

اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۷

خلاصه

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و تحصیلی فراوانی برای دانش‌آموزان ایجاد می‌کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر خودشفقتی را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان، پرسشنامه پرخاشگری و پرسشنامه تاب‌آوری بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش پرخاشگری و افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان مبتنی بر خودشفقتی با بهره‌گیری از فنونی همانند آموزش آگاهی از تجربیات مثبت و منفی، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی، آموزش ابراز شفقت و اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش پرخاشگری و بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر خودشفقتی، پرخاشگری، تاب‌آوری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

شادی آقاعلی طاری^{*۱}

رقیه حقانی^۲

به‌نوش نیکخواه^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

Email: porosha.tarii@gmail.com

مقدمه

انجمن روانپزشکی امریکا^۱ در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، ۷ نوع اختلال را در دسته اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک مشص کرده است که شامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳، اختلال سلوک^۴، اختلال انفجاری متناوب^۵، اختلال شخصیت ضداجتماعی^۶، آتش‌افروزی بیمارگون^۷، دزدی بیمارگون^۸ و اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک مشص و نامشخص^۹ است (گنجی، ۱۳۹۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای از رایج‌ترین اختلالات این ۷ نوع است که در دوره کودکی و نوجوانی بروز کرده و افزون بر دو اختلال سلوک و اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی یکی از علت‌های مهم مراجعه به کلینیک‌های سلامت روان است (توناکسی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). در این اختلال الگویی نامناسب و عودکننده از منفی‌کاری، مخالفت، سرکشی و رفتار خصمانه نسبت به مراجع قدرت مشاهده می‌شود. چنانکه این دانش‌آموزان نمی‌توانند با مراجع قدرت کنار آیند. این اختلال به عنوان اختلالی تدریجی و مزمن، به روابط بین‌فردی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا آسیب جدی وارد می‌کند (گوش، مالهورترا و باسا^{۱۱}، ۲۰۱۴) و این فرایند سبب می‌شود که آنان کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به دیگر دانش‌آموزان تجربه نمایند (زنتیوانی و بالازس^{۱۲}، ۲۰۱۸).

علاوه بر این، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل شرایط خاص روان‌شناختی و همچنین محدودیت در ارتباطات اجتماعی، علائم پرخاشگری^{۱۳} از خود نشان می‌دهند (ماراتوری، پیسانو، میلون و ماسی^{۱۴}، ۲۰۱۷). پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه، این مفهوم

همچنین به رفتار آشکارا اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (شتامان و تاتیان^{۱۵}، ۲۰۱۶). پرخاشگری از سه مؤلفه تشکیل شده است: احساس پرخاشگرانه حالت هیجانی «خشم» که زیربنای پرخاشگری و خصومت است. افکار پرخاشگرانه؛ نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به سوی رفتارهای نامیده می‌شود. خصومت و رفتار پرخاشگرانه نیز عبارت است از رفتار قابل مشاهده که با قصد آسیب رساندن انجام می‌شود (پیرز، کیم و فیشر^{۱۶}، ۲۰۱۲). پرخاشگری می‌تواند به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده شود. همچنین خصومت، نگرش دشمنانه نسبت به یک فرد یا گروه خاص است که می‌تواند رفتارهای پرخاشگرانه را برانگیزد. خشم، پاسخ هیجانی به تفکرات خشمگین‌کننده درونی است که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه ایجاد می‌شود (لازوفسکا و گادایت^{۱۷}، ۲۰۱۳).

متغیرهای مختلفی هستند که بهبود آنها می‌تواند به افزایش قدرت روانی و تحملی کودکان و نوجوانان انجامیده و سبب شوند تا آنها آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی کمتری را از خود نشان دهند. از جمله این متغیرها می‌توان به تاب‌آوری^{۱۸} اشاره کرد که افزایش آن باعث می‌شود کودکان و نوجوانان دارای مشکلات هیجانی و رفتاری، تحمل روانی و پریشانی بیشتری را تجربه نمایند (ژیائو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۹؛ فوگارتی^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). تاب‌آوری حفظ ثبات روانی و هیجانی در شرایط تهدیدآمیز و تنیدگی‌زا و برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه‌ای روانی و برخورداری از رشد مناسب به رغم وجود وضعیت پرخطر، تعریف شده است. میزان تاب‌آوری فرد از طریق تعامل با مشکلات و خطرات و عوامل محافظت‌کننده فردی تعیین می‌گردد (مالدینگ، پیترز، رابرتز، ائونارد و اسپارکمن^{۲۱}، ۲۰۱۲؛ دوستی، پورمحمدرضای تجریشی و غباری‌ناب، ۱۳۹۳). علاوه بر این باید اشاره کرد که تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در بروز اغلب اختلالات روانی داشته و عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر به حساب می‌آید (ژوئا، لیو، نیو، سان و فان^{۲۲}، ۲۰۱۷؛

1. American psychiatric association (APA)

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

3. Oppositional defiant disorder (ODD)

4. Conduct disorder (CD)

5. Intermittent explosive disorder

6. Antisocial personality disorder

7. Pyromania

8. Kleptomania

9. Specified and un specified disruptive, impulsive-control, and conduct disorder

1. Tonacci

1. Ghosh, Malhotra, Basu

1. Szentiványi, Balázs

1. Aggression

1. Muratori, Pisano, Milone, Masi

1. Shechtman, Tutian 5

1. Pears, Kim, Fisher 6

1. Lozovska, Gudaitė 7

1. Resilience 8

1. Xiao 9

2. Fogarty 0

2. Maulding, Peters, Roberts, Leonard, Sparkman

2. Zhou, Liu, Niu, Sun, Fan 2

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی دانش‌آموزان و این که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان دانش‌آموزان مبتلا صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت روان کودکان و نوجوانان امری اجتناب‌ناپذیر است. چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان سبب می‌شود آن‌ها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و تحقیقات انجام یافته در مورد تاثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر تهران از بین مناطق آموزش و پرورش، یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس از بین مدارس منطقه انتخابی، ۶ آموزشگاه دوره اول متوسطه دخترانه به تصادف انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس انتخابی، از معلمان و مشاوران درخواست گردید دانش‌آموزانی که دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای همچون از کوره دررفتن، مشاجره با معلمان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های اولیای مدرسه یا عدم همکاری با آنها، تمرد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی هستند را معرفی نمایند. در مرحله اول تعداد ۵۶ دانش‌آموز از مدارس انتخابی معرفی شدند. پس از معرفی این دانش‌آموزان، از معلمان این دانش‌آموزان درخواست شد تا به پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و

قلی‌پور، مرعشی، مهربانی‌زاده هنرمند و ارشدی، ۱۳۹۵). تاب‌آوری از عواملی است که افراد را در برابر اختلالات روان‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه داشته و به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنیدگی‌های زندگی کمک می‌کند (دینر، لوکاس، شیمک و هلیول، ۲۰۰۹).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید، درمان مبتنی بر خودشفقتی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است (باتیستا، کانه‌ها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو، ۲۰۱۵؛ بلاث و ایزنلوه-ماول، ۲۰۱۷؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود، ۲۰۱۷؛ ونگ، چنگ، یون، تنگ و جین، ۲۰۱۷؛ پالمر، چانگ، سامون، بالانجی و زایتسوف، ۲۰۱۹؛ لاث^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاترن، بلاث و پارک، ۲۰۱۹؛ باکر، کاسول و اکلس، ۲۰۱۹؛ خونساری، تاجری، سرداری‌پور، حاتمی و حسین‌زاده تقوایی، ۱۳۹۸؛ غفاریان و خیاطان، ۱۳۹۷؛ عبدالکریمی، قربان شیرویدی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷؛ زمانی‌مزد، گرافر، داورنیا و بابایی‌گرمخانی، ۱۳۹۷؛ و خلعتبری، همتی‌ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). خودشفقتی مشتمل بر سه مولفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی است (نف، ۲۰۰۹). افراد دارای خودشفقتی مشخصه افرادی است که نسبت به خود مهربانی دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۴). شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاحظت و مراقبت دخالت دارند. درمان مبتنی بر خودشفقتی بین فرایندهای موثر در تجربه شفقت و هیجان و برانگیختگی سیستم نوروفیزیولوژی، به خصوص آنهایی که با رفتارهای اجتماعی در ارتباطند، به واسطه دو بعد اشتیاق و التیام پیوند برقرار شده است (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹).

1. Diener, Lucas, Schimmack & Helliwell

2. Self-compassion therapy

3. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso

4. Bluth, Eisenlohr-Moul

5. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood

6. Wang, Chen, Poon, Teng, Jin

7. Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff

8. Luo

9. Lathren, Bluth, Park

1. Baker, Caswell, Eccles 0

1. Neff 1

بازآزمایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. آمرمان، اسلومکا، ریگل، زاپادکا و کینی (۱۹۹۷) در بررسی روایی پرسشنامه حاضر نشان دادند که نمره‌های پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان با فرم رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان همبستگی مثبتی دارند. در ایران اولین بار توکلی (۱۳۷۵) در پژوهشی به بررسی حساسیت و ویژگی این آزمون پرداخت. نتایج پژوهش وی بدین صورت بود که برای اختلال‌های نقص توجه و بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک، پایایی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه در این پژوهش مطلوب گزارش گردید. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه گردید. از این پرسشنامه جهت تشخیص دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد.

پرسشنامه پرخاشگری! پرسشنامه پرخاشگری توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته و مورد بازنگری قرار گرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس خشم، پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی و خصومت است. آزمودنی‌ها به هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه به من است (۵) تا حدودی شبیه به من است (۴) نه شبیه به من است نه شبیه به من نیست (۳) تا حدودی شبیه به من نیست (۲) به شدت شبیه به من نیست (۱) پاسخ دادند. نمره کل پرخاشگری از جمع کل نمره‌ها حاصل می‌شود. بدین صورت که دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده پرخاشگری بیشتر است (باس و پری، ۱۹۹۲). پرسشنامه پرخاشگری دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است (سامانی، ۱۳۸۶). در پژوهش صدر (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خشم، پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی و خصومت به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

نوجوانان پاسخ دهند تا بدین ترتیب تا از وجود اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل شود. در گام بعد و پس از تشخیص، تعداد ۳۸ دانش‌آموز تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دریافت کردند. سپس ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان به شکل تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت دختر، داشتن اختلال نافرمانی مقابله‌ای (به معرفی معلم و اجرای پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان)، داشتن سن ۱۶-۱۲ سال، حضور در دوره اول متوسطه، رضایت دانش‌آموز و والدین جهت شرکت فرزندشان در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان! پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که به منظور غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی برای سنین ۶ تا ۱۶ ساله توسط اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو^۲ در سال ۱۹۸۴ ساخته شده است. آخرین نسخه این پرسشنامه پس از ویرایش‌های چندین باره در سال ۱۹۹۴ منتشر شد (گادو و اسپرافکین^۳، ۱۹۹۴). این پرسشنامه دارای دو فرم معلم و والد است که در این پژوهش از فرم معلم استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت در یک مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات (نمره یک تا ۴) پاسخ داده می‌شود. سوال‌های ۱۹ الی ۲۶ پرسشنامه مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد که طبیعتاً همین هفت سوال مورد بررسی قرار گرفت. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۲۸ است. در مطالعه‌ای که توسط گرایسون و کارلسون^۴ (۱۹۹۱) بر روی فرم اولیه این پرسشنامه انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. در مطالعه‌ای توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) انجام گرفت، اعتبار

1. Child and adolescent mental health assessment questionnaire

2. Sprafkin, Loney, Unita, Gadow

3. Gadow & Sprafkin

4. Grayson & Carlson

5. Ammerman, Slomka, Reigel, Zapadka & Kane

6. Aggression Questionnaire

7. Buss, Perry

گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱ - خلاصه جلسات درمان مبتنی بر خودشفقتی

(اقتباس از گیلبرت، ۲۰۰۹)

| جلسه | شرح جلسه |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی/ |
| جلسه دوم | تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده. |
| جلسه سوم | آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی. |
| جلسه چهارم | آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهار زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر. |
| جلسه پنجم | آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. |
| جلسه ششم | آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس. |
| جلسه هفتم | توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان. |
| جلسه هشتم | آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت |
| جلسه نهم | آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل بر خلاف شفقت تجربه شده |
| جلسه دهم | جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون. |

پرسشنامه تاب‌آوری کودکان و نوجوانان؛ پرسشنامه تاب‌آوری کودکان و نوجوانان در سال ۲۰۰۹ توسط انگار و لیبنبرگ به عنوان یک ابزار تفکیک برای کشف منابع (فردی، ارتباطی و بافتی) تاب‌آوری طراحی شد که برای کودکان و نوجوانان قابل اجراست. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال بوده که پاسخ دهندگان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (اصلا= ۱) الی (خیلی زیاد= ۵) گسترده است، نشان می‌دهند. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس فردی، ارتباطی و بافتی است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۸ تا ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر است. کازرونی زند، سپهری شاملو و میرزائیان (۱۳۹۲) جهت بررسی روایی همزمان مقیاس تاب‌آوری کودکان و نوجوانان در گروه دانش‌آموزان از پرسشنامه عوامل حمایت کننده فردی اسپینگر و فیلیس (۱۹۹۷) استفاده کردند. نتایج نشان داد که ضرایب همبستگی بین نمره کل مقیاس تاب‌آوری کودکان و نوجوانان و زیرمقیاس‌های آن و نمره پرسشنامه عوامل حمایت کننده فردی و زیرمقیاس‌هایی مثبت و معنی‌دار بود. همچنین این پژوهشگران پایایی این پرسشنامه را با روش دو نیمه‌سازی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، دانش‌آموزان انتخاب شده (۳۰ دانش‌آموز) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر خودشفقتی را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان مبتنی بر خودشفقتی (گیلبرت، ۲۰۰۹) بود که از پژوهش غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو

1. Questionnaire for resilience of children and adolescents

2. Ungar, Liebenberg

3. Gilbert

نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که بیشترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به گروه سنی ۱۴ سال (۴۶/۶۶ درصد) و در گروه گواه نیز مربوط به گروه سنی ۱۵ سال (۵۳/۳۳ درصد) بود. میانگین و انحراف

استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار پرخاشگری و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| مولفه‌ها | گروه‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|----------|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پرخاشگری | گروه آزمایش | ۸۵/۷۳ | ۱۳/۷۹ | ۶۹/۹۳ | ۱۴/۰۸ |
| | گروه گواه | ۸۴/۲۰ | ۸/۹۶ | ۸۳/۸۰ | ۹/۶۵ |
| تاب‌آوری | گروه آزمایش | ۶۴/۱۳ | ۱۰/۲۳ | ۸۰/۹۳ | ۱۰/۳۱ |
| | گروه گواه | ۶۱/۸۰ | ۷/۲۲ | ۶۳/۵۳ | ۶/۷۴ |

با معناداری آزمون کواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی تفاوت معنادار وجود داشته باشد. بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری است، به بررسی تحلیل به کواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

با توجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر خودشفقتی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی با ارائه درمان مبتنی بر خودشفقتی دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که درمان مبتنی بر خودشفقتی توانسته منجر به کاهش پرخاشگری و افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی شود. مقدار تاثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر میزان پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۶ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۳ و ۶۶ درصد تغییرات متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی توسط ارائه متغیر مستقل (درمان مبتنی بر خودشفقتی) تبیین می‌شود.

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0/05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای پرخاشگری و تاب‌آوری برقرار بوده است.

جدول ۳ - نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری

| ارزش | F مقدار | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | اثر |
|------|---------|------------|----------------|--------------|---------------|
| ۰/۷۷ | ۴۱/۵۵ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | اثر پیلای |
| ۰/۲۳ | ۴۱/۵۵ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | لامبدای ویلکز |
| ۳/۳۲ | ۴۱/۵۵ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | اثر هتلینگ |
| ۳/۳۲ | ۴۱/۵۵ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | بزرگترین ریشه |

روی

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی

| منبع تغییر | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان |
|-------------------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|------------|------|
| اثر متغیر مستقل (درمان) | پرخاشگری | ۱۷۱۰/۲۲ | ۱ | ۱۷۱۰/۲۲ | ۴۵/۷۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱ |
| | مبتنی بر خودشفقتی) | ۱۷۹۶/۶۳ | ۱ | ۱۷۹۶/۶۳ | ۵۲/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱ |
| خطا | پرخاشگری | ۹۷۲/۹۱ | ۲۶ | ۳۷/۴۲ | | | | |
| | تاب‌آوری | ۸۹۶/۲۸ | ۲۶ | ۳۴/۴۷ | | | | |
| کل | پرخاشگری | ۱۸۲۷۸۲ | ۳۰ | | | | | |
| | تاب‌آوری | ۱۶۰۹۲۹ | ۳۰ | | | | | |

بحث و نتیجه‌گیری

تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویش و با هوشیاری (ذهن آگاهی) تاکید دارد (تانیم و همکاران، ۲۰۱۷). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است که این فرد سبب کاهش خشم دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به خودشان می‌شود. به کارگیری فرایندهای ذکر شده سبب کاهش رنج درونی، تعارض بین فردی و خشم درون فردی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده که نتیجه آن، کاهش پرخاشگری آنهاست.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر خودشفقتی منجر به بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش پالمر و همکاران (۲۰۱۹)؛ لائو و همکاران (۲۰۱۹)؛ لائرن و همکاران (۲۰۱۹)؛ باکر و همکاران (۲۰۱۹)؛ خونساری و همکاران (۱۳۹۸)؛ عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ زمانی‌مزد و همکاران (۱۳۹۷) و خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مولفه شفقت و درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید اشاره کرد، در درمان مبتنی بر شفقت، افراد با بهره‌گیری از ذهن آگاهی و حل مساله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین این درمان کمک می‌کند تا

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر خودشفقتی منجر به کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) بود. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی فرد را افزایش داده و سبب بهبود تعاملات اجتماعی شود. علاوه بر این بلاث و ایزنلور-ماول (۲۰۱۷)؛ تانیم و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود کارایی درمان مبتنی بر خودشفقتی را بر تنیدگی و سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان اظهار کرد درمان مبتنی بر خودشفقتی سبب می‌شود تا افراد از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردار شده و در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندتر گردند. از طرفی این درمان سبب تقویت قدرت خوش‌بینی، خودکارآمدی و توجه آگاهانه به حال می‌شود (بلاث و ایزنلور-ماول، ۲۰۱۷). این فرایند سبب می‌شود تا دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با بهره‌گیری از درمان مبتنی بر خودشفقتی بتوانند آشفته‌گی عاطفی کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات درون فردی و بین فردی سازش بیشتری از خود نشان دهند. بهبود سازش‌یافتگی و کاهش تعارضات درون و بین فردی نیز با کاهش پرخاشگری همراه است. علاوه بر این درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پذیرش خود و پذیرش

تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش‌آموزان دیگر مقاطع و اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، مهار عوامل ذکر شده و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه برشور و کتابچه‌ای علمی، درمان مبتنی بر خودشفقتی به مشاوران مدارس متوسطه اول ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری محتوای این درمان، جهت کاهش پرخاشگری و بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای گامی عملی بردارند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش و مسئولین آموزش و پرورش شهر تهران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معیارها و انتظارات شناختی، هیجانی و ارتباطی جدیدی را برای خود تعریف نمایند. این فرایند سبب می‌شود تا آنها سلامت روان و آرامش درونی بیشتری را تجربه نمایند. با بهبود سلامت روان و دستیابی به قدرت حل مساله، این دانش‌آموزان قدرت تحمل روانی و تاب‌آوری بیشتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این درمان مبتنی بر خودشفقتی یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود (باکر و همکاران، ۲۰۱۹). از این جهت می‌تواند مولفه‌های روانی و هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را تحت تاثیر قرار دهد. زیرا شفقت به خود مستلزم آن است که فرد احساسات خود را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخه درخود فرو رفتن می‌شود. بازگویی احساسات نیز تخلیه هیجانی و روانی را برای این دانش‌آموزان در پی داشته و باعث می‌شود آنها تاب‌آوری بالاتری را ادراک نمایند.

محدود بودن دامنه تحقیق به دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران؛ عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت

منابع

- توکلی‌زاده، جهان‌شیر. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار آیدایی و کمبود توجه دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- خلعتری، جواد؛ همتی ثابت، وحید و محمدی، حبیبه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده، مجله بیماری‌های پستان ایران، ۱۱(۳)، ۸-۲۰.
- خونساری، میناسادات؛ تاجری، بیوک؛ سرداری‌پور، مهران؛ حاتمی، محمد و حسین‌زاده تقوایی، مرجان (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳)، ۱۷-۲۸.
- دوستی، مرضیه؛ پورمحمدرضای تجربی، معصومه و غباری بناب، باقر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده، روان‌شناسی تحولی، ۱۱(۴۱)، ۴۳-۵۴.
- زمانی‌مزد، راحله؛ گرافر، امیر؛ داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک، مجله تصویر سلامت، ۹(۴)، ۲۳۳-۲۴۳.
- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۴): ۳۶۵-۳۵۹.

- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرفراز، مهدی رضا و شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۴). رابطه شفقت خود، ارزش خودتنظیمی هیجان خودآگاه، مجله پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۳)، ۹-۱.
- صدر، مهشید (۱۳۹۷). مقایسه پرخاشگری روانی جسمانی، اجتناب تجربه‌ای، هیجان‌خواهی و اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای در نوجوانان طلاق و عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).
- عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷(۷۰)، ۶۶۲-۶۵۱.
- غفاریان، حدیثه و خیاطان، فلور. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹(۱)، ۲۶-۳۶.
- قلی‌پور، زهرا؛ مرعشی، سیدعلی؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و ارشدی، نسرين (۱۳۹۵). تاب‌آوری به عنوان میانجی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و شادکامی، *روان‌شناسی تربیتی*، ۱۲(۳۹)، ۱۳۵-۱۵۵.
- کازرونی‌زند، بهناز، سپهری شاملو، زهره، میرزاییان، بهرام. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان-۲۸ در جمعیت ایرانی: روایی و پایایی. فصلنامه نسیم تندرستی، ۲(۳)، ۲۱-۱۵.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تهران: انتشارات ارسباران.
- Ammerman, R.T., Slomka, G., Reigel, D.H., Zapadka, M.E. & Kane, V. (1997). Neurocognitive and neurosurgical correlates of psychiatric symptomatology in spina bifida. *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 12.
- Baker, D.A., Caswell, H.L., Eccles, F.J.R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90, 154-161.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 1511-1515.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 57, 108-118.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009) *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press
- Fogarty, A., Woolhouse, H., Giallo, R., Wood, C., Kaufman, J., Brown, S. (2019). Promoting resilience and wellbeing in children exposed to intimate partner violence: A qualitative study with mothers. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104-110.
- Gadow, K.D., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., Findling, R.L., Bukstein, O.G., Brown, N.V., McNamara, N.K., Rundberg-Rivera, E.V., Li, X., Kipp, H.L., Schneider, J., Farmer, C.A., Baker, J.L., Sprafkin, J., Rice, R.R., Bangalore, S.S., Butter, E.M., Buchan-Page, K.A., Aman, M.G. (2014). Risperidone Added to Parent Training and Stimulant Medication: Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(9), 948-959.
- Gadow, K.D., Sparfkin, J. (1997). *Quick guide to using the youths inventory-4 screening kit*. Stony brook, NY: Checkmate plus.
- Ghosh, A., Malhotra, S., Basu, D. (2014). Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 8-12.
- Grayson, P & Carlson, G.A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 64-673.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41.
- Lozovska, J., Gudaitė, G. (2013). The Understanding of Aggression Motivation and the Psychotherapy Process. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 360-365.
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public Health*, 174, 1-10.
- Maulding, W., Peters, G.B., Roberts, J., Leonard, E., Sparkman, L. (2012). *Emotional intelligence resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 354-386.

- Muratori, P., Pisano, S., Milone, A., Masi, G.(2017). Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggression behaviors in adolescents with oppositional defiant disorder? *Journal of Affective Disorders*, 208, 110-112.
- Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A.(2012). Effects of a school readiness intervention for children in foster care on oppositional and aggressive behaviors in kindergarten. *Children and Youth Services Review*, 34(12): 2361-2366.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S.(2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Shechtman, Z., Tutian, R.(2016). Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teaching and Teacher Education*, 58: 28-34.
- Szentiványi, D., Balázs, J.(2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1-8.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K.(2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 33(10), 1540-1545.
- Tonacci, A., Billeci, L., Calderoni, S., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Pisano, S., Muratori, P. (2019). Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 257, 207-213.
- Unger, M., Liebenberg, L. (2009). *The child and youth Resilience Measure (CYRM)- 28*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
- Verlinden, M., Jansen, P.W., Veenstra, R., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., Shaw, P., Tiemeier, H.(2015). Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity and Oppositional Defiant Problems as Antecedents of School Bullying. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 571-579.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S.(2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Xiao, Y., Wang, Y., Chang, W., Chen, Y., Yu, Z., Risch, H.A. (2019). Factors associated with psychological resilience in left-behind children in southwest China. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 1-5.
- Zhou, Z., Liu, Q., Niu, G., Sun, X., Fan, C.(2017). Bullying victimization and depression in Chinese children: A moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 104, 137-142.

Original Article

The Effectiveness of the Therapy Based on Self-Compassion on the Aggression and Resilience of Female Student with ODD

Received: 09/08/2020 - Accepted: 27/12/2020

Shadi Aghaali Tari ^{1*}
Roghayeh Haghani ²
Behnoosh Nikkhah ²

¹ *Ma of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

² *Ma of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.*

Email: porosha.tarii@gmail.com

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) can bring about numerous psychological, emotional and academic damages for the students. therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of the therapy based on self-compassion on the aggression and the ODD.

Method: It was a quasi-experimental study with pretest, posttest with control group. The statistical population of the current study was the female students with ODD in the city of Tehran in the academic year 2018-19. 30 female students with ODD were selected through clustered random sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (each group 15 students). The experimental group received the intervention of the therapy based on self-compassion during two-and-a-half months in ten seventy-five-minute sessions. The applied questionnaires in this study included the children and adolescents' mental health evaluation questionnaire and resilience questionnaire. The data from the study were analyzed through MANCOVA method.

Results: The results showed that the therapy based on self-compassion has significant effect on the aggression and resilience of female students with ODD ($p < 0.001$). Thus, this treatment has been able to reduce aggression and increase the resilience of female students with Oppositional Defiant Disorder.

Conclusion: Findings of the present study reveal that the therapy based on self-compassion can be used as an efficient therapy to decrease aggression and improve resilience in the students with ODD employing techniques such as training awareness of positive and negative experiences, creating positive experiences through mental imagination, training expressing compassion and behavior modification through environmental reinforcers.

Keywords: Therapy based on self-compassion, aggression, resilience, ODD
conflict of interest: There is no conflict of interest.