



# Develop of Compassion-based Education Package on Mother-child Interaction and its Effectiveness on Mother-child Relationship and Parental Stress Improvement

Shahla Zamani Foroushani <sup>1</sup>, Tayebe Sharifi <sup>2,\*</sup>, Ahmad Ghazanfari <sup>3</sup>,  
Mohammad Reza Abedi <sup>4</sup>, Azam Naghavi <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduated from Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

\* **Corresponding author:** Tayebe Sharifi, Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: sharifi\_ta@yahoo.com

Received: 29 Dec 2018

Accepted: 02 Jul 2019

## Abstract

**Introduction:** The child needs an appropriate environment for growth and development. An environment where parental care is the key to achieve the desired development. The purpose of this study was to develop of compassion-based education package on mother-child interaction and its effectiveness on mother-child relationship and parental stress improvement.

**Methods:** The research method was semi-experimental with running pre-test and post-test. 40 mothers were selected among all mothers with child aged 2 to 7 years old in kindergartens and preschools in Tehran. They were selected based on the research entering criteria and two-stage cluster random sampling. They were randomly put into experimental group and control group. The experimental group was under the education based on compassion therapy for eight 90-minute sessions. The parent child relationship scale (Pianta) and Parental stress scale was used to assess stress in the parent-child system. The Data was analyzed by covariance analysis method and SPSS software version 22 were used.  $P < 0.05$  was considered significant.

**Results:** The findings of this study showed that educational intervention in the variables of proximity ( $P=0.001$ ), dependence ( $P=0.001$ ), conflict ( $P=0.042$ ), and overall positive relationship ( $P=0.038$ ) and all of the parents' stress variables, except for the depression variable ( $P=0.228$ ), could lead to a significant reduction in the performance of the experimental group compared to the control group in the post-test.

**Conclusions:** In general, the results of this study indicated that the compassion -based education program resulted in improvement of mother-child relationship and improvement parental stress in mothers.

**Keywords:** Parental Stress, Compassion Therapy, Mother-child Relationship, Family Health



## تدوین بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک و بهبود تنیدگی والدینی

شهلا زمانی فروشانی<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲\*</sup>، احمد غضنفری<sup>۳</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۴</sup>،  
اعظم نقوی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانش آموخته گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
<sup>۴</sup> استاد گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
\* نویسنده مسئول: طیبه شریفی، استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل:  
sharifi\_ta@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۰۸

### چکیده

**مقدمه:** کودک برای رشد و تکامل نیاز به محیطی مساعد دارد. محیطی که نحوه ارائه مراقبت از سوی والدین راه‌گشای اصلی رسیدن به آن است. پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک و بررسی اثربخشی آن بر رابطه مادر-کودک و بهبود تنیدگی والدینی انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش شبه آزمایشی با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که از بین کلیه مادران دارای فرزند ۲ تا ۷ سال مهدکودک‌ها و پیش دبستانی‌های شهر تهران تعداد ۴۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تعامل مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. ابزار استفاده شده در این پژوهش، مقیاس رابطه والد-کودک پیانتا (Pianta) و مقیاس تنیدگی والدینی بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. میزان P کمتر از ۵ صدم معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی در متغیرهای نزدیکی ( $P = 0/001$ )، وابستگی ( $P = 0/001$ )، تعارض ( $P = 0/042$ ) و رابطه مثبت کلی ( $P = 0/038$ ) و نیز همه متغیرهای تنیدگی والدینی به جز متغیر افسردگی ( $P = 0/228$ )، توانسته منجر به کاهش معنادار عمل کرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شود.

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی نتیجه این پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر-کودک، منجر به بهبود رابطه مادر-کودک و کاهش تنش والدگری مادران شد.

**کلیدواژه‌ها:** تنیدگی والدینی، درمان مبتنی بر شفقت، رابطه مادر کودک، سلامت خانواده

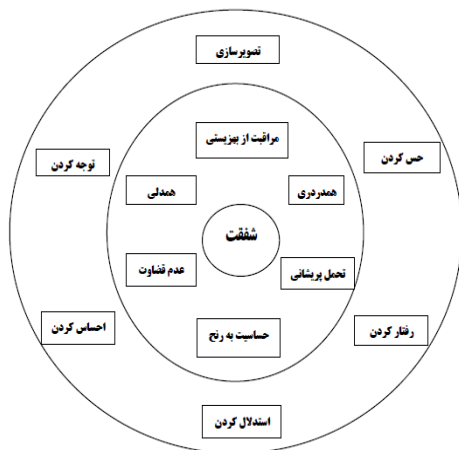
تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

فرزندپروری خود را به طور مؤثر ایفا کنند، در این صورت تعامل بهتر شده و سازگاری والدین و کودک فراهم می‌شود، ولی سوء مهارت‌های والدگری منجر به بروز نقص در سبک‌های تربیتی و ابعاد رشدی کودک می‌شود [۱]. تعامل والد-کودک یک پدیده پیچیده و چند بعدی است

سیاست‌های والدگری در اوایل رشد، می‌تواند به‌طور بالقوه، رفاه و رشد والدین و کودک را پشتیبانی کند. فرایند والدگری به معنای کسب استقلال در تربیت فرزند خویش فارغ از سبک‌های تربیتی والدین خودشان می‌باشد. اگر والدین حمایت کننده بوده و نقش‌های

بنابراین بخشی، از درمان‌های متمرکز بر بهبود مشکلات روان‌شناختی و رفتاری کودک از طریق روش کاهش تنیدگی والدینی روی والدین، متمرکز می‌شود. از جمله این روش‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت اشاره نمود. گیلبرت اساس مفهوم شفقت را ملاحظت به همراه آگاهی عمیق از رنج افراد و سایر موجودات زنده و همچنین آرزو و یا تلاش برای رهایی از آن تلقی می‌کند. تعریف مذکور دو بُعد مهم از این مفهوم را روشن می‌سازد: نخستین بُعد تحت عنوان اشتیاق شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد و دومین بُعد موسوم به التیام، متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به گام برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبرومی شویم [۱۲]. مطالعه رستمی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده است که تجربه آزار در دوران کودکی با شفقت خود پایین‌تر و سلامت روان کمتر در بزرگسالی همراه است [۱۳]. همچنین شفقت خود به صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است و افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند. این افراد کمک، حمایت یا مهربانی از سوی دیگران را پذیرفته و در مقابل مهربان بودن دیگران با آنها احساس خجالت، اضطراب، گناه یا عذاب وجدان نمی‌کنند. در مقابل، گروهی از افراد در دریافت شفقت از دیگران با مشکل مواجه هستند و از نزدیک شدن افراد به خود و مهربانی کردن آن‌ها، احساس اضطراب و یا حتی شرم می‌نمایند [۱۴]. توانمندی‌ها و خصوصیات مرتبط با شفقت به صورت دو حلقه متعامل نشان داده می‌شود که حلقه‌های شفقت نامیده می‌شوند. حلقه درونی، خصوصیات شفقت از حلقه بیرونی، مهارت‌ها، قابل تمیز دادن است. حلقه بیرونی نمایه عملی حلقه درونی است. در نتیجه، فرد یاد می‌گیرد که مشفقانه رفتار کند، مشفقانه احساس کند، تصورات مشفقانه ایجاد کند تا یک حس بدنی از شفقت را ایجاد نماید.



تصویر ۱: دایره شفقت

ترکیب این توانمندی‌ها و خصوصیات، ذهن مشفق را به وجود می‌آورند. نکته‌ی حائز اهمیت این است که این رابطه مشفقانه را فرد با خود نیز برقرار کند. شواهد نشان می‌دهد که مراقبت و محبتی که ما در دوران کودکی دریافت می‌کنیم، بر بلوغ ژنتیکی، رشد مغز و نیز میزان مهربانی کردن و مراقبتی بودن ما در آینده تاثیرگذار خواهد بود [۱۵] و ناتوانی در پردازش و درک رنج، ناراحتی و نیازهای دیگران، منجر به بروز

و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشتن‌داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد. در واقع کیفیت تعامل والد کودک به تأثیر نحوه برقرار ارتباط و نگرش نسبت به کودکان و ایجاد یک جو عاطفی توسط والدین تأکید می‌کند [۲]. در مراقبت صحیح از کودکان، به ویژه کودکان نوپا و خردسال، مشارکت آگاهانه والدین، از مهم‌ترین عوامل پیشگیری از سوءرفتار با کودک است. آموزش، از مهم‌ترین شیوه‌های پیشگیری اولیه است و در همه سطوح می‌تواند در پیشگیری از سوءرفتار با کودک مؤثر باشد [۳]. بنابراین تغییر الگوهای تعاملی والد-کودک برای جلوگیری از مشکلات و تقویت شیوه‌های فرزند پروری والدین و افزایش اعتماد به نفس آنها مهم و اساسی است [۴]. عوامل متعددی منجر به استفاده والدین از شیوه‌های نامطلوب والدگری در برخورد با کودک می‌شود، در غالب موارد سطوح بالای تنیدگی والدین منجر به گرایش بیشتر آنها به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر و پرخاش‌گرانه است [۵]. تنیدگی والدین اصطلاحی است که مشخص کننده وجود تنیدگی در نظام والدفرزند است که ناشی از عملکرد والد-فرزند و کارکرد تعاملی آنها است. در واقع زمانی که والدین در مسند والدگری با تقاضاها و درخواست‌هایی روبه رو شوند که فراتر از منابع و توانمندی‌های جسمانی، روانی و هیجانی آنها، برای پاسخ‌گویی به نیازهای خود و فرزندانشان باشد، تنیدگی والدگری ایجاد می‌شود [۶]. ادراک تنیدگی در نظام والد-کودک، هم ویژگی‌های تنیدگی‌زای کودک و هم پاسخ به ویژگی‌ها را دربرمی‌گیرد. در قلمرو بنیادی، وجود ویژگی‌های تنیدگی‌زای مفرط از عوامل عمده تحول اختلال‌های رفتاری محسوب می‌شود. از سویی، این نکته برجسته است که تحول عاطفی-رفتاری کودک و نیز روابط والدین-کودک در خلال سال‌های نخست به صورت گسترده‌ای تحت تأثیر تنیدگی والدین قرار می‌گیرد [۷]. به نحوی که باوز، مگ‌هان و بال (۲۰۱۳) نشان دادند که تنیدگی والدگری منجر به بروز شکل‌گیری مشکلات شخصیتی در کودکان می‌گردد [۸]. همچنین نیرد و همکاران، (۲۰۰۰)، نشان دادند که فشارهای مزمن ناشی از والدگری استیصال روانی مادر را پیش‌بینی می‌کند. بروز حالت استیصال در والدین به تدریج عامل کاهش احساس شایستگی در آنان شده و پیش بین قدرتمندی در جهت تبیین مشکلات خلقی و روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب است [۹]. وجود مشکلات و مسائل روان‌شناختی و ناکامی‌های ناشی از استرس والدگری منجر به کاهش کیفیت روابط والد-کودک و در نتیجه کاهش ارتباط مؤثر با کودک می‌گردد [۱۰]. نقش تنیدگی والدینی در رفتارهای معاشرتی فرزندان در روابط اجتماعی آینده، حائز اهمیت است. چرا که این عامل حتی پیش از تولد ظاهر می‌شود. براساس تحقیقات انجام شده، تجارب تنیدگی‌زا در دوران بارداری، می‌تواند جنین در حال رشد را تحت تأثیر قرار داده و احتمال ناکامی‌ها و مشکلات کودک و والد در آینده را افزایش می‌دهد. به علاوه، تعارضات بین زوجین و فرزندپروری نامطلوب نیز که در ارتباط با تنیدگی والدینی در خانواده ایجاد می‌شود، احتمال مشکلات روان‌شناختی کودک را در آینده افزایش می‌دهد [۱۱].

گزارش شده است. Pianta و Driscoll (۲۰۱۱)، در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مولفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند [۲۲].

شاخص تنیدگی والدینی. این شاخص، یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی ۱۲۶ ماده‌ای است که در سال ۱۹۹۶ توسط آبدین جهت ارزیابی اهمیت تنیدگی در نظام والد-کودک ساخته شد. شاخص تنیدگی والدینی، شامل دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴ ماده) و یک مقیاس اختیاری با عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ ماده) است. ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی ابزار، توسط آبدین در یک گروه از مادران آمریکایی، برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است. صابری و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب ۰/۷۹ را به دست آوردند. در پژوهش حاضر، دو قلمرو کودک و والدینی مورد بررسی قرار گرفتند [۲۳].

بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک: این بسته آموزشی براساس درمان مبتنی بر شفقت تنظیم گردید. بدین منظور ابتدا با روش نظریه زمینه‌ای مقوله‌های اصلی و زیرمقوله‌ها در تعامل مادر و کودک استخراج گردید. نتایج این پژوهش، نشان داد که متغیرهای سبک فرزندپروری، ترس از شفقت، شفقت با خود، دریافت شفقت از دیگران و سبک مقابله، بر القای شفقت / شرم در رابطه مادر و کودک ایرانی تأثیر دارد. سپس براساس نتایج به دست آمده مدل تعامل مبتنی بر شفقت طراحی و با اجرا بر روی نمونه ۴۹۰ نفری از مادران دارای فرزند ۲ تا ۷ سال، برازش آن تأیید گردید. در نهایت بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک طراحی شد و به تأیید پنج تن از اعضای هیات علمی رشته روان‌شناسی و مشاوره رسید. مجموع جلسات با توجه به عوامل، هشت جلسه گروهی دو ساعته تعیین شد. این برنامه، شامل مهارت‌ها و تکنیک‌هایی می‌شود که براساس نظریه درمان مبتنی بر شفقت و شناسایی مولفه‌های مربوط به آن طراحی و تدوین شده است. این برنامه معطوف بر آموزش مهارت‌های شفقت با خود، دریافت شفقت از دیگران، ترس از شفقت، شناسایی سبک‌های فرزندپروری، مقابله و القای شفقت و شرم می‌باشد. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی برای طبقه‌بندی و توصیف داده‌ها و از آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند. ملاحظات اخلاقی: با بیان اهداف مطالعه، توضیحات جامع درباره روش کار، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج از مطالعه در صورت تمایل، به واحدهای پژوهش داده و رضایتنامه کتبی از مادران گرفته شد. گروه کنترل، آموزش مدون دریافت نکرد؛ اما یک ماه پس از مداخله، هم‌زمان با تکمیل پرسشنامه‌ها، کتابچه‌های آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت و به پرسش‌های آنان پاسخ داده شد. شایان ذکر است، این پژوهش در کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1397.037 به تصویب رسید.

مشکلات فراوانی در روابط بین فردی می‌شود [۱۶]. بنابراین با توجه به ماهیت پیچیده تعامل مادر و کودک و برای والدگری مؤثر که حاصل آن داشتن فرزندان شاد، سالم و مولد است، ضرورت دارد که مداخلات مؤثری برای بهبود کیفیت رابطه مادر و کودک ایجاد شود. این پژوهش با استفاده از منابع، پژوهش‌ها و بر اساس نظریه موجود بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک را تدوین و اجرا نمود.

## روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند ۲ تا ۷ سال مهدکودک‌ها و پیش دبستانی‌ها شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از مادران دارای کودک ۲ تا ۷ ساله بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای از مهدکودک‌ها و پیش دبستانی‌های شهر تهران انتخاب شدند. بدین منظور ابتدا شهر تهران را به ۵ منطقه جغرافیایی شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم نموده و در مرحله دوم از هر منطقه یک مهدکودک به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس اطلاعیه‌ای تحت عنوان برگزاری دوره‌های آموزش مادران در این مراکز نصب گردید. از بین مادرانی که به صورت داوطلبانه در این دوره آموزشی شرکت کردند، ۴۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قابل ذکر است، جهت انجام طرح‌های آزمایشی، محققان نمونه ۱۵ نفری برای هر گروه را پیشنهاد کرده‌اند [۱۷]، اما به دلیل احتمال ریزش افراد نمونه، این تعداد برای هر گروه ۲۰ نفر مدنظر قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به این پژوهش داشتن حداقل ۱۸ سال سن و حداقل یک فرزند در فاصله سنی ۲ تا ۷ سال و ملاک‌های خروج از پژوهش، شامل طلاق والدین از یکدیگر و اختلال روانی یا جسمانی کودک بود. ملاک‌های خروج از پژوهش به این دلیل انتخاب شد که نتایج پژوهش‌های متعدد در باب فرزندپروری، نشان می‌دهد که رضایت زناشویی والدین [۱۸]، طلاق ایشان [۱۹] و همچنین ویژگی‌های کودک مانند اختلالات روانی و ناتوانی‌های رشدی، فرزندپروری والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۰]. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس رابطه والد-فرزند و شاخص تنیدگی والدین بود.

مقیاس رابطه والد-فرزند توسط Pianta (۱۹۹۴) ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آن‌ها با کودک می‌سنجد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها (می‌باشد. مقیاس رابطه والد-کودک یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن براساس مقیاس درجه‌ای لیکرت از نمره صفر، قطعاً صدق نمی‌کند تا نمره ۵ قطعاً صدق می‌کند، است. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است. این پرسشنامه توسط طهماسبیان (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط ابارشی و همکاران (۱۳۸۸) دست آمد [۲۱]. پایایی حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶

جدول ۱: جلسات آموزشی

جلسه	موضوع	محتوا	روش انجام مداخله
اول	آشنایی با اعضا و ساختار جلسات، توافق بر قوانین، معرفی سبک‌های فرزندپروری	شناسایی سبک‌های فرزندپروری، تبیین سبک فرزندپروری مقتدرانه به عنوان بهترین سبک	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمان‌گر، بیان هدف تشکیل گروه، قوانین گروه و اهمیت مسأله، معرفی درمان مبتنی بر شفقت، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، معرفی سبک‌های فرزندپروری و بحث گروهی برای شناخت سبک فرزندپروری هر شخص
دوم	سبک‌های مقابله	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان: انگیزشی، دفاعی و امنیتی، معرفی مغز جدید و مغز قدیم، شناسایی راهبردهای ایمنی بخشی	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد سبک‌های فرزندپروری، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان و مغز جدید و قدیم با استفاده از عکس و پاورپوینت، بحث گروهی و کمک به هر یک از افراد گروه برای شناسایی راهبردهای ایمنی بخشی
سوم	شفقت با خود	معرفی مفهوم شفقت، راهکارهای شفقت با خود، ایجاد خود مهربان، تفاوت قضاوت و توصیف	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت با استفاده از انیمیشن، بحث در مورد تفاوت قضاوت و توصیف و درخواست از اعضای گروه برای نوشتن قضاوت‌ها و سپس تبدیل آن به توصیف با کمک سایر اعضای گروه
چهارم	دریافت شفقت از دیگران و ترس از شفقت	مرور تجارب دوران کودکی، رابطه با مادر و ارتباط با همسر، تکنیک صندلی خالی، مفهوم سو استفاده و وابستگی، تصویرسازی مهربانانه	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه قبل، مرور تجارب دوران کودکی افراد داوطلب در گروه، تمرین تکنیک صندلی خالی برای ۳ نفر از اعضا که داوطلب شده بودند، بحث گروهی در مورد سوء استفاده و وابستگی و انجام تمرین تصویرسازی مهربانانه
پنجم	القای شفقت و شرم: مبحث صمیمیت و نوازش، تأیید هیجان	رفتار مهربانانه، راهکارهای افزایش صمیمیت، معرفی احساسات و هیجانات، معرفی و آموزش همدلی و همدردی	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه قبل، بحث گروهی در مورد رفتارهای مهربانانه، معرفی احساسات و هیجانات و نیز همدلی و همدردی با استفاده از انیمیشن
ششم	القای شفقت و شرم: مبحث تحمل پریشانی	معرفی ذهن، تکنیک‌ها و استعاره‌های پذیرش افکار و احساسات، ذهن آگاهی	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه قبل، معرفی ذهن با استفاده از شکل و پاورپوینت، بیان استعاره‌ها و سپس پخش انیمیشن، تمرین ذهن آگاهی در جلسه
هفتم	القای شفقت و شرم: مبحث حساسیت به رنج	توجه به رنج پشت رفتار، حساس بودن به رنج، هم آهنگ بودن با رنج، شفقت به دیگران، استدلال مهربانانه	پاسخ به سؤالات اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه قبل، بحث در مورد رنج پنهان افراد و به خصوص کودکان، تمرین استدلال مهربانانه، بحث در مورد راهکارهای شفقت به دیگران
هشتم	جمع بندی	مرور و بررسی نکات ارائه شده، بررسی دستاوردها و موانع و مشکلات، پاسخ به سؤالات	مرور مباحث مطرح شده در جلسات قبل، پاسخ به سؤالات اعضای گروه

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تنیدگی والدین و رابطه والد کودک و زیرمقیاس‌های آن‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
سازش پذیری	۳۶/۷۱±۵/۱۶	۳۳/۲۰±۴/۱۶
پذیرندگی	۲۰/۱۸±۴/۸	۲۳/۳۵±۳/۶
فزون طلبی	۳۷/۵۹±۵/۱۳	۳۳/۱۷±۶/۰۳
خلق کودک	۱۷/۲۹±۳/۳۶	۱۸/۶۶±۵/۱۹
بی توجهی	۲۹/۳±۴/۱۴	۲۸/۴۴±۵/۰۲
تقویت گری	۱۸/۳۶±۳/۹۲	۱۶/۳۰±۴/۲۵
افسردگی	۳۲/۲۹±۷/۰۲	۲۵/۹±۵/۰۹
دلبستگی	۱۹/۸±۵/۰۱	۲۲/۱۶±۷/۲۶
محدودیت نقش	۲۹/۷±۴/۵۲	۲۴/۸۹±۵/۵۷
صلاحیت	۴۴/۳۱±۵/۱۲	۳۹/۱۵±۴/۱۲
انزوای اجتماعی	۱۹/۷۲±۴/۸۸	۱۵/۳۲±۴/۶۳
روابط با همسر	۲۶/۵۵±۳/۲۳	۳۰/۲۱±۴/۰۸
سلامت والدین	۱۶/۸۲±۴/۶۷	۱۴/۲۴±۴/۰۱
نزدیکی	۱۵/۲۶±۴/۳۲	۱۴/۶۵±۳/۳۶
وابستگی	۱۶/۳۵±۳/۲۶	۲۲/۳۵±۵/۴۲
تعارض	۵۲/۴۲±۱۲/۸۹	۴۹/۷۶
رابطه مثبت کلی	۷۶/۲۲±۱۶/۱۴	۷۸/۱۵

## یافته‌ها

مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه در همه متغیرها تغییر داشته است. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها پس از حذف اثر متغیر همپراش (پیش آزمون) از متغیر وابسته (پس آزمون) از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، فرض نرمال

جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تنیدگی مادران و رابطه مادر- کودک، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. [جدول ۲](#) یافته‌های توصیفی مربوط به هر خرده مقیاس را نشان می‌دهد. با توجه به [جدول ۲](#) مشخص می‌شود که میانگین گروه آزمایش در

افسردگی، توانسته، منجر به کاهش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شود. طبق نتایج [جدول ۶](#)، گروه تأثیر معناداری بر نمرات پس آزمون دارد که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت  $61/3\%$  تغییرات سازش‌پذیری،  $58/3\%$  تغییرات پذیرندگی،  $40/1\%$  تغییرات فزون‌طلبی،  $25/8\%$  درصد تغییرات خلق کودک،  $41/7\%$  تغییرات بی‌توجهی،  $25/3\%$  تغییرات تقویت‌گری،  $17/8\%$  تغییرات دل‌بستگی،  $32/4\%$  تغییرات محدودیت نقش،  $62/5\%$  تغییرات صلاحیت،  $20/8\%$  تغییرات انزوای اجتماعی،  $46/5\%$  تغییرات رابطه با همسر،  $20/8\%$  تغییرات انزوای اجتماعی،  $18/6\%$  تغییرات سلامت والدین،  $38/6\%$  تغییرات نزدیکی،  $40/9\%$  تغییرات وابستگی،  $12/9\%$  تغییرات تعارض و  $16/8\%$  تغییرات رابطه مثبت کلی ناشی از تأثیر مداخله آموزش تعامل مبتنی بر شفقت است.

بودن داده‌ها و یکسانی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج [جدول ۳](#) نشان می‌دهد شرط نرمالیتی برای همه متغیرها به جز متغیرهای سازش‌پذیری و بی‌توجهی در گروه آزمایش و متغیرهای پذیرندگی، افسردگی و دل‌بستگی در گروه کنترل برقرار است. با بررسی [جدول ۴](#) مشخص می‌شود، شرط یکسانی کواریانس‌ها رعایت گردیده و با رعایت سایر پیش‌فرض‌ها آزمون F با محدودیتی روبرو نمی‌باشد. نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت بر حداقل یکی از متغیرها تأثیر مثبت و معناداری دارد. بنابراین برای بررسی این معناداری، تحلیل کواریانس چند متغیری به کارگرفته شد که خلاصه نتایج آن در [جدول ۶](#) ارائه شده است.

براساس یافته‌های [جدول ۶](#)، مداخله آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک، در همه متغیرها به جز متغیر

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها

متغیرها	گروه آزمایش	گروه کنترل
	آماره	سطح معناداری
سازش‌پذیری	۰/۱۵	۰/۱۱
پذیرندگی	۰/۰۷	۰/۰۳
فزون‌طلبی	۰/۱۴	۰/۱۳
خلق کودک	۰/۱۶	۰/۱۵
بی‌توجهی	۰/۱۱	۰/۱۶
تقویت‌گری	۰/۱۳	۰/۲۰
افسردگی	۰/۱۷	۰/۰۳
دل‌بستگی	۰/۱۳	۰/۰۴
محدودیت نقش	۰/۱۰	۰/۱۲
صلاحیت	۰/۱۸	۰/۲۱
انزوای اجتماعی	۰/۱۵	۰/۱۴
روابط با همسر	۰/۱۱	۰/۲۲
سلامت والدین	۰/۱۹	۰/۱۸
نزدیکی	۰/۱۴	۰/۱۶
وابستگی	۰/۱۳	۰/۱۲
تعارض	۰/۱۲	۰/۱۴
رابطه مثبت کلی	۰/۱۶	۰/۱۳

## بحث

افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان کمک می‌کند [۲۸]. در واقع، شفقت علاوه بر آن‌که فرد را در برابر حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. به عنوان مثال، شفقت با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی مرتبط است [۲۹]. تعامل مبتنی بر شفقت، سلامت روابط بین فردی را تسهیل می‌کند؛ زیرا شفقت به افزایش تاب‌آوری هیجانی کمک می‌کند که به افراد اجازه پاسخ‌های سازنده در مقابل مشکلات و تعارض‌ها در روابط را می‌دهد، تا بدین وسیله سلامت روان‌شناختی را در روابطشان بهبود بخشند. همچنین از طریق تعامل مبتنی بر شفقت، افراد می‌توانند به طور گسترده نیازهایشان را از طریق آرامش، مهربانی و تعلق برآورده سازند و در روابط بین فردی خود، آزادی بیشتری به افراد داده و دست از کنترل اضافی بردارند [۳۰].

هدف پژوهش حاضر، تدوین و اجرای بسته آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک بود. یافته‌ها نشان دادند که مداخله آموزش تعامل مبتنی بر شفقت در متغیرهای بی‌توجهی، تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری، فزون‌طلبی، دل‌بستگی، محدودیت نقش، صلاحیت، انزوای، سلامت والدین، رابطه با همسر، نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی، توانسته منجر به کاهش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون گردد. اما این مداخله نتوانسته بر روی متغیر افسردگی تأثیر معناداری بگذارد. اگرچه تاکنون مطالعه‌ای در خصوص تأثیر تعامل مبتنی بر شفقت بر تنیدگی مادران صورت نگرفته، ولی نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر این روش در کاهش شرم و خودانتقادی [۲۴]، کاهش نگرانی و افکار خودآیند منفی [۲۵]، اضطراب و افسردگی [۲۶]، و همچنین افزایش احساس گرمی و پذیرش [۲۷] است. علاوه بر این، درمان متمرکز بر شفقت از طریق

جدول ۴: بررسی برابری واریانس‌ها از طریق آزمون باکس

سطح معناداری	F	آزمون باکس
۰/۶۴	۰/۸۵	۱۹/۸۴۲

جدول ۵: تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مقدار	F	Df1	Df2	اندازه اثر	sig
اثر پیلای	۰/۹۶۵	۸/۰۶۸	۱۷	۵	۰/۹۶	۰/۰۱۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۵	۸/۰۶۸	۱۷	۵	۰/۹۶	۰/۰۱۵
اثر هتلینگ	۲۷/۴۳۲	۸/۰۶۸	۱۷	۵	۰/۹۶	۰/۰۱۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۷/۴۳۲	۸/۰۶۸	۱۷	۵	۰/۹۶	۰/۰۱۵

فرزندپروری از جمله سخت‌ترین نقش‌هایی است که بزرگسالان فاقد هرگونه آمادگی خاص، متعهد ایفای آن می‌شوند. به عقیده برخی از پژوهش‌گران، در ایفای نقش، فرزندپروری، همه والدین دست‌خوش سطحی از تنیدگی می‌شوند و برخی از آنان براین باورند که حتی سطوح اندک تنیدگی نیز می‌تواند تعامل والد-کودک را به مخاطره بیندازد. این تنیدگی‌ها کاهش توانایی والدین را در شناسایی و درک پیام‌های کودک و در نتیجه ناتوانی آن‌ها در پاسخ‌گویی اثربخش به نیازهای وی را در پی دارد. با توجه به تأثیر بالقوه‌ای که تنیدگی می‌تواند بر سلامت والدین و فرزندان آنان بگذارد، بسیاری از پژوهش‌گران براین باور هستند که بهزیستی والدین و فرزندان آنان متأثر از تنیدگی والدینی است. پژوهش‌ها درباره تنیدگی والدینی و تأثیرهای ناشی از آن، در دو مقوله کلی قرار می‌گیرند: تأثیر مستقیم تنیدگی بر والدین، مانند سلامت روانی والدین، کیفیت ارتباط بین والدین، کیفیت زناشویی و اضطراب. تأثیر غیرمستقیم تنیدگی والدینی بر کودکان، مانند ضعیف شدن تدریجی صلاحیت فرزندپروری، فرزندپروری ناکارآمد، کاهش کارایی در وظایف والدینی، افت پیدا کردن شیوه‌های فرزندپروری، نظام تربیتی مبتنی بر سخت‌گیری، کاربرد نظام تربیتی ناپایدار، درک نکردن نیازهای کودک و پاسخ‌گویی ناموثر به آنها، بیش برآورد مشکلات رفتاری کودک، جز ارتباطی فاقد صمیمیت بین والد و کودک، خصومت نسبت به فرزندان و در نهایت آزارگری و سهل‌انگاری [۳۱]. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش تعامل مبتنی بر شفقت به مادران، می‌تواند بر تنیدگی مادر و بر تأثیرات ناشی از این تنیدگی در رابطه با کودک، تأثیر گذار باشد. در واقع اصول پایه درمان، متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود. افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را یشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر "ارزیابی" افراد، رابطه افراد با "ارزیابی" آن‌ها تغییر می‌یابد [۲۴]. این تغییر ارزیابی در مادر، هم در مورد نگرش نسبت به خود و هم نگرش نسبت به کودک، در بهبود رابطه مادر و کودک نقش زیادی دارد. هینس و مک کوی (۲۰۱۳) معتقدند که سوء مهارت‌های والدگری منجر به بروز نقص در سبک‌های تربیتی و ابعاد رشدی کودک می‌شود [۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تنیدگی والدگری منجر به

بروز شکل‌گیری مشکلات شخصیتی در کودکان می‌شود [۸]. سازش‌پذیری یکی از مهارت‌های کودک در مقابله با تغییرات است و عدم سازش بصورت نافرمانی، ناتوانی در انصراف از موقعیت‌های درگیرکننده و عدم اطاعت فعل پذیرانه بروز می‌کند. نتایج این پژوهش نشان داد، برقراری تعامل مشفقانه به کاهش احساسات منفی مادر نسبت به نافرمانی و لجبازی کودک منجر می‌شود. همچنین نگرش مادران نسبت به فزون طلبی یعنی فشاری که کودک به طور مستقیم بر والد خود اعمال می‌کنند، تغییر یافته و نمره تنیدگی مادران در نگرش نسبت به فزون طلبی کودک به‌عنوان منبع افزایش دهنده تنیدگی کاهش یافته است. از سوی دیگر تعامل مشفقانه بر تنیدگی مادران ناشی از خلق کودک که به صورت گریه مفرط، کنار کشیدن خود و افسردگی آشکار می‌شود و باعث اضطراب و برانگیختگی مادران می‌شود، نیز تأثیر معنادار داشته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره نمود که فعال سازی عمدی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم برای رویارویی با چالش‌های زندگی را فراهم آورد [۳۲]. از آن جایی که ماهیت شفقت، مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج دیگران و تلاش برای تسکین آن می‌باشد [۱۲]، در تعامل مبتنی بر شفقت به مادر آموزش داده می‌شود که به جای قضاوت و حساسیت نسبت به ظاهر رفتار کودک، با همدلی و همدردی به رنج پنهان کودک واکنش نشان دهد و در جهت آگاهی از دلایل رنج و التیام آن قدم بردارد؛ این همدلی و تلاش در جهت التیام رنج باعث می‌شود که کودک احساس امنیت نموده و با رفتارهای سازش یافته به دنبال برقراری ارتباط با دیگران باشد [۳۲]. چرا که احساس مورد مراقبت قرار گرفتن، پذیرفته شدن و داشتن احساس تعلق و وابستگی به دیگران برای بلوغ فیزیولوژیکی و بهزیستی ماهیتمی اساسی دارد. این موارد با انواع خاص عاطفه مثبت که موجب بهزیستی هستند و مشخصات عصبی-هورمونی افزایش اندروپین و اکسی توسین در ارتباط هستند [۱۲].

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تعامل مبتنی بر شفقت به کاهش تنیدگی مادران ناشی از ویژگی‌های بی‌توجهی، تقویت‌گری و پذیرندگی کودکان منجر شده است. در تعامل مبتنی بر شفقت، والدین کشفیات خود از خصوصیات مثبت فرزندان، وجوه مثبت تعاملی با او و همه چیزهایی را مرور می‌کنند که تاکنون به دلیل تمرکز بر دشواری‌های ارتباطی نادیده گرفته‌اند. از قضاوت‌ها و برجسب‌هایشان در تعامل‌های بین فردی آگاه می‌شوند و نقش این قضاوت‌ها و برجسب‌ها را در ایجاد سازه‌های ذهنی ثابت از خود و فرزندان، تشدید هیجان‌های منفی و تضعیف توانایی در مهار چالش‌های والدگری بررسی می‌کنند [۳۳]. در نتیجه تمایل و انگیزه مادر برای تعامل با کودک افزایش یافته و کودک به عنوان یک منبع تقویت‌کننده مثبت برای مادر تلقی می‌شود. بنابراین باعث می‌شود که مادر تعادل خود را به دست آورده و احساس رضایت نماید. در واقع مادر به نوعی شادمانی از وضعیت کنونی و احساس امنیت دست می‌یابد. فرد در این وضعیت در پی چیزی نیست و تکاپویی نمی‌کند. او صاحب نوعی آرامش درونی است که از هیجان‌زدگی، شور و شوق یا تکاپو و جست‌وجوی موفقیت کاملاً متفاوت است. این موضوع در هیجانات و تجربه‌های مرتبط با پیوند و تعلق مثل مراقبت، اعتباربخشی و همدلی که سیستم اوکسی‌توسین و آرامش‌بخش مغز را درگیر می‌کند، انعکاس یافته است. انسان‌ها، ماهیتماً برای پاسخ به مهربانی و صمیمیت از طریق تنظیم و کاهش اضطراب و احساس آرامش، رشد و تکامل یافته‌اند. این پاسخ‌دهی به توانایی ژنتیکی ما در رسیدن به احساس امنیت و آرامش در حضور تعامل همدلانه، صمیمانه و باثبات با دیگران اشاره دارد [۱۲].

جدول ۶: تحلیل کوواریانس چند متغیری

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	مجزور اتا
<b>سازش پذیری</b>						
پیش آزمون	۲۴۴/۸۸	۱	۲۴۴/۸۸	۱۰/۲۹	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۹۵
گروه	۷۹۲/۴۴	۱	۷۹۲/۴۴	۳۳/۳۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۱۳
واریانس خطا	۴۹۹/۶۷	۲۱	۲۳/۷۹			
واریانس کل	۳۸۷۸۰	۴۰				
<b>پذیرندگی</b>						
پیش آزمون	۱۰۸/۲۲	۱	۱۰۸/۲۲	۱۳/۸۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۲۳
گروه	۲۲۹/۱۴	۱	۲۲۹/۱۴	۲۹/۴۰۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۸۳
واریانس خطا	۱۶۳/۶۳	۲۱	۷/۷۹			
واریانس کل	۱۶۴۰۰	۴۰				
<b>فزون طلبی</b>						
پیش آزمون	۱۶۸/۲۰	۱	۱۶۸/۲۰	۹/۰۴	$۰/۰۰۱$	۰/۳۸۶
گروه	۲۶۲/۰۳	۱	۲۶۲/۰۳	۱۴/۰۸	$۰/۰۰۱$	۰/۴۰۱
واریانس خطا	۳۹۰/۶۹	۲۱	۱۸/۶۰			
واریانس کل	۳۱۰۸۶	۴۰				
<b>خلق کودک</b>						
پیش آزمون	۴۷/۹۹	۱	۴۷/۹۹	۴/۲۰	$۰/۰۰۱$	۰/۱۸۳
گروه	۸۲/۴۱۲	۱	۸۲/۴۱۲	۷/۲۱	$۰/۰۱۴$	۰/۲۵۸
واریانس خطا	۲۳۹/۸۶	۲۱	۱۱/۴۲			
واریانس کل	۹۸۹۵	۴۰				
<b>بی توجهی</b>						
پیش آزمون	۱۶۴/۰۳	۱	۱۶۴/۰۳	۶/۳۹	$۰/۰۰۱$	۰/۳۴۶
گروه	۳۸۴/۸۸	۱	۳۸۴/۸۸	۱۵/۰۱	$۰/۰۰۱$	۰/۴۱۷
واریانس خطا	۵۳۸/۴۱	۲۱	۲۵/۶۳			
واریانس کل	۲۷۷۹۶	۴۰				
<b>تقویت گری</b>						
پیش آزمون	۵۸/۳۶	۱	۵۸/۳۶	۴/۷۱۴	$۰/۰۰۲$	۰/۱۳۲
گروه	۸۷/۹۱	۱	۸۷/۹۱	۷/۱۰۰	$۰/۰۱۵$	۰/۲۵۳
واریانس خطا	۲۶۰/۰۱	۲۱	۱۲/۳۸			
واریانس کل	۱۲۵۶۴/۵۴	۴۰				
<b>افسردگی</b>						
پیش آزمون	۶۴/۷۴	۱	۶۴/۷۴	۱/۱۴	$۰/۲۶$	۰/۰۵۳
گروه	۳۱/۰۱	۱	۳۱/۰۱	۱/۵۴۰	$۰/۲۲۸$	۰/۰۶۸
واریانس خطا	۴۲۲/۸۸	۲۱	۲۰/۱۳			
واریانس کل	۲۰۷۲۹	۴۰				
<b>دلبستگی</b>						
پیش آزمون	۸۵/۷۴	۱	۸۵/۷۴	۶/۴۰	$۰/۰۴۷$	۰/۱۴۶
گروه	۶۰/۸۶	۱	۶۰/۸۶	۴/۵۴۲	$۰/۰۴۵$	۰/۱۷۸
واریانس خطا	۲۸۱/۳۶	۲۱	۱۳/۳۹			
واریانس کل	۱۹۵۹۱	۴۰				
<b>محدودیت نقش</b>						
پیش آزمون	۵۷/۱۴	۱	۵۷/۱۴	۴/۹۷	$۰/۰۰۵$	۰/۲۱۰
گروه	۱۱۵/۶۲	۱	۱۱۵/۶۲	۱۰/۰۶۵	$۰/۰۰۵$	۰/۳۲۴
واریانس خطا	۲۴۱/۲۵	۲۱	۱۱/۴۸			
واریانس کل	۱۳۴۵۰	۴۰				
<b>صلاحیت</b>						
پیش آزمون	۳۹۰/۱۴	۱	۳۹۰/۱۴	۲۴/۰۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۵۴
گروه	۵۶۷/۳۹	۱	۵۶۷/۳۹	۳۵/۰۳۲	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۲۵
واریانس خطا	۳۴۰/۱۲	۲۱	۱۶/۱۹			
واریانس کل	۵۱۷۸۵	۴۰				
<b>انزوای اجتماعی</b>						
پیش آزمون	۵۳/۲۳	۱	۵۳/۲۳	۱۱/۸۷	$۰/۰۰۱$	۰/۴۱۱
گروه	۲۴/۶۵	۱	۲۴/۶۵	۵/۵۰۰	$۰/۰۲۹$	۰/۲۰۸
واریانس خطا	۹۴/۱۲	۲۱	۴/۴۸			
واریانس کل	۱۱۵۵۰	۴۰				



روابط با همسر						
۰/۲۸۹	P<۰/۰۰۱	۹/۳۷	۶۸/۹۲	۱	۶۸/۹۲	پیش آزمون
۰/۴۶۵	P<۰/۰۰۱	۱۸/۲۵۶	۱۳۴/۲۷	۱	۱۳۴/۲۷	گروه
			۷/۳۵	۲۱	۱۵۴/۴۵	واریانس خطا
				۴۰	۲۱۳۷۶	واریانس کل
سلامت والدین						
۰/۱۲۳	۰/۰۰۵	۱/۸۴	۴۴/۰۳	۱	۴۴/۰۳	پیش آزمون
۰/۱۸۶	۰/۰۰۵	۴/۹۷	۸/۰۲	۱	۸/۰۲	گروه
			۴/۰۶	۲۱	۸۵/۲۹	واریانس خطا
				۴۰	۱۲۸۱۵	واریانس کل
نزدیکی						
۰/۱۷۷	۰/۰۰۱	۸/۳۳	۱۴۴/۶۸	۱	۱۴۴/۶۸	پیش آزمون
۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	۱۶/۶۴	۲۴۲/۲۴	۱	۲۴۲/۲۴	گروه
			۱۷/۳۵	۲۱	۳۶۴/۵۰	واریانس خطا
				۴۰	۲۵۳۸۶	واریانس کل
وابستگی						
۰/۱۵۴	۰/۰۰۳	۳/۵۷	۱۱۵/۹۲	۱	۱۱۵/۹۲	پیش آزمون
۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	۱۸/۲۲	۱۹۶/۶۸	۱	۱۹۶/۶۸	گروه
			۳۲/۴۴	۲۱	۶۸۱/۲۴	واریانس خطا
				۴۰	۲۴۸۱۱	واریانس کل
تعارض						
۰/۱۰۴	۰/۰۱۴	۲/۷۷	۲۵۹/۳۵	۱	۲۵۹/۳۵	پیش آزمون
۰/۱۲۹	۰/۰۴۲	۴/۵۲	۵۸۷/۹۴	۱	۵۸۷/۹۴	گروه
			۲۱/۴۲	۲۱	۴۴۹/۹۶	واریانس خطا
				۴۰	۱۵۷۶۹	واریانس کل
رابطه مثبت کلی						
۰/۱۰۲	۰/۰۰۴	۲/۹۴	۳۲۷/۸۸	۱	۳۲۷/۸۸	پیش آزمون
۰/۱۶۸	۰/۰۳۸	۵/۲۳	۷۹۲/۴۴	۱	۷۹۲/۴۴	گروه
			۱۶/۵۹	۲۱	۳۴۸/۳۸	واریانس خطا
				۴۰	۱۳۳۸۲	واریانس کل

عشق، شادی و رضامندی را در والدین افزایش می‌دهد [۲۳] و به آنها کمک می‌کند وجوه مثبت سبک والدگری خود را شناسایی و از قضاوت سرسختانه درباره شکست‌های تربیتی و ارتباطی با فرزندشان پرهیز کنند. زمانی که مادر بتواند با عدسی شفقت و مهربانی به خود نگاه کند، به سرزنش‌گری خود یا کودکش نمی‌پردازد و این تغییر دیدگاه گام مهمی در افزایش احساس همدلی و خودکارآمدی مادر در والدگری و ایجاد توجه خودمراقبتی در موقعیت‌های تنیدگی‌زا است. درمان متمرکز بر شفقت بیشتر از آنکه متمرکز بر اختلال باشد، فرایند محور است. این درمان، رویکردی ضد آسیب‌شناختی است که بیشتر روی پاسخ‌های سازگارانه افراد نسبت به محیط‌های دشوار تمرکز می‌کند [۲۵]. شفقت با صفات‌های گوناگونی نظیر ملایمت و توافق‌جویی ارتباط دارد و رشد آن از دوران کودکی ارتباط قدرتمندی با تجربه‌های عاطفی اولیه و میزان امنیت دل‌بستگی فرد دارد [۲۶]. همه ما با نیاز به ارتباط با ذهن دیگران و مراقبت شدن به دنیا می‌آییم. این نیاز با مواردی از قبیل تمایل به ارتباط اجتماعی، پذیرفته شدن، خواستنی بودن، مورد قدردانی قرار گرفتن و ارزشمند بودن تجلی می‌کند. اگر به این اهداف برسیم، دنیای ما بسیار امن‌تر خواهد بود و سیستم تهدید ما خاموش می‌شود. نقطه مقابل این وضعیت، وقتی است که ارزشمند و خواستنی شمرده نشویم، طرد شویم یا به تنهایی با مشکلات روبه‌رو شویم. این وضعیت می‌تواند منجر به رفتارهای مقابله‌ای و راهبردهای ایمنی‌طلبی، گشودگی ناچیز نسبت به دیگران، ناتوانی از صمیمیت با

اما تنش والدگری تنها منجر به اثرات منفی بر ابعاد تربیتی و شخصیتی کودک نیست، بلکه مانند یک جاده دوسویه عاملی قوی در جهت درگیر نمودن هم‌زمان والدین و کودک می‌باشد. بروز حالت استیصال در والدین به تدریج عامل کاهش احساس شایستگی در آنان شده و پیش بین قدرت‌مندی در جهت تبیین مشکلات خلقی و روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب است [۲۴].

تصور منفی والدین از خود که در نتیجه استرس‌های والدگری حادث می‌شود، منجر به بروز عدم خودکارآمدی فردی می‌شود. این تصور موجب می‌شود که والدین تصویری قالبی از خویش بسازند و رفتارهای متقابل اعضا مانند همسر و فرزند را در آن قالب از پیش ساخته تعبیر و تفسیر نمایند و بدین ترتیب سیکل معیوب مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای والدگری و فرزندپروری ادامه یابد. براساس نظریه Abidin و Burke، عوامل شخصیتی والدین و ویژگی‌های مربوط به آنان، خود می‌تواند در روابط والد کودک، منبعی برای افزایش یا کاهش تنیدگی والدینی شود. فقدان حمایت‌های اجتماعی در وضعیت انزوای اجتماعی مادر، افسردگی مادر، محدودیت نقش وی، دل‌بستگی مادر و کاهش حس صلاحیت او و نیز روابط مادر با همسرش می‌تواند باعث افزایش تنیدگی والدینی مادر شود.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تعامل مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش تنیدگی مادر ناشی از ویژگی‌های شخصیتی خود او نیز شود. در واقع تمرین‌های شفقت، میزان تجربه روزانه هیجان‌های مثبت چون

رشد افراد فراهم می‌کند [۳۷]. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت، تعامل مبتنی بر شفقت به مادران کمک می‌کند تا سبک والدگری مبتنی بر مراقبت و گرمی، حمایت و ساختارمند را اتخاذ نمایند. در تمرین‌های شفقت، بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تاکید می‌شود که نقش به‌سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت. مادران به عنوان نزدیک‌ترین فرد به کودک، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری او ایفا می‌کنند؛ لذا، آموزش مادران، با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط مادر-کودک، این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند و در راستای بهبود مشکلات خود و فرزندانشان، نقشی مؤثر و فعال ایفا نمایند. تعامل مبتنی بر شفقت باعث می‌شود که والدین در مواجهه با موقعیت‌های مختلف با حفظ خونسردی، پذیرش مسئولیت و تحمل پریشانی نسبت به اتفاقات زندگی خانوادگی، بحران پیش آمده را در لحظه جاری متناسب با شرایط اکنون بررسی و راه حل متناسب را با حساسیت به رنج و همدلی کشف کنند که منجر به القای شفقت، کاهش تنیدگی و افزایش تجارب خوشایند والدگری و در نهایت بهبود رابطه مادر-کودک می‌شود.

### نتیجه‌گیری

سبک زندگی حاصل ترکیبی از انتخاب‌ها، فرصت‌ها و منابع است. سبک زندگی سالم منبع با ارزشی برای کاهش بروز و تأثیر مشکلات سلامتی، افزایش بهبودی، مقابله با عوامل استرس‌زا، ارتقای کیفیت زندگی و سلامت خانواده است [۳۸]. ارتقای سلامت خانواده در مراقبت‌های بهداشتی نقش محوری و بسیار مهمی دارد. امروزه با توجه به هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی، بر لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری، تاکید بیشتری می‌شود. سازمان بهداشت جهانی، بر اهمیت ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت‌کننده برای سلامت، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشت عمومی تاکید کرده است [۳۹]. در همین راستا، با آموزش تعامل مبتنی بر شفقت به مادران، می‌توان در جهت پیشگیری از بروز مشکلات ناشی از رابطه نامناسب مادر و کودک و نیز ارتقای سلامت خانواده گام برداشت. نتایج این پژوهش نشان داد که بسته آموزشی تدوین شده تعامل مبتنی بر شفقت می‌تواند در کاهش تنیدگی مادران و نیز بهبود رابطه مادر و کودک مؤثر باشد. شفقت می‌تواند از طریق کاهش دفاعی شدن، در نظرگرفتن شرایط منصفانه، درگیر نشدن با اهداف غیرواقع بینانه، جست‌وجو و دریافت کمک و حمایت و شفقت از دیگران، تنظیم عواطف و تحمل پریشانی، به کاهش تنیدگی مادران و در نهایت بهبود رابطه مادر-کودک کمک نماید. با توجه به این که این تدوین بسته تعامل مبتنی بر شفقت و تأثیر آن بر تنیدگی والدین و بهبود رابطه مادر-کودک، برای اولین بار صورت گرفت و در پژوهش حاضر فقط مادران ساکن شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به شهرهای دیگر ایران، باید به دنبال اجرای بسته آموزشی و آزمون نتایج صورت پذیرد. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، انجام پژوهش بر روی گروه سنی ۲ تا ۷ سال بود که پیشنهاد می‌شود، مطالعات آینده بر روی مادران دارای فرزند گروه سنی نوجوان انجام شود. به هر حال، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند چارچوبی برای مطالعات آینده باشد.

دیگران و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات هیجانی در فرد شود. مطالعه‌ای روشنی نشان داده‌اند که شفقت با مولفه‌هایی از جمله رضایت از زندگی، شادکامی و خوش بینی رابطه مستقیم و با مواردی همچون افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و خود انتقادگری رابطه معکوس دارد. آموزش شفقت علاوه بر این که موجب افزایش عناصر و اجزای شفقت می‌شود، به افزایش عناصر شناختی و هیجانی کمک می‌کند که نهایتاً این عناصر موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت روان می‌گردند [۳۶]. اگرچه، نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی می‌باشد، اما در این پژوهش افسردگی مادران کاهش معناداری نداشت. نیردی و همکاران (۲۰۰۰)، معتقدند در چنین برنامه‌هایی فقط نشانه‌های مؤلفه افسردگی کاهش می‌یابد و سلامت به‌طور کامل پوشش داده نمی‌شود. شاید یکی از دلایل وقوع چنین مسئله‌ای این باشد که معمولاً برنامه‌های آموزشی قادر به کاهش افسردگی فرد خاص نبوده و معمولاً برای کاهش افسردگی می‌بایست از یک فرآیند مشاوره‌ای یا روان‌درمانی استفاده کرد. در عین حال در تحقیق حاضر نیز برنامه آموزش ویژه‌ای با محتوایی خاص برای کاهش افسردگی طراحی نشده است، پس احتمالاً نمی‌توان این انتظار را داشت تا شاهد کاهش افسردگی به‌دنبال اجرای برنامه آموزشی مذکور بود.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش تأثیر آموزش تعامل مبتنی بر شفقت بر رابطه مادر-کودک در چهار حیطه نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی بود. شیوه تجربه روابط نزدیک، چه مراقبت‌کننده و با پذیرش باشند یا طردکننده و آزارنده، اثر مهمی بر این دارد که خود را در ذهن دیگران چگونه می‌بینیم و این دیدگاه نیز بر احساس امنیت ما در دنیا تأثیر ویژه‌ای دارد. القای شفقت منجر به قوی شدن پیوند عاطفی بین مادر و فرزند خواهد شد. در نتیجه احساس صمیمیت، ملایمت و گرمی در رابطه مادر-کودک افزایش یافته و در نهایت تعارض بین مادر و کودک کاهش می‌یابد. در همین راستا، Skinner و همکاران، با مرور ادبیات پژوهش در زمینه سبک تعامل مادر و کودک، ۶ سبک را معرفی کرده‌اند که این سبک‌ها به صورت دوقطبی عبارت هستند از: ۱- سبک مراقبت و گرمی در برابر سبک طرد؛ ۲- سبک حامی در برابر سبک اصلاح‌گری و کنترلی؛ ۳- سبک ساختارمندی در برابر سبک بی‌نظمی. از منظر Skinner و همکاران، نمود رفتارهای مراقبت و گرمی را می‌توان در رفتارهایی همچون علاقه به پیشرفت و ترقی فرزندان، فراهم کردن امکانات رشد و پرورش، اختصاص زمان و منابع در تعلیم و تربیت، توجه به علایق فرزندان و آگاهی از شیوه‌های یادگیری و مشارکتی در فعالیت‌های تحصیلی و غیرتحصیلی مشاهده کرد. شکل مخالف این رفتارها و بی‌توجهی به علایق فرزندان، نمود سبک طرد می‌باشد. سبک حامی یک شیوه ارتباطی و متقاعدسازی است. در این شیوه تربیتی، خانواده‌ها به نیازهای فرزندان خود حساس هستند و فرصت انتخاب نیز برای آنها فراهم می‌کنند. در نتیجه، این شیوه تربیتی در خدمت عزت نفس فرزندان است. شکل مخالف سبک حامی، سبک اصلاح‌گری و کنترلی است که در این سبک بر پاداش بیرونی تأکید می‌شود. سبک ساختارمندی در برابر بی‌نظمی، مشخصه سبکی است که به پیوستگی و ثبات یا بی‌نظمی در بافت اجتماعی اشاره دارد. محیط ساختارمند، محیطی است که نظم، قواعد، انتظارات و بازخوردهای روشنی برای به دست آوردن پیامد مطلوب و کمک به

کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

#### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی برای نویسندگان وجود نداشت.

#### References

1. Hines EM, Holcomb-McCoy C. Parental characteristics, ecological factors, and the academic achievement of African American males. *J Couns Dev.* 2013;91(1):68-77.
2. Pourmohammadreza-Tajrishi Ms, A'shour M, Afrouz GA, Arjmand-nia AA, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) Training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. *Arch Rehabil.* 2015;16(2):128-37.
3. Fomby P, Cherlin AJ. Family Instability and Child Well-Being. *Am Sociol Rev.* 2007;72(2):181-204. [pmid: 21918579](#)
4. Damodaran D. Parent Child Interaction Therapy (PCIT): Child Well-being through an effective Parenting Intervention. *Asian J Nurs Educ Res.* 2015;3(1):37-9.
5. Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spectr Disord.* 2010;4(2):229-41.
6. Lionetti F, Pastore M, Barone L. Parenting stress: The roles of attachment states of mind and parenting alliance in the context of adoption. *Parenting.* 2015;15(2):75-91.
7. Yousefia S, Far AS, Abdollahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Proc Soc Behav Sci.* 2011;30:1666-71.
8. Bowes L, Maughan B, Ball H, Shakoor S, Ouillet-Morin I, Caspi A, et al. Chronic bullying victimization across school transitions: the role of genetic and environmental influences. *Dev Psychopathol.* 2013;25(2):333-46. [doi: 10.1017/S0954579412001095](#) [pmid: 23627948](#)
9. Nærde A, Tambs K, Mathiesen KS, Dalgard OS, Samuelsen SO. Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child care-taking. *J Affect Disord.* 2000;58(3):181-99.
10. Cameron A, Palm K, Follette V. Reaction to stressful life events: what predicts symptom severity? *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):645-9. [doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.008](#) [pmid: 20466515](#)
11. Winsper C, Wolke D, Lereya T. Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11-12 years. *Psychol Med.* 2015;45(5):1025-37. [doi: 10.1017/S0033291714002128](#) [pmid: 25171495](#)
12. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge; 2010.
13. Rostami M, Abdi M, Heidari H. Correlation of Childhood Maltreatment, Self-Compassion and Mental Health in Married People. *J Fundam Ment Health.* 2014;16(61):73-61. [doi: 10.22038/jfmh.2014.2560](#)
14. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self Identity.* 2013;12(2):146-59.
15. Gillath O, Shaver PR, Mikulincer M. An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*: Routledge; 2005. p. 133-59.
16. Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol Psychother.* 2011;84(1):9-25; discussion 98-110. [doi: 10.1348/147608310X520094](#) [pmid: 22903828](#)
17. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage publications; 2016.
18. Fincham FD, Hall JH. Parenting and the marital relationship. *Parenting: An ecological perspective.* 2: Routledge; 2005. p. 205-34.
19. Hetherington E, Stanley-Hagan M. Parenting in divorced and remarried families In Bornstein M., editor.(Ed.), *Handbook of parenting: Being and becoming a parent.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 2002. p. 287-316.
20. Karraker KH, Coleman PK. The effects of child characteristics on parenting. *Parenting: An ecological perspective*: Routledge; 2005. p. 147-76.
21. Abareshi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *J Res Psychol Health.* 2009;3(3):49-58.
22. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. *J Early Childhood Infant Psychol.* 2011;1(7).
23. Saberi J, Bachrame Pour M, Ghmarane A, Yar Mochmadian A. The Effectiveness of Group Positive Parenting Program on Parental Stress of Mothers of Children with Autism Disorder. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2017;15(56):69-77.
24. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Austr Clin Psychol.* 2017;3(1):1743.
25. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Differ.* 2010;48(6):757-61.
26. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity.* 2010;9(3):225-40.

#### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکترای روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1397.037 می‌باشد. از تمامی شرکت

27. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *J Posit Psychol*. 2010;5(5):377-89.
28. Tirsch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J Cogn Ther*. 2010;3(2):113-23.
29. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers*. 2007;41(1):139-54.
30. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000;11(4):227-68.
31. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *J Clin Child Psychol*. 1990;19(4):298-301.
32. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varast A. Effect of Compassion Therapy on Adjustment and Happiness of Students with High-Risk Behaviors. *Q J Child Ment Health*. 2018;5(2):142-53.
33. Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol*. 2008;95(5):1045.
34. Morgan J, Robinson D, Aldridge J. Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child Fam Soc Work*. 2002;7(3):219-25.
35. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*. 2011;84(3):239-55. [doi: 10.1348/147608310XS26511](https://doi.org/10.1348/147608310XS26511) [pmid: 22903867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22903867/)
36. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change: Guilford Press; 2007.
37. Skinner E, Johnson S, Snyder T. Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and practice*. 5: Taylor & Francis; 2005. p. 175-235.
38. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing Factors on Healthy Lifestyle From Viewpoint of Ederly People: Qualitative Study. *Iran J Ageing*. 2013;7(4):47-58.
39. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;21(1):102-13.