

## اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته روی خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزند دچار اختلال سرکشی ستیزه‌جوگردی

**نویسنده مسئول:** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان

**زینب قاسمی**

(خوارسگان)، اصفهان، ایران [z.h.ghasemi63@gmail.com](mailto:z.h.ghasemi63@gmail.com)

### چکیده

کودکان و نوجوانان دچار آسیب‌های روان‌شناختی و رفتاری، مادران خود را نیز با آسیب‌های روانی گوناگونی رویارو می‌سازند. بر همین شالوده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگردی انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال سرکشی ستیزه جوگردی در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ بود. در این پژوهش شمار ۳۰ مادر دارای فرزندان مبتلا به اختلال سرکشی ستیزه جوگردی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ مادر). در گروه آزمایش سه نفر و در گروه گواه دو نفر ریزش داشتند. گروه آزمایش مداخله ۱۰ جلسه‌ای درمان متمرکز بر خود شفقتی را طی ۵ هفته به صورت هفت‌های دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش دربرگیرنده پرسشنامه‌های خود-کارآمدی (شرر و مادوس، ۱۹۸۲) و تابآوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برآیندهای حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگردی مؤثر بوده است ( $P<0.001$ ). بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته می‌تواند به عنوان درمانی کارآمد جهت بهبود خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگردی مورداستفاده گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال سرکشی ستیزه جوگردی، تابآوری، خود-کارآمدی، درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته

## The effectiveness of self-compassion focused group therapy on the self-efficacy and resilience of the mothers of children with the oppositional defiant disorder

Zeynab Ghasemi

**Corresponding Author:** M.Sc, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

### Abstract

Children and adolescents with psychological and behavioral disorders also face a variety of psychological traumas for their mothers. Accordingly, the present study was conducted to investigate the effectiveness of self-compassion-focused group therapy on the self-efficacy and resilience of the mothers of children with Oppositional Defiant Disorder (ODD). It was a quasi-experimental study with a pretest, posttest, and control group design. The statistical population of the present study included mothers of children with ODD in the academic year 2018-19. 30 mothers of the children with ODD were selected through a purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (each group of 15 mothers). 3 mothers from the experimental group and two from the control group withdrew from the study. The experimental group received ten ninety-minute sessions of self-compassion-focused group therapy twice a week for five weeks. The applied questionnaires included a self-efficacy questionnaire (Sherer, Maddux, 1982) and resilience (Conner and Davidson, 2003). The data were analyzed through the ANCOVA method via SPSS-23 statistical software. The results of data analysis showed that self-compassion-focused group therapy has been effective on self-efficacy and resilience of the mothers of children with ODD ( $P<0.001$ ). According to the findings of the present study, it can be concluded that self-compassion-focused group therapy can be applied as an efficient one to improve the self-efficacy and resilience of the mothers of children with ODD.

**Keywords:** *oppositional defiant disorder, resilience, self-efficacy, self-self-compassion focused group therapy*

## مقدمه

بر اساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup>، الگویی از رفتارهای خصم‌مانه، منفی و مخالفت‌گونه را نسبت به مراجع قدرت نشان می‌دهند که در خردسالی معمولاً معطوف به والدین و در کودکی و نوجوانان معطوف به والدین، معلمان و بزرگسالان دیگر است. این الگوی رفتاری باید حداقل برای شش ماه وجود داشته باشد و کودک و نوجوان باید حداقل چهار مورد از رفتارهای زیر را نشان دهد و این رفتارها فراوان‌تر از آن چیزی باشد که از کودکان و نوجوانان در همان سن و سطح رشدی انتظار می‌رود (گنجی، ۱۳۹۲). این اختلال به همراه اختلال سلوک<sup>۳</sup>، اختلال انفجاری متناوب<sup>۴</sup>، اختلال شخصیت ضداجتماعی<sup>۵</sup>، آتش‌افروزی بیمارگون<sup>۶</sup> و دزدی بیمارگون<sup>۷</sup> در دسته اختلالات اخلاق‌گر، کنترل تکانه و سلوک، آن دسته اختلالاتی است که تأثیرات گستره‌های بر فرایندهای شناختی، فراشناختی، هیجانی و ارتباطی دانش‌آموزان بر جای می‌نهد (زنگیانی و بالاز، ۲۰۱۸). اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اکثر موقع در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تداخل ایجاد می‌کند. دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال، اساساً در روابط با والدین، معلمان و همسالان دارای نقص هستند و از نظر مهارت‌های اجتماعی و صلاحیت تحصیلی در سطح پایین‌تری از همسالان خود قرار دارند (اسزننتوانی و بالازس، ۲۰۱۸).

دانش‌آموزان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری برای والدین (بهخصوص مادران) چالش برانگیزند. این دانش‌آموزان دارای رفتارهایی هستند که تأثیر منفی بر افراد و محیط پیرامونشان می‌گذارند (بارک و رومانو-ورتلای، ۲۰۱۸). مادران دانش‌آموزان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، به دلیل توانایی برقراری ارتباط مناسب با فرزند، بهمودر در فرایند درک توانمندی مادرانه خود احساس یاس نموده و این روند خود-کارآمدی<sup>۸</sup> آنان را دچار آسیب می‌گرداند. خود-کارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زاست (ووک، اونیگبو و اودو، ۲۰۱۷). خود-کارآمدی به صورت دریافت و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های موردنیاز برای انجام کار در موقعیت‌های ویژه تعریف می‌شود (راترفورد، لانگ و فارکاس، ۲۰۱۷). خود-کارآمدی تنها زمانی بر کارکرد تأثیر

- 
1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
  2. Oppositional defiant disorder (ODD)
  3. Conduct disorder (CD)
  4. Intermittent explosive disorder
  5. Anti-social personality disorder
  6. pyromania
  7. kleptomania
  8. self- efficacy



می‌گذارد که شخص مهارت‌های لازم برای انجام کاری ویژه را دارا باشد و برای انجام آن کار بهاندازه کافی برانگیخته شود (گورول و آکتی، ۲۰۱۰).

کاهش خود-کارآمدی می‌تواند منجر به کاهش قدرت تاب‌آوری<sup>۱</sup> مادران شود. چراکه نتایج پژوهش مهر افزار و جهانگر (۱۳۹۵) نشان داده است که کاهش خود-کارآمدی با کاهش در قدرت تاب‌آوری همراه است. تاب‌آوری یک فرایند پویای روان‌شناختی است. این ویژگی در موقعیت‌های مختلف زندگی به‌ویژه موقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تأثیر قرار داده و با مهار احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد. این فرایند سازگاری موفق با شرایط ناگوار را در افراد افزایش داده و باعث می‌شود فرد با گذر از شرایط تنفس‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه نماید (تلپک و همکاران، ۲۰۱۷). تاب‌آوری موجب می‌شود که افراد قادر به تقویت احساس همدلی در خود بوده و رابطه اجتماعی بهتری با دیگران برقرار نمایند و بنابراین مهارت‌های عملکردی و ارتباطات اجتماعی آنان ارتقاء یافته و قادر خواهند بود بر مشکلات و گرفتاری‌ها فائق آمده، زندگی خود را مدیریت کنند (ترابی گل‌سفیدی، نوبیدی‌مقدم و منیرپور، ۱۳۹۸؛ بامن، ویس، اسچیپرس و هوگل، ۲۰۱۹).

در جامعه آماری مادران دارای فرزندان دچار اختلالات رفتاری و روان‌شناختی روش‌های آموزشی و درمانی گوناگونی به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید در این حوزه درمان گروهی متمرکز بر خود-شققتی<sup>۲</sup> است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است. چنان‌که کلیک، هادسون، مک‌کراکن، راپارلیا، فاؤسون و هاگس (۲۰۲۰) و باتیستا، کانه‌ا، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که درمان گروهی متمرکز بر خود-شققتی می‌تواند با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی او شود. علاوه بر این بلاط و ایزنلوه-مالو (۲۰۱۷)، تانبام، آدامز، گونالز، هانس و هود (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) در پژوهش خود کارآیی درمان گروهی متمرکز بر خود-شققتی را بر استرس و سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تائید قرار داده‌اند. همچنین الین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت، آلبرت و پترز (۲۰۱۴)؛ گیلبرت (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه درمان گروهی متمرکز بر خود-شققتی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. درمان خود-شققتی با تمرکز بر سه مؤلفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود،

- 
1. resiliency
  2. self-compassion therapy

اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی (ماهکس و پرایس، ۲۰۱۶) می‌تواند منجر به بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روان‌شناختی افراد شده و از این رهگذر می‌توان انتظار داشت که این درمان می‌تواند منجر به بهبود خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شود.

حال با توجه به آسیبهای روان‌شناختی، ارتباطی و هیجانی در مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری همچون خود-کارآمدی و تاب‌آوری پایین و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب همچون درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته و نقش آن در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد مختلف، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری تأثیر دارد.
۲. درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری تأثیر دارد.

## روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش جامعه آماری را مادران دانش‌آموزان دختر دارای اختلال سرکشی ستیزه جوگری مشغول به تحصیل در مدارس دوره اول متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با انتخاب آموزش و پژوهش ناحیه ۶ اصفهان و مراجعه به ۴ آموزشگاه دخترانه دوره اول متوسطه، از مشاوران این مدارس درخواست گردید دانش‌آموزانی که دارای علائم اختلال سرکشی ستیزه جوگری همچون از کوره دررفتن، مشاجره با معلمان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های اولیای مدرسه یا عدم همکاری با آن‌ها، تعمد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباہات و سوء رفتار خود، زورنگی، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی هستند را معرفی نمایند. در گام اول از ۴ آموزشگاه منتخب، تعداد ۴۱ دانش‌آموز معرفی گردید. پس از معرفی این دانش‌آموزان، از مادران آن‌ها دعوت و پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان (گادو و

1. Maheux, Price



اسپرافکین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) به آنان ارائه شد تا از وجود اختلال سرکشی ستیزه جوگری در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل شود. از تعداد ۴۱ دانشآموز معرفی شده، تعداد ۳۴ دانشآموز تشخیص اختلال سرکشی ستیزه جوگری را دریافت نمودند. در گام بعد و پس از تشخیص، ۳۰ نفر از این دانشآموزان انتخاب و با گمارش تصادفی در گروههای آزمایش و گواه گمارده شدند و از مادران آن‌ها جهت مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. پس از شروع فرایند پژوهش در گروه آزمایش ۳ نفر و در گروه گواه دو نفر ریزش داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن فرزند دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری (با معرفی مشاور و اجرای پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان)، رضایت مادر جهت شرکت فرزندشان در پژوهش و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن (با توجه به خود اظهاری)، غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

## ابزارها

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان<sup>۲</sup>. پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم معلم و والد است که در این پژوهش از فرم والد استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت (هرگز: نمره یک؛ گاهی: نمره دو؛ اغلب اوقات: نمره سه و بیشتر اوقات: نمره چهار)، انجام می‌شود. سؤال‌های ۱۹ الی ۲۶ پرسشنامه مربوط به اختلال سرکشی ستیزه جوگری است که طبیعتاً همین هفت سؤال مورد بررسی قرار گرفت. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۲۸ است. در مطالعه‌ای که توسط گرایسون و کارلسون<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) بر روی فرم اولیه این پرسشنامه انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه و بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. در پژوهش گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) اعتبار بازآزمایی پرسشنامه مورد تائید قرار گرفت. آمرمان، اسلومکا، ریگل، زاپادکا و کینی<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) در بررسی روایی پرسشنامه نشان دادند که نمره‌های این پرسشنامه با فرم رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان همبستگی مثبتی دارند. در ایران توکلی (۱۳۷۵) با بررسی حساسیت ویژگی این آزمون نشان داد که برای اختلال‌های نقص توجه و بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، پایایی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۵ و

- 
1. Gadow & Sprafkin
  2. Child and adolescent mental health assessment questionnaire
  3. Grayson & Carlson
  4. Ammerman, Slomka, Reigel, Zapadka & Kane

۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه در این پژوهش مطلوب گزارش گردید. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه گردید. از این پرسشنامه جهت تشخیص دانشآموzan دارای اختلال سرکشی ستیزه جوگری استفاده شد.

**پرسشنامه خود-کارآمدی!** پرسشنامه خود-کارآمدی توسط شر و مادوکس<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (نموده یک) تا کاملاً موافقم (نموده ۵) تنظیم می‌شود؛ بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خود-کارآمدی بالاتر فرد است (بختیاری‌براتی، ۱۳۷۶). این مقیاس توسط براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خود-کارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرد مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خود-کارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح (۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه موردنظر بود. همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دونیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (اصغر نژاد، احمدی ده قطب‌الدینی، فرزاد و خدا پناهی، ۱۳۸۵). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

**مقیاس تاب‌آوری<sup>۳</sup>.** مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بروی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفرا) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کنند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و قابلیت اعتماد بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴) پایایی مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و همچنین روایی محتوایی آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

- 
1. Self-efficacy Questionnaire
  2. Sherer, Maddux
  3. Resilience Scale

## روشن اجرا

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با آموزشگاه‌های مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، مادران انتخاب شده (۳۰) مادر دارای فرزند دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه گواه). پس از شروع فرایند پژوهش در گروه آزمایش ۳ نفر و در گروه گواه دو نفر ریزش داشتند. گروه آزمایش مداخله درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی (جرمز، ۲۰۰۹) را در طی ۵ هفته به صورت هفت‌مایه دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت مادران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را در صورت تمایل دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محترمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

## مداخله درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی

نشست اول: اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی، ارائه تکلیف خانگی.

نشست دوم: تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.

نشست سوم: آموزش راههایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی‌بخش و غفلت از نگرانی.

نشست چهارم: آموزش راههای شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن کنترل زندگی، تعذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پیشک و عدم استفاده از مواد مخدر، ارائه تکلیف خانگی.

نشست پنجم: آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، ارائه تکلیف خانگی.

نشست ششم: آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس، ارائه تکلیف خانگی.

نشست هفتم: توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاؤت و ابراز صحیح هیجان، ارائه تکلیف خانگی.

نشست هشتم: آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت، ارائه تکلیف خانگی.

نشست نهم: آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل برخلاف شفقت تجربه شده، ارائه تکلیف خانگی.

نشست دهم: جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ولک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شبکه رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

## یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۳ تا ۴۲ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۶ تا ۳۸ سال (تعداد ۵ نفر متعادل ۴۱/۶۶ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۳۳ تا ۳۵ سال (تعداد ۶ نفر متعادل ۴۶/۱۵ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۴ نفر متعادل درصد) و گواه (تعداد ۵ نفر متعادل ۳۸/۴۶ درصد) سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خود-کارآمدی و تابآوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد خود-کارآمدی و تابآوری در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل

### پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	پیش‌آزمون				
	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود-کارآمدی	گروه آزمایش	۴۶/۹۱	۶/۹۴	۵۳/۷۵	۵/۱۳
تابآوری	گروه گواه	۴۵/۶۹	۵/۶۱	۴۶/۲۳	۵/۱۴
	گروه آزمایش	۴۱/۹۱	۶/۴۷	۴۸/۴۱	۷/۶۵
	گروه گواه	۴۲/۳۸	۶/۶۱	۴۳/۲۳	۶/۹۳

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ( $p < 0.05$ ). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری در گروههای آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $p < 0.05$ ). درنهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شبیه خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری معنادار نبوده است ( $p > 0.05$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شبیه خط رگرسیون در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری برقرار بوده است.

## جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثر درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر خود-

### کارآمدی و تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
خود-کارآمدی	اثر پیش‌آزمون	۲۶/۶۳	۱	۲۶/۶۳	۲/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۲۷
	اثر متغیر مستقل	۳۷۰/۷۳	۱	۳۷۰/۷۳	۲۸/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
	خطا کل	۲۸۷/۹۲	۲۲	۱۳۰/۸				
تاب‌آوری	اثر پیش‌آزمون	۱۱۹۸/۹۳	۱	۱۱۹۸/۹۳	۱۳۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	اثر متغیر مستقل	۲۰۲/۵۹	۱	۲۰۲/۵۹	۲۲/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	خطا کل	۲۰۲/۲۹	۲۲	۹/۱۹				
		۵۳۸۲۷	۲۵					

با توجه به نتایج جدول ۲، ارائه متغیر مستقل (درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای  $0.05$  گردد؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری با ارائه درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی مقابله‌ای دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی توائیسته منجر به بهبود خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شود. مقدار تأثیر درمان متمرکز بر میزان خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری به ترتیب  $0.56$  و  $0.50$  بوده است. این بدان معناست که به ترتیب  $56$  و  $50$  درصد تغییرات

متغیرهای خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری توسط ارائه متغیر مستقل (درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته) تبیین می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی و تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری انجام پذیرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته منجر به بهبود خود-کارآمدی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش کلیک و همکاران (۲۰۲۰)، باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) و بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته می‌تواند با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و خود-کارآمدی او شود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته منجر به بهبود خود-کارآمدی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، باید گفت خود-شفقته بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشن و با هوشیاری تأکید دارد (باتیستا و همکاران، ۲۰۱۵). مهربانی با خود، در ک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراض به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و در گیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارت زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرایندها سبب کاهش رنج درونی، پریشانی روان‌شناختی و بهبود همدلی و احساس خود-کارآمدی در مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری می‌گردد.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته منجر به بهبود تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش تانبیام و همکاران (۲۰۱۷)، ونگ و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. این پژوهشگران بر نقش معنادار خود-شفقته بر بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی تأکیددارند. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر تابآوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری می‌توان بیان نمود که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته مراجعین را به

تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (الاین و هالینز، ۲۰۱۶). همچنین در درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری 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. این درمان جریان شفقت را در سه جهت به رسمیت می‌شناسد؛ شفقتی که افراد می‌توانند نسبت به دیگری یا دیگران احساس کنند، شفقتی که افراد می‌توانند از دیگران به خودشان احساس کنند و شفقتی که افراد می‌توانند به سمت خودشان هدایت کنند. در تمرین‌های شفقت به خود بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیندهایی دارند که تمام این فرایندهای می‌تواند منجر به بهبود قدرت تحمل و تاب‌آوری شوند. در تبیینی دیگر می‌توان اذعان داشت که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته علاوه بر آنکه موجب تقویت حالات هیجانی مثبت در فرد می‌شود، بلکه وی را در مقابل حالات روانی منفی نیز محافظت می‌نماید. با وجود اینکه شفقت به خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این خصیصه صرفاً در برداشتن هیجانات منفی در هوشیاری غیرقضاآتگر، بدون فرونشاندن توأم با انکار جنبه‌های منفی تجربه نیست بلکه درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته می‌تواند با نقش محافظتی روان‌شناختی خود، قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی و روان‌شناختی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری را بهبود بخشدید و از طریق این فرایند قدرت تاب‌آوری آن‌ها را افزایش دهد.

**محدودیت‌ها و پیشنهادها.** محدود بودن دامنه تحقیق به مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شهر اصفهان؛ عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، عدم تمایل بعضی از مادران جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعیین‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند مادران فرزندان با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقته به مشاوران آموزش‌وبرورش

معرفی شود تا آن‌ها با به کارگیری این درمان برای مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، جهت بهبود خود-کارآمدی و تاب‌آوری آنان گامی عملی برداشته باشند.

## منابع

- اصغر نژاد، طاهره، احمدی ده قطب الدینی، محمد، فرزاد، ولی الله و خدا پناهی، محمد کریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خود-کارآمدی شرر، مجله روان‌شناسی، ۱۰(۳): ۲۷۴-۲۶۲.
- براتی‌بخیاری، سعید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه خود اثربخشی، عزت‌نفس و خودپایی در میان دانش‌آموزان سوم دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- ترابی گلسفیدی، معصومه، نویدی‌مقدم، مسعود، و منیرپور، نادر. (۱۳۹۸). رابطه روان‌بنه‌های سازش‌نایافته اولیه و الگوی پنج عاملی شخصیت با میزان تاب آوری در پرستاران، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناسی، ۱۸(۷۵): ۳۵۵-۳۶۲.
- توكلی‌زاده، جهانشیر. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5. تهران، انتشارات ارسباران.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- مهر افراز، پریسا، جهانگر، پانته‌آ. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خود-کارآمدی و تاب آوری با کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شهر تهران، پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی، ۷(۲)، ۲۳۵-۲۴۹.
- Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M.C., Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72: 39-48.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.
- 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.

- Burke, J. D., Romano-Verthelyi, A.M. (2018). Oppositional defiant disorder. Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders, 12, 21-52.
- Conner, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner –Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2): 36-82.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22: 5-13.
- Gadow, K.D, Sparfkin, J. (1997). The quick guide to using the youth's inventory-4 screening kit. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of self-compassion-focused group therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41.
- Grayson, P & Carlson, G.A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 64-673.
- Gürol, A., Aktı, S. (2010). The relationship between pre-service teachers' self-efficacy and their internet self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 3252-3257.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L.M., Ruparelia, R., Fawson, S., Hughes, L.D. (2020). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, In Press, Journal Pre-proof.
- Kyeong, L.W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burnout and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8): 899–902.
- Maheux, A., Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion, *Personality, and Individual Differences*, 88: 102–107
- Nwoke, M.B., Onuigbo, E.N., Odo, V.O. (2017). Social support, self-efficacy, and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers, *The Social Science Journal*, 54(2): 115-119.
- Rutherford, T., Long, J.J., Farkas, G. (2017). Teacher value for professional development, self-efficacy, and student outcomes within a digital mathematics intervention. *Contemporary Educational Psychology*, 51: 22-36.

- Sherer, M., Maddux, J.E. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Report*, 51: 663-671.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9): 794-807.
- Soya, CK., Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- Szentiványi, D., Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10: 1-8.
- Szentiványi, D., Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10: 1-8.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10): 1540-1541.
- Tlapek, S.M., Auslander, W., Edmond, T., Gerke, D., Schrag, R.V., Threlfall, J. (2017). The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 73: 437-444.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 106: 329-333.

### Reference in Persian

- Asgharnejad, T., Ahmadi Dehqutbuddin, M., Farzad, V., Khodapnahi, M.K. (2006). Study of Psychometric Properties of Scherer Self-Efficacy Scale, *Journal of Psychology*, 10 (3): 274-262. (In Persian).
- Barati Bakhtiari, S. (1997). Investigating the relationship between self-efficacy, self-esteem, and self-efficacy among third-grade high school students. Master Thesis, Shahid Chamran University. (In Persian).
- Mehrafaraz, P., Jahangar, P. (2016). Investigating the relationship between self-efficacy and resilience with quality of life of mothers with mentally retarded children in Tehran, *Applied Psychological Research*, 7 (2), 235-249. (In Persian).

- Mohammadi, M. (2005). Investigating the factors affecting resilience in people prone to substance abuse. Ph.D. Thesis. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (In Persian).
- Tavakoli Zadeh, J. (1996). Epidemiological study of bullying disorders and lack of attention of primary school students in Gonabad. Master Thesis, Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services. (In Persian).
- Torabi Golsfidi, M., Navidi Moghaddam, M., Monirpour, N. (2019). The Relationship between Early Uncompromising Psychological Structures and the Five-Factor Pattern of Personality with Resilience in Nurses, Journal of Psychological Sciences, 18(75): 355-362. (In Persian).