

Exploring the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Flexibility and Sense of Coherence in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Norouzi V¹, *Asadi Majreh S², Akbari B³

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

3. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

*Corresponding Author E-mail: s.asadi@iaurasht.ac.ir

Received: 2023 November 4; Accepted: 2023 November 19

Abstract

Background & Objectives: Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders, which has three essential characteristics: attention deficit, hyperactivity, and impulsivity. Behavioral and emotional problems of children with ADHD make parents face daily challenges in caring for and raising children. Cognitive flexibility in parenting is a self-regulation skill in the mother-child relationship. Also, the sense of coherence is one of the important psychological characteristics that need attention in mothers of children with ADHD. Compassion-focused therapy is one of the treatments that affect the mentioned variables. However, its role in the sample group of mothers of children with ADHD has not been well investigated, and the relevant studies are very few and limited. The present study was conducted to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on cognitive flexibility and sense of coherence in mothers of children with ADHD.

Methods: The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a two-month follow-up design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all mothers of children with ADHD referred to counseling and psychology centers in Rasht City, Iran, in 2022 (March 21 to September 22). A total of 32 qualified volunteers of this population were included in the study by the purposive sampling method, and they were randomly assigned into two groups: compassion-focused therapy and control (16 people in each group). The inclusion criteria for mothers to enter the research were as follows: informed consent, at least one child aged 6 to 12 with ADHD (according to the medical record), aged 25 to 50 years, educational status of minimum diploma, cognitive flexibility scores less than 80 and sense of coherence less than 63. The exclusion criteria for mothers to leave the study included absence of more than two sessions, unwillingness and not cooperate with the researcher in the field of homework, chronic and severe physical or mental illness, and drug addiction. The cognitive flexibility inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) and the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1993) were the instruments employed in this research. To perform the therapeutic intervention, Gilbert's compassion-focused therapy (Gilbert, 2009) was implemented for the experimental group in 8 sessions, and at the same time, the control group did not undergo any psychotherapy intervention. In descriptive statistics, mean and standard deviation were used. In inferential statistics, the repeated measures analysis of variance, Bonferroni's post hoc test, the independent *t* test, and the Chi-square test were performed in SPSS software version 26 at a significance level of 0.05.

Results: The demographic data of the participants were examined. No significant differences were observed between the groups in terms of age ($p=0.991$), education level ($p=0.903$), marital status ($p=0.842$), employment status ($p=0.906$), and number of children ($p=0.884$). The findings showed that the effects of time ($p<0.001$), group ($p<0.001$), and the interaction of group $\times$ time ($p<0.001$) on the variables of cognitive flexibility and sense of coherence were significant. The results showed a significant increase in the scores of the mentioned variables in the posttest and follow-up stages compared to the pretest in the intervention group ($p<0.001$). While none of the average differences in the control group were significant ($p>0.05$). At the follow-up stage, the intervention effect persisted for the cognitive flexibility variable ($p=0.019$) and the compassion-based treatment showed a persistence effect for the sense of coherence variable in the intervention group ($p=1.00$).

Conclusion: This study showed that compassion-focused therapy is effective in increasing cognitive flexibility and the sense of coherence of mothers of children with ADHD. Therefore, counselors and therapists may use this treatment to improve these variables in mothers of children with ADHD.

Keywords: Compassion-focused therapy, Cognitive flexibility, Sense of coherence, Mothers, Attention-Deficit/ Hyperactivity-Disorder.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی

ویدا نوروزی^۱، *سامره اسدی مجره^۲، بهمن اکبری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: s.asadi@iaurash.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ آبان ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ آبان ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: از اختلالات بسیار رایج دوران کودکی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است که شرایط خاص این کودکان، مادران آن‌ها را مستعد مشکلات سلامت روان بیشتری می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر رشت تشکیل دادند که در نیمه اول ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر رشت مراجعه کردند. از این جامعه، ۳۲ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی در دو گروه مداخله و گواه (هر گروه شانزده نفر) قرار گرفتند. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش، مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) و مقیاس احساس انسجام (آنتونوسکی، ۱۹۹۳) بود. برای انجام مداخله از درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) استفاده شد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون‌های تی مستقل و خی‌دو در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر زمان و اثر گروه و اثر متقابل گروه و زمان بر متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج افزایش معنادار نمرات متغیرهای مذکور را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون در گروه مداخله نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ درحالی‌که هیچ‌کدام از تفاوت میانگین‌ها در گروه گواه معنادار نبود. همچنین برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، تداوم تأثیر مداخله ($p = ۰/۰۱۹$) و برای متغیر احساس انسجام، تأثیر ماندگاری ($p = ۱/۰۰$) درمان مبتنی بر شفقت در گروه مداخله در مرحله پیگیری به‌تأیید رسید.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخش است؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند به‌منظور بهبود این متغیرها در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی، از درمان مذکور استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، انعطاف‌پذیری شناختی، احساس انسجام، مادران، نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

همکاران در مقایسه والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی با والدین کودکان عادی، سطوح پایین‌تر احساس انسجام و سلامت را در این مادران گزارش کردند (۷).

به‌منظور بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، روان‌درمانی‌های مختلفی ارائه شده است. درمان مبتنی بر شفقت^{۱۰} از جمله درمان‌هایی به‌شمار می‌رود که در سال‌های اخیر با استقبال خوبی مواجه شده است (۱۱). اگرچه شفقت را می‌توان به‌شکل‌های مختلفی تعریف کرد، مدل‌های متمرکز بر تکامل و سنت‌های بودایی باستانی، شفقت را انگیزه‌ای اجتماعی می‌دانند که به‌عنوان «حساسیت به رنج در خود و دیگران، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن» توصیف می‌شود (۱۲). شفقت به خود تمایل به آرام‌کردن خود با مهربانی و درک غیرقضاوتی در مواقع سختی و رنج است و سطوح بیشتر شفقت به خود با ارتقای سلامت روان ارتباط دارد (۱۳، ۱۴).

خلج و همکاران دریافتند، درمان متمرکز بر شفقت، انعطاف‌پذیری شناختی را در افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی افزایش می‌دهد (۱۵). کوین و همکاران در مطالعه خود در دوره پاندمی کووید-۱۹ مشخص کردند، انعطاف‌پذیری شناختی مادران از طریق آموزش شفقت به خود ارتقا می‌یابد (۱۶). نواب و همکاران (۱۱) و قوامی و همکاران (۱۷) به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند. همچنین در راستای بررسی ادبیات مطالعات اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس انسجام، دانشور و همکاران در یک کارآزمایی بالینی، اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی گروهی را در ارتقای احساس انسجام زنان بازمانده خشونت گزارش کردند (۱۸). گیلک حکیم‌آبادی و تاجیک‌اسماعیلی دریافتند، درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش احساس انسجام بیماران مبتلا به ام‌اس^{۱۱} می‌شود (۱۹). در پژوهش محمودی و همکاران مشخص شد، به‌منظور افزایش احساس انسجام مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان از آموزش مبتنی بر رویکرد شفقت استفاده کرد (۲۰).

باتوجه به مطالب مذکور، بررسی ادبیات مطالعه بیانگر وجود مشکلات روان‌شناختی و عملکردی شدید در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی است؛ درحالی‌که در این مطالعات بیشتر بر همبستگی‌ها و سبب‌شناسی‌ها تمرکز شده و موضوع بررسی اثربخشی درمان‌های اثرگذار بر ویژگی‌های روان‌شناختی و سلامت روانی این مادران و خانواده کودک، نادیده گرفته شده است. به‌علاوه درمان مبتنی بر شفقت جزو درمان‌های جدیدی به‌شمار می‌رود که با استقبال خوبی مواجه شده است؛ اما هنوز نقش آن درباره گروه نمونه مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی به‌خوبی بررسی نشده و مطالعات بسیار اندک و محدود است؛ ازاین‌رو، باتوجه به اینکه تأثیر مادران بر زندگی کودکان بسیار درخور توجه و پایدار است، پرداختن به پژوهش‌هایی در این حوزه، فوایدی چندجانبه در بهبود وضعیت‌های روانی و سلامت این مادران و نیز تأثیر آن بر کودکان به‌عنوان

اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی^۱، از اختلالات بسیار رایج عصبی‌تحوالی^۲ به‌شمار می‌رود که دارای سه ویژگی اساسی کمبود توجه و فزون کنشی و تکانشگری^۳ است (۱). تولد کودکی با مشکلات سازگاری در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است. در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده آسیب می‌بینند، مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، والدین به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد (۱). مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در امر یادگیری، پرخاشگری، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی، والدین را با چالش‌های روزمره در امر نگهداری و پرورش فرزندان مواجه می‌سازد (۲).

تحقیقات صورت‌گرفته حاکی از آن بود که والدین به‌خصوص مادران کودکان مبتلا به اختلالات عصبی‌تحوالی همچون نارسایی توجه/فزون کنشی مشکلات سلامت روان مختلفی را تجربه می‌کنند و در مقایسه با والدین کودکان عادی، انعطاف‌پذیری شناختی^۴ کمتری دارند (۳، ۴). دنیس و وندروال انعطاف‌پذیری شناختی را توانایی‌هایی مانند تغییر دیدگاه یا سازش‌یافتگی انطباقی فرد با قوانین، تقاضاها یا شرایط محیطی جدید دانستند (۵). انعطاف‌پذیری شناختی در فرزندپروری به‌عنوان مهارتی خودتنظیمی^۵ در رابطه مادر-کودک نقش برجسته‌ای دارد؛ زیرا بر توانایی مادران برای تنظیم احساسات و رفتارشان به‌گونه‌ای تأثیر می‌گذارد که حتی در صورت وجود مسائل استرس‌زا، درقبال نیازها و رفتار ناهنجار کودک از شیوه‌های خوب و منعطف والدینی استفاده می‌کند و خود نیز آسیب روانی کمتری متحمل می‌شوند (۶). ستاری و همکاران (۳) و سالگادو-پاسکال و همکاران (۴) نقش انعطاف‌پذیری شناختی را در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی در مطالعه خود گزارش کردند و مداخلاتی در این زمینه انجام دادند.

علاوه بر انعطاف‌پذیری شناختی، پیشینه پژوهش‌ها نشان داد که احساس انسجام^۶ از ویژگی‌های مهم روان‌شناختی است و در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی دچار کاهش می‌شود (۷، ۸). احساس انسجام به‌منزله جهت‌گیری کلی فرد و احساس پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و دنیای پیرامون تعریف شده است و شامل سه مؤلفه قابل درک بودن^۶ و کنترل‌پذیری^۸ و معناداری^۹ می‌شود (۹). قابل درک بودن به میزان آگاهی افراد از وقایع زندگی و کنترل‌پذیری به میزان کنترل و منابع کافی در دسترس افراد برای ارضای نیازها اشاره دارد؛ همچنین معناداری، میزانی که مردم احساس می‌کنند زندگی معنا دارد و مشکلات زندگی را به‌عنوان چالش‌ها به‌جای موانع می‌پذیرند، تعریف می‌شود (۱۰). طاعتی و زربخش‌بحری در مطالعه خود دریافتند، والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی به‌واسطه تفاوت‌های بارز کودکانشان با سایر همسالان، سطوح بیشتری از تئیدیگی‌های روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند و دارای احساس انسجام کمتری هستند (۸). پیسولا و

7. Comprehensibility

8. Manageability

9. Meaningfulness

10. Compassion-focused Therapy (CFT)

11. Multiple Sclerosis (MS)

1. Attention-Deficit/ Hyperactivity-Disorder (ADHD)

2. Neurodevelopmental disorders

3. Impulsivity

4. Cognitive flexibility

5. Self-regulatory

6. Sense of coherence

آینده‌سازان کشور و در نهایت جامعه، به همراه دارد. باتوجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر رشت تشکیل دادند که در نیمه اول سال ۱۴۰۱ به کلینیک‌های خصوصی شهر رشت مراجعه کردند. از این جامعه، ۳۲ نفر داوطلب واجد شرایط، به روش هدفمند وارد مطالعه شدند و بررسی آن‌ها صورت گرفت. حجم نمونه با استناد به پژوهش‌های پیشین (۱۱،۲۰) و باتوجه به معیارهای ورود و خروج در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.RASHT.REC.1401.052) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، طی فراخوان و تماس تلفنی با همکاران روان‌شناس در شهر رشت، شناسایی مادران کودکان با علائم نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت گرفت و آن‌ها به جلساتی برای معرفی اهداف و فرایند پژوهش دعوت شدند. سپس داوطلبان و علاقه‌مندان شرکت در پژوهش، فرم جمعیت‌شناختی و مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی^۱ (۵) و مقیاس احساس انسجام^۲ (۹) را تکمیل کردند. مادران واجد معیارهای ورود، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: رضایت آگاهانه؛ دارا بودن حداقل یک فرزند ۱۲ تا ۶ سال مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی (طبق پرونده پزشکی)؛ محدوده سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال برای مادران؛ وضعیت تحصیلی حداقل دیپلم؛ نمرات انعطاف‌پذیری شناختی کمتر از ۸۰ و احساس انسجام کمتر از ۶۳. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، رغبت‌نداشتن و همکاری نکردن با پژوهشگر در زمینه انجام تکالیف، ابتلا به بیماری مزمن و شدید جسمانی یا روانی و اعتیاد به مواد مخدر بود.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از غربالگری و مشخص شدن شرکت‌کنندگان پژوهش، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی (به روش قرعه‌کشی) در گروه مداخله (درمان مبتنی بر شفقت) و گروه گواه قرار گرفتند. باتوجه به اینکه اطلاعات پیش‌آزمون در مرحله غربالگری موجود بود، بلافاصله پس از گروه‌بندی، گروه مداخله به مدت هشت هفته (هشت جلسه نود دقیقه‌ای) آموزش شفقت را به شکل گروهی دریافت کرد. در همین زمان، برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. بلافاصله پس از اتمام مداخله، برای انجام پس‌آزمون، گروه‌های مداخله و گواه، پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام را تکمیل کردند. همچنین پس از دو ماه به منظور انجام مرحله پیگیری، شرکت‌کنندگان به شرح مذکور ارزیابی شدند. لازم به ذکر است در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله نمونه‌گیری داوطلبانه، رضایت آگاهانه، محرمانگی اطلاعات و آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از

پژوهش در هر مرحله از تحقیق، رعایت شد. به علاوه پس از مرحله پیگیری، گروه گواه مداخله درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرد. در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده‌ها، از یک فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناسی شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت شغل و تعداد فرزندان، همچنین دو ابزار استاندارد مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (۵) و مقیاس احساس انسجام (۹) استفاده شد.

– مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۵). ابزاری خودگزارشی کوتاه بیست‌سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی به کار می‌رود که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است. این مقیاس بیست سؤال دارد و شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (بسیار مخالفم=۱ تا برای بسیار موافقم=۷) است. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پاسخ‌دهنده می‌تواند نمره‌ای بین ۲۰ تا ۱۴۰ کسب کند. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، میزان انعطاف‌پذیری شناختی وی بیشتر است (۵). دنیس و وندروال در پژوهش خود نشان دادند، ساختار عاملی این مقیاس با قرارگرفتن بارهای عاملی در بازه ۰/۵۳ الی ۰/۸۶ تأیید شد. روایی همگرایی مقیاس نیز ۰/۶۸۴ گزارش شد. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک^۳ ۰/۳۹ – و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین^۴ ۰/۷۵ بود. همچنین پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شد (۵). در نسخه ایرانی هنجار شده توسط شاره و همکاران، سه عامل ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار به دست آمد. به علاوه محدوده نمرات ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ بود و پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای سه عامل مذکور به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آمد (۲۱).

– مقیاس احساس انسجام: فرم کوتاه مقیاس احساس انسجام توسط آنتونوسکی در سال ۱۹۹۳ ساخته شد (۹). این مقیاس سیزده سؤال دارد که در ارتباط با جنبه‌های مختلف زندگی مطرح می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ تا ۷ است و طیف‌های شدت تمایل را نشان می‌دهد. هرگز=۱ و همیشه=۷ است. همچنین سؤالات ۱، ۲، ۳، ۷ و ۱۰ به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شود. نمره کسب شده در مقیاس از ۱۳ تا ۹۱ است. نمره ۶۳ تا ۹۱ بیانگر حس انسجام کم و نمره ۶۴ تا ۷۹ بیانگر حس انسجام متوسط و نمره ۸۰ تا ۹۱ بیانگر حس انسجام زیاد است (۹). نتیجه بررسی‌ها در پژوهش‌های انجام شده در بیست کشور جهان مشخص کرد، روایی مقیاس سیزده‌سؤالی احساس انسجام در شانزده مطالعه در بازه ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ قرار دارد؛ همچنین پایایی این مقیاس از طریق آزمون بازآزمون، پایداری در خورتوجهی را در سطح ۰/۵۴ در یک دوره دوساله نشان می‌دهد (۹). در ایران علی‌پور و شریف روایی مقیاس را از طریق تحلیل

۳. Beck Depression Inventory-II

۴. Martin & Rubin's Cognitive Flexibility Scale

۱. Cognitive Flexibility Inventory

۲. Sense of Coherence Scale

گیلبرت (۲۰۰۹) صورت گرفت (۱۳). روایی محتوایی این درمان در مطالعه حاضر، توسط چند تن از متخصصان حوزه روان‌شناسی ارزیابی شد که شاخص روایی محتوا، ۰/۹ به دست آمد و با سطح معناداری قابل قبول پذیرفته شد. اجرای جلسات به شکل گروهی و به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) بود. مختصری از محتوای جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

عاملی اکتشافی بررسی کردند و نتایج این سازه را به عنوان مقیاسی تک عاملی معرفی نمودند که توانست ۷۶/۴۸ درصد از واریانس را تبیین کند. به علاوه همسانی درونی سؤال‌های پرسش‌نامه احساس انسجام برابر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است (۲۲).

– در پژوهش حاضر مداخله براساس طرح درمان متمرکز بر شفقت

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت براساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسه	شرح مختصر
اول	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، شرح قوانین، توضیح مختصر درباره شفقت، آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک.
دوم	آشنایی با افکار و رفتار خودانتقادگر، پیامدها و انواع آن، بیان علل خودانتقادی، ارائه راهکارهایی برای کاهش آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود، توضیحات مختصری درباره احساس گناه و پیامدهای آن.
سوم	آشنایی با خصوصیات شفقت از جمله آموزش چگونگی تحمل شرایط دشوار، غیرقضوتی بودن، پذیرش شکست و... آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست و مسائل تغییرناپذیر زندگی.
چهارم	آشنایی با ذهن آگاهی، اشاره به فواید آن، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با تمرین مراقبه نشسته.
پنجم	آشنایی با پذیرش شکست بدون قضاوت کردن و بخشیدن خود، بررسی علل نبخشیدن خود یا دیگران، اشاره به باورهای اشتباه درباره بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشیدن خود یا دیگران.
ششم	معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، آموزش و اجرای تصویرسازی ایجاد مکانی امن.
هفتم	اشاره به مفهوم ترس از شفقت، توضیح معنای رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، توضیحات مختصری درباره خودکارآمدی و تأثیر آن بر زندگی.
هشتم	آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود و اجرای آن در کلاس، جمع بندی و ارائه خلاصه‌هایی از جلسات قبل.

بررسی همسانی گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، به کمک آزمون‌های تی مستقل و خی دو صورت گرفت. در آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته از کجی و کشیدگی، به منظور بررسی برابری واریانس تفاوت‌ها از آزمون موچلی، برای بررسی پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس و به منظور بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. به منظور بررسی فرضیه‌ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵

تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بررسی شد. در پژوهش حاضر ۳۲ نفر (در دو گروه شانزده نفره) شرکت داشتند. میانگین سنی و انحراف معیار گروه‌های شفقت درمانی و گواه به ترتیب برابر با ۳۶/۸۸ (۵/۱۱) و ۳۷/۱۳ (۴/۸۲) سال بود که باتوجه به $p=0/991$ مشخص شد که دو گروه از لحاظ سن همتا بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه شفقت درمانی تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)	مقدار p
تحصیلات	۱۱ (۶۸/۸) ۴ (۲۵) ۱ (۶/۳)	۹ (۵۶/۳) ۶ (۳۷/۵) ۱ (۶/۳)	۰/۹۰۳
وضعیت تأهل	۱۴ (۸۷/۵) ۲ (۱۲/۵)	۱۳ (۸۱/۳) ۳ (۱۸/۸)	۰/۸۴۲
وضعیت شغلی	۶ (۳۷/۵) ۷ (۴۳/۸) ۳ (۱۸/۸)	۴ (۲۵) ۹ (۵۶/۲) ۳ (۱۸/۸)	۰/۹۰۶
تعداد فرزند	۷ (۴۳/۸) ۸ (۵۰) ۱ (۶/۳)	۹ (۵۶/۲) ۶ (۳۷/۵) ۱ (۶/۳)	۰/۸۸۴

¹. Content validity ratio (CVR)

براساس جدول ۲، اکثریت شرکت‌کنندگان متأهل بودند و تحصیلات دیپلم داشتند؛ همچنین اکثریت در بخش‌های خصوصی مشغول به کار بودند و یک یا دو فرزند داشتند. بین گروه‌ها از لحاظ سطح تحصیلات ($p=0/903$)، وضعیت تأهل ($p=0/842$)، وضعیت شغلی و تعداد فرزند ($p=0/884$) تفاوت معناداری مشاهده نشد که بیانگر آن بود دو گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مذکور هم‌تا بودند. جدول ۳، اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مراحل اندازه‌گیری					
		پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		M (SD)	کجی	کشیدگی	M (SD)	کجی	کشیدگی
انعطاف‌پذیری شناختی	شفقت‌درمانی	(۵/۴۸)	۰/۳۳	-۰/۲۹	(۵/۸۵)	۰/۳۵	-۰/۲۴
	گواه	(۴/۳۵)	۰/۴۱	-۱/۰۵	(۴/۶۷)	۰/۳۶	۰/۱۴
احساس انسجام	شفقت‌درمانی	(۱۳/۰۱)	۱/۲۱	-۰/۱۷	(۱۲/۵۱)	۱/۲۳	-۰/۰۱
	گواه	(۱۰/۸۱)	۱/۰۵	۰/۵۶	(۱۰/۵۷)	۱/۱۲	۰/۷۰

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین‌های مراحل پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام در گروه مداخله درمقایسه با میانگین‌های پیش‌آزمون افزایش پیدا کرد؛ درحالی‌که تفاوت درخورتوجهی در گروه‌گواه بین میانگین‌های مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون مشاهده نشد؛ همچنین میزان کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در دامنه ۲- و ۲ قرار داشت که بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود. به‌منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که باتوجه

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار p	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری شناختی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱۱۴/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۷۵/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۹۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
احساس انسجام	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱۳۸۰/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۷
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۱۷/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۱۳۸۷/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۷

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان‌ها در هر متغیر به‌تفکیک گروه

متغیر	زمان	گروه مداخله			گروه گواه		
		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	-۲۲/۵۰	۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۶۸	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	-۲۳/۵۰	۰/۶۰	<۰/۰۰۱	-۱/۸۱	۲/۱۳	۰/۶۷۹
	پس‌آزمون	-۱/۰۰	۰/۳۱	۰/۰۱۹	-۱/۹۳	۲/۰۶	۰/۵۴۸
احساس انسجام	پیش‌آزمون	-۲۵/۵۰	۰/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۲۰	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	-۲۵/۶۲	۰/۶۰	<۰/۰۰۱	-۰/۰۶	۰/۳۲	۱/۰۰
	پس‌آزمون	-۰/۱۲	۰/۳۴	۱/۰۰	-۰/۱۸	۰/۲۹	۱/۰۰

براساس جدول ۴، نتایج اثر زمان بر نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری معنادار

¹. Greenhouse-Geisser Test

بود ($p < 0/001$). نتایج به دست آمده از اثر گروه مشخص می‌کند، تفاوت میان گروه‌های مداخله و گواه از نظر میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام معنادار بود ($p < 0/001$). اثر متقابل گروه و زمان بر متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام معنادار بود ($p < 0/001$) که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه گواه نشان داد ($p < 0/001$). در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان‌ها به تفکیک گروه‌ها مشاهده می‌شود.

بر اساس نتایج جدول ۵، تفاوت میانگین‌ها بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام، منفی بود که افزایش معنادار نمرات را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون در گروه مداخله نشان داد ($p < 0/001$)؛ درحالی‌که هیچ‌کدام از تفاوت مشابه میانگین‌ها در گروه گواه معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در گروه مداخله اثربخش بوده است. در گروه مداخله و در مقایسه پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری بین میانگین‌ها مشاهده شد ($p = 0/019$) که حاکی از تداوم تأثیر مداخله برای متغیر بوده است اما برای متغیر احساس انسجام تفاوت میانگین‌ها معنادار نبود که این به معنای ماندگاری اثربخشی درمان در طول زمان و مرحله پیگیری بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. یافته مطالعه نشان داد، بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنادار وجود داشت؛ به عبارتی در گروه مداخله، درمان مبتنی بر شفقت در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی، مؤثر بود. این یافته با نتایج مطالعاتی همسوست؛ قوامی و همکاران دریافتند، افراد دارای اعتیاد به مواد با یادگیری فنون درمان متمرکز بر شفقت می‌توانند به انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دست یابند (۱۷)؛ همچنین نواب و همکاران با بررسی اثربخشی این درمان بر مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی (۱۱) و خلیج و همکاران در ارزیابی اثربخشی این درمان بر گروه هدف مبتلایان به ویروس نقص ایمنی (۱۵) و کوین و همکاران با بررسی اثربخشی این درمان بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران (۱۶) به نتایج مشابهی دست یافتند. در تبیین یافته مذکور پژوهش، ابتدا به تأثیر درمان شفقت بر سبک مقابله‌ای این مادران، اشاره می‌شود. همه والدین استرس والدینی را تاحدی در نتیجه مسئولیت‌های والدینی تجربه می‌کنند. این مسئله در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیشتر اتفاق می‌افتد؛ زیرا با تجارب منفی مکرر (عواطف و افکار منفی) از ویژگی‌های رفتاری این کودکان احساس شرم می‌کنند (۱۱). والدینی که انعطاف‌پذیری شناختی کمتری

در فرزندپروری دارند، تجربیات درونی ناخوشایند خود را منفی ارزیابی می‌کنند و مایل هستند با استفاده از راهبردهای کنترل، اجتناب یا سرکوب، آن‌ها را برطرف کنند (۶). شفقت با خود این ظرفیت را دارد که پاسخ جنگ یا گریز را به پاسخ مراقبتی یا پرورشی تبدیل کند و احساس امنیت و در دست داشتن منابع را برای شخص فراهم آورد. مربیان آموزش شفقت ممکن است از والدین دعوت کنند با خود با مهربانی بیشتری رفتار کنند و از آن‌ها بپرسند، آیا کاری وجود دارد که بتوانید در حال حاضر انجام دهید تا فقط ۱۰ درصد احساس راحتی بیشتری داشته باشید. سپس می‌توان از والدین دعوت کرد هر روز لحظاتی را ببایند تا هر کاری را که انجام می‌دهند، کنار بگذارند و کاری مهربانانه برای خود انجام دهند (۱۶)؛ بنابراین وقتی مادران با مهربانی و ملاحظت با خود برخورد می‌کنند، زبان درونی خودآرامش‌بخشی می‌یابند. این امر مهم در طولانی مدت موجب کاهش نشخوارهای فکری، اضطراب، نگرانی و ستیز درونی در آن‌ها می‌شود. بعد از مدتی مادران، خودشفقت‌ورزی را در موقعیت‌های مختلف به‌ویژه در موقعیت‌های واقعی دشوار نظیر برخورد با کودکانشان به‌کار می‌گیرند و مناسبات اجتماعی سازنده‌ای با فرزندان برقرار می‌کنند (۲۰). در این راستا، یارنل و نف معتقد هستند، فعال‌شدن حس درونی شفقت‌ورز درقبال خود باعث اصلاح الگوهای ناسازگار تفکر، اتخاذ راهبردهای مقابله سازگارانه در برابر شکست، نیروی انگیزش بیشتر در رسیدن به اهداف، نگرش مثبت و سالم درباره خود، احساسات انسان‌دوستانه و مهرورزانه درباره خود، نگرش غیرانتقادی درقبال ناکامی‌ها و سرخوردگی‌ها و ایجاد دیدگاه متعادل و غیرقضاوت‌گرانه در حل مشکلات می‌شود. چنین حالت‌هایی در طولانی مدت به‌نوبه خود، احساس امیدواری و انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش می‌دهد (۲۳)؛ به بیان دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با ففونی چون آموزش چگونگی تحمل شرایط دشوار، غیرقضاوتی‌بودن، آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آن‌ها و آموزش پذیرش شکست و مسائل تغییرناپذیر زندگی موجب می‌شود مادران با پذیرش هیجان‌های منفی و به‌وجودآوردن هیجان‌های مثبت، به‌جای نشخوار فکری درقبال شکست‌های خود، انگیزه و مقاومت بیشتری در مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی داشته باشند که نتیجه آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی این مادران است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد، بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر احساس انسجام تفاوت معنادار وجود داشت؛ به عبارتی در گروه مداخله، درمان مبتنی بر شفقت در افزایش احساس انسجام مادران کودکان با علائم نقص توجه/فزون‌کنشی، مؤثر بود. این یافته با نتایج مطالعه محمودی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، آموزش مبتنی بر رویکرد شفقت سبب افزایش احساس انسجام مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود (۲۰). دانشور و همکاران با بررسی این درمان در احساس انسجام زنان بازمانده خشونت (۱۸) و گیلک حکیم‌آبادی و تاجیک اسماعیلی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی (۱۹) نیز به نتایج مشابهی در اثربخشی این درمان دست یافتند. در تبیین یافته مذکور پژوهش می‌توان به کارکردهای تکامل‌یافته و تحقیقات فیزیولوژی عصبی هیجانات اشاره کرد که نشان می‌دهد افراد می‌توانند

حداقل سه نوع سیستم تنظیم هیجان را به کار برند: ۱. سیستم های تهدید و حفاظت؛ ۲. سیستم های سائق، جست و جوی منابع و هیجان؛ ۳. سیستم های رضایت بخش، تسکین دهنده و ایمنی (۱۳). همه موجودات زنده دارای سیستم های تشخیص تهدید و حفاظت اولیه هستند؛ به این صورت که به سرعت متوجه تهدیدها می شوند (از طریق تمرکز توجه و سوگیری توجه). سپس موجی از احساسات مانند اضطراب، عصبانیت یا انزجار به آن ها دست خواهد داد. این احساسات به موجودات هشدار می دهد در جهت محافظت از خود با سبک های مقابله مبارزه و فرار و تسلیم، اقدام کنند. درمان مبتنی بر شفقت به بررسی این موضوع می پردازد که چگونه رویدادهای اولیه زندگی ممکن است سیستم حفاظت از تهدیدات فرد را حساس کرده باشد تا منجر به توسعه راهبردهای ایمنی ناکارآمدی شود و آسیب پذیری آن ها را در برابر اضطراب و افسردگی افزایش دهد، عزت نفس و احساس انسجام آن ها را کم کند و در توانایی آن ها برای پیگیری اهداف زندگی اختلال به وجود آورد (۱۳). بسیاری از نظریه های روان شناختی معتقد هستند، افراد اساساً علاقه مند و تمایل بیشتری به خود درمقایسه با دیگران دارند؛ اما تجربیات بالینی نشان داد، افراد دارای انسجام روانی کمتر، اغلب درقبال خود سخت گیرتر و ناهمربان تر هستند تا در برابر دیگران (۹). معمولاً والدین در ابراز محبت به خود مشکل دارند و با احساس گناه یا سرزنش درباره اشتباهات خود در امر فرزند، درگیر هستند و آن ها را رها نمی کند (۷). در این شرایط شفقت با خود فضای امنی را برای نقص و اشتباه به وجود می آورد که معمولاً هنگام عبور از موقعیت های چالش برانگیز اتفاق می افتد. این فضا باعث می شود شخص حتی زمانی که ممکن است امور غیرممکن به نظر برسند، تلاش کند و نیز تمایل به قضاوت، انتقاد از خود و خشن بودن با خود و دیگران را کاهش دهد (۲۳). در تبیین دیگر می توان گفت، بخشی از رفتار مهربانانه با خود، اولویت دادن و ایجاد فضا برای اقدامات کوچک مراقبت از خود است. در صورت امکان از والدین دعوت می شود کارهای خود را در خانه به اشتراک بگذارند، برای استراحت برنامه ریزی کنند و کارهایی را برای لذت بردن انجام دهند. همچنین شکل دادن ارتباطات اجتماعی، حمایت گرفتن یا تمرین های مراقبه و انجام رفتارهای حتی کوچک می تواند توانایی بیشتری را در فرد برای رویارویی با موقعیت های سخت ایجاد کند (۱۶). این سبک مقابله و روبه رو شدن با دشواری های زندگی به یکی از مؤلفه های احساس انسجام یعنی قابل درک بودن اشاره دارد. به علاوه این مادران با انجام رفتارهای خودشفقت ورزانه، مشکلاتی را که با آن ها مواجه می شوند، به عنوان چالش ها به جای موانع در نظر می گیرند و احساس معناداری بیشتری در زندگی پیدا می کنند که یکی دیگر از مؤلفه های احساس انسجام یعنی معناداری است. در نهایت این مادران با انجام تکالیف خودشفقت ورزی مانند آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آن ها یاد می گیرند از منابع در دسترس برای ارضای نیازها و مشکلات خود استفاده کنند که یکی دیگر از مؤلفه های احساس انسجام یعنی حس کنترل پذیری را در آن ها افزایش می دهد. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بود؛ از جمله می توان به

محدود کردن والدین به گروه مادران اشاره کرد که تفاوت ویژگی های زنان و مردان در اثرپذیری درمان، تعمیم نتایج این مطالعه به مردان را با مشکل مواجه می کند. از محدودیت های دیگر پژوهش، ارزیابی متغیرها به روش خودگزارش دهی با استفاده از پرسش نامه بود که ممکن است به علت شرایط نامساعد این مادران دارای دقت لازم نباشد. استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی و نیز دوره پیگیری کوتاه (دوماهه) از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر بود؛ بنابراین به پژوهشگران علاقه مند پیشنهاد می شود اثربخشی معنادارمانی در جامعه مردان را نیز بررسی کنند. همچنین به منظور سنجش متغیرهای پژوهش، استفاده از مصاحبه های بالینی و تشخیصی جدید می تواند به نتایج دقیق تری منجر شود. در صورت امکان، استفاده از روش نمونه گیری تصادفی در پژوهش های آینده توصیه می شود. به علاوه اجرای دوره های پیگیری طولانی تر، ماندگاری درمان را مشخص خواهد کرد.

۵ نتیجه گیری

به طور کلی یافته های این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف پذیری شناختی و احساس انسجام مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی اثربخش است؛ بنابراین نتایج مطالعه حاضر در افزایش انعطاف پذیری شناختی و احساس انسجام و حل و فصل مشکلات مربوط به مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی، به صورت های فردی و گروهی مفید است و امید است از آن استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از یکایک مادران شرکت کننده در پژوهش و همکاران روان شناس محترم معرف این مادران که صمیمانه ما را یاری کردند، سپاسگزار می کنیم.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.052 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش همه اصول اخلاقی از جمله دریافت رضایت آگاهانه و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات شرکت کنندگان رعایت شد.

رضایت برای انتشار: این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده ها و مواد: تمامی داده های پشتیبان نتایج گزارش شده مقاله در اختیار نویسنده اول و نویسنده مسئول است.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می کنند، هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی: برای انجام این پژوهش، حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله بودند که پیش نویسی و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر را بر عهده داشتند و نسخه نهایی را قبل از انتشار، مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Liang SHY, Lee YC, Kelsen BA, Chen VCH. Health-related quality of life in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder in Taiwan: the roles of child, parent, and family characteristics. *Res Dev Disabil*. 2021;113:103944. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103944>
2. Gordon CT, Fabiano GA, Schatz NK, Hulme K, Vujnovic RK. Parenting stress during late adolescence in mothers of individuals with adhd with and without odd. *J Child Fam Stud*. 2021;30(12):2966–79. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02131-x>
3. Sattari M, Ashrafi Alavije M, Jarrah E. Predicting resilience and self-compassion based on cognitive flexibility in fathers of children with autism spectrum disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2022;12:96. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2050-en.html>
4. Salgado-Pascual CF, Martín-Antón LJ, Carbonero MÁ. Impact of a mindfulness and self-care program on the psychological flexibility and well-being of parents with children diagnosed with adhd. *Sustainability*. 2020;12(18):7487. <http://dx.doi.org/10.3390/su12187487>
5. Dennis JP, Vander Wal JS. The Cognitive Flexibility Inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*. 2010;34(3):241–53. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
6. Fonseca A, Moreira H, Canavarro MC. Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *J Contextual Behav Sci*. 2020;18:59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.004>
7. Pisula A, Bryńska A, Wójtowicz S, Srebnicki T, Wolańczyk T. General health, sense of coherence and coping styles in parents participating in workshops for Parents of hyperactive children. *Psychiatr Pol*. 2019;53(2):419–32. <https://doi.org/10.12740/pp/94382>
8. Taati E, Zarbakhsh Bahri MR. Comparison of the coherence and defense mechanisms between parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019;6(3):15–27. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.3>
9. Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Soc Sci Med*. 1993;36(6):725–33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
10. Beyrami M, Asadi S, Hosseini Asl M. Prediction of the changes of health behaviors based on the sense of coherence, self-efficacy, optimism and pessimism in Students. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2015;9(36):19–36. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4040.html?lang=en
11. Navab M, Dehghani A, Salehi M. Effect of compassion-focused group therapy on psychological symptoms in mothers of attention-deficit hyperactivity disorder children: a pilot study. *Couns Psychother Res*. 2019;19(2):149–57. <https://doi.org/10.1002/capr.12212>
12. Matos M, McEwan K, Kanovský M, Halamová J, Steindl SR, Ferreira N, et al. Compassion protects mental health and social safeness during the covid-19 pandemic across 21 countries. *Mindfulness*. 2022;13(4):863–80. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01822-2>
13. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 2009;15(3):199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
14. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2003;2(3):223–50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
15. Khalaj F, Dolatshahi B, Bagheri F. Effects of compassion-focused therapy on psychological wellbeing, life expectancy, and psychological flexibility in individuals with human immunodeficiency virus. *Practice in Clinical Psychology*. 2020;8(4):317–24. <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.4.726.1>
16. Coyne LW, Gould ER, Grimaldi M, Wilson KG, Baffuto G, Biglan A. First things first: parent psychological flexibility and self-compassion during covid-19. *Behav Anal Pract*. 2021;14(4):1092–8. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00435-w>
17. Ghavami M, Kazemian Moghadam K, Gholamzadeh Jofreh M, Shahbazei M. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and emotion regulation training on cognitive flexibility and the feeling of loneliness in substance-dependent individuals self-referring to the welfare organization. *Etiadpajohi*. 2023;17(67):153–80. [Persian] <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.17.67.153>
18. Daneshvar S, Shafiei M, Basharpour S. Group-based compassion-focused therapy on experiential avoidance, meaning-in-life, and sense of coherence in female survivors of intimate partner violence with ptsd: a randomized controlled trial. *J Interpers Violence*. 2022;37(7–8):NP4187–211. <https://doi.org/10.1177/0886260520958660>
19. Gilakhakimabadi M, Tajikesmaeili A. The effectiveness of compassion-based therapy on rumination, distress tolerance and sense of coherence in patients with Multiple sclerosis (MS). *Journal of Research in Psychological Health*. 2021;15(2):5. [Persian] <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3997-en.html>
20. Mahmoodi J, Mesbah I, Rezaeisharif A. The effectiveness of the compassion-based approach on alexithymia and sense of coherence in mothers with intellectually disable children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2023;13(50):255–86. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_15996.html?lang=en
21. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *Practice in Clinical Psychology*. 2014;2(1):43–50. [Persian] <https://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-163-en.html>
22. Alipour A, Sharif N. Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) Questionnaire in university students. *Pajooohande*. 2012;17(1):50–6. [Persian] <http://pajooohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-en.html>
23. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self Identity*. 2013;12(2):146–59. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>