

## Original article

## Effectiveness of Compassion Focused Therapy in the reduction of Self-Criticism and Parental Guilt of Mothers of Children with Phenylketonuria Syndrome: A Quasi-Experimental Study

**Borzoo Amirpour**<sup>1\*</sup>**Zahra Asgarpour**<sup>2</sup>**Mehrdad Ahmadi Far**<sup>3</sup>

1. Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. MSC, Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

\*Corresponding author: Borzoo Amirpour, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Email: borzooamirpour@pnu.ac.ir

Received: 07 April 2024

Accepted: 25 May 2024

### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** Children's training is difficult enough for any family. Yet, for the parents of a child with a disability, worrying about their future can be overwhelming. In the meantime, a series of problems, including adverse psychological consequences, are imposed on mothers due to their closeness and more engagement in parenting duties as the cost of caring for these children. The present study aimed to assess the effectiveness of compassion-focused therapy in reducing self-criticism and parental guilt of mothers with children with Phenylketonuria syndrome.

**Methods:** This applied quasi-experimental study was conducted based on a pre-test, post-test, control group design. The statistical population of the study consisted of 37 mothers with children suffering from phenylketonuria in Delfan in 2023. Out of this population, 30 cases were selected and randomly assigned to two intervention and control groups (n=15 in each group). The intervention group (Based on the treatment protocol of Gilbert and Neff, 2007) received compassion-focused therapy training during eight two-hour sessions once a week. In order to collect data before and after the treatment program, two questionnaires, Hosseini Tari's parental guilt (2019) and Saadati Shamir's self-criticism (2018), were used. Data were analyzed in SPSS software (version 27) using descriptive indices and multivariate covariance analysis.

**Results:** The findings pointed out that after controlling the scores of the pre-test stage, there was a significant difference between the intervention and control groups in the post-test scores of self-criticism (Eta=0.232; P=0.017; F=6.636) and parental guilt (Eta=0.629; P=0.001; F=7.366).

**Conclusion:** As evidenced by the results of the present study and in connection with the practical background of the research, compassion-focused therapy significantly reduces self-criticism and parental guilt of mothers with children with phenylketonuria. Therefore, it is suggested to use compassion-focused therapy in psychotherapy and rehabilitation counseling for parents of children with special needs in order to improve the psychological health of their mothers.

**Keywords:** Guilt, Self-criticism, Self-Compassion, Phenylketonuria

► **Citation:** Amirpour B, Asgarpour Z, Ahmadi Far M. Effectiveness of Compassion Focused Therapy in the reduction of Self-Criticism and Parental Guilt of Mothers of Children with Phenylketonuria Syndrome: A Quasi-Experimental Study. Journal of Health Research in Community. Summer 2024;10(2): 60-73.

## مقاله پژوهشی

# کاربست درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری: یک مطالعه نیمه تجربی

## چکیده

برزو امیریور<sup>۱\*</sup>  
 زهرا عسگریور<sup>۲</sup>  
 مهرداد احمدی فر<sup>۳</sup>

**مقدمه و هدف:** تربیت فرزند برای هر خانواده ای به اندازه کافی دشوار است، اما برای والدین یک کودک معلول، نگرانی در مورد آینده آن‌ها می‌تواند طاقت فرسا باشد. از این میان بر مادران به دلیل قربت و مشغولیت بیشتر در وظایف والدگری، مجموعه‌ای از مشکلات از جمله پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی به‌عنوان هزینه مراقبت از این کودکان محتمل می‌شود. هدف این مطالعه، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری بوده است.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مشتمل بود بر ۳۷ مادر دارای فرزند مبتلابه نشانگان فنیل کتونوری شهر دلفان در سال ۱۴۰۱ که از این میان ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی و مساوی در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه مداخله بر اساس پروتکل گیلبرت و نف (۲۰۰۷) طی ۸ جلسه دوساعته و هفته‌ای یک‌بار، تحت آموزش درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها در مرحله قبل و بعد از کاربرد برنامه درمانی، از دو پرسشنامه، احساس گناه والدینی حسینی طاری (۱۳۹۸) و خودانتقادی سعادت‌ی شامیر (۱۳۹۷) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS-۲۷ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد پس از کنترل نمرات مرحله پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل در رابطه با پس‌آزمون نمرات خود-انتقادی ( $F=۶/۶۳۶, P=۰/۰۱۷, \eta^2=۰/۲۳۲$ ) و احساس گناه والدینی ( $F=۷/۳۶۶, P=۰/۰۰۱, \eta^2=۰/۶۲۹$ ) وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و در پیوند به پیشینه عملی پژوهش، درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش معنادار خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند مبتلابه فنیل کتونوری می‌شود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که در روان‌درمانی و مشاوره توان‌بخشی به والدین دارای کودکان با نیاز ویژه جهت ارتقای سلامت روان‌شناختی مادران آن‌ها درمان مبتنی بر شفقت به کار گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** گناه، خود انتقادی، خودشفقتی، فنیل کتونوری

۱- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
 ۲- کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
 ۳- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: برزو امیریور، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Email: borzooamirpour@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵

◀ **استناد:** امیریور، برزو؛ عسگریور، زهرا؛ احمدی فر، مهرداد. کاربرد درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۴۰۳؛ ۱۰(۲): ۶۰-۷۳

## مقدمه

فنیل کتونوری (Phenylketonuria; PKU) اختلالی مرتبط با متابولیسم اسیدآمینو است که در یک الگوی اتوزومی

مغلوب (autosomal recessive) به ارث می‌رسد و به دلیل نقص فعالیت آنزیم فنیل آلانین هیدروکسیلاز (Phenylalanine hydroxylase; PAH) ایجاد می‌شود. این آنزیم در کبد عامل تبدیل فنیل آلانین (Phenylalanine; Phe) به تیروزین (Tyrosine) به‌عنوان ماده‌ای ضروری برای بدن است [۱]. بنابراین، کمبود این آنزیم باعث تجمع فنیل آلانین در خون و مغز می‌شود، به نحوی که غلظت فنیل آلانین موجود در گردش خون در مورد PKU کلاسیک، یعنی شدیدترین حالت این ناهنجاری، معمولاً ۱۰ برابر (بیش از ۱۲۰۰ میلی‌مول در لیتر) بیشتر از یک فرد سالم است. با این حال، پیامدهای عدم درمان این اختلال به دنبال تولید ناکافی انتقال‌دهنده‌ی عصبی دوپامین و سروتونین در نواحی قشر پیش‌پیشانی، می‌تواند نارسایی ذهنی برگشت‌ناپذیر، میکروسفالی، نقص حرکتی، تشنج و مشکلات تحولی باشد [۲]. شیوع این بیماری در سراسر جهان به دلیل تفاوت در غربالگری زود هنگام در نوزادان متفاوت است. در ایالات متحده، PKU در ۱ نوزاد از هر ۱۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نوزاد رخ می‌دهد [۳]. به‌طور کلی، PKU در میان نژاد سفید بیشترین شیوع را دارد و تقریباً در ۱ مورد در هر ۱۰۰۰۰ تولد اتفاق می‌افتد و معمولاً در آزمایش‌های غربالگری نوزادان تشخیص داده می‌شود [۴]. تولد یک کودک معلول می‌تواند باعث ناامیدی والدین شود و به نظر می‌رسد که واکنش خانواده‌ها از پنج مرحله‌ی روان‌شناختی معرفی‌شده برای سوگ (انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و پذیرش) که -Kubler-Ross آن را تشریح کرده است، تبعیت می‌کند. این واکنش مشابه وضعیتی است که در والدین هنگام مرگ یا از دست دادن فرزند حین زایمان مشاهده می‌کنیم [۵، ۶].

یکی از الگوهایی که به هدف مفهوم‌سازی نقش عوامل مختلف در تبیین استرس و سازگاری خانواده در مواجهه با بحران ارائه شده است، الگوی ای‌بی‌سی‌ایکس (McCubbin & Patterson's ABCX model) است [۷]. بر اساس این الگو، سازگاری یک خانواده با یک بحران مانند تولد کودکی معلول،

از تعامل چهار عامل منابع سازشی و حمایتی خانواده (existing familial resources-A)، برداشت و ادراک خانواده از موقعیت استرس‌زا (perception of stressors-B)، بیشتر بودن عامل استرس‌زا از منابع حمایتی موجود (when stressors outweigh resources and perception - C) و پدید آیی بحران (X - emerge) حاصل می‌شود [۸]. بر این اساس، هنگامی که یک کودک PKU تشخیص داده می‌شود، والدین باید مسئولیت فوری مدیریت و پیشگیری از آسیب عصبی را بر عهده بگیرند. آن‌ها باید بر میزان تغذیه‌ی کودک، معاینات برنامه‌ریزی‌شده و مستمر پزشکی و آزمایش خون منظم نظارت کنند. علاوه بر این، رژیم غذایی بسیار محدود و کم‌پروتئین این گروه از کودکان می‌تواند عامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت روانی والدین باشد؛ زیرا محدودیت‌های رژیم غذایی یکی از اعضای خانواده بر سبک تغذیه‌ی کل خانواده تأثیر می‌گذارد [۹]. در یک مطالعه‌ی مروری نظام‌مند با هدف تعیین عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوری که در سال ۱۴۰۲ اجرا شده بود، نتایج حاکی از آن بود که متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون جنسیت و سطح تحصیلات والد، سن کودک و درآمد خانوار در مجموع گسترده‌ترین عامل و حمایت اجتماعی و متغیرهای کیفیت زندگی، استرس و پریشانی روان‌شناختی، عوامل تکرارپذیر بعدی مرتبط با بهزیستی این والدین است [۱۰]. علاوه بر این، نتایج این بررسی نظام‌مند از ۲۴ مطالعه‌ی مورد توجه در این پژوهش نشان داد که مادران به‌عنوان مراقب اولیه و سنتی نسبت به پدران، در برابر پریشانی روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر هستند. در همین راستا، پژوهش دیگری نشان داد که والدین کودکان مبتلا به PKU کیفیت زندگی متوسط و استرس نسبتاً بالایی را تجربه می‌کنند [۱۱]. علاوه بر این، در یک مطالعه کیفیت زندگی و شاخص‌های والدگری در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به PKU را بررسی کردند [۱۲]. نتایج تأثیر بالای این شرایط بر کیفیت زندگی و احساس گناه در مادران را نشان داد.

گرچه عواملی از جمله سطح تحصیلات مادر، درآمد ماهانه و والدین و زمان تشخیص کودک مبتلا به PKU به طور معناداری بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس والدین تأثیرگذار است، والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات دوران تحول سطوح بالاتری از هیجان منفی و اختلالات اضطرابی، خلقی و مرتبط با استرس را تجربه می‌کنند [۱۳]. یکی از ویژگی‌های شخصیتی منفی و زیربنایی که فرایند رشد شخصی و اجتماعی فرد را مختل و وی را مستعد آسیب‌پذیری روانی (susceptibility to psychopathology) و تداوم آن می‌کند، خودانتقادی (Self-criticism) است. در این حالت روان‌شناختی که از خود شخص و معیارهای درونی‌شده‌اش ریشه می‌گیرد، نوعی از خودقضاوتی مبتنی بر تنبیه و خودخوارسازی مشاهده می‌شود [۱۴]. خودانتقادی نمایانگر باورهای ناکارآمد (representative of dysfunctional beliefs) و پیامد ارزیابی منفی از خود تلقی می‌شود و می‌تواند به‌عنوان یک استرس‌زای دائمی عمل کند. در واقع، خودانتقادی از دو مفهوم تشکیل شده است: یکی خودانتقادی و دیگری حمله به خود (self-attacking). درحالی‌که مفهوم نخست پیش‌بینی‌کننده‌ی استرس است و به بی‌کفایتی‌ها و حقارت‌های ناشی از اشتباهات و نارسایی‌ها در نتیجه‌ی ارزیابی موشکافانه و شدید از خود (harsh self-scrutiny) اشاره دارد، حمله به خود به خودآزاری (self-harm) معطوف است که در آن فرد تمایل به خود تخریبی و احساس رنجش از خود دارد. این مؤلفه‌ی اخیر، تمام متغیرهای آسیب‌پذیری روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی می‌کند [۱۵].

با وجود این، می‌توان اظهار داشت که تولد فرزندی معلول ممکن است به کاهش جدی عزت‌نفس والدین، ایجاد ناامیدی، احساس شرمندگی و خجالت‌زدگی و در نتیجه، تبدیل شدن کودک به مانعی اجتماعی منجر شود. این خود می‌تواند بستری برای تشدید و تداوم خودانتقادی در این والدین شود. علاوه بر این، افرادی که خودانتقادی بالایی دارند، تمایل به تجربه‌ی شرم، گناه

و ناامیدی دارند [۱۴]. احساس گناه والدینی (Parenting Guilt) یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی بهزیستی روانی مادران محسوب می‌شود و احساس گناه روانی و شرمی که والدین در طول فرایند والدگری تجربه می‌کنند، تعریف می‌شود. برای مثال، والدین نگران‌اند که نتوانند موقعیت آموزشی مناسبی برای فرزند خود فراهم کنند یا هنگام عصبانی شدن از دست فرزندشان، احساس گناه می‌کنند و ممکن است تقصیر اشتباهات انجام‌شده توسط کودکان را به خود نسبت دهند [۱۶]. این احساس گناه به حس مسئولیت یا پشیمانی برای جبران خسارتی معطوف است که در آن فرد یا اشتباهی را مرتکب شده است یا صرفاً تصور می‌کند اشتباهی را انجام داده است [۱۷]. در ارتباط با تولد یک کودک با نیاز ویژه، همچون کودکان مبتلا به PKU، نگرش والدین به این تولد از اهمیت خاصی در بروز واکنش‌های هیجانی برخوردار است. در زمینه‌ی شرایط مرتبط با تولد نوزادان و احساس گناه، مطالعات نشان داده است [۱۸] زمانی که نوزاد در حین تولد کوچک و کم‌وزن تشخیص داده می‌شود، والدین احساس گناه می‌کنند. در پژوهش دیگری [۱۹] گزارش شده است که ۳۵ درصد از مادران شرکت‌کننده در آن پژوهش، احساس گناه را تجربه کردند و تصورشان این بود که مسئول زایمان زودرس نوزادشان هستند.

یکی از جدیدترین درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی (third wave of behavior therapy) با پشتوانه‌ی نظری و تجربی و معطوف به درک و التیام رنج انسان‌ها که در طول ۲۰ سال گذشته محبوبیت درخور توجهی پیدا کرده، درمان مبتنی بر شفقت (CFT - compassion focused therapy) است [۲۰].

رویکردی یکپارچه و چندوجهی است که هدف آن کاهش شرمساری ناشی از مشکلات هیجانی است که تا حد زیادی به دلیل نحوه‌ی تکامل مغز ما رخ می‌دهد. همچنین، یاری‌رسانی به افرادی است که سطوح بالایی از شرم و انتقاد از خود را تجربه می‌کنند. این روش درمانی در روان‌شناسی تکاملی به دلیل توجه خاص به شکل‌گیری هیجان‌ها و ادراکات انسان در طول میلیون‌ها

سال، در نظریه‌ی دلبستگی و دیدگاه‌های فیزیولوژیکی عصبی (neurophysiological perspectives) در مورد بهزیستی (well-being) ریشه دارد. همچنین، این الگوی درمانی از آموزه‌های سنن شرقی، یعنی بودیسم، در مورد ذهن آگاهی (mindfulness) و شفقت‌ورزی متأثر است [۲۱].

اصطلاح شفقت (compassion) که در تمام سنت‌ها و فرهنگ‌های معنوی وجود دارد، انگیزه‌ی اجتماعی مطلوبی تلقی می‌شود که به‌عنوان حساسیت به رنج در خود و دیگران با تعهدمندی به تلاش برای کاهش و جلوگیری از آن در نتیجه‌ی برخورداری از ذهنی شفقت‌ورز (Compassionate Mind) مفهوم‌سازی شده است [۲۲]. سه «روند» برای شفقت مطرح می‌شود: شفقت به خود (self-to-self)، شفقت به دیگران (self-to-other) و شفقتی که از دیگران به خود (other-to-self) دریافت می‌کنیم. CFT را به‌عنوان رویکردی زیستی، روانی، اجتماعی و بر پایه‌ی تکامل، در سال ۲۰۰۰، روان‌شناس بالینی Paul Raymond Gilbert ابداع کرده است. این رویکرد بر شفقت به‌دلیل ارتباط آن با انگیزه‌ها، احساسات و توانایی‌ها و شایستگی‌ها به‌منظور حامی بودن، درک کردن، مهربان بودن و یاری‌رسانی به دیگران تأکید می‌کند [۲۲]. بر اساس مدل سه‌سیستمی از هیجان‌های (The Gilbert Three-System Model of Emotion. From Gilbert) وجود انسان سه سیستم تنظیم هیجان (emotion regulation) تکامل یافته است: سیستم تهدید با نقش محافظتی در برابر خطر، سیستم سائق یا محرک با نقش برانگیختگی در جست‌وجوی منابع و سیستم امنیت و التیام‌بخش با هدف تقویت نگرش مراقبتی، همدلانه و بدون قضاوت درباره‌ی خود، به‌ویژه در مواجهه با موقعیت‌های منفی یا استرس‌زا [۲۴]. CFT پیشنهاد می‌کند که مشکلات روان‌شناختی زمانی به وجود می‌آیند که این سه سیستم تنظیم هیجانی از تعادل خارج شوند. برای مثال، فعال شدن بیش از حد سیستم تهدید با کاهش فعالیت سیستم امنیت همراه است و این خود موجب فرسودگی در ارگانسیم می‌شود. بر این اساس، از

طریق آموزش ذهن شفقت‌ورز، زمینه‌ی تسهیل رشد سیستم امنیت به‌عنوان بخشی مرتبط با دستگاه عصبی پاراسمپاتیکی و ضروری در ایجاد تعادل فراهم می‌شود و فرونشانی و تنظیم سیستم‌های تهدید و محرک اتفاق می‌افتد [۲۵].

پژوهش‌های معدودی در ارتباط با اثربخشی CFT بر مشکلات روان‌شناختی والدین فرزندان با معلولیت جسمی و ذهنی انجام گرفته است. در پژوهشی [۲۶] نشان داده شد که CFT به‌طور معناداری در افزایش حس انسجام (sense of coherence) و کاهش ناگویی خلقی (Alexithymia) مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی سهیم بوده است. در مطالعه‌ی دیگری، اثربخشی CFT بر کاهش تحمل پریشانی (distress tolerance) و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی و حرکتی گزارش شده است [۲۷]. در یک مطالعه درباره‌ی کارآمدی آموزش CFT مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Compassion Education) با مشارکت ۲۴ مادر کودکان مبتلا به PKU نشان داده شد که روند خطی تغییرات نمره‌ی کلی خودانتقادی و اضطراب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است [۲۸].

با وجود این، مادران کودکان مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی و تحولی می‌توانند همان عشق و شوق را به فرزندان خود داشته باشند، اما به‌دلیل دشواری‌های بیشتر در حوزه‌ی مراقبت و والدگری، زمینه‌ی شکل‌گیری هیجان‌های منفی مرتبط با سلامت روان آنان، مانند احساس گناه و سبک ارتباطی خود با خود (Self-to-self relating style) مخرب، مانند خودانتقادی، بالاتر به نظر می‌رسد. علاوه بر این، متون مرتبط به اثربخشی رویکرد CFT به‌عنوان درمانی جدید برای تنظیم هیجان‌ها و کاهش خودارزیابی خشن ناشی از خودانتقادی در جمعیت‌های مختلف اشاره داشته است. از این رو، به دنبال بسط تأثیر انگیزه‌ی مشفقانه در مادران کودکان مبتلا به PKU، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری انجام گرفت.

## روش کار

که اغماض پذیری بالاتر یا پایین تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه برابر با ۱۲/۰۷ نفر به دست آمد. برای اطمینان از کافی بودن حجم نمونه، این مقدار برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. پس از کسب مجوزهای لازم و اعلام اهداف مداخله، مشارکت کنندگان و گروه‌ها مشخص شدند. گردآوری داده‌ها و اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند سن و سطح تحصیلات انجام شد. مادران حاضر در پژوهش به پرسش‌نامه‌های خودگزارشی احساس گناه والدینی حسینی طاری و همکاران و مقیاس خودانتقادی سعادت‌ی شامیر و همکاران در مراحل پیش‌آزمون و بعد از اتمام جلسات مداخله و یک هفته بعد به منظور کسب نمرات پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه مداخله طی ۸ جلسه‌ی دوساعتی و هفته‌ای یک بار، توسط درمانگر آموزش‌دیده و کمک‌درمانگری که دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بود، تحت آموزش رایگان درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت؛ درحالی‌که برای گروه کنترل بدون تعامل با مداخله، درمانی انجام نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، مادر زیستی کودک بودن و زندگی با کودک، فقدان اختلالی که همراهی در جلسات را با دشواری همراه کند، عدم حضور هم‌زمان در جلسات مرتبط با مداخلات روان‌شناختی. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف خانگی بود. در این پژوهش حجم نمونه تا پایان مداخلات ثابت بود. از ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش می‌توان به آگاهی از اهداف مطالعه، داشتن حق انصراف از روند درمان، حفظ محرمانگی با درج نشدن مشخصات شناسنامه‌ای، نداشتن بار مالی برای مادران و هم‌راستا بودن آموزش‌ها با نظام ارزشی مشارکت کنندگان اشاره کرد.

ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:  
 ۱. مقیاس احساس گناه والدینی در خانواده‌های دارای فرزند با مشکلات بالینی: این ابزار را حسینی طاری و همکاران در سال

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه‌آزمایشی و طرح آن بر اساس پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با گمارش تصادفی بود. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل تمام مادران کودکان مبتلا به بیماری PKU بود که تا مهر ماه سال ۱۴۰۱ به شبکه‌ی بهداشت و درمان شهر دلفان مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده بودند. طبق آمار ارائه‌شده از شبکه‌ی بهداشت، تعداد مادران دارای فرزند فنیل کتونوری ۳۷ نفر بود. (از دلایل آمار زیاد تعداد بیمار PKU در این شهر از دواچه‌های فامیلی زیاد است.)

تعداد ۳۰ نفر از جامعه‌ی آماری ( $N=37$ ) بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و خروج از پژوهش انتخاب شدند. از قانون تخصیص تصادفی (random allocation rule) به‌عنوان ساده‌ترین شکل از انواع روش‌های تصادفی‌سازی محدود (restricted randomization) و مناسب برای داشتن گروه‌هایی با حجم برابر استفاده شد. در این روش، پژوهشگر ابتدا حجم نمونه‌ی کلی را مانند مطالعه‌ی حاضر انتخاب می‌کند، سپس با هدف کاهش سوگیری و حذف حق انتخاب پژوهشگر در گزینش افراد، برای هر شرکت‌کننده یک کد در نظر گرفته می‌شود و کدهای ثبت‌شده روی کاغذ در کیسه‌ای قرار می‌گیرد. در نهایت، کدهای استخراج‌شده به‌نوبت به گروه‌های مداخله و کنترل تخصیص داده می‌شوند. بر این اساس، در این پژوهش دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) مشخص شدند. برآورد حجم نمونه با استفاده از معادله‌ی زیر انجام شد [۲۹].

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

بر اساس پژوهش Soleimani Sheikhabadi و Kadkhodaei،  $\alpha=0.05$  و  $\text{Power}=0.90$ ،  $d=1/10$ ،  $a=3/49$ ، در این معادله،  $\sigma$  انحراف معیار است و نشان‌دهنده‌ی مقادیر پراکنندگی است و  $d$  بازه‌ی اطمینانی است

۱۳۹۸ با استفاده از مفاهیم نظری احساس گناه در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری با ۹ گویه طراحی کردند [۳۱]. نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست (کاملاً غلط = ۱، تقریباً غلط = ۲، تا حدودی درست = ۳ و کاملاً درست = ۴) تنظیم شده است. دامنه‌ی نمرات بین ۹ تا ۳۶ است، به طوری که نمره‌ی بیشتر بیانگر احساس گناه والدینی بالاتر خواهد بود. مقیاس احساس گناه والدینی متشکل از سه زیرمقیاس تأثیر بر بیماری، مراقبت و حمایت ناکافی و تخطی از استانداردهاست. بر اساس تحلیل داده‌ها، طراحان این ابزار نتایج پایایی با روش همسانی درونی و بر اساس آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۲ و همبستگی آزمون و بازآزمون را برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند که حاکی از مطلوبیت مقدار پایایی است. آلفای کرونباخ برای هریک از خرده‌مقیاس‌های تأثیر بر بیماری، مراقبت و حمایت ناکافی و تخطی از استانداردها محاسبه شده و به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۱ گزارش شده است [۳۱]. در این پژوهش، همسانی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ به دست آمد.

۲. مقیاس خودانتقادی/خوداعتمادی (self-criticism & self-reassurance): این مقیاس را در سال ۲۰۰۴ در ابتدا گیلبرت (Gilbert) و همکاران با هدف سنجش تمایل فرد به داشتن انتظارات و توقعات بالا از خود، انواع سبک‌های خودانتقادی و عوامل هیجانی زیربنایی تشکیل‌دهنده‌ی خودانتقادی تدوین کردند [۳۲]. این ابزار با ۲۲ سؤال و دو زیرمقیاس خودانتقادی (self-criticism) با ۱۳ سؤال و خوداعتمادی (self-reassurance) با ۹ سؤال که در جدول ۲ گزارش شده است، در یک طیف ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره‌ی آن به ترتیب برابر با ۰ و ۸۸ است. در این مطالعه از زیرمقیاس خودانتقادی استفاده شد که کسب نمرات بالاتر، تمایل به خودانتقادی بیشتر در فرد را منعکس می‌کند. در داخل، این ابزار را سعادتی شامیر و همکاران اعتباریابی کرده‌اند [۳۳].

Gilbert و همکاران ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی اولیه را ۰/۹۰ برآورد کردند و ضرایب همسانی درونی را در کل نمونه برابر با ۰/۸۳ و در مردان برابر با ۰/۷۸ و در زنان برابر با ۰/۸۵ اعلام کردند [۳۲]. علاوه بر این، سعادتی شامیر و همکاران در اعتباریابی این مقیاس، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی آن را برای زیرمقیاس خودانتقادی برابر با ۰/۶۹ و برای زیرمقیاس خوداعتمادی برابر با ۰/۷۷ به دست آوردند [۳۳]. در پژوهش با استفاده از روش دونیمه‌سازی، پایایی برابر با ۰/۷۹ حاصل شد.

برنامه‌ی مداخله‌ی آموزشی: بسته‌ی آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (compassion-focused therapy) متناسب با زمان جلسات بین ۸ تا ۱۰ جلسه به صورت هفتگی با طیف گسترده‌ای از پیامدهای مثبت بر بهزیستی (well-being) و آشفته‌گی روانی (distress) برای رده‌های سنی مختلف اجرا می‌شود [۳۴]. در این رویکرد درمانی، مراجعان مواردی چون آشنایی با مفهوم شفقت به خود، همدلی تمرینات تنفسی آرام‌بخش جهت کاهش استرس، آشنایی با ابعاد خودشفقتی یا خودانتقادی بودن شخصیت افراد، مقابله‌گری با افکار خودانتقادگر، پذیرش بدون قضاوت درباره‌ی خود پس از ارتکاب خطا و پذیرش اشتباه به عنوان یک تجربه‌ی مشترک انسانی و آموزش بخشش خود به دنبال بروز اشتباهات، تحمل شرایط دشوار، بسط خودشفقتی و خودارزشمندی، تمرین تصویرسازی خودشفقت‌ورزانه (Self-compassionate mental imagery)، تمرین نوشتن عبارات مهربانگیز و نامه‌ی دلسوزانه، شناسایی احساسات متناقض و تمرین صندلی خالی را آموزش می‌بینند [۳۴، ۳۵]. در جدول ۱ خلاصه‌ی جلسات ارائه شده است.

داده‌های پژوهش با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۷ در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در بخش توصیفی، اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن و مقطع تحصیلی و آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای هر دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیش‌آزمون ارائه شد. علاوه بر این، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون مجذور کای بررسی

جدول ۱: اهداف و محتوای جلسات بسته‌ی آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT)

جلسات	هدف	شرح مختصری از محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	آشنایی با اصول کلی درمان	آشنایی با درمانگر و اعضای گروه، معرفی قوانین و مقررات حاکم بر جلسات و توافق برای ایجاد فضایی امن برای گروه، آشنایی اولیه با شفقت‌درمانی و منطق حاکم بر این الگوی درمانی، معرفی اثر و اهمیت شفقت‌ورزی، معرفی خودانتقادی و شناسایی وجود آن در شرکت‌کنندگان و آموزش تنفس آرامش‌بخش.
جلسه‌ی دوم	آشنایی با سه سیستم تنظیم هیجان و پرورش شفقت	آشنایی با نحوه‌ی فعال شدن سیستم‌های ذهنی متمرکز بر تهدید، محرک و امنیت در موقعیت‌های دردناک، پیگیری نحوه‌ی رفتار با خود بر اساس خودانتقادی یا خودشفقتی، مروری بر خودشفقتی شرکت‌کنندگان، معرفی هیجان دردناک و منفی گناه، تمرین خانگی مبتنی بر یادداشت اجزای خودشفقتی در عملکردهای روزانه.
جلسه‌ی سوم	شناخت زمینه‌های مؤثر در خودانتقادی و احساس گناه و آشنایی با فنون ذهن آگاهی	مروری بر فعالیت خانگی، بحث درباره‌ی کارکرد تکاملی هیجان‌ها، معرفی فنون ذهن آگاهی و تمرین خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی و حضور در لحظه، تعهد مشفقانه در تفکر و رفتار، انجام تمرین خوردن آگاهانه در سایر موقعیت‌ها.
جلسه‌ی چهارم	اصلاح و بسط خودشفقتی، نوشتن نامه مشفقانه به خود	بررسی فعالیت‌های خانگی، آشنایی با ویژگی‌های شش‌گانه‌ی فرد شفقت‌ورز، نوشتن نامه‌ی مشفقانه‌ی حمایت‌گراانه و بدون قضاوت درباره‌ی خود با هدف پذیرش خود و افکارمان به‌جای مبارزه، تکلیف ارزیابی خود به‌عنوان یک فرد واجد خصوصیات شفقت‌ورز.
جلسه‌ی پنجم	آموزش بخشش خود و پذیرش اشتباهات خود با هدف سرعت دادن به تغییرات و مواجهه‌ی مؤثر با احساسات متناقض و ایجاد احساسات خوشایند	بررسی فعالیت‌های خانگی، پذیرش اشتباه به‌عنوان تجربه‌ی مشترک انسانی و همراه شدن با رنج‌های خود، تمرین تجسم‌سازی خودشفقتی با ایجاد مکانی امن در ذهن و تصور حضور آن در زندگی روزمره، آموزش تأثیر افکار بر احساس گناه و خودانتقادی، پرورش شجاعت مشفقانه در مواجهه با هیجان‌های دردناک، معرفی فن صندلی خالی در رویارویی با سه جنبه‌ی انتقادکننده و انتقادشونده‌ی شخصیت با حضور بخش ناظر شفقت‌ورز.
جلسه‌ی ششم	آشنایی با سبک‌های شفقت ورزی و تحمل شرایط دشوار	آموزش پذیرش شکست، حمایت از خود در مقابل احساسات خودتخریب‌گر، انجام تمرین‌های نفوذ تصویری رنگ، صدا و تصویر شفقت در سرتاسر بدن با هدف بیرونی‌سازی منتقد درون و درونی کردن خود شفقت‌ورز، آشنایی با انواع شفقت به خود به‌شیوه‌های کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته.
جلسه‌ی هفتم	حرکت از ابعاد سه‌گانه‌ی ترس از شفقت‌ورزی به‌سوی قاطعیت و شجاعت در شفقت‌ورزی	مروری برای تمرین‌های جلسات قبلی، آشنایی با ابعاد دیگر خودشفقتی مانند شفقت‌ورزی به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، درک قاطعیت دلسوزانه به‌جای تسلیم و پرخاشگری با درخواست دلسوزانه‌ی مواردی که نیاز داریم، آماده‌سازی برای اتمام گروه.
جلسه‌ی هشتم	مجهز شدن به جعبه‌ابزار شفقت‌ورزی با هدف کاربست آن در زندگی و شرایط دشوار	دریافت بازخورد از جلسات، انجام تمرین‌های کسب‌شده توسط اعضا، جمع‌بندی و ارائه‌ی پیشنهادها برای حفظ مهارت‌های آموخته‌شده، قدرانی از مشارکت و خاتمه دادن جلسه و دعوت به دیدار بعدی برای انجام پس‌آزمون.

کتونوری شهر دلفان در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان مبتنی بر شفقت (مداخله)  $34/21 \pm 5/62$  سال و در گروه کنترل  $35/4 \pm 29/79$  سال بود. در جدول ۲، به تفکیک سطوح سن و میزان تحصیلات دو گروه نشان داده شده است.

نتایج جدول ۲ که بر اساس آزمون مجذورکای تحلیل شده است، حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار دو گروه در متغیرهای سن و میزان تحصیلات است ( $P > 0/05$ ).

در جدول ۳، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار خودانتقادی و احساس گناه والدینی و مؤلفه‌های آن در شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش گزارش شده است. نمرات گروه مداخله در قیاس با گروه کنترل در متغیرهای وابسته

شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره بود. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای ملاک در بین دو گروه از آزمون لوین، برای بررسی مفروضه‌ی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون از همگنی شیب رگرسیون و برای تشخیص یکسانی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز  $0/05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به نشانگان فیتل



(خودانتقادی و احساس گناه والدینی) به طور معنی داری تغییرات محسوسی داشته است.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مفروضه‌های اساسی آن بررسی شد. آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است ( $P > 0/05$ ). برای بررسی مفروضه‌ی یکسانی واریانس‌های گروه مداخله و کنترل از آزمون Levene استفاده شد. نتایج نشان داد که واریانس‌های دو گروه از شرایط همگنی برخوردارند. عدم تعامل بین گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها در دو متغیر وابسته بر اساس همگنی شیب خط رگرسیون نشان داده شد ( $P > 0/05$ ). علاوه بر این، به منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس از آزمون ام‌باکس (Box's M test) استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده است ( $F = 1/052$  و  $P = 0/396$  و  $F = 28/820$  (Box's M) نتایج کرویت بارتلت (Bartlett's of Test) این گونه بود:  $F = 69/943$  و  $P = 0/001$  که حاکی از هم‌بستگی کافی بین متغیرهای وابسته است. در نتیجه شرایط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره فراهم است.

تفاضل متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون لامبدای ویلکز ( $F = 40/427$  و  $\text{Eta} = 0/935$  و  $P = 0/001$ ) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت حداقل بر یکی از متغیرهای خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران کودکان مبتلا به فیل کتونوری اثر معنی داری دارد. یافته‌های جدول ۴ که به تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر

جدول ۲: خصوصیات جمعیت‌شناختی در مادران کودکان مبتلا به فیل کتونوری (PKU)

متغیر مؤلفه‌ها	گروه مداخله		P
	گروه کنترل	گروه مداخله	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
سن			
۲۰-۳۰ سال	۴ (۴۰)	۴ (۲۶)	
۳۰-۴۰ سال	۸ (۵۳)	۹ (۶۰)	۰/۶۷۳
۴۰-۵۰ سال	۱ (۶)	۲ (۱۳)	
دیپلم و کمتر	۱۱ (۷۳)	۹ (۶۰)	۰/۷۱۳
سطح تحصیلات			
کاردانی	۳ (۲۰)	۴ (۲۷)	
کارشناسی	۱ (۶)	۲ (۱۳)	

درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی و احساس گناه والدینی و مؤلفه‌های آن اشاره دارد، حاکی از آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی داری بین گروه مداخله و کنترل در نمرات پس‌آزمون خودانتقادی ( $P = 0/017$  و  $\text{ضریب تأثیر} = 0/232$ )، احساس گناه والدینی ( $F = 6/636$  و  $P = 0/01$ ) و ضریب تأثیر، ( $F = 7/366$ ) وجود داشت. ضریب اتای به‌دست آمده حاکی از آن است که واریانس مرتبط با تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بوده است؛ بنابراین، آموزش درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی در مادران دارای کودک مبتلا به فیل کتونوری (PKU) شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت‌ورزی موجب کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی در مادران دارای فرزند مبتلا مبتلا به فیل کتونوری (PKU) می‌شود. این یافته با نتایج

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات خودانتقادی و احساس گناه والدینی و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودانتقادی	مداخله	۳۳/۸۸	۷/۷۸	۲۷/۸۰	۶/۸۸
	کنترل	۳۴/۰۶	۸/۰۶	۳۳/۷۳	۷/۸۰
خوداعتمادی	مداخله	۱۲/۴۰	۳/۹۹	۲۱/۳۳	۴/۵۹
	کنترل	۱۲/۶۰	۳/۴۰	۱۲/۶۰	۲/۹۲
احساس گناه والدینی	مداخله	۲۴/۰۶	۵/۳۶	۵/۰۵	۳/۳۲
	کنترل	۲۴/۰۶	۴/۹۴	۱۲/۴۶	۲/۲۶
تأثیر بر بیماری	مداخله	۱۶/۳۳	۳/۶۵	۴/۸۰	۱/۷۸
	کنترل	۱۶/۴۰	۲/۸۲	۱۵/۶۶	۳/۱۳
مراقبت و حمایت ناکافی	مداخله	۶/۸۶	۱/۵۹	۴/۲۶	۱/۵۳
	کنترل	۷/۲۶	۱/۹۰	۷/۵۳	۱/۶۴
تخطی از استانداردها	مداخله	۱۰/۲۶	۲/۴۹	۶/۷۳	۱/۷۳
	کنترل	۱۰/۲۰	۲/۱۱	۱۰/۴۶	۲/۲۹

جدول ۴: تحلیل کوواریانس تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی و احساس گناه والدینی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	شدت اثر
خودانتقادی	پیش‌آزمون	۶۵۹/۰۱۷	۱	۶۵۹/۰۱۷	۱۸/۸۳۵	۰/۰۰۰	
	گروه	۲۳۲/۱۹۶	۱	۲۳۲/۱۹۶	۶/۶۳۶	۰/۰۱۷	۰/۲۳۲
	خطا	۷۶۹/۷۵۰	۲۲	۳۴/۹۸۹			
خوداعتمادی	پیش‌آزمون	۱۰۹/۶۸۶	۱	۱۰۹/۶۸۶	۳/۱۳۵	۰/۰۹۰	
	گروه	۵۶۵/۶۱۶	۱	۵۶۵/۶۱۶	۱۰۱/۰۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
	خطا	۱۲۳/۱۲۴	۲۲	۵/۵۹۷			
احساس گناه والدینی	پیش‌آزمون	۶/۵۹۸	۱	۶/۵۹۸	۰/۱۸۹	۰/۶۶۸	
	گروه	۳۵۳/۱۵۵	۱	۳۵۳/۱۵۵	۳۷/۳۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲۹
	خطا	۲۰۷/۳۹۰	۲۲	۹/۴۵۱			
تأثیر بر بیماری	پیش‌آزمون	۲۲/۷۶۸	۱	۲۲/۷۶۸	۰/۶۵۱	۰/۴۲۸	
	گروه	۶۸/۶۵۲	۱	۶۸/۶۵۲	۱۳/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	خطا	۱۰۸/۴۹۳	۲۲	۴/۹۳۱			
مراقبت و حمایت ناکافی	پیش‌آزمون	۰/۰۹۰	۱	۰/۰۹۰	۰/۰۰۳	۰/۹۶۰	
	گروه	۷۵/۰۶۳	۱	۷۵/۰۶۳	۳۳/۳۰۵	۰/۰۰۰	۰/۶۰۲
	خطا	۴۹/۵۸۳	۲۲	۲/۲۵۴			
تخطی از استانداردها	پیش‌آزمون	۲۲/۶۴۳	۱	۲۲/۶۴۳	۰/۴۶۷	۰/۴۳۰	
	گروه	۱۰۴/۷۳۴	۱	۱۰۴/۷۳۴	۴۷/۰۵۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱
	خطا	۴۸/۹۶۴	۲۲	۲/۲۲۶			

شکل امیدوارکننده‌ای از مداخله را برای والدینی که از خود انتقاد می‌کنند، ارائه می‌کند [۳۸]. Sirois و همکاران (۲۰۱۹) درمان مبتنی بر شفقت را در طرحی تجربی با هدف بهبود بهزیستی روان‌شناختی والدین در موقعیت‌های پرچالش والدگری به کار گرفتند. در این بررسی، مادرانی را تحت تأثیر محرک‌های برانگیزاننده‌ی احساس گناه و شرم قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که گروه دریافت‌کننده‌ی جلسات آموزش خودشفقتی، هم سطوح پایین‌تر شرم و هم احساس گناه پایین‌تری را نسبت به گروه کنترل تجربه کردند و با رویدادهای چالش‌برانگیز والدگری بهتر کنار آمدند [۳۹].

پژوهش‌های دیگری به‌منظور سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس گناه در سایر جمعیت‌های بالینی اجرا شده است. برای مثال، Ghasemi و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که آموزش درمان مبتنی بر شفقت احساس گناه را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی مختلط به شیوه‌ی معناداری کاهش داده است [۴۰]. علاوه بر این، Karimi Ah و همکاران (۲۰۲۳)

پژوهش Ghasemzadeh Mohammadi و همکاران (۲۰۲۲) هماهنگ است [۳۸]. در یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده، Gu و همکاران (۲۰۲۲) کاربرد شفقت‌درمانی تحت وب را برای دانشجویان با سطوح بالای خودانتقادی اجرا کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معنی‌داری گرایش به خودانتقادی را در دانشجویان کاهش داده است [۳۶]. نتیجه‌ی مطالعه‌ی Heriot-Maitland و Irons (۲۰۲۱) که به بررسی تأثیر هشت هفته مداخله بر اساس آموزش ذهن‌شفقت‌ورز بر جمعیتی غیربالینی پرداختند، حاکی از کاهش خودانتقادی و بهزیستی و بهبود پریشانی روان‌شناختی در افراد حاضر در پژوهش بود [۳۷].

Kirby و همکاران (۲۰۲۳) در مداخله‌ای فشرده و کوتاه‌مدت (دوساعتی) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت نه تنها باعث کاهش خودانتقادگری والدین می‌شود، بلکه با بهبود سبک‌های والدگری به کاهش مشکلات هیجانی کودکان آن‌ها منجر می‌شود. همچنین، نتیجه گرفتند که رویکردهای مبتنی بر شفقت،

گرایش به احساس گناه را در زنان مبتلا به اختلال خوردن کاهش دادند [۴۱]. MiróZ و همکارش (۲۰۲۳) نشان دادند که خودشفقتی می‌تواند در ارتباط بین احساس گناه و بخشش خود نقش میانجی ایفا کند؛ به این نحو که پذیرش اشتباه خود بخشی از تجربه‌ی مشترک میان انسان‌هاست و ذهن آگاهی و مهربانی با خود که مؤلفه‌های خودشفقتی محسوب می‌شوند، بر کاهش احساس گناه تأثیر دارد [۴۲].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که در مداخلات مبتنی بر شفقت‌درمانی، درمان‌جویان می‌آموزند که به‌جای انکار و سرکوب احساسات دردناک، آن‌ها را بپذیرند و با ذهن شفقت‌ورزی که حاصل فرایند درمان و تمرین‌های آن است، با این احساسات برخورد کنند. این وضعیت جدید، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مواجهه با شرایط دشوار، ارتباط سالم با خود از طریق برونی‌سازی خود منتقد و برونی‌سازی خود شفقت‌ورز و همچنین، قرار گرفتن در مسیر یک زندگی معنادار و بانشاط را برای فرد به ارمغان می‌آورد [۲۱، ۲۲].

اغلب افرادی که سطوح بالایی از خودانتقادگری و دیگر احساسات منفی را تجربه می‌کنند، به‌دلیل فعالیت بیش از حد سیستم تهدید و بازداری دو سیستم محرک و امنیت، در تنظیم هیجانات با مشکلاتی مواجه هستند. خودانتقادگری و احساس گناه مزمن هم می‌تواند نشان‌دهنده‌ی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب و ناتوانی فرد در تنظیم هیجان‌ها باشد. بر این اساس، در فرایند آموزش درمان مبتنی بر شفقت، به‌واسطه‌ی استفاده از فنون و تمرین‌های متمرکز بر شکل‌دهی به یک ذهن شفقت‌ورز، بستر مناسبی برای تغییر جهت به‌سمت فعال‌سازی سیستم امنیت و تسکین‌بخش و تعادل بین سیستم‌های سه‌گانه تدارک دیده می‌شود. پیامد مثبت این امر کاهش خودانتقادگری و احساس گناه در درمان‌جویان خواهد بود [۲۳، ۲۸].

در همین راستا، مشخص شده است که پرورش شفقت به تغییراتی در پاسخ‌های عصبی فیزیولوژیکی در مغز، دستگاه عصبی

خودمختار و بهبود بهزیستی روان‌شناختی در افراد حاضر در این شیوه‌ی درمانی منجر می‌شود. از نتایج مشارکت و بهره‌مندی از این نوع از آموزش جایگزینی سبک ارتباطی خودحمایتی به‌جای سبک خودانتقادی و ایجاد انگیزه‌ی مشفقانه در والدین است. انگیزه‌ی مشفقانه به والدین کمک می‌کند تا با ایجاد نگرشی مراقبتی و همدلانه، به فرزند خود پاسخ‌گوتر باشند و تعاملات منفی کمتری با فرزند خود ایجاد کنند [۲۴].

در مجموع، می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد بینش در زمینه‌ی عوامل ایجاد درد و رنج، آگاه ساختن فرد از پیامدهای مطلوب شفقت‌ورزی برای سلامت بدنی و روان‌شناختی، کمک به تنظیم هیجان در ارزیابی شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا در زندگی، تغییر ذهنیت‌های اجتماعی رقابتی به ذهنیت‌های مبتنی بر همکاری و مراقبت زمینه‌ای برای تعهد مشفقانه در مواجهه با چالش‌های اجتناب‌ناپذیر در زندگی را تدارک می‌بیند. به دنبال این وضعیت جدید، نوعی احساس رضایت، اطمینان و بهزیستی در مقابل تمرکز بر خودانتقادی و هیجان‌های منفی مانند احساس گناه در افراد شکل می‌گیرد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر عدم اجرا و گزارش یافته‌های مرحله‌ی پیگیری چند ماه پس از ثبت نتایج حاصل در مرحله‌ی پس‌آزمون بود. طرح پژوهش اگرچه نیمه‌تجربی بود، به‌دلیل نمونه‌گیری هدفمند امکان کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند وضعیت اقتصادی، اشتغال، سطح درآمد و سایر هم‌بسته‌های تأثیرگذار مانند ترس از شفقت‌ورزی فراهم نشد. علاوه بر این، محدودیت‌های تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌ها و استفاده از ابزارهای خود‌گزارشی را لازم است مدنظر قرار داد. در راستای رفع این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود از شیوه‌های نمونه‌گیری تصادفی، کنترل بیشتر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی، استفاده از مصاحبه‌ی بالینی و اجرای این پژوهش برای پدران دارای فرزند مبتلا به اختلال فیل کتونوری انجام شود. یافته‌های این پژوهش بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش خودانتقادی و

کد اخلاق IR.PNU.REC.REC.1401.488 مصوب شده در کارگروه کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام نور است. پژوهشگران لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در این مطالعه و بهزیستی شهر دلفان به‌منظور فراهم ساختن امکان برگزاری و اجرای این پژوهش صمیمانه قدردانی و تشکر به عمل آورند.

### تضاد در منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند مبتلا به نشانگان فنیل کتونوری بود. پیشنهاد می‌شود متخصصان علوم رفتاری و حوزه‌ی روان‌درمانی در مداخلات بالینی خود در کنار سایر روش‌های درمانی، از این روش با هدف کاهش خودانتقادی و احساسات منفی مانند احساس گناه برای خانواده‌های دارای کودکان با نیاز ویژه استفاده کنند.

### قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد و دارای

## References

- Gupta K, Jain A, Sawant VD, Save S. Irreversible Neurological Effects of Late Diagnosis Phenylketonuria: A Case Presentation. *Int J Med Biochem* 2023; 6 (2):133-136.
- Ramadan Esmail Magor N, Farouk Shalaby S, Adel Mohammed Y, Saeed Abdelsamea Attia R, Mohamed Ahmed Ayed M. Effect of Online Education on Mothers' Knowledge and Practice Regarding Caring for Children with Phenylketonuria. *Egypt J Health Care* 2023; 14 (1): 1057-1068.
- Nielsen MR, Jørgensen C, Ahring K, Lund AM, Ørningreen MC. The Impact of Phenylalanine Levels during Pregnancy on Birth Weight and Later Development in Children Born to Women with Phenylketonuria. *J Inherit Metab Dis* 2023; 46 (4): 1-9.
- Vosughi Motlagh A, Abaszade Ganji A, Safarirad M. Diagnosis of Phenylketonuria in an Autistic Teenager: A Case Report. *North Khorasan Univ Med Sci* 2021; 13 (2): 86-89. [Farsi]
- Kandel I, Merrick J. The Birth of a Child with Disability. *Coping by Parents and Siblings. Sci World J* 2003; 3: 741-50.
- Sălceanu C, Sandu, ML. Anxiety and Depression in Parents of Disabled Children. *Technium Soc Sci J* 2020; 3 (1): 141-150.
- Madhi M, Ghamarani A. Structural Relation between the Stressor, Perceived Stress, Supportive Resources, and Compatibility of Mothers of Children with Intellectual Disabilities: The Mediating Role of Coping Styles Based on the Double ABCX Model. *J Fam Res* 2020; 15 (4): 559-580. [Farsi]
- Kerr J, Sharry J, Wilson C. Parents' Experiences of Raising Adolescents with Intellectual or Developmental Disabilities. *JIDD* 2023; 48 (2): 206-14.
- Campos ML, Enacan R, Valle MG, Chiesa A. Parenting Styles and Coping Strategies in PKU Early Detected Children. *J Inborn Errors Metab Screen* 2021; 9: 1-5.
- Habibi Narges, Narimani Mohammad, Aghajani Saifullah, Bahar Talari Mohammad. Investigating the Factors Related to the Psychological Well-Being of Parents with Phenylketonuria Children: A Systematic Review. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (2): 191-210. [Farsi]
- Irannejad F, Dehghan M, Mehdi-pour Rabori R. Stress and Quality of Life in Parents of Children with Phenylketonuria. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2018; 31 (2-3): 48-52.
- Morawska A, Mitchell AE, Etel E, Kirby G, McGill J, Coman D, Inwood A. Psychosocial Functioning in Children with Phenylketonuria: Relationships between Quality of Life and Parenting Indicators.

- Child Care Health Deve 2020; 46 (1): 56-65.
13. AboElela E, Hanfy M, Moustafa K. Caring for A Child with Phenylketonuria: Struggles and Psychological Well-being of Parents and Children. *Tanta Sci Nurs J* 2023; 28 (1): 269-289.
  14. Sukmawaty NI, Retnowati DA. The Effect of Self-Criticism on One's Psychological State: A Literature Review. *World J Adv Res Rev* 2023; 20(02): 1050-1054.
  15. Ko SI, Hyun MH. Mediating Effects of Self-Criticism on the Relationship between Perceived Burdensomeness and Suicidal Ideation. *Korean J Clin Psychol* 2023; 42 (1): 6-12.
  16. Kim A, Jeon S, Park I. Influence of Parenting Guilt on the Mental Health among Single-Parent Women: Multiple Additive Moderating Effect of Economic Well-Being and Level of Education. *Healthcare* 2023; 11: 1-12.
  17. Cenkner DP, Usman H, Zalta AK. Differential Associations of Rumination and Cognitive Flexibility with Guilt and Shame Following Potentially Morally Injurious Events. *J Affect disord* 2023; 325:135-140.
  18. Dykes C, Hellman C, Funkquist EL, Bramhagen AC. Parents Experience a Sense of Guilt When their Newborn is Diagnosed Small for Gestational Age, SGA. A Grounded Theory Study in Sweden. *J Pediatr Nurs* 2022; 62: 8-15.
  19. Thivierge E, Luu TM, Bourque CJ, Duquette LA, Pearce R, Jaworski M, Barrington KJ, Synnes A, Janvier A. Guilt and Regret Experienced by Parents of Children Born Extremely Preterm. *J Pediatr* 2023; 257:113268.
  20. Perkins AM, Meiser-Stedman R, Spaul SW, Bowers G, Perkins AG, Pass L. The Effectiveness of Third Wave Cognitive Behavioural Therapies for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Br J Clin Psychol* 2023; 62 (1): 209-227.
  21. Snodgrass R, Carnell J, Chapman T. Living Well with Illness: Evaluation of a Transdiagnostic Compassion-Focused Therapy Group for Long-Term Health Conditions. *OBM Integrat Complement Med* 2022; 7 (3): 1-21.
  22. Matos MA, Palmeira L, Albuquerque I, Cunha M, Pedroso Lima M, Galhardo A, Maratos FA, Gilbert P. Building Compassionate Schools: Pilot Study of A Compassionate Mind Training Intervention to Promote Teachers' Well-Being. *Mindfulness* 2022; 13: 145-161.
  23. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The Effectiveness of Compassion Focused Therapy with Clinical Populations: A systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord* 2023; 326: 168-192.
  24. Beaumont EA, Irons C, McAndrew SL. A Qualitative Study Exploring the Impact the Self-Compassion App has on Levels of Compassion, Self-Criticism, and Wellbeing. *OBM Integrat Complement Med* 2022; 7 (3): 1-23.
  25. Riebel M, Rohmer O, Charles E, Lefebvre F, Weibel S, Weiner L. Compassion-Focused Therapy (CFT) for the Reduction of the Self-Stigma of Mental Disorders: The Compassion for Psychiatric Disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) Study Protocol for a Randomized Controlled Study. *Trials* 2023; 24 (1): 1-20.
  26. Mahmoodi J, Mesbah I, rezaeisharif A. The Effectiveness of the Compassion-Based Approach on Alexithymia and Sense of Coherence in Mothers with Intellectually Disable Children. *Psychol Except Indivi* 2023; 13 (50): 255-286. [Farsi]
  27. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Ejadi S, Mohamadi S. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Feeling of Guilt in Mothers of Children with Physical-Motor Disability. *QJCR* 2021; 20 (79): 269-289. [Farsi]
  28. Ghasemzadeh M, Asadi Majreh S, hashemi Z. The Effect of Mindfulness-Based Compassion Education on Self-Criticism and Anxiety of Mothers of Children with Phenylketonuria (PKU). *J Modern Psychol Res* 2022; 17 (66): 229-237. [Farsi]
  29. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. John Wiley & sons, 2013; pp 65-85.
  30. Soleimani Sheikhabadi B, Kadkhodae M. The Effectiveness of Kendall's Therapy Program on Anxiety and Cognitive Emotion Regulation of Second Period Elementary School Male Students: A Quasi-Experimental Study. *JRUMS* 2023; 22 (8): 817-834 [Persian]
  31. Hosseini Tari ZS, Khosravi S. Constructing and examining the psychometric properties of the parental guilt scale: in families with children with clinical problems. The 1st National Conference of the Future School 2019; Ardabil, PP: 1-8. [Farsi]
  32. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and Reassuring Oneself: An Exploration of Forms, Styles and Reasons in Female Students. *Bri J Clin Psychol* 2004; 43 (1): 31-50.
  33. Saadati Shamir A, Mazboohi S, Marzi Sh. A confirmatory Factor Analysis and Validation of the Forms of Self-Criticism/Reassurance Scale among

- Teachers. *Q Educ Meas* 2018; 9 (34): 133-147. [Farsi]
34. Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Adv Psych Treat* 2009; 15 (3): 199-208.
35. Farhadi M, Rahimi H, Zoghi Paydar MR, Yarmohamadi Vassel M. The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Cognitive Vulnerability to Depression. *Iran J Psych* 2023; 18 (2): 134-144.
36. Gu X, Li S, Hyun MH. Does Compassion-Focused Therapy-Based Online Intervention Work for Chinese International Students With High Self-Criticism? A Randomized Controlled Trail. *SAGE Open* 2022; 12(3): 1-12.
37. Irons C, Heriot-Maitland C. Compassionate mind training: An 8-week group for the general public. *Psychol Psychother: Theory, Res Prac* 2021; 94 (3): 443-63.
38. Kirby JN, Hoang A, Ramos N. A Brief Compassion Focused Therapy Intervention Can Help Self-Critical Parents and their Children: A Randomised Controlled Trial. *Psychol Psychother: Theory, Res Prac* 2023; 96 (3): 1-19.
39. Sirois FM, Bögels S, Emerson LM. Self-compassion improves parental well-being in response to challenging parenting events. *J Psychol* 2019; 153 (3): 327-341.
40. Ghasemi N, goudarzi M, ghazanfari F. The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Shame and Guilt-Proneness and Mindfulness Components in Patients with Mixed Anxiety- Depression Disorder. *Clini Psychol Stud* 2019; 9 (34): 145-166. [Farsi]
41. Karimi Ah AA, Abbasi G, Ghanad zadeghan H. The Effectiveness of “Compassion-Focused Therapy” on Guilt and Shame in Women with Eating Disorders. *JHPM* 2023; 13 (1): 14-24. [Farsi]
42. Mróz J, Sornat W. Shame-and Guilt-Proneness and Self-Compassion as Predictors of Self-Forgiveness. *J Beliefs Values* 2023; 44 (2): 188-202.