



تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین با فرزند کم‌توانی جسمی - حرکتی

جهانگیر کرمی^۱، افشین طهماسبی کله کبودی^{۲*}

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش خود شفقت‌ورزی بر افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین دارای فرزند کم‌توان جسمی - حرکتی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین دارای فرزند کم‌توان جسمی - حرکتی تحت پوشش بهزیستی کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنان تعداد ۲۰ نفر (۱۶ زن و ۴ مرد) به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۰ نفر). ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس ایده‌پردازی خودکشی (BSSI) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش خود شفقت‌ورزی بر اساس پروتکل گیلبرت قرار گرفتند و گروه گواه برنامه‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش خود شفقت‌ورزی بر کاهش افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین دارای فرزند با کم‌توانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد ($P < 0.001$). بنابراین جهت پیشگیری از خودکشی و همچنین افزایش پذیرش احساسات و هیجانات والدین دارای فرزند با کم‌توانی جسمی - حرکتی می‌توان از خود شفقت‌ورزی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: اجتناب تجربه‌ای، افکار خودکشی، خود شفقت‌ورزی، کم‌توانی جسمی - حرکتی، والدین.

تاریخ پذیرش: ۱۱ دی ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۸ آبان ۱۴۰۳

تاریخ دریافت: ۷ خرداد ۱۴۰۳

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. newwisdom831@gmail.com

مقدمه

در عصر حاضر مشکل کم‌توانی ذهنی یا جسمی، مخصوصاً در کودکان از حادثترین مسائل جوامع بشری است (جنکین، ویلسون، کمپاین و کلارک^۱، ۲۰۲۰). کم‌توانی جسمی به عنوان نبود یا کاهش عملکرد حرکتی، به درجات مختلفی از تغییر شکل و تخریب ساختارها و کارکردهای حرکتی بدن اطلاق می‌شود (ژنگ^۲، ۲۰۱۴). تولد کودک کم‌توان جسمی حرکتی نه‌تنها والدین بلکه سایر اعضای نظام خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. در این زمان آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌های خانواده به‌سوی کودک کم‌توان معطوف می‌شود این امر نظم معمول زندگی افراد خانواده را بر هم زده و به بروز آشفتگی‌ها و بیماری‌های روانی می‌انجامد (اگراتسوا، اودنل، دسوزا سیلوا و ماجنمر^۳، ۲۰۱۹). داشتن کودک کم‌توان در خانواده، خسارت‌ها و آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند. والدین ممکن است از داشتن چنین فرزندی دچار شوک شده و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، خجالت، انکار و احساس گناه را برای آنها در پی داشته باشد (درداس^۴، ۲۰۱۴). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در کشورهای درحال توسعه بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد جامعه دچار کم‌توانی هستند که بین ۴ تا ۴/۵ درصد اشخاص نیز دچار کم‌توانی شدید می‌شوند که باید خدمات ویژه‌ای دریافت نمایند (تقی‌زاده، ۲۰۱۶). ۸۰ درصد جمعیت افراد دارای کم‌توانی در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند که سهم ایران از این جمعیت هفت میلیون نفر است (فروزان و همکاران، ۲۰۱۳). تعداد درخور توجهی از این جمعیت را کم‌توانان جسمی حرکتی تشکیل می‌دهند. در ایران حدود یک میلیون و سیصد و پنجاه‌هزار کم‌توان تحت پوشش خدمات بهزیستی بوده که از این تعداد ۴۲ درصد کم‌توان جسمی - حرکتی هستند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۸).

۴۲ درصد از والدین در حین مراقبت از کودک کم توان افکار و رفتارهای خودکشی را تجربه کرده بودند که بیش از نیمی از این مراقبان هرگز این افکار و تجربیات را گزارش ندادند بودند. اکثریت والدینی که افکار خودکشی را گزارش کرده بودند در ۱۲ ماه گذشته این افکار را تجربه کرده بودند و تقریباً یک سوم از کسانی که برنامه‌های خودکشی را گزارش می‌کردند آن را در سال قبل انجام داده بودند (اودویر، اندروردا و سانسوم^۵، ۲۰۲۳). خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه و به‌عنوان بخشی از انحرافات اجتماعی شناخته شده است که عوامل متعددی همچون سن، جنس، ناامیدی، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، سوءمصرف مواد، کشمکش بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلال دوقطبی و به‌ویژه افسردگی، شکست عشقی، اعتیاد به الکل یا سوءمصرف دارو در این موضوع دخیل هستند (کوان^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). خودکشی فرایندی چندمرحله‌ای شامل افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و عمل برای پایان دادن به زندگی است. بنابراین افکار خودکشی اولین گام برای پایان دادن به زندگی و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های عمل خودکشی است (هایز^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). ایده‌پردازی خودکشی عاملی خطرآفرین برای خودکشی است (لارج^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) و بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد (پاول و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از بهروز و همکاران، ۱۴۰۰). این افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد خاتمه زندگی تا خودکشی را در برمی‌گیرد (سزیسلر^۹ و همکاران، ۲۰۲۱) که والدین دارای فرزند کم‌توان جسمی - حرکتی تجارب رنج‌آور و دغدغه‌های روانی اجتماعی بسیاری را پیرامون مراقبت از فرزند ناتوان خود تجربه می‌کنند که خود ضرورت حمایت تخصصی از آن‌ها را نشان می‌دهد (صالحی، افشار، علی بخشی، شاه مرادی و میر شجاع، ۱۴۰۰).

1. Jenkin, Wilson, Campain & Clark

2. Zheng

3. Ogourtsova, O'Donnell, De Souza Silva & Majnemer,

4. Dardas

5. O'Dwyer Andrewartha & Sansom

6. Kwan

7. Hayes

8. Large

9. Czeisler

یکی از متغیرهای مهم مرتبط با افکار خودکشی اجتناب تجربه‌ای است (کاشدان و روتنبرگ^۱، ۲۰۱۰). اجتناب تجربه‌ای در پویایی خانواده و رفتارهای غیرانطباقی والدین نقش بسزایی ایفا می‌کند (رز، هینشاو، موردوک^۲، ۲۰۱۶)؛ اجتناب تجربه‌ای نشان‌دهنده تمایل نداشتن فرد به در تماس بودن با تجارب درونی ناخواسته است و حدس زده می‌شود که می‌تواند موجب پیامدهای ناخوشایندی شده و افزایش شدت پریشانی را در درازمدت به همراه داشته باشد (باردن و فرگوس^۳، ۲۰۱۶). هاپس اجتناب تجربه‌ای را شامل دو بخش می‌داند: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (هیجانان، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند (هایس، استروسال، ویلسون، بیست، پیسترلو و ترمینو^۴، ۲۰۰۴). در چند دهه اخیر رویکردهای مختلفی در مدیریت افکار و رفتارهای خودکشی مورد توجه قرار گرفته‌اند که عبارت‌اند از: شخص محور، درمان عقلانی - هیجانی، روان تحلیلی، درمان وجودی و درمان شناختی - رفتاری که در این میان درمان شناختی رفتاری و مخصوصاً درمان‌های موج سوم بیشترین تحقیقات را به خود اختصاص داده است. یکی از درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر شفقت است. شفقت به خود یک ظرفیت تکامل یافته است و از سیستم‌های رفتاری ناشی می‌شود که شامل دلبستگی و پیوندجویی هستند (گیلبرت^۵، ۲۰۰۹). شفقت به خود نظام تهدید (نظام با احساس‌های دلبستگی نایمن، دفاعی بودن و برانگیختگی خودمختار همراه است) را غیرفعال و نظام خودآرام بخشی (با احساس‌های دلبستگی ایمن، امنیت و نظام اکسی‌توسین همراه است) را فعال می‌کند (گیلبرت و ایرون^۶، ۲۰۰۵)؛ به نظر می‌رسد که خود شفقت‌ورزی با همین مکانیسم تعدیل و یا غیرفعال کردن نظام تهدید و بیش‌فعال کردن سیستم تسکین موجب کاهش افکار خودکشی می‌شود. شفقت خود به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود هست (نف^۷ و همکاران، ۲۰۲۱).

خود شفقت‌ورزی رویکردی است که به افراد کمک می‌کند تا در سختی‌ها خود را بپذیرند و حمایت کنند، مشابه همان حمایتی که در برخورد با رنج دوستان خود دارند (هولمان و کالگرو^۸، ۲۰۲۰). با این استدلال وقتی افراد نسبت به خود شفقت‌ورز هستند، بیشتر می‌توانند نقصان‌های خود را بپذیرند و درد خود را با رفتار مهربانانه کاهش دهند (فالك، اینگرسون دایتون. فیتزگرالد^۹، ۲۰۱۷). مندزبوستوس^۸ و همکاران (۲۰۱۹) در فراتحلیلی که در مورد اثربخشی روان‌درمانی بر افکار خودکشی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که در بین انواع روان‌درمانی، درمان‌های موج سوم بیش‌ترین اثربخشی را در کاهش افکار خودکشی داشته‌اند. یکی از این درمان‌ها درمان خود شفقت‌ورزی است (کلیهر رابون، سیروسی، بارتون و هیرچ^۹، ۲۰۲۱). آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران کودک آهسته گام اثربخش بود (روحی مطلق، افتخار سعادی، مکوندی و حافظی^{۱۰}، ۱۴۰۲). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که شفقت به خود به صورت مستقیم، منفی و معنادار اجتناب تجربه‌ای و اهمال‌کاری را پیش‌بینی می‌کند (اطهری، برزگر و زارع، ۱۳۹۹). همچنین در تحقیقی نشان داده شد که با آموزش ذهن‌آگاهی ضمن کاهش افکار خودکشی خود شفقت‌ورزی دانشجویان افزایش یافته است (حاجی علیانی، بهرامی‌احسان و نوفرستی، ۱۳۹۹). هم چنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که می‌توان بر اساس سپاسگزاری و خودشفقت‌ورزی، افکار خودکشی سالمندان را پیش‌بینی کرد (ورعی و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به شیوع بالای اختلالات جسمی حرکتی در کودکان و ایجاد آسیب‌های متعدد ناشی از آن در حوزه‌های شناختی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی از یک سو و و از سوی دیگر، استفاده از نتایج کاربردی این پژوهش برای افزایش آگاهی

1. Kashdan & Rottenberg
2. Ross, Hinshaw & Murdock,
3. Gilbert
4. Gilbert & Irons
5. Neff
6. Huellemann & Calogero
7. Foulk, Ingersoll-Dayton & Fitzgerald
8. Méndez-Bustos
9. Kelliher-Rabon, Sirois, Barton & Hirsch

درمانگران، متخصصان حوزه سلامت روان و خانواده‌های این کودکان در جهت گامی عملی در کاهش افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین و همچنین کمبود پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین دارای فرزند با کم‌توانی جسمی حرکتی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام والدین دارای فرزند با کم‌توانی جسمی حرکتی تحت پوشش بهزیستی کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بود. با توجه به ویژگی‌های خاص این گروه و معیارهای ورود به تحقیق ۲۰ نفر والد دارای کودک کم‌توانی جسمی - حرکتی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ۱۰ نفر). ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان جسمی حرکتی، رضایت آزمودنی به شرکت در پژوهش، داشتن توان ذهنی بهنجار یک والد (خودگزارشی) و دارا بودن سواد حداقل پنجم ابتدایی در والدین و دریافت‌نکردن مداخله‌های آموزشی دیگر در طی مداخله. ملاک خروج پژوهش غیبت بیش از ۳ جلسه و تمایل نداشتن به ادامه فرایند آموزش بود.

ابزارهای سنجش

۱. **مقیاس گرایش به ایده‌پردازی خودکشی بک^۱ (BSSI)**: این مقیاس خود گزارشی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ تدوین شد که شامل ۱۹ سؤال است که روی یک مقیاس سه درجه‌ای از کمترین شدت (۰) تا بیشترین شدت (۲) درجه بندی می‌شود و نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده افکار خودکشی بیشتر است (ذرانی و همکاران، ۱۳۹۹). لوترمن و همکاران (۲۰۲۰) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند و در ایران نیز روایی هم‌زمان این مقیاس با متغیر افسردگی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با همبستگی ۰/۷۶ (حسینی و میرآقایی، ۱۳۹۱) و همچنین روایی همگرای این مقیاس با سیاهه سبک‌های هویت برزنسکی و همکاران (۲۰۱۳) بررسی و ضریب همبستگی ایده‌پردازی خودکشی با ابعاد هویت شامل اطلاعاتی ۰/۲۲، هنجاری ۰/۲۷، سردرگم اجتنابی ۰/۴۷ و تعهد هویت ۰/۳۸ گزارش شده است (وجودی و همکاران، ۱۳۹۴). پایایی این مقیاس نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بوده است (بدایت و عسکری، ۱۳۹۹).

۲. **پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۲ (AAQ-II)**: این پرسش‌نامه خودگزارشی در سال ۲۰۱۱ به وسیله بوند و همکاران ساخته شده است که دارای ۱۰ سؤال و دو خرده آزمون اجتناب از تجارب هیجانی (گویه‌های ۱ تا ۷) و گواه روی زندگی (گویه‌های ۸ تا ۱۰) است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱ = هرگز تا همیشه = ۷) است. پرسشنامه پذیرش و عمل سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش و اجتناب تجربه‌ای و یا انعطاف‌ناپذیری روانشناختی بر می‌گردد. این پرسشنامه شامل سوالات مثبت و منفی است و سوالات ۸ و ۹ و ۱۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر است. بوند و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد میانگین آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش عباسی کردآبادی و قمرانی (۱۳۹۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد. عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از روایی همگرا و افتراقی قابل قبولی برای استفاده در جمعیت ایرانی برخوردار است.

1. Beck Scale for Suicide Ideation

2. Acceptance and Action Questionnaire

شیوه اجرای پژوهش

ابتدا با مراجعه به بهزیستی شهرستان کرمانشاه چندین مرکز مثبت زندگی و کلینیک که در زمینه کودکان دارای کم‌توانی جسمی- حرکتی فعالیت می‌کنند شناسایی شد و سپس با مراجعه به مراکز و تماس با والدین تعداد ۲۰ نفر انتخاب شدند. در این پژوهش از شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش گرفته شد، همچنین در مورد پژوهش و نتایج آن به آن‌ها توضیحاتی داده شد و به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهند ماند و سپس شرکت‌کنندگان به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند و پس از اجرای پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه دوره آموزشی به صورت گروهی و در یکی از مراکز مثبت زندگی کرمانشاه برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. دوره آموزش خود شفقت‌ورزی که یک برنامه ۸ هفته‌ای است، هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد که شامل آموزش‌های ذهن‌آگاهی، نامه‌نگاری شفقت‌ورزی، تصویرسازی شفقت‌آمیز، گرمی و عدم قضاوت بود. پس از پایان جلسات آموزشی، دوباره پرسش‌نامه‌های مذکور به هر دو گروه ارائه شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نیز توسط نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام گردید.

برنامه مداخله

در این پژوهش از پروتکل خود شفقت‌ورزی گیلبرت (۲۰۰۹) که در ایران توسط گل پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳) استاندارد شده بود استفاده گردید. مدت زمان جلسه‌های آموزشی در گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه توسط پژوهشگر (نویسنده اول) اجرا شد. در جدول ۱، خلاصه محتوای جلسه‌های برنامه آموزش خود شفقت‌ورزی ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای برنامه آموزش خود شفقت‌ورزی

جلسه	هدف	محتوای آموزشی	تکلیف
اول	آشنایی با مفاهیم اولیه خودشفقت‌ورزی	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، شرح قوانین، توضیح مختصر درباره شفقت، آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک و اجرای آن.	تنفس ذهن‌آگاهانه
دوم	آشنایی با بخش‌های متفاوت خود	آشنایی با افکار و رفتار خود انتقادگر، پیامدها و انواع آن، بیان علل خود انتقادی، ارائه راهکارهایی برای کاهش آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود و توضیحات مختصری درباره احساس گناه و پیامدهای آن.	ایجاد خود مشفق
سوم	آشنایی با بخش‌های دردسرافزین خود	آشنایی با خصوصیات شفقت از جمله: آموزش چگونگی تحمل شرایط دشوار، غیر قضاوتی بودن، پذیرش شکست، آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آنها، آموزش پذیرش شکست و مسائل تغییرناپذیر زندگی.	صندلی شفقت
چهارم	پاسخ به جای واکنش	آشنایی با ذهن‌آگاهی، اشاره به فواید آن، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی با تمرین مراقبه نشسته.	تمرین توجه و هشیاری روزمره
پنجم	انتقال جریان شفقت	آشنایی با پذیرش شکست بدون قضاوت‌کردن و بخشیدن خود، بررسی علل بخشیدن خود یا دیگران، اشاره به باورهای اشتباه درباره بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشیدن خود یا دیگران.	فوران شفقت
ششم	آشنایی با تصویرسازی مشفقانه	معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، آموزش و اجرای تصویرسازی ایجاد مکانی امن.	خلق یک مکان امن
هفتم	آموزش دلایل ترس از عواطف مثبت	اشاره به مفهوم ترس از شفقت، توضیح معنای رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه و همچنین توضیحات مختصری درباره خودکارآمدی و تأثیر آن بر زندگی.	حساسیت‌زدایی
هشتم	پذیرش احساسات	آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود و اجرای آن در کلاس، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌هایی از جلسات قبل	نگارش نامه مشفقانه

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که ۴ نفر (۲۰ درصد) از شرکت کنندگان یا همان والدین دارای کودک کم‌توان جسمی حرکتی در پژوهش دارای محدوده سنی زیر ۳۰ سال بوده و ۱۶ نفر (۸۰ درصد) دارای محدوده سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بودند. همچنین ۱۶ نفر (۸۰ درصد) از شرکت کنندگان دارای جنسیت زن و ۴ نفر (۲۰ درصد) نیز مرد هستند. میزان درآمد شرکت کنندگان بدین صورت بود که (۲۰ درصد) افراد درآمد بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون (۶۰ درصد) افراد بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون و (۲۰ درصد) درآمد بین ۵ تا ۱۰ میلیون داشتند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار
افکار خودکشی	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۲۴	۱/۸۰
		گواه	۱۱/۴۳	۱/۸۵
	پس آزمون	آزمایش	۷/۵۰	۱/۰۶
		گواه	۱۱/۵۰	۱/۶۳
اجتناب تجربه‌ای	پیش آزمون	آزمایش	۳۷/۱۱	۸/۸۰
		گواه	۳۶/۵۷	۸/۳۳
	پس آزمون	آزمایش	۳۲/۶۱	۷/۶۷
		گواه	۳۵/۱۶	۷/۵۲

جدول ۲، میانگین افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون کاهش داشته‌اند. در صورتی که بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در گروه گواه، تفاوت چندانی وجود نداشته است. به منظور بررسی تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین دارای فرزند با کم‌توانی جسمی حرکتی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد افکار خودکشی ($F= ۱/۳۲۵$; $P < ۰/۰۵$) و اجتناب تجربه‌ای ($F= ۱/۳۶۷$; $P < ۰/۰۵$). که با توجه به عدم معنی داری مقادیر به دست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. نتایج پیش شرط همگنی شیب خط رگرسیون از معنی دار نبودن تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر دو متغیر وابسته حمایت نمود. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروهها نشان داد که واریانس متغیر افکار خودکشی ($F= ۰/۱۶۳$; $P > ۰/۰۵$) و اجتناب تجربه‌ای والدین ($F= ۰/۰۵۳$; $P > ۰/۰۵$) در گروه‌ها برابر بود. بر این اساس استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری مجاز است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تک متغیری نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
افکار خودکشی	۴/۳۱	۱	۴/۳۱	۳۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳
اجتناب تجربه‌ای	۳/۳۶	۱	۳/۳۶	۵۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱

با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت که پس از اجرای آموزش‌های خودشفقت‌ورزی در افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای تفاوت معناداری در دو گروه به دست آمد. بدین معنی که گروه آزمایش که تحت برنامه‌های آموزشی خودشفقت‌ورزی قرار گرفتند افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای کمتری را نسبت به گروه گواه گزارش کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش شفقت‌ورزی بر افکار خودکشی و اجتناب تجربه‌ای والدین دارای کودک کم‌توان جسمی- حرکتی بود. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش شفقت‌ورزی به صورت معناداری بر کاهش افکار خودکشی تأثیر دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های کرد (۱۴۰۳)، روحی و همکاران (۱۴۰۲)، رشیدی، چوب‌فروش‌زاده و متقی (۱۴۰۱)، اطهری و همکاران (۱۳۹۹) و جونمی و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. جهت تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت چالش‌ها و تنیدگی‌های ناشی از مراقبت کودکان کم‌توان از قبیل طرد اجتماعی، هزینه‌های بالای نگهداری، فشارهای روانی، خستگی جسمی و مسئولیت زیاد همراه با احساس تنهایی، باعث ایجاد افکار خودکشی در والدین این کودکان می‌شود و آموزش شفقت‌ورزی با تقویت و ایجاد شفقت در شخص از راه تکنیک‌های شفقت‌ورزی مانند شناسایی افکار خود مهرورزی، ایجاد خود

دلسوز، تصویرسازی ذهنی دلسوزی مدار، فوران شفقت و نگارش نامه مشفقانه و همچنین از میان برداشتن مانع‌های خود شفقت‌ورزی همچون هراس از شفقت، شخص را در برابر مشکلات و افکار منفی محافظت می‌کند. آموزش خود شفقت‌ورزی باعث مهربانی و شفقت نسبت به خود در سختی و نامالایمات، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته مانند احساس گناه از داشتن فرزند کم‌توانی می‌شود؛ در نتیجه آنها با خود مهربان‌تر می‌شوند، خود را کمتر قضاوت می‌کنند و افکار منفی خود را کاهش می‌دهند و همچنین علائم اضطراب، افسردگی و خود انتقادی در این افراد کاهش می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۵). آموزش شفقت‌ورزی شخص را در پذیرش رنج‌ها و اقدام متعهدانه برای تسکین و التیام آنها تقویت می‌کند و اقدام متعهدانه برای التیام رنج‌ها از طریق مسئولیتی که در شفقت وجود دارد اتفاق می‌افتد که منجر به کاهش خود انتقادی، کمال‌گرایی، احساس شرم و گناه می‌شود این عوامل با تقویت حالات هیجانی مثبت احتمال افکار خودکشی را کاهش می‌دهد. افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند آسیب به خود و خودکشی می‌تواند؛ مانند یک ضربه‌گیر عمل کند (اینوود و فراری، ۲۰۱۸). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آگاهی و چرخه تنفسی تسلی‌بخش تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد آموزش خود شفقت‌ورزی بر اجتناب تجربه‌ای والدین دارای کودک با کم‌توانی جسمی - حرکتی تأثیر دارد که با تحقیقات گذشته مانند روحی مطلق و همکاران (۱۴۰۲) و کهتری، پورشریفی و حشمتی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت والدین دارای فرزند کم‌توان، خشم، احساس گناه، شرم و سرخوردگی بیشتری دارند و شدت این هیجانات ناخوشایند تا حدی بالاست که برای جلوگیری و یا به حداقل رساندن این تجارب آزاردهنده به اجتناب و فرار از این هیجانات روی می‌آورند. آموزش خود شفقت‌ورزی با افزایش دادن میزان ذهن‌آگاهی و آگاهی هیجانی اجتناب فرد از هیجانات دردناک و ناراحت‌کننده کاهش می‌یابد؛ بنابراین باعث کم‌شدن میزان اجتناب تجربه‌ای در فرد می‌شود. به بیان دیگر، افراد با استفاده از ذهن‌آگاهی به تجربه‌های هیجانی خود آگاهی می‌یابند و سپس نگرشی همراه شفقت نسبت به احساس منفی خود پیدا می‌کنند. در واقع خود شفقت‌ورزی بالا باعث می‌شود که فرد تمام هیجانات و تجارب درونی را به‌عنوان بخشی از وجود خود بپذیرد؛ زیرا فرد نمی‌تواند در خصوص هیجانات خویش که بخشی از وجود اوست مهربان باشد و درعین‌حال از هیجانات درونی اجتناب کند. همچنین خود شفقت‌ورزی مستلزم ایجاد تعادل در خصوص هیجانات منفی است تا در احساسات دردناک نه غرق شود و نه از آنها اجتناب شود؛ بلکه هیجانات فقط به‌عنوان تجربه کنونی دیده شوند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و نیز عدم انجام پیگیری اشاره کرد که تعمیم نتایج بهتر است با احتیاط صورت گیرد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و پیگیری ۳ تا ۶ ماه برای بررسی طولانی مدت اثربخشی این درمان استفاده شود. با توجه به اینکه درمان خود شفقت‌ورزی اکنون برای طیفی از مشکلات روان‌شناختی به کار برده می‌شود، اما در اصل برای افراد دچار احساس شرمساری و خود انتقادی شدیدی طراحی شده است که در زمینه خود تسلی‌بخشی توأم با دلسوزی با مشکلات فراوانی روبرو بوده‌اند (گیلبرت، ۲۰۰۹)؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد روش درمانی شفقت‌ورزی همراه با روش‌های درمانی گسترده‌تر به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت) استفاده گردد، و درمان خود شفقت‌ورزی در کنار درمان‌های دیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که درمانگران و مشاوران و سایر متخصصان حوزه سلامت روان از شیوه درمانی شفقت و مفاهیم وابسته به آن در جلسات درمانی و محیط‌های آموزشی در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی در خانواده‌های دارای فرزندان کم‌توان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی شرکت کنندگان و کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند ابراز می‌داریم.

منابع

- اطهری، ز؛ برزگر بفرویی؛ ک؛ و زارع، م. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود در اهمال‌کاری تحصیلی با واسطه‌گری اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان دانشگاه یزد. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۸(۱)، ۳۵-۴۴.
- بهروز، ب؛ گل محمدیان، م؛ و حجت خواه، م. (۱۴۰۰). رابطه‌ی علی تنظیم هیجان با گرایش به ایده‌پردازی خودکشی با میانجیگری رضایت ناشویی در زنان زلزله دیده. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۱)، ۹۱-۱۰۷.
- تقی‌زاده، ح؛ و اسدی، ر. (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی مادران دارای ناتوانی ذهنی و مادران دارای کودک عادی. *مجله مطالعات ناتوانی ذهنی*، ۸(۴)، ۶۶-۷۴.
- حاجی علیانی، و؛ بهرامی احسان، ه؛ و نوفرستی، ا. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خود شفقت‌ورزی در دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۵)، ۱۴۷-۱۵۴.
- رشیدی، ش؛ چوب فروش زاده، آ؛ و متقی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خود تعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱۳۳-۱۴۳.
- روحی مطلق، ش؛ افتخار سعادی، ز؛ مکوندی، ب؛ و حافظی، ف. (۱۴۰۲). مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۳)، ۳۷۳-۳۵۵.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۸). *سالنامه آماری ۹۷*. تهران: ۱۳۹۸.
- عباسی کردآبادی، ز؛ و قمرانی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر افق زمان بر اجتناب ایتجربه مادران با دختران مبتلا به ناتوانی هوشی، *مطالعات ناتوانی*، ۷(۱)، ۵-۱۶.
- عباسی، ا؛ فتی، ل؛ مولودی، ر؛ و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم، روشها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۰)، ۶۵-۸۰.
- کرد، ب. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی بر انگاره پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان، *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۲۱(۲۵): ۱-۱۵.
- کهرتری، ل؛ حشمتی، ر؛ و پورشریفی، ح. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری بر عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳(۳)، ۲۸۴-۲۹۶.
- گیلبرت، پ. (۲۰۰۸). *تندآموز روان‌درمانی دلسوزی مدار*. مترجم، آتوسا فرمند(۱۳۹۶). تهران، انتشارات ارجمند.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The inter- active effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal Contextual Behavioral Science*. 5(1). 1-6.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavioral Therapy*, 42(4), 676-68
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Wiley, J. F., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. M. (2021). Follow-up survey of US adult reports of mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic, September 2020. *JAMA network open*, 4(2), 5-12.
- Dardas L, Ahmad M. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1326- 1333.

- Fan, Q., Li, Y., Gao, Y., Nazari, N., & Griffiths, M. D. (2022). Self-compassion moderates the association between body dissatisfaction and suicidal ideation in adolescents: A cross-sectional study. *International journal of mental health and addiction*, 1-18.
- Forouzan, A. S., Mahmoodi, A., Shushtari, Z. J., Salimi, Y., Sajjadi, H., & Mahmoodi, Z. (2013). Perceived social support among people with physical disability. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 663–667.
- Foulk, M. A., Ingersoll-Dayton, B., & Fitzgerald, J. (2017). Mindfulness-based forgiveness groups for older adults. *Journal of gerontological social work*, 60(8), 661-675.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life Challenges*. London: Constable and Robinson Ltd.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005) Focused Therapies and Compassionate Mind Training for Shame and Self-Attacking. In P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gur, A., & Reich, A. (2023). Psychological flexibility of parents of children with disabilities: A systematic literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 136, 104490.
- Hayes, J. A., Petrovich, J., Janis, R. A., Yang, Y., Castonguay, L. G., & Locke, B. D. (2020). Suicide among college students in psychotherapy: Individual predictors and latent classes. *Journal of counseling psychology*, 67(1), 104-114.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*. 54 (4). 553-78.
- Huellemann KL, Calogero RM. (2020). Self-compassion and body checking among women: the mediating role of stigmatizing self-perceptions. *Mindfulness*, 11(9), 2121-2130.
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Jenkin, E., Wilson, E., Campain, R., & Clarke, M. (2020). The principles and ethics of including children with disability in child research. *Children & society*, 34(1), 1-16.
- Junmei, C. H. E. N., & Yong, L. Y. U. (2023). The Effect of Self-Compassion on Procrastination Behavior of College Students: The Chain Mediating Effect of Experience Avoidance and Shame. *Studies of Psychology and Behavior*, 21(1), 109.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kelliher-Rabon, J., Sirois, F. M., Barton, A. L., & Hirsch, J. K. (2021). Self-compassion and suicidal behavior: Indirect effects of depression, anxiety, and hopelessness across increasingly vulnerable samples. *Self and Identity*, 5(2), 1-21.
- Kwan, Y., Choi, S., Min, S., Ahn, J. S., Kim, H., Kim, M. H., & Lee, J. (2021). Does personality problems increase youth suicide risk?: A characteristic analysis study of youth who visit the emergency department following suicide attempt. *Journal of affective disorders*, 282, 539-544.
- Large, M., Corderoy, A., & McHugh, C. (2021). Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 254-267. isord. 2021 Mar 1;282:539-544.
- LoParo, D., Mack, S. A., Patterson, B., Negi, L. T., & Kaslow, N. J. (2018). The efficacy of cognitively-based compassion training for African American suicide attempters. *Mindfulness*, 9, 1941-1954.
- Méndez-Bustos, P., Calati, R., Rubio-Ramírez, F., Olié, E., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2019). Effectiveness of psychotherapy on suicidal risk: a systematic review of observational studies. *Frontiers in psychology*, 10, 277.

- Morimoto, H., Kishita, N., Kondo, H., Tanaka, N., Abe, Y., & Muto, T. (2023). Reliability and validity of the Japanese version of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 160-169.
- Neff, K. D., Bluth, K., Tóth-Király, I., Davidson, O., Knox, M. C., Williamson, Z., & Costigan, A. (2021). Development and validation of the Self-Compassion Scale for Youth. *Journal of personality assessment*, 103(1), 92-105.
- Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1543-1562.
- Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified?. *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 596-607.
- O'Dwyer, S., Andrewartha, C., & Sansom, A. (2023). 541 Suicidal ideation in parents caring for disabled children. *Archives of Disease in Childhood* 2023;108:A42.
- Ogourtsova, T., O'Donnell, M., De Souza Silva, W., & Majnemer, A. (2019). Health coaching for parents of children with developmental disabilities: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(11), 1259-1265.
- Ross, A. S., Hinshaw, A., & Murdock, N. L. (2016). Integrating the relational matrix: Attachment style, differentiation of self, triangulation, and experiential avoidance. *Contemporary Family Therapy*, 38(4), 400-411.
- Salehi, K., Keshavarz Afshar, H., Alibakhshi, H., Shahmoradi, S., & Mirshoja, M. S. (2022). The Lived Experiences of Mothers of Children with Physical and Mental Disabilities: A Meta-Synthesis Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 20(12), 1371-1384.
- Vanderkerken, L., Heyvaert, M., Onghena, P., & Maes, B. (2021). Family-centered practices in home-based support for families with children with an intellectual disability: Judgments of parents and professionals. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(3), 331-347.
- Värnik, P., & Wasserman, D. (2016). Global Suicide. In K. W. P & R. D (Eds.), *Biological Aspects of Suicidal Behavior* (Vol. 30, pp. 1-10). Basel: Karger.
- World Health Organization. (2019). Driving progress towards rabies elimination: results of Gavi's learning agenda on rabies and new WHO position on rabies immunization: meeting report 1-3 May 2018, Kathmandu, Nepal (No. WHO/CDS/NTD/NZD/2019.01). *World Health Organization*.
- Zhang, J. W., & Chen, S. (2017). Self-compassion promotes positive adjustment for people who attribute responsibility of a romantic breakup to themselves. *Self and Identity*, 16(6), 732-759.
- Zheng, Q. L., Tian, Q., Hao, C., Gu, J., Lucas-Carrasco, R., Tao, J. T., ... & Hao, Y. T. (2014). The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. *Health and quality of life outcomes*, 12, 1-10.

The Effect of Self-compassion Training on the Suicidal Thoughts and Experiential Avoidance of Parents with Physical Disabilities Children

Jahangir Karami¹, Afshin Tahmasb Kohah Kabodi^{2*}

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of self-compassion training on suicidal thoughts and experiential avoidance of parents with children with physical disabilities. The research was quasi-experimental with a pretest/posttest design and a control group. The statistical population of the study included all parents with children with physical and motor disabilities covered by the welfare of Kermanshah in 2023. Among them, 20 people (16 women and 4 men) were selected using convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (10 people in each group). The tools used included suicide ideation scale (BSSI) and acceptance and action questionnaire (AAQ-II). The experimental group underwent eight 90-minute sessions of self-compassion training based on Gilbert's protocol, and the control group did not receive any program. Data analysis was done by SPSS-24 software using univariate analysis of covariance. The results showed that self-compassion training has an effect on reducing suicidal thoughts and experiential avoidance of parents with children with physical disabilities ($P < 0.001$). Therefore, self-compassion can be used to prevent suicide and also to increase the acceptance of feelings and emotions of parents with children with physical disabilities.

Keywords: Experiential Avoidance, physically Disabled children, Self compassion, Suicidal thoughts, Parents.

Submission: 27 May 2024

Revised: 8 November 2024

Accepted: 31 December 2024

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

2. **Corresponding author:** Master's student in psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran: newwisdom831@gmail.com.