

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Parenting Stress and Self-Compassion of Mothers of 6-8 years Old Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Akbari Z¹, *Ehteshamzadeh P², Heidari A², Naderi F², Hafezi F³

Author Address

1. Ph.D. Student of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Azad University, Ahvaz, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Azad University, Ahvaz, Iran.

*Corresponding Author E-mail: ehtesham@iauhvaz.ac.ir

Received: 11 August 2020; Accepted: 31 October 2020

Abstract

Background & Objectives: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a significant public and clinical health problem because of its many consequences, such as financial costs, family stress, academic and occupational challenges, and low self-esteem. A child with ADHD increases the parents' stress and psychological problems in the family. Because the mothers interact more with these children, they are likely to be most affected by the situation and are particularly at risk of psychological harm. Therefore, in addition to targeting the disorder's symptoms in the child, therapeutic interventions are needed for parents' problems, especially mothers. Considering the importance of reducing stress in mothers of children with ADHD, empowering them to face the challenges of parenting, and improving self-compassion as a preventive factor against psychological problems, this research aimed to study the efficacy of metacognitive therapy on parenting stress and self-compassion in mothers with ADHD.

Methods: This research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The study population consisted of all mothers of children aged 6-8 years with ADHD living in Falavarjan City, Isfahan Province, Iran. The study setting was Falavarjan education counseling and psychological centers and was conducted in 2019. A total of 30 mothers were selected through a convenience sampling method. Then, they were randomly assigned to two groups (experimental=15, control=15). The inclusion criteria were having children diagnosed with ADHD by at least one clinical psychologist and a child psychiatrist. The mother's unwillingness to cooperate was the exclusion criterion. The study tools used in the pretest, posttest, and follow-up were the Parenting Stress Index (Abidin, 1990) and Self-Compassion Scale (Neff, 2003). The experimental group received eight 90-min sessions of metacognitive therapy, whereas the control group received no intervention. The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test) in SPSS software version 22. To compare demographic information, the independent two-sample t test and Mann-Whitney U test were used. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results showed the significant effect of the group on parenting stress ($p=0.028$) and self-compassion ($p=0.021$). The effect of time on parenting stress ($p<0.001$) and self-compassion ($p<0.001$) was significant, too. Also, the effect of time and group interaction on parenting stress ($p<0.001$) and self-compassion ($p<0.001$) was significant. There was a significant difference in the parenting stress variable between the pretest with posttest and follow-up stages ($p<0.001$). Regarding the self-compassion variable, a significant difference was observed between the pretest, posttest ($p=0.028$), and follow-up ($p=0.005$) results. There was a significant difference between the posttest and follow-up stages regarding the parenting stress ($p<0.001$), but no significant difference was observed between the posttest and follow-up ($p=0.175$) regarding the self-compassion variable, indicating the persistence of the intervention in the follow-up stage.

Conclusion: The results showed that metacognitive therapy reduces parenting stress and increases self-compassion in mothers with ADHD children. This treatment can be used as an effective intervention to improve psychological competencies in these parents.

Keywords: Metacognitive therapy, Parenting stress, Self-compassion, Attention-deficit/ hyperactivity disorder.

ضروری‌تر لازم در حیطه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است. در این بین، عاملی که می‌تواند به منزله راهبردی مقابله‌ای مهم عمل کند، شفقت به خود^۳ است. شفقت به خود شامل مهربان‌بودن در قبال خود در لحظات دشواری و سختی، آگاهی از ماهیت مشترک رنج انسانی و ذهن‌آگاه‌بودن در مقابل افکار و هیجان‌های منفی است. در واقع، شفقت به خود می‌تواند با کاهش احساس شرم و گناه ناشی از بی‌کفایتی در والدگری، به بهبود شرایط والدین کمک کند (۱۲). پیشینه رو به افزایشی وجود دارد که پیشنهاد می‌کند شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان راهبردی سازگارانه برای مدیریت انواع افکار و احساس‌های منفی باشد (۱۳). مهم اینک شفقت به خود به منزله عامل محافظت‌کننده در مقابل پریشانی روان‌شناختی عمل می‌کند (۱۴) و با آسیب‌شناسی روانی کمتر همراه است؛ همچنین بخش زیادی از واریانس در نشانه‌های افسردگی و اضطراب را تبیین می‌کند (۱۶، ۱۵)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که شفقت به خود از طریق کمک به والدین برای تقویت و مراقبت هیجانی از خود، می‌تواند به ایجاد توازن سالم‌تر در والدین منجر شود و نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی والدین ایفا کند؛ به‌ویژه، والدینی که تمام توان و انرژی خود را صرف مراقبت از کودک مبتلا به اختلال می‌کنند. شفقت به خود، والدین را قادر می‌سازد تا درباره افکار منفی خود آگاه‌تر شوند و کمتر واکنش نشان دهند. همین امر توانایی آن‌ها را برای پاسخ‌گویی توأم با حساسیت به نیازهای کودکانشان افزایش می‌دهد (۱۶). والدین با احساس شفقت به خود بیشتر، توانایی زیادتری برای پاسخ‌سازگارانه به محرک‌ها دارند و فراوانی بروز الگوهای خودکار افراطی آموخته‌شده برای تفکر و رفتار در آن‌ها کاهش می‌یابد. در زمینه والدگری و فرزندپروری، موریرا و همکاران دریافتند که شفقت به خود رابطه‌ای منفی با استرس والدگری دارد و استرس والدگری، رابطه مثبت بین شفقت به خود و بهزیستی کودک را تعدیل می‌کند (۱۷).

باتوجه به مشکلات و مسائل روان‌شناختی والدین به‌ویژه مادران، مداخله‌های مربوط به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، زمانی که خود والدین نیز از اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، اثر کمتری در زمینه درمانی دارد (۱۹، ۱۸)؛ از این رو، برنامه‌هایی مثل آموزش مدیریت رفتاری به والدین، به‌منظور کاهش علائم رفتاری کودکان (۲۲-۲۰) و آموزش فرزندپروری مثبت^۴ (۲۳)، ضمن کاهش مشکلات رفتاری کودکان، منجر به کاهش اضطراب، افسردگی، استرس والدگری و افزایش عزت‌نفس و احساس مثبت مادران درباره نقش خود شده است. در کنار این مداخله‌ها و با ظهور و تکامل موج سوم درمان‌های رفتاری در اوایل دهه ۱۹۹۰، مداخله‌های رفتاری به عصر جدیدی هدایت شدند و شواهد امیدبخشی برای به‌کارگیری آن‌ها ارائه شد (۲۴). درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم از جمله درمان فراشناختی، دیدگاه‌های نویدبخشی برای درک و درمان اختلال‌های روان‌شناختی فراهم می‌آورد (۲۵). در همین راستا، مداخله‌های حیطه فرزندپروری و برنامه‌های درمانی مربوط به والدین نیز به‌سمت استفاده از این رویکردهای جدید، سوق داده شد. سنت فراشناختی، گزینه درمانی پذیرفتنی است که به افزایش درک

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۱ از اختلال‌های بسیار شایع عصبی‌رشدی بحث‌برانگیز به‌شمار می‌رود که وجه مشخصه آن الگوی پایدار و ثابت از نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری است. براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ برای تشخیص‌گذاری، نشانه‌ها باید حداقل شش ماه در دو موقعیت متفاوت مانند منزل و مدرسه وجود داشته باشند، قبل از سن دوازده‌سالگی خود را نشان دهند و به آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی کودک مانند تعاملات اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی منجر شوند (۱). مطالعات نشان می‌دهد، این اختلال باعث آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی کودک مانند عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود (۲-۴).

از سوی دیگر، این کودکان از دستورات والدین کمتر پیروی می‌کنند، وظایف خود را انجام نمی‌دهند و منفی هستند؛ همچنین در مقایسه با کودکان عادی، مطالبه‌گتر هستند. رفتار نافرمانی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اغلب به افزایش تعارض بین والد-کودک منتهی می‌شود که به‌نوبه خود پریشانی والدین را افزایش می‌دهد. در واقع بروز این مشکلات، حساسیت والدین و واکنش‌های منفی آن‌ها را تحریک می‌کند و به همین علت، تعامل کودک-والد به‌طور گسترده متزلزل می‌شود؛ این چرخه به‌مرور زمان به وخامت اوضاع می‌انجامد و برای والدین و مراقبان، استرس واقعی ایجاد می‌کند (۴). پژوهش‌های متعددی نشان داده است، این والدین استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند و سطوح بیشتری از فشارهای روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند (۸-۵). احتمال می‌رود این استرس به سبک‌های منفی (مانند انضباط بی‌ثبات، تنبیه بدنی) منجر شود که به‌نوبه خود، رفتارهای نامناسب کودکان را تقویت می‌کند (۹).

این والدین، با مشکلات روان‌شناختی و بالینی متعددی مواجه هستند؛ یکی از مشکلات عمده والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، احساس بی‌کفایتی و شایستگی‌نداشتن آن‌ها در تجربه با کودک است. شرم و احساس گناه که در طول دوره والدگری متداول است و بازتاب احساس «خود بد» و «رفتار بد» که با اتفاق‌های والدگری رابطه دارد، در والدین دارای کودکان با نیاز ویژه، اهمیتی دوچندان می‌یابد (۱۰). این موضوع، به‌دلیل ادراک والدین از مقتضیات نقش خود به‌عنوان والد که فراتر از توان و منابع موجودشان است، با سطوح شدیدتر استرس و چالش‌های والدگری بیشتر همراه می‌شود (۱۱).

باتوجه به سطوح بیشتر استرس والدگری در این والدین و نیز مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، پرداختن به عواملی که به بهبود بهزیستی روان‌شناختی والدین بینجامد و توان‌مندی آن‌ها را برای مقابله با مشکلات و چالش‌های پرورش کودکی مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی ارتقا بخشد و از سوی دیگر، نقش پیشگیرانه و محافظت‌کننده در برابر بروز این مشکلات ایفا کند، از پژوهش‌های

4. Positive parenting

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

3. Self-compassion

فراشناخت بر استرس والدگری و شفقت به خود، در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی مادران کودکان ۶ تا ۸ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهرستان فلاورجان استان اصفهان تشکیل دادند. این مطالعه در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش فلاورجان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش سی مادر داوطلب بودند که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با دامنه سنی ۶ تا ۸ سال داشتند و به کلینیک مذکور مراجعه کردند.

افراد نمونه از میان جامعه آماری به شیوه در دسترس و گمارش تصادفی انتخاب شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه (هر کدام پانزده نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که براساس نظر دلاور، حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر زیرگروه حداقل پانزده نفر کفایت می‌کند (۳۵). این کودکان قبلاً توسط روان‌پزشک و روان‌شناس به‌عنوان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تشخیص‌گذاری شدند.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

— شاخص استرس والدینی^۲: شاخص استرس والدینی توسط آبی‌دین در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۳۶). پرسشنامه‌ای است که براساس آن می‌توان اهمیت استرس را در نظام والدین کودک ارزشیابی کرد. شاخص مذکور بر این اصل مبتنی است که استرس والدین می‌تواند از پاره‌ای از ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدگری به‌طور مستقیم مرتبط است، ناشی شود. شکل شاخص استرس والدینی پژوهش حاضر به‌عنوان شکل بازنگری‌شده پیشین بود که تصحیح آن آسان‌تر و مواد آن کمتر است. این بازنگری مواد شاخص استرس والدینی را از ۱۵۰ ماده به ۱۰۱ ماده کاهش داد و نوزده ماده اختیاری نیز به‌عنوان «مقیاس استرس زندگی» به آن افزوده شد. شیوه نمره‌گذاری به‌روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ انجام می‌شود. دامنه نمرات در این پرسشنامه از ۱۰۱ تا ۵۰۵ است. فرایند تفسیر نتایج، در مرحله نخست از بررسی نمره کلی مقیاس آغاز می‌شود. پس از آن، نتایج زیرمقیاس‌هایی که در حوزه قرار دارد، براساس جدول نرم تحلیل می‌شود. نمره کلی ۲۶۰ و بیشتر نشان‌دهنده استرس والدگری زیادی است. پرسشنامه دارای دو قلمروی کودکی (۴۷ ماده) و قلمروی والدینی (۵۴ ماده) است. قلمروی کودکی شامل زیرمقیاس‌های سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی/فزون‌کنشی و تقویت‌گری می‌شود. قلمروی والدینی شامل زیرمقیاس‌های افسردگی، دل‌بستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر، سلامت والد و مقیاس اختیاری استرس زندگی است (۳۶). آبی‌دین ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای از مادران بهنجار (۲۶۳۳ نفر) بررسی کرده

اختلال‌های هیجانی از طریق دیدگاه نظری متفاوت درباره فرایندهای خودنظم‌بخشی و توجه، کمک می‌کند (۲۶، ۲۷). براساس آن، آسیب روانی در نتیجه سبک تفکر پایداری به نام سندرم شناختی-توجهی^۱ ایجاد می‌شود. سندرم شناختی-توجهی شامل راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی است که در تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های پریشان‌ساز استفاده می‌شوند. این راهبردها عبارت است از: نگرانی؛ نشخوار؛ پایش تهدید؛ راهبردهای کنترل فکر؛ اجتناب؛ اطمینان‌جویی (۲۸).

به‌طور خلاصه، مشخصه اصلی تعامل والد-کودک در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی، وجود «چرخه معیوب رفتار ناسازگار» است. این چرخه رفتارهای ناسازگارانه را همچون برانگیختگی، تبعیت‌نکردن از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری، هیجان‌ها و احساس‌های منفی از جمله خشم، عصبانیت، درماندگی، ناکامی و کاهش تحمل در والدین را به‌وجود می‌آورد. در واقع، بعد از رویدادی منفی، فکر منفی سبب خودانتقادگری، تحمل‌نکردن ناراحتی و قضاوت می‌شود. وقوع رویدادهای والدگری منفی نیز سندرم شناختی-توجهی را در والدین فعال می‌کند؛ همچنین سبک تفکر منفی تکرارشونده مثل نگرانی، نشخوار و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار، مانع تنظیم هیجانی و مدیریت رفتاری مؤثر والدین می‌شود که به‌نوبه خود بر نحوه واکنش و رفتار والدین با کودکان به‌گونه‌ای تأثیر می‌گذارد و رفتارهای ناسازگارانه کودک را در این چرخه شدت می‌بخشد (۲۹).

پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که درمان فراشناخت بر طیفی از مشکلات روان‌شناختی مؤثر است؛ مک‌اووی و ماهونی فراشناخت درمانی را در بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اولیه یا ثانویه بررسی کردند و اندازه اثر بزرگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون را نشان دادند (۳۰).

آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی نیز از اثربخشی درمان فراشناخت در درمان افسردگی (۳۱، ۳۲) و اختلال‌های اضطرابی (۳۳) حمایت کرد. نتایج پژوهش خانجانی و همکاران نشان داد، درمان فراشناختی موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری می‌شود (۳۴). همچنین فراتحلیل نورمن و مورینا درباره تأثیر درمان فراشناختی در بیماران مبتلا به مشکلات روان‌شناختی مشخص کرد، درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های شکایت‌های مدنظر، اضطراب، افسردگی و فراشناخت‌های ناکارآمد، مؤثر است (۲۷).

باتوجه به اهمیت کاهش استرس مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و نیز توان‌مندسازی آنان در رویارویی با چالش‌های فرزندپروری و بهبود شفقت به خود به‌عنوان عاملی پیشگیرانه در برابر مشکلات روان‌شناختی در آنان و در نتیجه ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و شیوه‌های فرزندپروری، همین‌طور، این نکته که تاکنون پژوهشی در زمینه تأثیر درمان مذکور در حیطه شفقت به خود و استرس والدین دارای فرزندان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت نگرفته است، پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی درمان

۲. Parenting Stress Index

۱. Cognitive-attentional syndrome

فرزندان آن‌ها بین یک ماه تا دوازده سال سن داشتند. نتایج آلفای کرونباخ در تحقیق اخیر در قلمروی والدینی ۰/۹۳ و برای قلمروی کودکی ۰/۹۰ به دست آمد.

پایایی آزمون-بازآزمون استرس والدینی در فاصله زمانی سه ماه در نمونه بالینی متشکل از سی مادر ۰/۹۱ برای نمره کلی قلمروی والدینی و ۰/۶۳ برای نمره کلی قلمروی کودکی بود (۳۶). در پژوهش دادستان و همکاران، مقدار ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن با فاصله ده روز ۰/۹۴ گزارش شد (۳۷).

-مقیاس شفقت به خود^۱: این مقیاس، ابزاری خودگزارش‌دهی ۲۶ گویه‌ای است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش میزان خودشفقت‌ورزی ساخته شد (۳۸). مقیاس مذکور سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی، ذهن‌آگاهی و بزرگنمایی قرار می‌دهد که کیفیت رابطه فرد را با تجارب خود می‌سنجد؛ مانند اینکه فرد تا چه اندازه درقبال خود مهربان است (نه انتقادگر)، چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می‌بیند و اینکه به چه میزان از بزرگ‌نمایی تجارب خود صرف‌نظر می‌کند؛ بنابراین این مقیاس دیدگاه بازداشتن به مسائل و کیفیت بازآگاهی را که صورت دوم ذهن‌آگاهی است، مشخص می‌کند. نمره‌گذاری آن در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت، از تقریباً هیچ‌گاه (نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره چهار) تعیین می‌شود. نمره بیشتر به معنای خودشفقت‌ورزی بیشتر است (۳۸). پژوهش انجام‌شده توسط نف، پایایی و روایی مطلوبی را برای مقیاس گزارش کرد.

پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین هر کدام از زیرمقیاس‌ها از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته ۰/۹۳ گزارش شد (۳۸). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش قربانی و همکاران در ایران ۰/۸۴ به دست آمد (۳۹).

-آموزش درمان فراشناخت: آموزش درمان فراشناخت تهیه‌شده توسط ولز (۴۰) در هشت جلسه نود دقیقه‌ای صورت گرفت. ابتدا با والدین ارتباط درمانی لازم برقرار شد. سپس در هر جلسه موضوعات اصلی آموزش با زبانی ساده و مفهوم برای آن‌ها بازگو شد. در صورت احساس مشکل یا داشتن سؤال، به ایفای نقش یا بحث گروهی پرداخته شد تا با کمک درمانگر و به همراه دیگر اعضا در این زمینه بحث و گفت‌وگو صورت گیرد. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از رئوس مطالب به شکل دفترچه مخصوص والدین به آن‌ها ارائه شد و بررسی تکالیف خانگی مربوط به آن جلسه و جلسه قبل انجام گرفت تا مشکلات احتمالی و سؤالات آن‌ها برطرف شود. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

روش اجرا و جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا با تصویب پروپوزال در تاریخ ۱۸ بهمن ۱۳۹۵ و اخذ مجوز از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز و نیز کسب مجوز از آموزش و پرورش شهرستان فلاورجان (استان اصفهان)، به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش فلاورجان مراجعه و هدف از پژوهش برای مسئولان توضیح داده شد. پس از اعلام آمادگی مسئولان مرکز، جلسه توجیهی برای والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی برگزار گردید و درباره روش اجرا توضیحاتی به والدین داده شد.

لازم به ذکر است که با تأکید بر رعایت اصول اخلاقی و رازداری و نیز نداشتن بار مالی و اجباری نبودن شرکت در پژوهش رضایت آموذنی‌ها جلب شد؛ همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اگر در حین اجرای پژوهش به هر دلیلی از ادامه همکاری منصرف شدند، بدون هیچ محدودیتی می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از والدین، سی مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با دامنه سنی ۶ تا ۸ سال انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، برخورداری از ملاک‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توسط دست‌کم یک روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک کودک، استفاده نکردن هم‌زمان از مداخلات مؤثر نظیر آموزش والدین و حضور نداشتن در مراکز مشاوره در حین مداخله بود. بی‌علاقگی مادر به همکاری، ملاک خروج در نظر گرفته شد. والدین این کودکان به‌طور تصادفی در دو گروه (گواه و آزمایش) قرار گرفتند. با توجه به هماهنگی‌های صورت‌گرفته، جلسات آموزشی به شکل گروهی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای، توسط یکی از دانشجویان دکتری رشته روان‌شناسی که در حوزه کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مشغول به کار بود، در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش فلاورجان، برگزار شد. چهل و پنج روز پس از اتمام برنامه آموزشی، برای هر دو گروه با استفاده از شاخص استرس والدینی (۳۶) و مقیاس شفقت به خود (۳۸) پیگیری انجام پذیرفت.

در طول دوره مداخله، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها فعالیت‌های روزمره خود را ادامه داد؛ در واقع این گروه در لیست انتظار بود تا پس از انجام پژوهش مداخله روی آن انجام شود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی، به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

به منظور مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی، آزمون تی دو گروه مستقل و آزمون یومن‌ویتی به کار رفت. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون، ام‌باکس، کرویت ماچلی و آزمون تصحیح هاوس گیزر استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها $\alpha=0/05$ بود.

1. Self-Compassion Scale

جدول ۱. شرح جلسات درمان فراشناخت

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری ارتباط و ایجاد فضایی امن و صمیمی و آشنایی کلی با منطق درمان و قواعد گروه	معارفه، تدوین فرمول‌بندی و معرفی هیجانات، ماهیت استرس و ارتباط آن‌ها با باورهای فراشناختی و فراخوانی راهبردها	ذهن‌آگاهی گسلیده: هر روز به مدت چند دقیقه نفس عمیق بکشید، دم را با بینی وارد کنید و بازدم را از دهان خارج کنید. درحین تنفس به حواس خود، بوها و طعم‌ها و آنچه می‌بینید یا می‌شنوید، توجه کنید
دوم	آشنایی اعضا با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و آگاهی درباره نقش هیجانات و باورها در شکل‌گیری و تداوم تنیدگی	معرفی مدل مداخله در رابطه با تنیدگی و هیجان، ترسیم شکل‌گیری تنیدگی، مکانیزم‌های هیجانی و باورهای درگیر در شکل‌گیری و تداوم تنیدگی و بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار و ذهن‌آگاهی گسلیده روی افکار خنثی	ذهن‌آگاهی و آزمایش‌های رفتاری باورهای درگیر در شکل‌گیری و تداوم تنیدگی
سوم	به‌چالش کشیدن راهبردها	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف آن، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده با افکار مربوط به تنیدگی و تأکید دوباره بر تمایز بین افکار و واقعیت	ذهن‌آگاهی (تماشای رژه سربازان)
چهارم	رشد شیوه‌های فراشناختی و ارزیابی کنترل روی راهبردها و رشد طرح‌های جدید برای اصلاح باورها	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، بررسی پیشایندها و پیامدهای رفتارهای والد و رشد شیوه‌های فراشناختی، کنترل بر راهبردها به منظور ارزیابی، رشد طرح‌های جدید برای اصلاح باورها و تمرین تعدیل باورهای فکری	به‌تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیرانطباقی خاص
پنجم و ششم	مکانیزم‌ها و باورهای درآمیختگی افکار، اسنادسازی مجدد کلامی، پردازش مجدد و کاهش ناهمخوانی‌ها و بررسی تاریخچه و تجارب رفتار	مکانیزم‌ها و باورهای درآمیختگی افکار، پرداختن به مکانیزم باورهای درآمیختگی و شکستن سیکل معیوب آن از طریق اسنادسازی مجدد کلامی و تغییر رفتار، پردازش مجدد و کاهش ناهمخوانی‌ها، بررسی تاریخچه و تجارب رفتاری افراد و تمرین مواجهه با افکار مربوط به تنیدگی	آگاهی از پایش تهدید متمرکز بر باورهای خودآگاهی و کنارگذاشتن آن
هفتم و هشتم	اصلاح توجه طرح‌ریزی اولیه و جایگزین شناسایی موانع و راهبردهای ناکارآمد	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، تدوین برنامه رفتاری با هدف اصلاح توجه، نحوه طرح‌ریزی اولیه و ایجاد طرح جایگزین، پرداختن به نقش موانع و راهبردهای ناکارآمد در به‌کارنگرفتن تکنیک‌ها	مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان

۳ یافته‌ها

۲۶/۶ درصد) کارشناسی‌ارشد، ۷ نفر (۴۶/۶ درصد) کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) دیپلم داشتند. همچنین در گروه گواه ۵ نفر از مادران (۳۳/۳۳ درصد) دارای کارشناسی‌ارشد، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) دارای کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای دیپلم بودند. نتایج آزمون یومن‌ویتی، نداشتن تفاوت معنادار دو گروه را در متغیر تحصیلات نشان داد ($p=0/851$). از نظر تحصیلات ۴ نفر از مادران گروه آزمایش

میانگین و انحراف معیار سن مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایش ۳۶/۴±۲/۱۴ سال و در گروه گواه ۳۷/۱±۲/۷۸ سال بود. نتایج آزمون تی دو گروه مستقل، نداشتن تفاوت معنادار دو گروه را در متغیر سن نشان داد ($p=0/851$). از نظر تحصیلات ۴ نفر از مادران گروه آزمایش

متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گواه	درمان فراشناخت		مرحله	متغیر
	میانگین	انحراف معیار		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴۰/۴۲۲	۳۳۷/۳۳	۳۰/۶۳۳	۳۳۴/۴۷	پیش آزمون
۴۰/۶۰۲	۳۳۷/۴۰	۴۷/۹۷۹	۲۹۳/۶۰	استرس والدگری پس آزمون
۴۲/۷۷۳	۳۳۱/۵۳	۴۴/۲۲۹	۲۷۸/۶۷	پیگیری
۱۴/۰۳۵	۶۸/۱۳	۸/۹۹۱	۷۲/۸۷	پیش آزمون
۱۵/۲۷۶	۶۷/۰۷	۹/۴۹۲	۷۹/۶۷	شفقت به خود پس آزمون
۱۲/۸۲	۶۸/۴۰	۱۰/۴۰۶	۸۲/۰۰	پیگیری

نشان داد که ماتریس کوواریانس، در متغیر استرس والدگری ($p=0/101$) و شفقت به خود ($p=0/092$) همگن بود؛ بنابراین امکان استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود. بررسی نتایج آزمون کرویت ماچلی مشخص کرد که در هر دو متغیر، مقدار χ^2 دو به دست آمده معنادار بود ($p=0/014$). واریانس تفاوت بین ترکیب‌های ماتریس واریانس-کوواریانس مربوط به این متغیر در گروه‌های بررسی شده یکسان نبود؛ بنابراین از آزمون تصحیح هاوس‌گیز استفاده شد.

باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر آزمون پیگیری اجرا شد، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی اثر عمل آزمایشی بر متغیرهای وابسته به کار رفت؛ همچنین به منظور بررسی پیش فرض‌های این آزمون، از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون، ام‌باکس و کرویت ماچلی استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، توزیع متغیرهای استرس والدگری ($p=0/081$) و شفقت به خود ($p=0/121$) نرمال بود. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همسانی واریانس‌ها در متغیرهای استرس والدگری ($p=0/061$) و شفقت به خود ($p=0/079$) برقرار بود. مقادیر مربوط به شاخص ام‌باکس نیز

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای استرس والدگری و شفقت به خود

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
استرس والدگری	زمان	۱۴۷۲۹/۶۰۰	۱/۴۲۴	۱۰۳۴۲/۸۰۰	۲۷/۵۶۱	<0/001	0/496
	گروه*زمان	۱۰۶۴۴/۳۵۶	۱/۴۲۴	۷۴۷۴/۲۳۲	۱۹/۹۱۷	<0/001	0/416
	بین گروهی	۲۴۷۶۷/۲۱۱	۱	۲۴۷۶۷/۲۱۱	۵/۳۶۱	0/028	0/161
شفقت به خود	زمان	۳۳۶/۶۸۹	۱/۶۲۵	۲۰۷/۱۹۹	۸/۹۲۵	<0/001	0/242
	گروه*زمان	۳۵۳/۷۵۶	۱/۶۲۵	۲۱۷/۷۰۲	۹/۳۷۸	<0/001	0/251
	بین گروهی	۲۳۹۲/۱۷۸	۱	۲۳۹۲/۱۷۸	۵/۹۹۱	0/021	0/176

بر اساس نتایج جدول ۳، تأثیر گروه بر نمرات استرس والدگری ($p=0/028$) و شفقت به خود ($p=0/021$) معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت، تفاوت میانگین نمرات استرس والدگری و شفقت به خود در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت بود. به منظور مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۴ گزارش شده است.

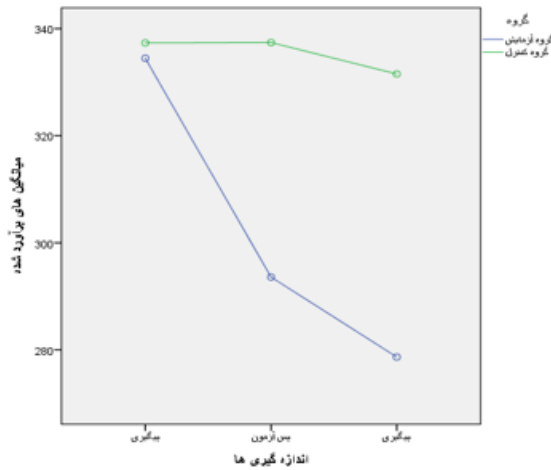
مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش نشان داد، در متغیر استرس والدگری بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p<0/001$). همچنین در متغیر شفقت به خود بین مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون ($p=0/028$) و پیگیری ($p=0/005$)، تفاوت معنادار مشاهده شد. در متغیر استرس والدگری بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<0/001$) و در

تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات استرس والدگری ($p<0/001$) و شفقت به خود ($p<0/001$) معنادار به دست آمد؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایش، بین نمرات در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین اثر تعامل زمان و گروه بر نمرات استرس والدگری ($p<0/001$) و شفقت

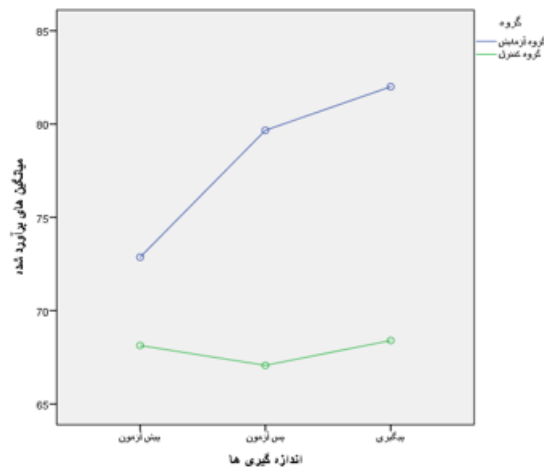
متغیر شفقت به خود بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p=0/175$) که حاکی از ماندگاری مداخله در مرحله پیگیری‌اند.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل پژوهش

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین (i-j)	مرحله (j)	مرحله (i)	متغیر
<0/001	4/850	20/400	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	استرس والدگری
<0/001	4/841	30/800	پیگیری	پیش‌آزمون	
<0/001	2/547	10/400	پیگیری	پس‌آزمون	
0/028	1/029	-2/867	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	شفقت به خود
0/005	1/360	-4/700	پیگیری	پیش‌آزمون	
0/175	0/929	-1/833	پیگیری	پس‌آزمون	



نمودار ۱. میانگین متغیر استرس والدگری در اندازه‌گیری مکرر به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه



نمودار ۲. میانگین متغیر شفقت به خود در اندازه‌گیری مکرر به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

والدگری مادران کاهش یافت. همچنین براساس نمودار ۲، نمرات متغیر شفقت به خود در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون سیر صعودی داشت. به عبارتی پس از

باتوجه به نمودار ۱، نمرات متغیر استرس والدگری در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون سیر نزولی داشت. به عبارتی پس از انجام مداخله فراشناخت نمرات استرس

انجام مداخلهٔ فراشناخت نمرات شفقت به خود مادران افزایش پیدا کرد.

۴ بحث

نارسایی توجه/فزون‌کنشی به دلیل پیامدهای متعددی که به لحاظ هزینه‌های مالی، استرس خانواده، تأثیر بر فعالیت‌های تحصیلی و شغلی و اثرات منفی بر عزت‌نفس دارد، مشکلی بهداشتی عمومی و بالینی مهم است. والدین کودکان مبتلا به این اختلال، با چالش‌های منحصر به فردی در فرزندپروری مواجه هستند که توانایی آن‌ها را برای مراقبت بهینه از خود و فرزندانشان تهدید می‌کند. در بافت خانواده چون مادر در تعامل بیشتر با این کودکان است، احتمالاً تأثیر بیشتری را از این شرایط می‌پذیرد و به‌طور خاصی در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌گیرد؛ از این رو، لزوم مداخله‌های درمانی، علاوه بر هدف قراردادن نشانه‌های اختلال، در زمینهٔ مشکلات و آسیب‌های والدین به‌ویژه مادران وجود دارد. مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناخت بر استرس والدگری و شفقت به خود، در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت گرفت.

یافتهٔ پژوهش حاضر نشان داد، درمان فراشناخت سبب بهبود استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود. با توجه به اینکه پژوهشی دربارهٔ تأثیر درمان فراشناختی بر استرس والدگری یافت نشد، این یافته به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در حوزهٔ درمان فراشناختی هم‌راستا است؛ پژوهش‌های مذکور حاکی از تأثیر درمان فراشناختی بر طیفی از مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه^۱ بود (۳۴-۳۰). مک‌اووی و ماهونی فراشناخت درمانی را در بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اولیه یا ثانویه بررسی کردند و اندازهٔ اثر بزرگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نشان دادند (۳۰). آزمایش‌های کنترل‌شدهٔ تصادفی نیز از اثربخشی درمان فراشناخت در درمان افسردگی (۳۲، ۳۱) و اختلال‌های اضطرابی (۳۳) حمایت کرد. نتایج پژوهش خانجانی و همکاران مشخص کرد، درمان فراشناختی موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مرحلهٔ بعد از درمان و دورهٔ پیگیری می‌شود (۳۴). همچنین فراتحلیل نورمن و مورینا دربارهٔ تأثیر درمان فراشناختی در بیماران مبتلا به مشکلات روان‌شناختی نشان داد، درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های شکایت‌های مدنظر، اضطراب، افسردگی و فراشناخت‌های ناکارآمد، مؤثر است (۲۷).

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، اصل بنیادین در درمان فراشناختی آن است که اختلال روان‌شناختی با فعال‌شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی-توجهی همراه است که نوعی سبک تفکر تکرارشونده به نشخوار فکری یا به‌صورت نگرانی متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. اولین گام در درمان، مفهوم‌سازی و فرمول‌بندی ویژه به همراه بیمار و آموزش به بیمار دربارهٔ چرخهٔ شکل‌گیری آن پس از وقوع رویدادهای والدگری

منفی بود. سپس، باورهای فراشناختی که به تداوم تنیدگی منجر می‌شوند، به‌شیوهٔ سقراطی^۲ چالش شدند و آزمایش‌های رفتاری به‌منظور آزمون تغییر به‌وجودآمده انجام پذیرفت. آگاهی از باورهای فراشناختی پیش‌تهدید و استفاده از راهبردهای سازگارانه، بحث و تمرین شد (۲۸). به بیمار آموزش داده شد تا فرایندهای نگرانی و نشخوار را به تعویق بیندازد. به این ترتیب، از فنون درمانی مانند آموزش توجه یا ذهن‌آگاهی گسلیده^۳ (۲۸) استفاده شد؛ بنابراین افراد دریافتند، نگرانی و نشخوار فرایندهایی است که می‌توان بدون درگیر شدن در اجتناب یا سایر فرایندهای ناکارآمد دیگر آن‌ها را متوقف کرد.

همچنین با انجام ذهن‌آگاهی گسلیده، افراد می‌توانند دربارهٔ افکار راه‌انداز درونی آگاه شوند و با فاصله‌گرفتن از آن‌ها و بدون دست‌زدن به هیچ فرایند تکراری یا مقابله‌ای به آن‌ها واکنش نشان دهند. افراد این روش‌های جدید واکنش در قبال محرک‌های راه‌انداز افکار را در درمان و نیز بین جلسه‌های درمان تمرین کردند و این کار توانایی آن‌ها را برای رهایی از فرایندهای نگرانی و نشخوارهای مربوط به مشکلات رفتاری فرزندانشان تقویت کرد. همچنین فنون درمانی اجراشده، باور مادران را دربارهٔ کنترل‌ناپذیری نگرانی و نشخوار به چالش کشید. از آنجاکه هدف درمان فراشناختی، افزایش تجربهٔ فرد دربارهٔ کنترل توجه، کاهش توجه متمرکز بر خود و شکل‌گیری باورها و راهبردهای سازگارانه بود (۲۸)، موجب باور به کنترل‌پذیری و کاهش استرس و اضطراب در مادران شد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراشناخت سبب بهبود شفقت به خود در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود. پژوهشی دربارهٔ تأثیر درمان فراشناختی بر شفقت به خود مادران کودکان بیش‌فعال یافت نشد؛ بنابراین این یافته را می‌توان از یک سو با توجه به نتایج پژوهش‌های مربوط به درمان‌های دیگری غیر از درمان شفقت‌محور که موجب افزایش شفقت به خود و به‌دنبال آن، پیامدهای مثبت درمانی می‌شوند و از سوی دیگر، با توجه به پژوهش‌های مربوط به رابطهٔ بین شفقت به خود، نشخوار و فکر منفی تکرارشونده، تبیین کرد. شفقت به خود به‌عنوان عامل محافظت‌کننده در مقابل پریشانی روان‌شناختی عمل می‌کند (۱۴) و با آسیب‌شناسی روانی کمتر همراه است؛ همچنین بخش زیادی از واریانس را در نشانه‌های افسردگی و اضطراب تبیین می‌کند (۱۶، ۱۵). در زمینهٔ والدگری و فرزندپروری نیز موریرا و همکاران دریافتند، شفقت به خود رابطه‌ای منفی با استرس والدگری دارد و استرس والدگری، رابطهٔ مثبت بین شفقت به خود و بهزیستی کودک را تعدیل می‌کند (۱۷).

مادران شرکت‌کننده در درمان فراشناختی توانستند شناخت‌واره‌های بی‌فایده را شناسایی کنند، آن‌ها را به چالش بکشند و بازسازی و تفاسیر مهربان‌تر توأم با خودانتقادی کمتر دربارهٔ تجارب دردناک را در ذهن خود به‌وجود آورند. با افزایش درگیری در فعالیت‌های بامعنا، مادران شرکت‌کننده توانستند اهداف کوچک واقع‌بینانه‌ای تنظیم کنند. آن‌ها آموختند شکست‌ها را به‌صورت فرصتی برای یادگیری، در ساخت‌شناختی خود وارد کنند که خود منجر به افزایش سطوح انگیزش

3. Defused mindfulness

1. Post-traumatic stress disorder

2. Socratic

به منظور بهبود توان‌مندی‌های روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مسئولان مرکز مشاوره آموزش و پرورش فلاورجان و شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش از والدین رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. همچنین با تأکید بر رعایت اصول اخلاقی و رازداری و نیز نداشتن بار مالی و اجباری نبودن شرکت در پژوهش، رضایت آزمودنی‌ها جلب شد؛ همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اگر در حین اجرای پژوهش به هر دلیلی از ادامه همکاری منصرف شدند، بدون هیچ محدودیتی می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در فضای ابری به آدرس zahrapsycho97@gmail.com آپلود شده است و تمامی نویسندگان این مقاله به داده‌ها دسترسی کامل دارند. چنانچه نیاز به تفسیر و تکرار و بازسازی یافته‌های گزارش باشد، داده‌ها در دسترس عموم قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی با شماره نامه مصوب پروپوزال ۱۸۴۰۲۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از آموزش و پرورش شهرستان فلاورجان با شماره نامه ۱۷۴۶/۱۳۲۰۲۳/۶۴۰ مورخ ۱۶ بهمن ۱۳۹۷ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این مقاله حاصل پژوهش نویسندگان بوده و به‌طور مستقل و بدون حمایت مالی مؤسسه یا سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش زهرا اکبری به‌عنوان مجری، پروین احتشام‌زاده و علیرضا حیدری به‌عنوان اساتید راهنما و فرح نادری و فریبا حافظی به‌عنوان اساتید مشاور همکاری کردند.

و تقویت استفاده از رویکرد توأم با ملاحظت و مهربانی در قبال خود شد.

از سوی دیگر، شفقت به خود و تفکر منفی تکرارشونده، فرایندهای فراتشخیصی متضادی در درمان هستند (۴۱). با فرض اینکه تفکر منفی تکرارشونده با تغییرات در پیامدهای درمان ارتباط دارد، هر مداخله‌ای که بر کاهش این فرایند تمرکز کند، مؤثر خواهد بود. به این ترتیب، افزودن مهارت‌ها و مؤلفه‌های درمان‌هایی مثل فراشناخت درمانی که به‌طور مستقیم نشخوار، توجه و خودانتقادگری را هدف قرار می‌دهند (۴۲)، می‌تواند مفید واقع شود. در همین راستا، احتمال می‌رود در این پژوهش نیز درمان فراشناخت با تأثیر بر فرایندهای شناختی مثل نشخوار و نگرانی و فکر منفی تکرارشونده توانسته است به افزایش شفقت به خود منجر شود.

به‌طور خلاصه، همان‌طور که اشاره شد، نتایج پژوهش حاضر با مطالعاتی همسوست. پژوهش‌های مذکور نشان داده است، درمان فراشناختی در طیفی از مشکلات روان‌شناختی تأثیر دارد و حتی ممکن است در مقایسه با سایر روان‌درمانی‌ها از جمله مداخله‌های شناختی-رفتاری، قوی‌تر عمل کند؛ از این رو، درمان فراشناختی، گزینه مناسبی برای بهبود اختلال‌های روان‌شناختی است که می‌تواند با کاهش مشکلاتی همچون استرس و اضطراب و افزایش شفقت به خود در مادران، به بهبود «چرخه معیوب رفتار ناسازگار» کمک کند. این چرخه معیوب عامل مهمی در تداوم و تشدید مشکلات خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است.

اجرای این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد؛ از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به کنترل‌نشدن عواملی همچون تعداد فرزندان سالم و استثنایی در خانواده، مدت ابتلای فرزند به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اشتغال یا اشتغال‌نداشتن مادران در بیرون از خانه که ممکن است با میزان استرس ادراک‌شده مادران مرتبط باشد، اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری با تعداد نمونه بیشتر و در جوامع هدف دیگر صورت گیرد و متغیرهایی مانند اشتغال مادران یا تعداد فرزندان کنترل شود. همچنین توصیه می‌شود شیوه‌های فراشناخت در آموزش‌های والدینی در سطحی وسیع‌تر از جمله مدارس و مهدکودک‌ها گنجانده شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراشناخت موجب کاهش استرس والدگری و ارتقای شفقت به خود مادران می‌شود؛ از این رو درمان مذکور می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Efron D, Wijaya M, Hazell P, Sciberras E. Peer victimization in children with ADHD: a community-based longitudinal study. *J Atten Disord*. 2021;25(3):291-9. <https://doi.org/10.1177/1087054718796287>
- Biederman J, Fitzgerald M, Spencer TJ, Bhide PG, McCarthy DM, Woodworth KY, et al. Is paternal smoking at conception a risk for ADHD? a controlled study in youth with and without ADHD. *J Atten Disord*. 2020;24(11):1493-6. <https://doi.org/10.1177/1087054717690809>

4. Jones S, Hesse M. Adolescents with ADHD: experiences of having an ADHD diagnosis and negotiations of self-image and identity. *J Atten Disord.* 2018;22(1):92–102. <https://doi.org/10.1177/1087054714522513>
5. Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2001;30(4):503–13. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07
6. Sethi S, Gandhi R, Anand V. Study of level of stress in the parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Ment Health.* 2012;8(2):25–37.
7. Wiener J, Biondic D, Grimbos T, Herbert M. Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2016;44(3):561–74. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0050-7>
8. Moharari F. Effect of the positive parenting program on parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health,* 2009;11(41):31–40. [Persian] https://jfmh.mums.ac.ir/article_1642.html?lang=en
9. Choe DE, Olson SL, Sameroff AJ. The interplay of externalizing problems and physical and inductive discipline during childhood. *Developmental Psychology.* 2013;49(11):2029–39.
10. Sirois FM, Bögels S, Emerson LM. Self-compassion Improves parental well-being in response to challenging parenting events. *J Psychol.* 2019;153(3):327–41. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1523123>
11. Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R, Sanchez-Garcia M, Carmona-Márquez J. Child/Adolescent's ADHD and Parenting stress: the mediating role of family impact and conduct problems. *Front Psychol.* 2017;8:2252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
12. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness.* 2015;6(4):938–947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
13. Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology.* 2011;15(4):289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
14. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers.* 2009;77(1):23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
15. 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. *J Anxiety Disord.* 2011;25(1):123–30. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
16. Kabat-Zinn J, Kabat-Zinn M. *Everyday blessings: inner work of mindful parenting.* Boston: Hachette; 2006.
17. Moreira H, Gouveia MJ, Carona C, Silva N, Canavarro MC. Maternal Attachment and children's quality of life: the mediating role of self-compassion and parenting stress. *J Child Fam Stud.* 2015;24(8):2332–44. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0036-z>
18. Van Den Hoofdakker BJ, Nauta MH, Veen-Mulders LVD, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, et al. Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(3):317–26. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp060>
19. Van Der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AER, Van Der Molen HT. A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2010;24(2):284–9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.12.005>
20. Menna R, Landy S. Working with parents of aggressive preschoolers: an integrative approach to treatment. *J Clin Psychol.* 2001;57(2):257–69. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<257::AID-JCLP10>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<257::AID-JCLP10>3.0.CO;2-3)
21. Corrin EG. Child group training versus parent and child group training for young children with ADHD. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.* 2004;64(7-B):3516.
22. Johnston C, Hommersen P, Seipp C. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: relations to child and parent characteristics. *Behav Ther.* 2008;39(1):22–32. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.04.002>
23. Sanders MR. Triple P-Positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol.* 2008;22(4):506–17. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
24. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2008;46(3):296–321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
25. Haukaas RB, Gjerde IB, Varting G, Hallan HE, Solem S. A randomized controlled trial comparing the attention training technique and mindful self-compassion for students with symptoms of depression and anxiety. *Front Psychol.* 2018;9:827. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00827>
26. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169–83. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
27. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2018;9:2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
28. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York, London: Guilford press; 2009.
29. Kimiaee SA, Baygi F. Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem-solving skill training on family function of mothers. *Journal of Behavioral Sciences.* 2010;4(2):141–7. [Persian]
30. McEvoy PM, Mahoney AE. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2013;27(2):216–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.006>
31. Jordan J, Carter JD, McIntosh VV, Fernando K, Frampton CM, Porter RJ, et al. Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Aust NZ J Psychiatry.* 2014;48(10):932–43. <https://doi.org/10.1177/0004867414533015>

32. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LEO, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Front Psychol.* 2017;8:31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
33. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2017;50:103–12. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004>
34. Khanjani Z, Aliloo MM, Fakhari A, Abdolpour G. The effectiveness of meta-cognitive therapy on Anxiety and depression in patients with post-traumatic stress disorder. *Stud Med Sci.* 2016;27(3):222–30. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3428-en.html>
35. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Press; 2007. pp: 90–100. [Persian]
36. Abidin RR. Parenting Stress Index-Short Form. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press; 1990.
37. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hassanabadi H. Parenting stress and general health: a research on the relation between parenting stress and general health among housewife-mothers and nurse-mothers with young children. *Dev Psychol.* 2006;2(7):171–84. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_512421.html?lang=en
38. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity.* 2003;2(3):223–50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
39. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self –compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health and religious orientation. *Int J Psychol Relig.* 2012;22(2):106–18. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.638601>
40. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Mohammadkhani Sh. (Persian translator). Tehran: Ebne Sina Pub; 2013.
41. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *J Pers.* 2009;77(1):23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
42. Wadsworth LP, Forgeard M, Hsu KJ, Kertz S, Treadway M, Björgvinsson T. Examining the role of repetitive negative thinking in relations between positive and negative aspects of self-compassion and symptom improvement during intensive treatment. *Cogn Ther Res.* 2018;42(3):236–49. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9887-0>