۴۱-۵۷

بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده

◈ دکتر هادی پردل[1*] ◈ دکتر محمد ابراهیم مداحی[2]

چکیده: در این پژوهش اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده بررسی شده است. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دورهٔ پیگیری یک ماهه بود. جامعهٔ آماری شامل همهٔ مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شدهٔ مراجعه‌کننده به هستهٔ مشاورهٔ آموزش و پرورش ناحیه یک شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. در این پژوهش، ۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). مادران گروه آزمایش ۸ جلسهٔ آموزش شفقت به خود را به‌صورت گروهی دریافت کردند. قبل و پس از اجرای مداخله و نیز در مرحلهٔ پیگیری، هر دو گروه با به‌کارگیری مصاحبهٔ بالینی و پرسشنامهٔ پریشانی روان‌شناختی DASS ارزیابی شدند. داده‌های گردآوری شده با آمار توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS 22 تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده دارد ($P<0/01$). یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که آموزش شفقت بر خود می‌تواند به‌منزلهٔ یکی از محورهای آموزش والدین در مقایسه با سایر روش‌ها و آموزش‌ها، معرفی و اجرا شود.

کلید واژگان: پریشانی روان‌شناختی، شفقت به خود، مادران، اختلالات برونی‌سازی‌شده

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۱۶ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۲۴

۱. دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول). E-mail: hadipordel@mail.ir
۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین شکایت‌های والـدین از فـرزندان خود مـشکلات رفتاری آنهـاست و برای درمان این مشکلات به دنبال دریافت مداخلات روان‌شناختی هستند، زیرا اگر درمانی روی آنها انجام نگیرد، مشکلاتشان ماندگار می‌شود و به مرور زمان، پیامدهای منفی آن گسترش می‌یابند (بالسونی سیلوا[1] و لوریرو[2]، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر، توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به‌منزلهٔ یکی از موضوع‌های مهم روان‌پزشکی و روان‌شناسی به‌دلیل مشکلات پیش آمده، مانند کووید ۱۹ افزایش یافته است، چرا که از یک سو کودکان بخش عمده‌ای از جمعیت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند که نه تنها به سادگی نمی‌توانند از این مشکلات عبور کنند بلکه ممکن است این موضوع تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (جارورس[3] و همکاران، ۲۰۲۳).

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان صورت گرفته است. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درونی‌سازی[4] و برونی‌سازی[5] شده از پرکاربردترین طبقه‌بندی‌های اختلال‌های دوران کودکی است (کیم[6] و همکاران، ۲۰۲۱). اختلالات درونی‌سازی به‌اختلالاتی اشاره دارند که بیشتر به طرف خود است تا دیگران. این اختلالات مواردی نظیر افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، هراس، نگرانی، خیال‌پردازی و ... را شامل می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی به‌عنوان رفتارهایی توصیف می‌شوند که بیشتر متوجه دیگران است تا خود فرد. این رفتارها، دامنه‌ای از پرخاشگری، رفتارهای بزه‌کارانه، دزدی، دروغ‌گویی، نافرمانی، دعوا کردن و بیش‌فعالی را شامل می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی در مقایسه با اختلالات درونی‌سازی برای معلمان، والدین و خواهر و برادرهای فرد آشکارتر و قابل مشاهده‌تر هستند و بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند (دنیلسون[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلالات برونی‌سازی، بیشتر با عنوان اختلالات رفتاری اخلال‌گرایانه شناخته می‌شوند و اختلالاتی را در بر می‌گیرند که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[8] معیارهای تشخیصی خاص خود را دارند، مثل اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی[9]، اختلال نافرمانی مقابله‌ای[10] و اختلال سلوک[11] (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[12]، ۲۰۱۳). اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، یک اختلال عصبی رشدی

1. Bolsoni-Silva
2. Loureiro
3. Jarvers
4. Internalizing disorder
5. Externalizing disorder
6. Kim
7. Danielson
8. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
9. Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder
10. Oppositional Defiant Disorder
11. Conduct Disorder
12. American Psychiatric Association

ناهمگن است که با ترکیبی متغیر از علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی، همراه با نقایص ناسازگاری و بی‌نظمی هیجانی مشخص می‌شود (وایس[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

اختلال بیش‌فعالی نه تنها شیوع بالایی دارد، بلکه دارای میزان زیادی همبودی با دو اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک است (لارسن[2] و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، الگوی پایدار منفی‌کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است و شیوع این اختلال در دامنهٔ ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه تخمین زده می‌شود (کاپلان[3] و سادوک[4]، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های ویتکیویتز[5] و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند که علائم رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای، معمولاً اختلال سلوک را نیز پیش‌بینی می‌کنند و به نظر می‌رسد عامل خطری برای توسعهٔ اختلال سلوک هستند. اختلال سلوک، مجموعه‌ای از رفتارهای ضد اجتماعی پایدار در کودکان است که سبب اختلال در چندین عملکرد آنان می‌شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است.

بر اساس نظریه‌های روان‌شناختی در مطالعات صورت‌گرفته، اثرات کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری بر دیگر اعضای خانواده، به‌ویژه مادران ثابت شده است. پیوند بین اعضای خانواده چنان نزدیک و در هم تنیده است که هرگونه تغییر در یکی، دیگری را هم دستخوش تغییر و تحولات می‌کند (ساسمن[6]، ۲۰۲۲). در این میان مادر، در نقش فردی که دارای بیشترین ارتباط و نزدیکی با کودک است، بیشتر در معرض خطر چنین مشکلاتی است. به‌طورکلی تولد کودک مبتلا به اختلالات رفتاری در همهٔ خانواده‌ها می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع تنش شود و در چنین موقعیتی اگرچه همهٔ افراد خانواده و کارکردشان آسیب می‌بینند، اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مبتلا به اختلال، به‌طور ویژه، مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (فوساتی[7]، ۲۰۲۰).

برای مثال نتایج پژوهش خدایاری‌نژاد و همکاران (۱۴۰۰)، در زمینهٔ بررسی سبک فرزندپروری ادراک‌شده و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار، نشان داده است که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی، در مقایسه با گروه بهنجار، والدین خود را با نسبت بیشتری کنترل‌گر، طردکننده، تحقیرکننده، محدودکننده و تنبیه‌گر معرفی کردند. همچنین در مطالعهٔ انجام‌شده از سوی زلر[8] (۲۰۰۷) روی ۶۵۲۲ مادر و کودک بین ژانویه (۱۹۹۲) و دسامبر (۲۰۰۲)، مشاهده شد که نشانگان افسردگی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان تأثیر می‌گذارد (رضایی‌اشیانی و همکاران،

1. Weiss
2. Larson
3. Kaplan
4. Saduk
5. Witkiewitz
6. Sussman
7. Fossati
8. Zeller

۱۳۹۷). والدین معمولاً به‌دلیل چالش‌های تربیت کودکی مبتلا به اختلالات رفتاری، فشار روانی متوسط تا شدیدی را تجربه می‌کنند. تحقیقات قبلی ثابت کرده است که تنیدگی بیش از حد والدین، بر سلامت والدین و کودک تأثیر منفی می‌گذارد (شافر[1] و همکاران، ۲۰۲۰). داشتن فرزند بااختلالات رفتاری ممکن است مشکلات و فشارهای روانی اقتصادی و اجتماعی زیادی را برای خانواده‌ها به همراه داشته باشد و در صورت بی‌توجهی، به سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی منجر می‌شود (اوزاسلان[2] و ییلدریم[3]، ۲۰۲۱). در این زمینه نارکونام[4] و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به بررسی شیوع تنیدگی در میان والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی پرداختند. طبق نتایج این پژوهش ۶۹/۷ از والدین، درجات بالایی از تنیدگی را گزارش کردند که مادران در مقایسه با پدران از مشکلات بیشتری برخوردار بودند. همچنین ارتباط معناداری میان شدت اختلال کودک و تنیدگی والدین وجود داشت. سی[5] و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی عوامل مؤثر بر تنیدگی والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی را بررسی کردند. یافته‌های به دست آمده حاکی از شیوع بالای تنیدگی در میان والدین بود.

پریشانی روان‌شناختی، حالت هیجانی و ناراحتی خاصی است که افراد به‌طور دائم یا موقت در واکنش به فشارهای روانی خاص تجربه می‌کنند (پتزولد[6] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این پریشانی روان‌شناختی، حالت ذهنی ناخوشایندی از اضطراب و افسردگی است که هر دو علائم فیزیولوژیکی و هیجانی را داراست. نتایج پژوهشهای گوناگون نشان می‌دهد که پریشانی روان‌شناختی در حکم یک اختلال هیجانی، عملکرد شخصی، اجتماعی و زندگی افراد را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد و سبب می‌شود که افراد به مرور زمان با کاهش تحمل پریشانی و افزایش رفتارهای ناسازگارانه در موقعیت‌های گوناگون مواجه شوند (برسلا[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

در رابطه با والدین دارای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مداخلات گوناگونی انجام شده است. در این راستا کولاسینگ[8] و همکاران (۲۰۲۳) در فراتحلیلی به بررسی مداخلات روان‌شناختی با هدف سلامت روان و رابطهٔ مادر و کودک خودمانده پرداختند. نتایج بررسی‌ها نشان داد که مداخلات روان‌شناختی سبب کاهش استرس و بهبود رابطهٔ مادر و کودک می‌شود. اندرسون[9] و گاتری[10] (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی درمان هشیاری در لحظه‌ها بر کاهش مشکلات روان‌شناختی

1. Shaffer
2. Özaslan
3. Yıldırım
4. Narkunam
5. Si
6. Petzold
7. Breslau
8. Kulasinghe
9. Anderson
10. Guthery

والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی پرداختند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از کاهش پریشانی روان‌شناختی، مشکلات والد ـ فرزندی و احساس ناکارآمدی والدین بود. یکی از درمان‌های مثبت نگر، خودشفقت‌ورزی[1] است که در ارتباط با والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری کمتر به آن پرداخته شده است (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱). درمـان متمرکز بر شفقت به خود، یک روش درمانی بسیـار محـبوب است که با رویکردی جامع و یکپارچه برای درمان فراتشخیصی استفاده می‌شود. مطالعات دربارهٔ اثربخشی و مقبولیت آن نیز در ۱۰ سال گذشته با پیشرفت درمان افزایش یافته است و نسبت به سایر مداخلات فردی و خودیاری نیز اثربخشی بیشتری دارد. این درمان را گیلبرت[2] (۲۰۱۴) تدوین کرده است و بر چهار حیطهٔ تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده مـتمرکز است (کاوسی و همکاران، ۱۴۰۰). براساس پـژوهش‌های انجام شده، افرادی که خودشفقت‌ورزی بالایی دارند سلامت روان‌شناختی بالاتری نسبت به افراد دارای خودشفقت‌ورزی پایین دارند (ویلسن[3] و همکاران، ۲۰۱۹). طبق نتایج به‌دست آمده، والدین دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری در مقایسه با افراد بهنجار از خودشفقت‌ورزی کمتری برخوردارند. در درمان خودشفقت‌ورزی، افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود دوری نجویند و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در قدم نخست تجربهٔ خود را بشناسند و نسبت به آن، احساس شفقت به خود داشته باشند (راینی[4] و ایحسانا[5]، ۲۰۲۱). در تمرین‌های مبتنی بر شفقت، بر ذهن‌آرامی، تن‌آرامی، شفقت به خود و هشیاری در لحظه‌ها تأکید می‌شـود که این مـوارد نقش فراوانی در آرامـش ذهنی فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهـد داشت. شواهد پژوهشی نشـان می‌دهـد، خودشفقت‌ورزی بالا با مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و راهبردهای سازش نایافتهٔ کمتر، سلامت روان‌شناختی و جسمانی بیشتر و تنیدگی روان‌شناختی کمتر مرتبط است (ماتوس[6] و همکاران، ۲۰۲۲).

روجاس[7] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان «برنامه‌ای مبتنی بر شفقت برای کاهش پریشانی روانی در دانشجویان پزشکی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی آزمایشی» به این نتیـجه دسـت یافتند که در مقایسه با گروه کنترل، گروه آزمایش بهبود قابل‌توجهی در شفقت به خود، هشیاری در لحظه‌ها و تنظیم هیجان و همچنین کاهش قابل‌توجهی در استرس، اضطراب و خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی نشان داد. علاوه بر این، برخی از این اثرات در پیگیری ادامه یافت. این درمان ضمن کاهش پریشانی روانی در دانشجویان پزشکی، مهارت‌های شفقت را نیز افزایش داد.

1. Self-compassion
2. Gilbert
3. Wilson
4. Riany
5. Ihsana
6. Matos
7. Rojas

والدین در شرایط دشواری که هیجان‌های شدیدی در ارتباط با کودک خود تجربه می‌کنند، باوجود آگاه بودن از روش برخورد درست با این کودکان، به روش‌های رفتاری اشتباه و ناکارآمد قبلی خود مراجعه می‌کنند و این سبب می‌شود در والدین بی‌نظمی هیجانی ایجاد شود که این بی‌نظمی هیجانی، توانمندی آنها در به‌کارگیری روش‌های درست برخورد با این کودکـان را مختل می‌کند (خسروبیگی و همکاران، ۲۰۲۲). این در حالی است کـه در درمـان خودشفقت‌ورزی گفتـه می‌شود که تعامل آشفتهٔ والد ـ فرزند و فرزندپروری ناکارآمد فقط به‌دلیل نداشتن مهارت و دانش کافی والدین برای فرزندپروری نیست، بلکه فشار روانی و دیگر مسائل روان‌شناختی مانند عدم توانایی تنظیم هیجان، انعطاف‌ناپذیری، عدم پذیرش تجربیات ناخوشایند، تنیدگی، فشار روانی و ... در بروز مشکلات رفتاری کودکان سهم مهمی دارنـد (گارسیا[1] و همکاران، ۲۰۲۲). آمـوزش خودشفقت‌ورزی به مـادران می‌توانـد سبب نگریستن به جنبه‌های مثبت و مشکلات میان‌فردی، ارتباطات صمیمی بیشتر با کودک، اعضای خانواده و سایر افراد شود (وبستر ـ استراتون[2] و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به مطالب بیان‌شده و روند فزایندهٔ اختلالات رفتاری و پیامدهای آن برای کودکان و والدین آنها، بیشتر مداخله‌های موجود روی والدین، بر آموزش روش‌های صحیح رفتاری در تعامل با کودک تأکید دارند و کمتر به افکار، ارزش‌ها و باورها، احساسات و خودانتقادی‌گری[3] آنها، به‌ویژه در شرایط فشار روانی و تنیدگی توجه شده است (کربی[4] و همکاران،۲۰۲۳). همچنین بیشتر مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه، بر مشکلات اجتماعی و تحصیلی این کـودکان مـتمرکز بوده و توجه کـمتری بر مشکلات خود والدین شده است. با عنایت به دیدگاه بارکلی[5] (۲۰۲۰)، مبنی بر اینکه آموزش والدین خط مقدم درمان این کودکان است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش شفقت به خود بر کاهش پریشانی روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده انجام شده است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضـر از نـوع نیمه آزمـایشی با طـرح پـیش‌آزمون ـ پـس‌آزمون و دورهٔ پـیگیری یک‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش، شامل همهٔ مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شدهٔ مراجعه کننده به هستهٔ مشاورهٔ آمـوزش و پـرورش ناحیـهٔ یک شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲- ۱۴۰۱ بود (در مجموع ۱۸۰نفر).

انتخاب نمونه به‌صورت چندمرحله‌ای بود، به‌این‌صورت‌که نخست، مادران دارای فرزند مبتلا به

1. Garcia
2. Webster-Stratton
3. Self-criticism
4. Kirby
5. Barkley

اختلالات برونی‌سازی‌شده که ملاک ورود به پژوهش را داشتند (۵۰ نفر) به پرسشنامهٔ پریشانی روان‌شناختی پاسخ دادند (پیش‌آزمون). سپس از میان افرادی که نمرات بالایی در این پرسشنامه کسب کرده بودند، ۳۰ مادر که نمرهٔ بالاتری داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه در حکم نمونه آماری انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند (گروه آزمایش و گروه کنترل هر کدام ۱۵ نفر).

بعد از انتخاب نمونه‌های آماری، گروه آزمایش ۸ جلسهٔ ۷۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت به‌خود گیلبرت، دریافت کرد و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن فرزند مبتلا به اختلال رفتاری برونی‌سازی‌شده، تکمیل فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در برنامهٔ آموزشی، داشتن نمرهٔ بالا در مقیاس پریشانی روان‌شناختی، حداقل داشتن سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. با توجه به اینکه نمونهٔ مورد مطالعه از میان دانش‌آموزان ارجاع داده‌شده به مراکز تخصصی هستهٔ مشاوره انتخاب شده بود، ملاک تشخیصی پژوهشگر مبتنی بر تشخیص درج شده در پروندهٔ مشاوره‌ای دانش‌آموزان از سوی روان‌شناسان بالینی مرکز مشاوره بود. در نهایت پس از انجام جلسات آموزشی و سپری شدن یک ماه، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های گردآوری شده با آمار توصیفی و استنباطی، شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS 22 تحلیل شدند.

◉ ابزارهای سنجش

در این پژوهش از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شده است:

الف) پرسشنامهٔ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه، شامل اطلاعاتی همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات و سطح درآمد بود.

ب) پرسشنامهٔ پریشانی روان‌شناختی[1] (DASS-21): این مقیاس را که لاوی‌باند[2] و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده‌اند شامل سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است و هر مقیاس آن از ۷ ماده تشکیل شده است. ماده‌ها بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای و در دامنه‌ای میان صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنهٔ نمرات برای هر مقیاس بین صفر تا ۲۴ است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که این مقیاس همسویی درونی بالایی دارد و در مقیاس افسردگی بین ۹۷-۹۱، اضطراب بین ۹۲-۸۱ و استرس بین ۹۵-۸۸ است. همبستگی‌های میان مقیاس دامنه‌ای شامل: افسردگی ـ اضطراب (۷۱-۴۵)، اضطراب ـ استرس (۷۳-۶۵) و افسردگی ـ استرس (۷۹-۵۷) است. در پژوهشی روی دانشجویان، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک و DASS اجرا شد. همبستگی مقیاس اضطراب DASS

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

بااضطراب بک ۰/۸۱، باافسردگی بک ۰/۷۴ و باسیاهۀ استرس دانش‌آموزان ۰/۷۶ به دست آمد (سابو[1]، ۲۰۱۰). ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ بود. همچنین ضرایب بازآزمایی به فاصلۀ زمانی دو هفته‌ای برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۰ محاسبه شد. روایی محتوایی نیز از سوی سه نفر روان‌شناس بالینی با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای ارزیابی شد که در مورد هر دو مقیاس مناسب بود (ملکی بخشی و همکاران، ۱۴۰۰؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش خود، پایایی مقیاس DASS-21 را با محاسبۀ همسانی درونی و روایی آن با به‌کارگیری تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمون افسردگی بک، مقیاس اضطراب زونگ و استرس ادراک شده بررسی کردند. ضرایب پایایی و روایی به‌دست آمده بسیار رضایت‌بخش و در سطح $P<۰/۰۱$ معنادار بود. همبستگی میان مقیاس افسردگی DASS با افسردگی بک ۰/۷۰، میان اضطراب DASS با آزمون اضطراب زونگ ۰/۷۵ و میان مقیاس استرس DASS با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بود (ملکی بخشی و همکاران، ۱۴۰۰؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۵۴ بود.

- **پروتکل آموزش شفقت به خود:** آموزش مبتنی بر شفقت به خود در پژوهش، مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۴) است که شامل ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای بود که به‌صورت هفته‌ای برگزار شد. روایی محتوایی و آموزشی این روند در حیطۀ بزرگسالان در مطالعات داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (احمدی کاظم‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۲؛ احمد[2] و راج[3]، ۲۰۲۳؛ میلارد و همکاران، ۲۰۲۳).

خلاصۀ جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت برای مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده

جلسات	فعالیت‌ها
اول	آشنایی و برقراری رابطۀ اولیه درمانی، اجرای پیش‌آزمون، ارائۀ توضیحاتی در مورد متغیرهای پژوهش، گفت‌وگو دربارۀ هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت به خود
دوم	مفهوم‌سازی فهم مشفقانه و شرم‌زدایی: آشنایی با نظام‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود، معرفی و آموزش مدل سه‌حلقه‌ای تنظیم هیجان، معرفی مبانی فلسفی درمان متمرکز بر شفقت به خود شامل: ذهن تکامل یافته، ذهن غم‌انگیز و ذهن‌اجتماعی، معرفی مدل تکاملی کارکردی هیجانات، ارائۀ تکلیف برای جلسۀ بعد
سوم	مرور محتوا و تمرین جلسۀ قبل، مفهوم‌سازی آموزش شفقت به خود و معرفی مؤلفه‌ها و خصوصیات آن همچون: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و توجه آگاهی، آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، ارائۀ تکالیف برای جلسۀ بعد

1. Szabó
2. Ahmed
3. Raj

جدول ۱. (ادامه)

جلسات	فعالیت‌ها
چهارم	● مرور محتوا و تمرین جلسهٔ قبل، مفهوم‌سازی آگاهی مشفقانه، آماده‌سازی و آموزش ذهن فرد با تمرین‌های توجه‌آگاهی، 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 رسمی، ارائهٔ تکلیف برای جلسهٔ بعد
پنجم	● مرور محتوا و تمرین جلسهٔ قبل، مفهوم‌سازی شرم و خودانتقادی، شامل: اشکال خود انتقادگری، کارکردهای خودانتقادگری، ارائهٔ تمرین با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟، آموزش ایجاد هویت خود مشفق، ارائهٔ تکلیف برای جلسهٔ بعد
ششم	● مرور محتوا و تمرین جلسهٔ 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 جلسهٔ بعد
هفتم	● مرور محتوا و تمرین جلسهٔ قبل، آموزش تمرین نوشتن نامه مشفقانه به خود، آموزش پذیرش بی‌قید و شرط خود، آموزش به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، ارائهٔ تکلیف برای جلسهٔ بعد
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، ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلالات رفتاری برونی‌سازی‌شده در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی مادران در هر دو گروه نمونه خانه‌دار بودند. میانگین سنی مادران این کودکان در گروه شفقت به خود ۳۱/۴۲ سال با انحراف معیار ۴/۰۳ و میانگین سنی مادران این کودکان در گروه کنترل ۳۱/۰۵ سال با انحراف معیار ۴/۱۸ بود. از نظر سطح تحصیلات، تحصیلات فوق‌دیپلم (گروه شفقت به خود صفر و گروه کنترل ۱۰ درصد) کمترین فراوانی و تحصیلات دیپلم (۳۰ درصد در هر دو گروه آزمایش و کنترل) بیشترین فراوانی را داشت. از نظر وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی خوب (گروه شفقت به خود ۲۰ و گروه کنترل ۱۵ درصد) کمترین فراوانی و وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی متوسط (گروه شفقت به خود ۵۵ و گروه کنترل ۶۵ درصد) بیشترین فراوانی را داشت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از گزارش فراوانی میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است که نتایج حاصل در جداول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		M	SD	M	SD
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۳/۵	۲/۴۱	۱۴/۲۵	۱/۸۳
	پس‌آزمون	۱۰/۰۵	۱/۹۰	۱۳/۹۰	۱/۸۶
	پیگیری	۹/۷۷	۱/۶۶	۱۴/۱۱	۱/۶۰
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۳۰	۱/۵۲	۱۴/۵۰	۱/۹۶
	پس‌آزمون	۱۱/۵۵	۱/۹۹	۱۴/۲۰	۱/۸۸
	پیگیری	۱۱/۴۴	۱/۶۴	۱۴/۵۵	۱/۶۹
استرس	پیش‌آزمون	۱۵/۷۵	۱/۷۷	۱۶/۶۰	۱/۲۶
	پس‌آزمون	۱۲/۶۵	۱/۳۵	۱۵/۷۰	۱/۸۷
	پیگیری	۱۳/۱۵	۱/۶۵	۱۵/۹۹	۱/۲۲

در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب، افسردگی و استرس به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحلهٔ سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نسبت به گروه آزمایش نشان نمی‌دهد، اما در گروه آزمایش، کاهش نمرات در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود.

برای آزمون فرضیه‌ها، از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس، رعایت بعضی مفروضه‌ها مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا الزامی هستند. در این پژوهش، نخست به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف‌ـاسمیرنف: Z بین ۰/۷۴ تا ۱/۰۸، P>۰/۰۵؛ نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس (F=۱/۱۸ ،P>۰/۰۵)؛ نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر افسردگی (F=۲/۱۸ ،P>۰/۰۵)، برای متغیر استرس (F=۲/۳۵ ،P>۰/۰۵) و برای متغیر اضطراب (F=۳/۱۵ ، P<۰/۰۵)، که همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه‌ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسهٔ میانگین نمره‌های استرس، اضطراب و افسردگی مادران گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسهٔ میانگین نمره‌های اضطراب، افسردگی و استرس مادران گروه آزمایش و کنترل

آزمون‌ها	مقادیر	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۷۷	۳۸/۱۹	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۳۸/۱۹	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
اثر هتلینگ	۳/۴۷	۳۸/۱۹	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۷	۳۸/۱۹	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیری، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشهٔ روی ($P>۰/۰۰۱$، $F=۳۹/۱۷$)، نشانگر این است که میان گروه‌های آزمایش و کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته اضطراب، افسردگی و استرس ایجاد شده است و ضریب اندازهٔ اثر نشان می‌دهد که ۷۸ درصد تفاوت، میان دو گروه مربوط به مداخلهٔ آزمایشی است. بنابراین با به‌کارگیری تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم شود که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی مربوط به کجاست.

جدول ۴. تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمره‌های استرس اضطراب و افسردگی مادران گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	۸۸/۳۶	۱	۸۸/۳۶	۸۲/۴۳	۰/۰۰۱
اضطراب	گروه	۸۱/۱۱	۱	۸۱/۱۱	۷۵/۶۶	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۸۹/۳۱	۱	۸۹/۳۱	۸۳/۴۰	۰/۰۰۱
افسردگی	گروه	۵۳/۰۷	۱	۵۳/۰۷	۴۹/۵۶	۰/۰۰۱
استرس	پیش‌آزمون	۴۸/۹۴	۱	۴۸/۹۴	۵۹/۹۴	۰/۰۰۱
استرس	گروه	۵۱/۸۱	۱	۵۱/۸۱	۶۳/۴۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ برای هر سه متغیر اضطراب، افسردگی و استرس معنادار است. بنابراین اثربخشی آموزش شفقت به خود در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مادران و تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان استرس، اضطراب و افسردگی در پس‌آزمون تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده انجام گرفته است. یافته‌های پژوهش نشان دادند که میان میانگین‌های تعدیل شدهٔ مادران گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون، از نظر اضطراب، افسردگی و استرس، تفاوت معناداری وجود دارد. به‌این‌صورت‌که آموزش فنون شفقت به خود، سبب کاهش قابل توجهی از اضطراب، افسردگی و استرس در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده درگروه آزمایش شده بود. پژوهشی که به اثربخشی برنامهٔ آموزش شفقت به خود بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده بپردازد، یافت نشد، اما اثربخشی برنامهٔ آموزش شفقت به خود در نمونه‌های دیگر وجود دارد. این پژوهش از نظر اثربخشی این برنامه بر کاهش پریشانی روان‌شناختی همسو با نتایج فولادی اردکانی و همکاران(۱۴۰۲)، کاوسی و همکاران (۱۴۰۰)، احمد و راج (۲۰۲۳)، کربی و همکاران (۲۰۲۳) و بیتون[1] و همکاران (۲۰۲۰) بود.

در خصوص اینکه در پژوهش حاضر چگونه و تحت‌تأثیر چه راهبردهایی این روش درمانی روی پریشانی روان‌شناختی تأثیر گذاشته است، می‌توان گفت که مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات رفتاری اغلب دارای هیجان‌های منفی و عذاب وجدان هستند و خود را در اینکه فرزند آنها دچار اختلال شده مقصر می‌دانند و دارای خودانتقادی بالایی نسبت به خود هستند. شدت این خودانتقادی به نوبهٔ خود سبب می‌شود که این مادران همواره نوعی سخت‌گیری به خویش و به دنبال آن، نگرش شفقت‌آمیز کمی به خود داشته باشند، که می‌تواند زمینه‌ای برای ابتلا به تنش روانی، تنیدگی و افسردگی در آنان شود (پردل و همکاران، ۱۳۹۱). هنگامی که این مادران در جلسات درمانی آموزش شفقت به خود قرار گرفتند، بر این باور بودند که مسئلهٔ پیش آمده (داشتن فرزند مبتلا به اختلال رفتاری) صرفاً یک پیشامد و تجربه بوده و تمرکز خود را از ارزیابی منفی خود، برداشته و بر تجربهٔ یاد شده متمرکز می‌شدند (مانند جلسهٔ هفتم آموزشی که در این جلسه، آموزش تمرین نوشتن نامه مشفقانه به خود و آموزش پذیرش بی‌قید و شرط خود ارائه شد).

1. Beaton

همچنین می‌توان بر نقش و تأثیر آموزش شفقت به خود در افزایش سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی استناد کرد (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱). این امر به این معناست که فرد با ملایمت، خود را برای تغییرات زندگی، ترغیب می‌کند و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. بنابراین شفقت به خود از راه‌های گوناگون به‌منزلهٔ یک راهبرد تنظیم کنندهٔ هیجان در نظر گرفته می‌شود که در آن تجربهٔ هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب نادیده گرفته نمی‌شوند، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به‌صورتی مهربانانه پذیرفته شوند (احمد و راج،۲۰۲۳). بنابراین با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. به عبارت دیگر شفقت به خود از روش افزایش آگاهی درونی سبب پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مداوم بر احساسات درونی موجب افزایش توانایی حل مسئله، خودگردانی و باور به آیندهٔ روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در رویارویی با موانع، اجتناب از استراتژی‌های خسته‌کننده و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها می‌شود، زیرا شفقت به خود هیجان‌های منفی‌تر دربارهٔ خود را به هیجان‌های مثبت تبدیل می‌کند و از این طریق موجب کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی می‌شود (گرمر و نف[1]، ۲۰۱۹).

در تبیین اثرات ماندگار درمانی در دورهٔ پیگیری نیز می‌توان گفت یکی از راه‌های کمک به والدین، ارائهٔ خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی است، اما متأسفانه بسیار مشاهده می‌شود که امنیت و آرامشی که درمان‌جویان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به‌دست می‌آورند، پس از اتمام جلسه یا مدتی بعد از بین می‌رود و فرد دوباره احساس تنش می‌کند (وبستر-استراتون و همکاران، ۲۰۱۳)، درحالی‌که آموزش شفقت به خود همان چیزی است که به افراد کمک می‌کند در خارج از جلسات درمانی نیز ویژگی‌هایی مانند مهربانی، ارتباط و آرامش را به درون خود تلقین کنند و در راستای کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان خود از راه بروز رفتارهای سازش‌یافته برای حل مشکلات گام بردارند (بلوث[2] و همکاران، ۲۰۲۲).

در نهایت، در تبیینی دیگر بر اساس نظر پژوهشگران می‌توان گفت که بیشتر نمونه‌های موردمطالعه در پژوهش حاضر دارای تحصیلات دیپلم بودند، بر این اساس این مادران ممکن است اطلاعات کمی در زمینه مشکلات فرزندان خود داشته باشند. همچنین ممکن است از روش‌های ناکارآمد مانند کمک‌خواهی از افراد غیر متخصص، تأکید بیش از اندازه به یادگیری و غیره بپردازند که این عامل علاوه بر وارد کردن فشار مضاعف به کودک و به دنبال آن بدتر شدن وضعیت او، می‌تواند سبب اضطراب و نگرانی خود مادران نیز شود. بنابراین مادران با شرکت کردن در مطالعهٔ حاضر، اطلاعات دقیقی در زمینهٔ مشکل فرزند خود به‌دست آوردند (مانند آموزش جلسهٔ اول) که

1. Germer & Neff
2. Bluth

این عامل احتمالاً بر کاهش هیجانات منفی در آنها مؤثر بوده است.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی است. برخی از این محدودیت‌ها به‌دلیل حوزهٔ انسانی بودن این نوع از پژوهش‌ها اجتناب‌ناپذیر است. از آنجا که این پژوهش در میان مادران و در بخش کوچکی از یک جامعه اجرا شده، این امر در تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش مؤثر است؛ از این رو در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد.

با توجه به نتایج به‌دست آمده مبنی بر تأثیر معنادار آموزش شفقت به خود بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده می‌توان بیان نمود که این آموزش از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در خصوص کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی برخوردار است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران و روان‌شناسان مدرسه برای آشنایی بیشتر با این برنامه به منظور مهارت‌اندوزی برگزار شود.

منابع و مآخذ

REFERENCES

احمدی کاظم آبادی، زهرا؛ درتاج رابری، فریبرز؛ احدی، حســـن؛ نصری، صادق و قائمی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش شـــفقت به خود بر اســـناد شخصی و بهزیســـتی هیجانی مادران دارای کودکان اســـتثنایی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*،۱۸ (۷۲)، ۱-۹. Doi: 10.22034/JMPR.2024.16553

پردل، هادی؛ محمود علیلو، مجید؛ تاجور، آذر و حجازی، مریم. (۱۳۹۱). اثربخشـــی آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به مادران در کاهش علائم بیش‌فعالی ـ کمبود توجه. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷* (۲۶)، ۶۷-۷۶.

خدایاری‌نـژاد، طاهـره؛ محمدی آریـا، علیرضا و رضایی‌دوگاهه، ابـراهیم. (۱۴۰۰). مقایسه سبک فـرزندپـروری ادراک‌شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار. *فصلنامه علمی ـ پژوهشی خانواده و پژوهش، ۱۸* (۳)، ۶۶-۴۳. Doi: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6

رضائی‌اشیانی، ایران؛ یارمحمدیان، احمد و فرهادی، هادی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر مهرورزی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان‌شناختی/ تحولی. *پژوهشهای علوم شناختی و رفتاری، ۸* (۲)، ۳۲-۱۷.

ســـادوک، بنجامین جیمز؛ ســـادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). *خلاصهٔ روانپزشـــکی کاپلان و سادوک؛ علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*، ویرایش یازدهم. ترجمه فرزین رضاعی(۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.

صاحبـــی، علی؛ اصغری، محمدجواد و ســـالاری، راضیه‌ســـادات. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افســـردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۳۶-۵۴.

طاهری، اکبر؛ مرعشـــی، ســـید علی؛ حمید، نجمه و بشلیده، کیومرث. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی ـ رشدی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۸ (۱)، ۳۳-۲۰.

فولادی اردکانی، ســـعیده و چوب‌فروش‌زاده، آزاده. (۱۴۰۲). اثربخشـــی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شـــده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشـــانی روان‌شـــناختی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *روان‌شناســـی بالینی و شخصیت*، ۲۱ (۱)، ۱۹-۳۲.

Doi: 10.22070/CPAP.2023.16483.1250

کاوسی، لیلی؛ عباســـی، قدرت‌اله و میرزائیان، بهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روان‌شناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک‌شده افراد مبتلا به اختلال پرخوری. *روان پرستاری*، ۹(۳)، ۶۲-۵۰ .

گیلبرت (۲۰۱۴). *درمان متمرکز بر شفقت*، ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ابن‌سینا.

هاشـــمی، ملیحه؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ ملیحی الذاکرینی، ســـعید؛ کراســـکیان موجمناری، آدیس و دلاوری، علیرضا. (۱۴۰۲). اثربخشـــی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۳)، ۱۰۶-۹۷. dor: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8

Ahmed, A. N., & Raj, S. P. (2023). Self-compassion intervention for parents of children with developmental disabilities: A feasibility study. *Advances in Neurodevelopmental Disorders,* 7, 277-289. https://doi.org/10.1007/s41252-022-00305-

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28*(1), 43-49.

Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (4th ed.).

The Guilford Press.

Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2020). Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness*, *11*(11), 2506-2518. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01464-w

Bluth, K., Lathren, C., & Park, J. (2022). Self-compassion as a protective factor for adolescents experiencing adversity. In *Post-traumatic growth to psychological well-being: Coping wisely with adversity* (pp. 111-126). Cham: Springer International Publishing.

Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2020). Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. *Psicologia, reflexao e critica: revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, *33*(1), 22. https://doi.org/10.1186/s41155-020-00160-x

Breslau, J., Finucane, M. L., Locker, A. R., Baird, M. D., Roth, E. A., & Collins, R. L. (2021). A longitudinal study of psychological distress in the United States before and during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine, 143*,106362.

Danielson M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Charania, S. N., Claussen, A. H., McKeown, R. E., ... & Flory, K. (2021). Community-based prevalence of externalizing and internalizing disorders among school-aged children and adolescents in four geographically dispersed school districts in the United States. *Child Psychiatry & Human Development, 52*(3), 500-514.

Fossati, M., Negri, L., Fianco, A., Cocchi, M. G., Molteni, M., & Delle Fave, A. (2020). Resilience as a moderator between objective and subjective burden among parents of children with ADHD. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*(1), 53-63.

Garcia, A. S., Born, S. L., Carotta, C. L., Lavender-Stott, E. S., & Stella Liu, H. L. (2022). Hope and self-compassion to alleviate parenting stress in the context of the COVID-19 pandemic. *The Family Journal*, *30*(2), 164-173. https://doi.org/10.1177/10664807211040836

Germer C., & Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals.* Guilford Publications.

Jarvers, I., Ecker, A., Schleicher, D., Brunner, R., & Kandsperger, S. (2023) Impact of preschool attendance, parental stress, and parental mental health on internalizing and externalizing problems during COVID-19 lockdown measures in preschool children. *PLoS One*, *18*(2), e0281627.

Khosrobeigi, M., Hafezi, F., Naderi, F., & Ehteshamzadeh, P. (2022). Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. *Explore*, *18*(3), 357-361.

Kim, G., Shin, J., & Kim, J. W. (2021). The mediating role of internalizing and externalizing symptoms in the relationship between childhood trauma and suicidality among adolescents: A structural equation model. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15*, 79.

Kirby, J. N., Hoang, A., & Ramos, N. (2023). A brief compassion focused therapy intervention can help self-critical parents and their children: A randomised controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 96*(3), 608-626.

Kulasinghe, K., Whittingham, K., Mitchell, A. E., & Boyd, R. N. (2023). Psychological interventions targeting mental health and the mother–child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *65*(3), 329-345.

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD. *Pediatrics*, *127*(3), 462-470.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343.

Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., & Gilbert, P. (2022). Compassion protects mental health and social safeness during the COVID-19 pandemic across 21 countries. *Mindfulness, 13*(4), 863-880.

Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 326,* 168-192.

Narkunam, N., Hashim, A. H., Sachdev, M. K., Pillai, S. K., & Ng, C. G. (2014). Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, *6*(2), 207-216.

Özaslan, A., & Yıldırım, M. (2021). Internalized stigma and self-esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*, *50*(3), 312-324.

Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Der Nervenarzt, 91*(5), 417-421.

Riany, Y. E., & Ihsana, A. (2021). Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi, 6*(1), 47-60.

Rojas, B., Catalan, E., Diez, G., & Roca, P. (2023). A compassion-based program to reduce psychological distress in medical students: A pilot randomized clinical trial. *PLoS One, 18,* e0287388. doi: 10.1371/journal.pone.0287388

Shaffer, E. J., Lape, J. E., & Salls, J. (2020). Decreasing stress for parents of special needs children through a web-based mindfulness program: A pilot study. *Internet Journal of Applied Health Sciences and Practice, 18*(4), 16.

Si, Y., Ma, J. L., & Zhang, J. (2020). Factors influencing parenting stress among Chinese families of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Children and Youth Services Review, 116,* 105148.

Sussman, T. J., Baker, B. H., Wakhloo, A. J., Gillet, V., Abdelouahab, N., Whittingstall, K., ... & Posner, J. (2022). The relationship between persistent organic pollutants and attention deficit hyperactivity disorder phenotypes: Evidence from task-based neural activity in an observational study of a community sample of Canadian mother-child dyads. *Environmental Research, 206,* 112593.

Szabó, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence, 33*(1), 1-8.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *42*(2), 251-261.

Weiss, F., Tidona, S., Carli, M., Perugi, G., & Scarselli, M. (2023). Triple diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder with coexisting bipolar and alcohol use disorders: Clinical aspects and pharmacological treatments. *Current Neuropharmacology*, *21*(7), 1467-1476.

Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and metaanalysis. *Mindfulness, 10*(6), 979-995.

Witkiewitz, K., King, K., McMahon, R. J., Wu, J., Luk, J., Bierman, K. L., … & Conduct Problems Prevention Research Group. (2013). Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(2), 223-237.

Quarterly Journal of
Family and Research

The Effectiveness of Self-Compassion Training on Reducing Psychological Distress in Mothers of Children with Externalizing Disorders

■ H. Pordel, Ph.D.[1*] ■ M. E. Maddahi, Ph.D.[2]

Abstract

This study investigated the effectiveness of self-compassion training in reducing psychological distress among mothers of children with externalizing behavior disorders The research employed a quasi-experimental pre-test/post-test design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population consisted of mothers whose children were referred to the Education Counseling Center of District One of Qom City during the 2022-2023 academic year. Thirty mothers were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (n=15 per group). The experimental group received 8 sessions of group self-compassion training. Assessments were conducted using clinical interviews and the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) at baseline, post-intervention, and follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) via SPSS-22. Results showed that self-compassion training significantly reduced psychological distress in these parents (P<0.01). The findings suggest that self-compassion training can be a highly effective component of parental education programs compared to traditional methods.

Keywords: **Psychological distress, self-compassion, mothers, externalizing disorders**

Date received: July 7, 2023 **Date accepted:** Nov. 15, 2023

1. Ph.D. in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
E-mail: hadipordel@mail.ir

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.