

## The Effectiveness of Self-Compassion Training on Increase of Mothers' Resiliency with Autistic Children

Hamid Reza Nuri, M. A

psychology, Islamic Azad University of Sciences & Research Branch, Tehran, Iran

Bahareh Shahabi, M. A

psychology, Islamic Azad University of Sciences & Research Branch, Tehran, Iran

## اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم

حمیدرضا نوری\*

کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی، علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

بهاره شهابی

کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی، علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

### Abstract

The present study investigated the effectiveness of self-compassion training on the increase mothers' resiliency with autistic children by the quasi-experimental method and was performed by pre-test and post-test with the control group. The population under study was mothers of children with autism who referred to the Center of Yavarane Zeinab in Esfahan. Twenty-four mothers who were selected randomly and assigned to experimental and control groups completed the autism Scale (Cars, 1988) and resilience Scale (Conner and Davidson, 2003) were used. Experimental group trained weekly 7 sessions of self-compassion in two-hour and the control group did not receive any intervention. At the end of training, both groups were assessed. Data were analyzed by analysis of covariance. The results showed that the teaching of self-compassion significantly contributed to the resilience of participation people and mothers in the experimental group showed significantly increased ( $P < 0/001$ ) in resiliency. According to the findings of this study self-compassion can be offered as an effective method to increase the resilience of mothers of children with autism.

**Keywords:** self-compassion, mothers' resiliency, autistic children

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری این مادران انجام گردیده است. طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز اتیسم یاوران زینب شهر اصفهان می‌شود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ مادر بودند که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته و از مقیاس‌های سنجش اتیسم (کارز، ۱۹۸۸) و مقیاس تاب‌آوری (کانرودیدسون، ۲۰۰۳) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایش ۷ جلسه دوساعته آموزش شفقت نسبت به خود را به صورت هفتگی دریافت کردند، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی و داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش شفقت با خود به طور معناداری بر تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده مؤثر بوده و مادران در گروه آزمایشی افزایش معناداری ( $P < 0/001$ ) را در مقیاس تاب‌آوری نشان دادند. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان آموزش شفقت با خود را به عنوان یک روش مؤثر بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم پیشنهاد داد.

**واژه‌های کلیدی:** شفقت با خود، تاب‌آوری مادران، کودکان مبتلا به اتیسم.

\*. نویسنده مسؤل: drpsyh1@gmail.com

وصول: ۹۴/۰۸/۲۸ پذیرش: ۹۶/۰۵/۲۰

## مقدمه

مادرانی که کودکان مبتلا به سندرم داون داشتند، امید پایین‌تر و نگرانی مربوط به آینده بیشتر گزارش کردند.

یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری<sup>۱</sup> است. تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روان‌شناسی مثبت نگر است که جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به‌طوری‌که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود. ماستن<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) تاب‌آوری را "فرآیندی پویا برای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار" تعریف نموده است. به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱) البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. بر اساس پژوهش انجام شده بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه معنادار و منفی وجود دارد، این سازه می‌تواند به‌عنوان عامل میانجی بین سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و ارتقای تاب‌آوری می‌تواند مقاومت فرد را در برابر عواملی که باعث به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، افزایش دهد (آگایی و ویلسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). تالی هیمانی<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۲) در پژوهشی که تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمی را بررسی کرده بودند، نتیجه گرفتند که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند.

حضور کودکی با اختلال اتیسم در یک خانواده مشکلات فراوانی پدید می‌آورد و بر اعضای خانواده به‌خصوص مادر تأثیر می‌گذارد که مهم‌ترین آنها تجربه‌های استرس‌زا است که بر اساس آن خانواده خود را از داشتن فرزند سالم و لذت تعامل متقابل با کودک محروم می‌بیند. اتیسم اختلال رشدی عصبی که در دو حوزه کلی نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و رفتارها، علائق و فعالیت‌های محدود و تکراری معرفی شده است. (انجمن روان‌پزشکان آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHO) در سال ۱۹۷۵ از هر ۵ هزار نفر، یک نفر به اختلال اتیسم مبتلا بوده، اما در سال ۲۰۰۴ این میزان به یک در ۱۶۶ نفر رسیده و در سال ۲۰۱۴ از هر ۴۲ کودک یک نفر به اختلال اتیسم مبتلا بوده است. به‌طورکلی وجود کودک دارای ناتوانی به دلیل حالت شوکی که در والدین ایجاد می‌کند و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی تلاش‌های زیادی می‌کنند و احتمال بی‌نتیجه ماندن این تلاش‌ها نیز وجود دارد و فشارهای بسیاری بر والدین وارد می‌شود. (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۴)

پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به‌صراحت نشان داده که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می‌گذارند (شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۸۷) در پژوهشی با دو نمونه والدین دارای کودکان در حال رشد و والدین دارای کودکان اتیسم نشان داده شد که والدین دارای کودکان اتیسم نسبت به آینده بدبین‌تر و ناامیدتر هستند (کاپ، وولف، بوبت و آدرین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ جانسون فرن، فشم و سیمسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). قابل ذکر است که والدین کودکان اتیستیک به‌طور غیرمنطقی خودشان را اولین علت شرایط کودکشان می‌دانند و خود را سرزنش می‌کنند (فرناندز و ارکیا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). مایرز، مکینتاش و گوین کوچل<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش که به مقایسه امید و نگرانی در مادران کودکان با یک اختلال طیف اتیسم (۱۹۹ مادر) و سندرم دوان (۶۰ مادر) پرداختند، نشان دادند مادران کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به

1. American psychiatric Association (APA)  
3. Cappe, wolff, Bobet & Adrien  
5. Fernande, & Arcia  
7. resilience  
9. Waller  
11. Tali Heiman

2. World Health Organization  
4. Johnson, Frenn, Feetham & Simpson  
6. Myers, Mackintosh, & Goin-Kochel  
8. Masten  
10. Agaibi & Wilson

(نف و پومیر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳) افراد با شفقت با خود بالا تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (یارنل<sup>۱۰</sup> و نف، ۲۰۱۳) تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس دارند (فلدمن و کویکن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱) و از سویی دیگر بازانو، ولف، زیلوسکا، وانگ و اسپاستر<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۳) و بن، اکیوا، آرل و روزر<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۲) 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.

از آنجایی که زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به‌صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند کلیه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و نیز از طرف دیگر مادر در تعامل بیشتر با این کودکان است و احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی مداخله به روش آموزش شفقت با خود را بر ارتقاء تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، بررسی و تعیین نماید.

### فرضیه پژوهش

آموزش شفقت نسبت به خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم مؤثر است.

### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح تحقیق پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه با گمارش تصادفی است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز اتیسم یاوران زینب شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۴ بودند که ملاک‌های پژوهش را برآورده می‌کردند. از بین کل مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۳۰ مادری که حداقل یکی از فرزندان آنها مبتلا به اختلال اتیسم بود، به‌صورت در دسترس انتخاب گردیدند. از بین این ۳۰ نفر، ۱۵ نفر از مادران به‌صورت تصادفی انتخاب شدند که گروه

با در نظر گرفتن این شواهد، ضرورت اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای تاب‌آوری و به سبب آن افزایش بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم واضح و مبرهن است. یکی از روش‌های نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله‌ای آموزش شفقت با خود<sup>۱</sup> است که اگرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌ها است که در فلسفه شرقی وجود دارد. شفقت با خود را می‌توان به‌عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود تعریف نمود (نوری، ۱۳۹۵). نف و فاسو<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در تحقیق خود از سطح پائین این ویژگی در مادران فرزندان اتیستیک و ارتباط آن با سطح مشکل فرزندان یاد می‌کنند. نف (۲۰۰۳ الف، ۲۰۰۳ ب) شفقت با خود را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل این موارد تعریف می‌کند: محبت نسبت خود<sup>۳</sup> در برابر قضاوت نسبت به خود<sup>۴</sup> (درک خود به‌جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی<sup>۵</sup> در مقابل انزوا<sup>۶</sup> (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و ذهن‌آگاهی<sup>۷</sup> در مقابل همسان‌سازی افراطی<sup>۸</sup> (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر ذهن را اشغال کنند)؛ ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). داشتن شفقت با خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد؛ در حقیقت یکی از ویژگی‌هایی که با پرورش شفقت با خود در افراد ایجاد می‌شود خردمندی است که این ویژگی به افراد اجازه می‌دهد بی‌فایده بودن خود انتقادی را درک کنند و مهربان بودن بیشتر با خود را انتخاب نمایند (رنجبر و نوری، ۱۳۹۵)؛ همچنین شفقت با خود به‌صورت معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران نیز همراه است

1. Self-Compassion

3. Self-Kindness

5. Common Humanity

7. Mindfulness

9. Pommier

11. Feldman &amp;, Kuyken

13. Benn, Akiva, Arel &amp; roser

2. Neff &amp; Faso

4. Self-Judgment

6. Isolation

8. Over-Identification

10. Yarnell

12. Bazzano, wolfe, zylovska, wang &amp; achuster

پیش از اجرای طرح اهداف و شیوه اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت‌نامه از آنها اخذ شد.

### ابزارهای سنجش

۱. **آزمون تشخیص و غربالگری کارز<sup>۱</sup>**: این آزمون تشخیص و غربالگری اتیسم در سال ۱۹۸۸ توسط اسچوپلر<sup>۳</sup> تهیه شده و دارای ۱۵ آیتم است. ۱- ارتباط با مردم ۲- تقلید ۳- پاسخ هیجانی ۴- حرکات کلیشه‌ای ۵- استفاده از اشیاء ۶- مقاومت در برابر تغییرات ۷- تماس چشمی مناسب ۸- پاسخ شنیداری ۹- پاسخ بویایی ۱۰- ترس یا نگرانی ۱۱- ارتباط کلامی ۱۲- ارتباط غیرکلامی ۱۳- سطح فعالیت ۱۴- سطح هوشی ۱۵- برداشت کلی هر آیتم شامل گزینه‌های: «مشکلی وجود ندارد، کمی نابهنجار است، متوسط و شدید» است که به ترتیب برای آنها ۱، ۲، ۳، ۴ نمره در نظر گرفته می‌شود، در کل آزمون بین ۱۵ تا ۶۰ نمره خواهد داشت که از نمره ۳۰ بالاتر تشخیص اتیسم داده می‌شود. نمره ۳۰ تا ۳۶ درجه اتیسم ضعیف تا متوسط و ۳۶ تا ۶۰ نمره، میزان اتیسم شدید خواهد بود. دو نمونه از آیتم‌های این آزمون عبارت است از: «آیا کودک شما به سایر کودکان توجهی نشان می‌دهد؟» و «آیا زمانی که کودکان را صدا می‌زنید به اسم خود واکنش نشان می‌دهد؟». پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط احمدی، صفری، همیتان و خلیلی (۱۳۹۰) ۹۱ درصد به‌دست آمده است.

۲. **پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)**: این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است؛ که در مقیاس لیکرت (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هیچ‌وقت) که به گزینه همیشه = ۴، اغلب اوقات = ۳، گاهی اوقات = ۲، بندرت = ۱ و هیچ‌وقت صفر می‌گیرند. نمونه‌ای از گویه‌های آن این عبارت است: «حتی وقتی امور مایوس‌کننده باشند، ناامید نمی‌شوم». در این آزمون حداکثر نمره فرد این پرسشنامه ۱۰۰ و حداقل آن صفر است. نقطه برش برای افراد عادی ۸۰/۴ و در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه ۴/۸ است و هرچه نمره بالاتر باشد بیانگر تاب‌آوری بیشتر است (محمدی ۱۳۸۴؛ به نقل از کیانی، ۱۳۸۹). پایایی پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون بر اساس پژوهش محمدی (۱۳۸۴)، به نقل از کیانی (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

آزمایش را تشکیل می‌دادند و ۱۵ نفر دیگر در گروه گواه جای گرفتند. سه نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر (بیش از دو جلسه) از گروه آزمایش حذف شدند که به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی سه نفر نیز از گروه گواه حذف گردیدند و نهایتاً کل تعداد نمونه به ۲۴ نفر رسید. معیارهای ورود به گروه عبارت بودند از (۱) محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال؛ (۲) حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۳) عدم مصرف دارو حداقل در دو ماه گذشته تاکنون و (۴) گذشت حداقل یک سال از تشخیص اختلال فرزندشان.

### روش اجرا

در ابتدا مادران حاضر در مطالعه، پرسشنامه تشخیص و غربالگری اتیسم کارز (۱۹۸۸) را تکمیل نمودند و چنانچه کودک آنها نمره لازم را به دست آورده بود، به آنها پرسشنامه تاب‌آوری داده شد که تکمیل نمایند. گروه آزمایش در معرض آموزش شفقت با خود، طی ۷ جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه به مدت دوساعته قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت بلافاصله بعد از اتمام آموزش، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور از هر دو گروه آزمایش و گواه گرفته شد. روش آموزش شفقت با خود بر اساس مفاهیم و تمرین‌هایی که یکی از پیشگامان مفهوم شفقت با خود به نام جرمر<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در کتاب خود با عنوان "مسیر ذهن آگاهی تا شفقت با خود" آورده است طی هفت جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ساعت طرح‌ریزی شد (جرمر، ۲۰۰۹). همچنین به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش با توجه با استاندارد بودن بسته درمانی و اینکه در مجامع و مؤسسات روان‌شناسی خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته بود، متن بسته درمانی در اختیار چند تن از متخصصین روان‌شناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی و آشنا با درمان‌های موج سوم قرار داده شد تا صحت ترجمه بسته درمانی را تأیید نمایند؛ سپس متن آن به تعدادی از دانشجویان در قالب یک گروه ارائه شد تا صحت فهم آن تأیید گردد، بعد از این مراحل بسته درمانی به‌طور مستقیم مورد استفاده قرار گرفت که جزئیات جلسات آن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت با خود

جلسات	موضوع	خلاصه جلسات
۱	آشنایی با مفهوم شفقت و مهربانی با خود	تعیین اهداف جلسات، تنظیم خط‌مشی 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؛
۲	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی	گفتگو در خصوص جلسه قبل و دریافت پس‌خوراند، ارائه اطلاعات کلی در خصوص ذهن آگاهی، تمرین ذهن آگاهی از صدا، تمرین ذهن آگاهی از تنفس، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، ذهن آگاهی در خانه و در دنیای واقعی، تمرین خانگی؛
۳	پذیرش هیجانات	ارائه گزارش یک شرکت‌کننده در خصوص تمرین جلسه قبل، اطلاعات کلی در خصوص هیجانات و آگاهی از آنها با استفاده از ذهن آگاهی و برچسب زدن به هیجانات، تمرین برچسب‌زنی، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، تکلیف خانگی؛
۴	رویارویی با هیجانات مشکل	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی در خصوص مراحل پذیرش هیجانات مشکل و چرخه هیجانات منفی، مایندفولنس از هیجانات بدنی، تمرین نرمش، رخصت و عشق، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین، تکلیف خانگی؛
۵	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؛
۶	دگرگونی روابط	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی در خصوص انواع روابط بین فردی، تمامدیتیشن برای خود و دیگران، آموزش بخشش (به خود و دیگران)، ارتباط با دیگران بدون از دست دادن فردیت، تکلیف خانگی؛
۷	در آغوش گرفتن زندگی	بازنگری تکلیف خانگی، بحث در خصوص اشتراکات انسانی، مرور تمرینات و مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته و گفتگو در خصوص مشکلات احتمالی در آینده؛

بررسی وضعیت توصیفی داده‌ها نشان داد که میانگین و

انحراف معیار پیش‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۵۶/۹۲ و ۲۳/۵۶ است و در گروه کنترل ۵۵ و ۲۳/۶۴ است و میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری گروه آزمایش به‌صورت قابل توجه نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و این در حالی است که این نمره‌ها در گروه کنترل افزایش چندانی نداشته است.

بنابراین به‌منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و این‌که آیا این تفاوت از نظر آماری نیز معنادار است یا خیر از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش در این قسمت، ابتدا رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمرات طیف اتیسم با متغیر آزمایش از طریق همبستگی پیرسون محاسبه گردید تا متغیرهای همپراش جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش در

## تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین متغیر هم‌پراش و تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) و نیز برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک و سپس همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین استفاده گردید.

## یافته‌ها

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد نمونه ۳۸/۴ و تحصیلات ۶۲/۵ درصد آنها لیسانس بود و میانگین مدت ازدواج افراد نمونه ۱۲/۳۳ بود.

مرحله بعد تعیین گردد. نتایج حاکی از ارتباط معکوس بین طیف اتیسم و تاب‌آوری در پیش‌آزمون ( $p \leq 0/01$ ) است به این معنی که مادرانی که دارای فرزندانی با درجه اتیسم شدیدی بودند، نمره پایین‌تری در مقیاس تاب‌آوری به دست آورده‌اند، همچنین سن شرکت‌کنندگان نیز با نمرات تاب‌آوری دارای ارتباط منفی معنادار است ( $p \leq 0/05$ ) و لذا لحاظ کردن روابط بین آنها از نظر متغیرهای همپراش در تحلیل کوواریانس ضرورت دارد.

لازم به ذکر است که پیش از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، بایستی پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیر پژوهش مورد بررسی قرار گیرد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس‌ها و آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع نمرات

آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	شاپیرو-ویلک	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۸۲	۱	۲۲	۰/۳۷	۰/۹۵	۲۴	۰/۲۶

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نرمال بودن توزیع و همسانی واریانس‌ها رد نشده است. برای بررسی پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش شفقت با خود بر میزان تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	۲۴۷۸/۲۶	۱	۲۴۷۸/۲۶	۱۶/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۷
پیش‌آزمون	۴۶۳۰/۱۱	۱	۴۶۳۰/۱۱	۳۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
سن	۶۶۹/۶۱	۱	۶۶۹/۶۳	۴/۴۸	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۵۲
طیف اتیسم	۴۰۲/۵۹	۱	۴۰۲/۵۹	۲/۶۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۳۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله پس از حذف اثر پیش‌آزمون و سن مادران و همچنین نمرات طیف اتیسم فرزندان تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است. به‌طورکلی بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر سطح تاب‌آوری در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0/001$ ) لذا فرضیه تفاوت بین میانگین نمرات تاب‌آوری دو گروه تأیید شد ( $P<0/001$ ). بررسی اندازه اثر (۰/۴۶) نیز نشان‌دهنده میزان تأثیر نوع آموزش مبتنی بر شفقت نسبت به خود بر میزان تاب‌آوری است. همچنین بررسی توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه در آزمون فرضیه است.

در پایان، میانگین تعدیل شده دو گروه پس از حذف متغیرهای همپراش محاسبه که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. میانگین تعدیل شده نمرات تاب‌آوری بعد از آموزش شفقت با خود در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین تعدیل شده
آزمایش	۷۷/۳۸
کنترل	۵۶/۴۶

که طی جلسه پنجم در خصوص آن آموزش داده شده، برای این افراد همچون حفاظی در برابر مشکلات زندگی عمل خواهد نمود. مؤلفه دیگری که در اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت نسبت به خود بر افزایش تاب‌آوری نقش مهمی ایفا می‌کند مدیتیشن عشق و محبت است. مادران فرزندان مبتلا به اتیسم، اغلب خود را در اینکه فرزند آنها دچار چنین اختلالی شده مقصر می‌دانند و خود را در این خصوص سرزنش می‌کنند، این سرزنش به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ای برای ابتلا به تنش روانی، اضطراب و افسردگی در آنان شود که این اختلالات به نوبه خود افزایش آسیب‌پذیری و کاهش تاب‌آوری را به همراه خواهد داشت، بنابراین می‌توان با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن عشق و محبت در خصوص بخشش خود و حتی دیگران به آنها کمک نمود تا از قضاوت سرسختانه در مورد خود فاصله بگیرند و به یک بهزیستی روانی مطلوبی دست یابند که به تبع آن افزایش تاب‌آوری را نیز می‌توان مشاهده نمود.

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در جلسه آخر با موضوع اشتراکات انسانی آشنا گردیدند و این مفهوم برای آنها تبیین شد که مشکلی که با آن در کشمکش هستند تنها خاص و مختص آنان نیست و افراد متعددی با آنها در این زمینه شباهت دارند. نتایج گوناگونی از تأثیر این باور در سلامت و بهزیستی روانی حمایت کرده‌اند به گونه‌ای که نف (۲۰۰۹) یکی از ارکان عمده شفقت به خود را به همین موضوع اختصاص داده است.

در مجموع افراد شرکت‌کننده طی هفت جلسه آموزشی این توانایی را به دست آوردند که از حضور رنج خود آگاهی یابند و ضمن حفاظت از خود در برابر مشکلات، به شکل مشفقانه نه منتقدانه با آن برخورد نمایند و همین موضوع باعث ارتقاء سطح تاب‌آوری در آنها گردیده است.

همچنین به عنوان یافته جانبی این پژوهش می‌توان به ارتباط معنادار و منفی شدت اتیسم فرزندان با تاب‌آوری مادران اشاره نمود که با پژوهشی که نف و فاسو (۲۰۱۴) انجام داده‌اند و ارتباطی معنادار بین درجه شدت اتیسم و استرس والدین به دست آورده‌اند همسو است. بالطبع شدت درجه اتیسم فرزند به خصوص در طولانی مدت باعث فرسودگی و تنش بیشتر و تاب‌آوری پایین تری در مقابل عوامل بیرونی خواهد شد.

چنانچه در جدول شماره ۴ به آن اشاره گردیده، بررسی میانگین‌های تعدیل شده نیز حاکی از وجود تأثیر معنادار آموزش شفقت به خود بر روی تاب‌آوری مادران است؛ بنابراین همان‌طور که بررسی کلیه نتایج مذکور نشان می‌دهد، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش شفقت نسبت به خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم تأثیر معنادار دارد، تأیید گردید.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش به روش شفقت نسبت به خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم بود. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین نمرات تاب‌آوری دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ) و استفاده از روش مداخله‌ای شفقت نسبت به خود باعث افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. لذا با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان روش مداخله‌ای شفقت نسبت به خود را به عنوان یک روش مؤثر بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم پیشنهاد داد.

این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که مادران فرزندان اتیسم اغلب یک سری احساسات پیچیده را مانند دل‌تنگی، ناامیدی، افسردگی، استرس و حتی احساس گناه و شرم را تجربه می‌کنند که این خود باعث درگیر شدن آنان در انواع هیجانات ناخوشایند و در دسرساز خواهد شد، مشکلات هیجانی نیز خود به عنوان پیشامد منفی تاب‌آوری محسوب می‌شوند؛ بنابراین اهمیت مدیریت این هیجانات بیش‌ازپیش نمایان می‌شود. شفقت نسبت به خود راهکارهای مؤثری برای دستیابی به حداکثر توانمندی مدیریت هیجانات ارائه می‌نماید. شرکت‌کنندگان از طریق ذهن آگاهی که در جلسه اول در خصوص آن آموزش دیده‌اند از افکار، رفتارها و هیجاناتی که در لحظه حاضر در جریان است آگاه می‌شوند، این آگاهی با آموزشی که در جلسات بعد تحت عنوان برچسب زدن به هیجانات می‌بینند و تمرین‌هایی که در این خصوص و در رابطه هیجانات مشکل انجام می‌دهند، باعث می‌شود که این افراد در آگاهی از حضور این هیجانات و همچنین پذیرش آنها متبحر گردند. از طرف دیگر اتخاذ نگرش مشفقانه نسبت به خود و راهکارهای مراقبت از خود

محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
جدیدی فیقان، م.، صفری، س.، فرامرز، س.، جمالی پاقعه، س.؛ و جدیدی فیقان، م. (۱۳۹۴). مقایسه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان سالم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۶(۲)، ۴۳-۵۲.

رنجبرکهن، ز؛ و نوری، ح. ر. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت محور*. تهران: انتشارات نهر.

نوری، ح. ر. (۱۳۹۵). *شفقت و ذهن‌آگاهی*. تهران: انتشارات کیان افراز.

Agaibi, C.E., & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 853-873.

Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2013). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 298-308.

Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476.

Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294.

Feldman, C. and Kuyken, W. (2011) Compassion in the Landscape of Suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143-155.

Fernandez, M. C., & Arcia, E. (2004). Disruptive behaviors and maternal responsibility: a complex portrait of stigma, self-blame, and other reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 356-372

Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford.

Glantz J., & L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.

Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2011). Autism spectrum disorder: parenting

بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان برنامه‌هایی برای افزایش شفقت نسبت به خود در والدین دارای فرزند اتیسم تدوین نمود تا به این کودکان و خانواده‌های آنها کمک شود تا تاب‌آوری خود را ارتقا دهند و با ناملایمات زندگی با توان بیشتری کنار بیایند. شفقت نسبت به خود مفهوم نسبتاً جدیدی است که می‌تواند رشد مداخله‌ای و پژوهشی را در حوزه روان‌درمانی به دنبال داشته باشد. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی نیز مورد استفاده قرار گیرد که در پژوهش‌های آتی بایستی که آن را جستجو کرد. به‌عنوان محدودیت این پژوهش می‌توان گفت که در بررسی حاضر آزمودنی‌های پژوهش فقط مادران دارای فرزند اتیسم بودند در حالی که نف (۲۰۰۳) در مطالعه خود نشان داده است که ویژگی شفقت نسبت به خود در زنان نسبت به مردان پایین‌تر و تغییر این سازه در این جنس با سختی بیشتری همراه است بنابراین ضرورت دارد در پژوهش‌های بعدی بر روی هر دو جنس، مطالعه صورت گیرد. عدم اجرای پیگیری به‌منظور بررسی تداوم اثربخشی روش‌های مورد استفاده نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است.

## تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه کلیه مادرانی که در این طرح شرکت کردند، تقدیر و تشکر نمایند.

## منابع

احمدی، ج.، صفری، ط.، همتیان، م.؛ و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیص اتیسم (GARS). *مجله علوم شناختی و رفتاری*. ۱(۱)، ۸۷-۱۰۴.  
سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرفراز، م.؛ و شریفیان، م. (۱۳۹۱). رابطه شفقت خود، ارزش خودتنظیم هیجان خودآگاه. *مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۳(۶)، ۱-۹.  
شکوهی یکتا، م.، غباری بناب، ب.؛ و زمانی، ن. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دیرآموز. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۲(۴)، ۳۶۹-۳۵۸.



- stress, family functioning and healthrelated quality of life. *Families, Systems and Health*, 29(3), 232–252.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227–238.
- Myers, B. J., Mackintosh, V. H., & Goin-Kochel, R. P. (2009). “My greatest joy and my greatest heart ache:” parents’ own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families’ lives. *Research in Autism Spectrum Disorders* 3(3), 670–684.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2014). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 1–10.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176.
- Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9: 3, 225 — 240..
- Schopler, E., Rechler, R.J., & Renner, B.R. (1988). *The childhood Autism Ratingscale (CARs)*, Los Angeles: Western psychological services (wps)
- Tali, H. (2002) Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations 1, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 64–73.
- Terry, L. M. & Leary, R. M. (2011). Self-compassion, self-regulation and health. *Journal of Self and Identity*, 10 (3), 352–362.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290–297.
- WHO. World Health Organization Website [homepage on the internet]. [cited 2014 Dec 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
- Yarnell, L., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Wellbeing. *Self and Identity*, 12, 1–14.