

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) in Improving Quality of Life and Parental Self-Efficacy in Mothers of Autistic Children

Raheleh Zamani Mazdeh¹, Amir Grafar², Reza Davarniya*³, Mohsen Babaei Gharmkhani⁴

Article Info:

Article History:

Received: 09/30/2018

Accepted: 01/03/2019

Published: 03/16/2019

Keywords:

Self-Efficacy
Quality of Life
Autism Spectrum
Disorder

Abstract

Background and Objectives: The present study was aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving parental quality of life and self-efficacy in mothers of autistic children.

Material and Methods: The present research was conducted by semi-experimental method which used a pretest-posttest with control group design. The population of the current research included mothers of autistic children in 2018 whose children had a case file in the Nedaye Asr rehabilitation center of Tehran. A total number of 40 mothers were selected by purposive sampling method and were assigned into experiment and control groups via random assignment method (20 subjects per group). The levels of parental self-efficacy and quality of life were assessed by Dumka and colleagues' Parental Self Agency Measure (PSAM; 1996) and the World Health Organization Quality of Life questionnaire (1998) in pretest and posttest stages. The experiment group received the CFT intervention in eight 2-hour sessions. The data were analyzed through univariate analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS v20.

Results: The results showed a significant difference in the level of parental quality of life and self-efficacy between the subjects of the experiment and control groups in the posttest stage. The results confirmed the effectiveness of CFT in improving parental quality of life and self-efficacy of mothers in the experiment group ($P < 0.01$).

Conclusion: As a new therapeutic approach, CFT is probably an appropriate interventional option for decreasing psychological problems and increasing mental health among mothers of autistic children.

Citation: Zamani-Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Babaei-Gharmkhani M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) in Improving Quality of Life and Parental Self-Efficacy in Mothers of Autistic Children. *Depiction of Health* 2019; 9(4): 233-243.

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
(Email: rezadavarniya@yahoo.com)
4. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran



© 2019 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک

راحله زمانی‌مزد^۱، امیر گرافر^۲، رضا داورنیا^{۳*}، محسن بابایی‌گرمخانی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی بود و در انجام آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، استفاده شد. جامعه این پژوهش را مادران کودکان اوتیستیک در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند، که فرزندان آنها در مرکز توان‌بخشی ندای عصر شهر تهران دارای پرونده بودند. ۴۰ نفر از مادران، به‌شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره، آزمایش و مورد کنترل قرار گرفتند. ارزیابی میزان خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی، از طریق پرسش‌نامه خودکارآمدی والدینی دومکا و همکاران و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام شد. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه دو ساعته، در معرض درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS 20، تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تفاوت معناداری را در میزان کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پس‌آزمون نشان داد. نتایج، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران در گروه آزمایش را، موردتایید قرار داد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان شیوه درمانی جدید، احتمالاً گزینه مداخله‌ای مناسبی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان مادران کودکان اوتیستیک، محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، اختلال طیف اوتیسم

نحوه استناد به این مقاله: زمانی‌مزد، ر، گرافر، ا، داورنیا، ر، بابایی‌گرمخانی، م. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۹(۴): ۲۳۳-۲۴۳.

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (Email: rezadavarniya@yahoo.com)

۴. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

عنوان یک والد به‌گونه‌ای شایسته و مؤثر عمل کنند و همچنین تا چه اندازه قادرند تأثیر مثبت بر رفتار و رشد و سازگاری فرزندشان بگذارند، احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (۱۲). خودکارآمدی، یکی از سازه‌های مهم در نظریه شناختی-اجتماعی بندورا (Cognitive-Social Theory of Bandura) است و به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد (۱۳). خودکارآمدی والدینی، به ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدینی گفته می‌شود (۱۴). خودکارآمدی والدینی علاوه بر تأثیری که بر نحوه تعامل مادر و کودک دارد، شیوه انضباطی مادر، باور مادر در مورد روش‌های والدگری و حتی حساسیت و پاسخ‌گویی او را نیز، پیش‌بینی می‌کند. بنابراین مادرانی که در نقش والدگری خود احساس خودکارآمدی می‌کنند، روابط گرم و منظم با کودکان خود دارند و برعکس، مادرانی که احساس خودکارآمدی ندارند، در رابطه خود با کودکان‌شان، دچار مشکل هستند (۱۵).

در پژوهش موگنو (Mugno) و همکاران نشان داده شد، که والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشد، مانند اوتیسم، احتمالاً به دلیل ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی، نه تنها زجر زیادی را تحمل می‌کنند، بلکه سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نیز دارند (۱۶). مفهوم کلی و عمومی کیفیت زندگی (Quality of Life) به معنی "میزان برتری و امتیاز در زندگی در ارتباط با برخی معیارهای مقایسه‌ای که اکثر مردم در یک جامعه خاص آن را مطرح می‌کنند"، است (۱۷). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (Organization World Health)، عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مرتبط است (۱۸). کیفیت زندگی به‌طور مشخص یا ضمنی، با کمیت زندگی (سال‌های عمر) در تضاد است و ممکن است که رضایت‌بخش، خوشایند و بدون مزیت باشد (۱۹). عوامل متعددی مانند سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی و به‌طور کلی عوامل رفتاری، شغلی و منابع سازگاری بر کیفیت زندگی فرد، تأثیر می‌گذارد (۲۰).

یکی از مدل‌های درمانی که به‌نظر می‌رسد در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک، مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused Therapy: CFT) است. این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی و بودایی و همچنین بسیاری از

اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder)، نوعی اختلال عصبی تحولی است، که براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders) با معیار کلی نقص در ارتباطات، اختلال‌های روانی اجتماعی، تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علائق یا فعالیت‌های محدود شده و تکراری معرفی شده است (۱). به‌طور کلی، سه ویژگی بنیادی اجتناب اجتماعی، بی‌تفاوتی اجتماعی و انفعال اجتماعی در رفتار و تعامل مبتلایان به اوتیسم، مبنایی برای بروز نارسایی‌ها در رفتار اجتماعی آنها است (۲). ویژگی اصلی اختلال طیف اوتیسم، نارسایی در تعاملات اجتماعی دوجانبه است که این ضعف به‌شکل دقیقی در تعامل با همسالان بروز می‌کند (۳). در یک مطالعه زمینه‌یابی، که به‌تازگی در ایالات متحده آمریکا بر روی ۴۳ هزار کودک ۳ تا ۱۷ ساله انجام شد، شیوع اختلال طیف اوتیسم ۲/۴ درصد گزارش شد (۴). در ایران نیز، صمدی و مک کانکی (McConkey) طی پژوهشی، میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم را در کودکان ایرانی ۹۲/۲ در ۱۰ هزار نفر، گزارش کردند (۵).

مطالعات پژوهشی نشان داد، که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۶-۸). مهم‌ترین عامل استرس‌زایی که والدین کودکان اوتیستیک تجربه می‌کنند، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک اوتیستیک و نیز شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی است (۹). براساس پژوهش گایو (Gau) و همکاران، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بدون اوتیسم، مادران کودکان فلج مغزی و مادران کودکان عادی، سطوح بالاتری از اضطراب کلی را تجربه می‌کردند و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (۱۰). وجود کودکان مبتلا به اوتیسم، باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین‌فردی آنها تأثیر می‌گذارد. به‌طور مثال 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 مسئولیت‌های زیاد در خانه - که به‌خاطر مراقبت از فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد - می‌شود (۱۱).

وجود مشکلات رفتاری در کودکان، پیش‌بینی‌کننده مهمی در خودکارآمدی والدینی (Parental Self-Efficacy) به‌شمار رفته و باعث می‌شود تا والدین به‌ویژه مادران، در انتظارات و ادراک خود از اینکه تا چه حد می‌توانند به-

احساس می‌شود. با توجه به این موارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، به شیوه نیمه تجربی بود و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه این پژوهش، متشکل از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی ندای عصر شهر تهران (ویژه کودکان اوتیسم) در سال ۱۳۹۷ بودند، که کودکان آنها تشخیص اختلال اوتیسم را توسط یک روانپزشک متخصص اطفال و یک روان‌شناس بالینی دریافت کرده بودند. پس از انجام هماهنگی با مدیریت مرکز توان‌بخشی ندای عصر و اعلام فراخوان برگزاری جلسات درمانی برای مادران، در مرحله غربالگری، از بین مادران متقاضی شرکت در جلسات که ۶۳ نفر بودند، ۴۰ نفر از مادرانی که کم‌ترین نمرات را در پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی کسب کرده بودند و دارای پایین‌ترین میزان کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی نسبت به سایرین بودند، به شیوه هدفمند انتخاب و با جایگزینی تصادفی، در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. لازم به ذکر است، برای طرح‌های تجربی حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۳۲). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به مطالعه، شامل سطح تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن اختلال روانپزشکی شدید و سایکوز (Psychosis)، براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تکمیل فرم رضایت-آگاهانه و عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی در حین شرکت در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز، سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر و غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی در نظر گرفته شد.

در این مطالعه، مفاد مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی (Helsinki) رعایت شد، که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌آگاهانه از واحدهای مورد-مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (۳۳). پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، جلسات درمان متمرکز بر شفقت در هشت جلسه دو ساعته، به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد،

سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است (۲۱). اصول پایه در CFT به این موضوع اشاره می‌کند، که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۲۲). افزون بر آن، در CFT افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۳). CFT افراد را تشویق می‌کند که انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند، تا بتوانند به سیستم‌های التیام‌بخشی دسترسی پیدا کنند (۲۴). محور اصلی CFT، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (۲۵).

در پژوهش‌های گوناگون، اثربخشی CFT در ارتقاء سلامت روان (۲۶)، بهبود اختلالات خوردن (۲۷)، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (۲۸) و کاهش شرم، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی (۲۹)، بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. کولینس (Collins) و همکاران، در مطالعه‌ای به ارزیابی گروه درمانی متمرکز بر شفقت برای زوج‌های مبتلا به زوال عقل پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد، که گروه درمانی متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به زوال عقل و همسران آنها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل، مؤثر بود (۳۰). لوکره (Lucre) و کورتن (Corten) در پژوهش خود با عنوان "بررسی تأثیر درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت"، اثربخشی این درمان را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری تایید کردند (۳۱).

با توجه به اینکه مراقبت از کودکان مبتلا به اوتیسم، مشکلات روان‌شناختی بسیاری را برای والدین آنها و به-خصوص مادران این فرزندان ایجاد می‌کند، لذا طراحی و اجرای مداخلاتی که بتواند با بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی در این مادران در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی آنان مؤثر واقع شود، امری ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی، با عنایت به اینکه بسیاری از مداخلات روان‌شناختی انجام‌شده، صرفاً بر روی کودکان اوتیسم صورت گرفته و مطالعات کنترل‌شده و بالینی محدودی با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی والدین این کودکان طراحی و انجام شده است، لذا توجه جدی به ارائه بسته-های مداخله‌ای مؤثر جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان مادران این کودکان، بیش‌ازپیش

پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسات درمانی را برای آنها نیز اجرا کرد. شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول ۱، ارائه شده است.

درحالی‌که گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. پکیج جلسات درمانی در این مطالعه، براساس طرح درمانی گیلبرت (Gilbert)، تدوین شد (۲۱). پس از اتمام جلسات درمانی، مجدداً دو گروه به‌وسیله پرسش‌نامه‌های پژوهش مورد‌ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پس‌آزمون،

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار موردانتظار
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضای و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت و خودانتقادی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
جلسه سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	پرورش خودشفقتی
جلسه چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیرشفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز باتوجه‌به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به-کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.	به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	احساس ارزشمندی و خودشفقتی
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی

ادامه جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار موردانتظار
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی

در این پژوهش از دو ابزار جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد: پرسش‌نامه خوداثرمندی (خودکارآمدی) والدینی (Parental Self Agency Measure-PSAM): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط دومکا (Dumka) و همکاران برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی والدینی، توسعه داده شده است. این آزمون، کارایی و ناامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت‌های کودک، توانایی حل تعارضات والد-کودک و تلاش و مقاومت آنها در والدگری را، ارزیابی می‌کند. آزمون دارای ۱۰ گویه و در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است، که پنج گویه یعنی گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸، به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره داده می‌شوند. نمره بالا در این آزمون، خودکارآمدی بالا و نمره پایین خوداثرمندی پایین را نشان می‌دهد. این محققان هم‌خوانی درونی این مقیاس را در مادران انگلیسی زبان که سطح اقتصادی متوسطی داشتند، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کردند (۳۴). در پژوهش عاشوری و همکاران، روایی این مقیاس ۰/۷۹ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳، به دست آمد (۳۵). در پژوهش حاضر نیز، میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (The World Health Organization Quality of Life)

Questionnaire (WHOQOL-BREF): پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ گویه است. دو گویه این مقیاس، برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است، که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. به‌طورکلی این پرسش‌نامه چهار مقیاس دارد، که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند و عبارتند از: سنجش سلامت جسمانی با هفت گویه، سلامت روانی با شش گویه، روابط اجتماعی با سه گویه و محیط زندگی با هشت گویه. نمره هر گویه در دامنه ۱ (خیلی کم، هرگز و خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه و خیلی راضی‌ام)، قرار دارد. در این پرسش‌نامه، سؤالات ۳، ۴ و ۲۵ به صورت

معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۰). همچنین در این پرسش‌نامه، هر فرد در هر حیطه نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند و در نهایت نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه‌های جسمانی و محیط زندگی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روانی و ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. حیطه جسمانی کیفیت زندگی، دربرگیرنده توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، اعتیاد به داروها، خستگی، تحریک‌پذیری، درد، خواب و استراحت و قدرت انجام کارها می‌باشد. حیطه روانی کیفیت زندگی، شامل مواردی مانند احساسات منفی و مثبت، اعتمادبه‌نفس، تفکر، یادگیری، حافظه و توجه می‌باشد. حیطه محیطی نیز، شامل امنیت جسمی و سلامتی، خدمات پزشکی، سود اجتماعی، توانایی انجام کارها و توانایی تطبیق با محیط می‌باشد و حیطه اجتماعی کیفیت زندگی، ارتباط با دیگر انسان‌ها، حمایت اجتماعی و موفقیت در زندگی زناشویی و آنالیز آنها را شامل می‌شود (۳۶). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس، گزارش شده است (۲۰). در ایران نیز، نصیری برای پایایی مقیاس، از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد، که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود (۱۸). در پژوهش حاضر نیز، میزان آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه، ۰/۷۷ محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (Analyze of Covariance: ANCOVA) و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multivariable Analyze of Covariance: MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS 20 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌استاندارد سنی گروه آزمایش $30/45 \pm 3/20$ سال و برای گروه کنترل $29/55 \pm 2/91$ سال بود. مدت تأهل

کارشناسی ارشد داشتند، این مقدار برای گروه کنترل به این - صورت بود که ۲ نفر تحصیلات دیپلم، ۷ نفر کاردانی، ۸ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد داشتند.

گروه آزمایش $1/65 \pm 8/30$ سال و مدت تأهل گروه کنترل $1/46 \pm 8/55$ سال بود. همچنین در گروه آزمایش، ۳ نفر از افراد تحصیلات دیپلم داشتند، ۸ نفر مدرک تحصیلی کاردانی داشتند، ۷ نفر مدرک کارشناسی داشتند و ۲ نفر نیز مدرک تحصیلی

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۴۹/۴۰	۴/۹۱	۴۷/۰۷	۳/۵۷
	پس آزمون	۶۳/۶۰	۵/۶۱	۴۷/۶۷	۴/۲۷
خودکارآمدی والدینی	پیش آزمون	۳۱/۴۰	۶/۴۰	۳۰/۰۷	۵/۷۳
	پس آزمون	۵۳/۸۷	۱۳/۳۵	۲۹	۷/۵۸

کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جداول ۳ و ۴ آمده است.

باتوجه به اطلاعات جدول ۳، مقادیر آزمون‌های اثر پیلائی (Pillais Trace) لامبدا و ویکلز (Wilks Lambda)، اثر هتلینگ (Hotelling's Trace) و بزرگترین ریشه روی (Roy's Largest Root)، معنادار بود ($P < 0/01$). معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد، که حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی، بین میانگین‌های نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. بررسی دقیق این تفاوت‌ها، در جدول ۴ ارائه شده است. همچنین طبق یافته‌های جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی، نشان می‌دهد ($F = 80/31$ و $P < 0/01$). باتوجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون، مشاهده می‌شود که اجرای رویکرد درمانی باعث افزایش میانگین نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در پس آزمون شده است. در مورد متغیر خودکارآمدی والدینی نیز، مشاهده می‌شود که نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل، نشان می‌دهد ($F = 40/34$ و $P < 0/01$). باتوجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون، مشاهده می‌شود که اجرای رویکرد درمانی باعث افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی والدینی آزمودنی‌ها در پس آزمون شده است. باتوجه به نتایج، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک، مورد تأیید قرار گرفت.

اطلاعات جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. باتوجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است. در حالی که این مقادیر در گروه کنترل، در فاصله بین پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نداشتند.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، پیش فرض - های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. اولین پیش شرط، مربوط به برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است، که با آزمون باکس (Box's Test)، $4/85$ به دست آمد و به دلیل عدم معناداری این پیش فرض برقرار بود. همچنین برای سنجش برقراری پیش فرض‌های دیگر، از جمله همگنی شیب خط رگرسیون، تعامل پیش آزمون با متغیر مستقل با آزمون F ، $1/21$ به دست آمد، که معنادار نبود و در نتیجه پیش آزمون، تعاملی با اثر متغیر مستقل نداشت. همچنین برابری واریانس خطای دو گروه با آزمون لوین (Levene's Test)، به ترتیب برای کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی $2/27$ و $0/45$ به دست آمد، که معنادار نبود ($P > 0/05$) و در نهایت مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات به وسیله مقادیر آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test)، به ترتیب در گروه آزمایش $0/60$ و $0/65$ و در گروه کنترل $0/84$ و $0/93$ به دست آمد، که معنادار نبود ($P > 0/05$). لذا، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات افراد در گروه‌ها نرمال، و دارای واریانس خطای برابر بود. باتوجه به برقراری مفروضه‌ها، نتایج آزمون تحلیل

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا
اثر پیلایی	۰/۸۵۳**	۴۴/۶۴	۳	۲۳
لامبدای ویکلز	۰/۱۴۷**	۴۴/۶۴	۳	۲۳
اثر هتلینگ	۵/۸۲**	۴۴/۶۴	۳	۲۳
بزرگترین ریشه روی	۵/۸۲**	۴۴/۶۴	۳	۲۳

**p<۰/۰۱ * p<۰/۰۵

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تأثیر متغیر مستقل بر روی نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۱۴۲۵/۱۲	۱	۱۴۲۵/۱۲	۸۰/۳۱**	۰/۷۶
خودکارآمدی والدینی	۳۶۴۲/۵۶	۱	۳۶۴۲/۵۶	۴۰/۳۴**	۰/۶۱

**p<۰/۰۱ * p<۰/۰۵

بحث

نتایج پژوهش بیانگر آن بود، که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از نظر میزان خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی، تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر درمان متمرکز بر شفقت، خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون را، به‌طور معناداری افزایش داده بود. پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این پژوهش باشد، مشاهده نگردید؛ اما نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های برخی مطالعات پیشین که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را تایید کرده بودند، همسو می‌باشد. آندرسون (Andersen) و روسماسن (Rusmassen) در پژوهش خود، گروه درمانی متمرکز بر شفقت را، برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت‌نفس پایین اجرا کردند. طبق نتایج به‌دست‌آمده، درمان متمرکز بر شفقت کاهش معناداری در علائم افسردگی، اضطراب و خودانتقادی و افزایش معناداری در عزت‌نفس، نشان داد (۳۷). نتایج پژوهش بیومونت (Beaumont) و همکاران با عنوان "آیا آموزش درمان متمرکز بر شفقت برای مریبان و مجریان مراقبت‌های بهداشتی، خودشفقت‌ورزی را افزایش و خودانتقادی و خودآزاری را کاهش می‌دهد؟"، نشان داد که به‌طور کلی افزایش معناداری در خودشفقت-ورزی و همچنین کاهش معناداری در قضاوت خودانتقادانه، پس از تمرینات درمان متمرکز بر شفقت به‌دست آمد (۳۸). Boersma و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر شرم، خودانتقادی، و انزوا در افراد مبتلا اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج مطالعه آنها بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش شرم، خودانتقادی و انزوا در بیماران بود (۲۹). براهler (Braehler) و همکاران در پژوهش خود با عنوان "فرایند تغییر در درمان متمرکز بر شفقت در بیماران روانی" به این نتیجه رسیدند، که این

درمان در بهبود هیجانی بیماران روانی مؤثر است (۳۹). همچنین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، با نتایج مطالعات سامرز اسپیکرمان (Somers-Spijkerman) و همکاران (۲۶)، گیل (Gale) و همکاران (۲۷)، کلی (Kelly) و همکاران (۴۰) و جاج (Judge) و همکاران (۴۱)، هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم، می‌توان گفت پژوهشگران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند، که تقویت شفقت به خود به افراد در مواجهه با تمایلات خودانتقادی، تعاملات بین‌فردی و مهربانی با خود، بهزیستی روان‌شناختی و غیره، کمک می‌کند. افرادی که در خودقضاوتی نمره بالایی دارند، در وقایع استرس‌زای زندگی و تجربیات ناموفق زندگی، بیشتر خود را محکوم کرده و خودانتقادی و خودارزیابی منفی از خود دارند (۴۲). اشخاصی که نسبت به خود شفقت‌ورز هستند، به اندازه کسانی که شفقت به خود ندارند، از معیارهای سطح بالا استفاده می‌کنند، اما وقتی نمی‌توانند در حد این استانداردها ظاهر شوند، به خودشان سخت نمی‌گیرند. شفقت به خود، سبب می‌شود که این افراد بیش از کسانی که پیوسته از خود انتقاد می‌کنند، به رشد و بالندگی بها دهند (۴۳).

سازه شفقت به خود، از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد؛ چراکه به آگاهی هوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها نیازمند است؛ در واقع افراد در این مدل، ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (۴۴). شواهد بیانگر آن است که شفقت به خود،

شیوه نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از ابزارهای خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک را، موردتایید قرار داد. از دستاوردهای این پژوهش، می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد؛ در سطح نظری، نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. باتوجه به سودمندی درمان متمرکز شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، این مداخله برای پدران این کودکان نیز ارائه شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، مطالعه پیگیری با فواصل زمانی منظم نیز در طرح پژوهش گنجانده شود، تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، از ابزارهای دیگری جهت سنجش کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک استفاده شود و در مواردی از مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات در کنار پرسش‌نامه استفاده شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران در مراکز توان‌بخشی کودکان اوتیسم از مؤلفه‌های درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان والدین کودکان اوتیستیک، بهره‌مند شوند.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان کلیه کدهای اخلاقی مربوط به تحقیقات بر روی نمونه‌های انسانی را رعایت کرده و تمامی آزمودنی‌ها با رضایت-آگاهانه وارد فرایند پژوهش شدند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع در بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهش، از مدیریت محترم مرکز توان‌بخشی ندای عصر و تمامی مادران عزیز که صمیمانه محققین را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارد. این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

موجب افزایش سلامت روان افراد از طریق بهبود در تنظیم هیجانات سازگار در زمان‌های استرس و اضطراب می‌شود. پژوهشگران معتقدند که شفقت به خود، الگوهای تنظیم هیجان منفی را از طریق افزایش آگاهی بدون قضاوت هیجانات خود و جهت دادن به این هیجان‌ها، برای واکنش به حوادث استرس‌زا بهبود می‌بخشد (۴۵). افراد دارای شفقت به خود، به احتمال بیشتری به حوادث استرس‌زا به‌عنوان طیف گسترده‌ای از تجربیات انسانی می‌نگرند (۴۶).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، که در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت‌گونه‌ای به خود داشته باشند، که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی یک حالت متعادل است، که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هست، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به‌صورت ممانعت از آوردن این افکار به‌هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی، به‌جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت، بر آرمیدگی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۴۷). نف (Neff) و مک‌گیهی (McGehee)، معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرئت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را، موردسؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل‌دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را، بازطراحی کند (۴۷) که تمامی این موارد، منجر به بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک می‌شود.

هر پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است؛ از آنجایی که این پژوهش بر روی مادران کودکان اوتیستیک یکی از مراکز توان‌بخشی کودکان اوتیسم شهر تهران انجام شد، در تعمیم نتایج آن به دیگر مراکز و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به نمونه‌ها، امکان اجرای مرحله پیگیری در این پژوهش وجود نداشت. این پژوهش فقط بر روی مادران کودکان اوتیستیک انجام شد و اجرای مطالعه بر روی هر دو والد، میسر نبود.

References

- Posar A, Resca F, Visconti P. Autism according to diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: The need for further improvements. *J Pediatr Neurosci.* 2015;10(2):146-48. doi:10.4103/1817-1745.159195
- Salimi A, Abbasi A, Zahrakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghane Danesh.* 2017;22 (3):350-63. (Persian)
- Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. *Natl Health Stat Report.* 2015;13(87):1-20.
- Locke J, Williams J, Shih W, Kasari C. Characteristics of socially successful elementary school-aged children with autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(1):94-102. doi:10.1111/jcpp.12636
- Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(9):2908-16 doi:10.1007/s10803-015-2454-1
- Osborne LA, Reed P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Res Autism Spectr Disord.* 2010;4(3):405-14. doi:10.1016/j.rasd.2009.10.011
- Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism.* 2009;13(4):375-87. doi:10.1177/1362361309105658
- Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2010;54(3):266-80. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x
- Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spectr Disord.* 2010;4(2):229-41. doi:10.1016/j.rasd.2009.09.009
- Gau SS-F, Chou M-C, Chiang H-L, Lee J-C, Wong C-C, Chou W-J, et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Res Autism Spectr Disord.* 2012;6(1):263-70. doi:10.1016/j.rasd.2011.05.007
- Hobart HM. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.* 2008;33(1-2):37-47. doi:10.2511/rpsd.33.1-2.37
- Weaver CM, Shaw DS, Dishion TJ, Melvin N. Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. *Infant Behav Dev.* 2008; 31(4): 594-605. doi:10.1016/j.infbeh.2008.07.006
- Caprara GV, Pastorelli C, Regalia C, Scabini E, Bandura A. Impact of adolescents' filial self-efficacy on quality of family functioning and satisfaction. *J Res Adolesc.* 2005;15(1):71-97. doi:10.1111/j.1532-7795.2005.00087.x
- Sarabi Jamab M, Hassan Abadi H, Mashhadi A, Asgharinekah M. The effectiveness of parent training on self-efficacy of mothers of children with autism. *J Fundam Ment Health.* 2011;13(49):84-93. (Persian)
- Montigny FD, Lacharite C. Perceived parental efficacy: Concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005;49(4):387-96. doi:10.1111/j.1365 2648.2004.03302.x
- Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and quality of life outcomes. 2007;5:22. doi:10.1186/1477-7525-5-22
- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12.
- Sanai B, Davarniya R, Bakhtiari Said B, Shakarami M. The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing couple burnout and improvement of the quality of life of married women. *Armaghane Danesh.* 2015;20(5):416-32. (Persian)
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH.* 2006;4(4):1-12. (Persian)
- Baratian A, Kazemi A, Davarniya R, Haghani Zemeidani M. The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on the quality of life of mothers with a child cancer. *Armaghane Danesh.* 2017; 22 (5):637-50. (Persian)
- Gilbert P. *The compassionate mind: A new approach to life's challenges.* London: Constable-Robinson; 2009. pp:141-3.
- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(1):6-41. doi:10.1111/bjc.12043.
- Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist.* 2017;3(1):47-54.
- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med.* 2015;45(5):927-45. doi:10.1017/S0033291714002141
- Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci.* 2018;24(2):125-31. (Persian)

26. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(2):101-15. doi:10.1037/ccp0000268
27. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2014;21(1):1-12. doi:10.1002/cpp.1806
28. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. Acompassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol*. 2011;53(1):78-94. doi:10.1111/bjc.12040
29. Boersma, K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *J Contemp Psychother*. 2015;45(2):89-98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
30. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The Evaluation of a Compassion-Focused Therapy Group for Couples Experiencing a Dementia Diagnosis. *Clin Gerontol*. 2018;41(5):474-486. doi: 10.1080/07317115.2017.1397830
31. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*. 2013;86(4):387-400. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x
32. Cozby PC. *Methods in behavioral sciences*. Farahani HA, Arizi HR, translator. 1st ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing; 2008;77-8. (Persian)
33. World Medical A. World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/jama.2013.281053
34. Rezaei F, Ghazanfari F, Rezaeean M. The effectiveness of positive parenting program (Triple-P) in parental stress and self efficacy of mothers and behavioral problems of students with educable mental retardation. *J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci*. 2017;5(1):7-16. (Persian)
35. Ashouri M, Afrooz GA, Arjmandnia AA, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program(Triple-p) on parental self-efficacy and mother-child interaction in children intellectual disability. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2015;23(5):489-500. (Persian)
36. Shahkarami M, Zahrakar K, MoradiZadeh S, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of group-based cognitive-behavioral stress management in improving life quality in wives of addicts undergoing treatment with methadone. *JHC*. 2015;1(2):12-21. (Persian)
37. Andersen B, Rusmassen PH. Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *J Compassionate Health Care*. 2017;4(14):185-96. doi:10.1186/s40639-017-0043-1
38. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *J Contin Educ Health Prof*. 2016;36(1):4-10. doi: 10.1097/CEH.0000000000000023
39. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199-214. doi: 10.1111/bjc.12009
40. Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24(2):475-87. doi:10.1002/cpp.2018
41. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *Int J Cogn Ther*. 2012;5(4):420-29. doi:10.1521/ijct.2012.5.4.420
42. Neff, KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*. 2007;41(4):908-16. doi.org/10.1016/j.jrjp.2006.08.002
43. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011;5(1):1-12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
44. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking. In Gilbert P (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London, England: Routledge; 2005. pp: 263-325.
45. Neff KD, Hsieh Y, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity*. 2005;4(3):263-287. doi:10.1080/13576500444000317
46. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. *Self Identity*. 2012;11(4):428-53. doi:10.1080/15298868.2011.595082
47. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity*. 2010;9(3):225-40. doi:10.1080/15298860902979307