



Positive Psychology Research

Positive Psychology Research
E-ISSN: 2476-3705
Vol. 8, Issue 1, No.29, Spring 2022, P:93-112
Received: 03/13/2022 Accepted: 07/08/2022

Research Article

The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on the Depression, Anxiety and Stress of Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Alireza Mohammadi Sangachin Doost: M.A in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran.

ali.rmi1@yahoo.com

Abbas Ali Hosseinkhanzadeh*: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

abbaskhanzade@gmail.com

Maryam Kousha: Kavosh Cognitive Behavior Sciences and Addiction Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

maryamkousha@yahoo.com

Ashkan Naseh: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

ashkan.naseh@gmail.com

Mahboubeh Roshandel Rad: Master of Adolescent Child, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Iran.

m_r_rad20@yahoo.com

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion therapy on depression, anxiety, and stress among mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. A quasi-experimental method with a pretest-posttest-follow-up design with a control group was used. The sample consisted of 28 mothers of 5 to 11-year-olds boys and girls with attention deficit/hyperactivity disorder in Rasht in 2020-2021. They were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group participated in the compassion self-treatment training group for eight weekly sessions, and the control group received a concise summary of the treatment after the end of the study. Both groups were administered a questionnaire on depression, anxiety, and stress three times for pre-test, post-test, and follow-up. The analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. Findings showed that self-compassion treatment significantly affected depression, anxiety, and stress scores. In the post-test stage, depression, anxiety, and stress scores were significantly lower as compared to the pre-test. Moreover, this significant decrease in the follow-up was also stable. The results showed that self-compassion training could benefit mothers, significantly reducing depression, anxiety, and stress. Therefore, it can be implemented as one training compared to other training.

Keywords: Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, mothers, psychological distress, self-compassion

*. Corresponding author



Introduction

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by ADHD, Impulsivity, and Hyperactivity Disorder. The disorder has three categories: inattentive, hyperactive/impulsive, and combined. The prevalence of this disorder in the United States is about 7% and internationally reported between 2 and 21% (By Toft et al., 2017). Based on psychological theories and studies, the effects of children with ADHD on other family members, especially the mother, have been accepted (Sussman et al., 2022). Since the mother is the first caregiver of the child and the first stages of development have an undeniable effect on human personality, and because many psychological problems are rooted in this interaction, the relationship between mother and child has been of particular interest (Theule et al., 2013). Because this connection is so close and intertwined that any change in one or the other is subject to change and transformation. In this regard, the mother, who has the most contact and closeness with the child, can be more at risk of such problems (Lertxundi et al., 2022). Having a child with special needs can cause many psychological, economic, and social problems and pressures for families. If left unchecked, it can lead to high levels of psychological distress (Aszaslan & Yildirim, 2021). Studies indicate the vital role of personal characteristics and environmental and cognitive factors in the severity of depression, stress, and anxiety of parents (Beaton et al., 2020; Si et al., 2020). In this regard, Narconam et al. (2014) examined the prevalence of stress among parents of children with ADHD. According to the results of this study, 69.7% of parents reported high levels of stress and those mothers had more problems than fathers. There was also a significant relationship between the severity of the child's disorder and parental stress.

One of the positive therapies is self-compassion, which has been less addressed concerning parents of children with ADHD

(Navab et al., 2019). Self-compassion therapy is a popular, comprehensive, integrated approach to a meta-diagnostic treatment. Research on its effectiveness and acceptability has also increased over the past ten years as treatment progresses and is more effective than other individual and self-help interventions (Craig et al., 2020). Due to the importance of investigating this issue, the present study aimed to investigate self-compassion training on depression, anxiety, and stress in mothers of children with ADHD.

Method

Research method, statistical population, and sample: The present study was an applied research study that employed a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population of the study included all mothers of children with ADHD. The participants were selected from among those who were referred to the Comprehensive Rehabilitation Center for Children and Adolescents of Gil and the specialized pediatric clinic of Shafa Hospital in Rasht in 2020-2021.

Short form of Depression, Anxiety, and Stress Questionnaire: This questionnaire was prepared by Lovibond and Lovibond (1995). This scale has two forms. The main form includes 42 terms. One hundred forty-four different terms evaluate depression, anxiety, and stress. The short form contains 21 terms that measure each of the seven terms of a psychological factor or structure. Each subscale consists of 7 questions scored on a Likert scale from zero to three. In addition, the participants were asked to rate the extent to which they experienced each state in the past week using a 4-point intensity/frequency scale. The range of scores obtained for each subscale is from 0 to 21: the higher scores indicate higher psychological distress.

Results

This study examined 28 mothers of children with ADHD in two groups of 14, including self-compassion training and control. The mean age of children in the experimental group (8.14 79 1.79) years and in the control group (7.92 7 1.43) years and the age range of 5-11 years. Most mothers were between

30-39 years old, nine people (64.3%) were in the experimental group, and ten people (71.4%) were in the control group. The majority of mothers in the experimental group were 12 (85.7%) and in the control group were 10 (71.4%) without physical or psychological disorders.

Table 1. Results of analysis of variance with repeated measurement of experimental and control groups in the research stages

	Source	SS	df	MS	F	P	Eta	OP
Depression	Time	68/786	2	32/893	19/617	0/001	0/430	0/936
	Group	144/048	1	144/048	4/409	0/046	0/145	0/855
	Time * Group	69/024	2	32/512	20/583	0/001	0/442	0/912
Anxiety	Time	56/024	2	28/012	9/082	0/001	0/259	0/861
	Group	189	1	189	4/473	0/044	0/147	0/877
	Time * Group	90/929	2	45/464	14/741	0/001	0/362	0/905
Stress	Time	219/310	2	109/655	38/232	0/001	0/595	0/956
	Group	855/048	1	855/048	47/358	0/001	0/646	0/983
	Time * Group	328/881	2	164/440	57/334	0/001	0/688	0/973

The results in Table 1 show that the effect of the group on the variables of depression, anxiety, and stress is significant. Therefore, it can be said that there was a significant difference between the mean scores mentioned between the experimental and control groups. The effect of time on all variables of depression, anxiety, and stress was significant. Therefore, regardless of the group, there was a significant difference between the mean scores in the three stages. The interaction effect between time and group was also significant for all depression, anxiety, and stress variables. Therefore, it can be said that the difference in the mean scores of the variables of depression, anxiety, and stress at different times varies according to the variable levels of the group.

Conclusion

This study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion therapy on depression, anxiety, and stress in mothers of children with ADHD. The study results showed a significant difference between the experimental and control groups regarding depression, anxiety, and stress. In addition,

the findings indicate that mothers who received self-compassion training were less depressed, anxious, and stressed than mothers who did not receive training. These findings are in line with the results of Nawab et al. (2019), Anderson and Guitar (2015), Chronis et al. (2006), and Beaton et al. (2020).

Self-compassion produces inner awareness, unconditional acceptance, empathy, and constant attention to inner feelings. Therefore, it increases problem-solving ability, self-control, belief in a bright future, staying calm under pressure, flexibility in dealing with obstacles, avoiding boring strategies, and positive emotions in challenging times (Neff, 2003). Because compassion translates more negative emotions about itself into positive emotions, thereby reducing depression, anxiety, and depression in mothers of children with ADHD (Inwood & Ferrari, 2018). Research findings also confirm the relationship between self-compassion and mental health and well-being indicators, including reducing depression and anxiety and increasing self-esteem, happiness, and optimism, improving marital relationships,

and, consequently, the durability of marriages. Therefore, it is vital to address the research that examines the components that affect the positive functioning of the family (Wilson et al., 2019).

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines

The participants participated in the current research with written consent and all the rights of the participants to participate in the research have been respected.

Authors' Contributions

All authors contributed to the study. The first author participated in writing, ideation, background collection, and editing. The second author

participated in the data analysis and interpretation of the results. The third author participated in coordinating with the hospital to conduct the course and research samples. The fourth author provided recommendations in the discussion and conclusions, and the fifth author was in charge of implementing the protocol.

Conflict of Interest

Conducting this research has not resulted in any conflict of interest for the authors and its results have been reported in a completely transparent and unbiased manner.

Funding

The current research was done without any financial support from any particular organization.

Acknowledgment

The authors thank all participants in the study.

اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

علیرضا محمدی سنگاچین دوست: کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

ali.rmi1@yahoo.com

عباسعلی حسین‌خانزاده*: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

abbaskhanzade@gmail.com

مریم کوشا: مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

maryamkousha@yahoo.com

اشکان ناصح: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

ashkan.naseh@gmail.com

محبوبه روشندل راد: کارشناسی ارشد کودک نوجوان، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

m_r_rad20@yahoo.com

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بود. در این پژوهش از روش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه، همراه با دوره پیگیری استفاده شد. نمونه شامل ۲۸ مادر از مادران کودکان ۵ تا ۱۱ ساله پسر و دختر مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی شهر رشت در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به شیوه تصادفی جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی در دوره آموزشی درمانی خودشفقت‌ورزی به صورت گروهی شرکت داده شدند و گروه گواه پس از پایان مطالعه، خلاصه‌ای از درمان را به‌طور فشرده دریافت کردند. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نیز نشان دادند درمان خودشفقت‌ورزی اثر معناداری بر نمره افسردگی، اضطراب و تنیدگی دارد؛ بدین ترتیب که نمرات افسردگی، اضطراب و تنیدگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، به‌طور معناداری کاهش یافته است؛ این کاهش معنادار در دوره پیگیری نیز پایدار بود. نتایج نشان دادند آموزش خودشفقت‌ورزی نتایج بسیار مفیدی برای مادران، به‌ویژه برای کاهش افسردگی، اضطراب و تنیدگی آنها دارد و می‌تواند به‌منزله یکی از آموزش‌های برتر در مقایسه با سایر آموزش‌ها اجرا شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، پریشانی روانشناختی، شفقت به خود، مادران

مقدمه

هافمن، پزشکی آلمانی، نخستین بار در سال ۱۸۴۵ اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱ را تشخیص داد (Yadav et al., 2021). ویژگی اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی الگوی پایدار بی‌توجهی و فزون‌کنشی/تکانشگری است که با کنش‌وری یا تحول فرد تداخل ایجاد می‌کند. بی‌توجهی از نظر رفتاری به صورت منحرف شدن از تکلیف، فقدان پایداری، مشکلات در حفظ تمرکز و سازمان نیافته بودن ظهور می‌کند (Sethi et al., 2012). فزون‌کنشی با فعالیت‌های حرکتی شدید در زمان نامناسب، یا وول‌خوردن افراطی، ضربه‌زدن یا پرحرفی نشان داده می‌شود. تکانشگری نیز به فعالیت‌های عجولانه اشاره دارد که فوراً بدون آینده‌نگری رخ می‌دهد (مانند پرتاب دارت در خیابان بدون توجه) و ممکن است در تمایل فرد برای دریافت پاداش فوری یا عدم دریافت در لذت‌جویی درنگیده‌آمنعکس شود. رفتارهای تکانشی ممکن است به صورت مزاحمت‌های اجتماعی (قطع کردن حرف دیگران به صورت افراطی یا تصمیم‌گیری‌های مهم بدون در نظر گرفتن عواقب و نتایج بلندمدت مانند انتخاب شغل بدون کسب اطلاعات کافی) نمود پیدا کند (Hoogman et al., 2022).

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با سه ویژگی نارسایی توجه، تکانشگری و فزون‌کنشی توصیف می‌شود که این علائم باید دست‌کم ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحولی کودک تطابق نداشته و پیش از ۱۲ سالگی ظاهر شده باشد (American Psychiatric Association, 2013). برای این اختلال سه طبقه شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانشگر و نوع ترکیبی در نظر گرفته شده است. شیوع این اختلال در ایالات

متحده آمریکا حدود ۷ درصد، در سطح بین‌المللی بین ۲ تا ۲۱ درصد گزارش شده است (By toft et al., 2017). نتایج مطالعه سعدالهی و همکاران (۱۳۹۸) در داخل ایران نیز نشان دادند ۴۴/۵ درصد از کودکان پایه اول تا سوم درجه‌ای از اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشتند که در ۱۰/۹ درصد موارد شدید (نمره ۶۰ یا بیشتر) بوده است. ۱۳ درصد پسران و ۸/۶ درصد دختران اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شدید داشتند که تفاوت معنی‌دار بود. کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نسبت به سایر کودکان مشکلات عاطفی، اجتماعی و رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند (Barkley, 2013) و علائمی نشان می‌دهند که آشکارا بیان‌کننده بی‌توجهی، حواس‌پرتی، پرحرفی، عمل بدون تفکر و بی‌نظمی است که این مجموعه رفتارهای سازش‌نیافته در نهایت، به مشکلات آموزشی، مهارت‌های ضعیف اجتماعی و بحران‌های خانوادگی منجر می‌شود (Aduen et al., 2018; Dekkers et al., 2022).

براساس نظریه‌های روان‌شناختی و مطالعات صورت گرفته نیز اثرات کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر دیگر افراد خانواده، به‌ویژه مادر ثابت شده است (Sussman et al., 2022). با توجه به اینکه مادر اولین مراقب کودک است و نخستین مراحل تحول، تأثیری انکارناپذیر بر شخصیت انسان دارد و همچنین، به دلیل اینکه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، ارتباط بین مادر و فرزند به‌نحو ویژه‌ای شایان توجه بوده است (Theule et al., 2013)؛ زیرا این پیوند چنان نزدیکی و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی، دیگری را هم دستخوش تغییر و تحولات می‌کند. در این بین، مادر به‌عنوان فردی که

². Delay gratification

^۱ Attention deficit/Hyperactivity disorder (ADHD)

دارای بیشترین ارتباط و نزدیکی با کودک است، بیشتر در معرض خطر چنین مشکلاتی است (Lertxundi et al., 2017; Chacko et al., 2022). به‌طور کلی تولد کودک با اختلالات سازش‌یافتگی در همه خانواده‌ها می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع تنش شود و در چنین موقعیتی اگرچه همه افراد خانواده و کارکردشان آسیب می‌بینند، مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مبتلا به اختلال، به‌طور ویژه، مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (Fossati et al., 2020). در این زمینه، کاپی و همکاران (2017) در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی، ویژگی‌های روانی و سازگاری در والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. نتایج به‌دست آمده نشان دادند به‌صورت کلی والدین از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند؛ اما عواملی مانند سازگاری با شرایط، درک موقعیت چالش‌آور و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار توانست موجب ارتقای سلامت روانی والدین شود. والدین معمولاً به دلیل چالش‌های تربیت‌کودکی با نیازهای ویژه، فشار روانی متوسط تا شدیدی را تجربه می‌کنند. تحقیقات قبلی ثابت کرده است که تنیدگی بیش از حد والدین بر سلامت والدین و کودک تأثیر منفی می‌گذارد (Shaffer et al., 2020).

داشتن فرزند با نیاز ویژه ممکن است مشکلات و فشارهای روانی، اقتصادی و اجتماعی زیادی را برای خانواده‌ها به همراه داشته باشد و در صورت بی‌توجهی به سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی منجر می‌شود (Chronis et al., 2007; Özaslan & Yıldırım., 2021). بررسی‌های صورت‌گرفته حاکی از نقش مهم ویژگی‌های فردی، عوامل محیطی و شناختی در شدت افسردگی، تنیدگی و اضطراب والدین دارد (Beaton

et al., 2020; Si et al., 2020). در این زمینه، نارکونام و همکاران (2014) در مطالعه‌ای به بررسی شیوع تنیدگی در میان والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. طبق نتایج این پژوهش ۶۹/۷ درصد از والدین در جات بالایی از تنیدگی را گزارش کردند که مادران در مقایسه با پدران از مشکلات بیشتری برخوردار بودند. همچنین، ارتباط معناداری بین شدت اختلال کودک و تنیدگی والدین وجود داشت. در پژوهشی دیگر، ستهی و همکاران (2012) به بررسی میزان تنیدگی در والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. در این پژوهش، ۵۰ مادر دارای کودک بهنجار و ۵۰ مادر دارای کودک مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی حضور داشتند. بررسی‌های صورت‌گرفته حاکی از شیوع بالای تنیدگی در والدین دارای کودک مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشت. پیمنتل و همکاران (2011) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سبک والدگری، تنیدگی و رفتار کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. بررسی‌های صورت‌گرفته حاکی از سطوح بالای تنیدگی در والدین کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشت. همچنین، میزان شدت اختلال کودک ارتباط مستقیمی با سبک‌های والدگری خانواده داشت که حاکی از نقش چشمگیر والدین دارد. چرونیس و همکاران (2007) در پژوهشی به بررسی نقش افسردگی والدین در شدت اختلال کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. بررسی‌های انجام شده بر ۱۰۸ کودک و والد نشان دادند افسردگی والدین به‌خصوص مادر نقش مهمی در شدت اختلالات رفتاری کودک دارد. درمقابل، والدینی که از سبک‌های والدگری مقتدرانه و

1. Psychological distress

ناکارآمدی والدین داشت. یکی دیگر از درمان‌های مثبت‌نگر، خودشفقت‌ورزی^۳ است که در رابطه با والدین کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمتر به آن پرداخته شده است (Navab et al., 2019). درمان متمرکز بر شفقت^۳ (CFT) یک روش درمانی بسیار محبوب است؛ رویکردی جامع و یکپارچه برای یک درمان فراتشخیصی. تحقیقات درباره اثربخشی و مقبولیت آن نیز در طی ۱۰ سال گذشته با پیشرفت درمان افزایش یافته است و نسبت به سایر مداخلات فردی و خودیاری نیز اثربخشی بیشتری دارد (Chronis et al., 2006; Craig et al., 2020).

سازه یا مفهوم خودشفقت‌ورزی، یکی از مهم‌ترین مفاهیم بوده که در روانشناسی به‌صورتی ناشناخته باقی مانده است؛ ولی با خودانگاره و خودنگری در ارتباط است (Gilbert, 2014). خودشفقت‌ورزی یک شکل سالم خودپذیری است که بیان‌کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی پیرامون است (Lifford et al., 2008; Neff, 2003). خودشفقت‌ورزی با احساس دوست‌داشتن خود و تشویق و مراقبت درباره دیگران در ارتباط است؛ اما هرگز خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران معنا نمی‌شود (Lifford et al., 2009; Neff, 2011). براساس پژوهش‌های انجام‌شده افرادی که خودشفقت‌ورزی بالایی دارند، سلامت روانشناختی بالاتری نسبت به افراد دارای خودشفقت‌ورزی پایین دارند (Wilson et al., 2019). در زمینه نارسایی توجه/فزون‌کنشی بیتون و همکاران (2020) در پژوهشی شفقت به خود و انتقاد ادراک‌شده را در بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بررسی کردند. در این مطالعه، ۴۶ درصد از افراد دارای نارسایی

رفتارهای مثبت استفاده می‌کنند، در بلندمدت شاهد بهبود رفتار کودک خود هستند. سی و همکاران (2020) در پژوهشی عوامل مؤثر بر تنیدگی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را بررسی کردند. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از شیوع بالای تنیدگی در میان والدین داشت. بر اساس این، عواملی مانند میزان درآمد، سن، سطح تحصیلات، جنسیت و شدت اختلال کودک با سطح تنیدگی والدین ارتباط معناداری نشان داد.

در رابطه با والدین دارای کودکان با نیازهای ویژه مداخلات گوناگونی انجام شده است (López-Pinar et al., 2018; Zhang et al., 2021). در این راستا، شاتا و همکاران (2014) در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. بررسی‌های انجام‌شده حاکی از پایین بودن سلامت روان در والدین داشت. براساس نتایج پس‌آزمون مشخص شد مداخلات روانشناختی موجب کاهش پریشانی روانشناختی و مشکلات رفتاری والدین دارای کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر، چرونیس و همکاران (2006) به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. بررسی‌های انجام‌شده حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی والدین داشت. اندرسون و گیوتری (2015) در پژوهشی به بررسی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات روانشناختی والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از کاهش پریشانی روانشناختی، مشکلات والد - فرزندی و احساس

³. Compassion Focused Therapy

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Self-Compassion

در مجموع، براساس مطالعات پیشین و ضرورت به‌کارگیری روش آموزشی درمانی شفقت به خود و همچنین، نقش و کارایی این روش آموزشی در جامعه و خانواده‌های کودک‌کان با اختلال با هدف کاهش مشکلات پیچیده آنها و سردرگمی‌های ناشی از به‌کارگیری روش‌های مختلف درمانی، معایب و عوارض احتمالی موجود، توجه اساسی به این حیطة و استفاده از آن در بخش‌های مختلف آموزش و درمان، بیش از پیش ضرورت دارد (Biber & Ellis, 2019). در حال حاضر نیز در واقع آموزش خود شفقت‌ورزی به مادران می‌تواند سبب نگرستن به جنبه‌های مثبت قضایا و مشکلات بین‌فردی، ارتباطات صمیمی بیشتری با کودک، اعضای خانواده و سایر افراد شود (Pullmer et al., 2019; Webster-Stratton et al., 2013). تمامی عوامل مطرح‌شده و نتایج مثبت حاصل از آموزش خودشفقت‌ورزی و نیز با توجه به اینکه در گذشته تمرکز پژوهش‌ها درباره رابطه والد - کودک (حسینی مهر و همکاران، 1400)، بیشتر تحت تأثیر اثرات روانشناختی بود که والدین بر کودک خود داشتند، نه اثراتی که کودک‌کان بر والدین خود می‌گذارند (Evans et al., 2018) و ضمن آنکه طبق نظر بارکلی (2020)، خط مقدم درمان این کودک‌کان، آموزش والدین آنها به‌ویژه مادران است، پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش خودشفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودک‌کان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و از نظر روش پژوهش نیز یک مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه، همراه با دوره پیگیری است. جامعه آماری

توجه/فزون‌کنشی بودند. طبق نتایج به‌دست‌آمده افراد دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با افراد بهنجار از خودشفقت‌ورزی کمتری برخوردار بودند. همچنین، این افراد نمرات بالایی در انتقاد ادراک‌شده کسب کردند که حاکی از شرایط خانوادگی و اجتماعی بد آنها دارد. افزون بر آن، در درمان خودشفقت‌ورزی اشخاص یاد می‌گیرند از احساسات دردناک خود دوری نجویند و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین، می‌توانند در قدم نخست، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت به خود داشته باشند (Riany & Ihsana, 2021). در تمرین‌های مبتنی بر شفقت بر ذهن آرامی، تن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش فراوانی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (Gilbert, 2010). از نتایج این نوع درمان، اهمیت دادن به بهزیستی، درک و همدلی کردن، همدردی، قضاوت نکردن، مقصرنشمردن دیگران، تحمل یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن مشفقانه است (Inwood & Ferrari, 2018). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهند خودشفقت‌ورزی بالا با مهارت‌های مقابله‌ای مثبت (شیخی گراکویی و همکاران، 1400) و راهبردهای سازش‌نا یافته کمتر، سلامت روانشناختی و جسمانی بیشتر و تنیدگی روانشناختی کمتر مرتبط است (Matos et al., 2022). در این زمینه، نواب و همکاران (2019) در پژوهشی به بررسی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر علائم روانشناختی مادران کودک‌کان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. نتایج پس‌آزمون نشان دادند مادران دریافت‌کننده مداخلات درمانی شفقت به خود، در مقایسه با گروه گواه از افسردگی، اضطراب و تنیدگی کمتری برخوردار بودند.

پژوهش شامل کلیه مادران بدون علائم بالینی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند که در سال ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ به مرکز جامع توانبخشی کودکان و نوجوانان گیل و درمانگاه تخصصی اطفال بیمارستان شفا در شهر رشت مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۸ نفر از جامعه آماری مذکور در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال بودند که به دلیل شرایط حاکم بر جامعه، به‌ویژه شیوع کووید-۱۹، ترس و دیگر مسائل مربوط به شرکت و حضور در جلسات، به روش دردسترس و برحسب شرایط ورود و خروج، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفره آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. ملاک تعیین حجم نمونه نیز برحسب نظر بیشتر صاحب‌نظران، حجم نمونه، دست کم ۱۲ تا ۱۵ نفر برای هر گروه در پژوهش‌های شبه‌تجربی کافی و توصیه می‌شود. مادران در این پژوهش، در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند و دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند. همچنین، کودکان نیز در دامنه سنی ۵ تا ۱۱ سال بودند که روانپزشک اطفال، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را در آنها تشخیص داد و از طریق آزمون تشخیصی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ارزیابی شدند و تشخیص نهایی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. ملاک‌های ورود به پژوهش برای مادران: پریشانی روانشناختی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال، داشتن دست کم سواد خواندن و نوشتن و همچنین، علاقمند و همراه با موافقت کتبی برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های ورود به پژوهش برای کودکان: در دامنه سنی ۵ تا ۱۱ سال، بهره‌هو شی بهنجار، تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توسط روانپزشک اطفال و آزمون تشخیصی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر مبنای ویرایش پنجم راهنمای

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و مصرف داروهای روانپزشکی مهارکننده اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. ملاک‌های خروج نیز در مادران، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روانپزشکی، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه؛ در کودکان نیز داشتن سایر اختلالات همبود. ابزار سنجش: فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی^۱: لایویوند این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۵ تهیه کرد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم اصلی ۴۲ عبارت دارد که هریک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را با ۱۴ عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند. در مطالعه حاضر، از فرم کوتاه پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت استفاده شد. هر زیرمقیاس ۷ سؤال را شامل می‌شود که به صورت لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا با استفاده از یک مقیاس شدت/فراوانی ۴ نقطه‌ای به درجه‌بندی میزانی پردازند که هر حالت را در هفته گذشته تجربه کرده‌اند. دامنه نمرات به‌دست‌آمده برای هر خرده‌مقیاس از ۰ تا ۲۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر فرد است. بشارت (۱۳۸۴) فرم کوتاه ۲۱ عبارتی را برای جمعیت ایرانی اعتباریابی کرده است. بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را درباره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی برای افسردگی ۰/۸۵، اضطراب ۰/۸۹ و برای تنیدگی و کل ۰/۹۱ گزارش کرده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب، تنیدگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: برای گردآوری داده‌ها پس از اخذ معرفی‌نامه و مجوزهای لازم، با همکاری اساتید

¹ Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)

آموزش دیده و همچنین، معجزی طرح بعد از سپری کردن دوره‌های مختلف و کسب تجارب لازم به‌عنوان کمک‌درمانگر، در طی ۸ جلسه، به مدت ۴ هفته و هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد؛ ولی گروه گواه آموزشی را در این حوزه دریافت نکرد؛ بلکه در طی این مدت، جلساتی برای افراد علاقه‌مند به‌صورت انفرادی درخصوص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، برگزار و به سؤالات متفرقه مادران پاسخ داده شد و در آخر نیز پس از پایان آموزش، از هر دو گروه آزمایش و گواه، مجدد پس‌آزمون گرفته شد و از افراد گروه گواه خواسته شد در صورت تمایل جلساتی برای آنها برگزار شود و پکیج آموزشی نیز برای تعدادی از افراد علاقه‌مند، ارائه و شماره تلفن اینجانب برای پاسخگویی به هرگونه پرسش و ابهام در اختیار آنها قرار داده شد. پس از گذشت ۶ ماه نیز دوره پیگیری اجرا شد و سپس نتایج با هم مقایسه شدند. در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن، با استفاده از نرم‌افزار SPSS_۲۶ استفاده شد.

بسته مداخله‌ای: نخستین بار گیلبرت نظریه مبتنی بر شفقت به خود را مطرح و به استفاده از سازه شفقت در جلسات درمانی اقدام کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در بهبودنیافتن هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی - رفتاری ریشه دارد. آموزش خودشفقت‌ورزی: یکی از روش‌های روان‌درمانی است که در آن همدلی، همدردی و شفقت به خود، پذیرش و تحمل مسائل، مسئولیت‌پذیری و احساس ارزشمند بودن آزموده می‌شود (Gilbert, 2014). آموزش خودشفقت‌ورزی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایش آموزش داده شد. هدف آموزش، یادگیری مهارت‌هایی برای پرورش دادن

محترم حاضر در این پژوهش و با هماهنگی با مرکز جامع توانبخشی کودکان و نوجوانان گیل شهر رشت، نویسندگان تصمیم گرفتند تا جلسات آموزشی، روند کار و کلیه مراحل کار این پژوهش را با توجه به شرایط بحرانی حاصل از کرونا، در بیمارستان شفا، در سالن اجتماعات (آمفی تئاتر) این بیمارستان با رعایت کلیه پروتکل‌های بهداشتی اعم از ارائه ماسک و دستکش و نیز با پذیرایی در تمام جلسات و ارائه پکیج آموزشی برای هر دو گروه و یک هدیه آموزشی برای گروه آزمایش برگزار نمایند کنند. در این راستا از مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌عنوان نمونه پژوهش، بعد از آشنایی و برقراری ارتباط، ارائه توضیحات و راهنمایی‌های لازم به آنها درخصوص آموزش شفقت به خود، ضرورت و اهمیت، فواید و چگونگی انجام کار و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، از مادرانی مایل و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش (از طریق فرم رضایت آگاهانه)، ۲۸ نفر با برآورد ملاک‌های ورود، انتخاب و به صورت تصادفی (با استفاده از روش قرعه‌کشی توسط فردی غیر از پژوهشگر) در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و گواه (۱۴ نفر) جایگزین شدند (شایان ذکر است ابتدا حجم نمونه‌ای به تعداد ۴۰ نفر برگزیده شده بودند؛ اما با توجه به آگاه‌بودن از مسئله ریزش نمونه در پژوهش‌های تجربی که در طی مقدمات اولیه برگزاری نخستین جلسه آموزشی، با تعطیلی دو هفته‌ای ستاد مبارزه با کرونا و ویروس ۲۰۱۹ بسیاری از افراد از شرکت در این جلسات انصراف دادند؛ به همین دلیل نیز نویسندگان به ناچار ناگزیر به نمونه‌گیری مجدد برای از بین بردن اثر ریزش شدند). سپس مرحله پیش‌آزمون به‌صورت ارائه پرسشنامه‌های پیشانی روانشناختی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و پس از تکمیل آن توسط مادران، به گروه آزمایش، آموزش شفقت به خود توسط یک روانشناس متخصص و

سیستم مراقبت‌گری (خودشفقت‌ورزی)، تمرین فعال‌سازی این سیستم و کاستن رنج و درنهایت، کاهش افسردگی، تنیدگی و اضطراب بود 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.

شرح جلسات مداخله برگرفته از کتاب *درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (2010)* به‌طور خلاصه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود. جلسات آموزشی شفقت به خود در هشت جلسه برگزار شد که در آن به ترتیب جلسات اصول مهربانی و شفقت با خود برای افراد اجرا شد تا دیدگاه بهتری نسبت به خود و جهان داشته باشند.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی شفقت به خود برگرفته از کتاب *درمان متمرکز شفقت به خود گیلبرت (2010)*

Table 1. Summary of Self-Compassion Training Sessions from Gilbert (2010) Handbook of Concentrated Self-Compassion Therapy

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه درمانی، اجرای پیش‌آزمون، ارائه توضیحاتی درباره تغییرهای پژوهش، گفت‌وگو درباره هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان خودشفقت‌ورزی.
جلسه دوم	مفهوم‌سازی فهم مشفقانه و شرم‌زدایی: آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود، معرفی و آموزش مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان، معرفی مبانی فلسفی درمان خودشفقت‌ورزی به خود شامل: ذهن تکامل‌یافته، ذهن غم‌انگیز و ذهن اجتماعی، معرفی مدل تکاملی کارکردی هیجانات، آموزش استعاره اسهال و استفراغ و آموزش استعاره باغ، آموزش ریتم تنفسی تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
جلسه سوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آموزش شفقت به خود و معرفی مؤلفه‌ها و خصوصیات آن همچون: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و توجه آگاهی، آشنایی با خصوصیات افراد مشفق شامل: قدرت یا شجاعت، خردمندی، ملایمت و عدم قضاوت‌گری
جلسه چهارم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی آگاهی مشفقانه، آماده‌سازی و آموزش ذهن فرد از طریق تکنیک‌های توجه آگاهی، برقراری رابطه‌ای حاکی از پذیرش و عاری از قضاوت افکار و احساسات و رفتار، آموزش تمرکز بر تنفس، معرفی و آموزش برخی تمرینات غیررسمی و همچنین، معرفی و آموزش تمرینات رسمی توجه آگاهی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، مفهوم‌سازی شرم و خودانتقادی، شامل: اشکال خودانتقادگری، کارکردهای خودانتقادگری، ارائه تمرین با یک دوست چگونه رفتار می‌کنید؟ آموزش استعاره ببر خوابیده، آموزش ایجاد هویت خود مشفق، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه ششم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش منطق تکنیک تصویرسازی مشفقانه، آموزش تصویرسازی خود مشفق: همراه با ارائه مثال تمرین یادگیری بازیگری، آموزش شفقت به خود زیر لحاف، آموزش تکنیک ایجاد یک مکان امن، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هفتم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، آموزش تکنیک نوشتن نامه مشفقانه به خود، آموزش پذیرش بی‌قید و شرط خود، آموزش به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان، ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته، برای کمک به آزمودنی تا بتواند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کند، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و درنهایت، جمع‌بندی و اجرای پس از آزمون.

در این پژوهش، ۲۸ نفر از مادران دارای کودک کان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دو گروه

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و تنیدگی به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات در گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نسبت به گروه آزمایش نشان نمی‌دهد؛ ولی در گروه آزمایش، کاهش نمرات در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود.

۱۴ نفری شامل آموزش شفقت به خود و کنترل بررسی شدند. میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش (۱/۷۹ ± ۸/۱۴) سال و در گروه کنترل (۱/۴۳ ± ۷/۹۲) سال و در دامنه سنی ۵-۱۱ سالگی قرار داشتند. بیشتر مادران از نظر وضعیت سنی، ۹ نفر (۳/۶۴ درصد) در گروه آزمایش و ۱۰ نفر (۴/۷۱ درصد) در گروه کنترل بین طیف سنی ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند. بیشتر مادران در گروه آزمایش ۱۲ نفر (۷/۸۵ درصد) و در گروه کنترل ۱۰ نفر (۴/۷۱ درصد) بدون اختلالات جسمانی یا روانشناختی بودند. در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش (تعداد: ۲۸)

Table 2. Descriptive indicators of the scores of the subjects of the two groups in the research variables (N: 28)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری				
		میانگین	انحراف	آماره	P	میانگین	انحراف	آماره	P	میانگین	انحراف	آماره
		معیار			معیار			معیار				
افسردگی آموزش	۱۰/۱۴	۳/۸۹	۰/۹۶۳	۰/۷۳۶	۶/۴۲	۴/۱۴	۰/۹۵۴	۰/۵۸۷	۶/۲۸	۳/۹۵	۰/۹۷۰	۰/۸۵۳
کنترل	۱۰/۲۱	۲/۸۳	۰/۹۶۵	۰/۷۸۴	۱۰/۰۷	۲/۹۲	۰/۸۹۴	۰/۰۷۶	۱۰/۴۲	۲/۷۳	۰/۹۲۲	۰/۲۱۰
اضطراب آموزش	۸/۶۴	۵/۶۲	۰/۹۶۵	۰/۷۷۱	۴/۸۵	۳/۰۸	۰/۹۱۳	۰/۱۵۲	۴/۵۷	۲/۸۴	۰/۹۵۰	۰/۷۱۷
کنترل	۸/۷۱	۴/۷۱	۰/۸۸۸	۰/۰۶۳	۹/۰۷	۳/۶۸	۰/۹۲۶	۰/۲۳۸	۹/۲۸	۳/۴۲	۰/۹۴۲	۰/۴۰۹
تنیدگی آموزش	۱۲/۹۲	۳/۵۱	۰/۹۳۶	۰/۳۴۰	۵/۰۷	۳/۳۱	۰/۹۲۷	۰/۲۴۷	۵/۵۷	۲/۳۱	۰/۹۱۹	۰/۱۸۷
کنترل	۱۳/۷۱	۲/۴۳	۰/۹۳۶	۰/۳۳۴	۱۴/۳۵	۲/۷۳	۰/۹۱۸	۰/۱۷۸	۱۴/۶۴	۲/۳۴	۰/۹۶۵	۰/۷۷۱

* $P < 0.01$ ** $P < 0.05$

نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه کنترل و آزمایش نشان دادند ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=1/556$, $P=0/011$) که نتایج حاکی از تأیید این پیش‌فرض در سطح ۰/۰۱ بود. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیر وابسته نشان دادند واریانس افسردگی ($F=3/881$, $P=0/060$)، اضطراب ($F=1/333$, $P=0/259$) و تنیدگی ($F=1/776$, $P=0/194$) در گروه‌ها برابر است. همچنین، به منظور بررسی پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها با کواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد، به طور

به منظور بررسی اثربخشی آموزش شفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام این آزمون، بررسی چند مفروضه آماری الزامی است. قبل از اجرای آزمون استنباطی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو و ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نرمال گروه نمونه با توزیع نرمال در جامعه برابر صفر است. نتایج این آزمون نشان دادند تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند (گروه آزمایش: افسردگی: ۰/۸۵۳، اضطراب: ۰/۷۱۷، تنیدگی: ۰/۱۸۷؛ گروه کنترل: افسردگی: ۰/۲۱۰، اضطراب: ۰/۴۰۹ و تنیدگی: ۰/۷۷۱).

معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت تأیید نشدن از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس - گیزر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. در این پژوهش، نتایج آزمون ماچلی برای همه متغیرهای

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گروههای آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش
Table 3. Results of analysis of variance with repeated measurement of experimental and control groups in the research stages

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	مراحل پژوهش (زمان)	۶۵/۷۸۶	۲	۳۲/۸۹۳	۱۹/۶۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰	۰/۹۳۶
	گروه	۱۴۴/۰۴۸	۱	۱۴۴/۰۴۸	۴/۴۰۹	۰/۰۴۶	۰/۱۴۵	۰/۸۵۵
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۶۹/۰۲۴	۲	۳۴/۵۱۲	۲۰/۵۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۲	۰/۹۱۲
	مراحل پژوهش (زمان)	۵۶/۰۲۴	۲	۲۸/۰۱۲	۹/۰۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۹	۰/۸۶۱
اضطراب	گروه	۱۸۹	۱	۱۸۹	۴/۴۷۳	۰/۰۴۴	۰/۱۴۷	۰/۸۷۷
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۹۰/۹۲۹	۲	۴۵/۴۶۴	۱۴/۷۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۲	۰/۹۰۵
	مراحل پژوهش (زمان)	۲۱۹/۳۱۰	۲	۱۰۹/۶۵۵	۳۸/۲۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۰/۹۵۶
	گروه	۸۵۵/۰۴۸	۱	۸۵۵/۰۴۸	۴۷/۳۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۰/۹۸۳
تندگی	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۳۲۸/۸۸۱	۲	۱۶۴/۴۴۰	۵۷/۳۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۹۷۳

میانگین نمرات در سه مرحله بیان شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، اثر تعاملی بین زمان و گروه برای تمامی متغیرهای افسردگی، اضطراب و تندگی معنادار است؛ بنابراین، تفاوت میانگین نمرات متغیرهای افسردگی، اضطراب و تندگی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه، متفاوت است. با توجه به معنادار بودن اثر تعاملی، اثر بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی در متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون مقایسات زوجی بونفرونی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده‌اند.

برای مقایسه تغییرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تغییرات درون گروهی و بین گروهی آزمودنی‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده‌اند. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند تأثیر گروه بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و تندگی معنادار است؛ بنابراین، بین میانگین نمرات ذکر شده بین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان بر تمامی متغیرهای افسردگی، اضطراب و تندگی معنادار است؛ بنابراین، صرف نظر از گروه، بین

جدول ۴. آزمون تعدیل بونفرونی برای هم‌سنجی نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش
Table 4. Bonferroni adjustment test for matching the scores of research variables in three stages in the experimental group

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	۳/۷۱۴	۰/۵۷۱	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۳/۸۵۷	۰/۵۹۸	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۱۴۳	۰/۱۸۸	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۳/۷۸۶	۰/۷۸۷	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۴/۰۷۱	۰/۸۲۹	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۸۶	۰/۱۲۰	۰/۰۷۴

	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۸۵۷	۰/۷۳۲	< ۰/۰۰۱
تنیدگی	پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۳۵۷	۰/۶۴۲	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۰۰	۰/۵۳۰	۱

*P<۰/۰۰۱

نتایج نشان دادند بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵) و این به معنای پایداری و اثربخشی مداخله انجام‌شده در دوره پیگیری است.

al., 2008). همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهند شفقت به خود یک ویژگی بسیار مهم در مدیریت تنیدگی و مسائل مرتبط با رفتارهایی است که می‌تواند در بیماری‌های حاد حائز اهمیت باشد (Anderson & Guthery, 2015). مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات عصبی-تحوالی اغلب دارای عذاب وجدان‌اند، خود را در اینکه فرزند آنها دچار اختلال شده مقصر می‌دانند و دارای سرزنش بالایی نسبت به خود هستند. شدت این سرزنش به‌نوبه خود می‌تواند زمینه‌ای برای ابتلا به تنش روانی، تنیدگی و افسردگی در آنان شود که این اختلالات به‌نوبه خود نیز افزایش آسیب‌پذیری و کاهش تاب‌آوری را به همراه خواهد داشت (Navab et al., 2019)؛ بنابراین، ضرورت دارد پیش از هر موضوع دیگری به آموزش و بازآموزی این مادران پرداخته شود و نقش‌ها، مسائل و مشکلات آنها شایان توجه قرار گیرد (Beaton et al., 2020).

شناخت شیوه روبه‌رو شدن والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با موقعیت‌های سخت ناشی از بیماری کودکشان، زمینه را برای تصمیم‌گیری در باره چگونگی آماده‌سازی و ارائه خدمات حرفه‌ای به آنها فراهم می‌کند. پس در تمام جوامع فقط وجود کانون‌های حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای کودکان کافی نیست؛ بلکه خانواده‌های آنها و به‌ویژه مادران نیز نیازمند توجه، کمک و مشاوره و آموزش‌اند. در واقع مشکل مادر، به تمامی اعضای خانواده تعمیم داده می‌شود و این به دلیل موقعیت خاص او در چارچوب خانواده است. پرواضح است که وجود مادری قوی، آرام و اطمینان‌بخش، به دور از نگرانی و اضطراب‌های پی‌درپی، تکیه‌گاهی امن برای سایر

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ میزان افسردگی، اضطراب و تنیدگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. طبق یافته‌های به‌دست آمده مشخص شد مادران تحت آموزش خودشفقت‌ورزی در مقایسه با مادرانی که آموزشی دریافت نکردند، از افسردگی، اضطراب و تنیدگی کمتری برخوردار بودند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نواب و همکاران (2019)، اندرسون و گیوتری (2015)، چرونیس و همکاران (2006) و بیتون و همکاران (2020) همسو بود.

با توجه به اینکه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از مسائل روانشناختی بسیار رایج کودکان است که بر کارکردهای روانی و اجتماعی اعضای خانواده به‌ویژه مادر تأثیرگذار است، می‌تواند او را در معرض تنیدگی بیشتری در مقایسه با سایر اعضای خانواده قرار دهد. نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار، پریشانی روانشناختی بیشتری را در زندگی خود تجربه می‌کنند (Lifford et

این امر به این معنا است که فرد با ملایمت، خود را برای تغییرات زندگی، ترغیب و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند؛ بنابراین، شفقت به خود می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب نادیده گرفته نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به‌صورتی مهربانانه پذیرفته شوند؛ بنابراین، با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (Chronis et al., 2006).

به عبارتی دیگر، شفقت به خود از روش افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مداوم بر احساسات درونی موجب افزایش توانایی حل مسئله، خودگردانی و باور به آینده‌ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در رویارویی با موانع، اجتناب از استراتژی‌های خسته‌کننده و احساسات مثبت به‌هنگام دشواری‌ها می‌شود (Neff, 2003)؛ زیرا شفقت به خود هیجان‌های منفی‌تر درباره خود را به هیجان‌های مثبت تبدیل می‌کند و از این طریق موجب کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود (Inwood & Ferrari, 2018). یافته‌های پژوهشی نیز رابطه شفقت به خود را با شاخص‌های سلامت و بهزیستی روانی شامل کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش حرمت خود، شادمانی ذهنی و خوش‌بینی، بهبود روابط زناشویی و در نتیجه، دوام ازدواج‌ها را تأیید می‌کند؛ بنابراین، پرداختن به پژوهش‌های بررسی‌کننده مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کارکرد مثبت خانواده حائز اهمیت است (Wilson et al., 2019). همچنین، این درمان می‌تواند به‌عنوان روشی جدید در کاهش افسردگی، اضطراب، تنیدگی برای روانشناسان، روان‌درمانگران، خانواده‌درمانگران، زوج‌درمانگران، روی‌آورد‌های درمانی معطوف به آموزش

اعضای خانواده خواهد بود (Lifford et al., 2009). یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی‌ها است؛ اما متأسفانه به‌وفور دیده شده است امنیت و آرامشی که درمانجویان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به دست می‌آورند، پس از اتمام جلسه یا مدتی بعد از بین می‌رود و فرد دوباره احساس تنش می‌کند (Webster-Stratton et al., 2013)؛ در حالی که آموزش شفقت به خود همان چیزی است که به افراد کمک می‌کند در خارج از جلسات درمانی نیز ویژگی‌هایی مانند مهربانی، ارتباط و آرامش را به درون خود تلقین کنند و در راستای کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت روان خود از طریق بروز رفتارهای سازش یافته در جهت حل مشکلات گام بردارند (Neff, 2011).

با آموزش تمرین‌های خاص شفقت به خود می‌توان به مادران کمک کرد تا از قضاوت سرسختانه درباره خود و دیگران فاصله بگیرند و به یک بهزیستی روانی مطلوب دست یابند که به تبع آن، افزایش تاب‌آوری نیز مشاهده می‌شود. شفقت به خود مهربانی به خود، تجربه‌پذیری و تحت تأثیر رنج دیگران قرار گرفتن است (Gilbert, 2014). شفقت به خود یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است؛ چون با این رویکرد آنها یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار باشند و با مسائل و مشکلات با نگرش بدون قضاوت روبه‌رو شوند و همین مسئله باعث بهبود سلامت روانشناختی در آنها خواهد شد. درواقع، داشتن احساس شفقت به خود، یعنی اینکه فرد به جای نادیده‌انگاشتن نواقص خود، آنها را به‌وضوح مشاهده کند و با آنها کنار بیاید (Gilbert, 2014; Neff, 2010). علاوه بر این، فردی که به‌درستی به خود نگرش مشفقانه دارد، از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است.

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از افراد نمونه، مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی که حضور مشتاقانه‌ای در این جلسات آموزشی درمانی داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

منابع

بشارت، م.ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

حسینی‌مهر، ن؛ خضری‌مقدم، ن؛ پوراحسان، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۷(۲)، ۴۸-۳۳.

سعدالهی، ع؛ قربانی، ر؛ بختیاری، ج؛ سلمانی، م، خادمی، آ؛ محمدی، ن و نحفی‌نژاد، م. (۱۳۹۸). شیوع اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دانش‌آموزان پایه اول تا سوم مدارس ابتدایی شهر سمنان. کومش، ۲۱(۲)، ۲۹۷-۲۹۲.

شیخی‌گراکویی، ص؛ ابوالقاسمی، ع؛ خسروجاوید، م. (۱۴۰۰). مقایسه حس انسجام، شفقت به خود و هوش شخصی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال انفجاری متناوب. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۷(۳)، ۶۴-۵۱.

References

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

والدین و حتی مراکز آموزش درمانی کودکان نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده شود. همچنین، دیگر درمان مبتنی بر شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل با درمان‌های روانشناختی استفاده شود (Biber & Ellis, 2019).

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در زمینه افسردگی، اضطراب و تنیدگی دچار نارسایی‌هایی هستند. همچنین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش که حاکی از اثرات مثبت درمان خودشفقت‌ورزی بر این گروه از مادران است، می‌توان از این روش برای کاهش سطح افسردگی، اضطراب و تنیدگی این گروه از مادران استفاده کرد. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی است که برخی از این محدودیت‌ها به علت حوزه انسانی بودن این نوع از پژوهش‌های علمی اجتناب‌ناپذیر است. به علت اینکه این پژوهش در بین مادران و در بخش کوچکی از یک جامعه اجرا شده، این مسئله به‌نوبه خود بر تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش مؤثر است؛ از این رو، در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به اثربخش بودن این شیوه درمان در این مطالعه و مطالعات قبلی صورت گرفته، برگزاری دوره‌های آموزشی شفقت به خود، برای تربیت درمانگران در مراکز مشاوره و راهنمایی و اجرای آن برای مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های مختلف که از مشکلات سلامت روان همچون تنیدگی، افسردگی، اضطراب، حرمت خود پایین و به‌طور کلی از کیفیت زندگی پایین رنج می‌برند، ضروری است؛ زیرا این روش در بهبود موارد مطرح‌شده اثربخش است.

سپاسگزاری

- H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
- Dekkers, T. J., Hornstra, R., Van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(4), 478-494.
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Euro-pean Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 9-27.
- Fossati, M., Negri, L., Fianco, A., Cocchi, M. G., Molteni, M., & Delle Fave, A. (2020). Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(1), 53-63.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Hoogman, M., Van Rooij, D., Klein, M., Boedhoe, P., Ilioska, I., Li, T., ... & Franke, B. (2022). Consortium neuroscience of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: The ENIGMA adventure. *Human Brain Mapping*, 43(1), 37-55.
- Hosseinimehr, N., Khezri Moghadam, N., pourehsan, S. (2021). The Effectiveness of Compassion Focused Training (CFT) on Social Self- Efficacy, Distress Tolerance and Self-Criticism in Adolescent Girls under Welfare Organization Care. *Positive Psychology Research*, 7(2), 33-48. (In Persian).
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (2013). Fifth Edition. American Psychiatric Association, 59-66.
- Aduen, P. A., Day, T. N., Kofler, M. J., Harmon, S. L., Wells, E. L., & Sarver, D. E. (2018). Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem?. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(3), 440-451.
- Barkley, R. A. (2020). Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents. Fourth edition. The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 161-173.
- Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2020). Self-compassion and Perceived Criticism in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Mindfulness*, 11(11), 2506-2518.
- Besharat, M. A. (2005). *Evaluation of psychometric properties of Depression Anxiety Depression Scale in clinical samples and the general population*. The research report, University of Tehran. (In Persian).
- Biber, D. D., & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2060-2071.
- By toft, B., Knorr, S., Vlachova, Z. Jensen, R. B., Mathiesen, E. R., Beck-Nielsen, H. (2017). Assessment of attention deficits in adolescent offspring exposed to maternal type 1 diabetes. *PLoS One*, 12 (1), e0169308.
- Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M. C., Saiag, M. C., & Delorme, R. (2017). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Quality of Life Research*, 26(5), 1283-1294.
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Rajwan, E., Wymbs, F., & Feirsen, N. (2017). Characteristics of parents of children with ADHD who never attend, drop out, and complete behavioral parent training. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 950-960.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., & Pelham Jr, W. E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37(2), 143-158.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones,

- experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 207-216.
- Özaslan, A., & Yıldırım, M. (2021). Internalized stigma and self-esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*, 50(3), 312-324.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 61-68.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Riany, Y. E., & Ihsana, A. (2021). Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*, 6(1), 47-60.
- Si, Y., Ma, J. L., & Zhang, J. (2020). Factors influencing parenting stress among Chinese families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Children and Youth Services Review*, 116, 105148.
- Sheikhi Gerakoui, S., Abolghasemi, A., Khosrojauid, M. (2021). A Comparison of Sense of Coherence, Self-compassion, and Personal Intelligence in Students with and without Intermittent Explosive Disorder. *Positive Psychology Research*, 7(3), 51-64. (In Persian).
- Sethi, S., Gandhi, R., & Anand, V. (2012). Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 25-37.
- Sussman, T. J., Baker, B. H., Wakhloo, A. J., Gillet, V., Abdelouahab, N., Whittingstall, K., ... & Posner, J. (2022). The relationship between persistent organic pollutants and attention deficit hyperactivity disorder phenotypes: Evidence from task-based neural activity in an observational study of a community sample of Canadian mother-child dyads. *Environmental Research*, 206, 112593.
- Shata, Z. N., Abu-Nazel, M. W., Fahmy, S. I., & El-Dawaiaty, A. A. (2014). Efficacy of a psychosocial intervention for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, Alexandria, Egypt. *The Journal of the*
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- López-Pinar, C., Martínez-Sanchís, S., Carbonell-Vayá, E., Fenollar-Cortés, J., & Sánchez-Meca, J. (2018). Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 638.
- Lertxundi, N., Molinuevo, A., Valvi, D., Gorostiaga, A., Balluerka, N., Shivappa, N., ... & Ibarluzea, J. (2022). Dietary inflammatory index of mothers during pregnancy and attention deficit-hyperactivity disorder symptoms in the child at preschool age: A prospective investigation in the INMA and RHEA cohorts. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 615-624.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2009). Parent-child hostility and child ADHD symptoms: A genetically sensitive and longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1468-1476.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 36(2), 285-296.
- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., ... & Gilbert, P. (2022). Compassion protects mental health and social safeness during the COVID-19 pandemic across 21 countries. *Mindfulness*, 13(4), 863-880.
- Navab, M., Dehghani, A., & Salehi, M. (2019). Effect of compassion-focused group therapy on psychological symptoms in mothers of attention-deficit hyperactivity disorder children: A pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(2), 149-157.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Narkunam, N., Hashim, A. H., Sachdev, M. K., Pillai, S. K., & Ng, C. G. (2014). Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian

- related therapies: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979-995.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 251-261.
- Yadav, S. K., Bhat, A. A., Hashem, S., Nisar, S., Kamal, M., Syed, N., ... & Haris, M. (2021). Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1-24.
- Zhang, H. J., Dong, X. L., Zhang, Y. F., Fang, Y. F., & Zhang, H. Y. (2021). Effect of combination of acupuncture and psychological intervention on attention, response inhibition and cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Zhongguo Zhen jiu= Chinese Acupuncture & Moxibustion*, 41(4), 400-404.
- Egyptian Public Health Association*, 89(1), 9-15.
- Sadolahi A, Ghorbani R, Bakhtiyari J, Salmani M, Khademi A, Mohammadi N et al . Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in first to third grades primary school students in Semnan, Iran. *Koomesh*. 2019; 21 (2) :292-297. (In Persian).
- Shaffer, E. J., Lape, J. E., & Salls, J. (2020). Decreasing Stress for Parents of Special Needs Children through a Web-Based Mindfulness Program: A Pilot Study. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 18(4), 16.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion