

Comparison the Effectiveness of Group Therapy based on Compassion and Group Reality Therapy on Psychological Hardiness in Mothers with Autistic Children

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Kimia Peighan¹
Marjan Hosseinzadeh Taghvai^{2*}
Adis Keraskian³
Parisa Peyvandi⁴

How to cite this article

Kimia Peighan, Marjan Hosseinzadeh Taghvaim Adis Keraskian, Parisa Peyvandi, Comparison the Effectiveness of Group Therapy based on Compassion and Group Reality Therapy on Psychological Hardiness in Mothers with Autistic Children, *Islamic Life Style*. 2023; 6(4):149-156

1. PhD student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author).

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.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email:

marjan.hosseinzadeh@gmail.com

Article History

Received: 2022/08/04

Accepted: 2023/01/15

ABSTRACT

Purpose: The aim of present study was comparison the effectiveness of group therapy based on compassion and group reality therapy on psychological hardiness in mothers with autistic children.

Materials and Methods: The study was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design with control group. The research population was mothers with autistic children referred to counseling and psychotherapy centers for autistic children of Tehran city in the second half of 2018 year. The research sample was 45 people who were selected by available sampling method and randomly with lottery assigned into 2 experimental groups and 1 control group. Each of the experimental groups was trained for 8 sessions of 90 minutes, separately with methods of group therapy based on compassion and group reality therapy and the control group was placed on the waiting list for training. The data were collected with the scale of psychological hardiness (Kobasa et al., 1982) and analyzed with the methods of analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test in SPSS software.

Findings: The findings showed that both intervention methods of group therapy based on compassion and group reality therapy in compared to the control group led to increase the psychological hardiness and all its three components including commitment, control and challenge in mothers with autistic children and the results remained in the follow-up phase ($P < 0.05$), but between the intervention methods there was no significant difference in the increase of psychological hardiness and all its three components among them ($P > 0.05$).

Conclusion: The results indicated the effectiveness of both intervention methods of group therapy based on compassion and group reality therapy on increasing psychological hardiness and all its three components and no significant difference between them. Therefore, the use of the mentioned methods along with other effective treatment methods can play an effective role in improving the psychological hardiness.

Keywords: Group Therapy based on Compassion, Group Reality Therapy, Psychological Hardiness, Mothers, Autistic Children

مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر سخت‌رویی روانشناختی در مادران دارای فرزند درخودمانده

واژگان کلیدی: گروه درمانی مبتنی بر شفقت، واقعیت درمانی گروهی، سخت‌رویی روانشناختی، مادران، درخودمانده.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

* نویسنده مسئول: marjan.hosseinzadeh@gmail.com

مقدمه

اختلال درخودماندگی ریشه عصبی و زیستی دارد و یکی از انواع اختلال‌های عصبی- تحولی است که در دوران کودکی آشکار و سبب نقص یا تأخیر در زمینه تعامل و ارتباط اجتماعی می‌شود (۱). یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی شایع در کودکان، درخودماندگی است که بر اساس ویراست پنجم مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال طیف درخودماندگی به‌عنوان یک اختلال واحد شامل درخودماندگی، نشانگان اسپرگر، ازمگ‌گسیختگی و سایر اختلال‌های تحولی است (۲). اختلال درخودماندگی یکی از عمومی‌ترین ناتوانی‌های تحولی می‌باشد که در سال‌های اولیه کودکی، نقص‌های آن آشکار و زندگی فرد را در دوران کودکی و بزرگسالی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). از ویژگی‌های مبتلایان به اختلال درخودماندگی می‌توان به سطوح بالای اضطراب، تنیدگی، انزوا و بلا تکلیفی در والدین و همشیران فرد درخودمانده اشاره کرد (۴). داشتن یک کودک مبتلا به اختلال از جمله درخودماندگی باعث برهم‌خوردن تعادل و کاهش سلامت و افزایش تنیدگی، سرخوردگی و احساس غم و ناامیدی در اعضای خانواده می‌شود (۵). شواهد بالینی حاکی از آن است که نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی مانند اضطراب، افسردگی و خستگی روانی در مادران کودکان دارای اختلال‌های تحولی (مانند درخودماندگی) در مقایسه با مادران کودک عادی و عقب‌مانده ذهنی بیشتر است (۶).

روش‌های درمانی مختلفی جهت بهبود سخت‌رویی روانشناختی وجود دارد که از جمله می‌توان به گروه درمانی مبتنی بر شفقت (۷) و واقعیت درمانی گروهی اشاره کرد. آموزش گروهی و گروه درمانی علاوه بر کاهش علائم اختلال و بازسازی شخصیت به دلیل افزایش ظرفیت‌های افراد در خودشناسی مستمر اهمیت زیادی دارد در واقع، گروه درمانی فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا از طریق کسب بینش نسبت به خود و جهان گام موثری در جهت بهبود سلامت و کیفیت زندگی بردارند (۸). گروه درمانی مبتنی بر شفقت یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی و یک شیوه انعطافی برگرفته از روانشناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی و دیگر الگوهای درمانی موثر طراحی شده توسط Gilbert است. شفقت به معنای آگاهی از درد و رنج موجود و اتخاذ یک دیدگاه تسکین‌بخش و مشفقانه دارای سه مولفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود یا درک خود به جای قضاوت و انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به ضعف‌ها و بی‌کفایتی‌ها، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا یا اعتراف به اینکه همه افراد ناقص هستند و اشتباه می‌کنند و ذهن آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی یا آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شوند و به مکررا در ذهن تکرار شوند (۹). دو هدف اساسی این شیوه درمانی کاهش خصومت

کیمیا پیغان^۱

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

مرجان حسین زاده^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول).

ادیس کراسکیان موجمباری^۳

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

پریسا پیوندی^۴

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

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر سخت‌رویی روانشناختی در مادران دارای فرزند درخودمانده بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش مادران دارای فرزند درخودمانده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی کودکان درخودمانده شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به کمک قرعه‌کشی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه قرار گرفتند. هر یک از گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌تفکیک با روش‌های گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با مقیاس سخت‌رویی روانشناختی (Kobasa et al., 1982) گردآوری و با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو روش مداخله گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی در مقایسه با گروه گواه باعث افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند درخودمانده شدند و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی‌ماند ($P < 0.05$)، اما بین روش‌های مداخله در افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن در آنها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش مداخله گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن و عدم تفاوت معنادار بین آنها بود. بنابراین، استفاده از روش‌های مذکور در کنار سایر روش‌های درمانی موثر می‌تواند نقش موثری در بهبود سخت‌رویی روانشناختی داشته باشد.

درمانگران و مشاوران از سوی دیگر جهت استفاده از روش‌های آموزشی و درمانی مناسب کمک شایانی کند. با توجه به مطالب مطرح شده، هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر سخت‌رویی روانشناختی در مادران دارای فرزند درخودمانده بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش مادران دارای فرزند درخودمانده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی کودکان درخودمانده شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. طبق جدول و با توجه به وجود سه گروه، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۴۰ حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ تن محاسبه که برای اطمینان از حجم نمونه و با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش، حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر لحاظ شد. بنابراین، نمونه پژوهش حاضر ۴۵ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن فرزند درخودمانده با عملکرد بالا با تشخیص روان‌پزشک، تمایل جهت شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه مربوط به آن، عدم سابقه دریافت خدمات روانشناختی در سه ماه گذشته و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه بودند.

برای انجام این پژوهش پس از انتخاب نمونه‌ها و جایگزینی آنها در سه گروه مساوی ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، به گروه آزمایش اول گروه درمانی مبتنی بر شفقت و به گروه آزمایش دوم واقعیت درمانی گروهی آموزش داده شد و به گروه گواه آموزشی داده نشد و در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مدت زمان مداخله در هر یک از دو گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که روش‌های مداخله در زیر تشریح می‌شوند.

بسته آموزشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر اساس کتاب خودشفقت‌ورزی (Neff 2015) طراحی شد. جلسه اول شامل آشنایی اعضا و درمانگر، بیان انتظارات گروه، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش‌دادن به روایت‌های گروه و همدلی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی اجمالی الگوی درمان مبتنی بر شفقت بود. جلسه دوم به بررسی نوع برخورد اعضا با خود (انتقادگر یا شفقت‌ورز)، تعریف خودانتقادی و احساس شرم و گناه و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و تمرین مهربانی‌کردن و شفقت‌ورزی اختصاص یافت. جلسه سوم شامل پاسخ به سوال شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های مورد استفاده در شفقت‌ورزی، بررسی چگونگی تاثیرگذاری شفقت‌ورزی بر حالات روانی فرد و تشریح سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها با یکدیگر بود. جلسه چهارم به مفهوم ذهن‌آگاهی و منطق آن و تمرین ذهن‌آگاهی (تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آنها بدون هیچ واکنشی) اختصاص یافت. جلسه پنجم شامل آموزش مدیریت عواطف و احساس‌های دشوار بود. جلسه ششم به آموزش تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، تمرین تصویرپردازی ذهنی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر) و آموزش

علیه خود و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خوداطمینانی، خودتسکینی و خودمهربانی در برابر احساس علائم روانشناختی منفی است (۱۰). درمان مبتنی بر شفقت بر این عقیده استوار شده است که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند تا افراد همان‌طور که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهند در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام باشند در این شیوه درمانی از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه درمانی شفقت‌ورز درونی مراجعین با خودشان به جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن و یا خودانتقادی از رابطه مهربانانه، همدردانه و همدلانه استفاده می‌کنند (۹). همچنین، واقعیت درمانی گروهی یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر مواجهه با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت درباره درست یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و دستیابی به هویت موفق طراحی شده توسط Glasser است (۱۱). در روش واقعیت درمانی افراد یادمی‌گیرند که مسئولیت انتخاب‌ها و رفتارهای خود را برعهده بگیرند و بر اساس آن رفتارهایی را انجام دهند که کمترین آسیب و بهترین پیامد را در پی داشته باشد (۱۲). واقعیت درمانی یک چرخه مشاوره‌ای شامل ایجاد یک محیط مشاوره‌ای کارآمد در نتیجه اجرای روش‌هایی برای تغییر رفتار است که به افراد کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها و ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که منجر به ارضای نیازها می‌شود (۱۳).

پژوهش‌های بسیار اندکی درباره اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر سخت‌رویی روانشناختی انجام و پژوهشی درباره مقایسه آنها یافت نشد. برای مثال نتایج پژوهش عبیدی و همکاران (۱۴) نشان داد که واقعیت درمانی گروهی باعث کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش سرسختی روانشناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شد. هیداپور و همکاران (۱۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی شد.

درباره اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت که مادران دارای فرزند درخودمانده به دلیل مسائل فرزند درخودمانده و مشکلات ناشی از آن برای خانواده با مسائل و چالش‌های بسیاری مواجه هستند و در این زمینه مادران بیشتر از پدران با مسائل و چالش‌ها مواجه هستند که دلیل آن مسئولیت بیشتر مادران در مقایسه با پدران جهت مراقبت و نگهداری از فرزندان است. یکی از پیامدهای داشتن فرزند درخودمانده افت و کاهش سخت‌رویی روانشناختی است، لذا باید از روش‌های درمانی موثر جهت افزایش سخت‌رویی روانشناختی در مادران دارای فرزند درخودمانده استفاده کرد و بر اساس بررسی مبانی نظری دو روش احتمال موثر در این زمینه شامل گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بودند که هم پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی واقعیت درمانی بر سخت‌رویی روانشناختی یافت شد و هم پژوهشی درباره مقایسه آنها بر سخت‌رویی روانشناختی یافت نشد. امید است که نتایج این پژوهش بتواند به متخصصان و برنامه‌ریزان سلامت خانواده از یک سو جهت طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی مناسب و به

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه استفاده شد. مقیاس سخت‌رویی روانشناختی توسط **Kobasa, Maddi and Kahn (1982)** با ۲۰ گویه و سه مولفه تعهد (۹ گویه)، کنترل (۷ گویه) و مبارزه‌جویی (۴ گویه) طراحی که برای پاسخ‌دهی به هر گویه چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات وجود دارد که به آنها نمره‌های یک، دو، سه و چهار اختصاص می‌یابد و نمره بیشتر نشان‌دهنده سخت‌رویی روانشناختی بیشتر می‌باشد. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود سه عامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی بود و پایایی مولفه‌ها و کل آن در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۷۰ قرار داشت. در ایران، **Zare and Aminpour (2011)** روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و تایید و پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های تعهد ۰/۸۴، کنترل ۰/۸۲ و مبارزه‌جویی ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های تعهد ۰/۷۹، کنترل ۰/۷۷ و مبارزه‌جویی ۰/۶۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی برای مولفه‌های تعهد ۰/۶۲، کنترل ۰/۶۳ و مبارزه‌جویی ۰/۷۷ و برای کل مقیاس ۰/۶۷ بدست آمد. داده‌ها و با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار **SPSS** در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام و ریزشی در نمونه‌های هیچ‌یک از سه گروه اتفاق نیفتاد. طبق نتایج جدول ۱، بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، تحصیلات و تعداد فرزند تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

چگونگی برخورد با چالش‌ها و برقراری روابط بین‌فردی مناسب اختصاص یافت. جلسه هفتم شامل آموزش نحوه تصویربرداری درباره خودشفقت‌ورزی، تمرکز بر خودشفقت‌ورزی و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و هوشیاری) بود. جلسه هشتم به آموزش پذیرش زندگی و قدردانی از جنبه‌های مثبت آن اختصاص یافت.

بسته آموزشی واقعیت‌درمانی گروهی بر اساس کتاب مشاوره با نظریه انتخاب **Glasser (2001)** طراحی شد. جلسه اول شامل آشنایی اعضا و درمانگر، بیان انتظارات گروه، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی و معرفی اجمالی واقعیت‌درمانی بود. جلسه دوم به آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی، چرایی و چگونگی صدور رفتار، معطوف‌بودن همه رفتارها به نیازهای اساسی، تشریح پنج نیاز اساسی روانشناختی و تشریح ویژگی‌های افراد دارای سخت‌رویی روانشناختی اختصاص یافت. جلسه سوم شامل بررسی رفتار کلی افراد و دلیل آنها و آموزش چهار زیرمقیاس رفتار کلی شامل فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی بود. جلسه چهارم به تشریح تعارض‌های چهارگانه اختصاص یافت. جلسه پنجم شامل بررسی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده روابط و آموزش زندگی‌کردن در زمان حال بود. جلسه ششم به آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب اختصاص یافت. جلسه هفتم شامل کاربست آموخته‌های جلسه‌های قبل برای خلق زندگی بهتر و روابط بهتر در زندگی بود. جلسه هشتم به بررسی میزان پیشرفت مادران و تلاش برای افزایش تغییرهای ایجادشده اختصاص یافت.

لازم به ذکر است که در هر دو روش مداخله گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی گروهی به مادران دارای فرزند درخودمانده تکلیفی مرتبط با آن جلسه داده شد و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی آنها به مادران بازخورد سازنده داده شد.

در این پژوهش علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی از مقیاس سخت‌رویی روانشناختی برای گردآوری داده‌ها در مراحل

جدول ۱. مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران دارای فرزند درخودمانده

متغیر	سطوح	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	واقعیت‌درمانی گروهی	گواه	معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	---	۴۱/۰۰	۶/۵۳	۴۰/۳۱	۸/۳۶
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷
	فوق‌دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
	لیسانس	۳	۲۰	۵	۲۳/۲۳
	بالتر از لیسانس	۵	۳۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
تعداد فرزند	۱ فرزند	۹	۶۰	۹	۶۰
	۲ فرزند	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳
	۳ فرزند	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷

طبق نتایج جدول ۲، میانگین سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی گروه‌های آزمایش در پیگیری افزایش بیشتری داشت.

جدول ۲. نتایج میانگین و انحراف معیار سخت‌رویی روانشناختی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مادران دارای فرزند درخودمانده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تعهد	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	۱۸/۰۰	۲/۷۳	۲۲/۲۰	۳/۲۱	۲۱/۳۳
	واقعیت درمانی گروهی	۱۷/۰۰	۳/۶۸	۲۲/۳۳	۱/۴۵	۲۲/۱۳
کنترل	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	۱۴/۷۳	۲/۸۷	۱۷/۲۷	۲/۵۵	۱۷/۲۰
	واقعیت درمانی گروهی	۱۲/۵۳	۳/۳۶	۱۶/۳۳	۱/۲۹	۱۶/۰۰
مبارزه‌جویی	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	۸/۳۳	۲/۱۳	۹/۴۰	۲/۰۶	۹/۲۰
	واقعیت درمانی گروهی	۶/۸۰	۲/۲۱	۹/۱۳	۱/۸۱	۹/۲۷
سخت‌رویی روانشناختی	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	۴۱/۰۷	۴/۲۷	۴۸/۸۷	۴/۲۲	۴۷/۷۳
	واقعیت درمانی گروهی	۳۶/۳۳	۷/۲۷	۴۷/۸۰	۲/۷۳	۴۷/۴۰
گواه	گروه	۴۰/۹۳	۶/۱۵	۴۱/۱۳	۴/۵۲	۴۱/۷۳
	گواه	۷/۵۳	۲/۲۳	۷/۶۰	۱/۹۹	۷/۶۷

تحلیل‌ها استفاده از شاخص گرینهااس گیزر برای گزارش اثرات زمان و تعامل زمان و گروه ضروری است. طبق نتایج جدول ۳، اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه در متغیر سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی معنادار بود ($P < .05$). بنابراین می‌توان گفت که روش‌های مداخله هم باعث افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شدند و هم نتایج در مرحله پیگیری باقی ماند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که فرض نرمال بودن متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه گروه بر اساس آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف رد نشد ($P > .05$). همچنین، فرض‌های برابری ماتریس‌های واریانس-کوارانس بر اساس آزمون ام‌باکس و برابری واریانس‌های متغیرها بر اساس آزمون لوین رد نشدند ($P > .05$). در مقابل، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها بر اساس آزمون کرویت موخلی رد شد ($P < .001$). بنابراین، در

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی روش‌های مداخله بر سخت‌رویی روانشناختی مادران دارای فرزند درخودمانده

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
تعهد	گروه	۳۷/۷۹	۲	۱۸/۸۹	۱/۴۶	$< .05$	۰/۱۱
	زمان	۲۸۰/۶۳	۱/۳۱	۲۱۴/۰۹	۳۲/۴۴	$< .05$	۰/۴۳
	زمان*گروه	۱۴۴/۰۳	۲/۶۲	۵۴/۹۳	۸/۳۲	$< .05$	۰/۲۸
کنترل	گروه	۱۰۴/۸۱	۲	۵۲/۴۰	۳/۸۲	$< .05$	۰/۱۵
	زمان	۱۳۵/۶۵	۱/۷۰	۷۹/۵۴	۱۹/۵۱	$< .05$	۰/۳۱
	زمان*گروه	۶۰/۲۹	۳/۴۱	۱۷/۶۷	۴/۳۳	$< .05$	۰/۱۷
مبارزه‌جویی	گروه	۴۳/۰۸	۲	۵۱/۵۴	۲/۳۴	$< .05$	۰/۱۳
	زمان	۴۰/۰۵	۱/۳۵	۲۹/۵۲	۱۳/۴۴	$< .05$	۰/۲۴
	زمان*گروه	۲۷/۴۵	۲/۷۱	۱۰/۱۱	۴/۶۰	$< .05$	۰/۱۸
سخت‌رویی روانشناختی	گروه	۴۸۲/۸۴	۲	۲۴۱/۴۲	۵/۲۳	$< .05$	۰/۲۰

زمان	۱۲۰۵/۵۱	۱/۳۱	۹۱۷/۸۱	۵۲/۲۶	۰/۰۵ <	۰/۵۵
زمان* گروه	۶۰۳/۱۱	۲/۶۲	۲۲۹/۵۸	۱۳/۰۷	۰/۰۵ <	۰/۳۸

در خودمانده معنادار بود ($P < 0.05$)، اما بین روش‌های مداخله در افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن در آنها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

طبق نتایج جدول ۴، اختلاف میانگین گروه‌های آزمایش (گروه درمانی مثبتی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی) در مقایسه با گروه گواه در متغیر سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها از نظر سخت‌رویی روانشناختی مادران دارای فرزند در خودمانده

متغیر	گروه	اختلاف میانگین‌ها	معنی‌داری	
تعهد	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	گواه	۳/۴۲	۰/۰۵ <
	واقعیت درمانی گروهی	گواه	۳/۶۲	۰/۰۵ <
	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	واقعیت درمانی گروهی	-۰/۲۰	۰/۰۵ >
کنترل	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	گواه	۲/۴۳	۰/۰۵ <
	واقعیت درمانی گروهی	گواه	۲/۱۴	۰/۰۵ <
	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	واقعیت درمانی گروهی	۰/۲۹	۰/۰۵ >
مبارزه‌جویی	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	گواه	۱/۳۹	۰/۰۵ <
	واقعیت درمانی گروهی	گواه	۱/۷۰	۰/۰۵ <
	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	واقعیت درمانی گروهی	-۰/۳۱	۰/۰۵ >
سخت‌رویی روانشناختی	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	گواه	۷/۷۰	۰/۰۵ <
	واقعیت درمانی گروهی	گواه	۷/۷۶	۰/۰۵ <
	گروه درمانی مثبتی بر شفقت	واقعیت درمانی گروهی	-۰/۰۶	۰/۰۵ >

نتیجه‌گیری

بهبود ویژگی‌های روانشناختی مادران دارای فرزند در خودمانده به دلیل مشکل‌ها و چالش‌های فراوانی که با آن مواجه هستند، ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی مثبتی بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر سخت‌رویی روانشناختی در مادران دارای فرزند در خودمانده بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی مثبتی بر شفقت باعث افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند در خودمانده شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این نتیجه با نتایج پژوهش عبدی و همکاران (۱۴) همسو بود که در تبیین آنها می‌توان گفت انسان‌هایی که نسبت به خود شفقت دارند، درک می‌کنند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه‌های سخت زندگی غیرقابل اجتناب است و آنها زمانی که با تجربه‌های سخت و چالش‌انگیز مواجه می‌شوند به جای اجتناب و عصبانی شدن تمایل دارند که با خود با مهربانی و شفقت برخورد نمایند. درمان مثبتی بر شفقت به افراد آموزش می‌دهد که افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی را درونی نمایند و بر اساس آن ذهن انسان همان‌طور که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام شود و بدین ترتیب گروه درمانی مثبتی بر شفقت به مادران دارای فرزند در خودمانده کمک می‌کند تا دیدگاهی غیرقضاتی و بدون سرزنش را پرورش دهند. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه گروه

درمانی مثبتی بر شفقت به مادران دارای فرزند در خودمانده می‌آموزد که وقتی به مبارزه با رنج هیجانی می‌پردازند در دام آن گرفتار می‌شوند و احساس‌های ناراحت‌کننده به یک عامل ویرانگر تبدیل و ذهن، بدن و روان مادر را به چالش و فرسودگی می‌کشاند. آنچه که این مادران قادر به درک آن نیستند این مساله است که بسیاری از این محنت‌ها در نحوه ارتباط او با ناملایمتهای اجتناب‌ناپذیر زندگی است. هنگامی که مادر می‌آموزد با مهربانی به استقبال درد هیجانی برود تغییر به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد و هنگامی که به مشکلی نظیر تشدید مشکلات بین خود و کودک در خودمانده برمی‌خورد یا احساس بدی دارد به جای سرزندش، انتقاد و تلاش برای تغییر می‌تواند با پذیرش خود و مهربانی با خود شروع کند. بنابراین، گروه درمانی مثبتی بر شفقت به مادران دارای فرزند در خودمانده کمک می‌کند که در هر شرایطی از خودپذیری و سخت‌رویی برخوردار باشند و تجربه هیجان‌های منفی و خودسرزنش‌گری را به حداقل برسانند. در نتیجه، می‌توان انتظار داشت که روش گروه درمانی مثبتی بر شفقت نقش موثری در افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند در خودمانده داشته باشد.

علاوه بر آن، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که واقعیت درمانی گروهی باعث افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند

نمایند. چون آموزش گروهی فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا از طریق کسب بینش نسبت به خود و جهان گام موثری در جهت بهبود سلامت و کیفیت زندگی خود و حتی دیگران بردارند. نکته مهم دیگر اینکه روش گروه درمانی مبتنی بر شفقت دارای مزایایی شامل گوش‌دادن به روایت‌های گروه و همدلی، بررسی نوع برخورد اعضا با خود و اصلاح آن، تلاش برای جایگزینی خودانتقادی و احساس شرم و گناه با شفقت‌ورزی، تمرین مهربانی‌کردن و شفقت‌ورزی، بررسی چگونگی تأثیرگذاری شفقت‌ورزی بر حالات روانی فرد، تشریح سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها، آموزش و تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش مدیریت عواطف و احساس‌های دشوار، آموزش تصویرپردازی ذهنی و تمرین و اجرای آن، آموزش چگونگی برخورد با چالش‌ها و برقراری روابط بین‌فردی مناسب، آموزش نحوه تصویرپردازی درباره خودشفقت‌ورزی و تمرکز بر آن و آموزش پذیرش زندگی و قدردانی از جنبه‌های مثبت آن بود. همچنین، روش واقعیت‌درمانی گروهی دارای مزایایی شامل آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی، چرایی و چگونگی صدور رفتار، معطوف‌بودن همه رفتارها به نیازهای اساسی، تشریح پنج نیاز اساسی روانشناختی، بررسی و تشریح رفتار کلی افراد و شناخت چهار زیرمقیاس رفتار کلی شامل فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، تشریح تعارض‌های چهارگانه، بررسی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده روابط، آموزش زندگی‌کردن در زمان حال، آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب، کاربست آموخته‌ها برای خلق زندگی بهتر و روابط بهتر در زندگی و بررسی میزان پیشرفت مادران و تلاش برای افزایش تغییرهای ایجادشده بود. در نتیجه، بهره‌گیری هر دو روش مداخله از آموزش گروهی و مزایای هر یک از آنها سبب شد تا بین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی گروهی در افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند درخودمانده تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

بیان محدودیت‌های موجود در مطالعه حاضر به درک بهتر نتایج کمک می‌کند و از محدودیت‌های آن می‌توان به استفاده از مقیاس خودسنجی، محدودشدن جامعه پژوهش به مادران دارای کودک درخودمانده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی کودکان درخودمانده شهر تهران و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس اشاره کرد. بنابراین، مطالعه تطبیقی در مردان دارای کودک درخودمانده و والدین دارای سایر اختلال‌های عصبی-رشدی، استفاده از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از پیگیری‌های بلندمدت شش ماهه و حتی یک ساله پیشنهاد می‌شود. نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش مداخله گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی بود. بنابراین، استفاده از روش‌های مذکور در کنار سایر روش‌های درمانی موثر می‌تواند نقش موثری در بهبود سخت‌رویی روانشناختی داشته باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که برای خانواده‌ها به‌ویژه مادران کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی و درمانی گروه درمانی مبتنی بر

درخودمانده شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌ها هادیپور (۱۵) همسو بود که در تبیین آنها می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی بر این باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می‌تواند برای تأمین نیازهای اساسی خود شامل عشق، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقاء و با ارزیابی خود، خطاهایش را در تأمین نیازها تصحیح کند و این کنترل و مدیریت از راه یادگیری ایجاد می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد دچار آسیب می‌شود و در تأمین و ارضای نیازها با مشکل مواجه می‌شود. روش مداخله واقعیت‌درمانی گروهی به مادران دارای فرزند درخودمانده کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت روبرو شود و درک کند که خودش می‌تواند نقش موثری در ادراک از خوشبختی و بدبختی در زندگی داشته باشد و از طریق ارزیابی مجدد خواسته‌ها و رفتارها می‌تواند به انتخاب‌های بهتری جهت بهبود رضایت از زندگی دست یابد و در نهایت زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت‌بخش‌تری داشته باشد. نکته حائز اهمیت دیگر بر مبنای نظریه انتخاب اینکه تنها خود فرد می‌تواند برای خودش کاری انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه نمی‌تواند برای او کاری کند و بدین ترتیب تأکید بر مفاهیم مانند انتخاب، کنترل و مسئولیت‌پذیری می‌تواند سبب بهبود استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شود که این امر خود باعث تصمیم‌گیری‌های منطقی‌تر و موثرتر در زندگی می‌شود. بنابراین، در شرایطی که مادران دارای کودک درخودمانده درگیر روابط منفی با فرزند خود باشند روش واقعیت‌درمانی گروهی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با تصمیم‌گیری‌های منطقی‌تر و موثرتر و با قبول مسئولیت، رفتارهای ناکارآمدی که به رفع نیازها کمک نمی‌کند را شناسایی کرده و آنها را با رفتارهای کارآمد جایگزین نمایند و نیازهای خود و فرزندان را تأمین نمایند و خود را در حل چالش‌ها توانمند ادراک نمایند. در نتیجه، منطقی است که روش واقعیت‌درمانی گروهی بتواند سبب افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند درخودمانده شود.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی گروهی در افزایش سخت‌رویی روانشناختی و هر سه مولفه آن شامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی در مادران دارای فرزند درخودمانده تفاوت معناداری وجود نداشت. با اینکه پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی گروهی در افزایش سخت‌رویی روانشناختی یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش مداخله مذکور بر سخت‌رویی روانشناختی می‌توان به مزایای هر یک از دو روش در بهبود ویژگی‌های روانشناختی و کاربست روش‌های مذکور به‌صورت گروهی اشاره کرد که باعث می‌شود هر دو روش سبب افزایش سخت‌رویی روانشناختی و مولفه‌های آن در مادران دارای فرزند درخودمانده شوند و بین آنها تفاوت معنادار وجود نداشته باشد. آموزش گروهی در هر دو روش سبب شد تا افراد علاوه بر مشاهده و ارتباط با سایر افرادی که به همان مشکل مواجه هستند، خود را برای پذیرش مشکل‌ها و چالش‌های موجود و تلاش برای حل یا کنارآمدن با آنها بهتر مواجه و از راهبردهای مقابله‌ای مناسب آماده

acceptance and commitment therapy and mindfulness group intervention for enhancing the psychological and physical well-being of adults with overweight or obesity seeking treatment: The mind & life randomized control trial study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(4396): 1-16.

9. Jarwan AS, Al-Frehat BM. (2020). Emotional divorce and its relationship with psychological hardiness. *International Journal of Education and Practice*. 8(1): 72-85.

10. Au TM, Sauer-Zavala Sh, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*. 48(2): 207-221.

11. Loucks L, Yasinski C, Norrholm SD, Maples-Keller J, Post L, Zwiebach L, et al. (2019). You can do that?!: Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. *Journal of Anxiety Disorders*. 61: 55-63.

12. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, et al. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*. 61: 27-36.

13. Delehanty A, Lee J, Hooker JL, Cortese J, Woods J. (2020). Exploring message framing to engage parents in early screening for autism spectrum disorder. *Patient Education and Counseling*. 103(12): 2525-2531.

14. Abdi Dehkordi S, Sharifi T, Qazanfari A, Solati K. (2019). The effectiveness of group reality therapy on irrational beliefs, psychological hardiness, and academic achievement of students with exceptional talents. *Journal of Exceptional Children*. 19(1): 95-108. [Persian]

15. Heydarpour S, Parvaneh E, Saqqezi A, Ziapour A, Dehghan F, Parvaneh A. (2018). Effectiveness of group counseling based on the reality therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled Child. *International Journal of Pediatrics*. 6(6): 7851-7860.

شفقت و واقعیت درمانی گروهی جهت بهبود ویژگی‌های روانشناختی برگزار شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه کسانی که در انجام هر چه بهتر این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر می‌شود.

References

1. Delehanty A, Lee J, Hooker JL, Cortese J, Woods J. (2020). Exploring message framing to engage parents in early screening for autism spectrum disorder. *Patient Education and Counseling*. 103(12): 2525-2531.

2. Taylor SC, Smernoff ZL, Rajan M, Steeman S, Gehringer BN, Dow HC, et al. (2022). Investigating the relationships between resilience, autism-related quantitative traits, and mental health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research*. 148: 250-257.

3. Kang J, Chen H, Li X, Li X. (2019). EEG entropy analysis in autistic children. *Journal of Clinical Neuroscience*. 62: 199-206.

4. Etyemez S, Saleh A, Hamilton JE, Koshy AJ, Abraham JE, Selek S. (2020). Higher prevalence of mood disorders in admitted patients with autism. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 37: 87-90.

5. Trembath D, Waddington H, Sulek R, Varcin K, Bent C, Ashburner J, et al. (2021). An evidence-based framework for determining the optimal amount of intervention for autistic children. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 5(12): 896-904.

6. Tahmassian K, Khorram Abadi R, Chimeh N. (2012). The effectiveness of behavior management training on parental stress of autistic children's mothers. *Developmental Psychology: Persian Psychologists*. 8(31): 269-277. [Persian]

7. Heydarpour S, Parvaneh E, Saqqezi A, Ziapour A, Dehghan F, Parvaneh A. (2018). Effectiveness of group counseling based on the reality therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled Child. *International Journal of Pediatrics*. 6(6): 7851-7860.

8. Iturbe I, Pereda-Pereda E, Echeburua E, Maiz E. (2020). The effectiveness of an