

The Effectiveness of Compassion-based Therapy on Post Traumatic Growth in Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Mojgan Navab¹, Akram Dehghani^{*2}, Afsaneh Karbasi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medical Science, Isfahan University of Medical Science, Iran

Received: December 27, 2017

Accepted: October 21, 2018

Abstract

Background and Purpose: Children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) suffer from developmental and functional defects that can cause serious damages to the family, including mother-child relationships. This study sought to determine the effectiveness of compassion-based therapy on post-traumatic growth in mothers of children with ADHD.

Method: This study was a semi-experimental study with pretest-posttest control group design. The sample of this study included 20 mothers with children with ADHD in Isfahan city in 2017 who were selected by purposeful sampling and were randomly assigned to the experimental and control groups. Data were collected using the Tedeschi and Calhoun scale (1996). Participants in the experimental group received a compassion-based therapy in 8 sessions of 90 minutes, whereas the control group received no intervention. For analyzing the data, covariance analysis was used.

Results: The results showed that the method of compassion-based therapy improved the sense of internal power and change in goals and priorities of life, while it had no effect on the feeling of proximity and intimacy with others and trying to maintain relationships with others. ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, it can be concluded that compassion-focused therapy can be used to manage, organize and prioritize activities in mothers of children with ADHD.

Keywords: Compassion focused therapy group, post traumatic growth, attention deficit/hyperactivity disorder

Citation: Navab M, Dehghani A, Karbasi A. The effectiveness of compassion-based therapy on post traumatic growth in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 239-250.

***Corresponding author:** Akram Dehghani, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: Dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

Tel: (+98) 31-42292929

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

مژگان نواب^۱، اکرم دهقانی*^۲، افسانه کرباسی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۳. استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۹

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی دارای نارسایی‌های کنشی و تحولی است که می‌تواند آسیب‌های جدی به بنیان خانواده و از جمله روابط مادر-کودک وارد کند. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس رشد پس از سانحه تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) استفاده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت را دریافت کردند ولی گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت موجب بهبود احساس قدرت درونی و تغییر در اهداف و اولویت‌های زندگی شده است، این در حالی است که بر احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران و تلاش برای حفظ روابط با دیگران، مؤثر نبوده است ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که از درمان متمرکز بر شفقت می‌توان برای مدیریت، سازمان‌بندی، و اولویت دادن فعالیت‌ها در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی مبتنی بر شفقت، رشد پس از سانحه، نارسایی توجه/فزون‌کنشی

*نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفن: ۰۳۱-۴۲۲۹۲۲۹

ایمیل: Dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هافمن^۱ تشخیص داده شد (۱). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم)، نارسایی توجه/فزون‌کنشی به معنای فقدان توجه و یا فزون‌کنشی - تکانش‌گری پایداری تعریف می‌شود که مانع کنش‌وری یا پیشرفت فرد می‌شود. برای این اختلال سه زیرگروه ریخت ترکیبی (ترکیبی از فقدان توجه و فزون‌کنشی - تکانش‌گری)، ریخت غلبه بر نارسایی توجه، و ریخت غلبه بر فزون‌کنشی - تکانش‌گری تعریف شده است (۲).

شروع اولیه نشانگان نارسایی توجه/فزون‌کنشی مربوط به قبل از ۷ سالگی است، اما ممکن است نشانه‌های آن تا سال‌های بعد از آن ظهور پیدا نکند. معمولاً این اختلال به صورت مشکلاتی در بازی آرام و شرکت بی‌سر و صدا در فعالیت‌های اوقات فراغت، جنب‌وجوش مفرط و پرحرفی بروز می‌یابد. میزان شیوع نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر اساس جنسیت بسیار متفاوت است تا جایی که میزان شیوع آن در پسران نسبت به دختران در جمعیت عمومی تقریباً ۳ به ۱ و در موارد بالینی بین ۶ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است (۳).

اثرات منفی این اختلال در کودکان و نوجوانان تنها به حوزه اجتماعی و فردی منحصر نمی‌شود و می‌توان به نظام خانوادگی نیز اشاره کرد و باید اذعان داشت که روابط بین والدین با کودک در قالب نظام یا شبکه‌ای از عوامل و متغیرهای مختلف در هم تنیده قابل بررسی است. دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود، به همین نسبت اغلب اختلالات و سازش‌نیافتگی‌های پس از دوران کودکی، ناشی از فقر، جهل، بی‌سوادی، بدرفتاری و ناهنجاری‌های خانوادگی، و کاستی‌های آموزشی - فرهنگی - اجتماعی است. در فرایند تحول کودک، محیط خانواده، مدرسه، و بالاخره اجتماع هر یک دارای نقش مشخصی هستند، ولی از

همه مهم‌تر نقش محیط خانواده یعنی چگونگی برخورد و ارتباط والدین با کودک است (۴).

بسیاری از پژوهش‌هایی که به بررسی تأثیر رفتار والدین بر اختلالات و مشکلات کودک پرداخته‌اند بیشتر بر ویژگی‌های روان‌شناختی مادر تأکید داشته‌اند. اثرگذاری رفتار و هیجانات والدین بر مؤلفه‌های سلامت رفتاری و روان‌شناختی کودکان تنها یک بعد ماجرا است و بعد دوم اثرگذاری رفتارها و نقایص شناختی و روانی کودک بر والدین به ویژه مادر است. از آنجایی که والدین کودکان با شرایط خاص نسبت به والدین کودکان بهنجار، باید زمان بیشتری را صرف مراقبت و آموزش کودکان کنند در نتیجه برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان‌اند و زندگی اجتماعی آنها محدود می‌شود (۵ و ۶)؛ بنابراین حضور یک کودک با نیاز خاص می‌تواند منجر به بروز رفتارهایی همچون بزرگ‌نمایی رخداد‌های منفی و حادثه‌پنداری نقص کودکان شود. در این ارتباط والن، سیلستر و لوبی (۷) نشان دادند که در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، ۱۷/۹ درصد افسردگی اساسی و ۲۰/۵ افسردگی خفیف وجود دارد.

مشکلات در ابعاد سلامت روان‌شناختی تنها بخشی از واکنش مادران به مشکلات رفتاری کودکانشان را توجیه می‌کند و رشد پس از سانحه^۲ نیز به عنوان درکی مثبتی از ابعاد دشوار زندگی ممکن است رخ دهد. این تغییر نگرش به جای توجه به جنبه آسیب‌زایی حوادث، جنبه مثبت و رشدافزایی حوادث را مورد توجه قرار می‌دهد. این اصطلاح که توسط تدیسچی و کالهن در سال ۱۹۹۶ ابداع شده است، به تغییرات روان‌شناختی مثبت اشاره دارد که به وسیله مردم به عنوان نتیجه کنار آمدنشان با معظلات بزرگ و پیشامدهای مضر زندگی تجربه می‌شود. این اصطلاح تغییرات مثبت در عملکرد افرادی را که قبل از تروما موفق بوده‌اند، توصیف می‌کند و نشان می‌دهد این افراد زمانی که با تروما روبرو می‌شوند، رشد کرده و در سطوح عملکرد به کارکرد اولیه و حتی فراتر از آن

1. Huffman

2. Post-Traumatic Growth (PTG)

بازگشت می‌کنند (۸). رشد پس از سانحه غالباً در پنج مقوله فهم بزرگتر از زندگی و احساس تغییر در اولویت‌ها، گرمی و روابط صمیمی‌تر با دیگران، احساس بزرگ‌تر از قدرت شخصی، معنویت رشدیافته، و توانایی‌های جدید تقسیم‌بندی شده است (۹).

شکسپیر-فنج و برینگتون (۱۰) ضمن تأیید پژوهش‌های قبلی، بیان کردند که تغییر رفتاری مربوط به رشد پس از سانحه، توسط تغییراتی در مسیر شغلی، صرف زمان بیشتر با دوستان و خانواده و افزایش قدردانی دینی و مذهبی، مشخص می‌شود. وقتی افراد رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند، آنها فراتر از بقای صرف و برای کسب آگاهی شناختی و سازش‌یافتگی احساسی بیشتر، حرکت می‌کنند. بنابراین در کنار مشکلات در سلامتی که کودکان دارای مشکلات رفتاری برای والدین و به ویژه مادران ایجاد می‌کنند، اما توجه به این اصل اساسی مهم است که بروز، شدت یافتن، و حتی تعدیل و درمان اختلالات رفتاری در دوران کودکی بستگی زیادی به رابطه والد-کودک دارد. بهره‌گیری از راهبردهای درمانی که تقویت‌کننده ابعاد مثبت این رابطه باشد، از ضروریات درمانی حال حاضر خواهد بود. بر همین اساس یافته‌های پژوهشی متعدد نشان داده‌اند که آموزش به والدین کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر قابل توجهی بر تعامل والد-کودک دارد. یکی از راهبردهای مثبت و مؤثر در این دسته از افراد، درمان مبتنی بر شفقت بر اساس اصول گیلبرت است.

در این راستا ورن و همکاران (۱۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بعد از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده مهمی برای عاطفه منفی، عاطفه مثبت، فاجعه‌سازی و ناتوانی بود. شفقت به خود به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران تعریف شده است، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر کند. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوت‌گرانه در رابطه با آنهاست (۱۲). علاوه بر این، به

این موضوع اشاره دارد که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند. شفقت به خود با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (۱۳). با وجود اینکه داشتن احساس شفقت به خود، با این موضوع که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جزء ذهن‌آگاهانه این مؤلفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند (۱۴).

درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر، و رفتارهای تسکین‌بخش باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام شود (۱۵). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۶). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودآرزیایی» افراد، رابطه افراد با «خودآرزیایی» آنها تغییر می‌یابد. در تمرین‌های خودشفقتی بر تمرین آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود، و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش به‌سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۱۷)؛ به نحوی که یافته‌های پژوهشی متعددی اثربخشی این روش درمانی بر سازه‌های متعدد روان‌شناختی از جمله شرم درونی‌شده و خودانتقادی (۱۸ و ۱۹)، افزایش رشد پس از سانحه در قربانیان سوء استفاده جنسی (۲۰)، بهبود علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه (۲۱) و افزایش احساس گرمی و پذیرش (۲۳) را تأیید کرده‌اند. در هر صورت تاکنون پژوهشی که بر رشد پس از سانحه در مادران دارای کودک با اختلالات رفتاری متمرکز باشد، صورت نپذیرفته است، این در حالی است که نقش محیط اولیه

و ارتباط مادر^۵ فرزند در طی مسیر تحول کودک در مراحل بعدی بسیار حائز اهمیت خواهد بود. با بررسی مشکلات خانواده‌های دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بررسی ابعاد سلامت روان‌شناختی مادران می‌توان در جهت پیشگیری از بروز مشکلات حادث‌تر در مرحله دوم اقدام کرد، و از شدت یافتن مشکلات ناشی از اختلالات رفتاری در این گونه از خانواده‌ها جلوگیری کرد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه مادران کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون^۶ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر اصفهان بودند که در سال ۱۳۹۶ به مرکز خدمات درمان پزشکی و روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۲۰ نفر از مادران جامعه مذکور (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه گواه) بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند از جامعه مذکور انتخاب شدند. دامنه‌ی سنی مادران شرکت‌کننده بین ۲۰-۴۰ سال بود که ۵ نفر از هر دو گروه در رده سنی ۲۶-۲۰ سال بودند. همچنین ۲ نفر از مادران در رده سنی ۳۲-۲۷ سال و ۳ نفر در رده سنی ۴۰-۳۳ سال بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش و نداشتن هیچ‌گونه مشکل جسمی، رفتاری، شناختی، و ذهنی که منجر به کاهش رشد پس از سانحه شود، و همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری کامل، غیبت بیش از دو جلسه، و عدم تکمیل پرسشنامه بود.

ب) ابزار

1. Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)
2. Relationship with others
3. New Features

۱. پرسشنامه رشد پس از سانحه: این پرسشنامه توسط تدسچی و کالهن در سال ۱۹۹۶ به منظور بررسی مفهوم رشد پس از سانحه در ایالات متحده طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که پنج حیطه میزان تحول روان‌شناختی پس از رویارویی با یک عامل تنش‌گر (رابطه با دیگران^۷، امکانات جدید^۸، قدرت فردی^۹، تغییرات روحی^{۱۰}، و ارزش زندگی^{۱۱}) را تعیین می‌کنند و بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۰=نه تا ۵=تغییر خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۵ بوده و نمره بیشتر نیز نمایانگر رشد کمتر است. در پژوهش تدسچی و کالهن ضریب آلفای کلی پرسشنامه ۰/۹۰ و دامنه آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۷-۰/۸۵ برآورد شده است. سید محمودی، رحیمی و محمدی جابر در سال ۱۳۹۲ این پرسشنامه را برای جمعیت ایران هنجاریابی کردند و گزارش کردند که نسخه فارسی این پرسشنامه شامل ۴ مؤلفه احساس قدرت درونی، تغییر در اهداف و اولویت‌ها، احساس صمیمیت و نزدیکی با دیگران، و تلاش برای حفظ روابط با دیگران است. آنان گزارش کردند که ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای دوبار اندازه‌گیری ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل به ترتیب ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ قرار گزارش شد (۲۴).

ج) برنامه مداخله‌ای: گام‌های درمانی این مطالعه مبتنی بر برنامه آموزشی گیلبرت (۲۵) صورت پذیرفت. برنامه مداخله‌ای طی ۸ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه) با مشارکت مادران به آنها آموزش داده شد. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر براساس مبانی مشترک نظری راهبردهای شفقت به خود است؛ بدین ترتیب که هدف اصلی از ارائه گام‌های درمانی^{۱۲} آموزشی، ایجاد توافق بین تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجانات، و سیستم حمایت اجتماعی است تا

4. Individual power
5. Mental changes
6. The value of life

به کار گرفته شد. برنامه مداخله توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی که دارای گواهی گذراندن دوره شفقت‌درمانی بودند، اجرا شده است. جدول ۱، خلاصه‌ای از محتوای جلسه درمانی را نشان می‌دهد.

فرد از طریق ایجاد این توافق و یادگیری مهارت‌های کلیدی به توسعه جنبه‌ها و ویژگی‌های شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، حساسیت، تحمل آشفتگی، همدلی، و نگرش غیرقضاوتی در مواجهه با مصائب زندگی پردازند. در جریان فرایند درمان، با طرح پرسش و پاسخ و بحث گروهی، تلاش و مشارکت مادران

جدول ۱: محتوای جلسه درمانی

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی مادران با یکدیگر، با مربی و نحوه اجرای آن	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی
سوم	بررسی ویژگی افراد شفقت‌ورز	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	خودشناسی	مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی
پنجم	تکمیل فرم مطالعه ذهن مهربان	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی
ششم	مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی
هفتم	نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی
هشتم	مرور و بازنگری جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

ذکر است در طول آموزش برای گروه آزمایش، هیچ‌گونه مداخله‌ای روی گروه گواه صورت نگرفت. تمامی ملاحظاتی اخلاقی مانند: محرمانه بودن اطلاعات شخصی، اجرای روش شفقت‌درمانی برای مادران گروه گواه پس از اتمام فرایند پژوهش، و اختیار داشتن جهت شرکت داشتن و خروج از پژوهش در این مطالعه رعایت شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS_{۲۳} با آزمون تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره تحلیل شد.

۵) روش اجرا: ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه و مدیریت مرکز درمانی بیمارستان خورشید اصفهان گرفته شد و با مراجعه به مرکز درمانی، پس از بررسی پرونده‌های روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، دو گروه آزمایش و گواه تعریف شدند. در نهایت مادران گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ بار در کلاس‌ها شرکت کردند. اجرای برنامه شفقت‌درمانی توسط پژوهشگر و در محل بیمارستان و به صورت گروهی انجام شد. پس از اجرای برنامه شفقت‌درمانی برای گروه آزمایش در پایان جلسات آموزشی، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه رشد پس از سانحه را تکمیل کردند. لازم به

یافته‌ها

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به آماره Z این آزمون برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

در جدول ۲، اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد و نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنف

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کلموگراف - اسمیرنف
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
احساس قدرت درونی	آزمایش	۱۰	۵/۵۳	۱۳/۴۰	۴/۰۳	۰/۲۰
	گواه	۹/۳۰	۵/۵۵	۹/۵۰	۵/۳۱	
تغییر در اهداف و اولویت‌ها	آزمایش	۱۴/۲۰	۸/۱۶	۱۶/۴۰	۵/۱۶	۰/۱۱
	گواه	۱۳/۱۰	۷/۴۷	۱۴	۷/۳۷	
احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران	آزمایش	۱۰/۲۲	۵/۸۴	۱۴	۴	۰/۲۰
	گواه	۸/۷۰	۴/۳۴	۹/۴۰	۴/۷۱	
تلاش برای حفظ روابط با دیگران	آزمایش	۱۹/۶۰	۸/۳۵	۲۵/۱۰	۵/۷۶	۰/۲۰
	گواه	۱۷/۳۰	۷/۸۷	۱۸/۱۰	۷/۸۲	
رشد پس از سانحه	آزمایش	۵۳/۵۵	۲۷/۹۴	۶۸/۹۰	۱۸/۱۹	۰/۱۲
	گواه	۴۸/۴۰	۲۴/۴۱	۵۱	۲۴/۴۴	

داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($p > 0/05$). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه سازه‌های رشد پس از سانحه نیز نشان داد که رابطه این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($p > 0/05$). پس از بررسی مفروضه‌ها، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های رشد پس از سانحه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F = 0/81$ و $Wilk's \lambda = 0/64$). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های رشد پس از سانحه با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

برای تعیین تاثیر شفقت‌درمانی بر رشد پس از سانحه در مادران دارای کودک نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس هر یک از مؤلفه‌های رشد پس از سانحه در گروه‌ها برابر است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($p > 0/05$). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد پس از سانحه در گروه آزمایش و گواه نشان

جدول ۳: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا برای بررسی مؤلفه‌های رشد پس از سانحه

شاخص مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	ضریب تأثیر
احساس قدرت درونی	۶۳۴/۶۳۷	۱	۶۳۴/۶۳۷	۱/۴۷۵	۰/۰۴	۰/۳۸
تغییر در اهداف و اولویت‌ها	۹۱۲/۵۳۶	۱	۹۱۲/۵۳۶	۳۰/۲۹۸	۰/۰۲	۰/۳۸
احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران	۷۰/۳۵۲	۱	۷۰/۳۵۲	۳/۳۷۹	۰/۰۸	۰/۱۸
تلاش برای حفظ روابط با دیگران	۳۲/۰۲۶	۱	۳۲/۰۲۶	۰/۶۵۳	۰/۴۳	۰/۰۳

مختلف نشان داد که روش شفقت‌درمانی منجر به کاهش معنادار اختلال تنیدگی پس از سانحه از طریق افزایش سطح تعهد شخصی، کاهش انزوا، و قضاوت شخصی شده است (۲۱). برخی مطالعات نشان دادند که روش شفقت‌درمانی، کاهش معناداری در علائم اختلال پس از سانحه در گروه مورد بررسی داشته است (۲۲). یافته‌های سایر پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که شفقت‌درمانی از طریق کاهش شرم ناشی از تعارض و کاهش ابعاد خودانتقادی و خودسرزنش‌گری، منجر به کاهش اختلال تنیدگی پس از سانحه و کاهش میزان شرم و خودانتقادی در زنان شده است (۱۸). همچنین بوئرسما، هامانسون، سالومنسون و جانسون (۱۹) نیز نشان دادند که در گروه نوجوانان دارای اختلال پس از سانحه، میزان شرم ناشی از رخداد خارج از مهار فردی منجر به کاهش علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه شده است.

در تبیین این نتایج می‌توان اذعان کرد درمان مبتنی بر شفقت به مادران کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمک می‌کند تا از عواطف و هیجانات مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کنند، به طوری که در مواجهه با رویدادهای هیجانی خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت خواهند داشت. درمان مبتنی بر شفقت با تسهیل تغییر هیجانات به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و فرد را قادر می‌سازد تا خود را بیشتر تسکین داده و مهار کند؛ در واقع بر اساس روی آورد آموزش خودشفقت‌ورزی برینان، امرلینگ و ولتون (۲۶)، این شیوه درمان با آموزش خودنظم‌دهی هیجانی، مهار عواطف، و نشخوار فکری به مادران کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمک می‌کند تا توانایی تنظیم رفتار خود را بیاموزند. بر اساس این روی آورد، درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند؛ بنابراین به نظر می‌رسد راهبردهای به کار گرفته شده در این سبک

با توجه به جدول ۳ آماره F، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، دو گروه گواه و آزمایش در متغیر احساس قدرت درونی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند ($p < 0.05$). با توجه به مجذور اتا، ۳۸/۴ درصد از تفاوت در نمرات احساس قدرت درونی و ۳۸/۸ درصد از تفاوت در نمرات تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی، ناشی از درمان مبتنی بر شفقت بوده است. ضمن اینکه پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه گواه و آزمایش در متغیر احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران و تلاش برای حفظ روابط با دیگران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیر احساس قدرت درونی، تغییر در اهداف، و اولویت‌های مادران مؤثر بوده است اما در سازه‌های احساس نزدیکی، صمیمیت با دیگران، و تلاش برای حفظ روابط با دیگران مؤثر نبوده است (۱۸-۲۳). شایان ذکر است مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد پژوهشی که به صورت مستقیم اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه مادران کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی را ارزیابی کند، پیدا نشده است به همین دلیل یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که به صورت غیرمستقیم با پژوهش حاضر مطابقت دارند، مقایسه شد.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند روش درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود سازه‌های رشد پس از سانحه در گروه‌هایی مشابه خانواده‌های دارای کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی (مانند مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های فرگیر تحولی و اجتماعی) مؤثر است. در همین راستا یافته‌های پژوهشی

آموزشی مانند تمرین‌های مهرورزی (آرام‌سازی، ذهن آرام و دلسوز، و ذهن آگاهی)، موجبات تسلط بر هیجانات منفی ناشی از کام‌نیافتگی و جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی از طریق مهار نشخوار فکری فراهم کرده و میزان احساس تسلط شخصی و درونی را افزایش می‌دهد.

بر اساس روی آورد شفقت‌درمانی پائولی و مکپیرسون (۱۴) مکانیسم اثرگذاری این روش درمان بر مبنای فرایند محوری است که منجر به ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش اعمال معنابخش، منعطف، سازش‌یافته، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی است؛ بنابراین درک منعطف وقایع زندگی منجر به برداشتی فراسوی مفاهیم زندگی و خروج از حس کام‌نیافتگی و تنهایی است. از سوی دیگر در این درمان فرد از طریق افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر، منطقی، و کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی به طور غیرمستقیم و افزایش آگاهی از وجود آنها با متمرکز کردن توجه بر زمان حال، معنای واقعی زندگی را درک کرده و مراجع می‌آموزد تا خود را از آشفتگی‌های ناشی از اجتناب به منظور کاهش تجربیات درونی ناخوشایند رها کند؛ به عبارت دیگر می‌توان مکانیسم اصلی اثربخش بودن این روش درمان را بهبود کنش‌وری از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانست، چه از این طریق فرد می‌تواند تا حدودی بر رنج‌ها و افکار مربوط به مشکلات نشأت گرفته از زندگی غلبه کند و خود را برای آینده‌ای که ناشی از درک عمیق معنای زندگی است، مهیا کند. در واقع همین موضوع منجر به کاهش تعارضات و اختلافات ناشی از عدم درک مشکل و ریشه‌یابی جهت حل معضلات والدگری خواهد شد.

بر اساس این مدل مادران کودکان با نارسایی توجه / فزون‌کنشی، ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی، مشکلات‌شان را شناسایی و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات خود پیرامون مشکلات پیدا می‌کنند و در نتیجه سطح بالای انتظارات خود را مورد سوال قرار داده و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی متناسب

با شرایط خود را باز طراحی کرده و در نتیجه با تغییر اهداف و اولویت‌های خود و نیل به اهداف جدید، می‌توانند احساس قدرت درونی بیشتری داشته باشند. در همین راستا فتح‌الله‌زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوابی‌نژاد (۱۸) با بررسی نقش شفقت‌درمانی بر کاهش شرم درونی و خودانتقادی زنان آزاردیده عاطفی نشان دادند که راهبردهای مبتنی بر شفقت باعث می‌شود که این افراد با برقراری پیوند میان خود تحت درمان و دیگران، بر احساس ترس ناشی از طرد غلبه کنند، با سخت‌گیری کمتری خود را مورد قضاوت قرار دهند، وقایع منفی مانند حضور کودک دارای اختلال را راحت‌تر بپذیرند، و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان باشد. در نتیجه بر اساس این شیوه میزان تسلط درونی افراد، افزایش و میزان خودانتقادی منفی آنها کاهش می‌یابد و در نهایت اولویت‌هایی در رأس و هدف زندگی قرار می‌گیرند که ناشی از قضاوت منصفانه نسبت به خود خواهد بود. نتیجه این که دور از ذهن نخواهد بود که این روش درمانی منجر به افزایش سطح رشد پس از سانحه در آزمودنی‌های گروه آزمایش شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. کمبود مطالعات درباره گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت در ایران و حتی خارج از کشور در گروه مورد بررسی، امکان بررسی لایه‌های بیشتر و درونی‌تر اختلالات رفتاری کودکان در نظام خانوادگی را با محدودیت مواجه ساخته است. این پژوهش تنها روی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد و امکان مطالعه روی پدران فراهم نشد. از سوی دیگر به دلیل محدودیت زمانی و عدم امکان دسترسی طولانی‌مدت به مادران گروه آزمایش و گواه، امکان برگزاری دوره پیگیری میسر نبوده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران در آینده مطالعات مشابهی را با رفع این محدودیت‌ها انجام دهند تا دقت و تعمیم‌دهی نتایج افزایش یابد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از برنامه مداخله‌ای به کار گرفته شده در این مطالعه در بهبود

وضعیت روانی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده شود.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه خانم مژگان نواب در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد اصفهان با راهنمایی دکتر افسانه کرباسی و مشاورت دکتر اکرم دهقانی است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی واحد آموزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد شهر

اصفهان با شماره ۱۴۰۱۹۵۱۰۷۰۲۰۷۰۱۵ مورخ ۹۵/۱۱/۱۷ صادر شده است. بدین ترتیب از مدیریت پرسنل محترم بیمارستان خورشید شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند و همچنین از مادران کودکان با نارسایی توجه/فزون‌کنشی شرکت‌کننده در فرایند پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی به دنبال نداشته است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Wu S-Y, Gau SS-F. Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil*. 2013; 34(1): 505° 515. [\[Link\]](#)
2. Bussing R, Porter P, Zima BT, Mason D, Garvan C, Reid R. Academic outcome trajectories of students with ADHD: Does exceptional education status matter? *J Emot Behav Disord*. 2012; 20(3): 131-143. [\[Link\]](#)
3. Gremillion ML, Martel MM. Semantic language as a mechanism explaining the association between ADHD symptoms and reading and mathematics underachievement. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(8): 1339-1349. [\[Link\]](#)
4. Tellegen CL, Sanders MR. Using primary care parenting interventions to improve outcomes in children with developmental disabilities: a case report. *Case Rep Pediatr*. 2012; 2012: 150261. [\[Link\]](#)
5. Mallers MH, Charles ST, Neupert SD, Almeida DM. Perceptions of childhood relationships with mother and father: daily emotional and stressor experiences in adulthood. *Dev Psychol*. 2010; 46(6): 1651° 1661. [\[Link\]](#)
6. Taylor ZE, Larsen-Rife D, Conger RD, Widaman KF, Cutrona CE. Life stress, maternal optimism, and adolescent competence in single mother, African American families. *J Fam Psychol*. 2010; 24(4): 468-477. [\[Link\]](#)
7. Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and anxiety in preschoolers: a review of the past 7 years. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017; 26(3): 503° 522. [\[Link\]](#)
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychol Inq*. 2004; 15(1): 1-18. [\[Link\]](#)
9. Ramos C, Leal IP. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*. 2013; 2(1): 43-54. [\[Link\]](#)
10. Shakespeare-Finch J, Barrington AJ. Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *J Trauma Stress*. 2012; 25(4): 433-439. [\[Link\]](#)
11. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 43(4): 759° 770. [\[Link\]](#)
12. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011; 5(1): 1-12. [\[Link\]](#)
13. Birnie K, Speca M, Carlson LE. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress Health*. 2010; 26(5): 359-371. [\[Link\]](#)
14. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother*. 2010; 83(2): 129-143. [\[Link\]](#)
15. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014; 53(1): 6-41. [\[Link\]](#)
16. Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 2017; 24(2): 475-487. [\[Link\]](#)
17. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013; 69(1): 28-44. [\[Link\]](#)
18. Fatollahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Psychological Studies*. 2017; 13(2): 151-168. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *J Contemp Psychother*. 2015; 45(2): 89° 98. [\[Link\]](#)
20. Ha N, Bae SM, Hyun MH. The effect of forgiveness writing therapy on post-traumatic growth in survivors of sexual abuse. *Sex Relation Ther*. 2019; 34(1): 10-22. [\[Link\]](#)

21. Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF. Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Front Psychol.* 2015; 6: 1273. [\[Link\]](#)
22. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behav Ther.* 2017; 48(2): 207-221. [\[Link\]](#)
23. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *J Posit Psychol.* 2010; 5(5): 377-389. [\[Link\]](#)
24. Seyed Mahmoodi SJ, Rahimi C, Mohammadi Jaber NA. Psychometric properties of posttraumatic growth inventory in an Iranian sample. *Journal of Psychological Models and Methods.* 2013; 3(12): 93° 108. [\[Link\]](#)
25. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009; 15(3): 199° 208. [\[Link\]](#)
26. Brennan MA, Emmerling ME, Whelton WJ. Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Couns Psychother Res.* 2015; 15(1): 67° 75. [\[Link\]](#)

