اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم

▫ **شیرین مجاور**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **علی‌اکبر ارجمندنیا***، استاد گروه روان‌شناسی و آموزش‌کودکان‌استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **فاطمه نصرتی**، دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **عاطفه محمدی فیض‌آبادی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **زینب‌السادات شمع‌ریزی**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید مطهری، یزد، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ ● تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۴۳ - ۶۰

چکیده

زمینه و هدف: چالش‌هایی ناشی از مراقبت، نگهداری و حمایت‌های مداوم از کودک با اختلال طیف اُتیسم بر روابط اجتماعی مادران این کودکان تأثیر می‌گذارد و به‌دلیل رفتار نامناسب فرزندشان و درک نادرست این کودکان توسط جامعه دچار احساس حقارت و ناتوانی، خودسرزنش‌گری و مقاومت در برابر تجربیات منفی می‌شوند. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه بود. جامعهٔ آماری مطالعه حاضر، شامل مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم بود که در کلینیک روان‌شناسی شهر یزد حضور داشتند. سی نفر از افراد واجد شرایط به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را به‌صورت گروهی دریافت کردند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش، شامل مقیاس احساس تنهایی راسل و پیلوا و کورتونا (۱۹۹۳)، شرم درونی‌شده کوک (۱۹۹۳)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی گریگو و همکاران (۲۰۰۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره با نرم‌افزارspss۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در بهبود احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن از قبیل عزت‌نفس و کم‌رویی، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی مؤثر است ($p< ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، می‌توان گفت، خودشفقتی ذهن‌آگاهانه روش کارآمدی در بهبود احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم است. بنابراین، این روش را می‌توان به‌عنوان یکی از درمان‌های مفید و کاربردی برای این مادران درنظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، احساس تنهایی، اختلال طیف اُتیسم، خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، شرم درونی‌شده

* Email: arjmandnia@ut.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

مقدمه

اختلالات عصبی-تحولی[1]، اختلالاتی هستند که در دوره رشد شروع شده و عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد را مختل می‌کنند. این اختلالات شامل اختلالات یادگیری خاص[2]، اختلالات ارتباطی[3]، اختلالات حرکتی[4]، کم‌توانی‌ذهنی[5]، اختلال طیف اُتیسم[6] و اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی[7] است (۱). از میان اختلالات عصبی-تحولی، اختلال طیف اُتیسم یک اختلال تحولی[8] است که بر مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. اگرچه اختلال طیف اُتیسم در هر سنی قابل تشخیص است اما به‌عنوان یک اختلال رشدی توصیف می‌شود. زیرا، علائم اختلال طیف اُتیسم معمولاً در دو سال اول زندگی ظاهر می‌شوند. گروه کودکان با اختلال طیف اُتیسم دارای اختلال‌های پایدار در تعاملات اجتماعی متقابل و مهارت‌های رفتاری و ارتباطی هستند (۲). امروزه، میزان شیوع اختلال طیف اُتیسم در جهان ۱ مورد در هر ۴۴ نفر ذکر شده است (۳). اختلال طیف اُتیسم، یک وضعیت مادام‌العمر است که عموماً پایدار بوده و با ویژگی‌هایی همچون مشکلاتی در درک و کاربرد زبان، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های شناختی (۴)، تعامل اجتماعی با همسالان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره همراه است (۵).

حضور کودک با اختلال طیف اُتیسم، والدین را با چالش‌های منحصر به‌فردی روبه‌رو کرده و کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان بخصوص مادران را کاهش می‌دهد (۶). مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم به‌دلیل مشکلات رفتاری سازشی[9] فرزندشان و عدم درک شرایط‌شان توسط افراد جامعه و نگرش منفی اطرافیان، استرس بیشتری را متحمل می‌شوند (۷). در واقع، تشخیص این اختلال در کودک، یک رویداد مهم برای مادران آنان تلقی می‌شود که روابط اجتماعی‌شان را تحت‌شعاع قرار می‌دهد (۸). انتظار می‌رود، مادران به‌دلیل نقش اصلی‌شان در مراقبت و مسئولیت نگهداری و تربیت کودک با اختلال طیف اُتیسم، فرصت کمتری در تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی داشته باشند (۹). افراد با اختلال طیف اُتیسم اغلب در طول زندگی خود نیاز به مراقبت دارند و والدین به‌طور منظم این نقش را ایفا می‌کنند و سطوح بالایی از استرس[10] و زمان محدودی را برای گذراندن اوقات فراغت و فعالیت‌های اجتماعی تجربه می‌کنند (۱۰). این چالش‌ها می‌توانند موجب افزایش احساس تنهایی[11] در والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم شود و درنهایت به رفاه آنان و کل خانواده آسیب رساند (۸، ۱۱، ۱۲ و ۱۳). به‌نظر می‌رسد احساس تنهایی ممکن است به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مزمن، افسردگی[12] (۱۴) و سایر اختلالات عاطفی[13] در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم تلقی شود (۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، احساس تنهایی و فقدان حمایت اجتماعی از عوامل کاهش سلامت روان[14] در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم است (۱۶). مایرز[15] و همکاران (۱۷) در پژوهشی نشان دادند که احساس تنهایی والدین این کودکان به‌دلیل رفتار نامناسب فرزندشان است (۱۷). پژوهشگرانی مانند گریفتس[16] و همکاران (۱۸) و هگوستین و وودگیت[17] (۱۹) به این نتیجه رسیدند که عدم دریافت حمایت اجتماعی و عدم درک متقابل از سوی اعضای خانواده و دوستان از دلایل تشدید احساس تنهایی در این مادران است (۱۸ و ۱۹). احساس تنهایی به احساسات و افکار انزوا و جدا شدن از دیگران اشاره دارد (۲۰) و یک ارزیابی شناختی از روابط اجتماعی است (۲۱). احساس تنهایی به‌عنوان یک تجربه منفی از ناسازگاری درک شده بین روابط اجتماعی موجود و مطلوب یک فرد تعریف می‌شود (۲۲).

از سویی، در مطالعه‌ی مارکینهچوا[18] و همکاران (۲۳) به شرم درونی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم اشاره شده است. این مطالعه نشان داد که سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در مقایسه با مادران دارای کودک عادی به‌دلیل رفتار نامناسب فرزندشان و درک نادرست این کودکان توسط جامعه، پایین بوده و به‌دنبال آن، شرم درونی‌شده[19] بیشتری را تجربه می‌کنند. در این راستا، پژوهش‌ها، افزایش شرم درونی‌شده در مادران دارای کودک با

1. neurodevelopmental disorders
2. specific learning disorder
3. communication disorders
4. movement disorders
5. intellectual disability
6. autism spectrum disorder
7. attention-deficit/hyperactivity disorder
8. developmental disorder
9. conciliatory behavior
10. stress
11. loneliness
12. depression
13. emotional disorders
14. mental health
15. Myers & et al
16. Griffith & et al
17. Hoogsteen & Woodgate
18. Marcinechová & et al
19. internalized sham

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

اختلال طیف اُتیسم را گزارش کرده‌اند که آن اثر آسیب‌زایی بر وضعیت سلامت روانی این مادران دارد و شرم درونی‌شده در این مادران همراه با احساس حقارت، بی‌ارزشی و ناتوانی در مراقبت فرزند با اختلال طیف اُتیسم آشکار می‌شود (۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، درونی کردن نگرش منفی دیگران، پذیرش قضاوت‌های اجتماعی منفی توسط مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم باعث بروز افکار منفی نسبت به خود می‌شود که زمینه را برای بروز پیامدهای منفی چون کاهش عزت‌نفس[1] و خودکارآمدی[2]، احساس حقارت نسبت به خود و شرم درونی‌شده فراهم می‌کند (۲۵). شرم دربرگیرنده‌ی هیجان-های خودآگاهی است که اساساً به ارزیابی درباره خود مربوط می‌شود (۲۶). درواقع، شرم یک تجربه عاطفی دردناک است که با ارزیابی‌های منفی عمیق فرد نسبت به خود مرتبط است. در تعریف شرم، به دو مؤلفه از جمله شرم درونی‌شده و شرم بیرونی[3] اشاره می‌شود. شرم درونی‌شده اشاره به نحوه ارزیابی و احساس فرد از خود دارد که غالباً فرد خود را به صورت منفی ارزیابی کرده و حس انزجار نسبت به خود را دارد. در شرم بیرونی نیز، برداشت منفی دیگران نسبت به خود مطرح است. به عبارت دیگر، در این نوع شرم، کانون توجه فرد بر این است که دیگران در مورد او چه دیدگاهی دارند (۲۳).

مطالعات (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰) (۳۱) نشان دادند که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم درجه‌ای از اجتناب تجربه‌ای[4] و آمیختگی شناختی[5] را تجربه می‌کنند. همچنین، این مطالعات گزارش کرده‌اند که بین آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ارتباط مستقیمی وجود دارد و هر دو از عوامل مهم شکل‌گیری و حفظ بسیاری از اختلالات روان‌شناختی هستند. پژوهش پیسزکوسکی[6] و همکاران (۳۲) نشان داد که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم آمیختگی شناختی دارند. در این راستا، برخی از پژوهش کیکان[7] و همکاران اظهار داشتند که پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی و روابط بین فردی، احساس تنهایی و احساس شرم درونی‌شده در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در مقایسه با مادران دارای کودک عادی زمینه برای بروز آمیختگی شناختی فراهم می‌کند (۳۳). آمیختگی شناختی، تمایل به رفتار بیش از حد تنظیم شده و تحت تأثیر شناخت است. درواقع، رفتار و تجربه یک فرد در هم‌آمیخته تحت تسلط افکار است. در نتیجه، موجب حساسیت کمتر فرد نسبت به پیامدهای مستقیم در محیط می‌شود (۳۴). به‌عبارت دیگر، این افکار واقعیت محض درنظر گرفته می‌شوند و موجب محدود شدن تفکر آزادانه فرد می‌شوند (۳۲). سپس، فرد از آمیختگی شناختی به سمت اجتناب تجربه‌ای یا تلاش بیش از حد برای کنترل، اجتناب یا تغییر تجارب درونی ناخواسته سوق می‌یابد (۳۵). پژوهشی ارتباط بین استرس مادران دارای کودک با ناتوانی و اجتناب تجربه‌ای را گزارش کرده‌اند (۳۶). مطالعات نشان داده‌اند که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند نقش مهمی در میزان سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم داشته باشد (۳۷). در توجیه این یافته‌ها، می‌توان به یافته هیز و همکاران (۳۵) اشاره کرد. در این پژوهش، گزارش شده است که افرادی که تمایل دارند بشدت از تجارب درونی ناخوشایند یا ناخواسته اجتناب کنند، در برابر استرس آسیب‌پذیرتر هستند. زیرا، این الگوی پاسخ اجتنابی، رفتارهای مؤثر برای مقابله با استرس را مهار می‌کند و آن ممکن است دفعات این تجارب منفی را افزایش دهد. در جدیدترین پژوهش، مارتیز-روبیو[8] و همکاران در پژوهشی نشان داده‌اند که مداخلاتی که با هدف کاهش دادن اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی برای مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم اجرا می‌شود، سلامت روان این مادران ارتقاء یافته و مشکلات روان‌شناختی‌شان کاهش می‌یابد (۳۸).

یکی از مداخلاتی که برای کاهش احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم برجسته شده است، مربوط به موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری[9] است. موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری شامل مضامینی چون فراشناخت[10]، ذهن‌آگاهی[11]، دیالکتیک[12]، پذیرش احساسات[13](۳۹) و خودشفقتی[14] (۳۵) است. موج سوم، بر بازسازی شناختی غیرهیجان متمرکز شده است (۴۰). مداخله‌ی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه[15] یکی از درمان‌های موج سوم است (۴۱). بنا بر

1. self-esteem
2. efficacy
3. external shame
4. experiential avoidance
5. cognitive fusion
6. Pyszkowska & et al
7. Kuyken & et al
8. Martínez-Rubio & et al
9. Cognitive-behavioral therapies
10. metacognition
11. mindfulness
12. dialectic
13. acceptance of emotions
14. self-compassion
15. mindful self-compassion

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

نظر کاسیها، آندرسون و مور [1] برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود سلامت روان و مشکلات روان‌شناختی [2] والدین کودکان با اختلالات عصبی-تحولی اثربخش هستند (۴۲). همچنین، روجاس و همکاران [3] اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر خودشفقتی در بهبود سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم را گزارش کرده‌اند (۴۳).

خودشفقتی از سه مؤلفه‌ی اصلی مهربانی با خود [4] (توانایی افراد در پذیرش و نگریستن به شکست‌های شخصی بدون قضاوت) در مقابل انتقاد از خود [5]، اشتراک انسانی [6] (دانستن این‌که فرد در رنج تنها نیست) در مقابل انزوا [7] و ذهن‌آگاهی در مقابله با همانندسازی افراطی [8] (نگاه کردن به وضعیت فعلی افراد به روشی متعادل) تشکیل شده است (۴۴). به‌نظر می‌رسد خودشفقتی می‌تواند به بهبود درد و افزایش سلامتی و به عملکرد سالم‌تری در زندگی روزمره کمک کند. سطوح بالاتر دلسوزی به خود منجر به سطوح بالاتری از حالات ذهنی مثبت مانند رضایت از زندگی [9]، شادی [10]، ارتباط اجتماعی [11]، اعتماد به نفس [12]، خوش‌بینی [13]، کنجکاوی [14]، عاطفه مثبت [15] و قدردانی می‌شود (۴۵). مانند خودشفقتی، ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوهٔ تنظیم هیجانی [16] درنظر گرفت (۴۶). این مفهوم، اشاره به توجه به عواطف، افکار یا تجربیات درونی در لحظه حال بدون قضاوت دارد. به‌عبارت دیگر، یک شیوه پردازش آگاهانه است که افراد با تجربه لحظه به لحظه خود همراه با پذیرش تجربیات درونی خود نزدیک می‌شوند (۴۷). افراد با مهارت ذهن‌آگاهی، هیچ‌گونه فرضی و باوری در مورد تجربیات خود نمی‌سازند (۴۸). درواقع، افراد با دستیابی به مهارت ذهن‌آگاهی تمایل دارند تا تجربیات خود را بدون واکنش شدید مشاهده کنند (۴۹).

بر اساس دیدگاه نف [17] (۵۰) نگرش‌های خودشفقتی از ذهن‌آگاهی ناشی می‌شود. همسو با این دیدگاه، کویکن و همکاران اذعان داشتند که آموزش ذهن‌آگاهانه، خودشفقتی را پرورش می‌دهد (۵۱). در تأیید نتایج این پژوهش‌ها، برگن-سیکو [18] و همکاران پیشنهاد کردند که پرورش خودشفقتی گام مهمی است اما پس از ذهن‌آگاهی حاصل می‌شود (۵۲). به‌عبارت دیگر، فرد باید مهارت‌های ذهن‌آگاهانه را پرورش دهد تا بتواند خودشفقتی را به‌عنوان یک راهبرد پیشگیرانه در برابر مشکلات روان‌شناختی رشد دهد و مؤلفه ذهن‌آگاهی، خودشفقتی را نشان می‌دهد که شخص بدون اینکه سعی در سرکوب آن‌را داشته باشد، باید از شکست یا رنج شخصی آگاه باشد (۵۳). برخلاف پژوهش‌های پیشین، فولتون [19] نشان داد که خودشفقتی واسطه‌ای برای ذهن‌آگاهی و شفقت نسبت به دیگران است. (۵۴). از سوی دیگر، نف اعتقاد بر این بود که خودشفقتی از نظر مفهومی ساختاری متفاوت با ذهن‌آگاهی را دارد (۵۰). خودشفقتی، تمایل به تمرکز بر رنج‌های شخصی دارد، درحالی‌که تمرکز ذهن‌آگاهی بر تجربیات مثبت و منفی است (۵۵). علی‌رغم این تفاوت‌ها، نقطه مشترک مفهوم خودشفقتی و ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربیات درونی بدون هیچ‌گونه قضاوتی است (۵۶). تکنیک‌های خودشفقتی بر آرامش ذهن، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید دارند (۵۷). بر این اساس، اولین بار مفهوم خودشفقتی ذهن‌آگاهانه توسط نف و گرمر مطرح شد و خودشفقتی ذهن‌آگاهانه شامل نفس عمیق، مهربانی و محبت کردن بود. سپس، این پژوهشگران، برنامه خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را با هدف جهت کمک به افراد جامعه با ایجاد فرصتی برای خودشفقتی، عشق ورزیدن، مهربانی، ذهن‌آگاهی، پذیرش زندگی و کاهش روابط چالش‌برانگیز گسترش دادند (۵۳).

پژوهشی در زمینه‌ی تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگانه در بهبود احساس تنهایی در گروهی از مادران با اختلال طیف اُتیسم و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام نشده است. پژوهش فرزان‌فر و همکاران (۵۸) به بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی بر ناسازگاری، احساس تنهایی و سازگاری پس از طلاق در زنان پرداختند. نتیجه این پژوهش بیانگر تأثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر ناسازگاری، احساس تنهایی و سازگاری پس از طلاق در زنان بود. همسو با نتیجه این پژوهش، یکی از یافته‌های پژوهش ابوسعیدی مقدم، ثناگوی محرر و

1. Cachia & et al
2. psychological problems
3. Rojas-Torres & et al
4. self-kindness
5. criticize yourself
6. common humanity
7. isolation
8. extreme assimilation
9. lifesatisfaction,
10. happiness
11. social connectedness
12. confidence
13. optimism
14. curiosity
15. positive affect
16. emotion Regulation
17. Quinn & et al
18. Neff & Germer
19. Fulton

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

شیرازی بیانگر اثربخشی درمان خودشفقتی در بهبود احساس تنهایی زنان متقاضی طلاق بود (۵۹). آکین[1] در پژوهشی رابطه بین خودشفقتی و احساس تنهایی را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که احساس تنهایی از طریق مؤلفه‌های خودشفقتی از قبیل خودمهربانی، اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی به‌صورت منفی و از طریق خودانتقادی، انزوا و همانندسازی افراطی به‌صورت مثبت پیش‌بینی می‌شود (۶۰). در همسو با نتایج این پژوهش، وانگ[2] و همکاران نشان دادند که خودشفقتی، نگرش مثبت فرد را نسبت به دیگران تقویت کرده و به همین سبب، انگیزه اجتماعی و مشارکت بالایی در فعالیت‌های اجتماعی را ایجاد می‌کند. در نتیجه‌ی این عوامل، این مداخله احساس تنهایی را در افراد کاهش می‌دهد (۶۱). یانگ[3] و همکاران تأیید کردند، افرادی که دارای خودشفقتی هستند، در مواجهه با تجربیات منفی زندگی، مانند شکست یا از خود بیگانگی، مهربانی، ملایمت و توجه را نسبت به خود نشان داده و کمتر تمایل به قضاوت شدید و انتقاد از خود دارند (۴۱). در تأیید پژوهش‌های مذکور، لیو[4] و همکاران به این نتیجه دست یافتند که مداخله خودشفقتی موجب کاهش ناامیدی، انزوا و ارتقای رفتار خودمهربانانه در فرد می‌شود (۶۲).

علاوه بر این مطالعات، پژوهش‌های محدودی در زمینه اثربخشی مداخله‌ی ذهن‌آگاهی در کاهش احساس تنهایی انجام شده است. می‌توان به پژوهش‌های لیدنسی[5] و همکاران (۶۳)، پاندایا[6] (۶۴)، ژانگ[7] و همکاران (۶۵)، هلوی[8] و همکاران (۶۶) و بیسی و همکاران[9] (۶۷) اشاره کرد که تأثیر مداخله‌ی ذهن‌آگاهی را در کاهش احساس تنهایی در گروه‌های مختلف گزارش کرده‌اند. در مورد نحوه تأثیر مداخله‌ی ذهن آگاهی در کاهش احساس تنهایی می‌توان به مطالعه ویتاکر و برانن[10] (۶۸) اشاره داشت. این پژوهشگران دریافتند، افرادی که سطح ذهن‌آگاهی بیشتری دارند، ممکن است توانایی بسیار بهتری برای رهاسازی افکار منفی داشته باشند و کنترل بیشتری بر افکار خود تجربه کنند. بر این اساس، تمرکز مجدد ذهن می‌تواند متعاقباً پیامدهای قوی برای کاهش سطح تنهایی را ایجاد کند. در این پژوهش، از مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، با وجود عدم پیشینه‌ی پژوهشی مبنی بر مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه و بررسی جداگانه هر دو مفهوم در کاهش احساس تنهایی و با توجه به تأیید پژوهشی کاراکاسیدو و استالیکاس (۵۶) مبنی بر نقطه‌ی مشترک بین خودشفقتی و ذهن‌آگاهی و مطرح شدن اصطلاح خودشفقتی ذهن‌آگاهانه توسط نف و گرمر (۵۳) استفاده شد.

افزون بر پژوهش‌های فوق، مطالعاتی در زمینه‌ی اثربخشی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در بهبود شرم درونی‌شده و اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی آمده است. رینی و آلهاسنا[11] (۶۹) استدلال کردند، درمان خودشفقتی ذهن‌آگاهانه نقش مؤثری در کاهش شرم درونی‌شده در مادران را دارد. صدیقی مورنانی[12] و همکاران به این نتیجه دست یافتند که خودشفقتی و ذهن‌آگاهی ممکن است با شرم درونی‌شده به‌عنوان راهبردهای مدیریت هیجان مرتبط باشند که احساسات منفی از جمله شرم درونی‌شده را خنثی می‌کنند (۷۰). گرمر و نف در پژوهشی نشان دادند که مداخله‌ی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه موجب افزایش شفقت به خود، شفقت نسبت به دیگران، ذهن‌آگاهی و رضایت از زندگی و کاهش معنادار افسردگی، اضطراب[13]، استرس و اجتناب تجربه‌ای تا یک سال پس از مداخله می‌شود (۷۱). یافته‌ی پژوهشی‌فر[14] و همکاران بیانگر آن بود که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی را در افراد کاهش می‌دهد. درواقع، افراد با خودشفقتی بالا، تمامی هیجانات منفی را بخشی از وجود خود دانسته و آنها را به‌جای اجتناب کردن می‌پذیرند (۷۲). همسو با نتیجه این پژوهش، شی‌لو[15] و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم را قادر می‌سازد تا با مشکلات ناشی از ناتوانی فرزندان خود مواجه شده و نسبت به خود احساس بهتری داشته و با رویدادهای دشوار زندگی مقابله کرده و کمتر خودسرزنش‌گری[16] را داشته باشند و بدین ترتیب، این نوع مداخله نقش مؤثری در کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی دارد (۷۳).

1. Akin
2. Wang & et al
3. Yeung & et al
4. Liu & et al
5. Lindsay & et al
6. Pandya & et al
7. Zhang & et al
8. Holloway & et al
9. Besse & et al
10. Whitaker, Brannon & et al
11. Riany & Ihsana
12. Sedighimornani & et al
13. anxiety
14. Farr & et al
15. SHiloh & et al
16. self-blame

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

تجربه‌ی احساس تنهایی، احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی تهدیدی برای عدم تأمین نیازهای اجتماعی، کاهش روابط بین فردی، فقدان روابط حمایتی و مثبت و بروز مشکلات سلامت روانی و جسمی در این مادران تلقی می‌شود. به‌علاوه، مادران بیشترین زمان را صرف مراقبت‌های روزانه را دارند و رابطه بین والد-کودک دوسویه بوده و از هم تأثیر می‌پذیرند. بنابراین، طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ی درمانی مؤثر و مقرون به صرفه از سوی درمانگران برای کاهش فشارهای ناشی از مراقبت و کمبود امکانات آموزشی و توان‌بخشی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم حائز اهمیت است. بر این اساس، اجرای خودشفقتی ذهن‌آگاهانه یک مداخله‌ی قوی و یک راهبرد مقابله سازگارانه برای مادران در جهت مقابله با مشکلات روان‌شناختی و مقابله با چالش‌های مرتبط با امور درمانی و مراقبتی کودکان با اختلال طیف اُتیسم است. خودشفقتی ذهن‌آگاهانه یکی از ابزارهای اساسی است که به فرد کمک می‌کند که شیوه مصالحه‌جویانه‌ای نسبت به خود و نسبت به دیگران را داشته باشد. همچنین، آشنایی مادران با احساسات و افکار خود در لحظه حال و برخورداری از ظرفیت تأملی می‌تواند کمک کند تا آنها با افکار خود درهم‌آمیخته نشده و توانایی مشاهده گسترده رفتار خود را داشته باشند و قادر باشند احساسات کودکان خود را بهتر شناخته و با قبول کردن کودک خود به‌صورت بی‌قید و شرط به ویژگی‌های شخصیتی او احترام بگذارند و رابطه ایمن‌تری را داشته باشند. همچنین، با بررسی پیشینه‌های پژوهشی داخلی و خارجی، پژوهشی در زمینه‌ی اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی انجام نگرفته و پژوهش‌های محدودی در زمینه‌ی اثربخشی این مداخله در بهبود شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام گرفته است. در نتیجه، خلأ پژوهشی در زمینه‌ی تأثیر آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف اصلی پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر متغیرهای وابسته، احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن (عزت‌نفس و کم‌رویی)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران کودک با اختلال طیف اُتیسم در کلینیک روان‌شناسی شهر یزد در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایشی) بود. مادران واجدالشرایط به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از کلینیک اتاق آبی شهر یزد وارد مطالعه شدند. سپس، این مادران در هر دو گروه آزمایشی و گواه به شیوه تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش، وجود اختلال طیف اُتیسم با عملکرد بالا در کودکان، گروه سنی ۷ تا ۱۱ سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی، عدم مشکلات جسمی مادران و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیشتر از ۲ جلسه در جلسات آموزشی، عدم همکاری با پژوهشگر بودند. شایان ذکر است که در این پژوهش کدهای اخلاق روان‌شناسان و مشاوران (۷۴) مورد توجه قرار گرفته و اجرا شد. درواقع، اطلاعات کافی در زمینه پژوهش مذکور به مادران این کودکان در کلینیک روان‌شناسی ارائه شد. همچنین، با احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان، امکان انصراف شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به همکاری یا بروز رویدادی در هر مرحله از پژوهش وجود داشت. بنابراین، با توجه به کدهای اخلاق روان‌شناسان و مشاوران (۷۴) به تمامی پرسش‌ها و شبهات شرکت‌کنندگان در مورد برنامه‌ی آموزشی و پژوهش پاسخ داده شد و رضایت آگاهانه مادران در جلسات کسب شد.

ابزار

۱) مقیاس احساس تنهایی[1]

در این پژوهش برای ارزیابی احساس تنهایی از مقیاس احساس تنهایی راسل و پپلوا و کورتونا (۷۵) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۰ پرسش است. دامنه نمرات مقیاس به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز)، بندرت (۲)، گاهی (۳) و همیشه

1. Loneliness scale

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

(۴) است. همچنین، گویه‌های ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) ارزیابی می‌شود. بنابراین، میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. پایایی آلفای کرانباخ مقیاس احساس تنهایی ۰/۷۸ توسط راسل، پیلوا و فروگسن (۷۶) به‌دست آمده است. در ایران، در پژوهش زنجبران و همکاران (۷۷) ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی آلفای کرانباخ مقیاس احساس تنهایی ۰/۶۰ به‌دست آمد.

۲) مقیاس شرم درونی‌شده[1]

در این پژوهش برای ارزیابی مقیاس شرم درونی‌شده از مقیاس شرم درونی‌شده کوک (۱۹۹۳) استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۰ پرسش و شامل ۲ زیرمقیاس مانند عزت نفس (گویه‌های ۴، ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۲۸) و کم‌رویی (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰) است. دامنه نمرات مقیاس به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز)، خیلی کم (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) سنجیده می‌شود. همچنین، گویه‌های ۴، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است. پایایی آلفای کرانباخ مؤلفه‌های مقیاس شامل عزت‌نفس و کم‌رویی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ توسط کوک گزارش شده است (۷۸). در ایران، رجبی و عباسی (۷۹) پایایی آلفای کرانباخ کل مقیاس شرم درونی‌شده را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، پایایی آلفای کرانباخ مقیاس شرم درونی‌شده ۰/۸۶ به‌دست آمد.

۳) مقیاس اجتناب و آمیختگی شناختی[2]

در این پژوهش برای ارزیابی اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی از مقیاس اجتناب و آمیختگی گریگو و همکاران (۸۰) استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۷ پرسش است و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در نوجوانان و جوانان ارزیابی می‌کند. پرسش‌های این مقیاس نشان‌دهنده فرایندهای آمیختگی شناختی (برای مثال چیزهای بدی درباره خودم که فکر می‌کنم باید درست باشند) و اجتناب تجربه‌ای (برای مثال افکار و احساساتی را که دوست ندارم، از خودم دور می‌کنم) است. دامنه‌ی نمرات مقیاس به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، غالباً (۳) و همیشه (۴) ارزیابی می‌شود. همچنین، این مقیاس نمره معکوس ندارد. گویه‌های ۱ - ۲ - ۴ - ۱۰- ۱۲- ۱۳ - ۱۶- ۱۷ مربوط به آمیختگی شناختی است و گویه‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵ مربوط به اجتناب تجربه‌ای است. برای به‌دست آوردن نمره هر عامل نمره عبارات مربوط به آن عامل با هم جمع می‌شوند. نمرات بالا نشان دهنده میزان انعطاف‌ناپذیری روان شناختی است. هر چند در بعضی از پژوهش‌ها عامل‌ها را جداگانه بررسی کرده‌اند اما بنا به‌نظر گریکو و همکاران (۸۰) به‌دلیل رابطه زیادی که بین اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی وجود دارد، این مقیاس به‌صورت ابزار تک‌عاملی است و این ۲ سازه مجزا نیستند. پایایی این مقیاس در پژوهش گریکو و همکاران (۸۰) ۰/۹۰ به‌دست آمده است. در ایران، طیبی نایینی، محمدخانی و عابدی (۸۱) پایایی آلفای کرانباخ کل مقیاس اجتناب را ۰/۸۰ گزارش کرده است. شایان ذکر است، یافته‌های این مقیاس در این پژوهش، به‌صورت جداگانه در قالب خرده‌مقیاس اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی و کل مقیاس تجزیه و تحلیل شده است. در این پژوهش، پایایی آلفای کرانباخ کل اجتناب ۰/۵۴، اجتناب تجربه‌ای ۰/۵۳ و آمیختگی شناختی ۰/۶۱ به‌دست آمد.

برنامه مداخله و شیوه اجرا

روش اجرای این پژوهش به این صورت بود که بعد از توضیحات در مورد هدف پژوهش به مسئولان کلینیک روان‌شناسی شهر یزد و کسب اجازه از مسئولان این کلینیک، پژوهشگران طی ۱۰ جلسه از داوطلبان واجدالشرایط درخواست همکاری در این پژوهش کردند و از آنها خواسته شد که در جلسات درمانی شرکت کنند. در ابتدا، قبل از اجرای برنامه مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، جلسات این مداخله توسط پژوهشگران با نظارت اساتید روان‌شناسی با بررسی کتاب کار شفقت به خود ذهن‌آگاهانه گرمر و نف (۷۱) طراحی و تدوین شدند. سپس، پرسشنامه روایی متخصصان جهت تأیید متناسب بودن اهداف و محتوا برای مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم نیز تهیه و تکمیل شد. از این افراد درخواست شد تا میزان متناسب بودن هر یک از جلسات را با توجه به اهداف و محتوا را نمره‌گذاری کنند. بنابراین، روایی محتوایی پروتکل خودشفقتی

1. Internalized shame scale
2. Avoidance and Fusion Questionnaire

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

ذهن‌آگاهانه توسط ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. شایان ذکر است که پژوهشگران با همکاری مسئولان کلینیک روان‌شناسی بعد از گرفتن رضایت‌نامه و تکمیل مقیاس‌ها توسط مادران این کودکان، جلسات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را اجرا کردند.

بعد از تعیین جلسات مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایشی و گواه به‌صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از مادران این کودکان درخواست شد که به پرسش‌های مقیاس‌های احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی پاسخ دهند. پس از گرفتن پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و گروه آزمایش تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی (مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم) جلسات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی و حضوری در سالن کلینیک روان‌شناسی یزد دریافت نمودند و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گواه با استفاده از مقیاس‌های احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی به‌عمل آمد. سپس، تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss ۲۴ صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوارایانس چندمتغیره با نرم‌افزارspss۲۴ شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگراف-اسمیرنف (برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمرات) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کواریانس) انجام گرفت.

جدول ۱) محتوای جلسات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه (۷۱)

جلسات آموزشی	هدف	محتوا	دقیقه
جلسه یکم		گرفتن پیش‌آزمون	۹۰دقیقه
جلسه دوم	درک خودشفقتی ذهن‌آگاهانه	آشنایی با مفهوم خودشفقتی، آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهانه مقررات حاکم بر آن آشنایی	۹۰دقیقه
جلسه سوم	ذهن‌آگاهی	مرور جلسه دوم، آشنایی با چگونگی تمرین ذهن‌آگاهی، هدایت خودکار، حضور ذهن از فعالیت‌های روزمره	۹۰دقیقه
جلسه چهارم	تمرین شفقت‌ورزیدن و آموزش همدلی	مرور جلسه دوم و سوم، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	۹۰دقیقه
جلسه پنجم	یافتن جایگاه شفقت با خود در زندگی روزمره	مرور جلسه چهارم، آگاهی از وقایع خوشایند، آموزش بخشایش، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به‌خاطر اشتباهات	۹۰دقیقه
جلسه ششم	عمیق زندگی کردن	مرور جلسات پیشین، تعیین ارزش‌های زندگی، بررسی و کشف ارزش‌ها، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	۹۰دقیقه
جلسه هفتم	ادامه جلسه ششم	مرور جلسه ششم، مدیریت احساسات و عواطف دشوار، درک و پذیرش خود	۹۰دقیقه
جلسه هشتم	ادامه جلسات ششم و هفتم	مرور جلسات قبل، تغییر روابط ارتباط مؤثر، موانع ارتباط، پرورش خودشفقت‌ورز	۹۰دقیقه
جلسه نهم	قبول و پذیرش زندگی	مرور جلسات قبل، شناسایی تعصبات منفی زندگی، اهمیت حفظ تعادل در تعصب	۹۰دقیقه
جلسه دهم		مرور جلسات قبل و پرسش و پاسخ، گرفتن پس‌آزمون	۹۰ دقیقه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران کودکان دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم تشکیل دادند که از نظر تحصیلات، در گروه آزمایشی ۴ نفر از مادران دارای تحصیلات لیسانس (۲۶/۷)، ۳ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق‌دیپلم (۲۰/۰)، ۳ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق‌لیسانس (۲۰/۰)، ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات دکترا (۱۲/۳)، ۳ نفر از مادران دارای تحصیلات دیپلم (۲۰/۰) و در گروه گواه ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات لیسانس (۱۳/۳)، ۴ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق‌دیپلم (۲۶/۷)، ۴ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق‌لیسانس (۲۶/۷)، ۳ نفر از مادران دارای تحصیلات دکترا (۲۰/۰)، ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات دیپلم (۱۳/۳) بود. همچنین، میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه آزمایشی ۶/۳۳ ± ۳۰/۸۰ سال و در گروه گواه ۵/۵۸ ± ۳۱/۸۰ سال بود.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون کولموگراف اسمیرنف برای متغیرهای احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۶۳/۳۳	۸/۴۲	۰/۱۵	۰/۲۰
		گواه	۶۴/۴۶	۸/۸۹	۰/۱۸	۰/۱۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۴۶/۰۶	۴/۹۰	۰/۱۸	۰/۱۷
		گواه	۶۲/۸۶	۹/۴۰	۰/۱۸	۰/۱۷
شرم درونی‌شده	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷۹/۶۶	۷/۹۸	۰/۱۸	۰/۱۶
		گواه	۸۱/۲۶	۱۰/۴۵	۰/۱۹	۰/۱۴
	پس‌آزمون	آزمایشی	۵۱/۲۰	۶/۹۱	۰/۱۲	۰/۲۰
		گواه	۷۷/۶۶	۱۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۰۹
کم‌رویی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷۳/۲۰	۶/۹۵	۰/۱۴	۰/۲۰
		گواه	۷۵/۶۶	۶/۲۱	۰/۲۰	۰/۰۷
	پس‌آزمون	آزمایشی	۴۷/۱۳	۶/۴۳	۰/۱۷	۰/۲۰
		گواه	۷۴/۲۶	۶/۰۵	۰/۱۸	۰/۱۶
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۳۳	۲/۲۲	۰/۱۵	۰/۲۰
		گواه	۱۰/۸۰	۲/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۹
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۸/۶۰	۱/۶۳	۰/۱۹	۰/۱۲
		گواه	۱۰/۴۰	۱/۶۳	۰/۲۰	۰/۰۹
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳۱/۶۰	۳/۰۱	۰/۱۵	۰/۲۰
		گواه	۳۰/۹۳	۳/۲۳	۰/۱۷	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۵/۰۰	۲/۶۱	۰/۱۷	۰/۲۰
		گواه	۳۱/۲۶	۳/۱۰	۰/۱۹	۰/۱۱
آمیختگی شناختی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳۰/۰۰	۳/۰۹	۰/۱۹	۰/۱۴
		گواه	۲۹/۴۰	۲/۱۶	۰/۱۷	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۱/۲۰	۲/۱۴	۰/۱۸	۰/۲۰
		گواه	۲۹/۱۳	۲/۱۳	۰/۱۴	۰/۲۰

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
اجتنابی (کل)	پیش‌آزمون	آزمایشی	۵۵/۷۳	۵/۴۸	۰/۱۸	۰/۱۷
		گواه	۵۶/۳۳	۵/۶۰	۰/۱۴	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳۹/۷۳	۶/۲۰	۰/۰۹	۰/۲۰
		گواه	۵۵/۵۳	۵/۳۳	۰/۱۸	۰/۱۶

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن (عزت‌نفس و کم‌رویی)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و کل اجتناب به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در ۲ مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در گروه گواه میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن (عزت‌نفس و کم‌رویی)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و کل اجتناب تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند ولی در گروه آزمایشی شاهد تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایشی و گروه گواه و پس‌آزمون گروه گواه هستیم. همچنین، بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر ۲ گروه آزمایشی و گواه برای متغیرهای احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن (عزت‌نفس و کم‌رویی)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و کل اجتناب از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد. در این جدول، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی هنجار بودن داده‌ها گزارش شده است. با توجه به جدول آزمون z کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می‌توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت (p>۰/۰۵).

برای ارزیابی اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر متغیر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و کل اجتناب به‌صورت جداگانه از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قابل ذکر است، قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس نمره احساس تنهایی (p>۰/۵۱، F=۰/۴۳)، شرم درونی‌شده (p>۰/۵۳، F=۰/۳۹) و کل اجتناب (p>۰/۵۴، F=۰/۳۸) در گروه‌ها برابر است. به‌عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای احساس تنهایی بیشتر از ۰/۵ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید (p>۰/۰۵).

جدول ۲) خلاصه تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای تعیین اثربخشی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با کنترل نمره احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و کل اجتناب

متغیرهای پژوهش	منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس تنهایی	نمره‌های احساس تنهایی پیش‌آزمون(گواه)	۳۴۱/۱۲	۱	۳۴۱/۱۲	۷/۴۶	۰/۰۱	۰/۲۱
	گروه	۱۹۹۴/۱۴	۱	۱۹۹۴/۱۴	۴۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطای باقی‌مانده	۱۲۳۳/۵۳	۲۷				
	کل	۹۲۶۹۰/۰۰۰					
شرم درونی‌شده	نمره‌های شرم درونی‌شده پیش‌آزمون(گواه)	۴۹۱/۲۸	۱	۴۹۱/۲۸	۸/۲۸	۰/۰۰۸	۰/۲۳
	گروه	۴۹۳۲/۵۱	۱	۴۹۳۲/۵۱	۸۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	خطای باقی‌مانده	۱۶۰۰/۴۴	۲۷				
	کل	۱۳۱۸۹۵ /۰۰۰	۲۷				

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

متغیرهای پژوهش	منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کل اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی	نمره‌های اجتناب کلی پیش‌آزمون (گواه)	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	۰/۰۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۰
	گروه	۱۸۶۴/۹۵	۱	۱۸۶۴/۹۵	۵۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطای باقی‌مانده	۹۳۶/۵۸	۱				
	کل	۷۰۸۷۷/۰۰	۲۷				

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه، در نمرات پس‌آزمون (احساس تنهایی)، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به‌عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (احساس تنهایی) تفاوت معناداری وجود دارد (۲۷ و۱=df و f = ۴۳/۶۴ و p≤۰/۰۱). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر بهبود احساس تنهایی تأیید می‌شود. در این ارتباط، میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۶۱) است. یعنی ۰/۲۵درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون احساس تنهایی مربوط به تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه است.

با توجه به نتایج جدول (۲) با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه، در نمرات پس‌آزمون (شرم درونی‌شده)، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به‌عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (شرم درونی‌شده) تفاوت معناداری وجود دارد (۲۷ و۱=df و f = ۸۳/۲۱ و p≤۰/۰۱). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر بهبود شرم درونی‌شده تأیید می‌شود. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۷۵) است. یعنی ۰/۷۵درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در پس‌آزمون شرم درونی‌شده مربوط به تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه است.

علاوه بر نتایج بالا، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه، در نمرات پس‌آزمون (کل اجتناب)، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به‌عبارتی بین افراد گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیر وابسته (کل اجتناب) تفاوت معناداری وجود دارد (۲۷ و۱=df و f = ۵۳/۷۶ و p≤۰/۰۱). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر بهبود کل اجتناب تأیید می‌شود. در این ارتباط میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۶۶) است. یعنی ۰/۶۶درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه در پس‌آزمون کل اجتناب مربوط به تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه است.

قابل ذکر است، قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌های مؤلفه‌های شرم درونی‌شده مانند عزت‌نفس (p>۰/۱۷، F=۱/۹۵)و کم‌رویی (p>۰/۱۱، F=۲/۷۱) در گروه‌ها برابر است. به‌عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای مؤلفه‌های شرم درونی‌شده (عزت‌نفس و کم‌رویی) بیشتر از ۰/۵ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید گردید (<۰p/۰۵). نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس مؤلفه‌های شرم درونی‌شده (عزت‌نفس و کم‌رویی)، نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (p>۰/۹۹، F=۰/۰۲، BoxM=۰/۰۷۸). آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته مؤلفه‌های شرم درونی‌شده (عزت‌نفس و کم‌رویی) گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۸۹ بود (p <۰/۰۰۱). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱، F=۱۰۷/۳۲). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین مؤلفه‌های شرم درونی‌شده (عزت‌نفس و کم‌رویی) در دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش مانند مؤلفه‌های شرم درونی‌شده آن (عزت‌نفس و کم‌رویی) از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای متغیرهای عزت‌نفس و کم‌رویی در دو گروه آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	Ss	Df	Sm	F	P	Eta^{۲}
عزت‌نفس	۴۸۰/۸۱	۱	۴۸۰/۸۱	۴۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
کم‌رویی	۴۹۶۳/۳۳	۱	۴۹۶۳/۳۳	۱۳۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۳) نشان داد که بعد از گواه اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی بر متغیرهای و مؤلفه‌های شرم درونی‌شده (عزت‌نفس و کم‌رویی) بود (p<۰/۰۰۱). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالا بودن میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه نتیجه گرفته می‌شود که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه مؤثر بوده و موجب بهبود مؤلفه‌های شرم درونی‌شده مانند عزت‌نفس (۰/۸۷)، کم‌رویی (۰/۸۳) بود.

در ادامه، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مربوط به مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در جدول (۴) ارائه شده است. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌های مؤلفه‌های اجتناب مانند آمیختگی شناختی (p>۰/۲۱، F=۱/۵۸) و اجتناب تجربه‌ای (p>۰/۰۷، F=۸/۶۲) در گروه‌ها برابر است. به‌عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیشتر از ۰/۵ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (BoxM=۰/۵۳ ،F=۰/۱۵ ،p>۰/۹۰). آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۸۳ بود (p<۰/۰۰۱). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱، F=۶۴/۹۷). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین مؤلفه‌های کل اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش مانند مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در دو گروه آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	Ss	Df	Sm	F	P	Eta^{۲}
اجتناب تجربه‌ای	۳۰۹/۹۶	۱	۳۰۹/۹۶	۵۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸
آمیختگی شناختی	۴۸۰/۹۱	۱	۴۹۶۳/۳۳	۱۰۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۴) نشان داد که بعد از گواه اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی بر مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بود (p<۰/۰۰۱). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالا بودن میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه نتیجه گرفته می‌شود که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه مؤثر بوده و موجب بهبود مؤلفه‌های اجتناب مانند اجتناب تجربه‌ای (۰/۶۸) و آمیختگی شناختی (۰/۸۰) بود.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

جدول ۵) میانگین و انحراف معیار تعدیل شده متغیرهای پژوهش به همراه حدود اطمینان ۹۵درصد

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
احساس تنهایی	آزمایش	۴۲/۳۰	۱/۵۰	۳۹/۱۷	۴۵/۴۲
	گواه	۶۲/۸۳	۱/۵۰	۵۹/۷۰	۶۵/۹۵
شرم درونی‌شده	آزمایش	۴۹/۶۲	۲/۱۹	۴۵/۰۵	۵۴/۱۹
	گواه	۷۷/۳۷	۲/۱۹	۷۲/۸۰	۸۱/۹۴
کم‌رویی	آزمایش	۴۷/۷۷	۱/۷۱	۴۴/۲۰	۵۱/۳۴
	گواه	۶۲/۷۳	۱/۷۱	۷۰/۰۵	۷۷/۱۹
عزت‌نفس	آزمایش	۱۸/۵۳	۰/۴۴	۱۷/۶۲	۱۹/۴۵
	گواه	۱۰/۴۶	۰/۴۴	۹/۵۴	۱۱/۳۷
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	۲۵/۰۶	۰/۶۰	۲۳/۸۰	۲۶/۳۳
	گواه	۳۱/۱۹	۰/۶۰	۲۹/۹۳	۳۲/۴۶
آمیختگی شناختی	آزمایش	۲۱/۱۱	۰/۵۶	۱۹/۹۴	۲۸/۲۲
	گواه	۲۹/۲۱	۰/۵۶	۲۸/۰۴	۳۰/۳۸
اجتناب (کل)	آزمایش	۳۹/۷۸	۰/۹۶	۳۷/۷۷	۵۷/۴۹
	گواه	۵۵/۴۸	۰/۹۶	۴۷/۵۳	۵۳/۴۷

تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای متغیرهای متغیرهای احساس تنهایی، شرم درونی‌شده و مؤلفه‌های آن (عزت‌نفس و کم‌رویی)، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و کل اجتناب معنادار است. یعنی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با اطمینان ۹۵ درصد بر کاهش متغیرهای احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، کم‌رویی، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی و کل اجتناب و افزایش عزت نفس در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی مادرانی که مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را دریافت کرده بودند، به‌صورت معناداری پایین‌تر از گروهی بودند که مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را دریافت نکرده بودند.

یکی از نتایج پژوهش این بود که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه موجب کاهش احساس تنهایی در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم شده است. نتیجه این پژوهش با یافته‌های کیهیل و همکاران همسو است. در قسمت مقدمه بیان شد که مطالعات قبلی، تأثیر خودشفقتی و ذهن‌آگاهی را بر کاهش احساس تنهایی در گروه‌های مختلفی از افراد بهنجار و مادران دارای کودک بهنجار نشان داده‌اند اما پژوهشی در زمینه تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگانه در بهبود احساس تنهایی در گروهی از مادران با اختلال طیف اُتیسم و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام نشده است. اما مطالعات فرزان‌فر و همکاران (۵۸)، ابوسعیدی مقدم و همکاران (۵۹)، آکین (۶۰)، وانگ و همکاران (۶۱) و لیو و همکاران (۶۲) تأثیر خودشفقتی را در کاهش احساس تنهایی نشان داده‌اند. همچنین، لیدنسی و همکاران (۶۳)، پاندایا (۶۴)، ژانگ و همکاران (۶۵)، هلوی، روبرترز و جوریویش (۶۶) و ویتاکر و برانن (۶۸) در پژوهش‌هایی تأثیر ذهن‌آگاهی را در کاهش احساس تنهایی تأیید کرده‌اند. علی‌رغم عدم پیشینه موجود در زمینه اثربخشی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش احساس تنهایی، در پژوهش کاراکاسیدو و استالیکاس (۵۶)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

نقطه مشترک بین خودشفقتی و ذهن‌آگاهی مطرح شده است. در توجیه نتایج این پژوهش می‌توان اظهار داشت، در هر دو مداخله خودشفقتی و ذهن‌آگاهی، هدف، رهاسازی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه از جمله کودک با اختلال طیف اُتیسم از افکار منفی است که این رهاسازی، به مادران این کودکان کمک می‌کند که علی‌رغم مسئولیت سنگین نگهداری از فرزند با اختلال طیف اُتیسم و صرف کردن هزینه‌های توان‌بخشی و آموزشی، نگرش مثبتی نسبت به توانایی‌های فرزندشان داشته باشند. همچنین، این ویژگی رهاسازی از افکار منفی، موجب بهبود توجه مثبت نسبت به نیازهای خود و عدم انزوا و احساس تنهایی و افزایش مشارکت اجتماعی این مادران در فعالیت‌های مؤثر در پیشرفت شناختی و اجتماعی فرزندشان می‌شود. علاوه بر این، از آنجا که این مادران از زمان تشخیص اختلال طیف اُتیسم دچار ترس و استرس ناشی از مشکلات رشدی فرزندشان می‌شوند و هزینه‌های زیادی که صرف توان‌بخشی و آموزشی متحمل می‌شوند، با تجربیات منفی زیادی مواجه شده و درد و رنج زیادی را تجربه می‌کنند. بر این اساس، این نوع مداخله به این مادران در مواجه با تجربیات منفی از مشکلات فرزند دارای اختلال طیف اُتیسم بدون‌هیچ‌گونه قضاوتی و خودسرزنش‌گری کمک می‌کند.

افزون بر این، یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش احساس شرم درونی‌شده و کم‌رویی و بهبود عزت نفس در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم اثربخش است. این نتیجه با یافته رینی و آلهاسنا (۶۹) مبنی بر تأثیر درمان خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش شرم درونی‌شده همسو است. همچنین، این نتیجه با یافته پژوهشی صدیقی مورنانی و همکاران (۷۰) در زمینه مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش شرم درونی‌شده همسو شده است. نتیجه به‌دست آمده را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که از آنجا که این مادران به‌دلیل مشکلات رشدی و ویژگی‌های خاص فرزندشان، احساس حقارت و ناتوانی را تجربه کرده و نگران قضاوت دیگران نسبت به خود و فرزندشان بوده و عزت‌نفس پایینی دارند و سعی در دور شدن از مشارکت‌های اجتماعی یا گذراندن اوقات فراغت در کنار دوستان و آشنایان هستند، شرم درونی‌شده را تجربه می‌کنند. بر این اساس، یکی از ویژگی‌های بارز مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، پذیرش خود و عدم نگرانی نسبت به قضاوت دیگران و خودسرزنش‌گری و عدم حس ناتوانی است. درنتیجه، این مادران خودسرزنش‌گری کمتری نسبت به خود داشته و تمامی شرایط فرزندشان را پذیرفته و سعی در ارتقای عزت‌نفس خود و کاهش خودتحقیری و دور شدن از اجتماع دارند. بنابراین، این مداخله در کاهش احساس شرم درونی‌شده و کم‌رویی و ارتقای عزت‌نفس در این مادران مؤثر است.

شایان ذکر است که یکی دیگر از نتایج پژوهش، بیانگر اثربخشی مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهشی گرمر و نف (۷۱)، فر و همکاران (۷۲) و شی‌لو و همکاران (۷۳) همسو است. گرمر و نف (۷۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخله خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در کاهش اجتناب تجربه‌ای تأثیر دارد. فر و همکاران (۷۲) تأیید کردند که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، در کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی مؤثر است. نتایج پژوهشی شی لو وهمکاران (۷۳) بیانگر آن بود که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی را در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم کاهش می‌دهد. در تبیین پژوهش حاضر، می‌توان اذعان داشت که بخشش اشتباهات و اشتباهات، رهاسازی افکار منفی، پذیرش خطاهای خود و تجارب منفی در خودشفقتی ذهن‌آگاهانه به مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم آموزش داده می‌شود. در نتیجه، با توجه به مباحث آموزشی در این مداخله، این مادران بایستی سعی در پذیرش واقعیات در مورد مشکلات رشدی و ویژگی‌های فرزند دارای اختلال طیف اُتیسم باشند. بنابراین، این مداخله به این مادران در جهت پذیرش واقعیات و عدم کنترل و یا عدم اجتناب از تجارب منفی در کاهش آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای کمک‌کننده است (۷۲).

در حالت کلی، یافته‌های پژوهش مؤید این است که جلسات خودشفقتی ذهن آگاهانه به‌صورت گروهی در بهبود احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، کم‌رویی، عزت‌نفس، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به‌طور معناداری تأثیر داشته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی خودشفقتی ذهن آگاهانه می‌تواند موجب ارتقاء عزت نفس و کاهش احساس تنهایی، شرم درونی‌شده، کم‌رویی، عزت‌نفس، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه شود و حتی می‌توان به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه به آن نگاه کرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود، از آنجا که آزمودنی‌های این پژوهش فقط مادران بودند، در تعمیم آن به پدران باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که این پژوهش تنها برای مادران

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

کودکان با اختلال طیف اُتیسم صورت گرفته است، بدین ترتیب، باید برای تعمیم آن به مادران دانش‌آموزان با سایر گروه‌های با سایر نیازهای ویژه با احتیاط انجام شود. همچنین، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این بود که نتایج این پژوهش به‌دلیل محدودیت‌های زمانی بعد از اتمام آموزش، پیگیری نشد. در نتیجه، در استنباط این‌که این پژوهش تأثیر بلند مدت خواهد داشت، باید با احتیاط انجام شود.

سرانجام، برای پژوهشگران علاقه‌مند در زمینه خودشفقتی ذهن‌آگاهانه، پیشنهاد می‌شود که این آموزش را برای پدران کودکان با اختلال طیف اُتیسم ارائه دهند. همچنین، تأثیر خودشفقتی ذهن‌آگاهانه را در سایر گروه‌های با سایر نیازهای ویژه اجرا کنند. همچنین، پیگیری نتایج این پژوهش در بلندمدت انجام شود. علاوه‌بر این پیشنهادها، در پژوهش‌های آتی تأثیر آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم بررسی شود. با توجه به نتایج به‌دست آمده یکی از پیشنهادهای کاربردی، برگزاری جلسات آموزشی خودشفقتی ذهن‌آگاهانه در مدارس استثنایی و کلینیک‌های روان‌شناختی توسط مشاوران و متخصصان برای والدین (مادر) است.

تشکر و قدردانی

در پایان، نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نموده و از مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم کلینیک روان‌شناسی، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Bailey B, Bryant L, Hemsley B. Virtual Reality and Augmented Reality for Children, Adolescents, and Adults with Communication Disability and Neurodevelopmental Disorders: a Systematic Review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022; 9 (2): 160-183. DOI: 10.1007/s40489-020-00230-x
2. Ghosh S, Samajdar S, HalderS. Executive functioning and Social Skill in children with autism: A case series. International Journal of Indian Psychology. 2020; 8(2): 860-866. DOI: 10.25215/0802.101
3. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, Furnier SM, Hallas L, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ. 2021; 3, 70 (11): 1-16. doi: 10.15585/mmwr.ss7011a1.
4. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Spencer,Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018; 27, 67(6): 1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6706a1.
5. Hatta K, Hosozawa M, Tanaka K, Shimizu T. Exploring Traits of Autism and Their Impact on Functional Disability in Children with Somatic Symptom Disorder. J Autism Dev Disord. 2019; 49(2): 729-737. doi: 10.1007/s10803-018-3751-2.
6. Desiningrum DR, Suminar DR, Surjaningrum ER. Psychological well-being among mothers of children with autism spectrum disorder: The role of family function. Humanitas Indonesian Psychological Journal. 2019; 16(2): 106-115. file:///C:/Users/Mandegar/Downloads/10981-37121-1-b.pdfC:\Users\Mandegar\Downloads\10981-37121-1-PB.pdf
7. Lovell B, Wetherell MA. Affiliate stigma, perceived social support and perceived stress in caregivers of children with autism spectrum disorder: a multiple mediation study. Archives of Psychiatric Nursing. 2019; 33(5):31–35. doi: 10.1016/j.apnu.2019.08.012.
8. Vasileiou K, Barnett J, Barreto M, Vines J, Atkinson M, Lawson S, Wilson M. Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: A qualitative investigation. Frontiers in Psychology. 2017; 8: 585. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00585.
9. Sharabi A, Marom-Golan D. Social support, education levels, and parents' involvement: A comparison between mothers and fathers of young children with autism spectrum disorder. Topics in Early Childhood Special Education. 2018; 38(1): 54–64. https://doi.org/10.1177/0271121418762511
10. Lloyd S, Osborne L, Reed P. Personal experiences disclosed by parents of children with autism spectrum disorder: A YouTube analysis. Research in Autism Spectrum Disorders. 2019; 64: 13–22. DOI: 10.1016/j.rasd.2019.03.009
11. Gosztyła T, Prokopiak A. Mediating role of lack of support for the relationship between extraversion and sense of loneliness in parents of children with autism spectrum disorder and parents of children with intellectual disability. Giornale Italiano di Psicopatologia. 2019; 25(2):51-57. Mediating_role_of_lack_of_support_for_the_relation.pdf
12. Sipowicz K, Pietras T, Podlecka M, Mokros L. The Association between Depression and Perceived Stress among Parents of Autistic and Non-Autistic

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

Children—The Role of Loneliness. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(5): 3019. doi: 10.3390/ijerph19053019
13. Laslo-Roth R, George-Levi S, Ben-Yaako L. Support me in the good times too: Interpersonal emotion regulation, perceived social support, and loneliness among mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of Social and Personal Relationships. 2022; 40 (1). DOI: 10.1177/02654075221113031
14. Moseley RL, Turner-Cobb JM, Spahr CM, Shields GS, Slavich GM. Lifetime and Perceived Stress, Social Support, Loneliness, and Health in Autistic Adults. Health Psychol. 2021; 40: 556–568. DOI: 10.1037/hea0001108
15. Teneva N, Lemay EP. Projecting loneliness into the past and future: Implications for self-esteem and affect. Motivation and Emotion. 2020; 44(5): 772–784. DOI: 10.1007/s11031-020-09842-6
16. Ekas, NV, Ghilain C, Pruitt M, Celimli S, Gutierrez A, Alessandri M. The role of family cohesion in the psychological adjustment of non-Hispanic White and Hispanic mothers of children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016; 21: 10-24. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.09.002
17. Myers, B J, MackintoshVH, Goin-Kochel RP. "My greatest joy and my greatest heart ache:" Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. Research in Autism Spectrum Disorders. 2009; 3(3): 670–684. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.01.004
18. Griffith GM, Totsika V, Nash S, Jones RS, Hasting R P. "We are all there silently coping." the hidden experiences of parents of adults with Asperger syndrome. Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2012; 37(3): 237–247. DOI: 10.3109/13668250.2012.701729
19. Hoogsteen L, Woodgate RL. Centering autism within the family: A qualitative approach to autism and the family. Journal of Pediatric Nursing. 2013; 28(2): 135–140. DOI: 10.1016/j.pedn.2012.06.002
20. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. J Pers Soc Psychol. 1980; 39(3): 472–480. https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472
21. Holmén K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people--a follow-up study. Arch Gerontol Geriatr. 2002; 35(3): 261-74. DOI: 10.1016/s0167-4943(02)00049-3
22. Cacioppo J T, Fowler JH, Christakis NA. Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. J Pers Soc Psychol. 2009; 97(6): 977–991. doi: 10.1037/a0016076
23. Marcinechová D, Záhorcová L, Lohazerová K. Self-forgiveness, Guilt, Shame, and Parental Stress among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. Current Psychology. 2023; 1-16. doi: 10.1007/s12144-023-04476-6
24. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2022; 28: 854–860. doi: 10.1111/jep.13744
25. Johnson AJ. Examining associations between racism, internalized shame, and self-esteem among African Americans. Cogent Psychology. 2020; 7: 1757857. https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1757857
26. Arditte KA, Morabito DM, Shaw AM, Timpano K R. Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. Psychiatry Research. 2016; 239(30): 139–144. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.017
27. Afari N, Herbert M, Godfrey K, Cuneo J, Salamat J, Mostoufi S, et al. Acceptance and commitment therapy as an adjunct to the MOVE! programme: a randomized controlled trial. Obes. Sci. Pract. 2019; 5: 397–407. doi: 10.1002/osp4.356
28. Woolf-King S E, Sheinfil A Z, Babowich J D, Siedle-Khan B, Loitsch A, Maisto S A. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for HIV-infected Hazardous Drinkers: a qualitative study of acceptability. Alcohol. Treat. Q. 2019; 37: 342–358. DOI: 10.1080/07347324.2018.1539630
29. Hitchcock C, Gormley S, O'Leary C, Rodrigues E, Wright I, Griffiths K, et al. Study protocol for a randomised, controlled platform trial estimating the effect of autobiographical Memory Flexibility training (MemFlex) on relapse of recurrent major depressive disorder. BMJ Open. 2018; 8:e018194. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018194
30. Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M.Relationship Between Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, and Obsessive–Compulsive Symptoms in Patients With Obsessive–Compulsive Disorder. Front Psychol. 2021; 12: 655154. doi: 10.3389/fpsyg.2021.655154.
31. Thomas K N, Bardeen JR. The buffering effect of attentional control on the relationship between cognitive fusion and anxiety. Behav. Res. Ther. 2020; 132: 103653. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103653
32. Pyszkowska A, Krzysztof R, Zuzanna F. Self-stigma and cognitive fusion in parents of children with autism spectrum disorder. The moderating role of self-compassion. PeerJ. 2021; 9: e12591. DOI: 10.7717/peerj.12591
33. Kuyken W, Watkings E, Holden E, White K, Taylor R S, Byford S, Dalgleish T. How does mindfulness-based cognitive therapy work? Behaviour Research and Therapy. 2010; 48: 1105-1112. DOI: 10.1016/j.brat.2010.08.003
34. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S, Roach L, Lloyd J, May L, Clarke S, Remington B. The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. Behavior Therapy. 2014; 45(1):83–101. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

35. Hayes SA, Watson SL. The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder. J. Autism Dev. Disord. 2013; 43: 629–642. DOI: 10.1007/s10803-012-1604-y
36. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance, and relationship. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition. New York, NY: Guilford; 2004. pp. 1–29. https://psycnet.apa.org/record/2005-02461-001
37. Weiss JA, Cappadocia MC, MacMullin JA, Viecili M, Lunsky Y. The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. Autism. 2012; 16:261–274. DOI: 10.1177/1362361311422708
38. Martínez-Rubio D, Colomer-Carbonell A, Sanabria-Mazo JP, Pérez-Aranda A, Navarrete J, Martínez-Brotóns C, et al. How mindfulness, self-compassion, and experiential avoidance are related to perceived stress in a sample of university students. PLoS ONE. 2023; 18(2): e0280791. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280791
39. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioral therapies: what is new and what is effective? Current Opinion in Psychiatry. 2012;25(6):522–528. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328358e531
40. Hofmann SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process Based Therapy. Clinical Psychological Science. 2019; 7(1): 37-50.
41. Yeung A, Xie Q, Huang X, Hoeppner B, Jain FA, Tan EK, Mai X, Mischoulon D, Guo X. Effectiveness of Mindful Self-Compassion Training Supported by Online Peer Groups in China: A Pilot Study. Altern Ther Health Med. 2023;29(5):170-177. https://doi.org/10.1177/216770261877229
42. Cachia RL, Anderson A, Moore DW. Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. J Child Fam Stud. 2016; 25:1–14. https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-015-0193-8
43. Rojas-Torres LP, Alonso-Esteban Y, López-Ramón MF, Alcantud-Marín F. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Self Compassion (SC) Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Trial in Community Services in Spain. Children (Basel).2021; 21, 8(5): 316. doi: 10.3390/children8050316.
44. Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of Mindfulness-Based Interventions on Self-compassion in Health Care Professionals: a Meta-analysis. Mindfulness (N Y). 2020;11(8):1914-1934. DOI: 10.1007/s12671-020-01342-5
45. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. Personality and Individual Differences. 2011; 50: 222-227. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033
46. Brown K W, Ryan R M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personal Social Psychology. 2003; 84: 822-848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822
47. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science & Practice. 2003; 10: 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016
48. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice. 2004; 11: 230-241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077
49. Crane R. Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features. Hove, UK: Routledge; 2009. https://doi.org/10.4324/9781315627229
50. Neff KD. The development and validation of a scale to meas-ure self-compassion. Self and Identity. 2003; 2: 223–250. DOI: 10.1080/15298860309027
51. Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. From discrimination to internalized mental illness stigma: the mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. Psychiatric Rehabilitation. 2015; 38(2):103–108. doi: 10.1037/prj0000136
52. Bergen-Cico D, Possemato K, Cheon S. Examining the efficacy of a Brief Mindfulness-Based Stress Reduction (Brief MBSR) program on psychological health. Journal of American College Health. 2013; 61: 348-360. DOI: 10.1080/07448481.2013.813853
53. Neff K D, Germer C K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol . 2013; 69 (1): 28-44. DOI: 10.1002/jclp.21923
54. Fulton C. Self-compassion as a mediator of mindfulness and compassion for others. Counseling and Values. 2013; 63: 45-56. doi: 10.1002/cvj.12072
55. Baer RA, Lykins EL B, Peters J R. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. The Journal of Positive Psychology. 2012; 7: 230-238. https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548
56. Karakasidou E, Stalikas A. The Effectiveness of a Pilot Self-Compassion Program on Well Being Components. Psychology. 2017; 8(4). DOI: 10.4236/psych.2017.84034
57. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br. J. Clin. Psychol. 2014; 53: 6–41. DOI: 10.1111/bjc.12043
58. Farzanfar A, Sedaghat M, Zarghami E. The Effectiveness of Self-Compassion Training on Self-Discrepancy, Loneliness, and Post-Divorce Adjustment

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]

among Women. International Journal of Body. 7(1): 27-36. https:/ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/195
59. Abusaeidi Moghadam N, Sanagouye Moharer GR, Shirazi M. Effect of Self-compassion (CFT) therapy on the feelings of loneliness, shame and guilt of female applicants for divorce. Journal of woman & study of family. 2021; 14(52): 69-82. [Persian]. Doi:10.30495/JWSF.2021.1865855.1352
60. Akin A. Self-compassion and Loneliness. Int. Online J. Educ. Sci. 2010; 2: 702–718. https://www.researchgate.net/publication/49591624_Self-compassion_and_Loneliness
61. Wang SH, Tang Q, Lv Y, Tao Y, Liu X, Zhang L, Liu G. The Temporal Relationship between Depressive Symptoms and Loneliness: The Moderating Role of Self-Compassion. Behav. Sci. 2023; 13(6): 472. https://doi.org/10.3390/bs13060472
62. Liu X, Yang Y, Wu H, Kong X, Cui L. The roles of fear of negative evaluation and social anxiety in the relationship between self-compassion and loneliness: A serial mediation model. Curr. Psychol. 2022: 41: 5249–5257. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01001-x
63. Lindsay EK, Young SH, Brown KW, Creswell JD. Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. PSYCHOLOGICALAND COGNITIVE SCIENCES. 2019; 116 (9): 3488-3493. DOI: 10.1073/pnas.1813588116
64. Pandya SP. Meditation program mitigates loneliness and promotes wellbeing, life satisfaction and contentment among retired older adults: a two-year follow-up study in four South Asian cities. Aging & Mental Health. 2021; 25(2): 286-298. DOI: 10.1080/13607863.2019.1691143
65. Zhang N, Fan FM, Huang S Y, Rodriguez M A. Mindfulness training for loneliness among Chinese college students: a pilot randomized controlled trial. Int. J. Psychol. 2018; 53: 373–378. DOI: 10.1002/ijop.12394
66. Holloway J, Roberts T, Jurivich D. Mindfulness to Reduce Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Scoping Review. J Family Med Prim Care Open Acc. 2022; 6: 200. doi: 10.1186/s12889-020-8251-6.
67. Besse R, Whitaker WK, Brannon LA. Reducing Loneliness: The Impact of Mindfulness, Social Cognitions, and Coping. Mental & Physical Health. 2021; 125(3): 1289-1304. doi: 10.1177/0033294121997779.
68. Whitaker WK, Brannon LA. Mindfulness and Implementation Planning: Promoting Self-Reported and Behavioral Forgiveness. Psychol Rep. 2022; 5. DOI: 10.1177/00332941221100450
69. Riany YE, Ihsana A. Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. sikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi. 2021; 6(1): 47-60. DOI: 10.21580/pjpp.v6i1.6681
70. Sedighimornani N, Rimes KA, Verplanken B. Exploring the Relationships Between Mindfulness, Self-Compassion, and Shame. SAGE Open. 2019; 1-9. https://doi.org/10.1177/2158244019866294
71. Germer C, Neff K. Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals. The Guilford Press; 2019. https://psycnet.apa.org/record/2019-35206-000
72. Farr J, Ononaiye M, Irons C. Early shaming experiences and psychological distress: The role of experiential avoidance and self-compassion. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2021; 94(4):952–72. https://doi.org/10.1111/papt.12353
73. Shiloh G, Gal E, David A, Kohn E, Hazan A, Stolar O. The Relations between Repetitive Behaviors and Family Accommodation among Children with Autism: A Mixed-Methods Study. Children (Basel). 2023; 10(4): 742. https://doi.org/10.3390/children10040742
74. Hosseinian S. Ethics in counseling and psychology. Tehran: Kamal Tarbiat Publications; 2010.[Persian]. https://www.fadakbook.ir/product/34596/%DA%A9%D8%AA%D8%A7%D8%A8
75. Russell D, Peplau L A, CutronaC E.The revised UCLA Loneliness scale: concurrent and discriminate, Validity evidence. Journal of Personality and Social Psychologist. 1980; 39: 427-480.https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Russel-Peplau-Cutrona-80.pdf
76. Russell D, Peplau L A, Ferguson M L. Developing a measure of loneliness. Journal of p personality assessment. 1988; 42(3): 290-294. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11.
77. Zanjiran SH, Keyani L, Zare M, shayeghian Z. The Effectiveness of Group Logotherapy on the Sense of Loneliness of Elderly Women Resident in Nursing Home. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015; 16(3): 60-67. [Persian]. TheEffectivenessofGroupLogotherapy.pdf
78. Cook D R. Internalized shame scale manual. Menomonee, WI: Channel Press; 1993. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90150-3
79. Rajabi GH, Abbasi, GA (2018). Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with shyness in students. Journal of clinical research and Consultation, first year, second issue, pp. 171-182. [Persian]. https://www.sid.ir/FileServer/JF/4005013900211.pdf
80. Greco L A, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. Psychological Assessment. 2008; 20(2): 93-102. doi: 10.1037/1040-3590.20.2.93.
81. Mojtabaei M, Yasini S. Standardization of Cognitive Avoidance and Fusion Questionnaire for Young People in Iran. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2018; 12(2), 154-171. [Persian]. https://bjcp.ir/article-1-1361-en.html

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-24]