

Studying the Effectiveness of Mindful Self-Compassion (MSC) Training on Psychological Distress (Stress, Anxiety, and Depression) in Mothers of Children with Phenylketonuria (PKU)

Habibi N¹, *Basharpour S², Hatami Varzaneh A³, Narimani M²

Author Address

1. MS in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;

2. PhD in General Psychology, Professor of University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;

3. PhD in Family Counseling, Assistant Professor of Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.

*Corresponding Author Email: basharpour_sajjad@uma.ac.ir

Received: 2022 July 2; Accepted: 2022 August 10

Abstract

Background & Objective: Phenylketonuria (PKU) is a rare inherited disorder caused by a deficiency or dysfunction of the enzyme phenylalanine hydroxylase, disrupting the conversion of phenylalanine to tyrosine. High levels of phenylalanine in the plasma of these individuals lead to nerve damage, brain abnormalities, mental retardation, epilepsy, and behavioral problems. Metabolic and psychological problems caused by the disease make mothers with PKU children susceptible to adverse psychological reactions. One of the effective strategies that plays an essential role in the adaptation and regulation of emotion or change in the occurrence and intensity or continuation of feelings and emotions related to anxious life events is self-compassion. This kind of compassion facilitates emotional change toward caring for and supporting oneself in difficult life situations. Self-compassion weakens self-attack, increases self-acceptance, and reduces emotional turmoil, making the person more relieved and healed. This study aimed to investigate the effectiveness of the Mindful Self-compassion (MSC) program on the dimensions of psychological distress (stress, anxiety, and depression) of mothers with PKU children.

Methods: The research method was experimental with a pretest-posttest and a 3-month follow-up design with a control group. The statistical population included all mothers with children suffering from PKU who were referred to the support center for metabolic patients in Zanjan Province, Iran, and received dietary products without phenylalanine in April 1400. Thirty qualified volunteer mothers were selected by the available sampling method and randomly replaced into the experimental and control groups (15 people in each group). The inclusion criteria of mothers of children with phenylketonuria were as follows: being 20 to 50 years old, having at least a third-grade junior high school education, not receiving psychological services and individual counseling outside of sessions, providing informed consent to participate in the meetings, and having commitment and interest in regular participation in the training course. The exclusion criteria were as follows: unwillingness to continue participating in the research process, suffering from medical diseases such as asthma, allergies, or contracting the COVID-19 virus during the sessions, and absence of more than two sessions in the intervention process. The research tools in the pretest, posttest, and follow-up were the researcher-made questionnaire of mother-child demographic characteristics and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) (Lovibond and Lovibond 1995). The MSC program was presented according to the model of Neff and Germer (2019) in 8 sessions for the experimental group. The obtained data were analyzed with descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (the Chi-square test, repeated measures analysis of variance, and Bonferroni post hoc test) in SPSS software version 24. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results showed that after the implementation of the MSC program, there was a significant difference between the experimental and control groups regarding anxiety ($p=0.049$) and stress ($p=0.038$) scores. In the experimental group, there was a significant difference between the pretest and posttest and between the pretest and follow-up mean scores of the mentioned variable ($p<0.001$). However, there was no significant difference between the posttest and follow-up scores ($p=0.083$). It indicated the stability of the intervention effect on the stress variable in the follow-up stage.

Conclusion: Based on the results of the research, the mindful-self-compassion program was effective in reducing the anxiety and stress of mothers with children with phenylketonuria. Therefore, this program can be used to improve their psychological distress.

Keywords: Mindful self-compassion, Psychological distress, Phenylketonuria.

بررسی اثربخشی برنامه آموزش شفقت به خود توجه آگاهانه (MSC) بر ابعاد پریشانی روان شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا (PKU)

نرگس حبیبی^۱، *سجاد بشرپور^۲، ابوالفضل حاتمی ورزنده^۳، محمد نریمانی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۲. دکترای روان شناسی عمومی، استاد دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۳. دکترای مشاوره خانواده، استادیار دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران.

*رأبای نامه نویسنده مسئول: basharpoor_sajad@uma.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۱ تیر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: تولد کودک مبتلا به فنیل کتونوریا سبب واکنش های نامطلوب روان شناختی بسیاری در مادران این کودکان می شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه بر ابعاد پریشانی روان شناختی (استرس و اضطراب و افسردگی) مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی مادران دارای فرزند فنیل کتونوریا، مراجعه کننده به مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. سی نفر مادر واجد شرایط و داوطلب به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویناند و لاویناند، ۱۹۹۵) بود. گروه آزمایش برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه را طی هشت جلسه دریافت کرد. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ به روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته ها: براساس نتایج، پس از اجرای مداخله، نمرات اضطراب ($p=0/049$) و استرس ($p=0/038$) بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری داشت. اثر زمان و اثر تعاملی بین زمان و گروه برای نمره استرس معنادار بود ($p<0/001$). در گروه آزمایش بین میانگین نمرات متغیر مذکور در پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$)؛ اما بین نمره پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبود ($p=0/083$) که پایداری اثر مداخله را بر متغیر استرس در مرحله پیگیری نشان داد.

نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش، برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه، بر کاهش اضطراب و استرس مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا اثربخش است؛ بنابراین می توان از این برنامه برای بهبود پریشانی روان شناختی آنان بهره گرفت.

کلیدواژه ها: شفقت به خود توجه آگاهانه، پریشانی روان شناختی، فنیل کتونوریا.

بیماری فنیل‌کتونوریا^۱، از ناهنجاری‌های متابولیک مادرزادی بسیار شایع است که در اثر کمبود یا اختلال در عملکرد آنزیم فنیل‌آلانین هیدروکسیلاز^۲ به وجود می‌آید و فرایند تبدیل فنیل‌آلانین به تیروزین را مختل می‌کند. سطوح بالای فنیل‌آلانین در پلاسما منجر به آسیب عصبی، ناهنجاری‌های مغزی، کم‌توانی ذهنی، صرع و مشکلات رفتاری می‌شود. درمان شامل رژیم غذایی با پروتئین بسیار کم برای جلوگیری از افزایش غلظت سمی فنیل‌آلانین خون است. این رژیم درمانی بسیار محدودکننده و نیازمند درجه‌بالاتر از پایداری همه اعضای خانواده است (۱). نظارت مداوم بر میزان پروتئین مصرفی در روز، آزمایشات مکرر سنجش سطح فنیل‌آلانین خون، مراجعات منظم به مراکز درمان اختلالات متابولیک، دسترسی‌نداشتن به محصولات غذایی فاقد پروتئین، ناتوانی‌های شناختی و یادگیری^۳ بیمار و مشکلات اقتصادی، در مجموع درمان را پیچیده و نیازمند صرف وقت و انرژی بسیاری از طرف بیمار و خانواده وی می‌کند (۲)؛ از این رو تولد کودک بیمار به صورت‌های مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی کودک و مراقبان تأثیر بسزایی دارد و روال زندگی طبیعی آنان را تغییر می‌دهد. مراقبان این کودکان، مشکلات جسمانی، خستگی، درجاتی از واکنش‌های روان‌شناختی مانند سردرگمی، خشم، ناامیدی، ناشکیبایی و احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و نگرانی مرتبط با سلامتی کودک را تجربه می‌کنند که منجر به اختلال در خواب و اشتها و نیز پریشانی روان‌شناختی^۴ از جمله استرس و اضطراب و افسردگی^۵ می‌شود (۳). پریشانی روان‌شناختی به مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی و اضطراب و استرس ادراک شده و کنش‌وری روان‌شناختی غیرانطباقی^۶ در سطح رخداد‌های تنش‌زای زندگی اشاره دارد. همچنین پریشانی روان‌شناختی شامل مجموعه‌ای از علائم روانی و فیزیولوژیک و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، کاهش توانایی هوشی و اختلالات خواب می‌شود که با علائمی مانند احساسات منفی، خسته‌کننده، تحریک‌پذیر و نگران‌کننده همراه است (۴). گانجوز و همکاران به بررسی شدت علائم اضطراب و افسردگی در میان والدین کودکان مبتلا به فنیل‌کتونوریا و نیز ارزیابی ارتباط بین اختلالات خلقی و عوامل خطر احتمالی در این والدین پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که سطوح افسردگی و اضطراب والدین دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا بسیار بالاتر از والدین دارای فرزند سالم است؛ همچنین مادران به‌طور معناداری نمرات افسردگی و اضطراب بیشتری در مقایسه با پدران کسب می‌کنند (۵). نتایج پژوهش ایران‌نژاد و همکاران نشان داد، والدین کودکان مبتلا به فنیل‌کتونوریا در معرض خطر اختلالات روانی قرار دارند و دارای سطح سلامت کمتری در مقایسه با والدین دارای کودکان سالم هستند. والدین این بیماران، میزان اضطراب و استرس زیادی دارند و از پریشانی روان‌شناختی بیشتری رنج می‌برند (۳).

مشکلات عصبی‌شناختی کودکان و آگاهی والدین از عقب‌ماندگی ذهنی برگشت‌ناپذیر کودک خود، عامل پیش‌بینی‌کننده دیگری برای اضطراب و افسردگی این والدین است؛ از این رو والدین این کودکان نیازمند طیف وسیعی از مهارت‌های پیچیده به‌منظور مدیریت استرس خود و کنترل رژیم درمانی کودک هستند (۲).

سازه شفقته‌به‌خود^۷ یکی از راهبردهای مؤثر است که نقش بسزایی در سازگاری^۸ و تنظیم هیجان^۹ یا تغییر در بروز و شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان‌های مرتبط با وقایع اضطراب‌زای زندگی دارد. شفقته‌به‌خود، تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود در شرایط دشوار زندگی است که حمله به خود را تضعیف می‌کند و پذیرش خویشتن^{۱۰} را افزایش و پریشانی عاطفی^{۱۱} را کاهش می‌دهد؛ بنابراین فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و التیام یابد (۶).

نَف بیان کرد، شفقته‌به‌خود نوعی ارتباط با خویشتن است که مهربانی به خود را به‌جای خودسرزنشگری در مواجهه با رنج‌های شخصی بازنمایی می‌کند. مهربانی با خود در مقابل خودسرزنشگری^{۱۲}، تجربه مشترک بشری در مقابل انزوا^{۱۳} و توجه‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی^{۱۴}، مؤلفه‌هایی برای ساخت چهارچوبی از ذهن شفقته‌ورز هستند که ارتباط متقابل دارند (۷). همچنین شفقته‌به‌خود عناصر خاصی را به آموزش توجه‌آگاهی اضافه می‌کند؛ درحالی‌که توجه‌آگاهی بیشتر تمرکز بر آگاهی واضح و متعادل از «تجارب» لحظه‌به‌لحظه است؛ اما شفقته‌به‌خود آگاهی همراه با پذیرش مهربانانه خود فرد «تجربه‌کننده» است. توجه‌آگاهی فرد را به گشودگی همراه با عشق‌ورزی و آگاهی گسترده در قبال رنج دعوت می‌کند و شفقته‌به‌خود مؤلفه «خود مهربان در بحبوحه رنج» را با آن ترکیب می‌نماید. توجه‌آگاهی و شفقته‌به‌خود در کنار هم به فرد کمک می‌کنند تا حضور بی‌واسطه و مهربانی در لحظات دشوار زندگی داشته باشد (۸). شواهد روزافزونی دال بر نقش مؤثر برنامه شفقته‌به‌خود توجه‌آگاهانه در ارتقای شفقته‌به‌خود و سایر جنبه‌های بهزیستی روانی وجود دارد. کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی نشان داد، پس از اجرای برنامه شفقته‌به‌خود توجه‌آگاهانه، افزایش معناداری در شفقته‌به‌خود، ذهن‌آگاهی، شفقته با دیگران و رضایت از زندگی، همچنین کاهش درخور توجهی در علائم افسردگی، اضطراب، استرس، اجتناب هیجانی و نشخوار فکری به‌دست آمده است (۹، ۱۰). مراقبه‌های خودشفقت‌ورزی در درمان مشکلات خاص مانند نارضایتی از بدن و افسردگی و نگرانی‌های مرتبط با دیابت تأثیرگذار بود (۱۱).

ویژگی شفقته‌ورزی به خود، به والدین کودک بیمار اجازه می‌دهد به‌جای همجوشی و تعمق بیش‌ازحد درباره چالش‌ها و تجربیات منفی والدگری و درگیر شدن در مقایسه‌های اجتماعی ناسازگارانه خود با والدین کودکان سالم، چشم‌انداز خوش‌بینانه‌تری داشته باشند و پریشانی کمتری احساس کنند. همچنین به مراقبان کمک می‌کند تا

⁸. Adaptability

⁹. Emotion Regulation

¹⁰. Self -Acceptance

¹¹. Emotional Distress

¹². Self-kindness versus Self-judgment

¹³. Common Humanity versus Isolation

¹⁴. Mindfulness versus Over-identification

¹. Phenylketonuria

². Phenylalanine Hydroxylase

³. Cognitive and learning disabilities

⁴. Psychological Distress

⁵. Stress, Anxiety and Depression

⁶. Maladaptive Psychological Functioning

⁷. Self-Compassion

فیزیولوژیکی و روان‌شناختی کودک مبتلا به فنیل‌کتونوریا (نظیر کم‌توانی ذهنی، صرع، پرخاشگری، بیش‌فعالی، ضعف و فلج عضلانی) است.

– مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵): این مقیاس توسط لاویباند و لاویباند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. درواقع، این مقیاس مجموعه‌ای از سه مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس به‌عنوان ابعاد پریشانی روان‌شناختی به‌کار می‌رود. افسردگی به عواطف ضعیفی چون ناامیدی و کمبود انرژی و بی‌انگیزگی اشاره دارد؛ درحالی‌که اضطراب به آمیخته‌ای از احساسات نبود آرامش و بی‌قراری و آشفتگی مربوط می‌شود. سومین عامل این مقیاس در اثر تحلیل عاملی ظهور پیدا می‌کند. این عامل با عنوان استرس یا تنیدگی است. نمره‌گذاری این آزمون در دامنه‌ای از اصلاً=صفر تا خیلی زیاد=۳ صورت می‌گیرد. هر خرده‌مقیاس در این ابزار، هفت سؤال به خود اختصاص می‌دهد. به‌همین صورت نمره فرد در مقیاس‌های افسردگی و اضطراب و استرس حاصل می‌شود و مجموع نمرات سه خرده‌مقیاس به‌عنوان نمره کلی پریشانی روان‌شناختی به‌دست می‌آید (۱۴). آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدد حاکی از وجود سه عامل افسردگی و اضطراب و استرس بود. نتایج این مطالعه نشان داد، ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل سنجیده می‌شود. ارزش ویژه عوامل استرس و افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به‌ترتیب برابر ۹/۰۷ و ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۲ و ۰/۹۵ به‌دست آمد. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان افسردگی و استرس و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود (۱۵). در پژوهش اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) سه مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش شد. روایی همگرایی خرده‌مقیاس‌های این آزمون نیز با پرسش‌نامه افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس اضطراب زونک در تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود و میزان بیشتر همبستگی‌ها برای افسردگی و اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۰ و ۰/۶۴ را نشان داد (۱۶). در این تحقیق با استناد به پژوهش‌های مشابه همچون بولر (۲۰۱۵) (۱۷) و مک‌دونالد و همکاران (۲۰۱۶) (۱۸) برای سنجش پریشانی روان‌شناختی از این مقیاس استفاده شد.

به‌دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای بود، کدها و الزامات اخلاقی مصوب کمیته اخلاق در پژوهش در نظر گرفته شد و اخذ کد اخلاق پژوهش از دانشگاه محقق اردبیلی صورت گرفت. رضایت‌نامه‌ای کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود؛ آموزش برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه توسط افراد

شرایط موجود را بدون واکنش‌های خودانتقادگری و احساس شرم تجربه کنند و از توانایی‌های خود به‌عنوان والدین کارآمد اطمینان به‌دست آورند. این امر منجر به حفظ تعادل بین سلامت خود و ایفای نقش‌های والدینی در آنان می‌شود (۱۲). باتوجه به وجود افسردگی و اضطراب و استرس زیاد مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا و ازسویی نظر به کارایی برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه در کاهش پریشانی روان‌شناختی جمعیت‌های بالینی، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزشی شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه بر ابعاد پریشانی روان‌شناختی (استرس و اضطراب و افسردگی) مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا، دریافت‌کننده محصولات رژیمی مخصوص بیماران فنیل‌کتونوریا و تحت پوشش انجمن حمایت از کودکان متابولیک استان زنجان براساس نتایج آزمایش‌های موجود در پرونده و تشخیص پزشکی در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش حاضر با مراجعه به جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (۱۳) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و اندازه اثر ۰/۷۰ و توان آزمون ۰/۹۱، برای هر گروه پانزده نفر تعیین شد؛ ازاین‌رو از بین مادران واجد شرایط و داوطلب، دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا و دریافت‌کننده محصولات رژیمی (فاقد فنیل‌آلانین) و خدمات حمایتی از مرکز متابولیک استان زنجان، با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، سی نفر وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ثبت پرونده پزشکی کودک مبتلا به فنیل‌کتونوریا و دریافت‌کننده محصولات رژیمی (فاقد فنیل‌آلانین) و خدمات حمایتی از مؤسسه حمایت از کودکان متابولیک استان زنجان؛ قرارگیری در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ داشتن حداقل تحصیلات سوم دبیرستان؛ دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناختی و مشاوره فردی خارج از جلسات؛ موافقت آگاهانه برای شرکت در جلسات؛ تعهد و علاقه‌مندی به شرکت منظم در دوره آموزشی. معیارهای خروج شامل تمایل‌نداشتن به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و ابتلا به بیماری‌های پزشکی نظیر کرونا، آسم و آلرژی حین برگزاری جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در فرایند جلسات مداخله‌ای بود.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

– پرسش‌نامه محقق‌ساخته مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل پرسش‌هایی برای تعیین بخشی از ملاک‌های ورود افراد به پژوهش نظیر سن، تحصیلات مادر، قراردادش تحت شرایط درمان‌های روان‌شناختی و مشاوره فردی خارج از جلسات، همچنین پرسش‌هایی مربوط به دوره رشدی کودک و سایر مشکلات

¹. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

دارای مجوز حرفه‌ای مرتبط و دارای صلاح از نظر علمی انجام پذیرد؛ جامعه‌ای که افراد تحت مطالعه به آن تعلق دارند از نتایج حاصل از به‌کارگیری این برنامه سود برند و هیچ‌گونه مداخلات پزشکی و دارویی درباره‌ی آزمودنی‌ها انجام نشود. به‌طور مشخص اعلام شد، این مداخله آموزشی، فرایندی پژوهشی بوده که مشارکت در آن داوطلبانه و قبول‌نکردن شرکت در پژوهش یا خارج‌شدن از آن آزادانه است؛ بنابراین هیچ‌یک از اعضای تیم پژوهش آزمودنی‌ها را برای ادامه مشارکت در مطالعه مورد اجبار، تطمیع، اغوا، تهدید یا در معذوریت قرار ندادند.

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای برنامه آموزشی شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه (۱۹)

جلسه	محتوا	تمرینات
اول	آشنایی با برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه	برقراری ارتباط اولیه، ارائه مقدمه‌ای از برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه، نحوه دستیابی به شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه، مفهوم‌سازی شفقت‌به‌خود، اشکال مختلف آن، خودمهربانی و تأثیرات مشترک با توجه‌آگاهی، تأثیر شفقت‌به‌خود بر سیستم مغزی، فیزیولوژی خودانتقادگری و شفقت‌به‌خود، مزایای شفقت‌به‌خود، تفاوت شفقت‌به‌خود و عزت نفس و اشتباهات رایج درباره شفقت‌به‌خود
دوم	توجه‌آگاهی	آموزش و تمرین توجه‌آگاهی، تنفس توجه‌آگاهانه، ذهن سرگردان، چگونگی رنجاندن خود، مفهوم‌سازی توجه‌آگاهی و ارتباط توجه‌آگاهی و شفقت‌به‌خود، شناسایی و رهاکردن مقاومت، تشخیص و علت بروز بازافروختگی در فرایند التیام
سوم	پرورش عشق‌ورزی مهربانی	مراقبه آغازین: تمرین تنفس توجه‌آگاهانه و مراقبه و تمرین عشق‌ورزی-مهربانی به خود، تصویرسازی خود مهربان تکرار عبارت‌های مهرورزانه و اهمیت تربیت ذهن مهربان
چهارم	یافتن صدای شفقت‌ورز خود	مراقبه آغازین: عشق‌ورزی-مهربانی برای خود، پیداکردن صدای شفقت‌ورز درون، مراحل پیشرفت در شفقت‌ورزی (تقلاکردن، سرخوردگی، پذیرش بنیادین)، انگیزش مبتنی بر شفقت‌به‌خود، بررسی خودانتقادگری و شنیدن صدای سرزنشگر درون و نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود
پنجم	عمیق زندگی کردن	مراقبه آغازین: دادن و گرفتن شفقت، کشف و بررسی ارزش‌های اصلی خود که به زندگی معنا می‌بخشد، شناسایی ارزش‌های نهفته در لحظات رنج‌کشیدن و زندگی براساس یک عهد و پیمان، گوش فرادادن همراه با شفقت، تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی
ششم	مواجهه با هیجانات دشوار	مراقبه آغازین: عشق‌ورزی-مهربانی برای خود، مدیریت احساسات و عواطف دشوار، راهکارهایی برای روبه‌روشدن با هیجانات دشوار، برجسب‌زدن به هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها در بدنسکین، آرامش-پذیرش مفهوم‌سازی احساس شرم و باورهای بنیادین منفی
هفتم	اکتشاف روابط چالش‌برانگیز	مراقبه آغازین: دوست شفقت‌ورز، روابط چالش‌برانگیز، شناخت و بررسی دو نوع درد موجود در روابط، مواجهه‌شدن با نیازهای برآورده‌نشده و شفقت‌به‌خود به‌عنوان پادزهری در برابر فرسودگی ناشی از مراقبت، کاهش استرس مراقبان
هشتم	در آغوش گرفتن زندگی	مراقبه آغازین: شفقت برای خود و دیگران همراه با مزه‌مزه‌کردن نوعی توجه‌آگاهی درباره تجارب مثبت همراه با شکرگزاری که تشخیص و تأیید و قدردانی از جنبه‌های خوب زندگی است، پرورش شادکامی، قدردانی از خود، تمرین دوست دارم چه چیزی را به‌یاد داشته باشم، تعهد به انجام تمرین‌ها و نکاتی برای حفظ آن‌ها در زندگی روزمره

توجه‌آگاهانه به‌همراه مراقبه‌ها و تمرین‌های رسمی و غیررسمی مربوط به محتوای آموزشی هر جلسه، تدوین‌شده توسط گرم و نف (۲۰۱۹) استفاده شد که در جدول ۱ ارائه شده است (۱۹). در ارتباط با روایی سازه و محتوای برنامه مذکور می‌توان اذعان داشت، چون براساس پشتوانه نظری معتبری بنا شده است، روایی مناسبی دارد. به‌علاوه پروتکل اجرایی در این پژوهش براساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین در جوامع غربی (۹، ۱۳) و نیز در جوامع شرقی (۲۰) بررسی شد که نتایج به‌دست‌آمده در کنار سایر کارآزمایی‌های تصادفی انجام‌گرفته در فرهنگ غرب، از کارایی این برنامه در کاهش پریشانی روان‌شناختی در فرهنگ شرقی پشتیبانی کرد. همچنین با تأیید اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی، انتخاب صورت گرفت و توسط افراد دارای مجوز

– برنامه آموزشی شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه^۱: این برنامه ازجمله درمان‌های نسل سوم شناختی‌رفتاری است که توسط نف و گرم در سال ۲۰۱۳ توسعه پیدا کرد (۹). منظور از برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه (MSC) در این پژوهش ارائه مداخله روان‌شناختی گروهی بود که برای کسب مهارت‌های شفقت‌ورزی درقبال خود برای مقابله مؤثر در مواقع بحران و رویدادهای آسیب‌زای زندگی، ابداع شد. ساختار کلی این برنامه براساس مفهوم‌بندی نف از سازه شفقت‌به‌خود و مؤلفه‌های آن ازجمله مهربانی با خود درمقابل خودسرزنشگری، درنظرگرفتن اشتراکات انسانی (تجربه مشترک بشری) درمقابل انزوا و توجه‌آگاهی درمقابل همانندسازی افراطی شکل گرفت (۷). در تهیه پروتکل آموزشی، از ساختار و محتوای برنامه آموزشی شفقت‌به‌خود

^۱. Mindful Self-Compassion Program

حرفه‌ای مرتبط و دارای صلاح از نظر علمی طی مداخله هشت جلسه‌ای، هر هفته به مدت ۱۵۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد. در هر جلسه، توضیحی درباره نحوه اجرای مهارت‌ها در زندگی روزمره برای شرکت‌کنندگان صورت گرفت و در ابتدای جلسه بعد بررسی شد. برای اجرای تمرین‌های رسمی و غیررسمی از کاربرگ‌های کتاب‌کار شفقت به خود، روشی معتبر برای پذیرش خویش، توانمندسازی درون و شادکامی، تألیف نف و گرم (۲۰۱۸) استفاده شد (۲۱). به علاوه برای ترغیب شرکت‌کنندگان در اجرای تمرین‌ها و اطمینان حاصل کردن از اجرای درست مهارت‌های توجه‌آگاهی و شفقت‌ورزی به خود، مراحل هرکدام از این تمرین‌ها مطابق جدول ۱، به صورت فایل صوتی

در اختیار ایشان قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

این مطالعه روی سی مادر دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا انجام شد. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. فراوانی و درصد گروه‌ها براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادر- کودک مبتلا به فنیل‌کتونوریا

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		گروه		نتایج خی دو	
آزمایش		تعداد	درصد	تعداد	درصد
دامنه سنی	۲۹ تا ۲۰	۲	۱۳/۳	۶	۴۰
	۳۹ تا ۳۰	۹	۶۰/۰	۷	۴۶/۷
	۴۹ تا ۴۰	۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳
میزان تحصیلات	کمتر از دیپلم	۵	۳۳/۳	۳	۲۰
	دیپلم و فوق دیپلم	۵	۳۳/۳	۹	۶۰
	لیسانس	۳	۲۰	۳	۲۰
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳	۰	۰
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان مبتلا به فنیل‌کتونوریا					
نوع اختلال همبود	کم توانی ذهنی	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
	تشنج	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	پر خاشگری	۱	۶/۷	۰	۰
	بیش فعالی	۰	۰	۱	۶/۷
	ضعف و فلج عضلانی	۱	۶/۷	۱	۶/۷
	هیچ کدام	۶	۴۰	۱۰	۶۶/۷
دوره رشدی کودک	۲ تا ۰	۶	۴۰	۳	۲۰
	۳ تا ۶	۴	۲۶/۷	۶	۴۰
	۷ تا ۱۱	۲	۱۳/۳	۵	۳۳/۳
	۱۲ تا ۱۸	۳	۲۰	۱	۶/۷

آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر محسوسی وجود ندارد. چهار پیش‌فرض زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آزمون شاپیرو-ویلک^۱، آزمون لوین^۲، آزمون ام‌باکس^۳ و آزمون کرویتموخلی^۴ بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وابسته حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود ($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین و آزمون کرویتموخلی و آزمون ام‌باکس در جدول ۴ ارائه شده است.

توزیع فراوانی و درصد و نتایج آزمون خی دو برای مقایسه گروه‌ها براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین دو گروه براساس سن، میزان تحصیلات، نوع اختلال کودک و دوره رشدی کودک تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$)؛ بنابراین گروه‌ها از نظر ویژگی‌های مذکور، همگن است. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی و اضطراب و استرس گروه

3. Box's Test of Equality of Covariance Matrices

4. Mauchly's Test of Sphericity

1. Shapiro-Wilk Test

2. Levene's Test

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار افسردگی و اضطراب و استرس مادران دارای فرزند مبتلا به فنیلکتونوریا در سه مرحله اندازه‌گیری در گروه‌های پژوهش

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش گواه	آزمایش گواه	۷/۵۳	۴/۴۸	۴/۶۶	۴/۱۳	۴/۲۶	۴/۵۲
			۷/۶۶	۵/۰۱	۷/۸۶	۴/۹۳	۸/۸۶	۵/۵۰
پریشانی روان‌شناختی	اضطراب	آزمایش گواه	۷/۰۶	۳/۹۳	۴/۵۳	۳/۰۴	۳/۷۳	۳/۱۹
			۷/۸۰	۵/۵۷	۶/۸۶	۵/۱۶	۸/۳۳	۳/۸۲
استرس	آزمایش گواه	آزمایش گواه	۱۴/۴۰	۵/۵۱	۸/۲۰	۳/۲۱	۵/۴۶	۴/۵۰
			۱۲/۳۲	۵/۰۵	۱۰/۸۶	۴/۷۱	۱۳/۶۶	۳/۶۹

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت‌موخلی و آزمون ام‌باکس

متغیر	مؤلفه	همگنی واریانس‌ها		W موخلی	خی‌دو تقریبی ^۱	مقدار احتمال	گرین‌هاوس- گیسر ^۲	ام‌باکس	مقدار احتمال
		F	لوین						
پریشانی روان‌شناختی	افسردگی	۰/۳۰۰	۰/۵۸۸	۰/۶۷۲	۱۰/۷۴۳	۰/۰۰۵	۰/۷۵۳	۵/۹۸۹	۰/۵۰۸
	اضطراب	۰/۸۵۱	۰/۳۶۴	۰/۶۴۹	۱۱/۶۶۱	۰/۰۰۳	۰/۷۴۰	۶/۹۲۰	۰/۴۱۱
	استرس	۰/۰۰۵	۰/۹۴۲	۰/۸۲۲	۵/۲۸۵	۰/۰۷۱	۰/۸۴۹	۸/۹۸۴	۰/۲۴۳

مطابق جدول ۴ نتایج آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس‌های خطا در دو گروه بود. نتایج آزمون موخلی نشان داد، شرط تساوی ماتریس‌های واریانس‌کواریانس یعنی مفروضه کرویت برای متغیرهای افسردگی و اضطراب برقرار نیست؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس-گیسر برای تصحیح آماره F استفاده شد. نتایج آماره ام‌باکس برای

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی) در متغیرهای افسردگی و اضطراب و استرس مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال فنیلکتونوریا

متغیر	مؤلفه	منبع تغییر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا (η^2)
افسردگی	بین‌گروهی	گروه	۳/۴۸۴	۰/۰۷۲	۰/۱۱۱
		زمان	۱/۲۴۱	۰/۲۹۷	۰/۰۴۲
		زمان×گروه	۳/۳۱۰	۰/۰۵۹	۰/۱۰۶
پریشانی روان‌شناختی	اضطراب	بین‌گروهی	۴/۲۱۹	۰/۰۴۹	۰/۱۳۱
		زمان	۲/۶۹۲	۰/۰۹۴	۰/۰۸۸
		زمان×گروه	۳/۰۰۳	۰/۰۷۵	۰/۰۹۷
استرس	درون‌گروهی	بین‌گروهی	۴/۷۲۱	۰/۰۳۸	۰/۱۴۴
		زمان	۱۱/۴۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۰
		زمان×گروه	۱۸/۱۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۳

افسردگی معنادار نیست ($p>۰/۰۵$)؛ به عبارت دیگر بین شرکت‌کننده‌های دو گروه پس از اجرای مداخله در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). همچنین یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد، اثر مراحل آزمون (زمان) و اثر تعاملی بین زمان و گروه برای نمره‌های افسردگی و اضطراب معنادار نیست ($p>۰/۰۵$)؛ اما اثر اصلی زمان و اثر تعاملی بین زمان و گروه برای نمره استرس معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ یعنی نمرات

یافته‌های جدول ۵، حاکی از معناداربودن اثر بین‌گروهی متغیرهای اضطراب و استرس بود ($p<۰/۰۵$)؛ به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله در متغیرهای اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). مقدار مجذور اتا نشان داد، ۱۳ درصد از تغییرات در نمره اضطراب و ۱۴ درصد از تغییرات در نمره استرس به وسیله اجرای برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه تبیین‌شدنی است؛ درحالی‌که اثر بین‌گروهی متغیر

². Greenhouse-Geisser

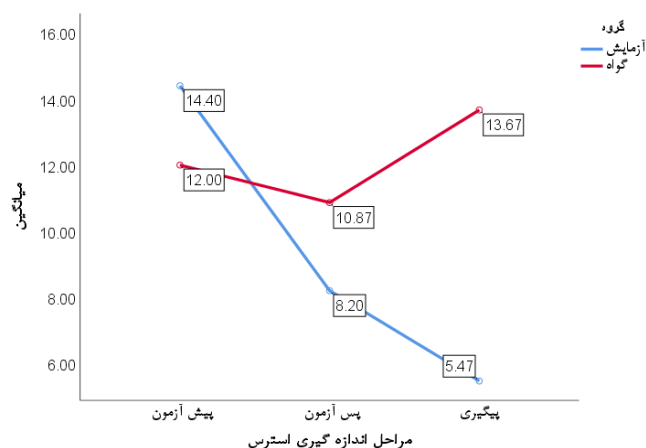
¹. Approx. Chi-Square

شرکت‌کنندگان در متغیر استرس در گروه آزمایش از مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است؛ بنابراین برنامه آموزش شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه تأثیر معناداری بر کاهش میزان استرس گروه آزمایش در سه مرحله آزمون دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل سه‌گانه متغیر استرس در گروه‌های مطالعه‌شده

متغیر	(i)(j)	مرحله			گروه آزمایش			گروه گواه	
		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	خطای معیار
استرس	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۲۰۳	۱/۵۶۶	<۰/۰۰۱	۱/۱۳۵	۳/۵۶۰	۰/۹۹۲		
	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۹۳۵	۱/۵۱۷	<۰/۰۰۱	۱/۶۷۷	۳/۸۲۴	۰/۶۰۱		
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۷۳۱	۱/۱۱۲	۰/۰۸۳	۲/۸۱۹	۲/۳۱۵	۰/۰۰۷		

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش از نظر نمره استرس، بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست ($p = ۰/۰۸۳$) که حاکی از پایداری اثر مداخله بر متغیر استرس در مرحله پیگیری است.



نمودار ۱. نمودار میانگین نمرات دو گروه در متغیر استرس در سه مرحله آزمون

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزش شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه بر ابعاد پریشانی روان‌شناختی (استرس و اضطراب و افسردگی) مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا بود. نتایج مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد، آموزش شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه بر کاهش نمره استرس مادران فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوریا مؤثر است. نتایج حاکی از کاهش ۱۴ درصدی میزان استرس آزمودنی‌ها پس از آموزش مهارت‌های شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه بود. درواقع، شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه نوعی ارتباط سازگارانه با خود است که آگاهی همراه با پذیرش تجربیات دشوار، مهربانی با خود در زمان رنج‌کشیدن و ظرفیت نگرستن به چالش‌های زندگی را به‌عنوان بخشی از تجربیات مشترک انسان‌ها به‌ارمغان می‌آورد. داشتن تمایل زیاد برای

ملاقات با خود به‌شیوه‌ای مشفقانه، عملکردهای روانی و فیزیولوژیکی انعطاف‌پذیر را تسهیل می‌کند و توانایی بهتری را برای پاسخ‌دهی هیجانی در شرایط استرس‌زا ممکن می‌سازد (۱۹). این نتایج همسو با کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی اولیه نف و گرمر است که اثربخشی برنامه شفقت‌به‌خود توجه‌آگاهانه را در بهبود مؤلفه‌های سلامت روان ازجمله شفقت‌به‌خود، توجه‌آگاهی، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس به‌منزله مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی، نشان داد (۹). همچنین با نتایج مطالعه نف و فاسو همسوست. آن‌ها دریافتند، شفقت‌ورزی زیاد درقبال خود با استرس والدینی کمتری در والدین دارای کودک اتیستیک همراه است (۱۲). سطوح بالاتر شفقت‌به‌خود با سطوح بالاتر توجه‌آگاهی و سطوح پایین‌تر علائم استرس هیجانی همراه است.

همچنین با سطوح بالاتر تغییرپذیری ضربان قلب از طریق عصب واگ^۱ به عنوان شاخص انعطاف پذیری روانی فیزیولوژیکی ارتباط دارد که منجر به کاهش سریع تر استرس می شود (۸).

به طور کلی به نظر می رسد، شفقت به خود سیستم پاراسمپاتیک را فعال می کند و با غیرفعال سازی سیستم عصبی سمپاتیک، ضربان قلب و تنفس را کاهش می دهد که علائم مرتبط با استرس هستند. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر از نظریه گیلبرت تبعیت می کند. این نظریه بیان کرد، شفقت به خود امکان تعامل انعطاف پذیرتر بین شاخه های پاراسمپاتیک و سمپاتیک سیستم عصبی خودمختار را از طریق فعال کردن سیستم مراقبت و غیرفعال کردن سیستم تهدید-دفاع فراهم می سازد (۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، آموزش برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه بر میزان اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا تأثیرگذار است؛ به عبارت دیگر ۱۳ درصد از کاهش میزان اضطراب آزمودنی های گروه آزمایش ناشی از آموزش مهارت های شفقت به خود توجه آگاهانه است. این نتایج، همگام با یافته های گویا و همکاران (۱۰) و نف و فاسو (۱۲) است که ارتباط منفی مداوم برای شفقت به خود و اضطراب گزارش کردند. پژوهش نواب و همکاران روند کاهش اضطراب را در میان مادران دارای کودک دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی^۲ پس از مداخله متمرکز بر شفقت^۳ نشان داد (۲۲). شفقت به خود ارتباطی قوی با بهزیستی روانی و انگیزش درونی خوش بینی و توانایی مواجهه افراد به جای اجتناب ورزی از موقعیت دارد که می تواند آسیب های روان شناختی را کم کند و به بهبود مؤلفه های روان شناختی افراد از جمله اضطراب منجر شود (۲۳).

کاهش میزان اضطراب مادران گروه آزمایش را می توان با این واقعیت تبیین کرد که سیستم توجه در افراد مضطرب در قبال محرک های منفی سوگیری دارد؛ به گونه ای که این افراد در قبال محرک های اضطراب زا و تهدید کننده دارای حساسیت بیشتری هستند. در شرایط اضطراب زا، سیستم لیمبیک مغز این افراد فعال تر می شود و فعال سازی سیستم تهدید-دفاع را در پی دارد؛ در نتیجه آن ها سطوح بالاتری از ترشح کورتیزول را در این موقعیت ها تجربه می کنند. در این شرایط شفقت به خود با فعال سازی سیستم تسکین-مراقبت و مهار سیستم تهدید-دفاع به کاهش احساس ترس و کناره گیری در افراد منجر می شود و قدرت مقابله مسئله مدار و فرضیه سازی را در فرد افزایش می دهد (۶). این فرایند سبب می شود، مادران بیماران فنیل کتونوریا بهتر بتوانند با شرایط جدید خود مواجه و سازگار شوند و قدرت تحمل خود را ارتقا دهند؛ همچنین این شرایط سبب کاهش اضطراب ناشی از شرایط و بحران های ناشی از بیماری فنیل کتونوریا در مادران آن ها می شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، پس از مداخله شفقت به خود توجه آگاهانه بین شرکت کنندگان گروه های آزمایش و گواه در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ در واقع، فقط ۱۱ درصد از تغییرات در نمره افسردگی به وسیله برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه

تبیین پذیر است. این نتایج با اغلب یافته ها در زمینه شفقت به خود مقایسه شدنی است و نشان دهنده ارتباط بین سطوح بالای خودشفقت ورزی با سطوح پایین علائم افسردگی و گرایش کم به نشخوار فکری بود؛ برای مثال در کارآزمایی بالینی نف و گرمر، اندازه اثر زیادی بین شفقت به خود و علائم افسردگی از جمله نشخوار فکری گزارش شد (۹). همچنین در پژوهش کامپو و همکاران پس از مداخله شفقت به خود توجه آگاهانه، شرکت کنندگان بهبود درخور توجهی را در پیامدهای روانی اجتماعی مانند کاهش افسردگی و انزوای اجتماعی نشان دادند (۲۴). نتایج پژوهش نواب و همکاران نیز حاکی از اثربخشی تمرینات شفقت به خود بر بهبود افسردگی مادران کودکان دارای نقص توجه/بیش فعالی بود (۲۲).

یافته پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از پژوهش یلا و همکاران همسو است که روی دو گروه از کارآموزان سلامت روان به ترتیب با تبعیت زیاد و کم از برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه انجام گرفت. هر دو گروه در متغیر افسردگی نمرات مشابهی کسب کردند که نشان از اندازه اثر کمتر پایبندی به این برنامه در کاهش علائم روان شناختی از جمله افسردگی داشت (۲۵). این نتایج تفاوت مشخص کرد، اثربخشی شفقت به خود توجه آگاهانه ممکن است بر انواع علائم آسیب شناسی روانی در بین جمعیت های مختلف بالینی و عمومی مختلف باشد.

نکته درخور توجه در خصوص تفاوت نتیجه مشاهده شده در پژوهش حاضر با برخی از نتایج پژوهشی، امکان دارد ناشی از ویژگی های شرکت کنندگان در مطالعه حاضر باشد؛ زیرا برخلاف سایر مطالعات همچون نف و گرمر که شرکت کنندگان در پیش آزمون سطوح بالایی از علائم افسردگی را نشان دادند (۹)، در پژوهش حاضر میزان افسردگی اولیه شرکت کنندگان کمتر بود و احتمالاً کاهش میزان افسردگی به سطوح پایین تر را دشوار کرده است؛ همان طور که قبلاً در ادبیات مربوط به مداخله شفقت به خود توجه آگاهانه گزارش شد، افراد با سطوح پایین افسردگی در پیش آزمون ممکن است در مقایسه با افراد دارای نمرات پیش آزمون بیشتر، بهبود کمتری نشان دهند (۲۵).

همچنین به نظر رسید، از دلایل بالقوه دیگر برای این اندازه اثر کم درباره افسردگی، عواملی همچون ماهیت پویا و پیچیده تر افسردگی باشد که روند بهبودی را با مشکل مواجه کرده است؛ زیرا استرس و اضطراب، هیجان هایی هستند که الگوهای پاسخ کوتاه مدت و گذرای افراد به موقعیت خاص تعریف می شوند و خاصیت انطباقی دارند؛ در حالی که افسردگی به عنوان خلق و خویی با هیجانی فراگیر و نافذ و پایدار است و از چند صفت مانند غمگینی مداوم و ناامیدی و انزوای غیر انطباقی تشکیل می شود. با توجه به ماهیت پیچیده و پایدار خلق افسرده، برای اثربخشی بیشتر این برنامه، تداوم و تکرار جلسات آموزشی مفید است؛ زیرا تداوم در تمرین های شفقت ورزی و مرور مطالبی که افراد به صورت دوره ای یاد گرفته اند، از جمله تمرین غلبه بر احساسات دشوار (نظیر شرم و سرزنش و گناه)، به آن ها اجازه می دهد تا مسئولیت شخصی خود را مجدد ارزیابی کنند و متعاقب آن احتمال بروز افسردگی کاهش

³. Compassion Focused Therapy

¹ (vmHRV/ Vagally Mediated Heart Rate Variability)

². Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

یابد.

توجه آگاهی را نمایان می سازد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا که در پژوهش شرکت کردند و همچنین از مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان که برای انجام تحقیق با پژوهشگران همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی در دانشگاه محقق اردبیلی با شناسه اخلاق مصوب IR.UMA.REC.1400.013 است. در مراحل اجرا و جمع آوری داده های پژوهش، این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه است و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهد شد. پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی اخذ شد که دربردارنده تمامی اطلاعات لازم برای تصمیم گیری فرد به منظور شرکت در پژوهش بود. همچنین به طور مشخص اعلام شد، این مداخله آموزشی، فرایندی پژوهشی بوده و مشارکت در آن داوطلبانه و قبول نکردن شرکت در پژوهش یا خارج شدن از آن آزادانه است؛ بنابراین هیچ یک از اعضای تیم پژوهش آزمودنی ها را برای ادامه مشارکت در مطالعه مورد اجبار، تطمیع، اغوا، تهدید و/یا در معذوریت قرار ندادند. پس از پایان یافتن پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی دوره آموزشی مذکور برای گروه گواه نیز اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسنده اول، جمع آوری اطلاعات، اجرای پروتکل آموزشی، انجام تحلیل های آماری و تفسیر آن ها را انجام داد. نویسنده دوم بررسی پروتکل پژوهش و راهنمایی و هدایت بخش های مختلف پژوهش را بر عهده داشت. همچنین جمع بندی نهایی و مشاوره در تمام مراحل انجام پژوهش توسط نویسندگان سوم و چهارم انجام گرفت. همه نویسندگان نسخه دست نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

یافته های این پژوهش را باید در چارچوب چندین محدودیت دید؛ نمونه به طور کلی از مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا تشکیل شد. حضور هم زمان پدران و مادران بیماران، امکان مقایسه بیشتری را فراهم می کند. پژوهش حاضر فقط روی مادران دریافت کننده خدمات حمایتی و محصولات خاص رژیمی بیمار فنیل کتونوریا، انجام شد؛ بنابراین دریافت خدمات از مؤسسه حمایتی، ممکن است زمینه بروز تفاوت هایی را در مؤلفه های سلامت روان شرکت کنندگان با جمعیت کلی این خانواده ها و افراد فاقد دسترسی به خدمات حمایتی و محصولات رژیمی، امکان پذیر سازد؛ از این رو، تعمیم یافته ها باید با احتیاط صورت گیرد.

در نهایت آموزش و به کارگیری برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه برای مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا می تواند در مواجهه کارآمد آن ها با مشکلات بیماری کودک خود مثرتر باشد و منجر به افزایش آگاهی و بهبود نگرش والدین و کاهش پریشانی روان شناختی آنان شود. پیشنهاد می شود، ارائه دهنندگان خدمات بهداشتی سلامتی، برنامه های مناسبی از این قبیل را برای توانمندسازی افراد در مواجهه کارآمد با مشکلات ناشی از این بیماری و حمایت از خانواده های دارای کودک بیمار در نظر بگیرند. همچنین بررسی تأثیر برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه بر سایر مؤلفه های پریشانی روان شناختی و متغیر افسردگی در مطالعات آینده مدنظر قرار گیرد.

۵ نتیجه گیری

به طور کلی، نتایج حاصل از این پژوهش بر اهمیت درک مزایای برنامه شفقت به خود توجه آگاهانه در محیط های درمانی و در ارتباط با سازه های سلامت روان تأکید می کند. با توجه به یافته های پژوهش حاضر چنین می توان نتیجه گیری کرد که مهارت شفقت به خود، به والدین کودک بیمار اجازه می دهد به جای همجوشی و تعمق بیش از حد درباره چالش ها و تجربیات منفی والدگری و درگیر شدن در مقایسه های اجتماعی ناسازگارانه خود با والدین کودکان سالم، چشم انداز خوش بینانه تری داشته باشند و پریشانی روانی کمتری احساس کنند. علاوه بر این، دریافت مداخله های آموزشی مبتنی بر گروه ممکن است به مادران کمک کند تا احساسات خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و متوجه شوند که از آن ها حمایت می شود. در واقع، شفقت به خود و توجه آگاهی به عنوان عوامل ضربه گیر و محافظتی، منابع عاطفی در دسترس بیشتری را به منظور مقابله و کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی برای مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل کتونوریا مهیا می کنند. این نتایج اهمیت توسعه و به کارگیری روش های درمانی مبتنی بر شفقت به خود و

References

1. Etemad K, Heidari A, Setoodeh A, Shayeganrad A, Akhlaghi A, Azizi M, et al. Health-related quality of life of parents of children with phenylketonuria in Tehran province, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2020;26(3):331–9. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.045>
2. Fidika A, Salewski C, Goldbeck L. Quality of life among parents of children with phenylketonuria (PKU). *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):54. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-54>
3. Irannejad F, Dehghan M, Mehdipour Rabori R. Stress and quality of life in parents of children with phenylketonuria: IRANNEJAD et al. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2018;31(2–3):48–52. <https://doi.org/10.1111/jcap.12207>

4. Yamada S, Ohayashi H. Psychological distress: symptoms, causes, and coping. New York, Nova Science press; 2012.
5. Gunduz M, Arslan N, Unal O, Cakar S, Kuyum P, Bulbul SF. Depression and anxiety among parents of phenylketonuria children. *Neurosci*. 2015;20(4):350–6. <https://doi.org/10.17712/nsj.2015.4.20150319>
6. Gilbert P. Compassion: definitions and controversies. In: Gilbert P; editors. *Compassion: concepts, research and applications*. London: Routledge; 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>
7. Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
8. Svendsen JL. Self-compassion-relationship with mindfulness, emotional stress symptoms and psychophysiological flexibility [PhD dissertation]. University of Bergen; 2019.
9. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program: a pilot and randomized trial of MSC program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
10. Gouveia MJ, Canavarro MC, Moreira H. Associations between mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation, and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *J Child Fam Stud*. 2019;28(1):273–85. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1239-5>
11. Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Considine NS. Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39(11):1963–71. <https://doi.org/10.2337/dc16-0416>
12. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015;6(4):938–47. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge; 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
14. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
15. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10(2):176–81. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
16. Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical sample. *Clinical Psychology and Personality*. 2008;6(2):23–38. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2610.html?lang=en
17. Buller CJ. Dispositional mindfulness and emotion regulation as mediators of the attachment and psychological distress relationship [Thesis for MSc]. [Sydney, Australia]: University of Newcastle; 2015.
18. McDonald HM, Sherman KA, Petocz P, Kangas M, Grant KA, Kasparian NA. Mindfulness and the experience of psychological distress: the mediating effects of emotion regulation and attachment anxiety. *Mindfulness*. 2016;7(4):799–808. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0517-9>
19. Germer C, Neff K. Mindful self-compassion (MSC). In: Ivztan L; editor. *The handbook of mindfulness-based programs: every established intervention, from medicine to education*. London: Routledge; 2019.
20. Finlay-Jones A, Xie Q, Huang X, Ma X, Guo X. A pilot study of the 8-week mindful self-compassion training program in a Chinese community sample. *Mindfulness*. 2018;9(3):993–1002. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0838-3>
21. Neff KD, Germer CK. *The mindful self-compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. First edition. New York: The Guilford Press; 2018.
22. Navab M, Dehghani A, Salehi M. The effectiveness of compassion- focused group therapy on quality of life and change in the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018;5(1):127–37. [Persian] <https://childmentalhealth.ir/article-1-285-en.html>
23. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: a within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *J Adolesc*. 2017;57(1):108–18. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>
24. Campo RA, Bluth K, Santacroce SJ, Knapik S, Tan J, Gold S, et al. A mindful self-compassion videoconference intervention for nationally recruited posttreatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer*. 2017;25(6):1759–68. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3586-y>
25. Yela JR, Gómez-martínez MÁ, Crego A, Jiménez L. Effects of the mindful self-compassion programme on clinical and health psychology trainees' well-being: a pilot study. *Clinical Psychologist*. 2020;24(1):41–54. <https://doi.org/10.1111/cp.12204>