شناختی با نگرانی‌ها و افزایش پذیرش هیجان‌ها، به بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران کمک کند.

افزایش بهزیستی روان‌شناختی ممکن است با بهبود کیفیت روابط بین‌فردی نیز مرتبط باشد. فشارهای ناشی از مراقبت از کودک دارای آسیب‌شنوایی می‌تواند روابط مادر با همسر، اعضای خانواده و حتی خود کودک را تحت تأثیر قرار دهد. هنگامی که مادر با خود مهربان‌تر رفتار می‌کند، احتمالاً در تعامل با دیگران نیز صبورتر، پذیرنده‌تر و کمتر دفاعی خواهد بود. داوسون و همکاران نشان دادند خودشفقت‌ورزی و عشق مشفقانه با بهزیستی ارتباطی بیشتر در زوج‌های در آستانه والدشدن و والدین جدید همراه است (Dawson et al., 2023). همچنین، نتایج مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک نشان داده است که بهبود رابطه و تنظیم هیجان می‌تواند استرس مادران کودکان ناشنوا را کاهش دهد (Hosseini & Ashori, 2024). از این رو، بخشی از افزایش بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش حاضر ممکن است ناشی از بهبود نحوه ارتباط مادران با خود، کودک و سایر اعضای خانواده باشد.

دومین یافته پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش معنادار تاب‌آوری مادران کودکان ناشنوا شد و این افزایش در مرحله

پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شد. این یافته با نتایج خسروبیگی و همکاران همخوان است که نشان دادند آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند ناامیدی را کاهش داده و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به سرطان را افزایش دهد (Khosrobeigi et al., 2022). همچنین، فولادی اردکانی و چوب‌فروش‌زاده گزارش کردند آموزش تاب‌آوری تلفیق‌شده با خودشفقت‌ورزی موجب بهبود گفت‌وگوی درونی و کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی ذهنی می‌شود (FooladiArdakani & ChoobfroushZadeh, 2023). یافته حاضر با نتایج پژوهش مزهری و همکاران نیز همسو است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر افزایش تاب‌آوری کودکان و نوجوانان دارای والدین مطلقه نشان دادند (Mazaheri et al., 2020).

در تبیین افزایش تاب‌آوری می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به مادران کمک می‌کند در مواجهه با موقعیت‌های دشوار، به‌جای اجتناب، انکار یا سرزنش خود، هیجان‌های منفی را بپذیرند و آن‌ها را به شیوه‌ای متعادل مدیریت کنند. تاب‌آوری مستلزم حذف کامل ناراحتی نیست، بلکه به توانایی فرد برای تحمل فشار، استفاده از منابع حمایتی و بازگشت به تعادل پس از تجربه دشواری اشاره دارد. تمرین‌های تنفس آرام‌بخش، تنظیم توجه و تصویرسازی مشفقانه می‌توانند بر انگیزش ناشی از نظام تهدید را کاهش دهند و احساس امنیت روانی را تقویت کنند. هنگامی که مادر بتواند در شرایط تنش‌زا خود را آرام کند، احتمال بیشتری دارد که مسئله را واقع‌بینانه ارزیابی کرده، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند و در برابر ناکامی‌های مرتبط با مراقبت از کودک، پایداری بیشتری نشان دهد. شواهد حاصل از مداخلات ذهن‌آگاهی نیز ارتباط میان افزایش خودشفقت‌ورزی و تقویت تاب‌آوری را تأیید کرده‌اند (Guo et al., 2023).

احساس تجربه مشترک انسانی نیز می‌تواند یکی دیگر از سازوکارهای افزایش تاب‌آوری باشد. مادران کودکان ناشنوا ممکن است احساس کنند دیگران قادر به درک شرایط آنان نیستند و در نتیجه دچار انزوا شوند. درمان مبتنی بر شفقت به فرد یادآوری می‌کند که رنج، ناکامی و محدودیت بخشی از تجربه مشترک انسان‌هاست و دشواری‌های او نشانه ضعف یا شکست شخصی نیست. این نگرش،

احساس تنهایی را کاهش داده و امکان استفاده از حمایت‌های خانوادگی، اجتماعی و تخصصی را افزایش می‌دهد. افزایش حمایت ادراک‌شده می‌تواند توان مادر را برای تداوم مراقبت و مقابله با فشارها تقویت کند. یافته‌های نماتی و همکاران نیز نشان داده است که خودشفقت‌ورزی، امید و تاب‌آوری والدین در کنار یکدیگر می‌تواند با پیامدهای مثبت در فرزندان دارای اختلال یادگیری مرتبط باشند (Nemati et al., 2023). بنابراین، کاهش احساس انزوا و افزایش امید می‌تواند در پایداری مادران در برابر مشکلات نقش داشته باشد.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد. مادرانی که از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند، افکار و هیجان‌های منفی را واقعیت‌های قطعی و تغییرناپذیر تلقی نمی‌کنند و می‌توانند رفتار خود را متناسب با نیازهای موقعیت و ارزش‌های شخصی تنظیم کنند. خان‌محمدی و همکاران نشان دادند آموزش خودشفقت‌ورزی موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود (Khanmohammadi et al., 2026). همچنین، صلاح گزارش کرد برنامه فرزندپروری مبتنی بر شفقت آگاهانه می‌تواند کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خستگی ذهنی مادران را بهبود دهد (Salah, 2025). در پژوهش حاضر نیز افزایش انعطاف‌پذیری احتمالاً به مادران کمک کرده است تا در برابر مشکلات ارتباطی و آموزشی کودک، راه‌حل‌های متنوع‌تری بیابند و به‌جای گرفتارشدن در افکار ناامیدکننده، رفتارهای مؤثرتری انتخاب کنند.

اثربخشی پایدار مداخله در مرحله پیگیری نیز می‌تواند ناشی از ماهیت مهارت‌محور درمان مبتنی بر شفقت باشد. شرکت‌کنندگان در طول جلسات تنها اطلاعات نظری دریافت نکردند، بلکه تمرین‌های قابل‌استفاده‌ای مانند تنفس آرام‌بخش، توجه‌آگاهی، گفت‌وگوی درونی مهربانانه و تصویرسازی مشفقانه را آموختند. قابلیت استفاده روزمره از این تمرین‌ها احتمالاً به حفظ تغییرات پس از پایان جلسات کمک کرده است. افزون بر این، تغییر در نحوه ارتباط فرد با خود می‌تواند پایدارتر از مداخلاتی باشد که تنها بر کاهش موقت نشانه‌ها تمرکز دارند. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان می‌دهند مداخلات

دوره پیگیری نیز به سه ماه محدود بود و درباره ماندگاری بلندمدت نتایج نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در شهرها و استان‌های مختلف تکرار شوند تا امکان تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. بررسی اثربخشی این درمان در پدران، زوجین و سایر مراقبان کودکان ناشنوا نیز می‌تواند درک جامع‌تری از تأثیر مداخله بر نظام خانواده فراهم کند. بهتر است در مطالعات بعدی از گروه‌های مقایسه فعال، مانند آموزش مدیریت استرس، ذهن‌آگاهی یا برنامه‌های تاب‌آوری، استفاده شود تا اثربخشی اختصاصی درمان مبتنی بر شفقت دقیق‌تر مشخص شود. به‌کارگیری روش‌های چندوجهی شامل پرسشنامه، مصاحبه، مشاهده تعامل والد-کودک و شاخص‌های فیزیولوژیک استرس نیز توصیه می‌شود. همچنین، انجام پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله، بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند خودانتقادی، شرم، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مطالعه پیامدهای مداخله برای عملکرد کودک می‌تواند به توسعه دانش موجود کمک کند.

با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، پیشنهاد می‌شود این مداخله در مراکز مشاوره، مدارس استثنایی، مراکز شنوایی‌شناسی و توانبخشی و انجمن‌های حمایت از خانواده‌های کودکان ناشنوا اجرا شود. روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند برنامه‌های گروهی کوتاه‌مدت مبتنی بر شفقت را برای کاهش خودانتقادی، تقویت تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری مادران طراحی کنند. آموزش تکنیک‌های ساده‌ای مانند تنفس آرام‌بخش، ذهن‌آگاهی، نوشتار مشفقانه و گفت‌وگوی درونی حمایتگر می‌تواند در برنامه‌های آموزش والدین گنجانده شود. همچنین، لازم است متخصصان شنوایی‌شناسی، گفتاردرمانی و آموزش کودکان ناشنوا در کنار خدمات تخصصی کودک، وضعیت روان‌شناختی والدین را نیز ارزیابی کرده و در صورت نیاز آنان را به خدمات مشاوره‌ای ارجاع دهند. فراهم کردن گروه‌های حمایتی برای تبادل تجربه میان مادران و آموزش کارکنان مراکز مرتبط درباره اصول شفقت‌ورزی نیز می‌تواند به ارتقای کیفیت حمایت‌های ارائه‌شده به این خانواده‌ها کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

مبتنی بر شفقت می‌تواند تغییراتی در تحمل پریشانی، احساس شرم، انعطاف‌پذیری و کیفیت زندگی ایجاد کنند که ظرفیت استمرار در زندگی روزمره را دارند (Kafinia et al., 2025; MacAulay et al., 2025; Nouri Ghaleh Alikhani et al., 2025).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند هم جنبه‌های مثبت سلامت روان، یعنی بهزیستی روان‌شناختی، و هم ظرفیت سازگاری در برابر فشارها، یعنی تاب‌آوری، را در مادران کودکان ناشنوا ارتقا دهد. این رویکرد با کاهش خودانتقادی و شرم، افزایش پذیرش خود، تنظیم هیجان، تقویت ذهن‌آگاهی، ایجاد احساس امنیت و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به مادران کمک می‌کند مسئولیت‌های مراقبتی خود را با فشار کمتر و احساس کفایت بیشتری انجام دهند. این نتیجه با شواهد مربوط به اثربخشی برنامه‌های تاب‌آوری در مادران کودکان ناشنوا همسو است (Sadeghi Manesh & Ashori, 2023) و در کنار یافته‌های مربوط به تأثیر مداخلات رابطه والد-کودک بر کاهش استرس این مادران، بر ضرورت ارائه حمایت‌های روان‌شناختی ساختاریافته به خانواده‌های دارای کودک ناشنوا تأکید می‌کند (Hosseini & Ashori, 2024). بر این اساس، درمان مبتنی بر شفقت را می‌توان رویکردی مناسب برای ارتقای سلامت روان و توان سازگاری این گروه از مادران دانست.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرند. نمونه پژوهش تنها از میان مادران کودکان ناشنوا مراجع‌کننده به یک مرکز آموزشی در شهرکرد و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد؛ از این رو، تعمیم نتایج به مادران سایر مناطق جغرافیایی، پدران یا خانواده‌هایی با شرایط فرهنگی و اقتصادی متفاوت باید با احتیاط انجام شود. حجم نسبتاً محدود نمونه نیز ممکن است قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش داده باشد. داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و احتمال تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه تصویری مطلوب از خود یا شرایط هیجانی موقت شرکت‌کنندگان وجود دارد. همچنین، گروه گواه هیچ مداخله جایگزینی دریافت نکرد؛ بنابراین، نمی‌توان اثر توجه درمانگر، حمایت گروهی و تعامل اجتماعی را به‌طور کامل از اثر اختصاصی درمان مبتنی بر شفقت تفکیک کرد.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Borges, M., Hakim-Javadi, M., Taher, M., Gholamali Lavasani, M., & Hossein-Khanzadeh, A. (2013). Comparison of anxiety, hope, and meaning in life among mothers of children with autism, deafness, and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 3(8), 27-26. https://jld.uma.ac.ir/article_140.html
- Dawson, S. J., Fitzpatrick, E. T., Farm, G. H. J., & Rosen, N. O. (2023). Self-compassion and compassionate love are positively associated with sexual and relational well-being among expectant and new parent couples. *Archives of Sexual Behavior*, 52(8), 3393-3404. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02658-8>
- FooladiArdakani, S., & ChoobforoushZadeh, A. (2023). The Effectiveness of Resilience Training Integrated with Self-Compassion on Self-Talk and Psychological Distress in Mothers of Mentally Retarded Students. *Clinical Psychology and Personality*, 21(1), 19-32. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16483.1250>
- Ghorbanikhah, E., Mohammadyfar, M. A., Moradi, S., & Delavarpour, M. (2023). The Effectiveness of Acceptance-and-Commitment-Based Parenting Training on Mood and Anxiety in Children and Self-compassion in Parents. *PCP*, 11(1), 81-92. <https://doi.org/10.32598/jpcp.11.1.860.1>
- Guo, T., Jiang, D., Kuang, J., Hou, M., Gao, Y., Herold, F., & Chen, Y. (2023). Mindfulness group intervention improved self-compassion and resilience of children from single-parent families in Tibetan areas. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101743.
- Hosseini, M., & Ashori, M. (2024). Effect of Child-parent Relationship Therapy on Emotion Regulation and Stress in Mothers of Deaf Children. *International Journal of Play Therapy*, 33(3), 117-128. <https://doi.org/10.1037/pla0000219>
- Kafinia, F., Sharifi, T., & Ghazanfari, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Mindfulness Therapy and Mentalization-Based Therapy on the Feelings of Shame in Mothers of Children with Educable Intellectual Disability in Farsan City. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*
- (Psychology Progress), 14(1). <https://frooyesh.ir/article-1-5625-en.html>
- Khanmohammadi, N., Bakhshipour Roodsari, A., Heshmati, R., & Bairami, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training on Psychological Flexibility in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Science*, 25(159), 1-24. <https://doi.org/10.61186/jps.25.159.3>
- Khosrobeigi, M., Hafezi, F., Naderi, F., & Ehteshamzadeh, P. (2022). Effectiveness of Self-Compassion Training on Hopelessness and Resilience in Parents of Children with Cancer. *EXPLORE*, 18(3), 357-361. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.003>
- MacAulay, K. D., Andrews, N. C. Z., Motz, M., Lee, G., & Pepler, D. (2025). Perceived Pathways of Change in an Interpersonal Violence Intervention for Mothers: The Importance of Self-Compassion. *Behavioral Sciences*, 15(6), 739. <https://doi.org/10.3390/bs15060739>
- Mazaheri, Z., Mirsafari Fard, L. A., Mohammad Ali Vatan Khah, V., & Durbani, S. A. (2020). The impact of compassion-focused therapy on enhancing self-esteem and resilience in children and adolescents with divorced parents. *Journal of Child Mental Health*, 7(2), 280-293. <https://doi.org/10.29252/jcmh.7.2.24>
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Nemati, S., Badri Gargari, R., Torfeh, N., & Mahmoudi, E. (2023). The Role of Hope, Self-Compassion, and Parental Resilience in Predicting School Bonding of Students with Specific Learning Disorders. *J Child Ment Health*, 10(3), 31-47. <https://childmentalhealth.ir/article-1-1360-en.html>
- Nouri Ghaleh Alikhani, F., Janadeleh, V., Emami, F., Gharibian, F., & Al-Kathir, F. (2025). Predicting Distress Tolerance in Mothers of Children with Physical-Motor Disabilities Based on Guilt, Self-Compassion, and Mindfulness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 14(8), 243-252.
- Sadeghi Manesh, F., & Ashori, M. (2023). The Effectiveness of Resilience Program Training for Parenting Self-Efficacy among Mothers with Deaf Children: A Single-Subject Study. *Positive Psychology Research*, 9(1), 27-46. <https://doi.org/10.22108/ppls.2023.134289.2331>
- Salah, V. (2025). Development of an Optimal Parenting Educational Program Based on Mindful Compassion and Its Effectiveness on Quality of Life, Psychological Flexibility, and Mental Fatigue among Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.
- Sirois, F. M., Bögels, S., & Emerson, L. M. (2019). Self-Compassion Improves Parental Well-Being in Response to Challenging Parenting Events. *The Journal of psychology*, 153(3), 327-341. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1523123>