

The Effect of self-Compassion Training on the Quality of life Components of Mothers of Children with Attention deficit / hyperactivity Disorder

Alireza Mohammadi Sangachin Doost 

M.A, Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abbas Ali Hoseinkhanzadeh *

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Maryam Kousha 

Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Ashkan Naseh 

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of self-compassion training on the quality of life of mothers of children with attention-deficit / hyperactivity disorder. In this study, a quasi-experimental method with a pre-test-post-test design with a control group was used and its statistical population also included mothers of children aged 5 to 11 years, boys and girls with attention-deficit/hyperactivity disorder in Rasht in 2020-2021. The study sample consisted of 28 mothers from the statistical population selected by convenience sampling method and randomly placed in experimental and control groups. The experimental group participated in the compassion training group as a group for 8 weekly sessions. Both groups were evaluated in two stages of pre-test and post-test with the Short Form Quality of Life Questionnaire (1996). The results showed that the self-compassion training

Corresponding Author: khanzadehabbas@guilan.ac.ir

How to Cite: Mohammadi Sangachin Doost, A., Hoseinkhanzadeh, A .A., Koosha, M., Naseh, A. (2022). The Effect of self-Compassion Training on the Quality of life Components of Mothers of Children with Attention deficit / hyperactivity Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 12(46), 23-48.


intervention had a significant effect on the scores of quality of life components (physical health, psychological health, social relations, and environmental health), in the post-test stage the scores of quality of life of the experimental group increased significantly ($p < 0.001$). Self-compassion training in comparison with other kinds of training can have very useful results for mothers, especially in order to increase their quality of life, and can be introduced and implemented as one of the axes of parental training in comparison with other methods and training.

Keywords: Self-compassion, Quality of life, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Mothers.



تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

علیرضا محمدی


 سنگاچین دوست

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.


عباسعلی حسین‌خانزاده

 *

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

 مریم کوشا

مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

 اشکان ناصح

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. در این پژوهش از روش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده و جامعه آماری آن نیز شامل مادران کودکان ۵ تا ۱۱ سال پسر و دختر با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر رشت در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه مورد مطالعه نیز شامل ۲۸ مادر از جامعه آماری مذکور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به شیوه تصادفی جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی در دوره آموزشی شفقت به خود به صورت گروهی شرکت داده شدند. هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه (۱۹۹۶) ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری و t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله آموزش خود شفقت‌ورزی اثر معناداری بر نمره مؤلفه‌های

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان است.

* نویسنده مسئول: khanzadehabbas@guilan.ac.ir

کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف) داشته، در مرحله پس‌آزمون نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش یافته است ($p < 0/001$). آموزش خود شفقت‌ورزی در مقایسه با سایر آموزش‌ها می‌تواند نتایج بسیار مفیدی برای مادران، به‌ویژه در جهت افزایش کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد و می‌تواند به‌عنوان یکی از محورهای آموزش والدین در مقایسه با سایر روش‌ها و آموزش‌ها، معرفی و اجرا شود.

کلیدواژه‌ها: شفقت به خود، کیفیت زندگی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مادران.



مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال عصب تحولی^۱ بسیار شایع در دوران کودکی است که با سه ویژگی نارسایی توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی، با سطوح شدت خفیف، متوسط و شدید توصیف می‌شود که در تمام طول عمر باقی می‌ماند، علائم این اختلال باید حداقل ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و تعدادی از این علائم پیش از ۱۲ سالگی ظاهر شده باشد. همچنین این اختلال با سه نوع فرعی ۱. به همراه بی‌توجهی غالب، ۲. به همراه تکانشگری غالب، ۳؛ و به همراه نشانه‌های مرکب مشخص می‌شود (شولتز-ژچوا، وولکل، بودوسل، بوچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع این اختلال در ایالات متحده آمریکا حدود ۷ درصد، در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۱ درصد گزارش شده است (بایتوفت، کنور، ولاچووا، جنسن و همکاران، ۲۰۱۷) و در ایران نیز میانگین نرخ شیوع این اختلال در یک بررسی فراتحلیلی ۸/۷۲ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد به دست آمده است که متوسط نرخ شیوع این اختلال در پسران ۱۱/۲۳ درصد و در دختران ۶/۱۰ درصد بوده است (حسین‌زاده ملکی، رسول‌زاده طباطبایی، مشهدی و محرری، ۱۳۹۸). کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نسبت به سایر کودکان مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند (بارکلی، ۲۰۱۳) و علائمی نشان می‌دهند که آشکارا بیانگر بی‌توجهی، حواس‌پرتی، پرحرفی، عمل بدون تفکر و بی‌نظمی است که این مجموعه رفتارهای سازش‌نایافته در نهایت منجر به مشکلات آموزشی، مهارت‌های ضعیف اجتماعی و بحران‌های خانوادگی می‌شود (آدوئن، دی، کوفلر، هارمون^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

خانواده اولین و پایدارترین عاملی است که می‌توان بیان داشت در اکثر جوامع، به‌عنوان سازنده و شالوده شخصیت و رفتارهای آتی کودک شناخته می‌شود (کولز، پله‌ام، فایانو، گناگی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه‌های روان‌شناختی و مطالعات انجام‌شده

-
1. neurodevelopmental disorder
 2. Schulz-Zhecheva, Voelke, Beauducel, Buch
 3. Aduen, Day, Kofler, Harmon
 4. Coles, Pelham, Fabiano, Gnagy

در این رابطه نیز، اثرات کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر دیگر افراد خانواده، مخصوصاً مادر موردقبول واقع شده است. از آنجا که مادر اولین مراقب کودک است و نخستین مراحل تحول، تأثیری انکارناپذیر بر شخصیت انسان دارد و همچنین به دلیل اینکه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، ارتباط بین مادر و فرزند به نحو ویژه‌ای موردتوجه بوده است (آنجل، ویلانگر، نتهری، تامسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). چراکه این پیوند چنان نزدیک و به هم وابسته است که هرگونه تغییر در یکی، دیگری را هم دچار تغییر و تحولات می‌کند (هارولد، لئو، باررت، الام^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در این بین، مادر به‌عنوان فردی که دارای بیشترین ارتباط و نزدیکی با کودک است، می‌تواند بیشتر در معرض خطر چنین مشکلاتی باشد (گیان‌نوتا و ریدل^۳، ۲۰۱۷). به‌طور کلی تولد کودک با اختلالات سازش‌یافتگی در همه‌ی خانواده‌ها می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع تنش‌گشته و در چنین موقعیتی اگرچه همه افراد خانواده و کارکردشان آسیب می‌بینند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند با اختلال، به‌طور اخص مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (مک‌را، استوپلین، اوکلی، فیت و اسمیت^۴، ۲۰۲۰). بررسی‌های روابط کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز نمایانگر آن است که، رفتار کودک به‌عنوان محرک تنش آور عمل می‌کند و در نتیجه بر رفتار والد و ارتباط میان والد (به‌ویژه مادر) و کودک مؤثر است (بورج، بیل، پایادوپولو، آندرسن^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از متغیرهایی که با داشتن فرزند با نیاز ویژه در ارتباط است، کیفیت زندگی است (دانکرتس، سونوگا-بارک، باناچوسکی، بیتلار^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). برخی از پژوهشگران کیفیت زندگی را مبهم‌تر از آن می‌دانند که بشود آن را در جمله‌ای تعریف و توصیف کرد؛ اما به‌طور کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی مفهومی است پویا و

-
1. Engel, Villanger, Nethery & Thomsen
 2. Harold, Leve, Barrett, Elam
 3. Giannotta & Rydell
 4. McRae, Stoppelbein, O'Kelley, Fite, Smith
 5. Borge, Biele, Papadopoulou, Andersen
 6. Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski, Buitelaar

چندبعدهی و ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی و روانی، ارتباط اجتماعی، اعتقادات شخصی و همچنین درجه‌ای از خودکفایی دارد (آندرید، گها، دوران، سووان^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در حوزه مطالعات مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارد. در این زمینه، موندال، لاک، مزیچ، بیورکلی^۲ و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای که ۱۲۸ والد کودکان با اختلال نارسایی توجه در نروژ را باهدف ارزیابی کیفیت زندگی والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی موردبررسی قرار دادند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از تأثیر منفی اختلال این کودکان بر زندگی والدین به‌ویژه مادران دارد، همچنین والدین این کودکان به دلیل تنش‌ها و فشار روانی در جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به سایر والدین تجربه می‌کنند. در پژوهشی دیگر، لیانگ، لی، کلسن و چن^۳ و همکاران (۲۰۲۱) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی موردبررسی قرار دادند. در این مطالعه ۲۵۷ نفر کودکان بهنجار و ۳۲۴ کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادرانشان شرکت داشتند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد مادران کودکان با این اختلال در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نسبت به مادران کودکان بهنجار وضعیت بدتری داشته و علائم افسردگی را نیز نشان می‌دهند؛ بنابراین این مادران به میزان بیشتری به اختلال‌های خلقی و اضطرابی دچار شده (پنیوئلاس-کالوو، پالومار-سیریا، پوراس-سگوویا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱) و تنیدگی بالاتری را نیز در زندگی تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها شود. تاکنون درمان‌های متعددی به‌منظور ارتقا کیفیت زندگی گزارش شده است که از جمله می‌توان به درمان شفقت به خود^۵ اشاره کرد (لی، یانگ، چن، لی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

-
1. Andrade, Geha, Duran, Suwvan
 2. Mundal, Laake, Mezzich & Bjørkly
 3. Liang, Lee, Kelsen & Chen
 4. Peñuelas-Calvo, Palomar-Ciria, Porras-Segovia
 5. Self-compassion
 6. Lee, Yang, Chen, Lee

سازه یا مفهوم خود شفقت‌ورزی، یکی از مهم‌ترین مفاهیم بودایی است که در روان‌شناسی به صورتی ناشناخته باقی مانده، ولی با خودانگاره و خودنگری در ارتباط است (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). خود شفقت‌ورزی یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما است. شفقت نسبت به خود شامل سه مؤلفه اصلی است که عبارت‌اند از: ۱) مهربان بودن با خود و نه خود محکوم‌گری (خودسرزنش‌گری)، ۲) آگاهی از در میان گذاشتن تجربه‌های درد و رنج با دیگران به جای احساس شرم و تنهایی (گشودگی یا پذیرش نسبت به انسانیت مشترک) ۳) گشوده و ذهن آگاه بودن نسبت به درد و رنج شخصی خود (نِف^۲، ۲۰۰۳، نِف و گرمر^۳، ۲۰۲۲). این سازه با احساس دوست داشتن خود و تشویش و مراقبت در مورد دیگران در ارتباط است، اما هرگز خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران معنا نمی‌شود (نِف و مک‌گیهی^۴، ۲۰۱۰). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده افرادی که خود شفقت‌ورزی بالایی دارند از سلامت روان‌شناختی بالاتری نسبت به افراد که خود شفقت‌ورزی پایینی دارند، برخوردارند (بلوث و آیزنلوهر-مول^۵، ۲۰۱۷؛ تاننباوم، آدامز، گونزالز، هانس و هود^۶، ۲۰۱۸). خود شفقت‌ورزی یک راه مؤثر برای مقابله با تجربیات هیجانی منفی است (کروزیئر، موسویچ و فرگوسن^۷، ۲۰۱۹). افزون بر آن، در درمان خود شفقت‌ورزی اشخاص یاد می‌گیرند که از احساسات دردناک خود دوری نجسته و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در قدم نخست، تجربه خود را شناخته و نسبت به آن احساس شفقت به خود داشته باشند (ترک و والر^۸، ۲۰۲۰). به عبارتی شفقت‌ورزی به خود باعث می‌شود تا با دردهای زندگی کنار بیاییم بدون آنکه از ریل آن خارج شویم (نِف و گرمر، ۲۰۲۲). در تمرین‌های مبتنی بر

-
1. Gilbert
 2. Neff
 3. Germer
 4. McGehee
 5. Bluth & Eisenlohr-Moul
 6. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood
 7. Crozier, Mosewich, Ferguson
 8. Turk & Waller

تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ...؛ محمدی سنگاچین دوست و همکاران | ۳۱

شفقت به خود بر ذهن آرامی، تن آرامی، شفقت به خود به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش فراوانی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (نف، ۲۰۱۱). از نتایج این نوع درمان، اهمیت دادن به بهزیستی، درک و همدلی کردن، همدردی، قضاوت نکردن، مقصر نشمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن مشفقانه می‌باشد (احمدپور دیزجی و زهراکار و کیامنش، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که خود شفقت‌ورزی بالا با مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و راهبردهای سازش‌نا یافته کمتر، سلامت روان‌شناختی و جسمانی بیشتر و تنیدگی روان‌شناختی کمتر مرتبط است (ویلسون، مکینتاش، پاور و چان، ۲۰۱۹).

بنابراین آموزش خود شفقت‌ورزی به مادران می‌تواند سبب نگرستن به جنبه‌های مثبت قضایا و مشکلات بین فردی، ارتباطات صمیمی بیشتری با کودک، اعضای خانواده و سایر افراد شود (بانکس، نینوسکی، ماش و سمپل^۲، ۲۰۲۰). تمامی عوامل مطرح شده و نتایج مثبت حاصل از آموزش خود شفقت‌ورزی و از سویی از آنجایی که در گذشته تمرکز پژوهش‌ها درباره رابطه والد-کودک، بیشتر تحت تأثیر اثرات روان‌شناختی بود که والدین بر کودک خود داشتند (متیوز، آلن، نوریس-بریلینت و چاکو^۳، ۲۰۲۰). البته از دیگر سو، مسائل و مشکلات ناشی از سایر روش‌های درمانی همچون عوارض دارودرمانی و ناپایداری تأثیرات روان‌درمانی در گذر زمان و به‌طور کلی خلأ و چالش‌های موج سوم رفتاردرمانی همچون تأکید بر تحلیل کارکرد و بی‌توجهی به محدودیت‌های آن، ازدیاد درمان‌ها و نبود درمان متمرکز بر شفقت به خود، ما را بر آن داشت که به‌سوی موج چهارم رفتاردرمانی، موجی که از دیدگاه کالاقان و دراو^۴ (۲۰۱۵)، به دنبال روشی برای درک و تسکین رنج انسان‌هاست و بر اساس اصول رفتاری و روش‌های مختلف رفتاردرمانی و از همه مهم‌تر توجه و به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت بنا شده است، برویم. ناگفته نماند

1. Wilson, Mackintosh, Power & Chan
2. Banks, Ninowski, Mash & Semple
3. Matthews, Allan, Norris-Brilliant & Chacko
4. Callaghan & Darrow

که طبق نظر بارکلی آموزش والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌ویژه مادران خط مقدم درمان این کودکان محسوب می‌شود (بارکلی، ۲۰۲۰). حال با توجه به مطالب مطرح‌شده، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش خود شفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به مرکز جامع توان‌بخشی کودکان و نوجوانان گیل و درمانگاه تخصصی اطفال بیمارستان شفا در شهر رشت مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه آماری مذکور در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال در شهر رشت بودند (به دلیل شرایط حاکم بر جامعه خصوصاً شیوع کووید-۱۹، ترس و دیگر مسائل مربوط به شرکت و حضور در جلسات به ۲۸ نفر تقلیل پیدا نمود) که به روش در دسترس و برحسب شرایط ورود و خروج و فرم رضایت آگاهانه انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفره آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. ملاک تعیین حجم نمونه نیز برحسب نظر اکثر صاحب‌نظران، حجم نمونه حداقل ۱۲ تا ۱۵ نفر برای هر گروه در پژوهش‌های شبه‌تجربی کافی و توصیه می‌شود. مراحل انتخاب نمونه: مادران در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال و دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، همچنین کودکان نیز در دامنه سنی ۵ تا ۱۱ سال که تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را توسط روان‌پزشک اطفال در پرونده داشتند و از طریق آزمون تشخیصی نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد ارزیابی و تشخیص نهایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای مادران:

تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ...؛ محمدی سنگاچین دوست و همکاران | ۳۳

دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و همچنین علاقه‌مند و همراه با موافقت کتبی برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های ورود به پژوهش برای کودکان: در دامنه سنی ۵ تا ۱۱ سال، بهره هوشی بهنجار (پرونده پزشکی)، تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توسط روان‌پزشک اطفال و آزمون تشخیصی نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی مهارکننده اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. ملاک‌های خروج نیز در مادران، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه؛ در کودکان نیز داشتن سایر اختلالات همبود.

روش اجرای پژوهش

ابزار: در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه به منظور سنجش کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است (گروپ^۱، ۱۹۹۸). این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی (۷ مورد)، سلامت روان‌شناختی (۶ مورد)، روابط اجتماعی (۳ مورد)، سلامت محیط اطراف (۸ مورد) و ۲ سؤال نیز کیفیت زندگی کلی را ارزیابی می‌کنند. نمره هر گویه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام)، قرار دارد. گفتنی است که سؤال‌های ۴، ۳ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌های استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (گروه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵). میزان آلفای کرونباخ را

گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) بین ۶۶ تا ۸۴ درصد برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش کردند. بررسی‌های انجام شده در داخل ایران نیز ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت روابط اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش کردند (بشرپور، محمدی، اسدی شیشه‌گران، ۲۰۱۷). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی ۰/۸۶، سلامت روانی ۰/۷۹، سلامت روابط اجتماعی ۰/۸۱ و سلامت محیط ۰/۸۷ به دست آمد.

شیوه مداخله

اولین بار گیلبرت نظریه مبتنی بر شفقت به خود را مطرح کرد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶)؛ و به استفاده از سازه شفقت به خود در جلسات درمانی اقدام کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری ریشه دارد. آموزش متمرکز بر شفقت به خود: یکی از روش‌های روان‌درمانی است که در آن همدلی، همدردی و شفقت به خود، پذیرش و تحمل مسائل، مسئولیت‌پذیری و احساس ارزشمند بودن مورد آموزش قرار می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۰). آموزش خود شفقت‌ورزی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایش توسط روان‌شناس مجرب مرکز درمانی و مجری طرح، در سالن بزرگ اجتماعات بیمارستان شفا که با توجه به شرایط بحرانی ناشی از کرونا، با رعایت تمامی پروتکل‌های بهداشتی اعم از ارائه ماسک و دستکش همراه با پذیرایی در تمام جلسات، ارائه پکیج آموزشی برای هر دو گروه و یک هدیه آموزشی برای گروه آزمایش، آموزش داده شد. هدف آموزش، یادگیری مهارت‌هایی برای پرورش دادن سیستم مراقبت‌گری (خود شفقت‌ورزی)، تمرین فعال‌سازی این سیستم و کاستن از رنج و درنهایت افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف)، بود که به

تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ...؛ محمدی سنگاچین دوست و همکاران | ۳۵

مادران کمک می‌کند تا همراه ویژگی‌هایی همچون عدم قضاوت، قدرت، ملایمت، همدلی، خردمندی، مهربانی و شجاعت با راحتی بیشتری در ذهن خود زندگی کنند. شرح جلسات مداخله برگرفته از کتاب درمان متمرکز شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۰) به‌طور خلاصه در جدول ۱ قابل ملاحظه است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی شفقت به خود برگرفته از کتاب درمان متمرکز شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۱۰)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه درمانی، اجرای پیش‌آزمون، ارائه توضیحاتی در مورد متغیرهای پژوهش، گفتگو درباره هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت به خود.
جلسه دوم	مفهوم‌سازی فهم مشفقانه و شرم‌زدایی: آشنایی با نظام‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود، معرفی و آموزش مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان، معرفی مبانی فلسفی درمان متمرکز بر شفقت به خود شامل: ذهن تکامل‌یافته، ذهن غم‌انگیز و ذهن اجتماعی، معرفی مدل تکاملی کارکردی هیجانات، آموزش استعاره اسهال و استفراغ و آموزش استعاره باغ، آموزش ریتم تنفسی تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه سوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آموزش شفقت به خود به خود و معرفی مؤلفه‌ها و خصوصیات آن همچون: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و توجه آگاهی، آشنایی با خصوصیات افراد مشفق شامل: قدرت یا شجاعت، خردمندی، ملایمت و عدم قضاوت‌گری
جلسه چهارم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آگاهی مشفقانه، آماده‌سازی و آموزش ذهن فرد از طریق تمرین‌های توجه آگاهی، برقراری رابطه‌ای حاکی از پذیرش و عاری از قضاوت افکار و احساسات و رفتار، آموزش تمرکز بر تنفس، معرفی و آموزش برخی تمرین‌های غیررسمی و همچنین معرفی و آموزش تمرین‌های رسمی توجه آگاهی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه پنجم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی شرم و خودانتقادی، شامل: اشکال خودانتقادگری، کارکردهای خودانتقادگری، ارائه تمرین با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟، آموزش استعاره ببر خوابیده، آموزش ایجاد هویت خود مشفق، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه ششم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش منطق تمرین تصویرسازی مشفقانه، آموزش تصویرسازی خود مشفق: همراه با ارائه مثال تمرین یادگیری بازیگری، آموزش شفقت به خود زیر لحاف، آموزش تمرین ایجاد یک مکان امن، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه هفتم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش تمرین نوشتن نامه مشفقانه به خود، آموزش پذیرش

جلسات	محتوای جلسات
هفتم	بی‌قید و شرط خود، آموزش به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته، برای کمک به آزمودنی تا بتواند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کند، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس از آزمون.

نتایج

در این پژوهش ۲۸ نفر از مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دو گروه ۱۴ نفری شامل، آموزش شفقت به خود و گواه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش ($1/79 \pm 8/14$) سال و در گروه گواه ($1/43 \pm 7/92$) سال و در دامنه سنی ۵-۱۱ سالگی قرار داشتند. اکثریت مادران از نظر وضعیت سنی، ۹ نفر ($64/3\%$ درصد) در گروه آزمایش و ۱۰ نفر ($71/4\%$ درصد) در گروه گواه بین طیف سنی ۳۰-۳۹ سال قرار داشتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به همراه مؤلفه‌ها برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های آموزش

مرحله		پیش آزمون				پس آزمون			
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی	آزمایش	۶/۰۷	۰/۷۳	-۰/۱۱۳	۰/۸۵۶	۷/۲۱	۰/۸۹	-۰/۴۷۹	-۱/۶۴۹
	گواه	۷/۱۴	۱/۰۲	۰/۱۷۲	-۱/۲۹۸	۶/۵۷	۰/۵۱۳	-۰/۳۲۵	-۲/۲۴۲
سلامت جسمی	آزمایش	۲۱/۶۴	۴/۱۹	-۰/۱۵۹	-۱/۱۹۱	۲۳/۵۰	۴/۴۸	-۰/۰۳۹	-۰/۴۴۴
	گواه	۲۲/۵۰	۵/۴۸	۰/۰۵۹	-۱/۳۹۴	۲۲/۵۷	۵/۴۳	-۰/۳۴۸	-۰/۶۶۹
سلامت روان‌شناختی	آزمایش	۱۸/۷۸	۴/۶۲	-۰/۲۵۴	-۰/۹۸۱	۲۰/۷۱	۴/۳۲	-۰/۰۰۶	-۱/۰۶۰
	گواه	۹/۴۲	۴/۶۳	-۱/۲۳۸	۱/۷۸۶	۱۸/۹۲	۴/۳۵	-۱/۵۱۸	۱/۹۱۷
روابط اجتماعی	آزمایش	۹/۵۰	۲/۲۴	-۰/۴۰۵	-۱/۲۳۸	۱۰/۱۴	۲/۵۶	-۰/۲۴۸	۰/۲۳۰
	گواه	۹/۷۸	۲/۰۴	-۰/۲۹۳	-۰/۷۰۵	۹/۳۵	۲/۱۶	-۰/۵۳۸	-۰/۲۲۴
سلامت محیط	آزمایش	۲۵/۲۸	۵/۴۴	۰/۱۳۶	-۰/۹۵۲	۲۷/۳۵	۵/۱۹	-۰/۰۱۵	۰/۱۸۳

پس آزمون				پیش آزمون				مرحله	
کشیدگی	کجی	انحراف معیار	میانگین	کشیدگی	کجی	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۱/۶۳۲	-۰/۶۶۳	۴/۳۲	۲۳/۹۲	۱/۶۲۱	-۰/۷۶۰	۴/۳۸	۲۴/۲۱	گواه	اطراف

جهت بررسی اثربخشی آموزش خود شفقت ورزی بر کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، با توجه به معنی‌داری شیب‌خط رگرسیون $(F(2,25)=2/837, P=0/006)$ و نقض استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری، آزمون t مستقل با نمره افتراقی استفاده شده است. جهت بررسی این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس شاخص کجی و کشیدگی نرمال بودن متغیر کیفیت زندگی تأیید گردید. هم‌چنین با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لوین $(F=0/001, P=1)$ در سطح $0/05$ فرضیه همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است. هم‌چنین نتایج حاکی از اثربخشی این درمان در گروه آزمایش، با توجه به کسب نمره بالاتر در مقایسه با گروه گواه می‌باشد $(P<0/001)$.

هم‌چنین از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری^۱ با نمرات افتراقی (تفاوت بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون) برای خنثی کردن اثرات پیش آزمون متغیرهای پژوهش و از بین بردن تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی با رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن استفاده شده است. به‌منظور بررسی همگنی واریانس خطای مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی در دو گروه، از آزمون لوین^۲ استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لوین برای همه‌ی مؤلفه‌ها در سطح $0/05$ $(P>0/05)$. شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس متغیرهای وابسته نیز نتایج آزمون M باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تأیید قرار داد $(Box's M=12/126; P=0/434)$. هم‌چنین

1. MANOVA
2. Levene's test

عدم وجود داده‌های پرت چند متغیری با استفاده از فاصله ماهالانویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد، علاوه بر این هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (۰/۳ تا ۰/۵) بود این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. هم‌چنین با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می‌توان این نتیجه را گرفت که بین متغیرها همبستگی خطی چند گانه وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای نمرات افتراقی به مؤلفه‌های کیفیت

زندگی در بین گروه‌های آزمایشی

آزمون‌ها	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	F	معنی‌داری	η^2
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۱۷	۴	۲۳	۹/۲۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
لامبدای ویلکز	۰/۳۸۳	۴	۲۳	۹/۲۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
اثر هتلینگ	۱/۶۰۸	۴	۲۳	۹/۲۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۰۸	۴	۲۳	۹/۲۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس اثر لامبدای ویلکز معنی‌داری می‌باشد ($\eta^2 = ۰/۶۱۷$ ، $F(۴/۲۳) = ۹/۲۴۵$ ، $P < ۰/۰۰۱$)؛ نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار می‌باشد و میزان این تفاوت در جامعه ۶۲ درصد و در سطح بالا است؛ بنابراین بین گروه‌های آزمایش و گواه ازلحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به نمرات پیش‌آزمون (نمره افتراقی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و گواه در کدام‌یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات افتراقی گزارش شده است.

تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ...؛ محمدی سنگاچین دوست و همکاران | ۳۹

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات افتراقی مربوط به تفاوت بین گروهی مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	η^2
سلامت جسمی	۲۲/۳۲۱	۶۴/۶۴۳	۲۲/۳۲۱	۲/۴۸۶	۸/۹۷۸	۰/۰۰۶	۰/۲۵۷
سلامت روان‌شناختی	۴۱/۲۸۶	۴۰/۴۲۹	۴۱/۲۸۶	۱/۵۵۵	۲۶/۵۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۵
روابط اجتماعی	۸/۰۳۶	۴۸/۶۴۳	۸/۰۳۶	۱/۸۷۱	۴/۲۹۵	۰/۰۴۸	۰/۱۴۲
سلامت محیط اطراف	۳۸/۸۹۳	۶۵/۷۸۶	۳۸/۸۹۳	۲/۵۳۰	۱۵/۳۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۲

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های سلامت جسمی (۸/۹۷۸)، سلامت روان‌شناختی (۲۶/۵۵۱)، روابط اجتماعی (۴/۲۹۵) و سلامت محیط اطراف (۱۵/۳۷۱) معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های آزمایش و گواه در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های سلامت جسمی (۰/۲۵۷)، سلامت روان‌شناختی (۰/۵۰۵)، روابط اجتماعی (۰/۱۴۲) و سلامت محیط اطراف (۰/۳۷۲) می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه متوسط و قابل توجه است. برای بررسی میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی، در جدول ۵ میانگین‌های نمرات افتراقی گزارش شده است.

جدول ۵. میانگین‌های برآورد شده نمره افتراقی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
سلامت جسمی	آزمایش	۱/۸۵۷	۱/۷۸۶	۰/۵۹۶	۰/۰۰۶
	گواه	۰/۰۷۱			
سلامت روان‌شناختی	آزمایش	۱/۹۲۹	۲/۴۲۹	۰/۴۷۱	<۰/۰۰۱
	گواه	-۱/۵۰۰			
روابط اجتماعی	آزمایش	۰/۶۴۳	۱/۰۷۱	۰/۵۱۷	۰/۰۴۸
	گواه	-۰/۴۲۹			
سلامت محیط اطراف	آزمایش	۲/۰۷۱	۲/۳۵۷	۰/۶۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	-۰/۲۸۶			

با توجه به جدول ۵ میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های سلامت جسمی (۱/۷۸۶)، سلامت روان‌شناختی (۲/۴۲۹)، روابط اجتماعی (۱/۰۷۱) و سلامت محیط اطراف (۲/۳۵۷) به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه گواه می‌باشد. میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب (۰/۰۷۱)، (۱/۵۰۰-)، (۰/۴۲۹-) و (۰/۲۸۶-) می‌باشد. با توجه به این یافته‌ها فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که آموزش خود شفقت‌ورزی سبب افزایش کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود و همچنین اثر مثبتی بر افزایش سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف مادران دارد. جهت بررسی تغییرات نمره پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه جنسیتی (پسر و دختر) از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده می‌شود. جهت بررسی این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس شاخص کجی و کشیدگی نرمال بودن متغیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی تأیید گردید. هم‌چنین با توجه به عدم معنی‌داری آزمون لوین مؤلفه جسمی ($F=0/009, P>0/925$)، روان‌شناختی ($F=0/208, P>0/657$)، اجتماعی ($F=8/483, P>0/013$) و سلامت محیط اطراف ($F=0/008, P>0/929$) در سطح ۰/۰۱ فرضیه همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون M باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تأیید قرار داد ($Box's M=17/061; P=0/408$). لذا نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برقرار است. اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه جنسیتی بر اساس اثر لامبدای ویلکز معنی‌داری می‌باشد ($F(4,9) = 0.867, P>$) $\eta^2=0.278, 0.519$ ؛ نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول ۶. میانگین‌های برآورد شده نمره پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های جنسیتی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
سلامت جسمی	دختر	۲۱/۸۳	-۲/۹۱۷	۲/۳۷۶	۰/۲۴۳
	پسر	۲۴/۷۵			

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
سلامت روان‌شناختی	دختر	۱۹/۸۳	-۱/۵۴۲	۲/۳۸۸	۰/۵۳۱
	پسر	۲۱/۳۷			
روابط اجتماعی	دختر	۹/۱۶	-۱/۷۰۸	۱/۳۵۷	۰/۲۳۲
	پسر	۱۰/۸۷			
سلامت محیط اطراف	دختر	۲۵	-۴/۱۲۵	۲/۶۶۸	۰/۱۴۸
	پسر	۲۹/۱۲			

نتایج تعدیل بونفرونی نیز نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه جنسیتی از لحاظ نمره پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ میزان کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. طبق یافته‌های به‌دست‌آمده مشخص گردید مادرانی که تحت آموزش خود شفقت‌ورزی قرار گرفتند در مقایسه با مادرانی که آموزشی دریافت نکردند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مختلف همسو است (موندال و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی با ایجاد و تقویت شفقت در فرد، با ارائه راه‌کارهای شناسایی خود مهرورز و تصویرسازی آن و برطرف کردن موانع شناخت شفقت به خود، به مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی این امکان را می‌دهد که از شکست باکی نداشته و پس از هر شکست نیز برای موفقیت بارها و بارها تلاش کنند (متیوز و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش شفقت به خود باعث افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود زیرا می‌تواند سیستم تهدید را خنثی و سیستم

مراقبت را فعال کند (فراری، هانت، هری‌سانکر، ابوت^۱ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش با پذیرش هیجان‌های منفی و به وجود آوردن هیجان‌های مثبت قوی، بقای روانی فرد را که شامل شادی، خوش‌بینی، هوشیاری، کنجکاوی، اکتشاف و جست‌وجو، ابتکارات فردی و هوشیاری عاطفی است، ارتقا می‌بخشد که نتیجه آن افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی است. مادران کودکان بیش‌فعال با توجه به ویژگی‌های کودکانشان، دچار مشکلات جسمانی بسیار و احساس درد می‌شوند. از سویی دیگر پذیرش کم‌این کودکان توسط اطرافیان و کاهش روابط این مادران با دیگران، باعث ایجاد تنیدگی و خود سرزنشی و در نتیجه موجب کاهش سطح انسجام خانوادگی و رضایت از زندگی می‌شود (سایرس، پتل، استوکس، کوقیل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین به‌طور کلی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی این گروه تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۹). سطوح کیفیت زندگی پایین نیز با توجه به مشکلات، بیش‌فعالی و تکانشگری‌هایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ایجاد می‌کنند، منجر به بالارفتن سطح تنش در خانواده و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی می‌شود. آموزش شفقت به خود به این مادران می‌آموزد که روی آورد گسترده‌تری نسبت به زندگی خود داشته باشند. در نتیجه مادران کودکان بیش‌فعال در موقع رویارویی با مشکلات و دشواری‌های مرتب با کودکانشان، با به یاد آوردن اینکه شرایط زندگی انسان‌ها کامل نیستند و این موضوع که در رنج‌هایشان تنها نیستند و هرگز نمی‌توانند به فردی تبدیل شوند که می‌خواهند، می‌توانند احساس تنهایی و انزوای خود را کاهش دهند و از غرق شدن در مشکلات و بروز افسردگی جلوگیری کنند و این چنین باعث ارتقای کیفیت زندگی خود و خانواده شوند (پنیولاس-کالوو و همکاران، ۲۰۲۱).

بر اساس دیدگاه نف (۲۰۱۱)، درمان مبتنی بر شفقت از طریق پذیرش بدون قضاوت، همدلی، افزایش آگاهی درونی و توجه مستمر بر احساسات درونی، بر استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران

1. Ferrari, Hunt, Harrysunker, Abbott, Beath

2. Sciberras, Patel, Stokes, Coghil

تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی...؛ محمدی سنگاچین دوست و همکاران | ۴۳

کودکان نارساتوجه/بیش‌فعالی منجر می‌شود و در نتیجه موجب ارتقاء توانمندی حل مسئله، خودگردانی و باور به آینده‌ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خالص شدن از موانع درونی می‌شود و در نهایت موجب افزایش کیفیت زندگی مادران این کودکان را از طریق افزایش رضایت از زندگی و مراقبت از خود می‌شود (کیم و کو، ۲۰۱۸).

در مجموع باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در زمینه کیفیت زندگی و ابعاد آن دچار نارسایی‌هایی هستند از طرفی، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش که حاکی از اثرات مثبت آموزش شفقت به خود بر این گروه از مادران است، می‌توان از این روش برای بهبود سطح کیفیت زندگی این گروه از مادران استفاده کرد. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی است که برخی از این محدودیت‌ها به علت ماهیت این نوع از پژوهش‌های علمی که در حوزه انسانی قرار دارند اجتناب‌ناپذیر است. به علت اینکه این پژوهش در بین مادران و در بخش کوچکی از یک جامعه اجرا شده است، این مسئله به‌نوبه خود بر تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش مؤثر است، از این‌رو در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. اطلاعات کسب‌شده توسط پرسشنامه است که با توجه به محدودیت‌هایی که ابزارهای خودسنجی در جمع‌آوری داده با آن مواجه است، صحت و سقم اطلاعات بستگی به صحت پاسخ‌های پاسخگویان نمونه آماری دارد.

لذا پاسخگویان در پاسخگویی به سؤال‌های پرسشنامه به‌ویژه در بخش پیش‌آزمون ممکن است دچار خودسانسوری شده و یا جوابی را بدهند که فکر می‌کنند مدنظر پرسشگر باشد، به همین خاطر احتمال دارد پاسخ‌ها همراه با سوگیری باشد (که البته این مسئله در بخش پس‌آزمون تا حد بسیار زیادی کنترل و اطلاع‌رسانی شد که با توجه به تجارب خود در طی این ۸ جلسه و آنچه اکنون شرح حال آن‌ها را توصیف می‌کند بدون اغراق و خودسانسوری پاسخ دهند). به علت کرونا افراد با ماسک شرکت می‌کردند و

فاصله زیاد بود و ممکن است آن‌طور که باید ارتباط روانی مناسبی برقرار نشده باشد. با توجه به اثربخش بودن این شیوه درمان در این مطالعه و مطالعات قبلی صورت گرفته، برگزاری دوره‌های آموزشی شفقت به خود، برای تربیت درمانگران در مراکز مشاوره و راهنمایی و اجرای آن برای مادران کودکان با اختلالاتی مختلف که از مشکلات سلامت روان همچون تیدگی، افسردگی، اضطراب، حرمت خود پایین و به‌طور کلی از کیفیت زندگی پایین رنج می‌برند، ضروری است، چراکه این روش در بهبود موارد مطرح شده اثربخش است.

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان در سال ۱۴۰۰ است. بدین وسیله از مسئولین بیمارستان شفا و کلینیک کودک و نوجوان گیل به‌ویژه اساتید محترم راهنما و مشاور که هماهنگی با بیمارستان و اختصاص سالن اجتماعات، جهت برگزاری و اجرای این دوره آموزشی درمانی را دادند، تا این پژوهش به بهترین شکل ممکن انجام شود و همچنین از مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌عنوان نمونه پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود، چراکه با حضور پرمهرشان در این جلسات در اجرای این طرح به ما کمک شایانی کردند.

ORCID

Alireza Mohammadi

Sangachin Doost

Abbas Ali

Hoseinkhazadeh

Maryam Kousha

Ashkan Naseh



<https://orcid.org/0000-0001-6676-8838>



<https://orcid.org/0000-0003-4060-0011>



<https://orcid.org/0000-0002-8101-8258>



<https://orcid.org/0000-0002-9324-2329>

منابع

- بشرپور، سجاد؛ محمدی، نسیم؛ اسدی شیشه‌گران، سارا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۸(۳۰)، ۱-۱۴.
- حسین‌زاده ملکی، زهرا؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ مشهدی، علی؛ محرری، فاطمه. (۱۳۹۸). اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در سنین پیش دبستان: تجارب زیسته مادران. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۱)، ۲۶۵-۲۷۵.
- Ahmadpour Dizaji, J., Zaharakar, K., & Kiamanesh, A. (2017). Comparative efficacy of compassion_focused therapy (CFT) and well_being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Scientific research quarterly of woman and culture*, 9(31), 7-21.
- Andrade, E. M., Geha, L. M., Duran, P., Suwwan, R., Machado, F., & do Rosário, M. C. (2016). Quality of life in caregivers of ADHD children and diabetes patients. *Frontiers in psychiatry*, 7, 127.
- Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L., & Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem?. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(3), 440-451.
- Barkley, R. A. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161-173.
- Barkley, R. A. (2020). Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents. Fourth edition. The Guilford Press; pp: 250-253.
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- By toft, B., Knorr, S., Vlachova, Z. Jensen, R. B., Mathiesen, E. R., Beck-Nielsen, H. (2017). Assessment of attention deficits in adolescent offspring exposed to maternal type 1 diabetes. *PloS one*, 12 (1), e0169308.
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 28-43.
- Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford Publications.

- Borge, T. C., Biele, G., Papadopoulou, E., Andersen, L. F., Jacka, F., Eggesbø, M., ... & Brantsæter, A. L. (2021). The associations between maternal and child diet quality and child ADHD—findings from a large Norwegian pregnancy cohort study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Popa-Wagner, A., & Thome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: The what, the when and the why. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 67, 74-81.
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64.
- Coles, E. K., Pelham, W. E., Fabiano, G. A., Gnagy, E. M., Burrows-MacLean, L., Wymbs, B. T., ... & Pelham, W. E. (2020). Randomized trial of first-line behavioral intervention to reduce need for medication in children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49 (5), 673-687.
- Crozier, A. J., Mosewich, A. D., & Ferguson, L. J. (2019). The company we keep: Exploring the relationship between perceived teammate self-compassion and athlete self-compassion. *Psychology of Sport and Exercise*, 40, 152-155.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., ... & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 83-105.
- Engel, S. M., Villanger, G. D., Nethery, R. C., Thomsen, C., Sakhi, A. K., Drover, S. S., ... & Aase, H. (2018). Prenatal phthalates, maternal thyroid function, and risk of attention-deficit hyperactivity disorder in the Norwegian mother and child cohort. *Environmental health perspectives*, 126(5), 057004.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455-1473.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Giannotta, F., & Rydell, A. M. (2017). The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. *Journal of adolescence*, 61, 40-49.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a

- group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., ... & Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(10), 1038-1046.
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(6), 623-628.
- Lee, Y. C., Yang, H. J., Chen, V. C. H., Lee, W. T., Teng, M. J., Lin, C. H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in developmental disabilities*, 51, 160-172.
- Liang, S. H. Y., Lee, Y. C., Kelsen, B. A., & Chen, V. C. H. (2021). Health-related quality of life in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder in Taiwan: The roles of child, parent, and family characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103944.
- Mundal, I., Laake, P., Mezzich, J., Bjørkly, S. K., & Lara-Cabrera, M. L. (2021). Assessment of the Quality of Life in Parents of Children With ADHD: Validation of the Multicultural Quality of Life Index in Norwegian Pediatric Mental Health Settings. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Matthews, B., Allan, C. C., Norris-Brilliant, A., & Chacko, A. (2020). Leveraging Emerging Workforces to Increase ADHD Service Provision for Children and Families: Family Peer Advocates as an Exemplar. *The ADHD Report*, 28(8), 5-10.
- McRae, E., Stoppelbein, L., O'Kelley, S., Fite, P., & Smith, S. (2020). Comorbid internalizing and externalizing symptoms among children with ADHD: The influence of parental distress, parenting practices, and child routines. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(5), 813-826.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K., & Germer, C. (2022). The role of self-compassion in psychotherapy. *World Psychiatry*, 21(1), 58.

- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Pérez-Colmenero, S., ... & Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172.
- Schulz-Zhecheva, Y., Voelkle, M., Beauducel, A., Buch, N., Fleischhaker, C., Bender, S., ... & Klein, C. (2019). ADHD traits in German school-aged children: Validation of the German Strengths and Weaknesses of ADHS symptoms and Normal behavior (SWAN-DE) Scale. *Journal of attention disorders*, 23 (6), 553-562.
- Sciberras, E., Patel, P., Stokes, M. A., Coghill, D., Middeldorp, C. M., Bellgrove, M. A., ... & Westrupp, E. (2020). Physical health, media use, and mental health in children and adolescents with ADHD during the COVID-19 pandemic in australia. *Journal of attention disorders*, 1087054720978549.
- Shimabukuro, S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Lovern, K., & Tripp, G. (2020). Supporting Japanese Mothers of Children at Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Small Scale Randomized Control Trial of Well Parent Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 29(6), 1604-1616.
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101856.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.

استناد به این مقاله: محمدی سنگاچین دوست، علیرضا، حسین‌خانزاده، عباسعلی، کوشا، مریم، ناصح، اشکان. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش شفقت به خود بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۶)، ۲۳-۴۸.

DOI: 10.22054/jpe.2022.67055.2435



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.