

تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

مژگان نواب^۱، اکرم دهقانی*^۲، مهرداد صالحی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۳. استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۷/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات مراقبت از فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، والدین به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بود.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه شامل مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با غلبه فزون‌کنشی بودند که در بهار ۱۳۹۶ به بیمارستان خورشید اصفهان مراجعه کرده بودند. ۲۰ مادر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۱۰ نفر). برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش شفقت‌درمانی قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام مداخله برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (ویر و شربون، ۱۹۹۲) و مقیاس تغییر در اهداف و اولویت‌ها (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد در کیفیت زندگی و ابعاد آن (کارکرد جسمانی، انرژی/ خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) و اهداف و اولویت‌های مادران گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ولی در ابعاد اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی و اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: از گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت می‌توان برای بهبود کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی، تغییر در اهداف و اولویت‌ها، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

*نویسنده مسئول: اکرم دهقانی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفن: ۰۳۱-۴۲۲۹۲۹۲۹

ایمیل: Dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

مقدمه

تولد کودکی با مشکلات سازش یافتگی در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکردشان آسیب می‌بینند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مبتلا به اختلال مادر را به طور خاصی در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد (۱). اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی کودکان است. آمار گوناگونی در زمینه میزان شیوع این اختلال وجود دارد. در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان ۵ درصد گزارش شده است. از مهم‌ترین ویژگی‌های اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی الگوی پایدار نارسایی توجه، فزون‌کنشی، و تکانشگری است که در کنش‌وری یا تحول فرد اختلال ایجاد می‌کند. نارسایی توجه در این اختلال به صورت حواس‌پرتی در انجام تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکلات در متمرکز ماندن، و نامنظم بودن آشکار می‌شود و ناشی از لجبازی یا فقدان درک نیست. همچنین فزون‌کنشی به فعالیت حرکتی بیش از حد در زمانی که نامناسب است، یا وول خوردن مفرط، تلنگر زدن، یا پرحرفی اشاره دارد (۲). والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند (۳). در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان است، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت (۴). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده افسردگی (۵) و تنیدگی^۲ (۶) در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نسبت به مادران دارای فرزند بهنجار، بیشتر است و به میزان بیشتری به اختلال‌های خلقی و اضطرابی دچار می‌شوند (۷) که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. در حوزه مطالعات مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/

فزون‌کنشی، کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارد. یزدانی (۸) گزارش کرد کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نسبت به مادران دارای کودک بهنجار، در سطح پایین‌تری قرار دارد.

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها، و علاقه‌مندی‌ها تعریف کرده است (۹). کیفیت زندگی شامل ابعادی همچون کارکرد جسمانی (عملکرد جسمانی فرد در فعالیت‌های روزمره)، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمانی (محدودیت‌هایی که در ایفای نقش به دلایل جسمانی اتفاق می‌افتد)، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (محدودیت‌هایی که در ایفای نقش به دلایل عاطفی اتفاق می‌افتد)، انرژی/ خستگی (ظرفیت بازگشت از چالش‌های اجتماعی، مالی یا احساسی به تعادل مجدد و سازش‌یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب)، بهزیستی هیجانی (رضایت از زندگی و شادی)، کنش‌وری اجتماعی (نتایج و آثار عینی فرد در اجتماع)، درد (حسی ناخوشایند و تجربه‌ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت)، و سلامت عمومی (تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان) است (۱۰). تغییر در اهداف و اولویت‌ها، نشان‌دهنده تغییر در ارزش‌ها، اولویت‌ها، و اهداف زندگی است. جواب مثبت به گویه‌هایی از قبیل تغییر در اولویت‌های زندگی، ایجاد علایق جدید، یک راه جدید در زندگی نشانگر تغییر ارزش‌ها و اولویت‌های فرد در زندگی است (۱۱). شاید بتوان گفت یکی از دلایلی که مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و در نتیجه مادران آنها را افزایش می‌دهد، هدف‌گذاری و نوع انتظاراتی است که این والدین از کودکانشان دارند؛ بنابراین تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران می‌تواند منجر به بهبود عملکرد کودکان و سلامت روانی مادران شود. تاکنون درمان‌های متعددی به منظور ارتقاء

1. Attention deficit/ hyperactivity disorder
2. Tension

پرداختند که نتایج درمان و همچنین نتایج پیگیری آن حاکی از اثربخشی این شیوه بوده است. در پژوهش سعیدیان (۱۹) درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا موثر بود. در پژوهشی دیگر نقش پیش‌بینی‌کننده شفقت به خود در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی تأیید شد (۲۰). پیتو ارتباط بین شفقت به خود و کیفیت زندگی را در بیماری‌های مزمن بررسی کرد و نتایج حاکی از ارتباط معنادار بود (۲۱). همچنین گلپور و همکاران درمان شناختی مبتنی بر شفقت را بر افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده موثر دانست (۲۲). لازم به ذکر است تاکنون اثر بخشی این درمان بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مورد بررسی قرار نگرفته است. این موضوع جنبه نوآوری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد و همچنین با توجه به مبانی نظری موجود مبنی بر کاهش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نتایج این پژوهش می‌تواند در راستای کمک به مادران این کودکان مفید باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از نوع فزون‌کنش بودند که به منظور اخذ کمک‌های روان‌شناختی به بیمارستان خورشید اصفهان در بهار سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند. از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود (مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ سال و مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال) و ملاک‌های خروج

کیفیت زندگی گزارش شده است که از جمله می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت^۱ اشاره کرد.

اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر، و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۲). نخستین اصل درمان مبتنی بر شفقت از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجان‌ات و سیستم حمایت اجتماعی برخاسته است. هدف از درمان مبتنی بر شفقت ایجاد تعادل بین این سه سیستم است (۱۳). هسته اصلی شفقت‌درمانی بر پایه مراقبه مبتنی بر شفقت است. درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به افراد برای یادگیری مهارت‌های کلیدی موردنیاز به منظور توسعه جنبه‌ها و ویژگی‌های شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، حساسیت، تحمل آشفتگی، همدلی و غیر قضاوتی بودن شکل گرفت. این مهارت‌های خاص شامل استدلال برای شفقت، رفتار مهربان، تصاویر، ظاهر و احساسات مشفقانه است (۱۴). شفقت به خود را می‌توان به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، تعریف کرد. شفقت به خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ موثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود، به طوری که به تازگی روش‌های درمانی با هدف بهبود شفقت به خود، توسعه داده شده است (۱۵). نتایج بررسی داروشی و خایتان نشان داد این درمان بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم اثربخش بود (۱۶). پژوهشی دیگر توسط فلیگل تأثیر شفقت به خود را در کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران سرطانی سنجید و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بود (۱۷).

دانوکالو و همکاران (۱۸) به بررسی تأثیر شفقت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های دارای بیماران آلزهایمر

1. Compassion focused therapy

(۲۵). در پژوهشی دیگر رفعتی ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد هشت‌گانه این مقیاس را در گروه افراد بهنجار در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ و در گروه افراد بیمار بین ۰/۶۶ و ۰/۹۱ گزارش کرد (۲۶).

۲. مقیاس تغییر در اهداف و اولویت‌ها: این پرسشنامه توسط تدسچی و کالهون (۲۷) ساخته شده است و یک ابزار خودسنجی و شامل ۲۱ گویه است و برای اندازه‌گیری رشد پس از سانحه^۳ طراحی شده است. فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس لیکرت شش نقطه‌ای (۰ = هیچ تغییری نکرده‌ام تا ۵ = تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده‌ام) درجه‌بندی کند. نسخه اصلی این پرسشنامه از ۵ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: رابطه با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی، تغییرات روانی، و ارزش زندگی است. در مطالعه تدسچی و کالهون (۲۷) ضریب آلفای کلی پرسشنامه ۰/۹۰ و دامنه آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۷-۰/۸۵ برآورد شده است. سیدمحمودی، رحیمی، و جابر (۲۸) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کردند و گزارش کردند که ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای دو بار اندازه‌گیری ۰/۹۴ به دست آمد. کاناکو و همکاران (۲۹) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۰ گزارش کردند و شیخ و ماروتا (۳۰) این ضریب را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند.

ج) برنامه مداخله‌ای: اولین بار گیلبرت نظریه مبتنی بر شفقت را مطرح کرد و به استفاده از سازه شفقت در جلسات درمانی اقدام کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی- رفتاری ریشه دارد (۱۴). گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه آزمایش توسط پژوهشگر که آموزش دیده دوره شفقت بود اجرا شد. در طی جلسات درمانی، اصول کلی درمان، تمایز شفقت از تأسف برای خود، مؤلفه‌های ابعاد شفقت، ذهن‌آگاهی، سیستم‌های

(عدم همکاری، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، داشتن اختلال‌های روانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن بیماری‌های جسمانی و داشتن نقص عضو)، ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. لازم به ذکر است که نمونه انتخاب شده با ریزش مواجه شد و حجم نمونه به ۲۰ نفر کاهش یافت (هر گروه ۱۰ نفر). برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش شفقت‌درمانی قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام مداخله برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. لازم به ذکر است کودکان توسط روان‌پزشک متخصص کودک تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دریافت کرده بودند.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی: این پرسشنامه توسط ویر و شربون (۲۳) ساخته شده است. هدف از این پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی از ابعاد مختلف (کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، و سلامت عمومی) است و دارای ۳۶ گویه ۸ خرده‌مقیاس است که هر خرده‌مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ گویه است. از ادغام خرده‌مقیاس‌ها دو خرده‌مقیاس کلی به نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. پژوهش‌های مختلف به بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه پرداختند. منتظری ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ و ضریب اعتبار آزمون مجدد در تمام ابعاد را بیشتر از ۰/۹۰ بدست آورد (۲۴). اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه رفیعی در شهر اراک ۰/۹۰ گزارش شد و روایی سازه مناسب این پرسشنامه نیز در مطالعه فوق‌با استفاده از تحلیل عاملی سنجیده و مناسب گزارش شده است

2. Change in the goals and priorities scale
3. Post traumatic growth

1. MOS 36-item short-form health survey

رنج است که به مادران کمک می‌کند تا همراه ویژگی‌هایی همچون عدم قضاوت، قدرت، ملایمت، همدلی، خردمندی، مهربانی، و شجاعت با راحتی بیشتری در ذهن خود زندگی کنند. خلاصه جلسات درمان به شرح زیر بود.

مغزی مبتنی بر شفقت، تصویرسازی مکان امن، تصویرسازی مهرورزی نسبت به خود و دیگران، تمرین‌های رفتاری بعد التیام به منظور ایجاد صفات بعد اشتیاق، آموزش داده شد. هدف درمان، یادگیری مهارت‌هایی برای پرورش دادن سیستم مراقبت‌گری (شفقت)، تمرین فعال‌سازی این سیستم و کاستن

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود. |
| جلسه دوم | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی. |
| جلسه سوم | آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز ضعف‌ها و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه چهارم | مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی. |
| جلسه پنجم | مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی. |
| جلسه ششم | مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام‌بخش)، تکالیف خانگی. |
| جلسه هفتم | مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی |
| جلسه هشتم | جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره. |

داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر متأهل و در محدوده سنی ۴۰-۲۰ بودند. در گروه آزمایش ۶ نفر (۶۰ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۴ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، و در گروه گواه ۷ نفر (۷۰ درصد) با مدرک لیسانس و ۳ نفر (۳۰ درصد) دیپلم بودند. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن و تغییر در اهداف و اولویت‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

د) روند اجرا: گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه آزمایش توسط پژوهشگر که آموزش دیده دوره شفقت بود اجرا شد و پس از اتمام مداخله هر دو گروه آزمایش و گواه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی مواردی در نظر گرفته شد که شامل اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعاتی که از آزمودنی‌ها بدست می‌آید، احترام گذاشتن به تمام اعضا و اجتناب از تبعیض، بود. همچنین بعد از اتمام پژوهش آزمودنی‌های گروه گواه نیز آموزش دیدند. جهت تحلیل

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | گروه‌های پژوهش | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------------------------|----------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| کیفیت زندگی | آزمایش | ۲۹۵/۷۵ | ۱۰/۲۷ | ۳۷۰/۶۵ | ۱۵/۰۲ |
| | گواه | ۲۹۵/۳۰ | ۱۰/۴۹ | ۲۶۴/۸۹ | ۸۹/۶۱ |
| کارکرد جسمانی | آزمایش | ۵۰/۵۰ | ۳/۶۸ | ۷۲/۰۰ | ۷/۸۸ |
| | گواه | ۵۱/۰۰ | ۳/۹۴ | ۴۹/۵۰ | ۹/۵۵ |
| اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی | آزمایش | ۹۷/۵۰ | ۷/۹۰ | ۵/۰۰ | ۱۰/۵۴ |
| | گواه | ۹۵/۵۰ | ۱۲/۰۷ | ۴۱/۷۶ | ۳۲/۰۵ |
| اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی | آزمایش | ۱۰۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ |
| | گواه | ۱۰۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۹۱/۷۶ | ۲۹/۴۶ |
| انرژی/خستگی | آزمایش | ۶/۰۰ | ۳/۹۴ | ۶۵/۵۰ | ۵/۵۰ |
| | گواه | ۶/۱۲ | ۳/۱۳ | ۳۲/۰۰ | ۳۴/۲۵ |
| بهبودی هیجانی | آزمایش | ۲۲/۰۰ | ۵/۴۱ | ۵۴/۴۰ | ۴/۶۹ |
| | گواه | ۲۲/۸۰ | ۵/۰۰ | ۶/۲۰ | ۴/۶۱ |
| کارکرد اجتماعی | آزمایش | ۱/۲۵ | ۲/۹۵ | ۴۳/۷۵ | ۸/۸۳ |
| | گواه | ۲/۵۰ | ۵/۲۷ | ۱۸/۷۵ | ۱۹/۷۶ |
| درد | آزمایش | ۷/۰۰ | ۶/۷۴ | ۶۴/۵۰ | ۴/۸۳ |
| | گواه | ۸/۰۰ | ۵/۶۷ | ۳۰/۰۰ | ۲۸/۷۲ |
| سلامت عمومی | آزمایش | ۱۱/۵۰ | ۲/۴۱ | ۶۵/۵۰ | ۴/۹۷ |
| | گواه | ۱۱/۵۵ | ۲/۲۱ | ۲۸/۵۰ | ۲۲/۹۷ |
| تغییر در اهداف و اولویت‌ها | آزمایش | ۱۴/۲۰ | ۸/۱۶ | ۱۶/۴۰ | ۵/۱۶ |
| | گواه | ۱۳/۱۰ | ۷/۴۷ | ۱۴/۰۰ | ۷/۳۷ |

خطا بود. نتایج آزمون لون حکایت از آن داشت که در تمام متغیرها این شرط برقرار است ($p > 0/05$). مفروضه دیگر این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس بود که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه را داشت ($p > 0/05$, $\lambda = 0/764$ ام باکس). همچنین پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی بیانگر عدم معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش ($p > 0/05$) بود که نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی است. با توجه به برقراری تمامی پیش‌فرض‌ها برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد و نتایج آن در جدول زیر گزارش شده است.

با توجه به جدول ۲ در مرحله پیش‌آزمون تفاوت زیادی در بین گروه آزمایش و گواه وجود ندارد ولی در مرحله پس‌آزمون اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، و درد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و مرحله پیش‌آزمون کاهش و تغییر در اهداف و اولویت‌ها، کارکرد جسمانی، انرژی، بهبودی هیجانی، کارکرد اجتماعی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی افزایش یافته است. پیش‌فرض نرمالیتی بر اساس آزمون کالوموگروف-اسمیرنوف بررسی و نرمالیتی همه متغیرها تأیید شد ($P > 0/05$). یکی دیگر از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌ها

| شاخص | ارزش | F | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | معناداری | مجذور اتا | توان اثر |
|---------------|-------|-------|------------------|-----------------|----------|-----------|----------|
| لامبدا و بلکر | ۰/۴۱۶ | ۴/۶۷۸ | ۸/۰۰ | ۱/۰۰ | ۰/۰۲۷ | ۰/۵۴۸ | ۰/۷۲۴ |

مبتنی بر شفقت بوده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره بیانگر تفاوت معنادار دو گروه در متغیر کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۵$) و تغییر در اهداف و اولویت‌ها ($۰/۰۵ < P$) بود. نتایج بررسی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی به تفکیک در دو گروه در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌ها تفاوت وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۵۴/۸ درصد تفاوت دو گروه در ابعاد کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌ها در نتیجه تأثیر درمان

جدول ۴: تحلیل کوواریانس تک‌متغیره ابعاد کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان اثر |
|---------------------------------|---------------|------------|---------------|--------|--------------|-----------|----------|
| کارکرد جسمانی | ۶۰/۷۷۵ | ۱ | ۶۰/۷۷۵ | ۷/۷۱۹ | ۰/۰۰۹ | ۰/۵۴۳ | ۰/۸۲۵ |
| اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی | ۵۰/۲۰۳۸ | ۱ | ۵۰/۲۰۳۸ | ۰/۸۱۸ | ۰/۳۷۹ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۳۶ |
| اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی | ۰/۱۲ | ۱ | ۰/۱۲ | ۰/۰۸ | ۰/۹۲۶ | ۰/۰۵ | ۰/۰۴۲ |
| انرژی/خستگی | ۳۲۰۶/۴۲۹ | ۱ | ۳۲۰۶/۴۲۹ | ۱۰/۸۶۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۰۵ | ۰/۸۵۱ |
| بهبودی هیجانی | ۱۲۴۱/۳۷۹ | ۱ | ۱۲۴۱/۳۷۹ | ۱۱/۵۱۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۴۳۵ | ۰/۸۶۲ |
| کارکرد اجتماعی | ۲۸۳۴/۰۷۴ | ۱ | ۲۸۳۴/۰۷۴ | ۱۱/۱۲۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۴۱۰ | ۰/۸۷۹ |
| درد | ۳۹۷۰/۲۶۷ | ۱ | ۳۹۷۰/۲۶۷ | ۹/۹۴۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۳۸۳ | ۰/۸۴۱ |
| سلامت عمومی | ۱۲۸۹/۶۲۱ | ۱ | ۱۲۸۹/۶۲۱ | ۵/۲۹۱ | ۰/۰۰۴ | ۰/۳۱۸ | ۰/۸۸۰ |

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش هدف، تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر داشته است، به عبارتی درمان مبتنی بر شفقت منجر به بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان فزون‌کنش شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دروشی (۱۶)، فلیگل (۱۷)، دانو کالو و همکاران (۱۸)، سعیدیان (۱۹)، ون دم (۲۰)، پینتو (۲۱) و گلپور (۲۲) همسو است.

در پژوهش‌های ذکر شده درمان مبتنی بر شفقت منجر به افزایش کیفیت زندگی شده که تأییدی بر موثر بودن این درمان است. بر اساس دیدگاه تیرچ (۳۱) درمان مبتنی بر

با توجه به جدول بالا پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، دو گروه گواه و آزمایش در متغیر کارکرد جسمانی، انرژی/خستگی، بهبودی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، و سلامت عمومی مادران کودکان فزون‌کنش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری داشتند ($p < ۰/۰۵$)، اما در متغیر اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی و اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$). با توجه به مجذور اتا ۵۴/۳ درصد از تفاوت کارکرد جسمانی، ۳۰/۵ درصد از تفاوت در نمرات انرژی، ۴۳/۵ درصد از تفاوت در نمرات بهبودی هیجانی، ۴۱ درصد از تفاوت کارکرد اجتماعی، ۳۸/۳ درصد نمرات درد و ۳۱/۸ درصد نمرات سلامت عمومی ناشی از گروه درمانی مبتنی بر شفقت بوده است. با توجه به توان اثر، حجم نمونه برای این بررسی کفایت لازم را دارد.

پژوهش لیری و همکاران (۳۵) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت منجر به تسهیل تعادل واکنش افراد به وقایع منفی زندگی می‌شود. افرادی که شفقت به خود بالاتری را حس کنند واکنش بهتری به وقایعی نظیر درد نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد پذیرش درد از سوی مادران کودکان فزون‌کنش بر ادراک درد و گزارش میزان درد این مادران موثر بوده است. در تبیین یافته‌ها در مورد اثربخشی درمان بر سلامت عمومی مادران باید بیان کرد درمان مبتنی بر شفقت به این مادران می‌آموزد که روی آورد گسترده‌تری نسبت به زندگی خود داشته باشند. در نتیجه مادران کودکان فزون‌کنش در موقع رویارویی با مشکلات و دشواری‌های مرتبط با کودکانشان، با به یاد آوردن اینکه شرایط زندگی انسان‌ها کامل نیستند و این موضوع که در رنج‌هایشان تنها نیستند و هرگز نمی‌توانند به فردی تبدیل شوند که می‌خواهند، می‌توانند احساس تنهایی و انزوای خود را کاهش دهند و از غرق شدن در مشکلات جلوگیری کنند (۳۳).

در تبیین عدم اثر درمان مبتنی بر شفقت بر اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی و اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی مادران کودکان فزون‌کنش می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه حضور کودک فزون‌کنش و ویژگی‌های منحصر به فرد آنها از قبیل تکانشگری و فزون‌کنشی، منجر به بروز مشکلاتی در سلامت جسمی و هیجانی مادران این کودکان می‌شود و در نتیجه اختلال‌هایی در نقش فرد به وجود می‌آورد، بهبود کارکرد جسمی و بهزیستی هیجانی در این مادران به زمان بسیار بیشتری نیاز دارد. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که شیوه درمان مبتنی بر شفقت خود بر تغییر در اهداف و اولویت‌های مادران کودکان فزون‌کنش تأثیر داشته است. این نتیه را می‌توان این گونه تبیین کرد که در طول درمان از طریق آموزش گفتگوی درونی با خود، به مادران کودکان فزون‌کنش آموزش داده شد که در زمان مواجهه با موقعیت تنش‌آور، با گفتگوی آرام و دلگرم‌کننده می‌توان مشکلات و کاستی‌های خود را قبول کرده (بدون قضاوت و سرزنش) و از

شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان فزون‌کنش منجر می‌شود و در نتیجه موجب ارتقاء توانمندی حل مسئله، خودگردانی و باور به آینده‌ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خالص شدن از موانع درونی (۳۲) می‌شود و در نهایت افزایش کیفیت زندگی مادران این کودکان را موجب می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کارکرد جسمانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، و سلامت عمومی مادران کودکان فزون‌کنش تأثیر دارد اما این درمان بر اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی و اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی تأثیری نداشته است. در تبیین این یافته‌ها بر اساس مبانی نظری باید بیان کرد درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد و تقویت شفقت در فرد با ارائه راهکارهای شناسایی خودمهرورز و تصویرسازی آن و برطرف کردن موانع شناخت شفقت به خود، به مادران کودکان فزون‌کنش این امکان را می‌دهد که از شکست نهراسند و پس از هر شکست نیز برای موفقیت بارها و بارها تلاش کنند (۳۳). از دیدگاه گیلبرت و پروکتر (۳۴) درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود زیرا می‌تواند سیستم تهدید را خنثی و سیستم مراقبت را فعال کند؛ در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش با پذیرش هیجان‌های منفی و به وجود آوردن هیجان‌های مثبت قوی، بقای روانی فرد را که شامل شادی، خوش‌بینی، هوشیاری، کنجکاوی، اکتشاف و جست‌وجو، ابتکارات فردی و هوشیاری عاطفی است، ارتقا می‌بخشد که نتیجه آن افزایش بهزیستی هیجانی است. مادران کودکان فزون‌کنش با توجه به ویژگی‌های کودکانشان، دچار مشکلات جسمانی بسیار و احساس درد می‌شوند. نتایج

اختلال در روابط خانوادگی آنها پیشگیری کند. همچنین درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل با درمان‌های روان‌شناختی استفاده شود. انجام مطالعات متعدد و بلندمدت و چندمرحله‌ای، به منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این شیوه درمان در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی پیشنهاد می‌شود. همچنین با توجه به اثربخش بودن این شیوه درمان در این مطالعه و مطالعات قبلی صورت گرفته، برگزاری دوره‌های آموزشی درمان مبتنی بر شفقت برای تربیت درمانگران در مراکز مشاوره و راهنمایی و اجرای آن برای مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های مختلف، ضروری است.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد اصفهان با کد ۱۵۰۲۰۷۰۱۹۵۱۰۱۴ است. بدین ترتیب از استاد محترم راهنما و دکتر کرباسی فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک در بیمارستان خورشید شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند و همچنین از مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی شرکت‌کننده در فرایند پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: با توجه به اینکه این پژوهش تحت حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی نبوده و همچنین یافته‌های این پژوهش دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین تضاد منافی ندارد.

هیجان‌های منفی خود بکاهند. افزایش شفقت به خود از بسیاری جهات همانند راهبردهای هیجان‌محور عمل می‌کند چرا که به آگاهی بهوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساس‌های دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی اشاره دارد (۳۴) و در نهایت منجر به تغییر اهداف و اولویت‌ها در زندگی خواهد شد.

شایان ذکر است پژوهش حاضر در بین مادران و در شهر اصفهان انجام شد، از این رو در تعمیم نتایج به پدران و دیگر شهرها باید احتیاط لازم صورت گیرد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر کمبود مطالعات روان‌شناختی درباره گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت در ایران بود. عدم پیگیری این مداخله (به علت محدودیت زمان) و همچنین عدم کنترل متغیرهای مزاحم (تعارضات زناشویی، سطح فرهنگ) از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود. از آن جایی که برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند شفقت به خود در زنان پایین‌تر و تغییر در این سازه دشوارتر است (۳۶) پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرند تا نتایج تعمیم‌پذیرتر باشد و همچنین پیشنهاد می‌شود این مداخله برای پدران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی نیز انجام شود تا بتواند بهتر در ارتقا سلامت مادران و کیفیت زندگی خانواده موثر باشد. انجام مداخلات روان‌شناختی برای مادران این کودکان علاوه بر سایر درمان‌های دارویی و روان‌درمانی، می‌تواند روند درمان را سرعت ببخشد و از ایجاد

References

1. Zoghi paidar M R, Ghasemi M, Bayat A, Sanayei Kamal S. Comparing the Mental Health in Mothers of Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD. *Journal of Exceptional Education*. 2015; 8(136):5-14 [Persian]. [\[link\]](#)
2. American Psychological Association: APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. American Psychiatric Association Publishing. 2013; pp: 217-317-326-343-487. [\[link\]](#)
3. Mohareri F, Shahrivar Z & Tehrani dost M. The effect of positive child training program on the Mothers of children with ADHD disorders. *Journal of fundamental of mental health*. 2009; 11 ;(1): 31-40 [Persian]. [\[link\]](#)
4. Johnston C & Mash EJ. Families of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clini Child Fam Psychol Rev*. 2001; 4; (3):183–207. [\[link\]](#)
5. Cunningham CE, Barkley RA. The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Development*. 1979; 50; (1): 217-224. [\[link\]](#)
6. Campbell SB. Mother- child interaction. *Am J Orthopsychiatry*. 1975; 45; (1): 51-57. [\[link\]](#)
7. Roshanbin M, Pouretemad H R, Khooshabi M. The Impact of Positive Parenting Program on Maternal Stress of Mothers of 4-6 Years old Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Journal of Family Research*. 2007; 10 (3): 263-572 [Persian]. [\[link\]](#)
8. Yazdani F. Comparing quality of life and attachment ADHD children mothers with ordinary children's mother. *Islamic Azad University of Tehran* 2013; pp: 12-35. [Persian]. [\[link\]](#)
9. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of life (WHOQOL). 2000; 53(1):1-12. [\[link\]](#)
10. Newa Check PW, Taylor WR. Childhood chronic illness: Prevalence severity and impact. *Am J Public Health*. 1992; 82 (3): 364-371. [\[link\]](#)
11. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth; Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004; 15 (1): 1-18. [\[link\]](#)
12. Gilbert P. *Compassion Conceptualization, Research and use in Psychotherapy*. New York: Routledge Publication; 2005. [\[link\]](#)
13. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013; 52: 199-214. [\[link\]](#)
14. Gilbert P. Introducing Compassion Focused-Therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 2009; 15(3): 199–208. [\[link\]](#)
15. Hupfeld J, Ruffieux N. Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2011; 40 (2):115–123. [\[link\]](#)
16. Daroshi S, Khayatan F. Effects of Self-Compassion on the Quality of Life and Happiness of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *JOEC*. 2018; 17(4): 77-86 [Persian]. [\[link\]](#)
17. Fleagle E A CH. *Self-Compassion as a Protective Factor for Caregiver Health and Quality of Life in Family Caregivers of Cancer Patients*. Spalding University, ProQuest Dissertations Publishing. 2017. [\[link\]](#)
18. Danucalov AD, Kozasa E, Afonso R, Galduroz J & Leite J. Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geroatr Gerontol int*. 2017; 17 (1): 85-91. [\[link\]](#)
19. Saidian K. Evaluating the effectiveness of compassion-based therapy On blood pressure and Quality of life in women with high blood pressure in the city of Sarvabad, College of Literature, University of Kurdistan; 2015. [Persian]. [\[link\]](#)
20. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25 (1):123-130. [\[link\]](#)

21. Pinto-Gouvias J; Duarte C; Matos M; Fráguas S. The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. *Clin Psychol Psychother.* 2014; 21 (4): 311-23. [\[link\]](#)
22. Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder. *Journal of Clinical Psychology* .2014; 21 (1): 53-64. [\[link\]](#)
23. Ware J E, Jr, Sherbourne C D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Journal Medical Care.* 1992; 30(6): 473-483. [\[link\]](#)
24. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version. *Quality of Life Research.* 2005; 14(3): 875-882. [\[link\]](#)
25. Rafiei M, Ghafari R, Taheri Nejad M R. Assessment of health related quality of life by SF-36 Version 2 in general population of Qom city. *Arak Medical University Journal (AMUJ);* 2014; 16 (11): 63-72. [Persian]. [\[link\]](#)
26. Rafaati S, Bagheri Z, Jafari P, Soltani N. Using confirmatory factor analysis (CFA) to assess structure of SF-36 (Persian version) question for normal people and patients with chronic diseases. *Medical Journal of Hormozgan University.* 2015; 9 (2): 121-128 [Persian]. [\[link\]](#)
27. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic growth Inventory; measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress.* 1996; 9: 455-491. [\[link\]](#)
28. Seyyed Mahmoudi j, Rahimi Ch, Mohammadi Jaber N. Psychometric Properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian Sample. *Journal of Psychological Models and Methods.* 2013; 3(12): 93-108. [Persian]. [\[link\]](#)
29. Kanako, K., Calhoun, L., Tedeschi, R., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. & Cann, A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping.* 2008; 20; 4: 353-367. [\[link\]](#)
30. Seikh A. Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2004; 11 (4): 265-273. [\[link\]](#)
31. Tirsch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int Journal Cog Ther;* 2010; 3: 113-123. [\[link\]](#)
32. Koltko-Rivera ME. The Psychology of Worldviews. *Review of General Psychology.* 2004; 8 (1): 3-58. [\[link\]](#)
33. Neff K D. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Sel and Identity.* 2003; 2: 223-250. [\[link\]](#).
34. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother.* 2006; 13(6): 353 - 379. [\[link\]](#)
35. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007; 92 (5): 887-904. [\[link\]](#)
36. Neff KD, McGeehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity.* 2010; 9 (3): 225-240. [\[link\]](#)

The Effectiveness of Compassion- Focused Group Therapy on Quality of Life and Change in the Goals and Priorities of Mothers of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Mojgan Navab¹, Akram Dehghani^{*2}, Mehrdad Salehi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3. Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran

Received: October 17, 2017

Accepted: March 16, 2018

Abstract

Background and Purpose: Problems with the care of a child with ADHD, puts parents at risk of psychological damage, especially for the mother. The purpose of this study was to determine the effectiveness of compassion- focused group therapy on quality of life and change in the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder.

Method: The research method was a semi-experimental design with a pre-test-post-test design with control group. The statistical population included mothers of children with ADHD, who were referred to Khorshid Hospital in the spring of 2017. 20 mothers were selected through purposeful sampling and randomly assigned into two experimental and control groups (each group was 10). For both groups, the pretest was performed. The experimental group received compassion therapy for 8 sessions of 90 minutes and one week after the intervention, both groups performed a post-test. Data were gathered using *MOS 36-item short-form health survey* (Wier and Sherbun 1992), (SF-36), and *change in the goals and priorities scale* (PTGI) (Tedschi and Kalahoun, 1996).

Results: The results of covariance analysis showed there was significant difference in quality of life and its dimension (physical function, energy/fatigue, emotional well-being, social function, pain and general health) and change in the goals and priorities of mothers of hyperactive children ($p < 0/05$). However, there was no significant difference in role disorder due to physical health and role disorder due to emotional health.

Conclusion: The compassion-focused therapy group can be used to improve the quality of life and change the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hypertensive disorders.

Keywords: Compassion-focused therapy group, quality of life, change in goals and priorities, attention deficit/ hyperactivity disorder

Citation: Navab M, Dehghani A, Salehi M. The effectiveness of compassion- focused group therapy on quality of life and change in the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(1): 127-137.

***Corresponding author:** Akram Dehghani, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Email: Dehghani2016@phu.iaun.ac.ir Tel: (+98) 031- 42292929