

مقایسه شفقت به خود بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی

فاطمه حیدری^۱، نوشاد قاسمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی فسا.

^۲ دکتری روان شناسی هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی فسا.

نام نویسنده مسئول:

فاطمه حیدری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱۶

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه شفقت به خود بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی می باشد. طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری، مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دانش آموزان عادی مدارس شهر کرمان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ می باشد. در مطالعه حاضر با طرح مقطعی مقایسه‌ای، برای هر گروه از مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دانش آموزان عادی ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. در این مطالعه جهت نمونه گیری از شیوه نمونه گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که برای انتخاب نمونه مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از مرکز آموزشی اتیسم استان کرمان به شیوه هدفمند نمونه گیری به عمل آمد. سپس مطابق با ویژگی های جمعیت شناختی نمونه گروه مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، نمونه گروه مادران دانش آموزان عادی از میان مدارس دولتی انتخاب و با یکدیگر همتا شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳) می باشد. پس از تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS نتایج نشان داد که بین شفقت به خود مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد.

واژگان کلیدی: شفقت به خود، مهربانی، ویژگی مشترک انسانی.

مقدمه

شیوع جهانی اختلال اتیسم در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته و به یکی از رایجترین انواع ناتوانی‌های تحولی تبدیل شده است. شیوع این اختلال به تازگی به شدت افزایش یافته است، به طوری که از یک در ۵۰۰۰ تولد در سال ۱۹۷۵، هم اکنون به یک کودک در هر ۱۰۰ تولد رسیده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال اتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد است که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. طیف اختلالات اتیسم تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد. سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلا تکلیفی در والدین و همشیران کودک مبتلا به اتیسم از جمله این موارد است (ویستر، فیلر، ویستر و لاول^۱، ۲۰۰۴). والدین کودکان مبتلا به اتیسم با چالش‌های فراوانی روبرو هستند. این والدین نسبت به والدین سایر کودکان با نیازهای ویژه، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهش‌های اخیر نشان داده است که ممکن است، والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم احساساتی مانند استرس، اضطراب و انزوا را داشته باشند. دلیل این امر را می‌توان به ناتوانی آنها برای کنترل فرزندشان که در بیشتر موارد به نظر می‌رسد، از لحاظ جسمی سالم هستند، نسبت داد. در پژوهشی صمدی، محمودی زاده و مک کانلی^۲ (۲۰۱۲) میزان شیوع فعلی اختلال را در کودکان ۵ ساله ایرانی ۱۶/۶ در ده هزار نفر گزارش کرده‌اند. میزان ابتلا به اتیسم در پسرها ۴ الی ۵ برابر بیشتر از دختران است و از هر ۱۰ کودک یا بزرگسال مبتلا به اتیسم، ۷ نفر دچار کند ذهنی و مشکلات مربوط به عملکرد و واکنش‌های مغزی هستند (خدابخشی کولایی، عرب ورامین و روشن چسلی، ۱۳۹۵). ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند (کاهن و کارتر^۳، ۲۰۰۶). مادران معمولاً فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند، چرا که وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آنها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسؤولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اتیسم می‌چرخد (ادیبی زاده، سپهوندی، غلامرضایی، ۱۳۹۷). یکی از مواردی که در مادران کودکان اوتیستیک باید مورد توجه قرار گیرد، میزان شفقت به خود این مادران است. شفقت به خود^۴ به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، می‌باشد. شفقت به خود خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب می‌شود. اندلر و پارکر^۵ (۱۹۹۰) سه نوع سبک مقابله‌ای را مطرح کردند که عبارتند از: سبک مقابله‌ای مسئله مدار^۶، سبک مقابله‌ای هیجان مدار^۷ و سبک مقابله‌ای اجتنابی^۸. در سبک مقابله‌ای مسئله مدار فرد بر مساله متمرکز شده و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع آوری اطلاعات مربوط به مسئله فشار را می‌پردازد، درباره آن فکر می‌کند و منابعی که در اختیار دارد، را ارزیابی می‌کند. مقابله هیجان مدار بر کنترل هیجانها و واکنش‌های عاطفی تأکید دارد. افراد در این سبک مقابله، هیجانی برخورد می‌کنند و با گریه کردن، عصبانی شدن و فریاد زدن با فشار روانی مقابله می‌کنند. در سبک مقابله‌ای اجتنابی فرد سعی در تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشار آور را دارد و با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می‌کند. لذا هدف از پژوهش حاضر، مقایسه شفقت به خود بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مادران دارای کودک عادی می‌باشد.

فرضیه پژوهش

بین شفقت به خود مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد.

¹ - Webster, Feiler, Webster & Lovell

² -Samadi, & Mahmoodizadeh & McConkey

³ - Kuhn & Carter

⁴ - Self-compassion

⁵ -Andler & Parker

⁶ - problem- focused coping

⁷ - emotion-focused coping

⁸ - avoidance coping

مبانی نظری پژوهش

شفقت ورزی به عنوان هیجان مثبتی که فرد نسبت به خود دارد تعریف شده که مانع پیامدهای منفی خود قضاوتگری، منزوی سازی و نشخوار فکری می شود. شفقت به خود در برابر شکست و ناکامی و رنج فرد همان طور که نف (۲۰۰۳) توصیف کرده است در چهار چوب سه مؤلفه مجزا که هر یک از مؤلفه ها قطب مخالفی هم دارند و در واقع هریک جایگزین مثبتی برای نحوهای که فرد نسبت به خود فکر و احساس و باور دارد و توصیفی جایگزین برای اتفاقاتی که در زندگی رخ می دهد است :

الف) مهربانی با خود توانمندی فرد برای مهربان بودن با خود فارغ از موفقیت ها و شکست هاست. این عامل نیاز دارد که فرد توانمندی ها و نقایص خود را با درک و همدلی بپذیرد. در سوی دیگر این طیف خود قضاوتگری است که عیب ها، شکست ها و نقایص فرد بدون بخشش مورد قضاوت و انتقاد قرار می گیرد.

ب) احساسات مشترک انسانی، توانمندی است که فرد در می یابد که تجربیاتش جهان شمول است و دیگر انسان ها نیز تجربیات مشابهی دارند، در مقابل فرد خود را در تجربه برخی هیجان ها و مشکلات تنها و مجزا از دیگر انسان ها می بیند.

پ) ذهن آگاهی توانمندی است که فرد نسبت به احساسات و افکار موجود و نقایص و کمبودهای خود ذهن آگاه است. در صورت نبود این توانمندی فرد به بزرگنمایی و نشخوار این افکار و احساسات می پردازد که با منجر به محصور گستن فرد با این افکار می گردد و با منجر به اجتناب از این موضوعات می شود (نف، ب ۲۰۰۳). ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قضاوت گرایانه و پذیرنده نسبت به خود است، به گونه ای که فرد افکار و احساسات خود را به گونه ای مشاهده می کند که نیازی به تغییر یا کنار گذاشتن آنها نباشد. شفقت به خود وضوح و دقت خودارزیابی را بیشتر می کند چرا که فرد برای جلوگیری از قضاوت های بی رحمانه خود نیازی به پنهان کردن نقایص و اشتباهاتش ندارد؛ هم چنین فرد برای رسیدن به اهداف و استانداردهای ایده آل خود نیازی به خود انتقادی های سهمگین نیز ندارد؛ البته بدین معنی نیست که بدون توجه و عمل اصلاحی از آنها می گذرد بلکه شفقت به خود با پذیرفتن مسئولیت اشتباهات گذشته و تشویق و صبوری برای رفتارهای مورد نیاز برای اهداف دلخواه همراه است (لیبری و همکاران، ۲۰۰۷).

برای اینکه افراد کاملا شفقت به خود را تجربه کنند، لازم است که دیدگاه ذهن آگاهانه داشته باشند به عبارتی آنها بایستی از تجربه احساسات دردناک اجتناب نکنند زیرا این امر برای شناخت احساسات خود به منظور داشتن احساس شفقت به خود لازم است. سه مولفه ی منفی شفقت به خود همبستگی مثبتی با یکدیگر و همبستگی منفی با سه مولفه ی مثبت دیگر دارند. برنارد^{۱۱} و کری^{۱۲} (۲۰۱۱) نشان دادند که شفقت به خود همواره با عاطفه مثبت، بهزیستی رضایت از زندگی و ارتباطات اجتماعی ارتباط مثبتی دارد. هم چنین با افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، کمال گرایی ناسازگارانه، اهمال کاری و راهبردهای اجتنابی رابطه منفی دارد. شواهد حاکی از آن است که افراد خودشفقت ورز سلامت روان بیشتری دارند (نف، ۲۰۰۳). براساس سازه شفقت به خود، گیلبرت (۲۰۰۵)؛ به نقل از نور بالا، (۱۳۹۲) نظریه درمان مبتنی بر شفقت^{۱۱} خود را مطرح کرده است که در پژوهش توربالا، برجعلی و نوربالا (۱۳۹۲) این روش درمانی در رابطه با نشخوار فکری بیماران افسرده مورد آزمون قرار گرفته شد و نشان داده شد که میان میزان شفقت به خود و کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی رابطه برقرار است و شفقت به خود بالاتر پیش بینی کننده اضطراب و افسردگی پایین تر است. این نتایج با نتایج پژوهش های دیگر در این موضوع همسو بوده است در واقع شاید بتوان شفقت به خود را به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفت که در آن از تجربه هیجان های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی شود، بلکه تلاش می شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند، بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می کنند و فرد راه های جدیدی برای مقابله پیدا می کند (نف، ۲۰۰۸). روان شناسان سالها بدنال جایگزین مناسبی برای مفهوم ارزش خود^{۱۲} بودند که معایب این سازه را نداشته باشد، در همین راستا مفهوم "شفقت به خود"^{۱۳} "را از فلسفه ی بودیسم در فرهنگ شرق بر گرفتند (نف ۲۰۰۳؛ بنت - گلمن^{۱۴} ۲۰۱۰، روزنبرگ^{۱۵}، ۲۰۰۰)، شفقت به خود اگر چه در روان شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرنهایست که در فلسفه ی شرقی وجود دارد. تعریف "شفقت به خود" نیازمند تعریفی جامع تر از "شفقت" است. اصولا در فرهنگ غربی، اصطلاح شفقت در دیگران خلاصه می شود. چنان که در لغت نامه و بستر در تعریف این اصطلاح آمده است: "توانایی انسان در فهم رنج های دیگران و تمایل وی به کمک کردن به آنها"، اما در فرهنگ های شرقی مثل بودیسم شفقت به خود نیز به همان اندازه مهم

2. Barnard

3. Gurry

11. Compassion focused Therapy (CFT)

12. Self-Esteem

13. Self-Compassion

14. Neff, K.D.

15. Bennett-Goleman, T.

16. Rosenberg, M.B.

به نظر می رسد که شفقت به دیگران مهم است. شفقت شامل در تماس بودن با رنج دیگران، آگاه شدن از درد دیگران و اجتناب نکردن از آن، احساس مهربانی نسبت به دیگران و تمایل برای کاهش رنج آنهاست (ویسپ^{۱۷}، ۱۹۹۱) که نیازمند یک فهم بدون قضاوت از شکست یا اشتباه است. پس اعمال یا رفتارها در یک زمینه ی مشترک جایز الخطا بودن انسانی در نظر گرفته می شوند.

بنابراین شفقت به خود شامل در تماس بودن و پذیرا بودن رنج خود، اجتناب نکردن از آن، ایجاد تمایل برای کاهش رنج خود و برخورد مهربانانه با خود است. شفقت به خود نیز نیازمند فهم بدون قضاوت از درد، نواقص و شکست های خود است، پس تجربه ی خود به عنوان قسمتی از تجربه ی بزرگتر انسانی در نظر گرفته می شود. در حالی که بسیاری از نظریات روان شناسی فرض می کند که افراد اساسا به خودشان علاقمند هستند و بیشتر نگران خودشان هستند تا دیگران (میلر^{۱۸}، ۱۹۹۹) تجربه نشان می دهد که افراد نسبت به خودشان تا دیگرانی که برای آنها اهمیت قائل هستند یا افراد غریبه سخت گیرتر و نامهربان تر هستند. در حالی که چنین سخت گیری نسبت به خود، ممکن است در ترس از خودخواهی یا خود مر کز بینی ریشه داشته باشد. مشفق بودن نسبت به خود منجر به خود مرکز بینی نخواهد شد. بلکه، شفقت به خود منجر به افزایش شفقت و دغدغه نسبت به دیگران می شود. شفقت به خود باعث می شود فرد تجربیات خود را در منظر تجربیات مشترک انسانی ببیند و دریابد که رنج، شکست و نقص اقتضای انسان بودن است و همه ی افراد- که من هم یکی از آنها هستم - ارزش شفقت کردن دارند، کمتر قضاوت کردن نسبت به خود، منجر به کمتر قضاوت کردن نسبت به دیگران می شود، پس مانند مقایسه ی خود با دیگران نیازی به افزایش یا دفاع از ارزش خود وجود ندارد. شفقت به خاطر اینکه خود برتر با شایسته تر است او را بزرگ نمی کند، بلکه افراد، ارتباطشان با یکدیگر و برابری شان را تشخیص می دهند. داشتن شفقت به خود، منجر به بخشیدن شکست ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان- بنابر این محدود و ناکامل - می شود. در واقع شفقت به خود یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است. حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می دانند. رسیدن به استانداردها نپردازد، به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست ها نیست. بلکه، به این معناست که اعمالی که برای عملکرد بهینه و سلامتی لازم هستند و داشتن شفقت، به خود یعنی فرد به بهزیستی خودش تمایل دارد) با ملایمت و شکیبایی پیگیری می شوند. بنابر این شفقت به خود به علت توجه به ضعف خود منجر به انفعال و سکون نمی شود، بلکه نداشتن شفقت به خود به احتمال بیشتری به انفعال می انجامد. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی ایگو برای تهدید نشدن ارزش خود فرد در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می کنند. بدون آگاهی از خود، این ضعف ها مورد تردید قرار نمی گیرند. اگر چه از طریق شفقت ورزیدن به خود، فرد یک امنیت هیجانی به وجود می آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند، اما فرد فرصت پیدا می کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون، ۱۹۹۹). علاوه بر این، تمایل درونی به شفقت یک نیروی انگیزشی نیرومند برای رشد و تغییر فراهم می کند. در واقع داشتن شفقت به خود مستلزم رها کردن رفتارهای آسیب زای فرد و ترغیب فرد برای انجام کارهایی حتی اگر دردناک و دشوار است که برای بهزیستی اش لازم است. البته لازم به ذکر است که شفقت به خود^{۱۹} با ترحم به خود که در آن فرد به طور گسترده ای دغدغه ی درد و رنج خود را دارد، متفاوت است. در تجربه ی ترحم به خود، معمولا افراد متأثر، دل مشغول و کاملا غرق در احساسات خودشان هستند. در این فرآیند که می تواند "همانندسازی فزاینده" نیز نامیده شود، افراد آنچنان در عکس العمل هیجانی فعلی خود غرق می شوند که دیگر جنبه های شخصی شان غیر قابل دسترس می شود (بنت گلن، ۲۰۰۱)، زیرا که آگاهی از خود، به طور کامل با واکنش های ذهنی درگیر شده است و فرد نمی تواند از موقعیت به عقب گام بردارد و یک دیدگاه واقع گرایانه تر را اتخاذ نماید. در مقابل، شفقت به خود، نیاز دارد که فرد بیش از اندازه با احساساتش همانندسازی نکند، پس یک "فضای روانی" وجود دارد که در آن مهربانی فرد توسعه می یابد و می تواند زمینه ی گسترده تر انسانی تجربه ی خودش را شناسایی کند. شفقت به خود به طور همزمان نیازمند این است که افراد از احساسات دردناک خویش اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول تجربه ی خودشان را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس یک نگرش مشفقانه به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ یک چشم انداز روانی متعادل به نام بهوشیاری^{۲۰} است. بهوشیاری یک حالت متعادل آگاهی است که از دو سر طیف همانند سازی فزاینده و گسستگی از تجربه، اجتناب می کند و مستلزم مشاهده ی کامل و پذیرش پدیده های هیجانی و روانی است که برانگیخته می شوند. مطابق با نظر نف (۲۰۰۳)، در الگوی مهر ورزی، فردی که تجاربی از درد و رنج و ناکامی دارد، برای کاهش درد و رنج خود باید از سه راهبرد زیر استفاده کند. نف (۲۰۰۳) شفقت را به عنوان سازه ای می بیند که از سه جزء مهربانی، ویژگی مشترک انسانی و مراقبه حضور در لحظه تشکیل شده است.

17. wise.L

18. Miller.D.T.

19. Self-Pity

20. Mindfulness

مهربانی: مهربانی یعنی درک و فهم مشکلات خود و گرم و مهربان بودن در برابر ناکامی ها و رنج ها بجای قضاوت سخت گیرانه و خود انتقادی است. به طور کلی افزایش مهربانی و هم دلی نسبت به خود به جای قضاوت سخت گیرانه و خود انتقادی و خود تخریبی. مهر ورزی به خود بیش تر شامل مهربان بودن و درک خود در مواقع درد و ناکامی است تا خود تخریبی و خود سرزنشگری.

ویژگی مشترک انسانی: ویژگی مشترک انسانی یعنی دیدن تجارب خود به عنوان بخش بزرگ تری از تجارب انسانی به جای دیدن آن ها به عنوان بخشی جدا و تنها، به سخن دیگر، تجارب رنج آور خود را به عنوان بخش بزرگ تری از تجارب مشترک انسانی دیدن تا منجر به جدایی و تنهایی فرد نشود. در موقعیت هایی که کفایت شخصی تهدید می شود، افرادی که دارای خود مهرورزی بالا هستند، نسبت به خود مهربان و با محبت هستند و از پریشانی خود آگاه هستند و با درک اینکه ناقص بودن بخشی از تجربه ی انسانی است (تیلکا^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۵). زمانی که «خود» مورد قضاوت شدید قرار گیرد، کم رویی و خجالت تقویت می شود و این امر احساس تنهایی را بیش تر می کند (برون، ۱۹۹۹). مهربانی و دلسوزی به خود نه تنها کم رویی را کاهش میدهد، بلکه احساس بیش تری از تعامل با دیگران را در فرد پدید می آورد. در مقابل، رنج و ناکامی، تعامل با دیگران پدید آمدن میزانی از احساس تقصیر و قضاوت سوء درباره خود می شود.

مراقبه حضور در لحظه: حضور در لحظه شامل هشیاری بر توجه لحظه ای و پذیرش افکار و هیجانات رنج آور بجای تلاش برای رها کردن یا انکار و اجتناب از آن ها است. توجه آگاهی، حالتی متوازن از آگاهی است که فرد را از شدت بیش توجهی نسبت به خود و تحلیل و ارزیابی خود با تجارب تلخ دور نگه می دارد و دیدی روشن و قابل پذیرش از پدیده های ذهنی و هیجانی خود همان طور که هستند ارائه می نماید. برای جلوگیری از افسردگی، تربیت «توجه آگاهی» می تواند با ترغیب افراد به پذیرش خود و مقاومت در برابر افکار و هیجانات رنج آور و منفی کمک کند (هیز^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۳). میزان معینی از «توجه آگاهی» لازم است تا فاصله ذهنی کافی از افکار و تجارب منفی پدید آید و احساس مهربانی نسبت به خود و احساس همگانی بودن انسان فراهم شود (نف، ۲۰۰۳). مهربانی با خود می تواند «توجه آگاهی» را بیش تر کند. برای مثال، اگر فرد قضاوت منفی درباره خود را متوقف کند و برای مدتی تمرین تنفس را انجام دهد تا پذیرش خود را تجربه کند، تجارب هیجانی منفی کاهش خواهد یافت و راحت تر می تواند آگاهی متوازی از افکار و احساسات خود به دست آورد (فردریکسون، ۲۰۰۱). آموزش «توجه آگاهی»، مواجه شدن با رنج ها و برخورد گرم و مهربانانه با آن ها فضایی محبت آمیز و اشتیاق انگیز ایجاد می کند به نحوی که فرد می تواند هیجانات منفی خود را مهار کرده و با انگیزش مثبت به سلامت و بهبودی خود کمک نماید. این امر نوعی شفقت به خود است. در حالی که این راهبردها از نظر مفهومی متمایز هستند و در سطح پدیدار شناسی و تجربی، به صورت متفاوتی تجربه می شوند، با این حال به نحوی عمل می کنند تا به صورت متقابل همدیگر را تقویت نمایند. به طور خلاصه تفکر تهدید آمیز، عواطف تهدید آمیزه کلام تهدید آمیز و رفتار تهدید آمیز باید تبدیل به تفکر، احساس، رفتار و کلام مهر ورزانه شود. به این ترتیب برای افزایش صمیمیت درونی از مهربانی ذهنی بجای افکار منفی غیر مفید و افکار پریشان را، استفاده می شود (وستبروک^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۸). تربیت ذهن مهربان و مهر ورزانه، نوعی روان درمانی نوین است که بتدریج در حال رونق یافتن است و برای درمان افسردگی (گیلبرت، ۲۰۰۵)، اختلال استرس پس از ضربه (لی^{۲۴}، ۲۰۰۵)، اختلالات اضطرابی (بیتز^{۲۵}، ۲۰۰۵، هاگمن^{۲۶}، ۲۰۰۵) بسیار مناسب است. باید برای ارتباط مؤثر و مفید با دیگران آمادگی پذیرش افکار، هیجانات و حس بدنی خود را داشت، زیرا این ارتباط آسان نیست. اگر از افکار، هیجانات و حواس بدنی خود بیزار باشید یا به طور بسیار خود شیفته ای مقید به آن ها باشید، نمی توانید ارتباط مفیدی با دیگران داشته باشید. نف (۲۰۰۳) متخصص مطالعات مربوط به شفقت به خود در دانشگاه تگزاس معتقد است: این ظرفیت با تربیت شفقت امکان پذیر است و از طریق مراقبه ذهن آگاهی تقویت می شود. شفقت به خود، فرد را از پیامدهای منفی خود داوری، انزوایی و پریشانی غمگینانه، محافظت می نماید. مهرورزی به خود موجب خود دوست داشتن و تمایل به خود می شود و با تلاش در جهت تقویت اعتماد به نفس، مقایسه اجتماعی را کاهش می دهد (چاکلسون^{۲۷}، ۲۰۱۱). شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که

21. Tylka

22. Hayes

23. Westbrook

24. Lee

25. Bates

26. Hickman

27. Chaskason

با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است. گیلبرت (۲۰۱۰) معتقد است: با شفقت به خود، می توان بر خوشبختی و سلامت خود و روابط اجتماعی اثر گذاشت. فردریکسون^{۲۸} (۲۰۰۹) یکی از پژوهشگران روان شناسی مثبت گرا از مداخله «مراقبه عشق - شفقت» نام می برد. هدف این مداخله تقویت هیجانات مثبت بویژه در زمینه ارتباطات است. این رویکرد نوعی راهبرد عملی به منظور افزایش احساسات گرم و لطف و مهربانی در حق خود و دیگران است این رویکرد همچون مراقبه ذهن آگاهی، از تمرین های تربیت ذهن بودایی الهام گرفته است. در تصویرسازی ذهنی هدایت شده، بیمار ابتدا این گرمی و شفقت را در خود خلق می کند و سپس آن ها را به سمت دیگران به جریان می اندازد (ابتدا نسبت به افراد آشنا، سپس غریبه ها و در نهایت حتی به سمت افرادی که با آن ها روابط منفی دارد. در حالی که بسیاری از نظریه های روان شناختی بر این فرض تأکید دارند که افراد اساساً علاقمند به خود هستند و توجه بیش از حدی به خودشان دارند تا به دیگران، اما تجارب بالینی نشان می دهد که افراد دارای آسیب روانی اغلب نسبت به خود سخت گیرتر و نامهربان تر برخورد می کنند تا نسبت به دیگران و حتی غریبه ها. بنابراین ضرورت دارد، این افراد نگاهی دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود و موقعیت خود داشته باشند. با شفقت، فرد بهتر می تواند سلامت هیجانی مورد نیاز خود را بدون ترس از محکومیت خود فراهم کند. و این امر به فرد فرصتی می دهد تا خود را بهتر درک کند و افکار، هیجانات و رفتارهای ناسازگار خود را اصلاح کند (برون^{۲۹}، ۱۹۹۹). یقیناً مراقبت درونی برای دلسوزی، انگیزش فرد را برای رشد و تغییر تقویت می کند. شفقت به خود نوعی حالت هیجانی مثبت را نسبت به خود فراهم می کند که در آن فرد نسبت به خود احساس مهربانی و مراقبت بیش تری می کند. این رویکرد به انگیزش رفتار مثبت و سازنده کمک می کند و فرد را در برابر ناتوان سازی، ضعف و خود قضاوتی منفی همچون اضطراب و افسردگی محافظت می کند. «شفقت به خود» ممکن است از لحاظ مهارت برخورد با استرس با خود تنظیمی در ارتباط باشد. شفقت به خود نوعی نگرش مثبت هیجانی است که فرد را در مقابل پیامدهای منفی خود قضاوتی، تنهایی و نشخوار گری همچون افسردگی، مراقبت می کند. شفقت به خود مهارتی است که می توان با تکنیک های بسیار ساده ای آن را آموخت. همان طور که قبلاً اشاره شد، مهر ورزی به خود، سه جزء اصلی دارد: مهربانی به خود یعنی مهربان یا دلسوز بودن و درک خود در مواقع درد و ناکامی بجای خود انتقادی و خود تخریبی، انسانیت مشترک یعنی درک تجارب خود به عنوان بخشی از تجارب وسیع تر انسانی بجای اینکه آن ها را به عنوان جدا و تنها دیدن. توجه آگاهی یعنی افکار و احساسات دردناک خود را بدون بزرگ نمایی و فشار تحمل کردن و خود را در حالت بی طرفی و خنثی از پریشانی قرار دادن به جای شناخت افراطی از آن ها یا ناتوانی در تسلط بر آن ها، مهارت های شفقت عبارت از پدید آوردن احساس گرمی، محبت، مهربانی و حمایت در میزانی از فعالیت هایی نظیر صفات دلسوزی که در انواع روان درمانی ها ضروری هستند. بسیار مهم است که این مهارت ها به مراجع آموزش داده شود تا درباره خود بکار گیرد. افرادی که این مهارت ها را یاد بگیرند، متوجه می شوند که ریشه سخت گیری، خود انتقادی و شرم آن ها ناشی از این بوده که با خود با یک حالت سردی و نوعی عصبانیت ذاتی برخورد کرده اند که به آن عادت کرده اند. اغلب زمانی که موضوع ناراحت کننده منشای غیر از اشتباه شخصی دارد زمانی که شرایط زندگی دردناک می شود با تحمل آن سخت می شود - شفقت شامل حال فرد می شود. حال آنکه به همان اندازه مناسب است، شفقت به خود در موقعیت هایی به کار گرفته شود که واقعه ی ناراحت کننده ناشی از شکست ها، اعمال نابخردانه با نواقص فردی است. با وجود آنکه اغلب افراد به گفته خودشان در برخورد با خود رفتاری خشن تر و ناملایم تر نشان می دهند تا در برخورد با دیگران (نف، ۲۰۰۳) افرادی که خصیصه شفقت به خود را دارند گزارش می کنند که با خود به همان اندازه مهربانند که با دیگران. مؤلفه مهربانی با خود اشاره دارد به گرایش فرد به آنکه در مواجهه با ابعادی از شخصیتش که برایش دوست داشتنی نیستند، به جای برخورد انتقادی یا قضاوت توأم با سخت گیری به مراقبت از خود و درک خود بپردازد. به عنوان مثال این افراد با کاستی هایشان به ملایمت و آرامی رفتار می کنند و با خودشان به زبانی صحبت می کنند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایت گرانه دارد، به جای سرزنش کردن و حمله به خود برای نقص هایی که دارند، پذیرشی گرم و تاملشروط نسبت به خود نشان می دهند (حتی اگر این ویژگی شخصیتی خاص، مشکل ساز شناخته شود و نیاز مند تغییر باشد). همچنین زمانی که شرایط زندگی سخت و ناراحت کننده می شود، این افراد به جای آنکه صرفاً با تمرکز بر شرایط بیرونی به کار خود ادامه دهند و برای کنترل یا حل کردن مشکل تلاش کنند، بر درون متمرکز می شوند تا خود را تسلی دهند، شفقت به خود عبارتست از اینکه فرد رنجی را که در گذار با فشار روانی اش تجربه می کند، بهبود بخشد. احساس مشترکات انسانی، مؤلفه دیگر شفقت به خود، عبارتست از تصدیق این که تمام انسان ها ناقص هستند، شکست می خورند، اشتباه می کنند و ممکن است دست به رفتارهای ناسالم بزنند. شفقت به خود، تجارب شکست فردی را به تجارب مشترک بشری پیوند می زند، چنانکه ویژگی های فردی هر کس در چشم اندازی وسیع و همگانی به نظر می رسد. همچنین دشواری ها و کشمکش های زندگی به شکل تجارب مشترک انسانی در می آیند بطوریکه فرد زمانی که رنجی را تجربه می کند، احساس می کند که به دیگران پیوسته است. اما اغلب اوقات، افراد زمانی که به کاستی های شخصی شان فکر می کنند احساس انزوا و جدایی از دیگران دارند، به

28. Fredrikson

29. Brown

این شکل که احساس می کنند نقص آنها خطایی بوده است که باقی نوع بشر سهمی از آن ندارند. همچنین افراد زمانی که شرایط سختی را در زندگی تجربه می کنند اغلب به دام این فکر می افتند که تنها کسانی اند که در کشمکش هستند و احساس انزوا و جدایی از دیگر افرادی دارند که احتمالاً به زندگی شاد و نرمال شان ادامه می دهند. بهوشیاری، مؤلفه سوم شفقت به خود، عبارتست از آگاه بودن از آنچه در لحظه حال رخ می دهد به شیوه ای واضح و متعادل، چنانکه فرد جنبه هایی از شخصیت یا زندگی اش را که دوست ندارد نه نادیده بگیرد و نه به نشخوار کردن پیرامون آنها بپردازد. پیش از هر چیز ضروریست فرد دریابد که رنج می کشد سپس به دنبال آن نسبت به خود شفقت ابراز دارد. بسیاری از افراد زمانی که به وضوح در حال رنج کشیدن هستند. برای آگاهی یافتن از رنج خود درنگ نمی کنند چرا که مشغول قضاوت کردن در مورد خود با مقابله کردن با چالش های زندگی اند. بهوشیاری عبارتست از نوعی خارج شدن از خویشتن و مشاهده تجارب خویش از منظری بالا به طوریکه تجربه، عینی تر و با عمق بیشتر به نظر آید. بنابراین بهوشیاری شیوه ای برای ایجاد ارتباط با خود فراهم می کند که از طریق آن وجهی از خود، وجه دیگر خود را مورد شفقت قرار دهد. همچنین بهوشیاری مانع تمرکز زیاد بر مسئله رنج آور و پیگیری مستمر آن فرآیندی که نف (۲۰۰۳، ب) آن را فزون همانند سازی می نامند - می شود. بنابر تعریف شفقت فرزنهمانند سازی عبارتست از "تمایل فرد به نشخوار و تمرکز وسواسی بر افکار و هیجانات منفی مرتبط با خود، چنان که فضای روانی مورد نیاز برای برخورد شفقت گرانه با خود در دسترس نباشد". همچنین به خاطر داشتن این نکته که رنج و ضعف های شخصی برای همه ی انسان ها اتفاق می افتد، باعث می شود که تجربه را، در چشم اندازی قرار دهیم که توانایی ما را برای بهوش بودن نسبت به افکار و هیجانات خود و همانندسازی نکردن با آنها افزایش می دهد. و نهایتاً، مهربانی با خود و احساس اشتراکات انسانی هم، یکدیگر را افزایش می دهند. زمانیکه خود به سختی مورد قضاوت قرار گرفته است، هشیاری به خود شدیدتر شده و احساس خود تشدید یافته، در خدمت احساس انزوای بیشتر عمل می کند (براون، ۱۹۹۹). شفقت به خود و بهوشیاری از جمله عواملی هستند که متضمن تجربه مبتنی بر پذیرش و غیر قضاوتگرانه می باشند، این عوامل به عنوان یک صفت شخصیتی می توانند منجر به کاربرد شیوه مبتنی بر پذیرش در تجربه وقایع منفی و ناخوشایندی شوند که فرد در طول زندگی با آنها مواجه می شود. در واقع به نظر می رسد نظم دهی هیجانی مبتنی بر پذیرش می تواند به واسطه این ویژگی ها در زندگی افراد اعمال شود. علاوه بر موارد مذکور، شفقت به خود به اشکال دیگری نیز تعریف شده است. گیلبرت^{۳۰} (۲۰۰۵) این مفهوم را از دیدگاه روانشناسی تکاملی^{۳۱}، به ویژه تشریحی دل بستگی^{۳۲} تعریف می کند و معتقد است شفقت به خود از سیستمی قیلولوژیک در بدن پستانداران ناشی می شود که مسئول رفتار دلبستگی و مراقبت است.

سوابق و پیشینه تحقیق

خورشیدیان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم پرداختند. یافته ها نشان داد، بین امیدواری، سلامت عمومی و شادکامی مادران دانش آموزان اتیسم و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان داد که اتیسم روی سلامت عمومی، امیدواری و شادکامی مادران این دانش آموزان تأثیر منفی دارد.

در پژوهش ارشاد سرابی و همکاران (۱۳۹۶) تنیدگی والدگری، سبک های والدگری و حل مسئله اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، نارسایی توجه/ فزون کنشی و بهنجار مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین تنیدگی والدگری مادران کودکان سه گروه تفاوت وجود دارد؛ بین سبک والدگری سهل گیر و مقتدرانه در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ اما بین میانگین سبک والدگری مستبدانه در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بین میانگین متغیرهای جهت گیری منفی و سبک اجتنابی در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ اما بین میانگین های جهت گیری مثبت، سبک منطقی و سبک تکانشی - بی توجهی در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

شجاعی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به مقایسه سبک فرزندپروری والدین کودکان با و بدون اختلال طیف اتیسم پرداختند. نتایج نشان داد که سبک فرزندپروری استبدادی والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم نسبت به والدین کودکان بدون اختلال طیف اتیسم و سبک فرزندپروری اقتداری والدین کودکان بدون اختلال طیف اتیسم نسبت به والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم به طور معنی داری بالاتر است و بین سبک فرزندپروری سهل گیرانه والدین کودکان با و بدون اختلال طیف اتیسم تفاوت معنی داری وجود ندارد.

³⁰.Gilbert,P.

³¹.Evolutionary Psychology

³².Attachment theory

در پژوهش محتشمی و همکاران (۱۳۹۵) به مقایسه استرس والدگری، رضایتمندی و کارکرد خانواده مادران کودکان دارای اوتیسم با مادران کودکان دارای رشد معمول پرداخته شد. نتایج با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین استرس والدگری، رضایتمندی و کارکرد خانواده‌های دارای کودک اوتیسم با کودکان دارای رشد معمول تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

استوی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و عادی پرداختند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و مادران کودکان عادی در استرس ادراک شده، انسجام، و خودپنداره وجود دارد.

محمدپور و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی که با عنوان "مقایسه استفاده از زمان در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم و مادران دارای کودک عادی" انجام دادند، نتایج نشان داد مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم در مقایسه با مادران دارای کودک عادی، در طی روز زمان بیشتری را صرف امور مربوط به کودک مبتلا می‌کردند. اما در حیطه‌های مراقبت از خود، استراحت/ خواب، اوقات فراغت، کارهای منزل، کار/ شغل و مشارکت اجتماعی، تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد. همچنین کیفیت و لذت از فعالیت‌های روزانه در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم نسبت به مادران دارای کودک عادی به صورت معناداری پایین‌تر بود. اهمیت دادن به فعالیت‌های روزانه و رضایت از مهارت‌های مدیریت زمان برای مادران دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی مولفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان اوتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد والدین کودکان اوتیسم در زیر مولفه‌های روان‌نژندی بالاترین میانگین را داشتند. این تفاوت در مولفه‌های افسردگی و تکانشی بودن با والدین کودکان کم‌توان معنادار نبود و در مولفه‌های اضطراب و تکانشی بودن با والدین کودکان عادی معنادار نبود. با توجه به نتایج مشاهده شده از سه گروه، والدین کودکان اوتیسم و کم‌توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی از روان‌نژندی بالاتری برخوردارند.

پادن و جیمز^{۳۳} (۲۰۱۷) در پژوهشی که با عنوان "استرس در بین والدین کودکان دارا و بدون اختلال طیف اوتیسم: مقایسه شاخص‌های فیزیولوژیک و خودگزارشی‌های والدین" انجام دادند، استرس، اضطراب، افسردگی خودگزارشی و همچنین اندازه‌گیری‌های استرس فیزیولوژیک گزینشی (یعنی میزان کورتیزول، آلفا-آمیلاز، و فشار خون سرپایی و نرخ ضربان قلب) در بین گروه‌های همتا از والدین کودکان دارا و بدون اختلال طیف اوتیسم مقایسه شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. نمونه‌های بزاق را برای اندازه‌گیری میزان کورتیزول و آلفا-آمیلاز جمع‌آوری کردند، و یک مانیتور فشار خون سرپایی را به مدت ۲۴ ساعت به تن کردند. والدین کودکان مبتلا به اوتیسم میزان بالاتر و معناداری از پریشانی والدینی، اضطراب و افسردگی را در مقایسه با والدین کودکان دارای تحول نرمال گزارش کردند. پریشانی، اضطراب، افسردگی و سلامت گزارش شده توسط والدین، با اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک همبستگی نداشتند. با این استثناء که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن میزان کورتیزول پایین‌تری داشتند (معنادار)، هیچ اختلاف معنادار دیگری برای اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک در بین دو گروه مشاهده نشد. والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به طوری معناداری از تعدادی از راهبردهای مقابله‌ای انطباقی (مثلاً حمایت هیجانی) به میزان بیشتری نسبت به والدین کودکان نرمال استفاده می‌کردند.

سالاس^{۳۴} و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای به بررسی نقش راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی به عنوان عوامل پیش‌بین رضایت از زندگی در نمونه‌ای از والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم پرداختند. با استفاده از یک مدل رگرسیون، نتایج نشان داد که سن کودک با میزان پایین‌تری از رضایت در والدین ارتباط دارد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی متغیری است که به بهترین وجه میزان رضایت در والدین را تبیین می‌کند، درحالی‌که استفاده از حل مسئله میزان بالاتر رضایت در پدران را تبیین می‌کند. مردان و زنان میزان مشابهی از رضایت از زندگی را نشان دادند؛ با این حال، از نظر راهبردهای مقابله‌ای اختلاف‌های معناداری مشاهده شد، چرا که زنان نسبت مردان به میزان بیشتری از راهبردهای حمایت اجتماعی و ابراز هیجانات استفاده می‌نمودند.

آلیاج^{۳۵} (۲۰۱۶) در پژوهش خود سطح استرس، اضطراب، و افسردگی در مادران دارای کودکان اوتیستیک، سندرم داون و کودکان دارای تحول نرمال در آلبانی را مورد بررسی قرار داد. هدف از مطالعه این بود که میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بین مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودکان مبتلا به سندرم داون و همچنین یک گروه کنترل از مادران کودکان دارای تحول نرمال مقایسه شود. در این مطالعه یک گروه از مادران دارای کودکان اوتیستیک، یک گروه از مادران کودکان دارای سندرم داون و یک گروه از مادران کودکان دارای تحول نرمال شرکت کردند. نتیجه مطالعه این بود که مادران کودکان دارای سندرم داون، سطح بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران کودکان دارای تحول نرمال، تجربه می‌کنند.

³³ . Padden & James

³⁴ . Salas

³⁵ . Aliaj

ویدیا ساگار و کوشی^{۳۶} (۲۰۱۶) در پژوهش خود به بررسی استرس و مقابله در مادران کودکان اوتیستیک پرداختند. در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد. شرکت کنندگان متشکل از ۲۵ مادر دارای کودکان اوتیستیک و ۳۰ مادر کودکان دارای تحول نرمال در دامنه سنی ۳ تا ۱۲ سال، بودند. فرضیه این بود که مادران کودکان اوتیستیک در مقایسه با مادران دارای کودکان نرمال، استرس بیشتری را تجربه کرده و از راهبردهای مقابله ای ناکارآمدتری استفاده می کنند. سنجش مادران با اجرای مقیاس ها در مدارس استثنائی و مدارس نرمال انجام شد. استرس و مقابله با استفاده از مقیاس استرس والدین و پرسشنامه شیوه های مقابله ای مورد سنجش قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تی و همبستگی پیرسون انجام شد. مشاهده شد که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به مادران کودکان نرمال استرس بیشتری را تجربه کرده و همچنین شیوه مقابله ای آنها دریافت حمایت اجتماعی، فرار/ اجتناب یا ارزیابی مجدد و مثبت شرایط بود. بین استرس و استفاده از مقابله مواجهه ای در مادران کودکان اوتیستیک همبستگی مثبت و معنادار یافت شد.

در پژوهش نف و فاسو^{۳۷} (۲۰۱۵) شفقت به خود و بهزیستی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، ارتباط بین شفقت به خود و بهزیستی در بین ۵۱ والد کودکان مبتلا به اوتیسم با استفاده از مقیاس های خودگزارشی بررسی شد. نتایج نشان داد شفقت به خود با رضایت از زندگی، امیدواری، و درگیری مجدد با هدف ارتباط مثبت و با افسردگی و استرس والدین ارتباط منفی داشت. اگرچه شدت علائم کودک اغلب قوی ترین عامل پیش بین برای سازگاری منفی در والدین است، اما شفقت به خود به طور کلی بهزیستی والدین را فراتر از تاثیر شدت علائم کودک پیش بینی می کرد. نتایج نشان می دهند که شفقت به خود می تواند نقش معناداری در بهزیستی والدین دارای کودکان اوتیستیک ایفا کند.

کیانی و خاستو هاشجین (۲۰۱۴) در پژوهشی به مقایسه استرس فرزندپروری و علائم افسردگی در مادران کودکان دارا و بدون اختلالات طیف اوتیسم پرداختند. نتایج آزمون تی نشان داد که اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر دو متغیر وجود دارد. مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم عموماً سطوح معنادار و بالاتری از استرس و افسردگی را در مقایسه با مادران بدون کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم گزارش کردند.

لی^{۳۸} (۲۰۱۳) در پژوهش خود به بررسی استرس و شفقت به خود در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم پرداخت. نتایج نشان داد که میزان استرس در والدین کودکان مبتلا به دیابت و والدین دارای کودکان نوروتیپیکال بدون بیماری مزمن بیش از والدین کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم بود. میزان شفقت به خود در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم کمتر از والدین کودکان مبتلا به دیابت بود، اما با میزان شفقت به خود در والدین کودکان نوروتیپیکال بدون بیماری مزمن قابل مقایسه و مشابه بود. اختلاف های موجود در میزان استرس و شفقت به خود اندازه اثر کم تا متوسط داشت. یک ارتباط مثبت اندک بین استرس و شفقت به خود یافت شد. به علاوه، احساس گناه عامل میانجی در ارتباط بین استرس و شفقت به خود نبود.

روش انجام پژوهش

طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه ای از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دانش آموزان عادی مدارس شهر کرمان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می دهد. در مطالعه حاضر با طرح مقطعی مقایسه ای، برای هر گروه از مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دانش آموزان عادی ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. در این مطالعه جهت نمونه گیری از شیوه نمونه گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که برای انتخاب نمونه مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از مرکز آموزشی اوتیسم استان کرمان به شیوه هدفمند نمونه گیری به عمل آمد. سپس مطابق با ویژگی های جمعیتی شناختی نمونه گروه مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، نمونه گروه مادران دانش آموزان عادی از میان مدارس غیر دولتی (مدارس دخترانه و پسرانه سما) انتخاب و با یکدیگر همتا شد و بعد از جمع آوری داده های تحقیق از نرم افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش استفاده گردید. برای گردآوری داده ها از ابزار پرسشنامه مقیاس شفقت به خود استفاده شد. این مقیاس متشکل از ۲۶ گویه است و به صورت لیکرت از (۱ تقریباً هرگز) تا (۵ تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارتند از: مهربانی با خود (گویه های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)، قضاوت در مورد خود (گویه های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱)، مشترکات انسانی (گویه های ۳، ۷، ۱۰، ۱۵)، انزوا (گویه های ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)، ذهن آگاهی (گویه های ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲) و همانندسازی افراطی (گویه های ۲، ۶، ۲۰، ۲۴). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می شود. خرده مقیاس های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره گذاری می گردد. برای محاسبه نمره کل، نمره خرده مقیاس ها به یکدیگر اضافه می شوند (عجم،

36 .Vidyasagar & Koshy

37 - Neff & Faso

38 - Lee

فرزانفر و شکوهی فرد، (۱۳۹۵). در پژوهش نف (۲۰۰۳) تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می‌کند. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است (کچویی، حسنی، مرادی و فتحی آشتیانی، ۱۳۹۷). مومنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی را ۰/۷۱، مهربانی با خود را ۰/۷۵، انزوا ۰/۷۲ و همانندسازی افراطی را ۰/۶۵ گزارش نمودند.

یافته های پژوهش

در جدول زیر ویژگی های جمعیت شناختی جمعیت آماری پژوهش مشاهده می‌گردد.

جدول ۱: بررسی ویژگی های جمعیت شناختی جمعیت آماری پژوهش

ویژگی جمعیت شناختی	دامنه	مادران دارای کودک عادی		مادران دارای کودک اوتیسم	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۳۰ و زیر ۳۰ سال	---	----	۴	۱۳/۳
	۳۱-۴۰ سال	۲۴	۸۰	۱۲	۴۰
	۴۱-۵۰ سال	۴	۱۳/۳	۱۴	۴۶/۷
	۵۱ سال و بیشتر	۲	۶/۷	---	----
	مجموع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰
وضعیت تاهل	متاهل	۳۰	۱۰۰	۲۵	۸۳/۳
	مجرد	---	----	۲	۶/۷
	مجموع	۳۰	۱۰۰	۲۷	۹۰
	پاسخ نامعتبر	---	----	۳	۱۰
وضعیت تحصیلی	سیکل	---	----	---	----
	دیپلم	۸	۲۶/۷	۵	۱۶/۷
	کاردانی	۶	۲۰	۳	۱۰
	کارشناسی	۱۴	۴۶/۷	۱۷	۵۶/۷
	کارشناسی ارشد	۲	۶/۷	۲	۶/۷
	دکترا	---	----	۳	۱۰
	مجموع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

فرضیه: بین شفقت به خود مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون یو من ویتنی فرضیه اول

گروه ها	تعداد	رتبه بندی بر اساس میانگین	یو من ویتنی	سطح معناداری
مادران کودکان عادی	۳۰	۳۵/۷۳	۲۹۳	۰/۰۲۰
مادران کودکان اوتیسم	۳۰	۲۵/۲۷		

با توجه به رتبه بندی ها بر اساس میانگین به دست آمده، شفقت به خود در مادران کودکان عادی (۳۵/۷۳) بیشتر از شفقت به خود در مادران کودکان اوتیسم (۲۵/۲۷) بود. از طرفی از آنجایی که سطح معناداری برابر ۰/۰۲۰ بود ($P\text{-Value} < 0.05$)، بنابراین فرضیه تایید می‌شود و یافته ها نشان داد که بین شفقت به خود مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که، با توجه به رتبه بندی ها بر اساس میانگین به دست آمده، شفقت به خود در مادران کودکان عادی (۳۵/۷۳) بیشتر از شفقت به خود در مادران کودکان اوتیسم (۲۵/۲۷) بود. از طرفی از آنجایی که سطح معناداری برابر ۰/۰۲۰ بود ($P\text{-Value} < 0.05$)، بنابراین فرضیه تایید می شود و یافته ها نشان داد که بین شفقت به خود مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک عادی تفاوت وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات نف و فاسو (۲۰۱۵)، لی (۲۰۱۳)، (سی گل، ۲۰۰۱)، گیلبرت (۲۰۱۰)، فردریکسون (۲۰۰۹)، (برون، ۱۹۹۹) و (نف، ۲۰۰۳) همسو می باشد. نتایج نشان داده است که، که شفقت به خود با رضایت از زندگی، امیدواری، و درگیری مجدد با هدف ارتباط مثبت و با افسردگی و استرس والدین ارتباط منفی داشت. اگرچه شدت علائم کودک اغلب قوی ترین عامل پیش بین برای سازگاری منفی در والدین است، اما شفقت به خود به طور کلی بهزیستی والدین را فراتر از تاثیر شدت علائم کودک پیش بینی می کرد. نتایج نشان می دهند که شفقت به خود می تواند نقش معناداری در بهزیستی والدین دارای کودکان اوتیستیک ایفا کند. یافته های لی (۲۰۱۳) حاکی از آن بود که میزان استرس در والدین کودکان مبتلا به دیابت و والدین دارای کودکان نوروتیپیکال بدون بیماری مزمن بیش از والدین کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم بود. میزان شفقت به خود در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم کمتر از والدین کودکان مبتلا به دیابت بود، اما با میزان شفقت به خود در والدین کودکان نوروتیپیکال بدون بیماری مزمن قابل مقایسه و مشابه بود. اختلاف های موجود در میزان استرس و شفقت به خود اندازه اثر کم تا متوسط داشت. یک ارتباط مثبت اندک بین استرس و شفقت به خود یافت شد. به علاوه، احساس گناه عامل میانجی در ارتباط بین استرس و شفقت به خود بود. شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (سی گل، ۲۰۰۱).

گیلبرت (۲۰۱۰) معتقد است با شفقت به خود، می توان بر خوشبختی و سلامت خود و روابط اجتماعی اثر گذاشت. فردریکسون (۲۰۰۹) یکی از پژوهشگران روان شناسی مثبت گرا از مداخله «مراقبه عشق - شفقت» نام می برد. هدف این مداخله تقویت هیجانات مثبت بویژه در زمینه ارتباطات است. این رویکرد نوعی راهبرد عملی به منظور افزایش احساسات گرم و لطف و مهربانی در حق خود و دیگران است این رویکرد همچون مراقبه ذهن آگاهی، از تمرین های تربیت ذهن بودایی الهام گرفته است. در تصویرسازی ذهنی هدایت شده، بیمار ابتدا این گرمی و شفقت را در خود خلق می کند و سپس آن ها را به سمت دیگران به جریان می اندازد (ابتدا نسبت به افراد آشنا، سپس غریبه ها و در نهایت حتی به سمت افرادی که با آن ها روابط منفی دارد. در حالی که بسیاری از نظریه های روان شناختی بر این فرض تأکید دارند که افراد اساساً علاقمند به خود هستند و توجه بیش از حدی به خودشان دارند تا به دیگران، اما تجارب بالینی نشان می دهد که افراد دارای آسیب روانی اغلب نسبت به خود سخت گیرتر و نامهربان تر برخورد می کنند تا نسبت به دیگران و حتی غریبه ها. بنابراین ضرورت دارد، این افراد نگاهی دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود و موقعیت خود داشته باشند. با شفقت، فرد بهتر می تواند سلامت هیجانی مورد نیاز خود را بدون ترس از محکومیت خود فراهم کند. و این امر به فرد فرصتی می دهد تا خود را بهتر درک کند و افکار، هیجانات و رفتارهای ناسازگار خود را اصلاح کند. یقیناً مراقبت درونی برای دلسوزی، انگیزش فرد را برای رشد و تغییر تقویت می کند. شفقت به خود نوعی حالت هیجانی مثبت را نسبت به خود فراهم می کند که در آن فرد نسبت به خود احساس مهربانی و مراقبت بیش تری می کند. این رویکرد به انگیزش رفتار مثبت و سازنده کمک می کند و فرد را در برابر ناتوان سازی، ضعف و خود قضاوتی منفی همچون اضطراب و افسردگی محافظت می کند.

منابع و مراجع

- [۱] ادواری، احمد؛ فتحی مرغ ملکی، رضا و مدملی، یعقوب. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به پرفشاری خون، نشریه آموزش پرستاری، دوره ۱، شماره ۶، صص ۵۶-۶۲.

- [۲] ادیبی زاده، شهناز؛ سپهوندی، محمد علی و غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برافسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اتیسم. مجله دست آوردهای روان شناختی، ۲۵(۱)، ۱۲۹-۱۴۶.
- [۳] ارشاد سرایی، رزینا؛ هاشمی رزینی، هادی و عبداللهی، محمد حسین (۱۳۹۶). مقایسه تنیدگی والدگری، سبک های والدگری، و حل مسئله اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، نارسایی توجه/فزون کنشی و بهنجار. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۴)، ۱۵-۱۷۹.
- [۴] استوی، الهه؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ ساکت محبوب، معصومه و محمدی، حاتم (۱۳۹۵). مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۶(۳)، ۱۳-۲۱.
- [۵] افشاری، رامین (۱۳۸۳). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۶] انجدانی، انسیه (۱۳۸۹). نقش تعدیل کننده خود شناسی انسجامی، بهوشیاری، حرمت خود و شفقت بر خود
- [۷] آرمند، اکرم؛ طلایی، علی (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی، مجله زنان مامایی و نازایی ایران ۲۱ (۱۵)، صص ۳۱-۲۴.
- [۸] بهروزی، ناصر؛ بیلاق، منیجه شهنی؛ پورسید، سید مهدی (۱۳۹۱). رابطه کمال گرایی، استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی، راهبرد فرهنگ، شماره ۲۰، زمستان، صص ۲۲-۴۲.
- [۹] بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ بشارت، رباب؛ موحدی، یزدان و کوه پیما، سجاد (۱۳۹۲). بررسی مولفه های روان نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و عادی شهر تبریز. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳(۹)، ۱۷-۲۷.
- [۱۰] جعفرنژاد، فرزانه؛ شاکری، زهرا؛ نجف نجفی، مونا؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۲). بررسی ارتباط استرس با ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی. مجله زنان نازایی و مامایی ۷۶(۱۶)، ۱۸صص-۱۱.
- [۱۱] خدابخشی کولایی، آ؛ عرب ورامین، آ و روشن چسلی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کازلوف بر ابراز هیجان و بار روانی مادران دارای کودک اوتیسم. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱۳(۱)، ۲۹-۳۴.
- [۱۲] خرم آبادی، راضیه؛ پور اعتماد، حمید رضا؛ طهماسیان، کارینه و چیمه، نرگس (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. فصلنامه خانواده پژوهی، ۵(۱۹)، ۳۸۷-۳۹۹.
- [۱۳] خورشیدیان، حمید رضا؛ دوستی، یار علی؛ صمدایی، عطیه و مرتضوی کیاسری، فاطمه (۱۳۹۶). مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهشنامه تربیتی، ۱۲(۵۰)، ۵۱-۶۸.
- [۱۴] سعیدی، ضحی، قربانی، نیما، سرافرازه مهدی رضا، شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. روانشناسی معاصر، ۱۱۸، ۱۰۲-۹۱.
- [۱۵] سعیدی، ضحی، قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا و شریفیان، محمد حسین (۱۳۹۱). پژوهش در سلامت روان شناختی. ۳۱۶
- [۱۶] سعیدیان (۱۳۹۶) در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر میزان فشار خون و کیفیت زندگی در زنان بیمار مبتلا به فشار خون بالا در شهرستان سروآباد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه کردستان
- [۱۷] سعیدیان، ف؛ نیلی، م (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش ابراز وجود بر سازگاری اجتماعی و خودپنداره مثبت زنان سرپرست خانوار. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی سال دوم، شماره ۶
- [۱۸] شجاعی، ستاره؛ ایمانی، مهدی؛ تیموری، محمدمهدی و شاهین، مریم (۱۳۹۵). مقایسه سبک فرزندپروری والدین کودکان با و بدون اختلال طیف اتیسم. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش های مشاوره، ۱۵ (۶۰)، ۱۰۰-۱۱۸.
- [۱۹] عجم، علی اکبر؛ فرزانه، جواد و شکوهی فرد، حسین (۱۳۹۵). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳. نشریه آموزش پرستاری، ۵(۵)، ۹-۱۵.
- [۲۰] کرد، بهمن (۱۳۹۵). پیش بینی بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری بر اساس ذهن آگاهی و شفقتورزی خود مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۶(۳۴)، ۲۸۲-۲۷۳

- [۲۱] محتشمی، طیبیه؛ ابراهیمی، فائزه؛ علی اکبر دهکردی، مهناز و چیمه، نرگس (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، رضایتمندی و کارکرد خانواده مادران کودکان دارای اتیسم با مادران کودکان دارای رشد معمول. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۶(۴)، ۶۲-۵۱.
- [۲۲] محمدپور، مریم؛ رصافیانی، مهدی؛ احمدی کهجوق، مینا؛ بهنیا، فاطمه، حقگو، حجت الله و بیگلریان اکبر (۱۳۹۳). مقایسه استفاده از زمان در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم و مادران دارای کودک عادی. پژوهش در علوم توانبخشی، ۱۰(۱۱)، ۱۹۲-۱۸۲.
- [۲۳] محمدی زاده، علی، محمدی، سمیه، اکبری، اسدا... (۱۳۹۱). تأثیر تمرین آرام سازی روانی و خودگویی مثبت همراه با موسیقی در افزایش شادکامی و عزت نفس دانشجویان. (مجموعه مقالات ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ۲۸ و ۸ اردیبهشت)، ص ۴۳۶.
- [۲۴] مومنی، خدامراد و شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶(۲)، ۹۷-۱۰۳.
- [۲۵] مومنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته و حیدری، محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی. روان شناسی معاصر، ۸(۲)، ۲۷-۴۰.
- [۲۶] نجفی، ندا (۱۳۹۲). تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش های ناکارآمد و میزان استرس درنوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۱، شماره ۱۲۸، صص ۲۹-۲۵.
- [۲۷] نوری امام زاده ئی، طاهره و نیلفروشان، پریسا (۱۳۹۵). اهمالکاری تحصیلی دانشجویان: نقش سبک‌های مقابله با تنیدگی و ابعاد دوگانه کمالگرایی. رویکردهای نوین آموزشی، ۱۱(۱)، ۲۱-۴۰.
- [28] Albertson, E. R., Neff, K. D & Dill-Shackleford, K, E. (2015). Self-corrupassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 63, 44-454.
- [29] Aliaj, B. (2016). The level of stress, anxiety and depression in mothers of autistic, down syndrome and typical development children in Albania. *Journal of Education & Social Policy*, 3(6), 32-35.
- [30] Allen, A.B., & Leary, M.R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- [31] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- [32] Baghdadli, A., Pry, R., Michelon, C., & Rattaz, C. (2014). Impact of autism in adolescents on parental quality of life. *Quality of Life Research*, 23(6), 1859-1868.
- [33] Boyd, B.A., Odom, S.L., Humphreys, B.P., & Sam, A.M.(2010). Infants and toddlers with autism spectrum disorder: Early identification and early intervention. *Journal of Early Intervention*, 32(2), 75-98.
- [34] Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala
- [35] Chaskalson, Michael (2011). *The Mindful workplace: Developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. First edition, Wiley Blackwell.
- [36] Coucouvanis, J., Hallas, D.N., & Farley, J.N. (2012). *Autism spectrum disorder. Child and adolescent behavioral health: A resource for advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing*. United Kingdom: Iowa State University.
- [37] Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
- [38] Dardas, L., & Ahmad, M. (2013a). Coping strategies as mediators and moderatos between stress and quality of life among parents of children with Autistic Disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12.
- [39] Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375-387.

- [40] Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143-155.
- [41] Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207-210.
- [42] Firat, S., Diler, R.S., Avci, A., & Seydaoglu, G. (2002). Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children. *Journal of Korean Medical Science*, 17(5), 679-685.
- [43] Gilbert, P & Procter, S (2006). Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: A pilot study of a group therapy approach.) *Clin Psychol Psychother.* (13): 353-379
- [44] Hobart, H.M., & Smith, W. (2008). Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 33(1-2), 37-47.
- [45] Kiani, F., Khodabakhsh, M.R., & Khastwo Hashjin, K.H. (2014). Comparison of parenting-related stress and depression symptoms in mothers of children with and without autism spectrum disorder (ASD). *International Journal of Pediatrics*, 2(9), 31-37.
- [46] Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh, Y.J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.C, & et al. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-912
- [47] Kowalkowski, J.D. (2012). The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. (Doctoral dissertation). Department of Psychology, Eastern Michigan University.
- [48] Kuhn, J.C., & Carter, A.S. (2006). Maternal self efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 564-575.
- [49] Leach, D., & LaRocque, M. (2011). Increasing social reciprocity in young children with autism. *Intervention in School and Clinic*, 46(3), 150-162.
- [50] Lee DA (2005) The perfect nurturer: a model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In *Compassion: Conceptualisations, Research and use in Psychotherapy* (ed P Gilbert): 326-51. Brunner-Routledge.
- [51] Nealy, C.E., O'Hare, L., Powers, J.D., & Swick, D.C. (2012). The impact of autism spectrum disorders on the family: A qualitative study of mothers' perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15(3), 187-201
- [52] Neff, KD & Germer, CK (2013). Self-Compassion Program. *J Clin Psychol.* 69 (1): 28-44. Neff, KD
- [53] Padden, C., & James, J.E. (2017). Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: A comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(4), 567-586.
- [54] Penley, J.A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the big five emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1215-1228.
- [55] Rao, P.A., & Beidel, D.C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437-451.
- [56] Rutgers, A.H., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Swinkels, S.H., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F.B., Buitelaar, J.K., van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: a comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 859-870.
- [57] Salas, B.L., Rodríguez, V.Y., Urbietta, C.T., & Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies and self-efficacy as predictors of life satisfaction in a sample of parents of children with autism spectrum disorder. *Psicothema*, 29(1), 55-60.
- [58] Samadi, S.A., & Mahmoodzadeh, A., & McConkey, R. (2012). A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*, 16(1), 5-14.

- [59] Sawyer, M.G., Bittman, M., La Greca, A.M., Crettenden, A.D., Harchak, T.F., & Martin, J. (2010). Time demands of caring for children with autism: what are the implications for maternal mental health? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 620-628.
- [60] Segal, Z., Williams, J.M.G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- [61] Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellett, R. (2013). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1547-1554.
- [62] Sharpley, C.F., Bitsika, V., & Efremidis, B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 22(1), 19-28.
- [63] Vidyasagar, N., & Koshy, S. (2016). Stress and coping in mothers of autistic children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(2), 245-248.