Journal of
Health Research in Community

Autumn 2025. Volume 11. Number 3

Research Paper

Impact of Compassion-focused Therapy on the Self-compassion of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder in Iran

*Hossein Davoudi[1], Sahar Shams Kolahi[2]

1. Department of Counseling, Khom.C. , Islamic Azad University, Khomein, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Khom.C. , Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Davoudi H, Shams Kolahi S. [Impact of Compassion-focused Therapy on the Self-compassion of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder in Iran (Persian)]. Journal of Health Research in Community. 2025; 11(3):50-63. https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.6

https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.6

Received: 18 Jul 2025
Accepted: 19 Aug 2025
Available Online: 01 Oct 2025

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Raising an autistic child is challenging and can increase parental stress. The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on the self-compassion of mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) in Iran.

Methods: This is a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design. Participants were 40 mothers of children with ASD living in Arak, Iran, in 2024, selected using convenience and purposive sampling, and randomly assigned to two groups: CFT and control (each with 20 participants). The instrument used in this study was Neff et al.'s Self-Compassion Scale (SCS). The intervention group received the educational intervention based on Germer's protocol, at seven two-hour group sessions, weekly. The data were collected from both groups at the first session (pre-test phase) and in the seventh session (after 57 days) in the post-test phase. Univariate and multivariate analyses of covariance were used to analyze the data in SPSS software, version 26.

Results: The CFT was effective in improving mothers' self-compassion ($F_{1.17}$=56.98, P=0.001, η^2=0.77). Also, the η^2 values showed that CFT explained 44% of the variance in the self-kindness component, 61% in the self-judgment component, 27% in the common humanity component, 65% in the isolation component, 39% in the mindfulness component, and 31% in the over-identification component.

Conclusion: The CFT can improve the self-compassion in mothers of children with ASD. Therefore, this method is recommended for improving the self-compassion of these mothers in counseling and psychotherapy centers.

Keywords: Autism spectrum disorder, Self-compassion, Compassion-focused therapy, Mothers

Corresponding Author:
Hossein Davoudi, Associate Professor.
Address: Department of Counseling, Khom.C. , Islamic Azad University, Khomein, Iran.
Tel: +98 (933) 8314001
E-Mail: mohamad410@yahoo.com

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

One of the most stressful experiences in any family is having a child with disability or chronic illness such as Autism Spectrum Disorder (ASD). ASD is usually diagnosed at the age of 2-5 years. Over the past few decades, the prevalence of ASD has increased, affecting 1 in 68 school-age children. Parents of these children report social interaction problems and stereotypical behaviors in their children. The parents' feeling of inability to control their child's inappropriate behaviors can increase the intensity of their stress. Given the high prevalence of stress, anxiety, and self-criticism in mothers of children with ASD, it seems that interventions that focus on increasing self-compassion and reducing self-judgment, such as compassion-focused therapy (CFT), can be helpful. Studies have shown that self-compassion is a powerful predictor of mental health. Also, self-compassion is negatively related to self-criticism, depression, anxiety, rumination, and thought suppression. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of CFT in improving the level of self-compassion in mothers of children with ASD in Iran. The main hypothesis of the research is: CFT is effective in improving self-compassion in mothers of children with ASD.

Materials & Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design. The study population consisted of all mothers of children with ASD living in Arak, Iran, in 2024. Using a non-random, convenience, and purposive sampling methods, 40 eligible mothers were selected and randomly assigned to two groups of CFT and control (each with 20 people). The instrument used in this study was the self-compassion scale (SCS) developed by Neff et al. (2003). In this study, the long form of this scale was used (having 26 items). The questionnaire's overall reliability, as measured by Cronbach's alpha in the present study, was 0.88. The participants who scored 30-70 on this questionnaire were included. The cut-off point of this questionnaire is 65. The intervention group received an educational intervention based on Germer's protocol. This intervention was implemented in 7 weekly two-hour group sessions. During the training sessions, the control group did not receive any type of intervention. To test the research hypotheses, one-way analysis of covariance was used. It should be noted that all assumptions for using analysis of covariance were met.

Results

The results show that the mean total score of the SCS in the pre-test phase was 82.50±6.57 in the CFT group and 80.70±7.72 in the control group. In the post-test phase, the scores changed to 92.30±6.32 and 80.40±8.07, respectively.

The results in Table 1 showed that CFT had a significant effect on the self-compassion of mothers ($F_{1,17}$=56.98, η^2=0.77, P<0.001). The value of the eta coefficient shows that the training explained 77% of the variance in the self-compassion of mothers. To determine the effectiveness of CFT on the six components of self-compassion, the results showed that CFT had a significant effect on all components including self-kindness ($F_{1.12}$=9.67, P=0.001, η^2=0.44), self-judgment ($F_{1.12}$=18.96, P=0.001, η^2=0.61), common humanity ($F_{1.12}$=4.46, P=0.05, η^2=0.27), isolation ($F_{1.12}$=22.62, P=0.001, η^2=0.65), mindfulness ($F_{1.12}$=7.83, P=0.01, η^2=0.39), and over-identification ($F_{1.12}$=5.37, P=0.03, η^2=0.31). The greatest effectiveness of CFT was on the isolation subscale and had the least effect on human commonalities.

Conclusion

The results showed that CFT was effective in improving the self-compassion of mothers of children with ASD. Among the components of self-compassion, CFT had the greatest impact on the "isolation" and "self-judgment" of mothers. Increasing self-compassion can be the key to ef-

Table 1. Results of one-way analysis of covariance

Variables	Sum of sources	df	Mean Square	F	Sig.	η^2
Pe-test	788.84	1	788.84	85.05	0.001	0.83
Group	528.45	1	528.45	56.98	0.001	0.77
Error	157.65	17	9.27			

fective knowledge and action mechanisms for parents of children with autism and reduce their stress, because self-compassion reveals limitations and identifies unhealthy behaviors and improves them through follow-up. The limitations of the present study included the use of convenience sampling, reliance solely on self-report data, and the lack of a follow-up phase. Given the importance of self-compassion and the results of the current study, it is recommended that this intervention be used as a complementary program in treatment clinics, rehabilitation centers, and support groups for families with autistic children.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Khomein Branch (Code: IR.IAU.ARAK.REC.1403.247).

Funding

This article was extracted from the thesis of Sahar Shams Kolahi at Islamic Azad University, Khomein Branch. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed to conceptualization, literature review, methodology, data analysis and interpretation of data. The second author performed pre-test and post-test assessments and wrote the initial draft.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the officials and staff of the Arak Autism Association, as well as all participants in this study, for their assistance and cooperation.

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر میزان خوددلسوزی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم

*حسین داودی[۱]، سحر شمس کلاهی[۲]

۱. گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Davoudi H, Shams Kolahi S. [Impact of Compassion-focused Therapy on the Self-compassion of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder in Iran (Persian)]. Journal of Health Research in Community. 2025; 11(3):50-63. https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.6

https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.6

تاریخ دریافت: ۲۷ تیر ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۸ مرداد ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه و هدف: تربیت کودک برای والدین چالش‌هایی را به دنبال دارد که می‌تواند به ایجاد استرس در آن‌ها منجر شود. این در حالی است که والدین کودکان اوتیسم نسبت به والدین کودکان عادی استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. همراهی رفتارهای نامناسب با اوتیسم می‌تواند میزان استرس والدین را افزایش دهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر خوددلسوزی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود.

روش کار: این مطالعه از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ساکن شهر اراک در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و مبتنی بر در دسترس و هدفمند، تعداد ۴۰ نفر از این مادران انتخاب شدند و سپس به شیوه جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه متشکل از ۲۰ نفر) تخصیص یافتند. ابزار مورداستفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه خوددلسوزی (Self-Compassion scale) توسعه‌یافته توسط نف و همکاران (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش، مداخله آموزشی مبتنی بر پروتکل آموزش شفقت به خود (Self-Compassion training) را مطابق با پروتکل نام جرمر (۲۰۰۹) دریافت نمود. این مداخله در قالب ۷ جلسه گروهی ۲ ساعته، به‌صورت هفتگی اجرا شد. در جلسه اول، پیش‌آزمون و در جلسه هفتم (پس از گذشت ۵۷ روز)، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بهره گرفته شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، مفروضه‌های لازم این آزمون‌ها بررسی و تأیید شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم اثربخش بوده است ($F_{1,17}$=۵۶/۹۸، P>۰/۰۰۱، V=۰/۷۷). همچنین مقدار ضریب اتا حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد آموزش درمان متمرکز بر شفقت، ۴۴ درصد از واریانس خرده‌مقیاس مهربانی، ۶۱ درصد از واریانس متغیر قضاوت در مورد خود، ۲۷ درصد از اشتراکات انسانی، ۶۵ درصد از متغیر انزوا، ۳۹ درصد از واریانس ذهن‌آگاهی و ۳۱ درصد از متغیر همانندسازی بیش‌ازحد را تبیین می‌نماید.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به یافته‌های این پژوهش، آموزش درمان متمرکز بر شفقت به افزایش معنادار سطح خوددلسوزی در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم منجر شد. براین‌اساس، به‌کارگیری این روش به‌عنوان یک مداخله روانشناختی مؤثر، در جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی این گروه از مادران در مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: اختلال طیف اوتیسم، خوددلسوزی، درمان متمرکز بر شفقت، مادران

* **نویسنده مسئول:**
دکتر حسین داودی
نشانی: خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین، گروه مشاوره.
تلفن: ۸۳۱۴۰۰۱ (۹۳۳) ۹۸+
رایانامه: mohamad410@yahoo.com

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

یکی از پرتنش‌ترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است [۱-۳]. اختلال طیف اوتیسم[1] (ASD) اختلالی عصبی-رشدی است که به‌عنوان شایع‌ترین اختلال رشدی در حال پیشرفت شناخته شده است [۴]. این اختلال براساس دو محور رفتاریِ تأخیر یا نقص در ارتباط-تعامل اجتماعی و رفتارهای تکراری و علایق محدود تشخیص داده می‌شود [۵].

تشخیص اوتیسم معمولاً در بین ۲ تا ۵ سالگی است که براساس رفتارهایی همچون عدم تماس چشمی، ویژگی‌های جسمی و رفتاری خاص، اختلالات ارتباط و زبان، واکنش شدید یا خفیف به محرک‌های حسی است [۶]. کودکان مبتلا به اوتیسم معمولاً از توجه به محرک‌ها اجتناب کرده و یا به‌طور افراطی روی یک محرک تمرکز می‌نمایند. همچنین با دخالت محرک‌های نامربوط به آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند [۷، ۸].

طی چند دهه گذشته میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم افزایش یافته است، به‌گونه‌ای‌که امروزه در هر ۶۸ کودک، ۱ کودک در سن مدرسه را تحت تأثیر قرار داده است. این کودکان رفتارهای نامطلوبی مانند حرکات و رفتارهای کلیشه‌ای، پرخاشگری و رفتارهای خودآزاری از خود نشان می‌دهند. آن‌ها همچنین در فهم و استفاده از قوانین و رفتارهای اجتماعی، اشاره‌ای، محاوره‌ای، رفتارهای غیرکلامی و هماهنگی حرکتی دچار مشکل هستند [۴].

مطابق آمار مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا[2]، شیوع این اختلال در سال ۲۰۰۲، ۱ در ۱۵۰ نفر، در سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶، ۱ در ۱۱۰، در سال ۲۰۰۸، ۱ در ۸۸ نفر، در سال ۲۰۱۴، ۱ در ۶۸ نفر، در سال ۲۰۲۰، ۱ در ۵۵ نفر و در سال ۲۰۲۳، ۱ در ۳۶ نفر گزارش شده است [۹]. این نکته قابل‌ذکر است که این افزایش شیوع تنها محدود به آمریکا نیست و یک روند جهانی، ازجمله در ایران است. مطالعات شیوع‌شناسی در ایران نیز آمار روبه‌افزایشی از ابتلا به اوتیسم در کودکان را نشان می‌دهند. برای مثال، بزرگ‌نیا و همکاران [۱۰]، میزان شیوع این اختلال را در اصفهان ۱۲/۱۵ و در شهرکرد ۹/۹۷ در هر ۱۰ هزار کودک گزارش کرده‌اند. وکیلی‌زاده و همکاران نیز شیوع اوتیسم را در ایران در سال ۱۳۹۶، ۶/۲۶ در ۱۰ هزار کودک و در سال ۱۴۰۱، ۹۵/۲ در ۱۰ هزار کودک گزارش کرده‌اند [۱۱، ۱۲].

والدین این کودکان گزارش می‌دهند که مشکلات در تعاملات اجتماعی، رفتارهای کلیشه‌ای و احساس ناتوانی والدین در کنترل رفتارهای نامناسب کودک می‌تواند شدت استرس را در آن‌ها بیشتر کند [۱۳]. همچنین والدین کودکان اوتیسم افسردگی و اضطراب بیشتر را تجربه می‌کنند [۱۴].

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

پژوهش‌ها نشان داده است هیچ یک از فشارزاهای[3] معمولی در خانواده نمی‌تواند به اندازه فشارزایی مثل داشتن یک فرزند با نیازهای خاص تأثیری شدید و دائمی بر خانواده داشته باشد و خانواده، به‌خصوص مادران را در معرض پیامدهای بهزیستی روانشناختی پایین قرار دهد. مادران به‌دلیل ارتباط بیشتری که با این کودکان دارند فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت. اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اوتیسم فرزندان خود، دچار واکنش انکار و سردرگمی شده و طیف گسترده‌ای از هیجانات از قبیل خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می‌دهند. برخی از مادران این کودکان، فرزند آسیب‌دیده خود را نشانه‌ای از شکست خویش تلقی می‌کنند. به‌ویژه مادرانی که انتظار داشته‌اند فرزندان آن‌ها هدف‌هایی را برآورده سازند که خودشان در زندگی نتوانسته بدان برسند. این مسئله آنان را با افزایش خطرهای مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب مواجه می‌کند [۱۵، ۱۶].

باتوجه‌به شیوع بالای استرس، اضطراب و خودانتقادی در این مادران، به نظر می‌رسد مداخلاتی که بر افزایش مهربانی با خود و کاهش قضاوت خود تمرکز دارند، مانند درمان متمرکز بر شفقت، می‌توانند پاسخی مستقیم به این نیازها باشند. یکی از مفاهیمی که در مادران کودکان طیف اوتیسم با اهمیت است، مفهوم خوددلسوزی[4] می‌باشد. خوددلسوزی حالت گرمي و پذیرش در برابر جنبه‌هایی از فرد یا زندگي فرد است که آن را دوست ندارد و مستلزم سه جزء اصلي است: اول مهرباني نسبت به خویشتن[5] در برابر خودقضاوتي[6]، دوم اشتراک انساني[7] در برابر انزوا[8] و سوم ذهن‌آگاهي[9] در برابر همانندسازي بیش‌ازحد[10]. خود-شفقتي نیازمند داشتن رویکردي متوازن در برابر تجربیات منفي است، به‌گونه‌ای که احساسات و افکار منفي نه سرکوب و نه اغراق شوند [۱۷]. خوددلسوزی، به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند، بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود [۱۸].

مطالعات نشان داده‌اند خوددلسوزی پیش‌بین قدرتمند سلامت روان است. همچنین، خوددلسوزی با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و سرکوب اندیشه رابطه منفی دارد [۱۹]؛ درحالی که با رضایت از زندگی و مهارت‌های اجتماعی همبستگی مثبت دارد [۲۰]. خوددلسوزی یک نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی، قضاوت منصفانه و احساسات به‌هم‌پیوسته و همچنین کمک به افراد در یافتن امید و معنا دادن به زندگی، موقع روبه‌رو شدن با مشکلات می‌باشد [۲۱] و به معنای هدایت

3. Stressor
4. Self-compassion
5. Self-kindness
6. Self-judgment
7. Common humanity
8. Isolation
9. Mindfulness
10. Over-identification

کردن ساده مهربانی به سوی خود، تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران است [۲۲]. نتایج نشان می‌دهد خوددلسوزی ممکن است نقش مهمی در رفاه والدین کودکان دارای اوتیسم ایفا کند [۲۳]. در پژوهشی که بوهادانا و همکاران [۱۹] تحت عنوان «مقایسه خوددلسوزی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران کودکان عادی» انجام داد، نتایج حاکی از این بود که بین این دو گروه مادر از لحاظ خوددلسوزی تفاوت معنادار وجود دارد [۲۴].

با در نظر گرفتن این شواهد، ضرورت اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌هاي حمایتی براي ارتقاي خوددلسوزی و به سبب آن افزایش بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم واضح و مبرهن است. یکی از روش‌هاي نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد درمان متمرکز بر شفقت (CFT)[11] است که اگرچه در روانشناسی غربی مفهوم جدیدي است، اما قرن‌ها است که در فلسفه شرقی وجود دارد. درمان متمرکز بر شفقت را می‌توان به‌عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود، زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تعریف کرد [۲۵].

در این آموزش، افراد مي‌آموزند از احساسات دردناك خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، مي‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزي داشته باشند، سپس نگرش دلسوزانه‌اي به خود داشته باشند. بازانو [۲۶] و نف و فاسو [۲۷] در پژوهش‌های جداگانه‌ای آموزش آگاهی و افزایش شفقت نسبت به خود را در والدین کودکان با اختلال رشد آزمایش کردند و نتیجه به‌دست‌آمده، افزایش بهزیستی و کاهش استرس را نشان دادند.

همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری [۷]، کیفیت زندگی [۲۵]، خودکارآمدی [۲۸]، خوش‌بینی [۲۹] و تاب‌آوری مادران کودکان اوتیسم [۳۰] و سلامت روان والدین با کودک اوتیسم [۳۱] اثربخش بوده است. اگرچه مطالعات پیشین اثربخشی مداخلات مختلف را بر بهبود شاخص‌های سلامت روان در مادران کودکان اوتیسم نشان داده‌اند [۲۸-۳۱]، اما مطالعه مستقلی که به‌طور خاص به بررسی اثربخشی پروتکل استاندارد درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر افزایش خوددلسوزی به‌عنوان یک سازه محوری در این جمعیت بپردازد، اندک است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف پژوهشی و بررسی اثربخشی CFT بر میزان خوددلسوزی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم طراحی شد.

روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ساکن شهر اراک در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و مبتنی بر در دسترس و هدفمند، تعداد ۴۰ نفر از این مادران انتخاب شدند؛ و براساس نظر گال ورگ و گال (۲۰۱۴) که قاعده‌ای پیشنهاد شد که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی برای هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل تعداد ۲۰ شرکت‌کننده مطلوب است. مادرانی با سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، دارای تحصیلات حداقل دیپلم، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، داشتن زندگی مشترک با همسر (بیوه و یا مطلقه نبودن)، خانه‌دار بودن، رضایت آگاهانه، و عدم شرکت در دوره‌های آموزشی مشابه به‌صورت هم‌زمان و کسب نمره ۳۰-۷۰ در پرسش‌نامه خوددلسوزی، ازجمله معیارهای ورود در پژوهش حاضر و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی، از معیارهای خروج از چرخه آموزش در نظر گرفته شد.

ابزار مطالعه

پرسش‌نامه خوددلسوزی[12]

ابزار مورداستفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه خوددلسوزی توسعه‌یافته توسط نف و همکاران (۲۰۰۳) بود. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی خوددلسوزی در افراد از ابعاد مختلف مهربانی (۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)، قضاوت کردن خود (۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱)، تجارب مشترک انسانی (۳، ۷، ۱۰، ۱۵)، انزوا (۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)، ذهن‌آگاهی (۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲)، همانندسازی افراطی (۲، ۶، ۲۰، ۲۴) می‌باشد.

نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً مخالف= ۱، مخالف= ۲، نه مخالف نه موافق= ۳، موافق= ۴، کاملاً موافق= ۵) می‌باشد. برای به‌دست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، مجموع امتیازات مربوط به تک‌تک سؤالات آن بُعد با هم جمع می‌شوند. حداقل نمره برای متغیر خوددلسوزی ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ و نمره برش ۶۵ می‌باشد. نمره بالای ۶۵ بیانگر خوددلسوزی بالا و نمره زیر ۵۶ بیانگر خوددلسوزی پایین می‌باشد. پرسش‌نامه دارای فرم کوتاهی با ۱۳ سؤالی می‌باشد که در این پژوهش از فرم بلند (۲۶سؤالی) استفاده شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۱) چنین گزارش شده است: مهربانی با خود=۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود=۰/۷۹، تجارب مشترک انسانی=۰/۸۴، انزوا=۰/۸۵، ذهن‌آگاهی=۰/۸۰، همانندسازی افراطی=۰/۸۳ و کل مقیاس= ۰/۷۶.

11. Self-Compassion Training (SCT)

12. Self-Compassion Scale (SCS)

جدول ۱. شیوه‌نامه درمان متمرکز بر شفقت بر گرفته از کتاب «مسیر ذهن‌آگاهی تا شفقت به خود» (جرمر، ۲۰۰۹)

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
اول	آشنایی با مفهوم شفقت و مهربانی با خود	تعیین اهداف جلسات، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به‌عنوان یک واحد، آموزش مفهوم شفقت با خود، تکلیف خانگی؛ اجرای پیش آزمون
دوم	آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی	گفت‌وگو درخصوص جلسه قبل و دریافت پس‌خوراند، ارائه اطلاعات کلی درخصوص ذهن‌آگاهی، تمرین ذهن‌آگاهی از صدا، تمرین ذهن‌آگاهی از تنفس، دادن پس خوراند و بحث در مورد تمرین، ذهن‌آگاهی در خانه و در دنیای واقعی، تمرین خانگی؛
سوم	پذیرش هیجانات	ارائه گزارش یک شرکت کننده درخصوص تمرین جلسه قبل، اطلاعات کلی درخصوص هیجانات و آگاهی از آن‌ها با استفاده از ذهن‌آگاهی و برچسب زدن به هیجانات، تمرین برچسب‌زنی، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، تکلیف خانگی؛
چهارم	رویارویی با هیجانات مشکل	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی درخصوص مراحل پذیرش هیجانات مشکل و چرخه هیجانات منفی، ماینفولنس از هیجانات بدنی، تمرین نرمش، رخصت و عشق، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، تکلیف خانگی؛
پنجم	مراقبت از خود	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی، ۵ مسیر مراقبت از خود، پرورش هیجانات مثبت و داستان تغذیه هیجان، مدیتیشن عشق و محبت برای خود، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، تکلیف خانگی؛
ششم	دگرگونی روابط	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی درخصوص انواع روابط بین فردی، مدیتیشن برای خود و دیگران، آموزش بخشش (به خود و دیگران)، ارتباط با دیگران بدون از دست دادن فردیت، تکلیف خانگی؛
هفتم	در آغوش گرفتن زندگی	بازنگری تکلیف خانگی، بحث درخصوص اشتراکات انسانی، مرور تمرینات و مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته و گفت‌وگو درخصوص مشکلات احتمالی در آینده؛اجرای پس ازمون

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

همچنین روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت [۳۲]. خانجانی و همکاران [۳۳] نیز در نتیجه اعتباریابی این فرم در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۰ را به دست آوردند. اعتبار کل پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

نحوه اجرا

از جامعه پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۴۰ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شد. این ۴۰ شرکت‌کننده ازجمله افرادی بودند که در پرسش‌نامه خوددلسوزی نمره بین (۳۰) تا (۷۰) را به دست آورده بودند. نقطه برش در این پرسش‌نامه ۶۵ می‌باشد. بنابراین، افراد انتخاب‌شده از چارک بالا و پایین نبودند و تقریباً در دامنه چارک میانه بودند. دلیل انتخاب شرکت‌کنندگان از چارک میانه این بود که هدف پژوهش آموزش بوده است. انتخاب افرادی مدنظر بود که در خوددلسوزی مشکل عمیق نداشتند (که در این صورت باید حجم نمونه از ۵ تا ۶ نفر بیشتر نباشد و شاید درمان فردی مؤثرتر باشد)؛ از طرف دیگر افرادی که نمره آن‌ها از ۷۰ بالاتر باشد، بیانگر این است که در متغیر خوددلسوزی مسئله خاصی ندارند و از مهارت‌های لازم خوددلسوزی برخوردار هستند. تعداد ۴۰ شرکت‌کننده انتخاب‌شده، به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و به‌صورت تصادفی، گروه آزمایش و کنترل مشخص گردید (هر گروه ۲۰ شرکت‌کننده).

تلاش شد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل از یک منطقه شهر نباشد. دلیل عدم انتخاب شرکت‌کنندگانی از دو منطقه شهری، جلوگیری از «تداخل اعمال آزمایشی» به‌عنوان عوامل تهدیدکننده روایی درونی بود. ابتدا در یک جلسه پیش‌گروهی، هدف از تشکیل گروه و آموزش ارائه گردید و مطالبی در مورد رضایت آگاهانه اعضا و رازداری ارائه شد. در این جلسه در مورد روزهای آموزش و ساعت حضور توافق به عمل آمد؛ همچنین پیش‌آزمون در اولین جلسه گروهی به عمل آمد. گروه آزمایش، مداخله آموزشی مبتنی بر پروتکل آموزش شفقت به خود[۱۳] را مطابق با پروتکل نام جرمر (۲۰۰۹) دریافت نمود (جدول شماره ۱). این مداخله در قالب ۷ جلسه گروهی ۲ ساعته، به‌صورت هفتگی اجرا شد. همه جلسات آموزشی توسط پژوهشگر (دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی) با نظارت مستقیم استاد راهنما (به‌جز جلسه اول و هفتم) انجام گرفت. در طول جلسه‌های آموزشی گروه آزمایش، گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکرد. اعضای گروه کنترل بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، با رعایت همه مواردی که برای آموزش گروه آزمایش صورت گرفته بود؛ مورد آموزش قرار گرفتند. از ۲۰ شرکت‌کننده گروه کنترل در آموزش، از جلسه پنجم (۱نفر) و جلسه ششم (۲ نفر) به خاطر مسافرت، گروه را ترک کردند. در جلسه هفتم (پس از گذشت ۵۷ روز)، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. آموزش گروه کنترل، پس از اجرای پس‌آزمون صورت گرفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف‌معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره[۱۴] و چندمتغیره[۱۵]، با رعایت مفروضه‌های آزمون ازجمله آزمون شاپیرو-ویلک[۱۶]، آزمون لون[۱۷] و آزمون ام‌باکس[۱۸] استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

13. Self-Compassion Training
14. ANCOVA
15. MANCOVA
16. Shapiro-Wilk Test
17. Levene's test
18. Bax's M test

یافته‌ها

اطلاعات توزیع فراوانی نمونه موردمطالعه به تفکیک جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت مراقبت نشان داد در گروه آزمایشی ۱۲ (۶۰درصد) شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۲۰-۳۵ سال، ۶ (۳۰ درصد) در دامنه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۲ (۱۰ درصد) شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۳۵-۴۰ سال بودند. ۶۵ درصد (۱۳شرکت‌کننده) دارای مدرک دیپلم، ۱۰درصد (۲ شرکت‌کننده) دارای مدک فوق دیپلم، و ۲۵ درصد (۵ شرکت‌کننده) دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. ۱۴ (۷۰ درصد) شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند.

در گروه کنترل ۱۴ (۷۰ درصد) شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۴ (۲۰ درصد) در دامنه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۲ (۱۰ درصد) شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۳۵-۴۰ سال بودند. ۷۵ درصد (۱۵شرکت‌کننده) دارای مدرک دیپلم، ۵ درصد (۱ شرکت‌کننده) دارای مدک فوق دیپلم و ۲۰ درصد (۴ شرکت‌کننده) دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. ۱۲ (۶۰ درصد) شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف‌معیار متغیر خوددلسوزی (نمره کلی) در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب (۸۲/۵۰ و ۶/۵۷) و در گروه کنترل (۸۰/۷۰ و ۷/۷۲) و در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف‌معیار گروه آزمایش(۹۲/۳۰ و۶/۳۲) و در گروه کنترل به‌ترتیب (۸۰/۴۰ و ۸/۰۷) می‌باشد. میانگین متغیر خوددلسوزی در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین دو گروه در سطح ۰۵/ وجود ندارد (P≤۰/۰۵، t=۸۰/۰، df=۳۸).

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد. از پیش‌فرض‌های این آزمون می‌توان به نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس و آزمون امباکس اشاره کرد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس در آزمون تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون امباکس استفاده شد. در صورت رعایت نشدن مفروضه‌ها، به‌ویژه مفروضه سوم، شرایط برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مهیا نیست. از مفروضه دوم یعنی همگنی واریانس‌ها در صورت برابر بودن حجم گروه‌ها، می‌توان از این مفروضه اغماض کرد. در مورد نرمال نشدن توزیع داده‌ها، برخی از آماردان‌ها، بیان کرده‌اند به‌دلیل توان آماری

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرها

مرحله	متغیر وابسته	میانگین انحراف‌معیار	
		آزمایش	کنترل
پیش آزمون	مهربانی با خود	۱۷/۱۰±۳/۰۳	۱۵/۴۰±۲/۸۳
	قضاوت در مورد خود	۱۵/۳۰±۱/۸۸	۱۴/۸۰±۲/۲۰
	اشتراکات انسانی	۱۳/۶۰±۲/۴۵	۱۳/۹۰±۴
	در برابر انزوا	۱۱/۴۰±۴/۲۹	۱۱/۳۰±۳/۹۷
	ذهن‌آگاهی	۱۴/۳۰±۲/۲۶	۱۴±۲/۱۰
	همانندسازی	۱۰/۸۰±۲/۲۰	۱۱/۳۰±۲/۵۸
	خوددلسوزی(نمره کل)	۸۲/۵۰±۶/۵۷	۸۰/۷۰±۷/۷۲
پس آزمون	مهربانی با خود	۱۹/۱۰±۲/۱۴	۱۵/۷۰±۲/۷۵
	قضاوت در مورد خود	۱۷/۸۰±۱/۵۴	۱۵/۳۰±۲/۳۵
	اشتراکات انسانی	۱۴/۷۰±۲	۱۳/۹۰±۳/۹۵
	در برابر انزوا	۱۴/۵۰±۲/۶۳	۱۱/۱۰±۳/۷۲
	ذهن‌آگاهی	۱۵/۱۰±۲/۰۱	۱۳/۷۰±۱/۸۸
	همانندسازی	۱۲/۶۰±۲/۵۰	۱۱/۳۰±۲/۶۲
	خوددلسوزی (نمره کل)	۹۲/۳۰±۶/۳۲	۸۰/۴۰±۸/۰۷

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم

منبع تغییرات	ss	df	MS	F	sig	اتا
پیش آزمون	۷۸۸/۸۴	۱	۷۸۸/۸۴	۸۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳
آموزش	۵۲۸/۴۵	۱	۵۲۸/۴۵	۵۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۱۵۷/۶۵	۱۷	۹/۲۷			

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

بالای آمار پارامتریک، بهتر است از این آزمون استفاده شود. همه مفروضه‌های در پژوهش حاضر رعایت شده است.

نتایج نشان می‌دهد در متغیر خوددلسوزی و مؤلفه‌های خوددلسوزی در مرحله پیش‌آزمون، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نشان می‌دهد مقدار آزمون w برای نمره‌های مهربانی با خود برای گروه آزمایش (w=۰/۱۸، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، و گروه کنترل (w=۰/۱۴، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، متغیر قضاوت در مورد خود برای گروه آزمایش (w=۰/۲۳، df=۱۰، Sig.=۰/۱۱)، و گروه کنترل (w=۰/۱۶، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، متغیر اشتراکات انسانی برای گروه آزمایش (w=۰/۱۵، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، و گروه کنترل (w=۰/۲۰، df=۱۰، Sig.=۰/۲۱)، متغیر در برابر انزوا برای گروه آزمایش (w=۰/۱۵، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، و گروه کنترل (w=۰/۲۱، df=۱۰، Sig.=۰/۱۹)، متغیر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش (w=۰/۲۵، df=۱۰، Sig.=۰/۰۷)، و گروه کنترل (w=۰/۲۸، df=۱۰، Sig.=۰/۰۶)، متغیر همانندسازی برای گروه آزمایش (w=۰/۲۱، df=۱۰، Sig.=۰/۲۰)، و گروه کنترل (w=۰/۲۰، df=۱۰، Sig.=۰/۲۱) می‌باشد.

نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس برای متغیر خوددلسوزی و مؤلفه‌های خوددلسوزی آن رعایت شده است و مقدار .Sig در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست. نتایج آزمون لون نشان داد همگنی واریانس برای متغیر مهربانی با خود (F=۰/۳۱، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۵۸)، و متغیر قضاوت در مورد خود (F=۰/۹۵، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۳۴)، متغیر اشتراکات انسانی (F=۰/۰۶، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۸۲)، متغیر در برابر انزوا (F=۰/۱۷، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۶۷)، متغیر ذهن‌آگاهی (F=۰/۹۸، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۴۱)، و متغیر همانندسازی (F=۰/۰۰۳، $df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۹۵)، و خوددلسوزی (F=۰/۳۲، $Df_{1,2}$=۱و۱۸، Sig.=۰/۵۷)، رعایت شده است. همچنین نتایج نشان داد مفروضه همگنی ماتریایس کواریانس رعایت شده است (Bax'sM=۳۵/۵۶، F=۱/۰۶، Sig.=۰/۳۶).

فرضیه اصلی پژوهش

آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم اثربخش می باشد. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم اثربخش بوده است ($F_{1,17}$=۵۶/۹۸، P>۰/۰۰۱، V=۰/۷۷). مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد آموزش ۷۷ درصد از واریانس خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم را تبیین کرده است.

فرضیه دوم پژوهش

این فرضیه به تعیین اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های متغیر خوددلسوزی (۶ مؤلفه) در مادران با فرزند اوتیسم پرداخته است.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر همه مؤلفه‌های متغیر خوددلسوزی مادران با فرزندان اوتیسم اثربخش بوده است. متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ($F_{1,12}$=۹/۶۷، P>۰/۰۰۱، V=۰/۴۴) و متغیر قضاوت درمورد خود ($F_{1,12}$=۱۸/۹۶، P>۰/۰۰۱، V=۰/۶۱)، متغیر اشتراکات انسانی ($F_{1,12}$=۴/۴۶، P>۰/۰۵، V=۰/۲۷)، متغیر در برابر انزوا ($F_{1,12}$=۲۲/۶۲، P>۰/۰۰۱، $F_{1,12}$=۷/۸۳، V=۰/۶۵)، متغیر ذهن‌آگاهی (P>۰/۰۰۱، V=۰/۳۹) و متغیر همانندسازی ($F_{1,12}$=۵/۳۷، P>۰/۰۳، V=۰/۳۱). بیشترین اثربخشی آموزش بر خرده‌مقیاس انزوا و کمترین اثربخشی بر اشتراکات انسانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر میزان خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم اثربخش بوده است ($F_{1,17}$=۷۲/۰۸، P>۰/۰۰۱، V=۰/۷۷). از بین خرده‌مقیاس‌های متغیر خوددلسوزی، درمان متمرکز بر شفقت بیشترین تأثیر را بر متغیر «انزوا» و «قضاوت در مورد خود» داشته است. درمان متمرکز بر شفقت، ۶۵ درصد از واریانس خرده‌مقیاس «انزوا» و ۶۱ درصد از واریانی متغیر «قضاوت در مورد خود» را تبیین کرده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های عبدی[۷]، نوری و همکاران [۲۵]، نف [۲۷] و طاهری و همکاران [۳۴] همسو می‌باشد. شباهت پژوهش حاضر با پژوهش‌های همسو، این بوده است که بر روی مادران دارای کودکان اوتیسم و یا دارای فرزند معلول بوده است، به‌جز پژوهش طاهری و همکاران [۳۴] که بر روی والدین بوده است. در همه پژوهش‌ها، متغیر وابسته شامل تاب‌آوری، سلامت روان، شفقت‌به‌خود، شادکامی بوده است که با

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه بر مؤلفه‌های خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم

منبع تغییرات	متغیروابسته	SS	df	MS	F	SIG	اتا
آموزش(مداخله)	مهربانی با خود	۱۵/۰۹	۱	۱۵/۰۹	۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	قضاوت در مورد خود	۱۸/۲۰	۱	۱۸/۲۰	۱۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	اشتراکات انسانی	۳/۴۲	۱	۳/۴۲	۴/۴۶	۰/۰۵	۰/۲۷
	در برابر انزوا	۴۶/۶۵	۱	۴۶/۶۵	۲۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	ذهن آگاهی	۶/۰۷	۱	۶/۰۷	۷/۸۳	۰/۰۱	۰/۳۹
	همانندسازی	۱۰/۲۱	۱	۱۰/۲۱	۵/۳۷	۰/۰۳	۰/۳۱
خطا	مهربانی با خود	۱۸/۲۷	۱۲	۱/۵۶			
	قضاوت در مورد خود	۱۱/۵۱	۱۲	۰/۹۶			
	اشتراکات انسانی	۹/۲۰	۱۲	۰/۷۶			
	در برابر انزوا	۲۴/۷۴	۱۲	۲/۰۶			
	ذهن آگاهی	۹/۲۹	۱۲	۰/۷۷			
	همانندسازی	۲۲/۸۰	۱۲	۱/۹۰			
کل	مهربانی با خود	۱۹۸/۸۰	۱۹				
	قضاوت در مورد خود	۱۰۲/۹۵	۱۹				
	اشتراکات انسانی	۱۸۰/۲۰	۱۹				
	در برابر انزوا	۲۴۵/۲۰	۱۹				
	ذهن آگاهی	۸۰/۸۰	۱۹				
	همانندسازی	۱۲۶/۹۵	۱۹				

متغیر وابسته پژوهش حاضر، همسو هستند. تفاوت آن‌ها در شهر محل اجرا، حجم نمونه، ابزار سنجش، پروتکل و تعداد جلسات اجرا بوده است و در برخی از پژوهش‌ها، در مورد نوع مداخله هم با هم فرق داشته‌اند.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت دوران کودکی یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین نقطه زندگی هر فرد و والدین آن کودک می‌باشد که به مراقبت‌های زیادی در این دوران نیاز است. والدین تمام تلاش خود را برای نگهداری و رفع نیازهای کودک می‌کنند. والدین دررابطه‌با کودک نقش خطیرتری بر عهده دارند. این نقش و نیازها برای والدین به‌خصوص مادران کودکان اوتیسم متفاوت و سنگین‌تر از والدین و مادران کودکان عادی است [۴]. همچنین افزایش خوددلسوزی می‌تواند کلید اصلی مکانیسم دانش و اقدام مؤثر برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم باشد و باعث کاهش استرس والدین با کودکان اوتیسم شود [۵]، زیرا خوددلسوزی موجب آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم و بهبود آن‌ها از طریق پیگیری می‌شود [۶]. در درمان متمرکز بر شفقت تأکید بر تجربه ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است. تکنیک‌هاي مختلف این مدل درماني براي دروني‌سازي شفقت‌به‌خود، شامل تصویرسازي، نوشتن نامه شفقت‌گونه به خود و یادگیري دانش روان‌شناختي شفقت‌به‌خود است. در تمرین‌هاي شفقت‌ورزي بر تن‌آرامي، ذهن‌آرام و شفقت‌ورز و ذهن‌آگاهي تأکید مي‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و اضطراب نقش بسیاري دارد [۷]. به همین دلیل بیشترین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه قضاوت در مورد خود و انزوا بوده است.

در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت‌گونه‌اي به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌هاي هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی‌که افراد نسبت به افکار دردناک خود

آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هست، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به‌صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاري نشان دهد. در این روش درمانی، به‌جاي تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد آموزش شفقت‌درمانی بر مؤلفه‌های خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم اثربخش بوده است. باتوجه‌به نتایج، درمان متمرکز بر شفقت ۴۴ درصد از واریانس مؤلفه مهربانی، ۶۱ درصد از مؤلفه قضاوت در مورد خود، ۲۷ درصد از مؤلفه اشتراکات انسانی، ۶۵ درصد از مؤلفه انزوا، ۳۹ درصد از ذهن‌آگاهی و ۳۱ درصد از همانندسازی را تبیین کرده است که بیشترین اثربخشی بر انزوای مادران با فرزند اوتیسم بوده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت خوددلسوزی نقش مهمی در رفاه والدین کودکان دارای اوتیسم ایفا می‌کند [۲۳]. پژوهشگران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که تقویت شفقت به خود، به افراد در مواجهه با تمایلات خوددلسوزی، تعاملات بین‌فردي و مهربانی با خود، بهزیستی روان‌شناختی و غیره، کمک می‌کند. افرادي که در خودقضاوتی نمره بالایی دارند، در وقایع استرس‌زاي زندگی و تجربیات ناموفق زندگی، بیشتر خود را محکوم کرده و خودارزیابی منفی از خود دارند [۷، ۲۹، ۳۵].

اشخاصی که نسبت به خود شفقت‌ورز هستند، به اندازه کسانی که شفقت به خود ندارند، از معیارهاي سطح بالا استفاده می‌کنند، اما وقتی نمی‌توانند در حد این استانداردها ظاهر شوند، به خودشان سخت نمی‌گیرند. شفقت‌به خود، سبب می‌شود این افراد بیش از کسانی که پیوسته از خود انتقاد می‌کنند، به رشد و بالندگی بها دهند [۲۹، ۳۵]. سازه شفقت به خود، از بسیاري جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌اي هیجان‌محور باشد؛ چراکه به آگاهی هوشیارانه از هیجان‌هاي خود، عدم‌اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده فهم و احساس اشتراک‌هاي انسانی به آن‌ها نیازمند است. درواقع افراد در این مدل، ابتدا با استفاده از ذهن‌آگاهی، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند. شواهد بیانگر آن است که شفقت‌به‌خود، موجب افزایش سلامت روان افراد از طریق بهبود در تنظیم هیجانات سازگار در زمان‌هاي استرس و اضطراب می‌شود.

پژوهشگران معتقدند شفقت به خود، الگوهاي تنظیم هیجان منفی را از طریق افزایش آگاهی بدون قضاوت هیجانات خود و جهت دادن به این هیجان‌ها، براي واکنش به حوادث استرس‌زا بهبود می‌بخشد. افراد داراي شفقت‌به‌خود، به احتمال بیشتري به حوادث استرس‌زا به‌عنوان طیف گسترده‌اي از تجربیات انسانی می‌نگرند [۲۵]. به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرئت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را، مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهاي واقعی و توقعات قابل‌دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند که تمامی این موارد به بهبود خوددلسوزی مادران کودکان اوتیسم منجر می‌شود [۳۶].

از دیدگاه دیگر، وقتی مادران کودکان اوتیسم با تحت آموزش شفقت درمانی قرار می‌گیرند، هنگام مواجهه در برابر رویدادهای منفی می‌دانند که تنها نیستند و دیگران نیز در حال تجربه آن رویدادند، پس سعی می‌کنند با احساسات و موقعیت‌های منفی کنار بیایند و با مهربان بودن در حق خویش با آن‌ها سازگار شوند و از انزوا و گوشه‌گیری آن‌ها نیز جلوگیری می‌شود [۳۴]. این‌که مداخله بیشترین اثر را بر کاهش انزوا و قضاوت خود داشته، کاملاً با ماهیت CFT همخوانی دارد.

CFT به مادران می‌آموزد رنج کشیدن بخشی از تجربه مشترک انسانی است (کاهش انزوا) و به‌جای سرکوب یا خودانتقادی، با احساسات خود با مهربانی برخورد کنند (کاهش قضاوت خود). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اشتراکات انسانی و همانندسازی در مقایسه با بقیه مؤلفه‌های خوددلسوزی کمتر بوده است. احتمالاً هر دو متغیر چون به خارج فرد برمی‌گردد و لازمه رشد آن‌ها در این درمان این است که ابتدا تغییر و رشد در خود فرد باید صورت گیرد تا بتوان با دیگران مؤثرتر رابطه برقرار کرد، به زمان بیشتری نیاز دارد. به‌عبارتی اثربخشی این درمان و ایجاد تغییرات، ابتدا در مؤلفه‌های شخصی و درونی صورت می‌گیرد و سپس دررابطه‌با دیگران. به قول حضرت مولانا (در دیوان شمس)، ره آسمان درونست پَر عشق را بجنبان-پر عشق چون قوی شد غم نردبان نماند.

برنامه آموزش درمان متمرکز بر شفقت، بر میزان خوددلسوزی مادران با فرزند اوتیسم، اثربخشی معنی‌داری در افزایش میزان خوددلسوزی داشته است. در درمان متمرکز بر شفقت تأکید بر تجربه ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است. تکنیک‌هاي مختلف این مدل درماني براي دروني‌سازي شفقت‌به‌خود، در افزایش خوددلسوزی و مؤلفه‌های آن به‌ویژه مؤلفه رهایی از انزوا و خودقضاوتی اثربخش بوده است. بنابراین باتوجه‌به یافته‌هاي این پژوهش می‌توان برنامه‌هایی براي افزایش شفقت نسبت به خود در والدین داراي فرزند اتیسم تدوین نمود تا به این کودکان و خانواده‌هاي آن‌ها کمک شود تا خوددلسوزی خود را ارتقا دهند و با ناملایمات زندگی با توان بیشتري کنار بیایند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر باتوجه‌به روش و نوع طرح به‌کاررفته می‌توان به کنش متقابل میان گزینش و بلوغ در روایی بیرونی و اثر پیش‌آزمون بر متغیر مستقل در روایی درونی، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه آماری به شهر اراک که قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند، اتکای صرف به خودگزارشی و عدم وجود مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات مداخله در طول زمان، اشاره کرد.

باتوجه‌به اهمیت شفقت‌به‌خود و نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌عنوان یک برنامه مکمل در کلینیک‌های درمانی، مراکز توانبخشی و انجمن‌های حامی خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم ادغام شود. ضروری است کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر پروتکل CFT برای روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی فعال در این حوزه برگزار گردد و روانشناسان و متخصصان سلامت روان می‌توانند از پروتکل CFT به‌عنوان یک ابزار مؤثر در کار با این جمعیت استفاده کنند.

در قسمت پیشنهادهای پژوهشی باتوجه‌به محدویت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و تصادفی‌سازی‌شده از چندین شهر، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را بررسی کنند. همچنین، گنجاندن یک مرحله پیگیری ۳ یا ۶ ماهه برای سنجش ماندگاری اثرات مداخله ضروری به نظر می‌رسد. بررسی اثربخشی این مداخله بر پدران و مراقبان رسمی نیز می‌تواند موضوع پژوهشی ارزشمندی باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر دارای تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد با کد اخلاق (IR.IAU.ARAK.REC.1403.247) می‌باشد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه سحر شمس کلاهی دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین به راهنمایی حسین داودی می‌باشد و این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از مساعدت و همکاری صمیمانه مسئولین و کارکنان انجمن اوتیسم اراک و کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

[1] Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4(5):346-7. [DOI:10.1016/S2352-4642(20)30097-3] [PMID]

[2] Kober R. The effect of employment on the quality of life of people with intellectual disabilities: A review of the literature. In: Kober R, editor. Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities. New York: Springer; 2020. [DOI:10.1007/978-90-481-9650-0_7]

[3] Soltani Nejad S, Kashi A, Zarezadeh M, Ghasemi A. [Musical-motor activities on autism symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorder (Persian)]. J Disabil Stud. 2020; 10(1):68. [Link]

[4] Bohadana G, Morrissey S, Paynter J. Self-compassion: A novel predictor of stress and quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2019; 49(10):4039-52. [DOI:10.1007/s10803-019-04121-x] [PMID]

[5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington: American Psychological Association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]

[6] Ahmadi Kahjoogh M, Farahbod M, Soortigi H, Rassafiani M. [Sensory processing patterns in children with autism disorder from Winnie Dunn's perspective (Persian)]. J Except Child. 2011; 10(4):385-93. [Link]

[7] Hosein Abadi S, Pourshahryari M, Zandipour T. [Effectiveness of positive psychology on psychological well-being of mothers of autistic children (Persian)]. Empowering Except Child. 2017; 8(1):54-60. [Link]

[8] Inal-Kaleli I, Dogan N, Kose S, Bora E. Investigating the presence of autistic traits and prevalence of autism spectrum disorder symptoms in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2025; 58(1):66-90. [DOI:10.1002/eat.24307] [PMID]

[9] Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023; 72(2):1-14. [DOI:10.15585/mmwr.ss7202a1] [PMID]

[10] Yavari A, Zamanian M, Panahian M, Valizadeh A. Prevalence of Autism Spectrum Disorder with High-Functioning among Children Aged 7-12 Years. Depiction of Health. 2022; 13(2):165-74. [DOI:10.34172/doh.2022.24]

[11] Vakilizadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh A. [Investigating validity and reliability of early screening for autistic traits-Persian version (ESAT-PV) in toddlers (Persian)]. J Rehabil. 2017; 18(3):182-93. [DOI:10.21859/jrehab-1803182]

[12] Weiner DJ, Wigdor EM, Ripke S, Walters RK, Kosmicki JA, Grove J, et al. Polygenic transmission disequilibrium confirms that common and rare variation act additively to create risk for autism spectrum disorders. Nat Genet. 2017; 49(7):978-85. [DOI:10.1038/ng.3863] [PMID]

[13] Nayar K, Sealock JM, Maltman N, Bush L, Cook EH, Davis LK, et al. Elevated polygenic burden for autism spectrum disorder is associated with the broad autism phenotype in mothers of individuals with autism spectrum disorder. Biol Psychiatry. 2021; 89(5):476-85. [DOI:10.1016/j.biopsych.2020.08.029] [PMID]

[14] Sattari M, Ashrafi Alavije M, Jarrah E. [Predicting resilience and self-compassion based on cognitive flexibility in fathers of children with autism spectrum disorder (Persian)]. J Disabil Stud. 2022; 12:96-96. [Link]

[15] Kazemi N, Dadashloo F, Seyf FS. [Prediction of psychological well-being and resilience in mothers of children with autism spectrum disorder based on cognitive flexibility (Persian)]. JMiddle EastJ Disabil Stud. 2019; 9:12. [Link]

[16] Jose A, Gupta S, Gulati S, Sapra S. Prevalence of depression in mothers of children having ASD. Curr Med Res Pract. 2017; 7(1):11-5. [DOI:10.1016/j.cmrp.2016.12.003]

[17] Liang K, Lai Lam KK, Huang L, Lin X, Wang Z, Liu H, et al. Self-compassion, mental health, and parenting: Comparing parents of autistic and non-autistic children. Autism. 2025; 29(1):53-63. [DOI:10.1177/13623613241286683] [PMID]

[18] Afshani PD, Abou'ee A. [The effectiveness of self-compassion training in students' anger control (Persian)]. J Fam Res. 2019; 16(3):103-24. [Link]

[19] Bohadana G, Morrissey S, Paynter J. Self-compassion in mothers of children with autism spectrum disorder: A qualitative analysis. J Autism Dev Disord. 2021; 51(4):1290-303. [DOI:10.1007/s10803-020-04612-2] [PMID]

[20] Neff KD. Setting the record straight about the self-compassion scale. Mindfulness, 2019, 10(1):200-2. [DOI:10.1007/s12671-018-1061-6]

[21] Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: The role of self-compassion and gratitude. Mindfulness. 2019; 10(2):339- 51. [DOI:10.1007/s12671-018-0978-0]

[22] Choo PY, Marszalek JM. Self-compassion: A potential shield against extreme self-reliance? J Happiness Stud. 2019; 20(3):971-94. [DOI:10.1007/s10902-018-9978-y]

[23] Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. Handbook of mindfulness and self-regulation. New York: Springer; 2015 [DOI:10.1007/978-1-4939-2263-5_10]

[24] Kazemi A, Sharifi Fard A. [Comparison of self-compassion, resilient and psychological well-being in mothers with autism children and normal children (Persian)]. J Psychol N Ideas. 2021; 8(12):1-4. [Link]

[25] Nuri HR, Shahabi B. [The effectiveness of self-compassion training on increase of mothers resiliency with autistic children (Persian)]. Knowl Res Appl Psychol. 2017; 18(3):118-26. [Link]

[26] Bazzano A, Wolfe C, Zylowska L, Wang S, Schuster E, Barrett C, et al. Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. J Child Fam Stud. 2015; 24(2):298-308. [DOI:10.1007/s10826-013-9836-9]

[27] Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. Mindfulness, 2015; 6:938-47. [DOI:10.1007/s12671-014-0359-2]

[28] Brenjestanaki MR, Abbasi G, Mirzaian B. [Effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children (Persian)]. Biannual J Appl Couns. 2020; 10(1):1-8. [DOI:10.22055/jac.2020.33836.1749]

[29] Li SN, Chien WT, Lam SK, Chen ZY, Ma X. Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Res Autism Spectrum Disord. 2024; 114:102389. [DOI:10.1016/j.rasd.2024.102389]

[30] Bacherini A, Igliozzi R, Cagiano R, Mancini A, Tancredi R, Muratori F, et al. Behavioral and emotional problems of toddlers with autism spectrum disorder: Effects of parents' sociocultural level and individual factors. Res Dev Disabil. 2021; 119:104106. [DOI:10.1016/j.ridd.2021.104106] [PMID]

[31] Churchill SS, Leo MC, Brennan EM, Sellmaier C, Kendall J, Houck GM. Longitudinal impact of a randomized clinical trial to improve family function, reduce maternal stress and improve child outcomes in families of children with ADHD. Matern Child Health J. 2018; 22(8):1172-82. [DOI:10.1007/s10995-018-2502-5] [PMID]

[32] Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR. [Psychometric properties of self-compassion scale (SCS) (Persian)]. J Psychol Model Methods. 2013; 4(13):47-59. [Link]

[33] Khanjani S, Foroughi AA, Sadghi K, Bahrainian SA. [Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form) (Persian)]. Pajoohandeh J. 2016; 21(5):282-9. [Link]

[34] Taheri A, Marashi S A, Hamid N, Beshlideh K. [The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological well-being and meaning in life of mothers of children with intellectual and developmental disorders (Persian)]. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2022; 28(1):20-33. [DOI:10.32598/ijpcp.28.1.3046.1]

[35] Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Soc Personal Psychol Compass. 2011; 5(1):1-12. [DOI:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x]

[36] Tajdin Lirak A, Aleyasin SA, Heidari H, Davoodi H. Comparison of the effectiveness of compassion and reality therapy on the life expectancy of imprisoned men. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2020; 63(1):2322-31. [DOI:10.22038/mjms.2020.22406]