

# Effects of Self-Compassion on the Quality of Life and Happiness of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Sonia Darvishi, M.A.<sup>1</sup>, Flor Khayatan, Ph.D.<sup>2</sup>

Received: 11.17.2016

Revised: 07.03.2017

Accepted: 01.03.2018

## Abstract

**Objective:** The aim of this research was to investigate the effects of teaching self-compassion on the happiness and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorder. **Method.** The population comprised 60 mothers of children with autism spectrum disorder, from among which 30 were recruited through convenience sampling and randomly divided to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received eight 90-minute instructional sessions while the control group received no treatment. The effectiveness of this intervention was examined in pretest, posttest, and follow-up phases using the Oxford Happiness Questionnaire and the World Health Organization Quality-of-Life Scale. **Results:** Data analysis revealed that teaching self-compassion increases the happiness and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorder. **Conclusion:** Results showed that teaching self-compassion increases the happiness and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorder, with improvements retained on follow-up.

**Keywords:** *Teaching self-compassion, Autism spectrum disorder, Happiness, Quality of life.*

1 M.A., Department of General Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran.

2 **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran. (Email: f.khayatan@yahoo.com)

# اثر آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم

سونیا درویشی<sup>۱</sup>، دکتر فلور خیاطان<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۷. تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۴/۱۲

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۰/۱۳

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم انجام شد. **روش:** در این پژوهش، ۳۰ نفر از مادران کودکان دارای اتیسم از ۶۰ نفر کل جامعه به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه مداخله در ۸ جلسه آموزشی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کرد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت ننمود. اثربخشی این درمان در ۳ دوره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسش‌نامه‌های شادکامی آکسفورد و کیفیت زندگی جهانی ریف سنجیده شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شفقت نسبت به خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شفقت نسبت به خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم اثربخش است، آموزش در دوره پیگیری نیز پایدار بود.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش شفقت نسبت به خود، اتیسم، شادکامی، کیفیت زندگی.

۱ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲ نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

## مقدمه

ویژگی اصلی اختلالات طیف اتیسم<sup>۱</sup> نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌ها است. این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند. مرحله‌ای که در آن نقصان کارکرد فرد آشکار می‌شود با توجه به خصوصیات فردی و محیط زندگی بیمار بسیار متفاوت است. نقایص ارتباطات و تعاملات اجتماعی فراگیر و مداوم هستند. نقیصه موجود در هیجانات اجتماعی<sup>۲</sup> دوجانبه (مانند توانایی برقراری ارتباط و سهیم کردن دیگران در افکار و احساسات خود) در کودکان خردسال دارای این اختلال کاملاً آشکار است و این کودکان معمولاً علاقه‌ای به برقراری تعاملات اجتماعی و سهیم کردن دیگران در عواطف و هیجانات خود ندارند و به‌ندرت از رفتار دیگران تقلید می‌کنند. اگر تکلمی وجود دارد اغلب یک‌طرفه و فاقد دوسویگی اجتماعی است و فقط برای درخواست یا برای نام بردن اشیاء استفاده می‌شود نه برای اظهارنظر، درمیان گذاشتن عواطف یا مکالمه (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).<sup>۳</sup>

در سال‌های اخیر، شیوع گزارش شده اختلال اتیسم در آمریکا و سایر کشورهای نزدیک ۱٪ جمعیت است و نسبت آن در کودکان و بزرگسالان شبیه هم است. معمولاً علائم اختلال در سال دوم عمر مشخص می‌شوند (۱۲-۲۴ ماهگی) ولی اگر تأخیر رشدی شدید باشد قبل از ۱۲ ماهگی و برعکس اگر خفیف باشد، پس از ۲۴ ماهگی قابل مشاهده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مطالعات انجام شده حاکی از آن است که اثرات منفی داشتن کودک استثنایی موجب ایجاد تنش و فشار بر اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود (روچ و اورسمندر، ۱۹۹۹، به نقل از احدی و بحیرایی، ۱۳۷۸)؛ چرا که مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند و احساساتی

مانند گناه،<sup>۴</sup> تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری ارتباط با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی، غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روان<sup>۵</sup> مادر است. در واقع استرس‌زاترین عواملی که والدین کودکان دارای اتیسم آن را تجربه می‌کنند پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای مربوط به اتیسم و شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی است (بندریکس، ۲۰۰۶). عوامل استرس‌زای دیگری نیز وجود دارد از جمله وظیفه مراقبت از کودکی که ناتوانی‌های ویژه‌ای دارد (روچ و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از احدی و بحیرایی، ۱۳۷۸) احساس ننگ (برچسب خوردن) (گری، ۲۰۰۲) و کمبود حمایت‌های اجتماعی (دوآرت، باربین، یازبگی و مونی، ۲۰۰۵).

وجود کودک دارای اتیسم موجب کاهش کیفیت زندگی<sup>۶</sup> والدین و مخصوصاً مادران می‌گردد (الیک، لارسون و اسمدیچ، ۲۰۰۴؛ موگنو، روتا، دی ارگیو و مازونه، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵) مقیاسی برای بهزیستی فردی است که درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌ها را دربر می‌گیرد. رافعی (۱۳۸۶) در بررسی خصوصیات شخصیتی والدین کودکان دارای اتیسم دریافت که ویژگی‌های شخصیتی چون کناره‌گیری، بی‌کفایتی، اضطراب و بی‌مسئولیتی در والدین کودکان دارای اتیسم بیشتر از والدین کودکان عادی و با نشانگان داون دیده می‌شود. والدین کودکان دارای اتیسم نسبت به والدین دیگر کودکان با اختلال تحولی، تنیدگی بیشتر، افسردگی بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و بیشتر در معرض مشکلات جسمانی و بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرند. بنا به نظریه آرگایل (۲۰۰۱) شادکامی از دو جزء اساسی عاطفی و

قضایات‌های ناگوار نسبت به خود؛ (ب) در نظر گرفتن تجارب دشوار شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه‌های انسانی مشترک و پرهیز از جدایی و انزوا در درک خود؛ و (ج) هشیاری و قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی (نف، ۲۰۰۳).

هدف کلی این پژوهش بررسی تأثیر آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم بوده است. همچنین تأثیر اثربخشی متغیر مستقل آموزش شفقت نسبت به خود بر متغیرهای وابسته شادکامی و کیفیت زندگی در قالب فرضیه‌های زیر مطرح است: آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر دارد؛ آموزش شفقت نسبت به خود بر کیفیت زندگی و ابعاد آن (حیطه جسمانی، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیطی) بر مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر دارد.

به‌طور کلی این پژوهش تلاش می‌کند رهنمودهایی کاربردی جهت مشکلات زندگی روزمره این خانواده‌ها ارائه دهد که در هر سطحی از سواد و طبقه اجتماعی قابل استفاده باشد و بخشی از نیازهای اطلاعاتی و آموزشی خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اتیسم را پاسخ داده و فراهم آورد.

#### روش

طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی به صورت دوگروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) همراه با سه مرحله (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه پیگیری ۱ ماه) بود.

#### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان دارای اتیسم عضو انجمن اتیسم شهر کاشان در بهار ۱۳۹۵ تشکیل دادند. بر اساس مجموعه سوابق مطالعات آزمایشی متعدد و تحقیقات داخلی و خارجی که صورت پذیرفته و با توجه به اینکه در روش آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هرگروه توصیه شده است، اندازه نمونه در نتایج تحقیق اثر تعیین‌کننده‌ای دارد (دلاور،

شناختی تشکیل شده است. او بر این باور است که اگر از مردم سؤال شود منظور از شادکامی چیست دو نوع پاسخ را مطرح می‌کنند: (الف) ممکن است حالات هیجانی مثبت مانند لذت بردن را عنوان کنند یا (ب) به‌طور کلی آن را راضی بودن از زندگی یا رضایت بیشتر از جنبه‌های زندگی بدانند. از نظر آرگایل شادکامی متضاد افسردگی نیست، اما شرط عدم افسردگی را برای شادکامی لازم می‌داند. برای رسیدگی به این مشکلات روش‌ها مداخلات روانی برای کاهش اضطراب، افسردگی و ارتقای سلامت مادران کودکان دارای اتیسم به‌کار برده شده است. از جمله: برنامه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی مادران کودکان دارای اتیسم (آرمان، زارعی، نجمی و حسن‌زاده، ۱۳۸۸) برنامه کوتاه‌مدت آموزش مدیریت والدین ویژه کودکان دارای اتیسم بر کاهش استرس مادران آنها (طهماسبیان، چیمه و خرم‌آبادی، ۱۳۸۸)، کاهش تنیدگی والدین کودکان دارای اتیسم و بهبود سلامت عمومی در مادران این کودکان (خرم‌آبادی، ۱۳۸۷) با تنیدگی و رضایت زناشویی بر سلامت روان مادران کودکان اتیست. نقش راهبردهای مقابله برنامه به منظور بررسی ارتباط بین شفقت نسبت به خود و رفاه والدین کودکان مبتلا به اتیسم با استفاده از اقدامات خود گزارشی مورد بررسی قرار گرفت. خودشفقتی مثبت با رضایت از زندگی و امید همراه بود و با افسردگی و استرس والدین همبستگی منفی داشت. نتایج نشان می‌دهد که شفقت نسبت به خود ممکن است نقش مهمی در رفاه والدین کودکان دارای اتیسم ایفا کند (نف، ۲۰۱۵).

در این پژوهش از آموزش شفقت نسبت به خود<sup>۷</sup> بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم استفاده گردید. نتایج نشان داد شادکامی و کیفیت زندگی مادران گروه گواه نسبت به گروه آزمایش پایین‌تر است.

شفقت نسبت به خود دارای سه جنبه است: (الف) گسترش مهربانی و درک خود و پرهیز از انتقاد و

۰/۴۳ محاسبه شد.

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی:** کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی طرحی بود که اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار (پرسش‌نامه) ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های خود ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه ابزاری است که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا استفاده شده و بنابراین به‌طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). پرسش‌نامه کیفیت زندگی جهانی کوتاه شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسش‌نامه برگرفته شده است. این پرسش‌نامه ۴ حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند که عبارت‌اند از: سلامت جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسش‌نامه می‌تواند سلامت عمومی را نیز ارزیابی کند. آیتم‌های پرسش‌نامه نیز روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیتم‌های کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی نشان داده شده است که نمره ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند است. این شباهت ۹۵٪ گزارش شده است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسش‌نامه نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ، سلامت روان‌شناختی ۷۶٪، سلامت جسمی ۸۰٪، روابط اجتماعی، ۶۶٪ و محیط ۸۰٪) است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴).

#### روش اجرا

جهت تجزیه و تحلیل داده از نرم‌افزار اسپس‌اس نسخه بیستم ویک استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای محاسبه فرضیه‌های

(۱۳۸۲). از میان ۶۰ نفر عضو انجمن اتیسم شهر کاشان، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل) انتخاب شدند. روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی ریف و شادکامی آکسفورد در اختیار مادران قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها توزیع مختصری درباره پرسش‌نامه به مادران داده شد و اطمینان خاطر داده شد که این کار صرفاً جنبه تحقیقاتی دارد و پاسخ‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. سپس مداخله آموزش شفقت نسبت به خود به‌صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا گردید، درحالی‌که گروه کنترل این مداخله را دریافت نکردند. آزمون پیگیری نیز به منظور سنجش حفظ اثر مداخله آموزشی روی هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

#### ابزار

ابزارهای پژوهش شامل آزمون‌های زیر است:

**پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد:** این پرسش‌نامه توسط ارگایل (۲۰۰۱) و بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک ساخته شده است و میزان شادکامی فرد را می‌سنجد. این آزمون دارای ۲۹ عبارت چهارگزینه‌ای است که نمره‌گذاری هر عبارت به این شرح است: الف = ۰، ب = ۱، ج = ۲ و د = ۳. به این ترتیب بیشترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند کسب کند ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی است و کمترین نمره این مقیاس صفر است که معرف ناراضی بودن از زندگی و شاد نبودن فرد است. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است. فرم اصلی این آزمون تک‌مقیاس است و هیچ زیرمقیاس ندارد و برای به‌دست آوردن نمره هر فرد کافی است امتیازهای همه عبارت‌ها با هم جمع زده شوند. هلیز و آرگایل (۲۰۰۱) اعتبار پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش هلیز و آرگایل (۲۰۰۱) روایی همزمان این فهرست با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها

پژوهش استفاده گردید.

جلسات آموزش شفقت نسبت به خود در طی دو هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و جلسات بر اساس درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) به شرح زیر بود. جلسه اول شامل پیش‌آزمون، «سنجش و مفهوم‌سازی شفقت». این جلسه در پی شناسایی عوامل مؤثر در زندگی هر فرد و دغدغه‌ها و ترس‌ها و شیوه‌های مقابله با دغدغه‌ها بود و اینکه چرا آنها را انجام داده‌اند و پیامدهای غیر ارادی‌شان توضیح داده شد. جلسه دوم به موضوع «آگاه کردن فرد نسبت به منابع رنج انسانی» می‌پرداخت. در این جلسه پاسخ به این سؤال که چرا همه انسان‌ها رنج دارند؟ و منابع رنج انسانی و آشنایی با هیجانات و سیستم‌های هیجانی توضیح داده شد. عنوان جلسه سوم، «آشنایی با ۶ مؤلفه ملاحظت و توانمندسازی برای شفقت‌ورزی» بود. یعنی توانمند کردن فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون رو گرداندن و یا اجتناب از آن و همدلی و همدردی کردن با رنج خود و دیگران و توانمند کردن فرد برای توجه و تجربه هیجانات بدون آنکه در دام سرزنش، قضاوت و شرم بیفتد و رسیدن به این شناخت که ارزیابی‌های گزنده و خشن و خودانتقادگری منجر به درد هیجانی و تشدید رنج می‌گردد. موضوع جلسه چهارم، «تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی و شناخت مسیرهای مهم زندگی» بود و به مسائلی نظیر بالا بردن انگیزه مراقبت و تلاش برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از رنج خود و دیگران و پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه پرداخت. جلسه پنجم به «شناخت از فرد مهربان و مهارت‌آموزی استدلال مهربانانه» اختصاص داشت. فرد برای اینکه مهربان باشد باید ابزاری داشته باشد، از جمله استدلال مهربانانه که به‌وسیله چند تمرین استدلال مهربانانه آموزش داده می‌شود. مبحث جلسه ششم، «مهارت‌آموزی توجه مهربانانه و احساس مهربانانه» بود. فرد برای اینکه به توجه و احساس

مهربانانه مجهز شود با چند تمرین آموزش می‌بیند. جلسه هفتم به «مهارت‌آموزی تجربه حسی مهربانانه و تصویرسازی مهربانانه» می‌پرداخت. تجربه حسی موجب برانگیختن سیستم هیجانی می‌شود و به فعالیت درآوردن سیستم عصبی پاراسمپاتیک باعث آرامش می‌شود. تصویرسازی نیز قدرت تحریک انواع سیستم‌های فیزیولوژیکی و تجربه‌های هیجانی را دارد. فرد برای مجهز شدن به این دو مورد باید با چند تمرین آموزش داده شود. موضوع جلسه هشتم، «مهارت‌آموزی رفتار مهربانانه و نوشتن نامه شفقت‌آمیز» بود. افراد با چند تمرین، مهارت مهربانانه را فرا گرفتند و راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره ارائه شد.

#### یافته‌ها

این مطالعه روی ۳۰ مادر کودک دارای اختلال اتیسم انجام شد. میانگین سن مادران در گروه آزمایش برابر با ۳۷/۳۳ و در گروه کنترل برابر با ۳۹/۰۷ سال بود و انحراف معیار به ترتیب در گروه آزمایش و گروه گواه به میزان ۶/۴۵ و ۶/۰۳ بود. حداقل سن مادران ۲۷ و حداکثر سن آنها ۴۸ سال بود. در هر دو گروه آزمایش و گواه ۸۰ درصد کودکان اوتیسم پسر و ۲۰ درصد دختر بوده‌اند که رده سنین ۶ تا ۱۵ سال قرار داشتند. در خصوص توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی برحسب عضویت گروهی باید گفت در گروه آزمایش ۸۶/۷ درصد نمونه که بیشترین مقدار بوده است وضعیت اقتصادی متوسط داشتند و در گروه کنترل ۶۶/۷ درصد در این سطح وضعیت اقتصادی بودند. توزیع فراوانی تعداد فرزندان برحسب عضویت گروهی به این صورت بود که در هر دو گروه بیشترین تعداد نمونه که برابر با ۶۶/۷ درصد است دارای دو فرزند بودند.

برای بررسی نتایج آزمون پژوهش از نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. برای بررسی فرضیه اول و تأثیر آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی مادران کودکان دارای اتیسم از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. با توجه به

جدول ۱ نتایج آزمون نشان داد بین نمره شادکامی در  $(p=0/001)$  سه مرحله از آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص شادکامی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
مراحل پژوهش گروهها	۳۰۰/۰۶۷	۱/۱۷	۲۵۶/۴۷۸	۶/۲۹۴	۰/۰۱۴	۰/۱۸۴	۰/۸۵۵
تعامل گروهها با مراحل پژوهش	۸۸/۸۱۴	۱	۸۸/۸۱۷	۱۳/۶۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۰/۹۸۵
	۳۶۰/۹۵۶	۱/۱۷	۳۰۸/۵۲۲	۷/۵۷۱	۰/۰۰۷	۰/۲۱۳	۰/۸۹۵

برای بررسی فرضیه دوم و تأثیر آموزش شفقت نسبت به خود بر مادران کودکان دارای اتیسم از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. با توجه به جدول ۲ و ۳ نتایج آزمون نشان داد بین کیفیت زندگی و ابعاد (حیطه های جسمانی، روان شناختی و اجتماعی) تفاوت معنی داری وجود دارد.

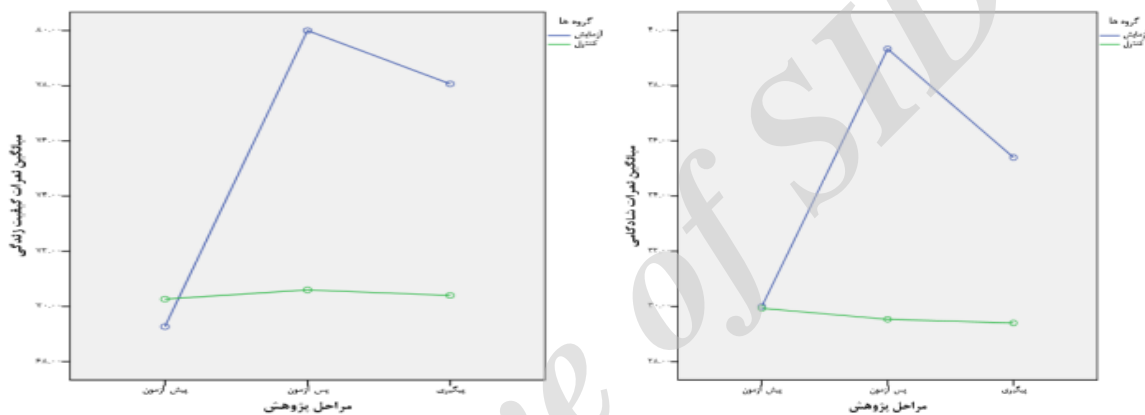
جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص هر یک از خرده مقیاس های کیفیت زندگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
حیطه جسمانی	مراحل پژوهش	۱۵۵/۰۸۹	۱/۳۸۹	۱۱۱/۶۱۵	۵۶/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸	۱/۰۰۰
	تعامل گروهها با مراحل پژوهش	۱۱۲/۰۶۷	۱	۱۱۲/۰۶۷	۴۹/۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰۰
	مراحل پژوهش	۱۶۳/۲۶۷	۱/۳۸۹	۱۱۷/۵۰۱	۵۹/۳۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰۰
حیطه روان شناختی	مراحل پژوهش	۱۱۵/۶۲۲	۲	۵۷/۸۱۱	۸۶/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۱/۰۰۰
	تعامل گروهها با مراحل پژوهش	۹۸/۸۱۷	۱	۹۸/۸۱۷	۱۰۹/۲۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶	۱/۰۰۰
	مراحل پژوهش	۱۰۴/۲۸۹	۲	۵۲/۱۴۴	۷۸/۰۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶	۱/۰۰۰
حیطه روابط اجتماعی	مراحل پژوهش	۴۸/۴۲۲	۱/۵۹۸	۳۰/۳۰۳	۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۴	۰/۹۳۶
	تعامل گروهها با مراحل پژوهش	۲۸/۰۰۶	۱	۲۸/۰۰۶	۱۳/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۳۸
	مراحل پژوهش	۴۳/۰۸۹	۱/۵۹۸	۲۶/۶۹۵	۸/۰۵۳	۰/۰۰۲	۰/۲۲۳	۰/۹۰۵
حیطه محیطی	مراحل پژوهش	۳/۸۲۲	۱/۱۱	۳/۳۴۴	۰/۶۴۳	۰/۴۴	۰/۰۲۲	۰/۱۲۵
	تعامل گروهها با مراحل پژوهش	۱۶۲/۶۷۸	۱	۱۶۲/۶۷۸	۲/۸۹۲	۰/۱	۰/۰۹۴	۰/۳۷۶
	مراحل پژوهش	۹/۶۸۹	۱/۱۱	۸/۷۲۹	۱/۶۲۹	۰/۲۱۳	۰/۰۵۵	۰/۲۴۶

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
مراحل پژوهش	۵۱۷/۰۶۷	۲	۲۵۸/۵۳۳	۲۷/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲	۱/۰۰۰
گروه‌ها	۲۹۹/۲۶۷	۱	۲۹۹/۲۶۷	۲۸/۴۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۱/۰۰۰
تعامل گروه‌ها							
با مراحل پژوهش	۴۶۵/۶۸۹	۲	۲۳۲/۸۴۴	۲۴/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۱/۰۰۰

نمودارهای ۱ تا ۲ مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه پیگیری را در دو گروه آزمایش، گواه و پیگیری نشان می‌دهد.



۲۰۱۵) گویای اثربخشی بر مادران کودکان دارای ایتیسم بود. در این پژوهش مشخص شد آموزش شفقت نسبت به خود، سبب افزایش شادکامی مادران کودکان دارای ایتیسم می‌شود. در تبیین فرضیه اول می‌توان بیان داشت مداخله آموزش شفقت نسبت به خود در مادران این کودکان به دلیل اینکه مسبب توانمند ساختن شخص در ابعاد ذهنی خود شد و به دلیل اینکه شناخت خود به مادران در بازشناسی بیشتر کمک کرد، سبب توقف الگوی قدیمی رفتار و شروع رفتار جدید گردید؛ همچنین سبب شد این مادران نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان شناسایی کنند و باعث گردید تا مادران کودکان دارای ایتیسم شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت خود انعطاف‌پذیرتر نمایند و مهربانی را نسبت به کودک و خانواده خود ارتقا دهند. گیلبرت (۲۰۰۵) بیان کرد که شفقت نسبت به خود می‌تواند

نمودارهای ۱ تا ۲ مقایسه میانگین شادکامی و کیفیت زندگی در گروه مداخله و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای ایتیسم بود. نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی آموزش شفقت نسبت به خود بر حیطه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و حیطه جسمانی بود.

شرکت در این دوره آموزشی شفقت نسبت به خود با افزایش شادکامی و کیفیت زندگی و ابعاد آن (روان‌شناختی، روابط اجتماعی و جسمانی) همراه بود، اما تأثیری بر بعد محیطی کیفیت زندگی مادران کودکان دارای ایتیسم نداشت. نتایج این پژوهش همگام با پژوهش‌های پیشین در ایران (خرم‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۸) و پژوهش سایر کشورها (نف،

روابط خانوادگی را گسترش داد. ارائه تمرین مناسب (تجربه مهربانی گرفتن از دیگران) نیز به سبب آشنایی مادران با سیستم امنیت و آرامش موجب گردید مادران با ایجاد صمیمیت و همدلی در زندگی خود آشفته‌گی‌های بین‌فردی را کاهش دهند. در نهایت می‌توان گفت در آموزش شفقت نسبت به خود به دلیل اینکه مادران با مهارت‌هایی همچون توجه، استدلال، رفتار و تجارب حسی مهربانانه آشنایی پیدا کردند (گیلبرت، ۲۰۰۹)، احساس بریدن و دوری از دیگران یا انزوا در خلال دوره‌های ناراحتی منقطع می‌گردد و تلاش برای آگاهی و توسعه چشم‌انداز شخصی را با خودآگاهی و ذهن‌آگاهی افزایش می‌دهند. این مسائل سبب شد مادران کودکان دارای اتیسم برای ایجاد نوع‌دوستی، تعهد برای بخشودن و تداوم بخشیدن تلاش بیشتری کنند و باعث می‌شود احساس تنهایی ناشی از خدشه‌دار شدن روابط، در فرد خطاکار از بین برود و ارتباط به‌طور مجدد برقرار شود. بنابراین آموزش شفقت نسبت به خود در مادران می‌تواند سبب شود با نگرستن به طرف روشن قضایا و مشکلات بین‌فردی، ارتباطات صمیمی بیشتری با کودک، اعضای خانواده و افراد برقرار سازند.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌های داشته است که بیان آنها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها پژوهش را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. این پژوهش فقط در حیطه مادران کودکان دارای اتیسم صورت گرفته است. باید در تعمیم نتایج به دیگر معلولیت‌ها احتیاط لازم صورت پذیرد. همچنین نتایج پژوهش فقط به مادران کودکان دارای اتیسم شهر کاشان محدود می‌شود و ممکن است در تعمیم نتایج تفاوت‌های فرهنگی نیز نقش داشته باشد. پیشنهاد می‌گردد به منظور تعمیم‌پذیر کردن نتایج، این پژوهش در شهرستان دیگری علاوه بر شهر کاشان نیز انجام شود تا اثر تفاوت‌های فرهنگی

به‌عنوان شکلی از ارتباط با خود رضایت‌مندی فرد را در ابعاد مختلف خودش افزایش دهد. این رضایت‌مندی باعث شد مادران بتوانند در برابر مشکلات انعطاف‌پذیری بیشتری داشته و دید روشن‌تری از چالش‌ها داشته باشند. در کل می‌توان گفت پروتکل آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای اتیسم کانون توجه را بر افزایش خودیاری و آرامش فرد در موقعیت‌های گوناگون زندگی قرار داد. در این نوع آموزش به دلیل اینکه مادران با ارائه تمرین‌های مناسب از جمله تصویرسازی مکان امن و تصویرسازی مکان خود مهربان بر برخی مشکلات خود فائق آمدند، توانستند در برابر چالش‌ها سرسختانه‌تر به ساخت و ترمیم خویشتن بپردازند. در کل باید اشاره نمود که آموزش شفقت نسبت به خود بر افزایش شادکامی کودکان دارای اتیسم اثربخش است.

همچنین می‌توان بیان داشت که به دلیل اینکه آگاهی به مهربانی در مادران تقویت شد و این باعث گردید مادران در روابط بین‌فردی که مورد انتقاد یا سرزنش دیگران قرار گرفته بودند، به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی مجدد ارتباط بر اساس اعتماد دوباره بدهند و شفقت نسبت به خود را در روابط اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی تقویت کنند. آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای اتیسم با شفقت‌ورزی فردی، مهربانی نسبت به خود در خلال دوره‌های درد و رنج، ناامیدی یا شکست و خودداری از سختگیری نسبت به خودشان در هنگام ناراحتی و یا مشاهده جنبه‌های نامطلوب و دوست نداشتنی از شخصیت فردی (خودانتقادی و قضاوت اندک)، سبب گردید مادران با ایجاد صمیمیت و همدلی در زندگی خود آشفته‌گی‌های بین‌فردی را کاهش دهند. آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای اتیسم موجب پاسخ‌دهی به احساسات شد و احساس دل‌بستگی، ایمنی، اعتماد متقابل افراد و گذشت در



کوتاه مدت *pmt* ویژه کودکان دارای اتیسم بر استرس والدین کودکان مبتلا اتیسم. گزارش منتشر نشده.

- Argyal, M., & Lu, I. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
- Alik, H., Larsson, J., & Smedejo, H. (2006). Health-Related quality of life in parent of school age children with Asperger Syndrome or High functioning autism. *Health quality of life outcomes*, 4, 1-12.
- Benderix, Y., Nordstorm, M., and Sirberg, B. (2006). *Parents' experience of having a child with autism and Learning disabilities living in a group home*. A case study on-line. available: <http://aut.sagepub.com>.
- Diner, E. (2003). *What is positive about positive psychology?* *Psychology Inquiry*, 14, 115-120
- Duart, C. S., Burbine, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with Autism. *Autism*, 9(4), 416-427.
- Gary, D. T. (2002). Everybody just freezes, everybody just embarrassed; felt and enacted stigma among parents of children with high function Autism. *Sociology of Health and Illness*, 24(6), 734-739.
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion-focused therapy*. Advances in psychiatric treatment. Vol15, 199-208.
- Gilbert, P. (2009). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert, & K. G. Bailey (eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Brenner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005). Compassion, conceptions, research and use in Psychotherapy, compassion and use in psychotherapy, 239-262.
- Hills, D., & Argyal, M. (2001). *Emotional stability as major dimension of happiness. Individual differences*, 1375-1364.
- Neff, K. D. (2003). *Self-compassion: and tentative conceptualization of a healthy attitude toward on self and identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D., & Faso, D. j. (2015). Self-compassion and wellbeing in parents of children with autism. *Department of Educational Psychology University a Texas at Austin*, 948-947.
- Raoch, M. A., Oksmond, G. L., & Barratt, M. S. (1999). Mother and fathers of children with Dawn syndrome: Parental stress and involvement in child care. *American Journal of Mental Retardation*, 104(5), 422-3.
- Salovitia, T., Italinna, M., & Sadock, V.A. (2003). Explaining the parental stress of father & mothers caring for a child with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 300-12.

شناسایی گردد. همچنین در مورد ناتوانی‌های دیگر نیز اجرا شود تا دارای قدرت تعمیم‌پذیری بالاتری شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد آموزش و پرورش استثنایی و مراکز اتیسم منطبق با یافته‌های پژوهش، دوره‌های آموزشی و کارگاهی شفقت نسبت به خود را جهت آموزش این روش به مشاوران و درمانگران جهت مادران کودکان دارای اتیسم این مراکز ترتیب دهند.

### تشکر و قدردانی

از کلیه خانواده‌هایی که در این طرح شرکت کردند صمیمانه تشکر می‌کنیم. لازم می‌دانیم از خانم‌ها مریم حمای، فخرمنش، مریم خیامی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند نیز تشکر و قدردانی نماییم.

### پی‌نوشت‌ها

1. autism disorder
2. social emotion
3. American Psychiatric Association
4. guilt
5. mental health
6. quality life
7. self-compassion

### منابع

- اراگیل، م. (۱۳۸۲). روان‌شناسی شادی (ترجمه فاطمه گوهری، مهرداد کلانتری، حمید طاهر نشاط‌دوست، مسعود گوهری و حسن پالانگ). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). متن تجدیدنظر شده راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ترجمه: اتوسا فرمند، سیدعلی فخرایی، فرهاد شاملو، ژانت هاشمی‌آذر، علی نیلوفری و فرزین رضاعی) تهران: کتاب ارجمند.
- آرمان، س.، زارعی، ن.، نجمی، ب.، و حسن‌زاده، ا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی درمادران کودکان مبتلا به اتیسم. مرکز تحقیقات علوم رفتاری. خرم‌آبادی، ر.، چیمه، ن.، و پوراعتماد، ج. م. (۱۳۸۸). مشکلات و نیازهای مادران کودکان دارای اتیسم: یک پژوهش کیفی. خانواده پژوهی، ۳(۱۱)، ۷۹۷-۸۰۷.
- خرم‌آبادی، ر. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی برنامه پرند کوجولو بر کاهش استرس والدگری و بهبود سلامت عمومی در والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی). دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- دلاور، ع. (۱۳۸۲). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی (چ. ۲). تهران: انتشارات رشد.
- رافعی، ط. (۱۳۸۶). اتیسم- ارزیابی و درمان. تهران: نشر دانژه.
- طهماسبیان، ک.، خرم‌آبادی، ر.، و چیمه، ن. (۱۳۸۸). بررسی اثر

- Skeving S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. (2004).  
The World Health Organization WHOQOL-  
REF quality of life assessment: psychometric  
properties and results of the international field  
trial. A report from the WHOQOL Group.  
*Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- World Health Organization (1993). WHOQOL  
Study Protocol. WHO (MNH7PSF/9309)0

Archive of SID