



## Comparison of the Effectiveness of “Compassion-Based Group Therapy” and “Group Reality Therapy” on Parent-Child interaction in Mothers with Autistic Children

Kimia Peyghan<sup>1</sup>, Adis Kraskian Mujumbari<sup>2\*</sup>, Marjan Hosseinzadeh Taghvaie<sup>3</sup>,  
Parisa Peivandi<sup>4</sup>

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Corresponding author:** Adis Kraskian Mujumbari, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Email:** [adiskraskian@yahoo.com](mailto:adiskraskian@yahoo.com)

Received: 2 Sep 2021

Accepted: 18 July 2022

### Abstract

**Introduction:** Families of autistic children are strongly influenced by various factors on the parent-child relationship. The aim of this study is to compare the effectiveness of "Compassion-Based Group Therapy" and "Group Reality Therapy" on parent-child interaction in mothers with autistic children.

**Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test and 3 months' follow-up with a control group. The statistical population of this research included all mothers with autistic children who were at level one, who had referred to 8 counseling and psychotherapy centers for children left behind in Tehran in the second half of 2017. The centers were selected according to accessible referral method. The centers were selected according to available referral method. Among them, 45 people were selected by available sampling method and randomly and by lottery were placed in 2 intervention groups and 1 control group. The research instruments included a demographic questionnaire, "Parent-Child Relationship Scale". The content validity of the instrument was measured by qualitative method and the reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After performing 8 sessions of 90 minutes of "Compassion-Based Group Therapy" and "Group Reality Therapy" for the intervention groups, the data were analyzed in SPSS. 24.

**Results:** "Compassion-Based Group Therapy" and "Group Reality Therapy" were effective in parent-child interaction in mothers with autistic children  $P < 0.01$ ). There was a difference between effectiveness on the intimacy subscale and the overall score of the parent-child relationship  $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** "Compassion-Based Group Therapy" and "Group Reality Therapy" were effective on parent-child interaction in mothers with autistic children. It is recommended that therapists use "Compassion-Based Group Therapy" and "Group Reality Therapy" to strengthen and improve the mother-child relationship with autistic children.

**Keywords:** Autism, Compassion-Based Therapy, Reality Therapy, Mothers, Parent-Child.



## مقایسه اثربخشی «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت درمانی گروهی» بر تعامل والد- کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده

کیما پیغان<sup>۱</sup>، آدیس کراسکیان موجهاری<sup>۲\*</sup>، مرجان حسین زاده تقوایی<sup>۳</sup>، پریسا پیوندی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: آدیس کراسکیان موجهاری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.  
ایمیل [adiskraskian@yahoo.com](mailto:adiskraskian@yahoo.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** خانواده‌های کودکان "درخودمانده" به شدت تحت تأثیر عوامل گوناگون بر تعامل والد-کودک هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "گروه درمانی مبتنی بر شفقت" و "واقعیت درمانی گروهی" بر تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده است.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و ۳ ماه بعد پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام مادران دارای فرزند درخودمانده سطح یک بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به ۸ مرکز مشاوره و روان درمانی کودکان درخودمانده در شهر تهران مراجعه کرده بودند. مراکز به روش در دسترس انتخاب شدند. از میان آن‌ها ۴۵ تن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی و با قرعه‌کشی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل قرار گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "مقیاس رابطه والد-کودک" (Child-Parent Relationship Scale) بود. روایی محتوای ابزار به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. پس از اجرای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "گروه درمانی مبتنی بر شفقت" و "واقعیت درمانی گروهی" برای گروه‌های مداخله، داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** "گروه درمانی مبتنی بر شفقت" و "واقعیت درمانی گروهی" در تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده اثربخش بودند ( $P < 0/01$ ). بین اثربخشی بر زیر مقیاس نزدیکی و نمره کلی رابطه والد-کودک تفاوت وجود داشت ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** "گروه درمانی مبتنی بر شفقت" و "واقعیت درمانی گروهی" بر تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده اثربخش بودند. پیشنهاد می‌شود، درمانگران از "گروه درمانی مبتنی بر شفقت" و "واقعیت درمانی گروهی" را برای تقویت و اصلاح رابطه والد-کودک، کودکان درخودمانده استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** درخودمانده، درمان مبتنی بر شفقت، واقعیت درمانی، مادران، والد-کودک.

### مقدمه

Manual of Mental Disorders) اختلال‌های طیف درخودمانده

(Autism Spectrum Disorder) اشاره به طیفی از اختلالات

عصبی تحولی در دوران اولیه تحول دارد که موجب محدودیت

طبق تعریف «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های

روانی- ویراست پنجم» (Diagnostic and Statistical

و به تبع آن تنیدگی فرزندپروری آن‌ها را افزایش می‌دهد. خانواده‌های کودکان با اختلال‌های طیف درخودماندگی، به شدت تحت تأثیر شکست‌های گوناگون کودکنشان هستند و این شکست‌ها بر شخصیت والدین، روابط زناشویی، رابطه والد-کودک (parent child relationship) و سایر کودکان خانواده تأثیر می‌گذارد (۷). رابطه والد-کودک شامل مجموعه‌ای از رفتارها، احساسات، و انتظارات منحصر به فردی است که بین والدین و فرزندانشان رد و بدل می‌شود (۸). کارکرد خانواده معمولاً در خانواده‌هایی که پرورش دهنده ثبات و امنیت هستند، مشکلات رفتاری در کودکان آن‌ها کمتر به چشم می‌خورد. در چنین خانواده‌هایی کودکان توانایی بیشتر برای انطباق با تغییرات را دارند و شرایط مناسبی برای رشد آن‌ها فراهم می‌شود. در خانواده با الگوی سالم، اعضای خانواده مورد حمایت هم‌دیگر هستند. انتظارات مربوط به نقش‌های افراد، روشن و دارای انعطاف است. مقررات خانواده واضح و انعطاف پذیر است. نحوه ارتباط والدین با کودکان قوی‌ترین عامل مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود، خصوصاً در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تحولات اساسی تحول روانی طی می‌شود (۹). در این راستا، «نظریه چرخه اجباری» (Forced Cycle Theory) بر روابط کنشی متقابلی استوار است که به واسطه آن‌ها والدین می‌توانند رفتارهای منفی کودکان را ناخواسته تقویت کنند که به نوبه خود موجب فراخوانی رفتارهای منفی از والدین می‌شود و بدین ترتیب کودک برای اینکه بر این ادراکات غالب شود رفتارهای مخرب و منفی تری از خود نشان می‌دهد (۱۰).

خانواده متشکل از پدر و مادر و فرزندان است که شبکه‌ای از ارتباط‌های دوسویه را با هم تشکیل داده‌اند و در قالب نقش‌های اعضا، انتظاراتی از یکدیگر دارند و کیفیت این روابط، تأثیر انکارناپذیری بر تحول کودکان و نوجوانان به ویژه در حوزه تحول شناختی آن‌ها دارند. در نتیجه با تأمل در کیفیت رابطه والدین و کودک و موشکافی در آن، می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک و تحول کنش‌های شناختی، هیجانی، رفتاری، و اجتماعی او پی برد (۱۱). رابطه مادر با کودک، در میان روابط خانوادگی، بیشتر از سایر موارد مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۲). به‌روزی و همکاران دریافتند که محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت آمیز بین والدین و فرزندان، نقش مهمی در کنش‌های کودکان دارد. طرد کودک از سوی والدین و

در روابط اجتماعی، ارتباطات و کارکردهای روزمره می‌شود و شامل اختلال اتیسم، اسپرگر و اختلال فراگیر رشد تصریح نشده است. اختلال اتیسم هسته اصلی این اختلالات است که مشخص آن نقص کیفی در تعاملات اجتماعی، مشکلات زبانی، ارتباطی و رفتار کلیشه‌ای اعم از الگوهای رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدود است (۱).

اختلال طیف درخودمانده به ۳ سطح تقسیم می‌شود که شامل: سطح اول «نیازمند حمایت»، ویژگی‌های کودکان در خودمانده در سطح یک این است که بدون وجود حمایت، نارسایی‌هایی در ارتباط اجتماعی موجب اختلال‌های قابل ملاحظه می‌شوند. دشواری در پیش قدم شدن در تعامل‌های اجتماعی و نمونه‌های آشکار واکنش‌های ناجور یا ناموفق در صحبت‌گشایی با دیگران دارد. ممکن است به نظر برسد که علاقه‌اندکی به تعامل‌های اجتماعی دارد. سطح دوم «نیازمند حمایت قابل ملاحظه»، نارسایی‌های شدید در مهارت‌های اجتماعی، کلامی و غیرکلامی دارد. سطح سوم «نیازمند حمایت بسیار قابل ملاحظه»، نارسایی‌های شدید در مهارت‌های اجتماعی کلامی و غیرکلامی موجب نقص‌های شدید در کارکرد می‌شوند (۲). در میان اختلال‌های نافذ رشد، اختلال طیف درخودمانده اختلال عصب شناختی شایع و شناخته شده است و با ۳ ویژگی اصلی ضعف در تعاملات اجتماعی، ضعف در برقراری ارتباط و محدود بودن رفتارها، علایق و فعالیت‌ها مشخص می‌شود که ضعف در تعاملات اجتماعی شاید مهم‌ترین آن‌هاست که برای رشد هیجانی و رفتاری کودک ضروری است و نواقص آن منجر به مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی و پیوند اجتماعی می‌شود (۳).

شیوع هرگونه اختلال طیف درخودمانده تقریباً یک مورد در ۶۸ کودک ۸ساله در آمریکا و جهان است. شایع‌ترین سن شروع علایم ۱۲ تا ۱۸ ماهگی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع این اختلال در پسران حدود ۴ یا ۵ برابر بیشتر از دختران است (۴). شیوع این اختلال به‌طور میانگین در آسیا از جمله در ایران ۱ درصد برآورد شده است (۵).

کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودمانده در همه سطوح با کمبودهای مداوم در تعامل و ارتباط اجتماعی در موقعیات‌های متعدد مواجه هستند (۶). کودکان در خودمانده چالش‌های بسیاری را برای خانواده‌شان به وجود می‌آورند. ناتوانی فرزند خانواده از جمله شرایطی است که مشکلات والدین

## کیمیا پیغان و همکاران

پذیری و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان در خودمانده در مداخلات درمانی و بالینی استفاده کرد. امام دوست و همکاران (۱۹) پیشنهاد کردند که برای بهبود نگرش والد-فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف در خودمانده می توان از «واقعیت درمانی» سود جست.

مادران کودکان در خودمانده با مشکلات متعدد روانشناختی از جمله خود انتقادی مواجهه هستند که بر روابط والد-کودک آن ها اثر می گذارد و به نظر می رسد که نیرومندسازی «شفقت» (compassion) می تواند به آن ها در غلبه بر این نارسایی ها کمک کند. Gilbert (۲۰) تأکید می کند یکی از راه های کاستن از رنج ها برای همه، ایجاد شفقت ورزی با خود و دیگران است. مفهوم خودشفقت ورزی به معنای مهربانی با خود و داشتن درک غیرقضاوت گرانه نسبت به نقایص خود است. خودشفقت ورزی شکلی از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه های نامطلوب خود و محیط زندگی است که موجب می شود تا فرد به وقایع ناخوشایند نه با خشم و خود سرزنی بلکه با مهربانی پاسخ دهد و این وقایع و تجربیات را جزئی از تجارب مشترک انسانی بداند (۲۱). «درمان مبتنی بر شفقت» به عنوان شیوه درمانی جدید، احتمالاً گزینه مداخله ای مناسبی در جهت کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان در خودمانده، محسوب می شود. طبق نظر نوری و شهابی (۲۲) می توان آموزش شفقت با خود را به عنوان یک روش مؤثر بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک در خودمانده پیشنهاد داد. زمانی مزد و همکاران (۲۳) چنین دریافتند که «درمان مبتنی بر شفقت» در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند در خودمانده مؤثر است. در پژوهش عزیززی و همکاران (۲۴) درمان ترکیبی مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزند مادران دارای کودکان ناشنوا تأثیرگذار بود. در پژوهشی که توسط Psychogiou و همکاران (۲۵) انجام شد، نتایج نشان داد که شفقت به خود در والدین افسرده با مشکلات فرزندان رابطه معکوس داشت. مطالعات فوق نشان می دهد تا کنون تاثیر «واقعیت درمانی گروهی» و «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» مورد بررسی و توجه پژوهشگران قرار نگرفته و در این زمینه خلأ وجود دارد. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت درمانی گروهی» بر تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند در خودمانده بود.

استفاده والدین از راهبردهای منفی حل تعارض بر ادراک کودک از خود و دیگران تأثیر گذاشته و مانع از برقراری یک رابطه مؤثر با دیگران می شود (۱۳).

مراقبت های اضافه که برخی از این کودکان به والدین خود به ویژه مادران تحمیل می کنند، بر نحوه تعامل و رفتارهای والدین تأثیر می گذارد. بروز مشکلات در فرزندان، اختلال های عاطفی و مشکلات اقتصادی بسیاری را در خانواده ایجاد می کند. در نتیجه چنین وضعیتی هر یک از اعضای خانواده دچار بحران هایی ناشی از وجود فردی معلول می شوند و این می تواند بر مسئولیت پذیری (responsibility) زندگی این کودکان و به ویژه مادران آن ها تأثیر گذار باشد. در این بین، «واقعیت درمانی» (Reality Therapy) با تأکید بر مسئولیت پذیری و اصول انتخاب، به مادران دارای کودک در خودمانده کمک می کند تا این مادران انتخاب های مناسبی داشته باشند و متوجه باشند که می توانند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی رهایی یابند. در واقع افراد از طریق انتخاب های مناسب، مسئولیت رفتارشان را به عهده می گیرند (۱۴). «واقعیت درمانی» مجموعه ای از روش ها و ابزارهایی است برای کمک به والدین، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب های مخرب به سازنده، و از همه مهم تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود. در این رویکرد، به دست آوردن کنترل روی انتخاب ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب ها و برآورد نیازها موضوع درمان قرار دارد. واقعیت درمانی به فرد کمک می کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب هایش روبرو شود و درک کند که خود (نه دیگران و دنیا) در مشکلاتش نقش دارد. اوست که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست یزد (۱۵). هدف اصلی «واقعیت درمانی» تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا رفتار غیرمسئولانه انسان موجب ناراحتی او می شود (۱۶). در این راستا، نیلی احمد آبادی و همکاران (۱۷) چنین نشان دادند که برنامه آموزشی فرزندپروری با تأکید بر «نظریه انتخاب» (Choice Theory) می تواند در بهبود رابطه والد-فرزندی و رضایت از زندگی، مؤثر باشد. بقایی و همکاران (۱۸) چنین نتیجه گرفتند که می توان از آموزش «واقعیت درمانی گروهی» به عنوان روشی مؤثر و مفید در افزایش افزایش انعطاف

## روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری ۳ ماه بعد و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام مادران دارای فرزند درخود مانده در سطح یک ایتسم بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به ۸ مرکز مشاوره و روان درمانی کودکان درخودمانده در شهر تهران مراجعه کردند. از میان آن ها ۴۵ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. هر یک از این مراکز در منطقه‌ای متفاوت در تهران قرار داشت تا نتایج محدود به یک منطقه از تهران نباشد. با مراجعه به جدول Cohen (۲۶) با توجه به تعداد گروه ها  $U=3$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون  $0/8$  و اندازه اثر  $0/4$  تعداد نمونه معادل ۱۲ تن برای هر گروه بدست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ تن برای هر گروه تعیین شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از مادران دارای فرزند دچار اختلال طیف درخودمانده در سطح یک ایتسم (که تشخیص آن توسط روانپزشک صورت گرفت) و عدم دارا بودن اختلالات شدید روانشناختی و کسب نمره کمتر از ۸۰ (از ۱۵۰ نمره) از «مقیاس رابطه والد- کودک» بود. معیار خروج از پژوهش شامل انصراف از ادامه همکاری و مصرف داروهای روانپزشکی ذکر شده در پرونده بیماران بود. به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات مادران، تعداد فرزندان بود.

«مقیاس رابطه والد- کودک» (Child-Parent Relationship Scale) که توسط Pianta در دانشگاه ویرجینیای در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است (۲۷). پرسشنامه شامل ۳۳ عبارت است با ۳ زیر مقیاس تعارض (conflict) با ۱۸ عبارت شامل عبارت های ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۲ و ۳۳، پیوستگی (affiliation) دارای ۹ عبارت شامل عبارت های ۱، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۹ و ۳۰ و وابستگی (dependence) دارای ۶ عبارت شامل عبارت های ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۲ می باشد. پاسخ دهی در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از، قطعاً در مورد من صدق نمی کند= ۱ تا قطعاً در مورد من صدق می کند= ۵، مورد ارزیابی قرار می- دهد. برای به دست آوردن نمره کلی، زیر مقیاس تعارض و وابستگی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند.

در این ابزار حداقل نمره ۳۳ و حداکثر نمره ۱۶۵ است. کسب نمره بالاتر زیرمقیاس تعارض به معنای کشمکش با یکدیگر، عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش بیشتر یکدیگر است و نمره پایین به معنای روابط مثبت تر و سازنده تر است. نمره بالا در زیرمقیاس پیوستگی برداشت مثبت تر والدین از میزان گرمی و محبت بین خود و فرزندان را نشان می دهد و نمره پایین به معنای کاسته شدن از میزان گرمی و محبت میان والدین و فرزندان است. نمره بالاتر در زیرمقیاس وابستگی میزان بالاتری از وابستگی ناپهنجار مادر و کودک را نشان می دهد و نمره پایین از میزان وابستگی ناپهنجار مادر و کودک می کاهد (۲۷).

Pianta (۲۷) ویژگی های روانسنجی «مقیاس رابطه والد- کودک» را بر روی نمونه ای شامل ۷۱۴ کودک  $4/5$  تا  $5/5$  سال ساکن در Boston آمریکا مورد بررسی قرار داده است. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۳ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با  $0/72$  گزارش شد. Driscoll & Pianta (۲۸) ویژگی های روانسنجی «مقیاس رابطه والد- کودک» را بر روی نمونه ای شامل ۵۶۳ پدر و مادر دارای فرزند  $4/5$  سال ساکن در Boston آمریکا مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس رابطه والد- کودک» را با «فهرست رفتاری کودک» (Child Behavior Checklist) در دامنه ای از  $0/19$  تا  $0/52$  گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق در دامنه ای از  $0/69$  تا  $0/84$  گزارش شد.

صف آرا و همکاران (۲۹) ویژگی های روانسنجی «مقیاس رابطه والد- کودک» را بر روی نمونه ای شامل ۱۵۴ مادر دارای فرزند ۳ تا ۶ سال ساکن در منطقه ۵ شهر شیراز مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، ۳ عامل تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با  $0/86$  گزارش شد. یاریگر روش و همکاران (۳۰) ویژگی های روانسنجی «مقیاس رابطه والد- کودک» را بر روی نمونه ای شامل ۳۲۳ مادر دارای فرزند ۳ تا ۷ سال ساکن در مناطق شهر تهران مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس رابطه والد- کودک» را با «پرسشنامه توانایی ها و مشکلات کودکان» (Strengths and Difficulties Questionnaire) برای زیرمقیاس های

## کیمیا پیغان و همکاران

ایجاد شفقت، نحوه تصویرپردازی در مورد خود شفقت ورز، تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، بهوشیاری) در این جلسه بررسی شد. جلسه هشتم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پذیرش زندگی و قدردانی از جنبه های مثبت آن به افراد آموزش داده شد.

«واقعیت درمانی گروهی» براساس پروتکل واقعیت درمانی Watson و همکاران (۳۱) و در ایران شیشه فر و همکاران (۱۴) انجام شده است. روش فوق در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد و خلاصه آن به شرح زیر است:

### محتوای جلسات «واقعیت درمانی گروهی»

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقراری رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه (مشارکت فعالانه، حضور منظم، رازداری، عدم پذیرش عذر و بهانه، متعهد بودن به اجرای برنامه ها). در این جلسه مادران با مبانی نظریه واقعیت درمانی (Reality Therapy) و اهمیت تعامل والد کودک در رابطه با کودک درخودمانده و محیط زندگی آشنا شدند.

جلسه دوم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ مفاهیم نظریه واقعیت درمانی آموزش داده شد. چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما که شامل ۱. ما چرا رفتار می کنیم؟ ۲. ما چگونه رفتار می کنیم؟ ۳. توضیح اینکه هرچه از ما سر می زند یک رفتار است و همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است. ۴. هدف تمام رفتارهای ما ارضای یکی از نیازهای اساسی ماست. ۵. پنج نیاز اساسی به گروه و کمک به اعضا برای شناخت نیمرخ قدرت نیازهای خود بود و توضیحات اعضا در رابطه با رفتارهایشان بررسی شد.

جلسه سوم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ رفتار کلی بررسی و افراد با ۴ مولفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) آشنا شدند.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تعارضات ۴ گانه توضیح داده شد.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ رفتارهای تخریب گر و سازنده روابط معرفی شد و زندگی کردن در زمان حال آموزش داده شد.

جلسه ششم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ اصول ده گانه نظریه انتخاب، آموزش داده شد.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ در این جلسه کاربرد آموخته ها برای خلق زندگی و روابط بهتر

تعارض، پیوستگی و وابستگی به ترتیب ۰/۲۷، ۰/۱۵، ۰/۲۸ - گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق برابر با ۰/۷۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر به روایی و پایایی پژوهش های پیشین بسنده شد.

«گروه درمانی مبتنی بر شفقت» براساس کتاب خودشفقت ورزی Neff طبق برنامه جلسات درمانی نوری و شهایی (۲۲) و Psychogiou و همکاران (۲۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای طراحی و اجرا شد. خلاصه آن به شرح زیر است:

### محتوای جلسات «گروه درمانی مبتنی بر شفقت»

جلسه اول: آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت های اعضای گروه و همدلی اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، مختصری از الگوی درمانی شفقت ورزی توضیح داده شد.

جلسه دوم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ بررسی نوع برخورد اعضا با خود (انتقادگر یا شفقت گر، تعریف خود انتقادی، شرم و گناه و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و مشاهداتی که باعث شد این درمان به وجود بیاید. در این جلسه مهربانی و مهر ورزیدن تمرین شد.

جلسه سوم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل؛ شفقت به خود چیست؟ ویژگی ها و مهارت های آن، چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد و سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن ها باهم بررسی شد.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ مفهوم ذهن آگاهی (بهوشیاری)، منطق آن و نحوه اجرای تمرین های آن (تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن ها بدون هیچ واکنشی) آموزش داده شد. جلسه پنجم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ در این جلسه مادران تحت آموزش مدیریت احساسات و عواطف دشوار قرار گرفتند.

جلسه ششم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرپردازی ذهنی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی های شفقت گر) و چگونگی برخورد با چالش ها و روابط بین فردی آموزش داده شد.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ پرورش خود شفقت ورز و مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در

بررسی شد.

جلسه هشتم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ میزان پیشرفت مادران ارزیابی شد و آموزش‌ها و تمرین‌هایی برای ماندگاری آموخته‌ها ارائه شد.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ کد اخلاق، از سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر در مراکز مشاوره و روان‌درمانی کودکان درخودمانده پخش شد. در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به ۸ مرکز مشاوره و روان‌درمانی کودکان درخودمانده در شهر تهران به روش در دسترس مراجعه شد.

پس از تماس با مادران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و اعلام همکاری، از والدین این کودکان برای جلسه توجیهی و اعلام رضایت کتبی، دعوت به عمل آمد. در جلسه توجیهی پرسشنامه جمعیت شناختی توسط مادران تکمیل شد و در نهایت ۴۵ تن براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی به روش قرعه‌کشی شرکت‌کننده‌ها، در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد، ابزار پژوهش به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه‌های مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات حضوری «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت‌درمانی گروهی» قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. جلسات درمانی به صورت ۲ جلسه در هفته و ۴ هفته هر جلسه به مدت ۹۰

دقیقه برای هر گروه مداخله برگزار گردید.

برای جلوگیری از تداخل گروه‌ها، جلسات در روزهای مجزا انجام گرفت. پس از پایان جلسات گروه درمانی بر روی هر ۳ گروه مداخله و کنترل، در یک جلسه پس‌آزمون، مجدداً «مقیاس رابطه والد-کودک» اجرا شد و ۳ ماه بعد، در مرحله پیگیری، مجدداً اجرای پرسشنامه برای گروه‌های درمانی تکرار گردید. به جهت رعایت اصول اخلاقی اهداف پژوهش به طور کامل به شرکت‌کنندگان شرح داده شد و به آن‌ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات در خصوص جبران آسیب روانی، اجتماعی، جسمی یا مالی احتمالی یا تصادفی به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری خی دو، «تحلیل واریانس» (Analysis of variance) و «تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر» (Analysis of variance with repeated measures design) و آماره فیشر (Fisher statistic) و برای آزمون پیش‌فرض‌های آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk Test)، آزمون لوین (Levene's test)، آماره ام باکس (M.Box) و «آزمون کرویت موخلی» (Mauchly's Sphericity Test) و آزمون تعقیبی بنفرونی (Bonferroni post hoc Test) سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

## یافته‌ها

توزیع فراوانی و مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در ۳ گروه پژوهشی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی و مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در ۳ گروه پژوهشی

متغیر	گروه پژوهشی		
	کنترل	«واقعیت‌درمانی گروهی»	«گروه درمانی مبتنی بر شفقت»
سن	۴	۲	۲
	۹	۱۱	۱۱
	۲	۲	۲
میزان تحصیلات	۱۰	۱۰	۹
	۵	۵	۶
تعداد فرزندان	۹	۹	۹
	۴	۵	۵
	۲	۱	۱

## کیمیا پیغان و همکاران

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیرهای پیوستگی، وابستگی، تعارض و نمره کلی برقرار نبود. در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت روابط بین متغیرها از پراکندگی یکسان برخوردار هستند.

جدول ۲ میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف و به تفکیک در شرکت کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل، در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بیشترین تعداد افراد از نظر سنی در محدوده‌ی ۳۰-۳۹ سال قرار دارند. از نظر میزان تحصیلات نیز دارای دیپلم و کمتر از آن می‌باشند و غالباً دارای ۲ فرزند هستند.

در ادامه پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ام. باکس و لوین برای هیچ یک از مراحل پژوهش معنادار نبود، بنابراین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای پیوستگی، وابستگی، تعارض و نمره کلی در ۳ مرحله رعایت شده بود.

جدول ۲: میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف و به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مرحله	گروه "درمانی مبتنی بر شفقت"		گروه "واقعیت درمانی گروه"		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیوستگی	قبل	۵۳/۲۴	۱۵/۵	۶۰/۲۸	۷/۱۹	۴/۵۸
	بعد	۸۰/۳۰	۵۵/۳	۵۳/۳۴	۴/۶۶	۴/۷۵
پیگیری	قبل	۷۳/۳۰	۰۶/۳	۷۳/۳۴	۳/۴۹	۴/۵۲
	بعد	۴۷/۱۶	۴۱/۴	۰۰/۲۰	۴/۷۵	۳/۹۴
وابستگی	قبل	۴۰/۱۶	۴۰/۱	۲۷/۱۸	۳/۷۳	۳/۹۰
	بعد	۳۳/۱۶	۶۸/۱	۲۰/۱۸	۳/۶۹	۳/۹۰
تعارض	قبل	۱۳/۶۱	۲۱/۷	۸۰/۶۳	۱۰/۴۰	۳/۵۲
	بعد	۴۷/۵۷	۲۷/۴	۴۰/۴۹	۴/۵۲	۶/۶۲
نمره کل رابطه کودک-والد	قبل	۹۳/۴۸	۲۸/۲	۳۳/۴۹	۳/۸۳	۴/۸۰
	بعد	۶۷/۱۰۶	۴۶/۱۰	۶۷/۸۸	۱۲/۳۶	۱۵/۶۰
پیگیری	قبل	۶۷/۱۰۶	۶۰/۴	۲۷/۱۰۸	۷/۴۹	۸/۷۹
	بعد	۶۷/۱۰۶	۷۰/۴	۲۷/۱۰۹	۶/۵۲	۶/۶۳

کل رابطه والد کودک در هر ۲ گروه مداخله افزایش داشته است (جدول ۲).

جدول ۳ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت درمانی گروهی» با یکدیگر و با گروه کنترل برای زیرمقیاس پیوستگی و نمره کلی رابطه والد-کودک بود.

میانگین متغیرهای مورد بررسی در گروه کنترل در طی زمان تغییرات قابل ملاحظه‌ای نداشته است ولی میانگین متغیر پیوستگی نمره بعد از مداخله در هر دو گروه افزایش داشته است. میانگین وابستگی هم در گروه واقعیت درمانی گروهی کمی کاهش داشته است ولی در گروه درمانی مبتنی بر شفقت کاهش قابل ملاحظه‌ای نداشته است. میانگین تعارض در هر ۲ گروه کاهش داشته است. نمره



جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیوستگی	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	-۳/۹۲	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱
	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	۳/۳۹	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱
	"واقعیت درمانی گروهی"	۷/۳۱	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱
تعارض	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	۰/۱۶۶	۰/۲۴۳	۱/۰۰
	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	-۹/۹۲	۰/۲۴۳	۰/۰۰۱
	"واقعیت درمانی گروهی"	-۱۰/۰۸	۰/۲۴۳	۰/۰۰۱
نمره کل	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	-۲/۱۳	۰/۱۸۹	۰/۰۰۱
	"گروه درمانی مبتنی بر شفقت"	۱۰/۹۹	۰/۱۸۹	۰/۰۰۱
	"واقعیت درمانی گروهی"	۱۳/۲۱	۰/۱۸۹	۰/۰۰۱
متغیر	تفاوت زمانها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیوستگی	پیش‌آزمون	-۴/۴۸	۰/۱۷۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۴/۰۷	۰/۱۸۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۴۱۵	۰/۱۲۵	۰/۰۱۸
تعارض	پیش‌آزمون	۹/۰۸	۰/۱۲۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۸/۵۹	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۰/۴۹۱	۰/۰۸۸	۰/۰۰۱
نمره کل	پیش‌آزمون	-۱۳/۳۹	۰/۱۲۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۱۲/۴۶	۰/۱۲۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۹۲۶	۰/۱۶۲	۰/۰۰۱

مشکلات فرزندان تأثیر کمتری بر رفتار آن‌ها داشته باشد و میزان گرمی و محبت میان مادران و فرزندان‌شان افزایش یابد.

نتایج مطالعه حاضر با یافته حاصل از پژوهش‌های نیلی احمدآبادی و همکاران (۱۷)، شیشه‌فر و همکاران (۱۴) و امام‌دوست و همکاران (۱۹) همسو است. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت واقعیت‌درمانی این‌باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می‌تواند برای برآوردن نیازهای اساسی خود شامل تعلق خاطر و رغبت اجتماعی (عشق)، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقاء و با ارزیابی خود خطاهایش را در برآوردن این‌نیازها تصحیح کند. این کنترل از راه یادگیری ایجاد می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب‌شناسی روانی آغاز خواهد شد که به معنای ارضای ناموفق این‌نیازها از راه تکرار انتخاب‌های نادرست گذشته است. بنابراین، به دست آوردن کنترل روی انتخاب‌ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب‌ها باید آموزش داده شود (۳۳). همسو با این‌نتایج، امام‌دوست و همکاران (۱۹) چنین‌عنوان

جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای زیرمقیاس‌های پیوستگی و تعارض و همچنین نمره کلی رابطه والد-کودک و نشان‌دهنده تأثیر مثبت «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت‌درمانی گروهی» در گروه‌های مداخله و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «گروه درمانی مبتنی بر شفقت» و «واقعیت‌درمانی گروهی» بر تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد «واقعیت‌درمانی گروهی» بر زیرمقیاس‌های پیوستگی و تعارض و تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده اثربخش بود؛ به عبارت دیگر، «واقعیت‌درمانی گروهی» توانسته بود بر تعامل والد-کودک اثرگذار باشد. لذا «واقعیت‌درمانی گروهی» توانسته در مادران رفتار مسئولانه ایجاد کند. در نتیجه مادران توانسته‌اند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و

دهند. زمانی که این افراد مشکلاتی را در ارتباط با احساس «حمله به خود» تجربه می‌کنند، شفقت به خود می‌تواند به آن‌ها کمک کند که کاربردها و ریشه‌های احتمالی این حملات را پیدا کنند. زمانی که خود به سختی مورد قضاوت قرار گرفته است، هشیاری به خود شدیدتر شده و احساس خود تشدید یافته، در خدمت احساس انزوای بیشتر عمل می‌کند افرادی که نمی‌توانند شفقت به خود را در خودشان بالا ببرند، احساس می‌کنند، بیشتر با حالت آرمانی فاصله دارند و روند نشخوار فکری آن‌ها افزایش می‌یابد (۳۷). انسان‌هایی که نسبت به خود، شفقت دارند، درک می‌کنند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه های سخت زندگی غیرقابل اجتناب است. بنابراین، آن‌ها زمانی که با تجارب سخت زندگی مواجه می‌شوند به جای، آنکه از نرسیدن به ایده آل هایشان عصبانی شوند، تمایل دارند که با خود با مهربانی رفتار نمایند (۳۸). همسو با این نتایج نوری و شهایی (۲۲) نتیجه گرفتند که مادران دارای خودشفقت ورزی بالا در موقعیت‌های مختلف و چالش‌انگیز کارآمد عمل می‌کنند و به واسطه مهربانی که نسبت به خود دارند، شایستگی‌هایشان را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند. بدین ترتیب، در طول جلسات خودشفقت ورزی مادران آموختند که وقتی به مبارزه با رنج هیجانی می‌پردازند، در دام آن گرفتار می‌شوند. احساسات سنگین، به یک عامل ویرانگر تبدیل می‌شوند و ذهن، بدن، و روان مادر را به چالش می‌کشند. احساسات گیر می‌کنند (در لحظه متوقف می‌شوند) و مادر نیز در آن‌ها گرفتار می‌شود. آنچه که این مادران قادر به درک آن نیستند این مسئله است که بسیاری از این محنت‌ها در نحوه ارتباط او با «نامالایمات اجتناب ناپذیر» زندگی ریشه دارد. هنگامی که مادر می‌آموزد با مهربانی به استقبال درد هیجانی برود، تغییر به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد. هنگامی که به مشکلی نظیر تشدید مشکلات بین خود و کودک بر می‌خورد یا احساس بدی دارد، به جای سرزنش، انتقاد و تلاش برای تغییر خود (با دیگران، یا کل دنیا)، می‌تواند با پذیرش خود شروع کند. چنین به نظر می‌رسد از آنجایی که خودشفقت‌ورزی به عنوان یک عامل مثبت و مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود، موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب

داشته اند که «واقعیت درمانی گروهی» به مادر کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب‌هایش روبرو شود و با ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت بخش تری داشته باشد (۳۲).

براساس «نظریه انتخاب» عدم موفقیت در دستیابی به نیازهای اساسی سبب می‌شود رفتار شخص از هنجارها عدول کند. براساس «نظریه انتخاب» آن چه به عنوان بیماری خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند (۳۴). اگر انسان انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند، در نهایت به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت بخش تر دست یابد (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد «گروه درمانی مبتنی برشفقت» بر زیرمقیاس‌های پیوستگی و تعارض و تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده اثربخش بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های نوری و شهایی (۲۲)؛ زمانی مزد و همکاران (۲۳)؛ عزیزی و همکاران (۴۲) و Psychogiou و همکاران (۵۲) همسو می‌باشد. «گروه درمانی مبتنی برشفقت» مخصوصاً برای درمان افرادی که هیجان‌های منفی بالایی را تجربه می‌کنند، شرم و خود انتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند درست نظیر آنچه که در مادران دارای فرزند درخودمانده مشاهده می‌شود، مناسب است. این مشکلات مرتبط با شرم و خود انتقادگری اغلب ریشه در آزار دیدگی، نادیده گرفته شدن و یا کمبود محبت در خانواده دارد. با استفاده از شفقت به خود می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند. طبق روش شفقت به خود، افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام شود (۶۳) و بدین ترتیب شفقت به خود به مادران کمک می‌کند تا دیدگاهی غیرقضاوتی و بدون سرزنش را پرورش

بر تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده اثربخش بودند و بین اثربخشی بر زیرمقیاس پیوستگی و نمره کلی رابطه والد-کودک تفاوت وجود داشت. پیشنهاد می شود، درمانگران از «گروه درمانی مبتنی برشفقت» و «واقعیت درمانی گروهی» برای تقویت و اصلاح رابطه مادر-کودک، کودکان در خودمانده در نظر بگیرند تا در کنش‌های روزمره، اجتماعی و تحصیلی آن‌ها و همچنین زندگی خانوادگی شان بهبود حاصل شود. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه گیری رابطه والد-کودک استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار کرده باشند و لذا جانب احتیاط باید رعایت شود.

### سیاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دکتری کیمیا پیغان در رشته روانشناسی عمومی، با راهنمایی آقای دکتر آدیس کراسکیان موجمباری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که در تاریخ ۱۳۹۷/۶/۲۱ با کد IR.HUMS.REC.1397.038 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> ثبت شده است. بدین وسیله از همه مادرانی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی گزارش نکردند.

معمول بشری است، می‌شود. خودشفقت ورزی با آموزش ذهن مشفق به این مادران کمک می کند که در هر شرایطی از خودپذیری و شفقت به خود برخوردار باشند که موجب کاهش خودسرزنش گری و تجربه هیجان های منفی در این افراد در شرایط بحرانی می شود و بدین ترتیب رابطه ای مثبت را با کودک خود تجربه کند که تعارضات کمتری در آن به چشم می خورد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اثربخشی «گروه درمانی مبتنی برشفقت» و «واقعیت درمانی گروهی» بر زیرمقیاس پیوستگی تعامل والد-کودک در مادران دارای فرزند درخودمانده تفاوت وجود دارد و «واقعیت درمانی گروهی» از اثربخشی بیشتری برخوردار است. این بخش نیز با نتایج به دست آمده از پژوهش شیشه فر و همکاران (۱۳) همراستا است. آن‌ها نیز چنین نتیجه گرفتند که انتخاب‌های نامناسب در زندگی افراد به این جهت است که در حقیقت برای رفع نیازهای خود غیرمسئولانه عمل می‌کنند که موجب کاهش صمیمیت و پیوستگی در روابط آن‌ها می شود و به همین دلیل شرکت در جلسات واقعیت درمانی موجب شد این مادران مسئولیت خود را در ارتقای رابطه خود با کودک شان بپذیرند. براساس «نظریه انتخاب»، انسان ۲ نیاز اساسی دارد: یکی دوست داشتن و دیگری دوست داشته شدن. شکست در برقراری ارتباط عاطفی با دیگران باعث می شود تا فرد این نیاز در خود را انکار کند و از ارتباط با افراد دیگر و درگیری با آن‌ها دوری جوید (۹۳) و بدین سبب «واقعیت درمانی گروهی» موجب می شود که این مادران پیوستگی و صمیمیت را در روابط خود با فرزندشان جستجو کنند.

### نتیجه گیری

«گروه درمانی مبتنی برشفقت» و «واقعیت درمانی گروهی»

### References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000> <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Babaei Kafaki H, Hassanzadeh R, Fakhry M. Comparison of the effectiveness of Effective Therapeutic Methods in autism spectrum

disorders. Clinical Excellence. 2018; 7 (4) :51-60 URL: <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-376-fa.html>

3. Najafabadi MG, Sheikh M, Hemayattalab R, Memari AH, Aderyani MR, Hafizi S. [The effect of SPARK on social and motor skills of children with autism]. Pediatrics and Neonatology. 2018;59(5):481-487. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957216304053> <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.12.005>
4. Loukusa S, Makinen L, Kuusikko-Gauffin

- S, Ebeling H, Leinonen E. Assessing social-pragmatic inferencing skills in children with autism spectrum disorder. *Journal of Communication Disorders*. 2018;73:91-105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29576384/> <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.01.006>
5. Zahedi Abqari Fatemeh, Akochchikian Mansoureh. The influence of environmental factors and immune disorders in creating autistic behaviors (review article). *Razi Medical Sciences (Journal of Iran University of Medical Sciences)*. 2015 [cited 2022July11]; 23(153):26-34. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=>
  6. Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. An overview of Autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. *Neuroscience bulletin*. 2017;33(2):183-93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213805/> <https://doi.org/10.1007/s12264-017-0100-y>
  7. Shojaee S. [Challenges facing families with children with Autism spectrum disorders]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2015;2(1):71-81. [http://childmentalhealth.ir/browse.php?a\\_code=A-10-65-2&slc\\_lang=fa&sid=1](http://childmentalhealth.ir/browse.php?a_code=A-10-65-2&slc_lang=fa&sid=1)
  8. Linwood AS. Parent-child Relationships. In: Krapp K, Wilson J, editor. *The Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy Through Adolescence*. Detroit: Gale; 2006.
  9. Brinkmeyer M, Eyberg SM. *Parent-Child Interaction Therapy for Oppositional Children*: Guilford Press; 2003. <https://psycnet.apa.org/record/2003-88002-011>
  10. Martel MM. Chapter 3 - Theories of oppositional defiant disorder. In: Martel MM, editor. *The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder*: Academic Press; 2019. p. 31-42. <https://www.elsevier.com/books/the-clinicians-guide-to-oppositional-defiant-disorder/martel/978-0-12-815682-7> <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815682-7.00003-3>
  11. Bornstein MH, Suwalsky JTD, Breakstone DA. Emotional relationships between mothers and infants: Knowns, unknowns, and unknown unknowns. *Development and Psychopathology*. 2012;24(1):113-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3426791/> <https://doi.org/10.1017/S0954579411000708>
  12. Orouji Aghdam Z, Atadokht A, Basharpour S. [The effectiveness of parent-child relationship-based Game Therapy on quality of life in preschool children]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(3):1-9. <https://www.sid.ir/EN/JOURNAL/ViewPaper.aspx?ID=801779>
  13. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. [Investigating the causal relationship of parents' physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with oppositional defiant disorder mediated by parent-child relationship and empathy]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016;3(3):43-58. <http://childmentalhealth.ir/article-1-139-en.html>
  14. Shishefar S, Kazemi F, Pezeshk Sh. [The effectiveness of Reality Therapy training to increase happiness and responsibility in the mothers of children with Autism disorder]. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2017;7(27):53-77. [https://jpe.atu.ac.ir/article\\_8235.html?lang=en](https://jpe.atu.ac.ir/article_8235.html?lang=en)
  15. Glasser W. *For Parents and Teenagers: Dissolving the Barrier between You and Your Teen*. New York: Harper Perennial; 2003. <https://www.amazon.com/Parents-Teenagers-Dissolving-Barrier-Between/dp/0060007990>
  16. Habibi K, Alimohammadzadeh K, Hojjati H. [The effect of group reality therapy on the coping of spouses of veterans with post-traumatic stress disorder]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018;6(6):1-7. [https://mail.jhpm.ir/browse.php?a\\_id=798&sid=1&slc\\_lang=en](https://mail.jhpm.ir/browse.php?a_id=798&sid=1&slc_lang=en) <https://doi.org/10.21859/jhpm-07041>
  17. Nili Ahadabadi Z, Bagheri F, Salimi Bajestani H. Effectiveness of instructional plan of child-rearing with emphasis on Choice Theory on improvement of parent-child relationship and life-satisfaction of mothers. *Cluture Counselinhg*. 2019; 10 (39): 99-122. 10.22054/qccpc.2019.43869.2168
  18. Baghai Lake, Mojdeh and Haghghi, Nima and Jamali, Sayeda Khadijah, 2018, Application of Group Reality Therapy for mothers with autistic children: Effects on flexibility and psychological well-being. 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran, <https://civilica.com/doc/982062>
  19. Emamdoost Z, Teimory S, Khoynezhad GR, Rajaei AR. [Comparison of effectiveness of

- mindfulness based Cognitive Therapy and Reality Therapy in attitudes of parents toward their children in mothers of children with Autism spectrum disorders]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;62(5.1):722-31. <https://www.sid.ir/EN/JOURNAL/ViewPaper.aspx?ID=742372>
20. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24588760/> <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
  21. Kamalinasab Z, Mohammadkhani P. [A comparison of self-compassion and self-esteem based on their relationship with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies]. *Practice in Clinical Psychology*. 2018;6(1):9-20. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-378-fa.html> <https://doi.org/10.29252/nirp.jpcp.6.1.9>
  22. Nuri HR, Shahabi B. [The effectiveness of self-compassion training on increase of mothers' resiliency with autistic children]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(3):118-26. [http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article\\_538049\\_en.html](http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_538049_en.html)
  23. Zamani Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Babaei Gharmkhani M. [The effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children]. *Depiction of Health*. 2019;9(4):233-43. <https://doh.tbzmed.ac.ir/Article/doh-233>
  24. Azizi M, Sepehri S, Demheri F. [Effect of acceptance and commitment therapy combined with Compassion-Focused Therapy on behavioral problems and mother-child interactions in children with hearing impairment]. *Auditory and Vestibular Research*. 2021;30(40):1-8. <https://avr.tums.ac.ir/index.php/avr/article/view/944>
  25. Psychogiou L, Legge K, Parry E, Mann J, Nath S, Ford T, et al. Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness*. 2016;7(896-908). <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6>
  26. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers 1988, [https://www.scirp.org/\(S\(1z5mqp453edsnp55rrgjet55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2041144](https://www.scirp.org/(S(1z5mqp453edsnp55rrgjet55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2041144)
  27. Pianta RC. *Child-Parent Relationship Scale (CPRS)*. Charlottesville, VA: University of Virginia; 1992. <https://effectiveservices.force.com/s/measure/a007R00000v8QbbQAE/pianta-childparent-relationship-scale>
  28. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*. 2011;7(1):1-24. <https://psycnet.apa.org/record/2013-00755-001>
  29. Safara M, Pourshahriyari M, Rezaee Dehshibi Z, Khanbabaee M. [The correlation between mothers' knowledge of non-verbal communication on mother-child relationship]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2019;21(3):167-73. [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_14248.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_14248.html?lang=en)
  30. Yarigaravesh M, Ameri F, Farah Bidjari A, Dehshiri G. [Pathological use of social networking sites in mothers: A quantitative and qualitative study]. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2020;17(1):63-82. [http://qjfr.ir/browse.php?a\\_id=1417&slc\\_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1](http://qjfr.ir/browse.php?a_id=1417&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1)
  31. Watson ME, Dealy LA, Todorova ILG, Tekwani Sh. *Choice Theory and Reality Therapy: Applied by health professionals*. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 2014; 18 (2): 31-51. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/25\\_IJCTRT\\_SPRING2011.PDF&ved=2ahUKEwji7\\_Dpwwf4AhV-nf0HHWsiBokQFnoECAkQAQ&usg=AOvVaw1\\_pZrvyaBEeFe7j2obZa9R](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/25_IJCTRT_SPRING2011.PDF&ved=2ahUKEwji7_Dpwwf4AhV-nf0HHWsiBokQFnoECAkQAQ&usg=AOvVaw1_pZrvyaBEeFe7j2obZa9R)
  32. Glasser W. *Counseling with Choice Theory*. New York: Harper Perennial; 2001. [https://www.amazon.com/Counseling-Choice-Theory-William-Glasser/dp/0060953667/ref=sr\\_1\\_2?crid=3CJ7U3I4W0PEP&dchild=1&keywords=real+ity+therapy&qid=1630492965&sprefix=reality+the%2Caps%2C414&sr=8-2](https://www.amazon.com/Counseling-Choice-Theory-William-Glasser/dp/0060953667/ref=sr_1_2?crid=3CJ7U3I4W0PEP&dchild=1&keywords=real+ity+therapy&qid=1630492965&sprefix=reality+the%2Caps%2C414&sr=8-2)
  33. Robey P, Burdenski TK, Britzman M, Crowell J, Cisse GS. Systemic applications of Choice Theory and Reality Therapy: An interview with Glasser Scholars. *The Family Journal*. 2011;19(4):427-33. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066480711415038> <https://doi.org/10.1177/1066480711415038>

34. Glasser W. Take charge of your life: How to get what you need with Choice Theory Psychology. United States: IUniverse Publishing; 2013. <https://www.amazon.com/Take-Charge-your-Life-Psychology/dp/1462037437>
35. Glasser C. A Choice Theory Psychology Guide to Happiness: How to Make Yourself Happy (The Choice Theory in Action Series). Independently published; 2019. <https://www.amazon.com/Choice-Theory-Psychology-Guide-Happiness/dp/1071219162>
36. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications; 2010. <https://www.amazon.co.uk/Compassionate-Mind-Approach-Lifes-Challenges-ebook/dp/B0091VFIPG>
37. Gilbert P. The origins and nature of Compassion Focused Therapy. The British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41. <http://cfih.com.au/pdf/Gilbert-2014-The-origins-nature-of-CFT.pdf> <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
38. Klimecki OM, Singer T. Compassion. In: Toga AW, editor. Brain Mapping. Waltham: Academic Press; 2015. p. 195-9. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190464684.001.0001/oxfordhb-9780190464684-e-9> <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397025-1.00178-0>
39. Buck NS. A Choice Theory Psychology Guide to Parenting: The Art of Raising Great Children. United States: Independently published; 2019. <https://www.amazon.com/Choice-Theory-Psychology-Guide-Parenting/dp/1071426141>