fpcej.ir

Family Pathology, Counseling & Enrichment

2020. Vol. 5, N. 2 (10), 61-76

اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی روی خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند دچار اختلال سرکشی ستیزه‌جوگری

زینب قاسمی **نویسنده مسئول:** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

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-شفقتی بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال سرکشی ستیزه جوگری در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش شمار ۳۰ مادر دارای فرزندان مبتلابه اختلال سرکشی ستیزه جوگری 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 به‌صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش دربرگیرنده پرسشنامه‌های خود-کارآمدی (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. برآیندهای حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری مؤثر بوده است ($P<0.001$). بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند به‌عنوان درمانی کارآمد جهت بهبود خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری مورداستفاده گیرد.

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

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

دو فصلنامه علمی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۵، شماره دوم (پیاپی ۱۰). پاییزو زمستان ۱۳۹۸

fpcej.ir
Family Pathology, Counseling & Enrichment
2020. Vol. 5, N. 2 (10), 61-76

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, Madddux, 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*

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

مقدمه

بر اساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1]، کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای[2]، الگویی از رفتارهای خصمانه، 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[3]، اختلال انفجاری متناوب[4]، اختلال شخصیت ضداجتماعی[5]، آتش‌افروزی بیمارگون[6] و دزدی بیمارگون[7] در دسته اختلالات اخلالگر، کنترل تکانه و سلوک، آن دسته اختلالاتی است که تأثیرات گسترده‌ای بر فرایندهای شناختی، فراشناختی، هیجانی و ارتباطی دانش‌آموزان بر جای می‌نهد (زنتیوانی و بالاز، ۲۰۱۸). اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اکثر مواقع 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 ازنظر مهارت‌های اجتماعی و صلاحیت تحصیلی در سطح پایین‌تری از همسالان خود قرار دارند (اسزنتوانی و بالازس، ۲۰۱۸).

دانش‌آموزان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری برای والدین (به‌خصوص مادران) چالش‌برانگیزند. 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، به‌مرور در فرایند درک توانمندی مادرانه خود احساس یاس نموده و این روند خود-کارآمدی[8] 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). خودکارآمدی به‌صورت دریافت و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های موردنیاز برای انجام کار در موقعیت‌های ویژه تعریف می‌شود (راترفورد، لانگ و فارکاس، ۲۰۱۷). خودکارآمدی 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

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

دو فصلنامه علمی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۵، شماره دوم (پیاپی ۱۰)، پاییزو زمستان ۱۳۹۸

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[1] مادران شود. چراکه نتایج پژوهش مهر افراز 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 مواقع 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 تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه نماید (تلاپک 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 ارتقاءیافته و قادر خواهند بود بر مشکلات و گرفتاری‌ها فائق آمده، زندگی خود را مدیریت کنند (ترابی گل‌سفیدی، نویدی‌مقدم 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 گرفته‌شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید در این حوزه درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی[2] است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده‌شده است. چنان‌که کلیک، هادسون، مک‌کراکن، راپارلیا، فاوسون و هاگس (۲۰۲۰) و باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند با به‌کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی او شود. علاوه بر این بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننبام، آدامز، گونالز، هانس و هود (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) در پژوهش خود کارآیی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی را بر استرس و سلامت روان‌شناختی افراد موردبررسی و تائید قرار داده‌اند. همچنین الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت، نف، آلبرت و پترز (۲۰۱۴)؛ گیلبرت (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. درمان خود-شفقتی با تمرکز بر سه مؤلفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود،

1. resiliency
2. self-compassion therapy

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی (ماهکس و پرایس[1]، 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-شفقتی و نقش آن در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد مختلف، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

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

۲. درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی 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 ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین‌صورت که با انتخاب آموزش و پروش 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 اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی، 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

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

اسپرافکین[1]، ۱۹۹۴) به آنان ارائه شد تا از وجود اختلال سرکشی ستیزه جوگری در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل شود. از تعداد ۴۱ دانش‌آموز معرفی‌شده، 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 مشخص‌شده در دوره آموزشی بود.

ابزارها

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان[2]. پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) ساخته‌شده 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 موردبررسی قرار گرفت. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۲۸ است. در مطالعه‌ای که توسط گرایسون و کارلسون[3] (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[4] (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 ۰/۷۵، ۰/۸۹ و

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

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

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 دانش‌آموزان دارای اختلال سرکشی ستیزه جوگری استفاده شد.

پرسشنامه خود-کارآمدی[1]. پرسشنامه خود-کارآمدی توسط شرر و مادوکس[2] در سال ۱۹۸۲ ساخته‌شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره 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 به‌دست‌آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده‌مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی‌شده بین مقیاس خود-کارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تائید 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 به‌دست‌آمده 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[3]. 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 بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) 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 دیویسون 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, Madddux
3. Resilience Scale

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

دو فصلنامه علمی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۵، شماره دوم (پیاپی ۱۰)، پاییزو زمستان ۱۳۹۸

روش اجرا

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با آموزشگاه‌های مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، مادران انتخاب‌شده (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 (جرمر، ۲۰۰۹) را در طی ۵ هفته به‌صورت هفته‌ای 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 محرمانه 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 تجربه‌شده 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، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به‌موقع به پزشک 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.

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

نشست هفتم: توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت 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 تجربه‌شده، ارائه تکلیف خانگی.

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

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده‌شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب‌خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفته 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 معادل ۴۱/۶۶ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۳۳ تا ۳۵ سال (تعداد ۶ نفر معادل ۴۶/۱۵ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا فوق‌لیسانس بودند که دراین‌بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۴ نفر ۳۳/۳۳ معادل درصد) و گواه (تعداد ۵ نفر معادل 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 ارائه‌شده است.

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

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

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

دو فصلنامه علمی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۵، شماره دوم (پیاپی ۱۰). پاییزو زمستان ۱۳۹۸

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده‌شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p>۰/۰۵$). 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 ($p>۰/۰۵$). درنهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای خود-کارآمدی و تاب‌آوری معنادار نبوده است ($p>۰/۰۵$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب‌خط 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	مقدار F	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	۲۸۷/۹۲	۲۲	۱۳/۰۸				
	کل	۶۲۷۶۸	۲۵					
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	۲۰۲/۲۹	۲۲	۹/۱۹				
	کل	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 ۰/۰۵ 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 توانسته 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 ۰/۵۶ و ۰/۵۰ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۵۶ و ۵۰ درصد تغییرات

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی 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-شفقتی 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-شفقتی می‌تواند با به‌کارگیری 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-شفقتی منجر به بهبود خود-کارآمدی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، باید گفت خود-شفقتی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با هوشیاری تأکید دارد (باتیستا و همکاران، ۲۰۱۵). مهربانی با خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به‌کارگیری 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-شفقتی منجر به بهبود تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش تاننبام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. این پژوهشگران بر نقش معنادار خود-شفقتی بر بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی تأکیددارند. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری می‌توان بیان نمود که درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی مراجعین را به

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

دو فصلنامه علمی آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۵، شماره دوم (پیاپی ۱۰)، پاییزو زمستان ۱۳۹۸

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-شفقتی 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 تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیندمنفی 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-شفقتی علاوه بر آنکه موجب تقویت حالات هیجانی مثبت در فرد می‌شود، بلکه وی را در مقابل حالات روانی منفی نیز محافظت می‌نماید. باوجوداینکه شفقت به خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این خصیصه صرفاً دربرداشتن هیجانات منفی در هوشیاری غیرقضاوتگر، بدون فرونشاندن توأم با انکار جنبه‌های منفی تجربه نیست بلکه درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی می‌تواند با نقش محافظتی روان‌شناختی خود، قدرت مقابله‌ای و تحمل پریشانی و روان‌شناختی مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری را بهبود بخشیده 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 تعمیم‌پذیری 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 ذکرشده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه جوگری، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی به مشاوران آموزش‌وپرورش

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

معرفی شود تا آن‌ها با به‌کارگیری 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 قطب‌الدینی، محمد.، فرزاد، ولی‌الله و خدا پناهی، محمد کریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خود-کارآمدی شرر، مجله روان‌شناسی، ۱۰(۳): ۲۷۴-۲۶۲.

براتی‌بختیاری، 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 روانشناختی، ۱۸(۷۵): ۳۵۵-۳۶۲.

توکلی‌زاده، جهانشیر. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5، تهران، انتشارت ارسباران.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامۀ 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 روانشناختی، 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.

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

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.

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

Sherer, M., Madddux, 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.

Soysa, 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).

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]

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).

[Downloaded from fpcej.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.2.9.8]