

اثربخشی به اشتراک گذاشتن تجارب بر افزایش بهزیستی روانشناختی و شفقت به خود در مادران با کودک مبتلا به اختلال اتیسم

عارفه صحراگرد^۱، فریبا حیدری^۲، منیره هادی زاده^۳، محمد شمسیان^۴

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

نام نویسنده مسئول:

محمد شمسیان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی به اشتراک گذاشتن تجارب بر افزایش بهزیستی روانشناختی و شفقت به خود در مادران با کودک مبتلا به اختلال اتیسم بود. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بوده و جامعه آماری آن تمام مادران کودکان مبتلا به اتیسم شهرستان یزد بود که به صورت داوطلبانه و با رضایت شفاهی تعداد ۳۰ نفر برای حضور در پژوهش اعلام آمادگی نمودند و با گمارش تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ی دو ساعته، تجارب خود را به اشتراک گذاشتند. به منظور جمع آوری اطلاعات از دو مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده گردید. یافته های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس (مانکووا)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نیز نشان داد که در دو متغیر بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ و میزان شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش افزایش یافته است که حاکی از اثربخشی به اشتراک گذاشتن تجارب توسط والدین می باشد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود، اختلال اتیسم، مادران.

مقدمه

اصولاً تولد فرزند سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند. پیدایش غریبه سوم به نام نوزاد، علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین تحمیل می‌کند (کميجانی، ۱۳۹۱). حال اگر نوزادی با مشکلاتی در توانایی‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی، زبانی، حسی و حرکتی در واقع اتیسم متولد شود، فشارهای روانی حاصل از وجود چنین فرزندی بر اعضای خانواده به ویژه والدین چندین برابر می‌گردد. این ناتوانی‌های شناختی و رفتاری نه فقط بر فرد مبتلا، بلکه بر مراقبین او، خانواده، معلمان و جامعه نیز اثر می‌گذارد (کروز^۱ کامرگز^۲ و روچا^۳، ۲۰۱۳) و این امر سبب بر هم خوردن نظم، آرامش و سازش یافتگی زندگی می‌شود. عمده‌ترین مشکل یا پیامدی که در اثر فشار روانی بر والدین پدید می‌آید، محدودیت در ارتباط‌های منطقی و صحیح این گونه خانواده‌ها با دیگران به دلیل وجود احساساتی نظیر خجالت، گناه و تمایل به پنهان کردن کودک موجب می‌شود تا آنان از افراد دیگر فاصله بگیرند (کميجانی، ۱۳۹۰). دوری از جامعه نه تنها منجر به قطع ارتباط با دیگران می‌شود بلکه ارتباط فرد با خودش را نیز قطع می‌کند و قضاوت‌های نادرست و انتقادهای سختگیرانه‌ای را شکل می‌دهد، که شفقت فرد نسبت به خودش را از بین می‌برد.

مفهوم شفقت خود^۴ (بنت-گلمن^۵، ۲۰۰۱) یکی از مفاهیمی است که معرف نگرش و ارتباط سالم با خود است. که اگرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌ها است که در فلسفه شرقی وجود دارد. نف^۶ (۲۰۰۳ الف، ۲۰۰۳ ب) شفقت خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود^۷ در مقابل قضاوت کردن خود^۸، اشتراکات انسانی^۹ در مقابل انزوا^{۱۰}، و به‌شیرازی^{۱۱} در مقابل همانندسازی افراطی^{۱۲} تعریف کرده است. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. به‌شیرازی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند (نف، ۲۰۰۹). داشتن شفقت خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سختگیرانه از خود نپردازد؛ این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می‌کنند (هرنی^{۱۳}، ۱۹۵۰). بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرند. در مقابل، فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود، یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ قربانی و واتسن، ۱۳۸۵) بنابراین شفقت خود منجر به انفعال و سکون نمی‌شود. این نگرش حمایت‌گرا نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین شخصی، حل مساله سازنده، ثبات زندگی زناشویی (بیکر و مکنالتی^{۱۵}، ۲۰۱۱، دادستان، عسگری و حاجی‌زادگان، ۱۳۸۸)، آمادگی برای شرم کمتر، ترس از شکست کمتر، خودارزیابی منفی کمتر (موسویچ^{۱۶}، کوالسکی^{۱۷}، سایبستون^{۱۸}، سجویک^{۱۹} و تریسی^{۲۰}، ۲۰۱۱)، افسردگی و اضطراب کمتر (ریس^{۲۱}، ۲۰۱۱)، کمال‌گرایی نوروتیک کمتر، و رضایت از زندگی بیشتر در ارتباط است. همچنین شفقت خود به‌صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است (نف و

- 1- Cruz
- 2-Camergos-Junior
- 3- Rocha
- 4--self-compassion
- 5-Bennett-Goleman
- 6-Neff
- 7-self-kindness
- 5-self-judgment
- 6-common humanity
- 7-isolation
- 8-mindfulness
- 1-over-identification
- 2-Horney
- 3-Brown
- 4-Baker & McNulty
- 5-Mosewich
- 6-Kowalski
- 7-Sabiston
- 8-Sedgwick
- 9-Tracy
- 10-Raes

پومیر^{۲۲}، ۲۰۱۳)، افراد با شفقت خود بالا تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می کنند (یارنل^{۲۳} و نف، ۲۰۱۳). از آنجا که شفقت خود، نیازمند آگاهی هشیار از هیجا نهی خود است (بنت-گلمن، ۲۰۰۱)، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می شود. بنابراین هیجانهای منفی به حالت احساسی مثبت تری تبدیل می شوند و به فرد فرصت درک دقیقتر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش و مناسب می دهند.

افرادی که شفقت خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت خود کمی دارند سلامت روان شناختی بیشتری دارند زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می کنند به وسیله یک سرزنش خود بی رحمانه (بلت^{۲۴}، کوینلن^{۲۵}، چورن^{۲۶}، مکدونالد^{۲۷} و زورف^{۲۸}، ۱۹۸۲)، احساس انزوا (وود^{۲۹}، سالزبرگ^{۳۰}، نیل^{۳۱} و استون^{۳۲}، ۱۹۹۰؛ طاهباز حسین زاده، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰) و همانندسازی افراطی با افکار و هیجا نها (نولن-هوکسما^{۳۳}، ۱۹۹۱) استمرار نمی یابد. کسانی که نمره بالایی در شفقت بر خود، کسب کرده اند نمره کمتری در روان رنجور خوبی و افسردگی می گیرند و نمره بالاتری در میزان رضایت از زندگی، پیوند اجتماعی و سلامت ذهنی حاصل می کنند (لیری^{۳۴}، تاته^{۳۵}، آدامز^{۳۶}، آلن و هانکوک^{۳۷}، ۲۰۰۷؛ نیلی^{۳۸}، اسپالتر^{۳۹}، رابرتز^{۴۰} محمد و چن^{۴۱}، ۲۰۰۹). شفقت به خود علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. لیری و همکاران (۲۰۰۷) در چند مطالعه آزمایشی در ارتباط با شفقت خود نشان دادند که شفقت خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت های ناراحت کننده شامل شکست، طرد، خجالت و دیگر حوادث منفی است. از سوی دیگر همه انسان ها در زندگی روزمره شان با وقایعی مواجه می شوند که در آنها احساس شکست، نقص و بی کفایتی را تجربه می کنند. به دنبال این تجارب و ارزیابی که افراد از خودشان دارند، هیجانهایی در انسان برانگیخته می شود، که بهزیستی روانشناختی انسان را به خطر می اندازد. نف (۲۰۰۹) معتقد است که شفقت خود ممکن است نقش واسطه ای در بهزیستی روانی شخص ایفا کند.

بهزیستی روانشناختی^{۴۲} مستلزم درک چالش های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش های وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تاکید می کند. این سازه بنابر جهت گیری های نظری مختلف از مولفه ها و اجزای گوناگونی اشباع شده است. هریک از پژوهشگرانی که در این حیطه به کار پرداخته اند، با توجه به عوامل و ابعاد مورد نظر، مدل خاصی را معرفی کرده اند، که در این میان ۳ مدل ریف^{۴۳} از مهمترین مدل های حوزه بهزیستی روانشناختی به شمار می رود، ریف (۱۹۹۵) (مدل خود از بهزیستی روانشناختی را تلاش برای رشد و پیشرفت در جهت تحقق بخشیدن به تواناییهای بالقوه فرد می داند. در روانشناسی، بهزیستی به عنوان عملکرد مطلوب انسان تعریف می شود (نل، ۲۰۱۱). خودمختاری^{۴۴}، رشد شخصی^{۴۵}، تسلط بر محیط^{۴۶}، هدفمندی در

-
- 1-Pommier
 - 2-Yarnell
 - 3-Blatt
 - 4-Quinlan
 - 5-Chevron
 - 6-McDonald
 - 7- Zuroff
 - 8- Woodle
 - 9- Saltzberg
 - 10- Neale,
 - 11- Stone
 - 12- Nolen-Hoeksema
 - 13- Leary
 - 14-Tate
 - 15- Adams
 - 16- Allen& Hancock
 - 17-Neely
 - 18- Schallert
 - 19- Roberts
 - 1-Chen
 - 2-psychological well-being
 - 3-Ryff
 - 4-Autonomy
 - 5-Personaal growth
 - 6-Environmental mastery

زندگی^{۴۷}، داشتن ارتباط مثبت با دیگران^{۴۸} و پذیرش خود^{۴۹} مولفه های تشکیل دهنده بهزیستی روانشناختی در مدل ریف هستند (ریف، ۱۹۸۹). زمانی خودمختاری به وجود میآید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد (بایوئر و مولدر^{۵۰}، ۲۰۰۶). رشد شخصی، یعنی این که افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه های متفاوتی از زندگی رشد کنند (ریف، ۱۹۸۹). این موضوع بیانگر آن است که فرد به طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن تواناییهایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی است. با این توصیف، فردی که حس تسلط بر محیط دارد، می تواند در جنبه های مختلف محیط مداخله کند، تغییر دهد و ارتقا بخشد (کیس^{۵۱}، ۲۰۰۲). داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت یابی و هدفمندی پایه سلامت روانی به شمار می رود. این مقیاس نیز به کمک ویژگیهایی مانند احساس هدفمندی و جهت یابی در زندگی و تجربه احساس معنا در زندگی گذشته و حال مشخص می شود (ریف، ۱۹۸۹؛ نقل از کدیور و همکاران، ۱۳۸۷). وجود هدف در زندگی به طور مثبت با رضایت از زندگی و شادکامی رابطه دارد (استیگر و دیک^{۵۲}، ۲۰۱۰). روابط مثبت با دیگران برای بهزیستی فرد مهم بوده و موجب می شود شادکامی و عملکرد بهتر در فرد افزایش یابد. همچنین روابط مثبت با دیگران پیشبینی کننده رضایت از زندگی است (دینر^{۵۳}، ۲۰۰۸). راجرز^{۵۴} در سال (۱۹۵۹) نشان داد پذیرش خود اشاره به رضایت از زندگی فرد دارد که برای سلامت روان بسیار مهم است. پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می شود فرد در مورد نقاط ضعف و قوت خویشتن به آگاهی واقعی برسد (ریف و سینگر^{۵۵}، ۲۰۰۸). همچنین، دیویس و هویت^{۵۶} (۲۰۰۴) پذیرش خود را به رسمیت شناختند و گفتند سطوح پایین تر پذیرش خود با سطوح بالاتری از مشکلات روانی همراه است (به نقل از نل^{۵۷}، ۲۰۱۱). بنابراین می توان گفت، افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (دینر، لوکاس و اوئیسی، ۲۰۰۲، به نقل از درویزه و کهکی، ۱۳۸۷).

امروزه اهمیت بهزیستی روانی، که بخشی از رضایت از زندگی است در والدین دارای کودکان استثنایی مورد عنایت ویژه ای قرار گرفته است. تولد کودکان استثنایی می تواند سازگاری و بهزیستی روانشناختی والدین را تحت تأثیر قرار دهد (اینگرسول و همبریک^{۵۸}، ۲۰۱۱؛ دورون و شارابانی^{۵۹}، ۲۰۱۳) و پیامدهایی همچون تنیدگی را به دنبال داشته باشد (پاستر و براند^{۶۰}، ۲۰۰۶) نتایج گروهی از پژوهش ها روی این خانواده ها بخصوص مادران، حاکی از این بوده است که عده ای از آنها وجود کودک معلول را تجربه ای توانمند ساز تلقی کرده و او را منبع لذت، عشق، حس هدف و معنی داشتن در زندگی، افزایش تحمل، افزایش یکپارچگی وانسجام خانوادگی و همچنین بالا رفتن سطح درک و رشد شخصی به شمار آورده اند (جاگز^{۶۱}، ۲۰۰۶). خانواده های دارای کودکان مبتلا به اتیسم، با عوامل استرس زا و چالش های بسیاری، از جمله ناتوانی غیرمنتظره، رفتارهای آزاردهنده و اختلال های رفتاری فرزند، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر افراد جامعه روبه رو می شوند (عالی، یزدی، عبدخدایی، غنایی و محرری، ۱۳۹۳) و افراد در چنین شرایطی به دنبال جایی یا کسانی می گردند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی نمایند و این استفاده کردن از تجارب دیگران است. این در حالی است که زندگی تجربه است و کسانی در کشاکش سخت زندگی برنده اند که از تجربیات دیگران استفاده کنند. و این یعنی پیشرفت، یعنی راهی را که شما رفته اید دیگران نروند و از میانبر برای رسیدن به مقصد استفاده کنند. ما هر چه می توانیم باید از اشتباهات دیگران چیزهای جدید بیاموزیم چون ما وقت کافی برای همه تجربه ها نخواهیم داشت. کارایی تجربه را می توان در تربیت نسل های مختلف یک جامعه مشاهده کرد. ما از پدر و مادرمان و آنها از پدر و مادرشان آموختند که چگونه در موقعیتهای یکسان یا مشابه دست به آزمون و خطا زنند، بلکه از تجارب پیشینیان در این موقعیتهای بهره بگیرند و به نتیجه مطلوبی دست پیدا کنند. بنابراین، بهتر است به جای سخن گفتن از کودک دارای نیازهای ویژه، از خانواده ی دارای نیازهای ویژه سخن گفته شود، زیرا نارسایی تحولی یک عضو، کل نظام خانواده

7-Purpose in life

8-Positive realation with others

9-Self- acceptance

1-Bauer & Mulder

2-Keyes

3-Steger & Dik

4-Diener

5-Rogers

6-Singer

1-Nell

2- Ingersoll & Hambrick

3- Doron & Sharabany

4- Paster& Brand

5- Jacques

را با چالش مواجه می کند و تعادل را در نظام خانواده از بین می برد و بازیابی مجدد تعادل سازگاران نیاز به تلاش های بسیار زیاد همه ی اعضا دارد. اما اغلب پژوهش ها و طرح های درمانی موجود فقط کودک اتیسم و کاهش مشکلات رفتاری او را هدف قرار می دهند و از تاثیر گسترده ای که این اختلال بر سلامت روان خانواده می گذارد و متقابلا از تاثیر بدکارکردی خانواده بر افزایش میزان بروز مشکلات رفتاری کودک و کاستن از نتایج درمانی، غفلت ورزیده اند. در این بین مداخلاتی برای کمک به والدین به ویژه ماران کودکان خاص صورت گرفته است که به حل یا کاهش مشکلات آنها پرداخته اند، مانند پژوهش مهدوی (۱۳۹۲) که به بررسی اثربخشی آموزش استرس با رویکرد شناختی رفتاری بر عملکرد خانواده، بهزیستی روانشناختی و تمایز یافتگی مادران دارای کودک معلول پرداخت. نتایج نشان داد آموزش مدیریت استرس با رویکرد شناختی-رفتاری یعنی آموزش بکارگیری یکسری از روشها و استراتژی های رفتاری و روانشناختی خاص، که فعالیت های آگاهانه ای در جهت ایجاد دگرگونی مثبت در جنبه های مختلف استرس، باعث بهبود عملکرد خانواده، افزایش بهزیستی روانشناختی و تمایز یافتگی در ابعاد مختلف آنها می شود. با توجه به اینکه حضور کودک معلول در خانواده می تواند عملکرد مادر را مختل ساخته و سطح بهزیستی روانشناختی او را کاهش دهد، آموزش مدیریت استرس و مداخلات شناختی و رفتاری برای مادران می تواند مفید باشد و یا زارع بوانی (۱۳۹۲) در پژوهش به تعیین اثر بخشی آموزش صبر بر بهزیستی روانشناختی و امید در مادران کودکان کم توان دهنی پرداخت. نتایج این پژوهش و پیگیری بعد از آن (دو ماه بعد از مداخله) نشان داد که صبر با بهزیستی روانشناختی و امید در مادران کودکان کم توان دهنی ارتباط معنا داری دارد. علیزاده و کاوه (۱۳۹۰) نیز به این نتیجه رسیده اند که برنامه های مداخله ای تاب آوری باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در مادران کودکان کم توان دهنی میشود.

احمد و رایان^{۶۲} (۲۰۱۶) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سبک مقابله در میان والدین کودکان اتیسم پرداختند. نتایج این مداخله که ۵ هفته به طول انجامید، نشان داد که این مداخله بر کیفیت زندگی و سبک مقابله والدین کودکان اتیسم اثر بخش است.

الخلاف، دمپسی و دالی^{۶۳} (۲۰۱۴) به بررسی اثربخشی یک برنامه آموزشی بر روی مادران کودکان اتیسم در جردن پرداختند. در واقع هدف این بررسی این بود که آیا طراحی یک برنامه آموزشی بر میزان درک مادران کودکان اتیسم از رفتار فرزندانشان موثر است؟ نتایج نشان داد که برنامه های آموزشی بر کاهش میزان استرس و افزایش مهارت های مقابله ای مادران کودکان اتیسم اثر معناداری دارد و درک مادران را از رفتار فرزندان مبتلا به اتیسم را ارتقا می دهد. در پژوهش هایی که مطرح شد، مداخلاتی برای بالا بردن کیفیت زندگی، کاهش استرس یا ایجاد مهارت های مقابله ای کارآمد، انجام شده است اما در هیچ یک از آنها والدین کودکان اتیسم در کنار هم قرار نگرفتند تا بتوانند از تجارب هم بهره ببرند یا بتوانند احساسات خود را با یکدیگر در میان بگذارند. در این مسیر و برای کمک به خانواده ای که به سبب رویارویی با تشخیص اتیسم آشفته شده است، جای خالی استفاده از تجارب دیگران که می تواند به ما برای رسیدن به سلامت روان و شفقت به خود کمک کننده باشد، دیده می شود.

روش

مطالعه حاضر، از نوع آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش بیان تجارب مربوط به کودکان اتیسم توسط والدین این کودکان به عنوان متغیر مستقل و شفقت ورزی به خود و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این مطالعه، متشکل از والدین (مادران) کودکان اتیسم ۶ تا ۱۱ سال مراجعه کننده به مرکز آموزشی و توانبخشی اتیسم شهرستان یزد در سال ۱۳۹۸ است. ابتدا با مادران کودکان مبتلا به اتیسم در حال آموزش تماس گرفته شد که حدود ۳۰ نفر از آنها با حضور در جلسات گروه درمانی راجرز موافقت کردند و به صورت شفاهی رضایت آنها گرفته شد و سپس به شیوه ای تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای برگزاری منظم جلسات و همچنین حضور مادران با آرامش در جلسه شرایط نگهداری کودکان آن ها از قبل در زمان جلسه فراهم گردید. معیار ورود به گروه آزمایش داشتن فرزند مبتلا به اتیسم در حال آموزش بود. ابتدا آزمودنی های هر دو گروه پرسشنامه شفقت به خود (نف، ۲۰۰۳) و بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) را دریافت کردند و پاسخ دادند (پیش آزمون). بعد از انجام مطالعات کتابخانه ای در زمینه مبانی نظری و انجام نمونه گیری، کار اجرایی آغاز شد. سپس گروه آزمایش گروه در مانی راجرز را در قالب ۸ جلسه، هر هفته یک جلسه دو ساعته دریافت کردند و هر جلسه تجربیات مختلف به اشتراک گذاشته شد. و بعد پایان این دوره به منظور بررسی تأثیر گروه درمانی یا اشتراک گذاری تجارب، هر دو گروه مجدد دو پرسشنامه شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی را پاسخ دادند، که نمرات آن قبل و بعد از مداخله معیار تعیین تأثیر مداخله آموزشی بود.

¹Ahmad&Rayyn

²Alkhalf, Dempsey & Dolly

خلاصه ای از جلسات گروه درمانی به شیوه ی راجرز

جلسه	عنوان جلسه	تجربه
اول	توجیهات لازم در مورد جلسات و چگونگی رویارویی با مشکل فرزند	توضیحات لازم در مورد روند جلسات و توضیحات مختصر در مورد اصول اساسی راجرز(همدلی، پذیرش بی قید و شرط، ماسک نداشتن)، از والدین خواسته شد به عنوان تکلیف خانگی راهکارهای مفید را در مورد کودکان خود به کار ببندند. سخت بودن روبه رو شدن با مشکل فرزند خود و پذیرش سخت پدر نسبت به مادر و واکنش هیجانی نشان دادن در مقابل این مشکل توسط والدین. تکاپو و تلاش زیاد در جهت فهم مشکل فرزند خود، در نهایت با تشخیص متخصص مغز و اعصاب کودکان. ارایه تکلیف: تمرین شیوه ی مقابله ای مسئله مدار در برخورد با مشکلات روزمره
دوم	مهارت خودبازی	تکرار مهارت ها برای درونی سازی شدن در کودک، جدی برخورد کردن و عدم دلسوزی برای کودک، کارها را مادر با دست کودک انجام دهد. استفاده از غذا و وسایل راحت برای آسان کردن مهارت خودبازی و تشویق به انجام اینکار(مثلا ریختن برنج در کیسه تمیز و پختن در غذا تا خیلی نرم شود و بتواند بلع کند)، استفاده از خوراکی مورد علاقه برای تشویق به همکاری مشخص کردن جای مشخص(فرش مشخص برای خوردن غذا در آن مکان) محیط دستشویی باید رنگ خاصی داشته باشد(واکنش ناخوشایند نسبت به رنگ روشن سفید و زرد)، تکرار این کار و یادآوری(دستشویی رفتن) برای کودک با افزایش تایم دستشویی رفتن به مرور تا یادگیری حاصل شود، مرحله به مرحله یاد داده شود. استفاده از عروسک بی تربیت برای یادگیری، عکس کودک را در حالت های مختلف مهارت های خودبازی گرفتن و به محل مورد نظر چسباندن برای راحتی کودک در ابراز نیازش استفاده از مسواک برقی برای تحریک شدن و مسواک شدن لباس پوشیدن و درآوردن: پوشاندن لباسی که کودک برایش ناخوشایند است تا مجبور شود دکمه باز کند و در آوردن لباس را یاد بگیرد.
سوم	بازی	عدم ارتباط با دیگران برای بازی تشویق سایر کودکان برای تعامل با کودک و بازی با او استفاده از وسایل بازی جذاب و با کار یکنواخت(ترامپولین، تاب بازی) برای بازی کردن. علاقه به موسیقی شاد برای جذاب کردن فضای بازی یادگیری دوچرخه سواری و اسکوتر با تکرار هر روزه به مدت یک سال بازی های تمرکزی: نخ مهره کردن با میله ی سفت و محکم شروع کردن. استفاده از اسباب بازی موزیکال، بازی لمسی و استفاده از تپلت
چهارم	واکنش اطرافیان و خانواده نزدیک	همکاری بیشتر خانواده مادری کودک برای مقابله با مشکلات کودک نسبت به خانواده پدری پیشنهاد آن ها برای گذاشتن بچه به بهزیستی
پنجم	محیط بیرون از خانواده و واکنش غیر از خانواده	عدم آگاهی و شناخت کافی جامعه ، حتی قشر تحصیل کرده نسبت به این اختلال و ویژگی های این کودکان و در نهایت ایجاد مشکلات ناشی از عدم پذیرش جامعه نسبت به این کودکان و والدین آن ها. بخاطر واکنش ناخوشایند اطرافیان معمولا مادر به تنهایی وسایل و لباس کودک را تهیه می کند. در ساعات خلوت او را به پارک بردن،
ششم	تأثیر کلاس کاردرمان و گفتاردرمان	کاردرمانگر: برای تحریک حسی و یکپارچگی حسی و مشکلات حرکتی بسیار مفید بوده است. پیشنهادات کاردرمانگر برای افزایش مهارت های حرکتی(ایجاد مانع برای سینه خیز رفتن، استفاده از در قابلمه برای ایجاد تعادل)

گفتاردرمانگر: مشکلات بلع با گفتاردرمانی رفع شده است، گرفتن کلام از بچه		
معنویت و ارتباط با خدا به اعضای دیگر خانواده مسئولیت دادن در قبال کودک تا درک واقع بینانه تری داشته باشند. شرکت در جلسات متعدد مشاوره ای و روانشناسی برای کسب آگاهی بیشتر تلاش برای ایجاد مرکز شبانه روزی	غلبه بر مشکلات ناشی از نگهداری کودک	هفتم
ایجاد حساب پس انداز برای کودکان تهیه کارت بهزیستی برای کودک بیمه مادام العمر کودک تلاش برای رفع مشکلات کودک و سرمایه گذاری برای به حداقل رساندن مشکلات در آینده. ایجاد موقعیت حرفه آموزی بعد از دوران بلوغ با توجه به علاقه کودک	تدابیر والدین برای آینده ی فرزندان	هشتم

ابزار پژوهش

مقیاس شفقت خود: مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است و پاسخ ها در آن در یک دامنه ۵ درجه ای لیکرت از ۱) تقریباً هرگز تا ۵) تقریباً همیشه قرار می گیرند. این مقیاس سه مولفه دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه گیری می کند. مطالعات، روایی همگرا^۴ (نف، کیرکپاتریک و رود، ۲۰۰۷)، روایی افتراقی^۵، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده اند (نف، ۲۰۰۳ الف). در مطالعات ایرانی نیز مناسب همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است (قربانی، واتسون، ژو و نوربالا، ۲۰۱۲) و یا در پژوهش (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال (۱۹۸۹) ساخت، فرم اصلی از ۱۲۰ سوال تشکیل میشود، ولی در مطالعات بعدی فرمهای کوتاهتر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز تهیه شد. این مقیاس دارای ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود میباشد، ضمن اینکه مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می شود. این آزمون در یک پیوستار ۶ درجه ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" (یک تا شش) پاسخ داده می شود. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد.

یافته های پژوهش

در این قسمت ابتدا یافته های توصیفی و سپس تحلیل های انجام شده جهت بررسی اهداف پژوهش ارائه شده است.

مقایسه شفقت ورزی به خود گروه آزمایش و کنترل

جدول ۱ مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای شفقت ورزی به خود در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه ها	آزمایش		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
متغیرها	SD	M	SD	M
	SD	M	SD	M

^۱ convergent validity

^۲ discriminant validity

۲/۸۱	۱۵/۰۷	۴/۶	۱۴/۸	۲/۸۴	۲۰/۷۳	۳/۱۲	۱۵	مهربانی نسبت به خود
۳/۱۱	۱۲/۱۳	۲/۷۴	۱۲/۰۷	۲/۸۴	۹/۳۳	۴/۲۳	۱۲/۲	قضاوت خود
۳/۰۵	۱۴/۸	۳/۶۶	۱۵/۱۳	۲/۹۲	۱۷/۵۳	۳/۹۴	۱۴/۲۷	بهشیاری
۲/۶۴	۱۲/۶	۲/۹۶	۱۲/۹۳	۱/۸۴	۱۰/۳۳	۲/۵	۱۱/۶	همانندسازی افراطی
۳/۷۹	۱۲/۴	۲/۴۵	۱۱/۸	۲/۰۶	۱۵/۱۳	۴/۶	۱۱/۷۳	اشتراکات انسانی
۲/۶۹	۱۳/۳۳	۲/۴۴	۱۲/۶۷	۱/۳	۹/۸۷	۳/۴	۱۲/۳۳	انزوا

پس از بررسی یافته‌های توصیفی به منظور اجرای آزمون مانکووا، ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد ($p > 0.05$)، $F(21, 2883/551) = 1/08$ و $M = 13/849$ (باکس) مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار می‌باشد. به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برقرار می‌باشد ($p > 0.05$). تنها در زیرمقیاس بهشیاری این مفروضه برقرار نمی‌باشد اما با توجه به برابر بودن حجم گروه‌ها (حجم یک گروه بیش از سه برابر حجم دیگری نیست) می‌توان از نتایج این آزمون در این زیرمقیاس صرف نظر کرد ($p < 0.05$).

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس خطا

سطح معناداری	درجه آزادی منجر	درجه آزادی صورت	مقدار F	خرده مقیاس‌ها
۰/۴۵۱	۲۸	۱	۰/۵۸۴	مهربانی به خود
۰/۲۸۳	۲۸	۱	۱/۲	قضاوت خود
۰/۰۱۹	۸	۱	۶/۲۰۷	بهشیاری
۰/۷۴۹	۲۸	۱	۰/۱۰۴	همانندسازی افراطی
۰/۹۲۷	۲۸	۱	۰/۰۰۹	اشتراکات انسانی
۰/۸۶۳	۲۸	۱	۰/۰۳۱	انزوا

پس از بررسی مفروضه‌ها، به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شد. نتایج نشان داد ($P \leq 0.0005$)، $F(6, 17) = 16/029$ ؛ $F(6, 17) = 16/029$ ، $F(6, 17) = 16/029$ ، $F(6, 17) = 16/029$ (بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و ۸۵ درصد از واریانس متغیرهای وابسته (ومهربانی به خود، قضاوت خود، بهشیاری، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی و انزوا) توسط بیان تجارب والدین برای یکدیگر تبیین می‌شود. به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای شفقت‌ورزی به خود بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکووا) استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان می‌دهد که در همه‌ی متغیرها بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ و میزان قضاوت خود، همانندسازی افراطی و انزوا در گروه آزمایش کاهش و میزان مهربانی نسبت به خود، بهشیاری و اشتراکات انسانی افزایش یافته است که حاکی از اثربخشی بیان تجارب والدین کودکان اتیسم برای یکدیگر بر شفقت‌ورزی آن‌ها می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مهربانی به خود، قضاوت خود، بهشیاری، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی و انزوا

مقدار F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری	خرده مقیاس‌ها
۰/۵۸۴	۱	۲۸	۰/۴۵۱	مهربانی به خود
۱/۲	۱	۲۸	۰/۲۸۳	قضاوت خود
۶/۲۰۷	۱	۸	۰/۰۱۹	بهشیاری
۰/۱۰۴	۱	۲۸	۰/۷۴۹	همانندسازی افراطی
۰/۰۰۹	۱	۲۸	۰/۹۲۷	اشتراکات انسانی
۰/۰۳۱	۱	۲۸	۰/۸۶۳	انزوا

مقایسه‌ی بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴: مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۴: یافته‌های توصیفی متغیرهای بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه‌ها		آزمایش		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	SD	M	SD	M	SD	M
استقلال	۳/۳۷	۱۳/۸	۲/۳	۱۱/۳۳	۲/۲۹	۱۱
تسلط بر محیط	۳/۲۳	۱۱/۱۳	۱/۵	۹	۱/۹۳	۹/۱۳
رشد شخصی	۲/۷۱	۱۶/۷۳	۲/۳۱	۱۱/۱۳	۳/۵	۱۲/۰۶
ارتباط مثبت	۳/۸۴	۱۵/۰۶	۳/۳۶	۱۱/۸	۲/۶	۱۲
هدفمندی	۲/۹۲	۱۵/۵۳	۱/۶۸	۱۲/۰۶	۳/۴۱	۱۲/۰۶
پذیرش خود	۳/۵	۱۴/۸۷	۲/۹۵	۱۰/۹۳	۳/۱۷	۱۱/۱۳

پس از بررسی یافته‌های توصیفی به منظور اجرای آزمون مانکوا، ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد ($p < 0.05$)، $F(21, 2883/551) = 1/9$ ، $M = 52/168$ (باکس) مفروضه یکسانی کواریانس برقرار نمی‌باشد، لذا شاخص پیلایی مبنای گزارش قرار گرفت (پیلایی = ۰/۷۶۱) به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برقرار می‌باشد ($p > 0.05$). تنها در مورد زیرمقیاس‌های ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود این مفروضه برقرار نمی‌باشد اما با توجه به برابر بودن حجم گروه‌ها می‌توان از نتایج این آزمون در این زیرمقیاس‌ها صرف نظر کرد ($p < 0.05$).

جدول ۵: نتایج آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس خطا

مؤلفه‌ها	مقدار F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
استقلال	۱/۳۳۵	۱	۲۸	۰/۲۵۸
تسلط بر محیط	۰/۵۸۷	۱	۲۸	۰/۴۵۰
رشد شخصی	۱/۴۹۹	۱	۸	۰/۲۳۱
ارتباط مثبت	۴/۵۱۱	۱	۲۸	۰/۰۴۳
هدفمندی	۰/۱۵۱	۱	۲۸	۰/۷۰۰
پذیرش خود	۷/۶۸۲	۱	۲۸	۰/۰۱۰

پس از بررسی مفروضه ها، به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد $P \leq 0/0005$ ؛ $F(6, 17) = 9/043$ بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد و ۷۶/۱ درصد از واریانس متغیرهای وابسته (مهربانی به خود، قضاوت خود، بهشیاری، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی و انزوا) توسط بیان تجاب والدین برای یکدیگر تبیین می شود. به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای بهزیستی روانشناختی بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد (جدول ۶). نتایج نشان می دهد که در همه متغیرها بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد؛ و میزان استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود افزایش یافته است که حاکی از اثربخشی بیان تجارب والدین کودکان اتیسم برای یکدیگر بر بهزیستی روانشناختی آن ها می باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت گروهها در استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	استقلال	۴۲/۴۰۹	۱	۴۲/۴۰۹	۱۳/۰۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۷۳
	تسلط بر محیط	۱۰/۲۹۹	۱	۱۰/۲۹۹	۴/۷۱۲	۰/۰۴۱	۰/۱۷۶
	رشد شخصی	۷۸/۲۸۰	۱	۷۸/۲۸۰	۱۳/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
	ارتباط مثبت	۵۲/۹۷۷	۱	۵۲/۹۷۷	۶/۴۶۵	۰/۰۱۹	۰/۲۲۷
	هدفمندی	۶۵/۶۶۸	۱	۶۵/۶۶۸	۲۸/۷۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۶۶
	پذیرش خود	۲۶/۷۵۳	۱	۲۶/۷۵۳	۵/۵۳۵	۰/۰۲۸	۰/۲۰۱

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی به اشتراک گذاشتن تجارب بر افزایش بهزیستی روانشناختی و شفقت به خود در مادران دارای کودک با اختلال اتیسم بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد بین میانگین نمرات پس آزمون شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان اتیسم در دو گروه آزمایش و گواه بعد از به اشتراک گذاشتن گروهی تجارب، تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). اشتراک گذاری گروهی تجارب را می توان نوعی آموزش فرزندپروری گروهی دانست که این بار مادران کودکان اتیسم به یکدیگر آموزش می دهند، بر خلاف شیوه های دیگر که روانشناس یا یک متخصص، والدین را جهت مقابله با موقعیتهای خاص که کودکان اتیسم با آن درگیرند، آموزش می دهند. آموزش های گروهی چون رواندرمانی مثبت (خانجانی و رضایی، ۱۳۹۵؛ پیچ و ولاپرودریک، ۲۰۱۳، ۶۶؛ گاندر، ۶۷؛ پرویر، ۶۸؛ راج، ۶۹ و وایز، ۲۰۱۲، ۷۰) یا برنامه فرزندپروری مثبت (صابری، بهرامی پور، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳؛ هالوگ، ۷۱؛ هینریچ، ۷۲ و نائومن، ۷۳، ۲۰۱۳؛ تلگن و ساندرز، ۷۴، ۲۰۱۳) توانسته اند تنیدگی والدین را در برخورد با کودکان اتیسم کاهش دهند. گلداستاین و گلداستاین^{۷۵} (۱۹۹۸) نشان دادند آموزش والدین باعث کاهش استرس والدگری در قلمرو کودک می شود و در روابط والد-کودک اثر مثبتی دارد. تجربه های مادران دارای کودکان اتیسم می تواند فضایی همدلانه را به دیگر خانواده های اتیسمی بدهد تا با بهره گیری از این تجارب بهتر به کودکان خود خدمت رسانی کنند. به طور کلی در تبیین این موضوع می توان گفت که کسب آگاهی و اطلاع از اختلال اتیسم و نیز دستیابی به مهارت هایی برای مراقبت کودک، باعث شده است مادران ویژگی کودک خود را کمتر استرس آور بدانند یعنی ادراک مادران از کیفیت خلقی خاص که در فرزندشان وجود دارد، تغییر کرده است و این آموزش گروهی به مادران کمک می کند که دیگر احساس تنهایی نکنند و آسانتر بتوانند کودکشان را در موقعیت های خاص مدیریت کنند یا خودشان آسانتر بر ناامیدی غلبه کنند و از سویی دیگر مهارت حل مساله خود را بالا ببرند. کمک والدین کودکان اتیسم به یکدیگر

- 1- Page & Vella-Brodrick
- 2- Gander
- 3- Proyer
- 4- Ruch
- 5- Wyss
- 6- Hahlweg
- 8- Heinrichs
- 9- Naumann
- 10- Tellegen & Sanders
- 11- Goldstein & Goldstein

در درک احساسات و عملکرد خود نسبت به کودک معلول، موجب سازگاری بهتر آنها با شرایط این کودکان می‌شود (صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳). در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران پرداخته است، اکثر مادران به مشکلات دیگری مانند برجسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکلگیری اختلال، مقایسهٔ کودک مبتلا با کودک عادی و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی نیز اشاره کردند، که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و در تمامی موارد علایم افسردگی را تجربه می‌کردند. بررسی نیازهای مادران، به هنگام تشخیص اختلال، پس از تشخیص و پذیرش و سازگاری خانواده با اختلال نشان داد که آموزش و سرویس‌های حمایتی می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات آنها داشته باشد (خرم‌آبادی و پوراعتماد، ۲۰۰۷). این با یافتهٔ لین^۶، اورسموند^۷، کاستر^۸ و کان^۹ (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهزیستی مادران با نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم و انطباق خانواده‌های آنها در دو فرهنگ تایوانی و ایالات متحده دارد، و همچنین با یافته‌های دان^{۱۰}، باربین^{۱۱}، باورز^{۱۲} و تان تلف-دان^{۱۳} (۲۰۰۱) در این رابطه که حمایت اجتماعی، ارتباط بین تنش‌های روانی و استرس والدگری در این مادران را میانجیگری میکند، هماهنگ است. همچنین در پژوهشی که در هونگ‌گونگ و چین برای بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیفی اوتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان تأثیر معنادار مثبتی بر روی بهزیستی روان‌شناختی این مادران دارد (مک و کوآک^{۱۴}، ۲۰۱۰). بنابراین حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله به عنوان مرتبط‌ترین عوامل مهم در بهزیستی این مادران و انطباق خانواده‌هایشان مطرح می‌باشند. این خانواده‌ها در زمان رو به رو شدن با شرایط استرس‌زا به دنبال انواع حمایت‌ها و منابع اجتماعی جهت انطباق یافتن با این شرایط و چالش‌ها می‌باشند. پس به نظر می‌رسد که به کارگیری تکنیک‌های حمایتی در بروریزی احساسات موثر است و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان یا بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است. با توجه به اینکه یکی از اهداف تشکیل گروه، درمان حمایتی بوده است، بنابراین به نظر می‌رسد که این مادران با دریافت حمایت اجتماعی کافی و مناسب در طی درمان گروهی، توانسته‌اند به طور موفقیت‌آمیزتر و مطلوب‌تری با استرس‌ها و مشکلات خود به ویژه در ارتباط با کودکانشان کنار آمده و این منجر به بهزیستی روان‌شناختی آنان شده است (ریاحی، خواجه‌الدین، ایزدی، عشرتی و نقدی نسب، ۱۳۹۰؛ سیکلوس و کرنز^{۱۵}، ۲۰۰۷).

یکی از مؤلفه‌های که رابطه مثبتی با سلامت روان دارد، شفقت خود است. مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد مهربانی با خود، توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. شفقت به خود علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. به عنوان مثال شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی که از مؤلفه‌های زندگی معنادارند مرتبط است (نف، ۲۰۰۳؛ آ؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷) همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی خودمختاری^{۱۶}، شایستگی^{۱۷} و نیاز به برقراری ارتباط^{۱۸} که بر اساس نظریه‌ی دسی و رایان^{۱۹} (۲۰۰۰) برای بهزیستی انسان ضروری‌اند، کمک می‌کند (نف، ۲۰۰۳). رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) نشان داد که بین شفقت خود و سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد همچنین نتایج آن‌ها نشان داد که شفقت خود پیش‌بین مناسبی برای سلامت روان می‌باشد. رستمی، قزل‌سفلو، محمدلو و قربانیان (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که هر میزان فرد از سلامت روان بیشتری برخوردار باشد، به همان میزان از شفقت به خود بالاتری برخوردار است.

یافته‌های این پژوهش همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک میکند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و مگی^{۲۰}، ۲۰۱۰). بنابراین، افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن

-
- 1- Lin
 - 2- Orsmond
 - 3- Coster
 - 4- Cohn
 - 5- Dunn
 - 6- Burbine
 - 7- Bowers
 - 8- Tantleff- Dunn
 - 1-- Mak & Kwok
 - 2-Siklos & Kerns
 - 3-Autonomy
 - 4-Competency
 - 5-Relatedness
 - 6-Deci & Ryan
 - 1-Neff & McGhee

است خطا کند و همه انسان ها مرتکب اشتباه می شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می کنند (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). همچنین مولفه بهشیاری شفقت خود به فرد کمک می کند که از شکلگیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (نف، ۲۰۰۹) و از آنجا که بخش عمده‌های از هیجانهای منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می شود (بشارت، موحدی نسب و علی بخشی، ۱۳۸۹؛ نولن هوکسما^۲، ۲۰۰۰). می توان گفت مولفه بهشیاری با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانهای منفی در آنها می شود. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سخت گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می دهند، وقایع منفی زندگی را راحت تر می پذیرند و خو داریایی ها و واکنش هایشان دقیقتر و بیشتر بر پایه عملکرد واقع یشان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق آمیز میل می کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). در سال ۲۰۱۵ نیف و فاسو^۳ در تحقیقی به بررسی خودشفقت ورزی و بهزیستی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم پرداختند. این مطالعه ارتباط بین خودشفقت ورزی و بهزیستی را در ۵۱ والد کودکان دارای اتیسم با استفاده از مقیاس های خودگزارشی مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از آن بود که خودشفقت ورزی، ارتباطی مثبت با رضایت از زندگی، امید، و درگیری مجدد با هدف، و ارتباطی منفی با افسردگی و استرس والدینی داشت. در واقع خودشفقت ورزی میتواند نقشی معنادار در بهزیستی والدین کودکان دارای اتیسم ایفا کند. در نتیجه اغلب والدین از طریق گفتگو درباره مسائل مختلف، درک احساسات یکدیگر، حمایت متقابل، جستجو و طلب کمک به بزرگترین نتایج درمانی دست پیدا میکنند. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، تعداد محدود آزمودنی ها و نیز عدم پیگیری پایداری نتایج مداخله است. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی تعداد نمونه بیشتری انتخاب شود و تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تاثیرات درمانی انجام پذیرد.

^۲Nolen-Hoeksema^۳Neff & Faso

منابع و مراجع

- [1] Ali, Shahrbanoo; amin Izadi, Seyed Amir; Abd Khodayi, Mohammad Saeid; Ghenayi, Ali; Moharari, Fatemeh. (2014). Evolutionary function of families of children with autism disorder compared to families with healthy child. *Journal of Medical College of Mashhad*, 1(58), 32-41.
- [2] 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(5), 853.
- [3] Bauer, J., & Mulder, R. H. (2006). Upward feedback and its contribution to employees' feeling of self-determination. *Journal of Workplace Learning*, 18(7/8), 508-521.
- [4] Bennett-Goleman, T. (2002). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. Harmony.
- [5] Besharat, Mohammad Ali; Movahedi nasab, Ali Akbar; Alibakhshi, Zahra. (2010). the moderating effect of anger rumination on the relationship of anger dimension and suppression with health and physical sickness. *Contemporary Psychology*, 5(2), 10-14.
- [6] Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(1), 113.
- [7] Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala.
- [8] Chimeh, Narges; Pour Etemad, Hamidreza; Khoram Abadi, Razieh. (2009). Problems and needs of mothers of children with autism: a qualitative study, *Family Research*, 3(11), 797-807.
- [9] Conti, R. (2015). Compassionate parenting as a key to satisfaction, efficacy and meaning among mothers of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2008-2018.
- [10] Cruz, L. P., Camargos-Júnior, W., & Rocha, F. L. (2013). The broad autism phenotype in parents of individuals with autism: a systematic review of the literature. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 35(4), 252-263.
- [11] Dadsetan, Parirokh; Asgari, Ali; Hajizadegan, Marziye. (2009). The family of coping strategies: Confirmatory factor analysis of Iranian coping hierarchy. *Contemporary Psychology*, 4(1), 1-18.
- [12] Darvizeh, Zahra and Kuhaki, Fatemeh. (2008). Investigating the relationship between marital adjustment and psychological well-being. *Women Studies*, 6(1), 94-102.
- [13] Doron, H., & Sharabany, A. (2013). Marital patterns among parents to autistic children. *Psychology*, 4(04), 445.
- [14] Dunn, M., Burbine, T., Bowers, C., & Tantleff- Dunn S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Journal of Community Mental Health*, 37,39-51.
- [15] Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241-1259.
- [16] Ghorbani, Nima and Watson, Paul G. (1979). Investigating unhealthy narcissism in a sample of Iranian and American Students. *Contemporary Psychology*, 1, 20-28.
- [17] Goldstein, S; Goldstein, M; Jones, C.B.; Braswell, L.; Sheridan, S. (1998). *Managing ADHD in Children: A Guide for practitioners use*. New york: John wiley & sons, Inc.
- [18] Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting

- program: is it worth the effort?. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(1), 14.
- [19] Horney, K. (1991). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. WW Norton & Company.
- [20] Hosseinzadeh, Sahar; Ghorbani, Nima; Nabavi Seyed Masoud. (2011). A comparison of personality tendency to self-destruction and integrative self-knowledge in patients with multiple sclerosis and healthy individuals. *Contemporary Psychology*, 6(2), 35-44.
- [21] Ingersoll, B., Hambrick, D. K. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (1), 337-344.
- [22] Kaveh, Manijeh; Alizadeh, Hamid; Yousefi, majid; Rouhi, Alireza. (2012). Designing a program for training tolerance and investigating its effect on psychological well-being of teenagers with external and internal behavioral disorders. *Iranian Journal of Exceptional Children*, 3(12), 44-60.
- [23] Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- [24] Khanjani, Mahdi and Rezai, Saeid. (2016). Effectiveness of optimistic psychotherapy program on improvement of psychological well-being, positive emotions, and reduction of negative feelings in mothers of children with autism. *Children Rehabilitation*, 1(7), 37-52.
- [25] Komeijani, mehrnaz (2012). Exceptional children and mothers' challenges. *Journal of Special Training and Education*, 10, 38-44.
- [26] Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887-904.
- [27] Lin, L., Orsmond, GI., Coster, WJ., & Cohn, ES. (2010). Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorder*. in press.
- [28] Mahdavi, Razieh. (2013). Investigating the efficiency of instructing stress management with a behavioral-cognitive approach on family performance, psychological well-being and distinctiveness of mothers with disable children. M.Sc thesis in clinical psychology, Science and Culture University of Tehran, Faculty of Humanities.
- [29] Mak, W. W., & Kwok, Y. T. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2045-2051.
- [30] Mosewich, A. D., Kowalski, K. C., Sabiston, C. M., Sedgwick, W. A., & Tracy, J. L. (2011). Self-compassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of sport and exercise psychology*, 33(1), 103-123.
- [31] Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.
- [32] Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- [33] Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- [34] Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52(4), 211-214.

- [35] Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- [36] Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.
- [37] Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- [38] Nel, L. (2011). The psychofortological experiences of master's degree students in professional psychology programmes: an interpretative phenomenological analysis (Doctoral dissertation, University of the Free State) 48-84.
- [39] Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-589.
- [40] Page, K. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2013). The working for wellness program: RCT of an employee well-being intervention. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 1007-1031.
- [41] Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.
- [42] Rayan, A., & Ahmad, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 55, 185-196.
- [43] Riyahi, Forough; Khajeh Din, Niloufar; Izadi Mazidi, Sakinah; Eshrati, Tayebeh; Naghdinasab, Leila. (2011). The effect of supporting and cognitive-behavioral treatment on mental health and illogical beliefs of mothers of children with autism. *Medical Science*, 6(10), 638-645.
- [44] Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- [45] Rostami, Mahdi; Ghezelsoflu, Mahdi; Mohammadlu, Hadi and Ghorbanian, Elham. (2015). Predicting mental health based on self-compassion, identity and self-scrutiny. *Consultant and Psychotherapy*, 15(4), 30-44.
- [46] Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- [47] Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- [48] Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- [49] Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2013). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. In *The exploration of happiness* (pp. 97-116). Springer Netherlands.
- [50] Saberi, Javad; Bahramipour, mnasoureh; Ghamarani, Amir; Yarmohammadian, Ahmad. (2014). Effectiveness of group positive parenting programs on reduction of parenting stress in mothers of children with autism. *Science and Research in Applied Psychology*, 2(15), 69-77.
- [51] Saedi, Zoha; Ghorbani, Nima; Sarafraz, Mahdi; Sharifian, Mohammad Hossein. (2013). the effect of self-compassion and self-esteem indulgence on the amount of experiencing shame and sin. *Contemporary Psychology*, 8(1), 91-102.
- [52] Shokri, Omid; Kadivar, parvin; Farzad, Valiullah; Daneshpour, Zohreh; Dstjerdi, Reza; and Paeizi, Maryam. (2008). Investigating the factor structure of 3, 9, 14-question versions of

- Reef's psychological well-being scale in Students. *Psychotherapy and Clinical Psychology*, 14(2), 152-161.
- [53] Siklos, S., & Kerns, K. A. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 921-933.
- [54] Steger, M. F., & Dik, B. J. (2010). Work as meaning. In Linley, P. A., Harrington, S., & Page, N. (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology and work*. Oxford, UK: Oxford University Press. 131-142.
- [55] Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(5), 1556-1571.
- [56] Williams, M. E., Hastings, R., Charles, J. M., Evans, S., & Hutchings, J. (2017). Parenting for Autism, Language, And Communication Evaluation Study (PALACES): protocol for a pilot randomised controlled trial. *BMJ open*, 7(2), e014524.
- [57] Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale, J. M., & Stone, A. (1990). Self-focused attention, coping responses, and distressed mood in everyday life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 1027-1036.
- [58] Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.
- [59] Zare Bavani, Razieh. (2013). Effectiveness of training patience on hope and psychological well-being in mothers of mentally retarded children. M.Sc thesis in general psychology, Allameh Tabatabayi University, Faculty of psychology and educational sciences.