



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان

گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
دکتری گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

پریسا دیناری ^{id}

نیکو امیدبختیاری ^{id}

متین پویا ^{id}

زهرا میرزایی ^{id}

زهرا حیدری ^{id}

ابوذر فرهادی ^{id}

Zahra.mz1360@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۶

دریافت: ۹۹/۰۹/۱۲

فصلنامه علمی پژوهش خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۱ | شماره ۴ | صص ۱۹۸-۲۱۴

زمستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(دیناری، امیدبختیاری، پویا، میرزایی، حیدری و فرهادی، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

دیناری، پریسا، امیدبختیاری، نیکو، پویا، متین، میرزایی، زهرا، حیدری، زهرا و فرهادی، اباذر (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۴(۱): ۱۹۸-۲۱۴.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع طرح-های کاربردی و نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین و کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی شهر اصفهان در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از مراجعه کننده به مراکز مشاوره که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت به والدین و یک گروه لیست انتظار جای داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری، مشکلات رفتاری، اضطراب به دست آمد. داده‌ها با استفاده از روش مانکوا و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS-26 به اجرا درآمد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان موثر بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت به والدین می‌تواند به عنوان روش مداخله‌ای موثری برای بهبود کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، پرخاشگری، مشکلات رفتاری، اضطراب، فرزندان

مقدمه

خانواده، مهم ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی بوده و از نظر تکوین شخصیت و پرورش آن در فرزندان و همچنین سازگاری بعدی فرد با جامعه دارای آثار وسیعی می باشد. پدر و مادر دو رکن اساسی خانواده هستند که با وجود آوردن محیطی امن و سالم، رشد روانی فرزندان خود را میسر می سازند (ایمرسون و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت نحوه ی تاثیر والدین بر کودکان و بررسی نقش هر یک از آنان در روند رشد روانی-اجتماعی و شخصیتی کودکان همواره مورد توجه روانشناسان و جامعه شناسان بوده است (کرنس و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلات روانشناختی در بین والدین باعث می شود که در رشد کودکان تاخیر ایجاد شود و ممکن است در جنبه های دیگری از رشد از جمله کارکرد رفتاری آنان نیز تاثیر گذار باشد (بادیلی، ۲۰۲۱). مشکلات رفتاری، رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی هستند که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده و گوشه گیرانه می باشد. مشکلات رفتاری کودکان، مشکلاتی شایع و ناتوان کننده هستند که برای خانواده و کودکان، دشواری های بسیاری را ایجاد می کنند و باعث درماندگی و یا کاهش میزان کارایی فرد در عملکرد فردی و تحصیلی آنها می گردد (موریلی و همکاران، ۲۰۲۲) اختلالات رفتاری کودکان، طیف وسیعی شامل: بیش فعالی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، ترس و اختلال سلوک است که نیازمند تشخیص و مداخله زود هنگام است (ویرچی و همکاران، ۲۰۱۸). در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال های رفتاری و هیجانی دست به گریباند (دوس سانتوس و همکاران، ۲۰۲۰). مشکلات رفتاری، زود هنگام کودکان اغلب پیشابند رشد رفتارهای ضد اجتماعی است. مشکلات رفتاری در حیطه فردی، اجتماعی مشکلات فراوانی را به وجود می آورند. کودکان مبتلا به این اختلالات، خانواده، مدرسه و به طور کلی جامعه را با مشکل روبه رو می سازند (مک دنیل و رادیسکی، ۲۰۱۸). زمانی که ظرفیت ها و توانایی این گروه از کودکان ناشناخته بماند و همچنین مداخله مناسبی را دریافت نکنند، این مشکلات منجر به نقص عملکرد در زمینه های مختل زندگی از جمله تحصیلی و روابط بین فردی می شود که در نهایت می تواند به مثابه تهدید برای بهداشت روان کودک باشد تا جایی که او را در برابر آشفتگی روانی اجتماعی دوره بزرگسالی آسیب پذیر می سازد. به دلیل اثرات سوپی که مشکلات رفتاری بر جای می گذارند و کمبودهایی در حیطه پیش بینی مشکلات رفتاری در پیش از دبستان وجود دارد، پژوهش و تحقیق در این زمینه حائز اهمیت می باشد (میراندا و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از مشکلات هیجانی که در کودکان شایع می باشد اضطراب است که هیجان در سبب شناسی آن نقش مهمی دارد (ریس و همکاران، ۲۰۱۹) مشکلات مربوط به اضطراب، شایع ترین شکل مشکلات روان شناختی در کودکان و نوجوانان هستند. اضطراب بالاتر از حد متوسط، ناتوانی روانی است که موجب دستاوردهای اجتماعی پایین می شود. همچنین نتایج مطالعات نشان داده است که ارتباط معناداری بین اضطراب در دوران بزرگسالی وجود دارد (اسچیریر و همکاران، ۲۰۱۹). تجربه اضطراب تاثیر منفی بر عملکرد کودک می گذارد و نیز موجب تجربه نتایج منفی از جمله کاهش عملکرد تحصیلی، پذیرش کمتر، افزایش پرخاشگری و افزایش افسردگی می شود (فیرمانسیه و همکاران، ۲۰۲۱).

از آنجایی که اگر والدین رابطه خوبی با کودک خود برقرار کند، ممکن است بر بهبود بخشی این کودکان اثر بگذارد و حتی می‌توان گفت که نابسامانی‌های رفتاری والدین بیش از پریشانی‌های عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می‌شود (توربیت و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله فعالیت‌های درمانی و آموزشی که متمرکز بر والدین می‌باشد، آموزش متمرکز بر شفقت است. شفقت ارائه نوعی همدلی و فهم غیرقضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی ببیند (برات و همکاران، ۲۰۱۹). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند براساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌های انجام گرفته، گیلبرت (۲۰۱۹) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیایی» آنان تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۱۹). با توجه به تعامل والدین و کودک و اینکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان ناشی از نحوه برخورد والدین با کودک است، لذا تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که تحقیقات اندکی در مورد نقش روان‌درمانی و درمان‌های نوپای موج سوم در بهبود نابهنجاری‌های روانی و رفتاری کودکانی که دچار اختلال یادگیری عصب روان‌شناختی/ تحولی هستند صورت گرفته است و این کودکان به علت تاخیرات رشدی ناشی از چالش مغزی ممکن است دچار مشکلات ثانویه‌ای نظیر مشکلات رفتاری شوند. با توجه به مطالب گفته شده، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان خواهد بود؛ از این رو پژوهشگران در پی پاسخ به سئوالات زیر بودند:

۱. آیا درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
۲. آیا درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین و کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی شهر اصفهان در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت مادران و همکاری برای شرکت در پژوهش، داشتن کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات یادگیری عصب روان‌شناختی/تحولی، نداشتن مشکلات روانی و جسمانی دیگر، عدم مصرف دارو یا هیچ

مداخله درمانی دیگر در طول آموزش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری مادران، داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم پاسخ به سوالات پرسشنامه خواهد بود. گروه آزمایش بسته آموزشی مبتنی بر شفقت براساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت و آیزونر (۲۰۰۴) و گیلبرت (۲۰۰۹) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو روز در یکی از مهد کودک‌های شهر اصفهان تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شد: ۱- فهرست واریسی نشانه‌های ناتوانی‌های یادگیری کودکان پیش از دبستان: به منظور غربالگری انتخاب نمونه‌های مورد تحقیق از این فهرست استفاده شد. ۲- پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی (شهیم و یوسفی، ۱۳۷۸)؛ ۳- مقیاس پرخاشگری کودکان پیش دبستانی (واحدی، فتحی آذر، حسینی نسب و مقدم، ۱۳۸۷) و ۴- مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (گزارش والدین).

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۱ (SCAS)**. این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله براساس طبقه بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در سال ۱۹۹۷ توسط اسپنس در استرالیا طراحی شد. پرسشنامه اسپنس دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. نمره گذاری بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرتی هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تنظیم شده و ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پنیک-بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، ۱۹۹۸). در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده، و شش عامل پرسشنامه، با تحلیل عامل تأییدی مورد تایید قرار گرفته است.

۲. **مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷)**. این مقیاس به منظور سنجش ابعاد مختلف پرخاشگری در جسمانی، رابطه‌ای، کلامی و برانگیخته کودکان پیش دبستانی طراحی شده است. این مقیاس توسط مربی یا والدین کودک تکمیل می‌شود. شامل یک نمره کلی و چهار زیرمقیاس و نمره گذاری آن در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای اصلاً (صفر)، به ندرت (۱)، یک بار در ماه (۲)، یک بار در هفته (۳)، اغلب روزها (۴) انجام می‌شود. نمره هر زیرمقیاس از جمع ماده‌های مربوطه و نمره کل از جمع تمامی هر زیرمقیاس از جمع ماده‌های مربوطه و نمره کل از جمع تمامی زیرمقیاس‌ها حاصل می‌شود. براساس این مقیاس، نقطه برش در انتخاب افراد پرخاشگر دو انحراف استاندارد بالاتر از میانگین است (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب اعتبار آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۸ و در عوامل چهارگانه پرخاشگری کلامی-تهاجمی، پرخاشگری جسمانی-تهاجمی، پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری برانگیخته به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ به دست آمده است (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷).

¹ Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

۳. پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. این پرسشنامه توسط شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) تهیه شده است و دارای ۲۴ گویه و ۴ خرده مقیاس نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری است که در مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲) و سوالات مربوط به بعد رفتار اجتماعی (۲۳، ۲۱، ۱۵، ۱۳، ۲۲، ۱۴) نمره گذاری متفاوتی از سایر سوالات دارند و به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (بیشتر اوقات=۰، بعضی اوقات=۱، هرگز=۲)، به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. نمره کل از مجموع امتیازات همه سوالات با هم بدست می‌آید. حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر نمره ۴۸ است. هر قدر نمره آزمودنی بیشتر باشد معرف آن است که مشکلات رفتاری بیشتری برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۰ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین روایی سازه پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی از طریق تحلیل عاملی با چرخش واریماکس بررسی شده است و گویه‌های این مقیاس بر ۴ عامل نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری متمرکز گردیده اند که ارزش ویژه برای این عوامل به ترتیب برابر با ۴/۷۸، ۲/۰۲، ۱/۶۰ و ۱/۴۲ گزارش شده است.

۴. درمان مبتنی بر شفقت. در این پژوهش پروتکل درمان مبتنی بر شفقت بر اساس مطالب، الگوها و فرمت بندی گیلبرت و آیزونر (۲۰۰۴) و گیلبرت (۲۰۰۹) تدوین و برای گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه جلسه درمان در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. بسته آموزشی مبتنی بر شفقت

جلسه	موضوع	محتوا
جلسه اول	معارفه، پیش‌آزمون، معرفی برنامه آموزشی	معارفه اعضا با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مرور بر قوانین گروه، توضیح در مورد ساختار و اهداف جلسه، اجرای پی‌آزمون و توضیح در مورد ماهیت شفقت و اصول آن، ارائه تکلیف: تهیه لیستی از رنج‌های خود.
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، اجرای انواع تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین وارسی و لمس بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش)، ارائه تکلیف: شامل چهل دقیقه تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و مهرورزی	باز خوردن جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز مهرورزی با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خود مهربان هستم، من افکار و احساسات استرس‌زا را از ذهن خود بیرون می‌کنم) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، تمرین تصویرسازی از مکان امن، ارائه تکلیف: تمرین‌های ارائه شده در جلسه را در منزل و زندگی روزمره خود انجام دهند
جلسه چهارم	یافتن جایگاه شفقت به خود	مرور تکلیف جلسه قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تقویت رفتارهای شفقتی با خود، تمرین مهربانی کردن با خود با استفاده از عبارات (من تو را دوست دارم

و نمی‌خواهم تو رنج بکشی، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران) پرورش ذهن مهربانانه، اجرای تمرین دو صدلی، ارائه تکلیف: تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران.	
ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پر بار و ارزشمند، نامه نوشتن درباره انتقاد مهربانانه از زندگی خود، تمرین استعاره یک روز عالی، ارائه تکلیف: مربوط به روشن شدن موارد مهم برای اعضا گروه.	جلسه پنجم عمیق زندگی کردن
ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، آموزش رابطه بین اجزاء فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تاثیر این اجزاء بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرام بخشی فیزیکی و آرام بخشی روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه، ارائه تکلیف: آرام سازی جسمانی و آرام سازی روانی با تمرین‌های ذهن آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی.	جلسه هشتم مدیریت احساسات و عواطف دشوار
بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های دردآور قطع شده با خود و دیگران و زمینه سازی برای اتصال این رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آسیتی با خود، بازگویی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: شناسایی قهر خود با خود و قهر با موقعیت‌ها و قهر با دیگران و تمرین آسیتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه.	جلسه هفتم تغییر روابط
بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات قبل، در این جلسه سعی می‌شود تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار دهد که از طریق تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود بتوانند تعصبات منفی را کاهش دهند و بیشتر از زندگی لذت ببرند، اجرای پس آزمون، جمع بندی نهایی، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی.	جلسه هشتم قبول و پذیرش زندگی

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۵ (۸/۷) و گروه گواه ۳۶/۹ (۷/۷) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۳ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۲ سال بود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۲۷/۲۰	۴/۳۶	۲۵/۹۳	۴/۰۲
	پس‌آزمون	۲۰/۸۱	۳/۴۸	۲۴/۲۲	۳/۴۲
	پیگیری	۱۹/۹۳	۱۳/۴۹	۲۴/۳۳	۳/۱۹
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۲۰/۲۶	۳/۰۱	۱۹/۶۶	۳/۴۱
	پس‌آزمون	۱۵/۴۶	۳/۲۰	۱۹/۴۶	۳/۲۴
	پیگیری	۱۴/۴۶	۳/۴۱	۱۹/۳۳	۲/۸۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۷/۵۳	۳/۲۲	۱۷/۸۶	۳/۸۷
	پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۳/۵۴	۱۷/۸۰	۳/۰۵
	پیگیری	۱۲/۴۰	۲/۶۱	۱۶/۶۰	۳/۰۱

طبق نتایج جدول ۲، میانگین ابعاد تمام متغیرها که بار معنایی منفی دارند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش با کاهش میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری
پرخاشگری	آزمایش	۱۵	۰/۶۱۶	۰/۷۷۶	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
	گواه	۱۵	۰/۸۴۶	۰/۴۲۴	۲۸	۲/۳۳	۰/۱۱۸
مشکلات رفتاری	آزمایش	۱۵	۰/۹۷۳	۰/۳۰۴	۲۸	۲/۳۳	۰/۱۱۸
	گواه	۱۵	۰/۴۳۷	۰/۹۴۷	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
اضطراب	آزمایش	۱۵	۰/۵۴۵	۰/۹۲۲	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	گواه	۱۵	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵	۲۸	۳/۱۶	۰/۱۸۴

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تصویر بدنی و ناگویی هیجانی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که

حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پرخاشگری	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	گروه	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۱۰/۸۹۱	۰/۰۰۳	۰/۲۸۰
مشکلات رفتاری	زمان*گروه	۷۰/۰۶۷	۲	۳۵/۰۳۳	۴/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۲
	گروه	۱۸۷/۲۶۷	۱	۱۸۷/۲۶۷	۱۰/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
اضطراب	زمان*گروه	۱۵۶/۸۰۰	۲	۷۸/۴۰۰	۱۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	گروه	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۸/۱۶۲	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیرهای پرخاشگری ($p < ۰/۰۱$)، مشکلات رفتاری ($p < ۰/۰۱$) و اضطراب ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر خوردن موجب بهبود تصویر بدنی و ناگویی هیجانی در زنان دچار اضافه وزن شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود ابعاد تصویر بدنی ($p < ۰/۰۱$) و ناگویی هیجانی ($p < ۰/۰۱$) بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
پرخاشگری	پیش	پس	۲/۵۰	۰/۰۰۸
	پیگیری	پس	۲/۵۱	۰/۰۳۱
مشکلات رفتاری	پیش	پیگیری	۲/۴۴	۰/۰۰۱
	پس	پیگیری	۲/۵۰	۰/۰۰۵
	پیگیری	پیگیری	۲/۶۳	۰/۰۲

۰/۰۱	۲/۵۸	-۶/۳۳	پیگیری	پس	اضطراب
۰/۰۰۳	۲/۵۱	۵/۵۴	پس	پیش	
۰/۰۱	۱/۱۰	۱/۶۱	پیگیری		
۰/۰۱	۱/۲۳	۲/۸۶	پیگیری	پس	

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد متغیرهای پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب در گروه درمان متمرکز بر شفقت به والدین در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان بود. نتایج نشان داد که آموزش درمان متمرکز بر شفقت به والدین بر کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان موثر بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پاره‌ای از پژوهشگران با تاکید بر درمان زود هنگام مشکلات در سنین پایین که خو نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، نشان داده‌اند که اگر این مشکلات در سنین پیش دبستانی و سال‌های ابتدای کودکی شناسایی و درمان شوند تا حد زیادی تخفیف می‌یابند و به بهبود عملکرد در زمینه‌های مختلف منجر می‌شود. ویژگی‌هایی چون ضعف‌های شناختی - اجتماعی، استرس و آسیب‌های روانی بر شدت رفتار نامطلوب اثر می‌گذارد. از آنجا که قطعاً خانواده‌ها در پرورش فرزندان خود شیوه‌های فرزندپروری متفاوتی را به کار می‌گیرند، در مجموع و با توجه به نتایج حاصل از پژوهش باید گفت که کارکرد خانواده معمولاً در خانواده‌هایی که پرورش دهنده ثابت و امنیت می‌باشند، 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 (پوپهلمن و همکاران، ۲۰۲۰). در خانواده با الگوی سالم، اعضای خانواده مورد حمایت همدیگر هستند. انتظارات مربوط به نقش‌های افراد روش و دارای انعطاف است. مقررات خانواده واضح و انعطاف پذیر است. محققان معتقدند که کودکان با مشکلات رفتاری، با توجه به گذشته، والدین‌شان را کمتر مراقبت کننده و بیشتر بی‌کنترل کننده بازگو کردند. نحوه ارتباط والدین با کودکان قوی‌تری عامل مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود، خصوصاً در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تحولات اساسی رشد روانی طی می‌شود.

در تبیین دیگر در خصوص یافته‌های پژوهش در مورد تاثیر آموزش شفقت والدین بر مشکلات رفتاری کودکان باید گفت که، شیوه‌های والدین و روش‌های انضباطی آنان بی‌تردید تحت تاثیر خصوصیات شخصیتی و سیستم اعتقادی آنان است. والدین سالم و بالغ در مقایسه با والدین نابالغ و ناسالم معمولاً با حساسیت و مهربانی بیشتری به نیازها و اشارات کودکان توجه می‌کنند و این نوع فرزندپروری امنیت عاطفی، استقلال، توان اجتماعی و موفقیت هوشی را تشویق می‌کند. اعتماد به نفس، احساس اعتماد نسبت به دیگران، این

اعتقاد که می‌توانند بر اوضاع مسلط باشند با گرمی، پذیرش و مفید بودن به حال فرزندان‌شان همبستگی دارد. والدین افسرده در خانه جوی ایجاد می‌کنند که خصومت آمیز و مخرب است و در رشد فرزندان‌شان تاثیرات نامساعد دارد.

در طی این آموزش و انجام تمرینات شفقت به خود، والدین با تمایل پیدا کردن نسبت به اصول شفقت به خود متوجه شدند که به دیدگاهی غیرقضاوتی به خود دست یابند و مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر کنند و نسبت به خود مهربان و شکیباتر باشند. به این ترتیب والدین با پذیرش تجربه‌های دردناک خود و دست برداشت از ارزیابی‌های بیش از حد از تجربه‌ها به صورت منفی و بد و نادرست به سوی موضع مهربانی به خود هدایت شدند و با توجه به حس مشترکات انسانی اجازه دیدن خود و دیگران را پیدا کردند و همچنین با درک این موضوع که درد و شکست در همه انسان‌ها وجود دارد استرس‌های بی‌مورد خود را کاهش دادند. آنها با ذهن آگاهی توانستند با زمان حال و خود و کودکان‌شان ارتباط برقرار کنند و به انتقادگری‌ها اجازه دهند بدون اینکه به غلط اثبات یا باور شوند از ذهنی عبور کنند و به این شیوه والدین دست از انتقاد اشتباه و غلط خود در رابطه با وضعیت کنونی کودک خود دست بردارند (کوبین و همکاران، ۲۰۲۱). آنها به این نتیجه رسیدند که داشتن این دیدگاه خود انتقادی یکی از موارد ایجاد افسردگی در خود و در نتیجه افزایش مشکلات رفتاری در کودکان‌شان است. آنها توانستند کلمات مشفقانه و مهرورزانه را بر زبان جاری کنند و داشتن لحنی گرم، محبت آمیز و محترمانه نسبت به خود را تمرین کنند و در خلال این تمرین‌ها ایجاد ارتباط با خود مهرورزی و کودکان‌شان را به عنوان یکی از اهداف خود قرار دادند. انجام تمرین‌های ذهن آگاهانه برای افزایش شفقت، حس مهربانی و عطف به خود را در والدین جاری ساخت و باعث شد آنها احساس محبت و دل‌بستگی بیشتری نسبت به کودکان خود پیدا کنند.

می‌توان به آن اشاره کرد این است که باید به نقش سرمشق‌گیری و تقلید کودکان در طول زندگی بر اساس نظریه‌ی یادگیری اجتماعی توجه داشت. ثبات ویژگی‌های شخصیتی طی سال‌ها، زمینه را برای یادگیری کودکان فراهم می‌کند. افزایش سطح سلامت روان والدین می‌تواند تاثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. هنگامی که کودک از فراگیری مهارت‌ها و کفایت اجتماعی باز می‌ماند، احساس ناپسندگی و نالایق بودن می‌نماید که این مسئله با عوارضی همراه است. بر اساس شواهد، والدین می‌توانند فرزندان خود را در انجام تکالیف رشدی یاری کنند و هم می‌توانند به طور ناخواسته آنان را از انجام این تکالیف باز دارند. از آنجایی که شفقت به خود در کاهش هیجانات منفی همچون اضطراب، ترس و پرخاشگری نقش مهمی دارد (رابینسون و همکاران، ۲۰۱۸)، این آموزش باعث شد تا والدین در طی جلسات آموزشی با انجام تکنیک‌های شفقت، مهربانی به خود را بالا ببرند و افزایش شفقت به خود باعث کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان آنان گردید. همچنین آنان طی روند جلسات آموزشی یاد گرفتند با شفقت به خود می‌توانند رابطه عمیق‌تری با کودک خود داشته باشند و این رابطه عمیق‌تر موجب کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان کودکان‌شان گردید. از آنجایی که درمان متمرکز بر شفقت به والدین در رابطه میان فردی آنها و با کودک خود تاثیر داشت باعث شد که رفتار اجتماعی کودکان نیز تا حدودی بهتر شود. بر اساس مبانی نظری این رویکرد که شفقت به خود باعث فعال شدن سیستم ایمنی گردد

و فعال شدن سیستم ایمنی باعث کاهش هورمون استرس کورتیزول و افزایش هورمون اکسی توسین هورمون عشق و امنیت می‌گردد (هینتسانین و همکاران، ۲۰۱۹) استرس در والدین تا حدودی کاهش یافت و در نتیجه باعث ارتقاء سلامت روانی آنان گردید که این نیز در نحوه ارتباط بهتر والدین با کودک تغییر ایجاد کرد و سطح اضطراب، ناامنی و ترس را در کودکان کاهش داد. از آنجایی که والدین و رابطه با کیفیت برای بهداشت روان و هیجان‌های مثبت کودک نقش بی‌بدیلی را ایفا می‌نماید لذا کودک نیز وارد سردگمی و آشفتگی شناختی می‌گردد. این فرایند در کوتاه زمانی، نمود بیرونی پیدا می‌کند و به صورت مشکلات رفتاری در کودک نمایان می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که، نتایج پژوهش حاضر را تنها به جامعه آماری پژوهش والدین کودکان پیش دبستانی می‌توان تعمیم داد و تعمیم نتایج به بقیه موارد باید با احتیاط کامل صورت گیرد. وجود تحقیقات مشابه داخلی و خارجی، یکی از عواملی است که می‌توانید هر محقق را در مقایسه نتایج خود یاری دهید. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه سنی بالاتر و نمونه‌های بزرگتر از کودکان و دانش آموزان انجام گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد با این الگوی درمانی بر روی کاهش پرخاشگری، مشکلات رفتاری و اضطراب فرزندان این کودکان شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

شهیم، سیما، یوسفی، فریده. (۱۳۷۸). پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی (فرم والد). مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز. ۲۹: ۱۹-۳۲.
 واحدی، شهرام، فتحی زاده، اسکندر، حسینی نسب، سید داوود، و مقدم، محمد. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی و ارزیابی میزان پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی ارومیه. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۰ (۳۷): ۱۵-۲۴.

References

- Baddeley, A. D. (2021). Developing the concept of working memory: The role of neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(6), 861-873.
- Bratt, A. S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1684166.
- Coyne, L. W., Gould, E. R., Grimaldi, M., Wilson, K. G., Baffuto, G., & Biglan, A. (2021). First things first: Parent psychological flexibility and self-compassion during COVID-19. *Behavior analysis in practice*, 14(4), 1092-1098.
- dos Santos-Lima, C., de Souza Mourão, D., de Carvalho, C. F., Souza-Marques, B., Vega, C. M., Gonçalves, R. A., ... & de Souza Hacon, S. (2020). Neuropsychological effects of mercury exposure in children and adolescents of the Amazon Region, Brazil. *Neurotoxicology*, 79, 48-57.
- Emerson, L. M., Ogielka, C., & Rowse, G. (2019). A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 15-25.
- Firmansyah, A., Setiawan, H., Wibowo, D. A., Rohita, T., & Umami, A. (2021, March). Virtual Reality (VR) Media Distraction Relieve Anxiety Level of the Children During Circumcision. In *1st Paris Van Java International Seminar on Health, Economics, Social Science and Humanities (PVJ-ISHESSH 2020)* (pp. 611-614). Atlantis Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current opinion in psychology*, 28, 108-114.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Hintsanen, M., Gluschkoff, K., Dobewall, H., Cloninger, C. R., Keltner, D., Saarinen, A., ... & Pulkki-Råback, L. (2019). Parent-child-relationship quality predicts offspring dispositional compassion in adulthood: A prospective follow-up study over three decades. *Developmental psychology*, 55(1), 216.
- Kerns, C. M., Winder-Patel, B., Iosif, A. M., Nordahl, C. W., Heath, B., Solomon, M., & Amaral, D. G. (2021). Clinically significant anxiety in children with autism spectrum disorder and varied intellectual functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 780-795.
- McDaniel, B. T., & Radesky, J. S. (2018). Technofence: longitudinal associations between parent technology use, parenting stress, and child behavior problems. *Pediatric research*, 84(2), 210-218.

- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in psychology, 10*, 464.
- Morelli, F., Aprile, G., Martolini, C., Ballante, E., Olivier, L., Ercolino, E., ... & Signorini, S. (2022). Visual Function and Neuropsychological Profile in Children with Cerebral Visual Impairment. *Children, 9*(6), 921.
- Poehlmann-Tynan, J., Engbretson, A., Vigna, A. B., Weymouth, L. A., Burnson, C., Zahn-Waxler, C., ... & Raison, C. L. (2020). Cognitively-Based Compassion Training for parents reduces cortisol in infants and young children. *Infant Mental Health Journal, 41*(1), 126-144.
- Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry, 28*(2), 257-280.
- Robinson, S., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Pagavathsing, J., & Lunsy, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31*(3), 454-458.
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one, 14*(7), e0219888.
- Spence, S. H. (1997). Spence children's anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Torbet, S., Proeve, M., & Roberts, R. M. (2019). Self-compassion: a protective factor for parents of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness, 10*(12), 2492-2506.
- Verche, E., San Luis, C., & Hernández, S. (2018). Neuropsychology of frontal lobe epilepsy in children and adults: Systematic review and meta-analysis. *Epilepsy & Behavior, 88*, 15-20.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - نسخه کودک

۱. من در مورد همه چیز نگرانم.
۲. از تاریکی می ترسم.
۳. وقتی مشکلی دارم در دلم احساس عجیبی پیدا می شود.
۴. من می ترسم.
۵. از تنها بودن در خانه می ترسم.
۶. زمانی که باید امتحان بدهم می ترسم.
۷. زمانی که مجبورم از توالت عمومی استفاده کنم می ترسم.
۸. هنگامی که از والدینم دور هستم نگران می شوم.
۹. من می ترسم جلوی مردم مسخره به نظر بیایم.
۱۰. نگرانم که کار مدرسه ام را بد انجام دهم.
۱۱. هم کلاسی هایم مرا دوست دارند.
۱۲. نگرانم که برای یکی از اعضای خانواده ام اتفاق وحشتناکی بیفتد.
۱۳. احساس می کنم که نمی توانم نفس بکشم بدون این که دلیلی وجود داشته باشد.
۱۴. من مجبورم همه چیز را دائما کنترل کنم که درست انجام داده باشم. (مثلا چراغ را خاموش کنم).
۱۵. از تنها خوابیدن می ترسم.
۱۶. من سختم است که صبح ها به مدرسه بروم چون اعصابم ناراحت است و می ترسم.
۱۷. خوب ورزش می کنم.

۱۸. از سگ می ترسم.
۱۹. به نظر نمی رسد که بتوانم افکار بد و احمقانه را از سرم بیرون کنم.
۲۰. هر موقع مشکلی داشته باشم، قلبم تند می زند.
۲۱. ناگهان بدون دلیل می ترسم.
۲۲. من نگرانم که اتفاق بدی برایم بیفتد [بیفتد].
۲۳. از رفتن به دکتر یا دندانپزشک می ترسم.
۲۴. هر موقع مشکلی داشته باشم، احساس می کنم خرد می شوم.
۲۵. از مکان های مرتفع و آسانسور می ترسم.
۲۶. من آدم خوبی هستم.
۲۷. مجبورم فکراهای خاصی بکنم تا از اتفاق های بد جلوگیری بکنم. (مثل شمارش اعداد یا تکرار کلمات).
۲۸. از مسافرت با ماشین، یا اتوبوس یا قطار می ترسم.
۲۹. نگرانم که دیگران راجع به من چه فکری می کنند.
۳۰. من از جاهای شلوغ می ترسم. (مانند مراکز خرید، سینما، اتوبوس، زمین بازی)
۳۱. احساس خوشحالی می کنم.
۳۲. ناگهان بی دلیل می ترسم.
۳۳. از حشرات مثل سوسک می ترسم.
۳۴. ناگهان بدون هیچ دلیلی احساس غش و سرگیجه می کنم.
۳۵. از این که جلوی کلاس صحبت کنم می ترسم.
۳۶. ناگهان بدون هیچ دلیلی قلبم شروع به تند زدن می کند.
۳۷. نگرانم که ناگهان بترسم بدون اینکه دلیلی برای ترس وجود داشته باشد.
۳۸. خودم را دوست دارم.
۳۹. از این که در جاهای کوچک و بسته باشن می ترسم. (مثل تونل ها یا اتاق های کوچک)
۴۰. مجبور هستم بعضی کارها را به طور تکراری انجام دهم (مثل شستن دستهایم یا تمیز کردن یا قراردادن چیزها به ترتیب خاص).
۴۱. افکار یا تصاویر احمقانه در ذهنم مرا آزار می دهد.
۴۲. باید بعضی کارها را دقیقاً به شیوه ای درست انجام دهم تا اتفاق بدی نیفتد [نیفتد].
۴۳. به کارها و موفقیت های مدرسه ام افتخار می کنم.
۴۴. اگر مجبور شوم در طول شب از خانه دور باشم احساس ترس می کنم.
۴۵. آیا چیز دیگری هست که واقعا شما از آن می ترسید؟ آری / خیر
- لطفا بنویسی که از چه چیزی دیگری می ترسید.
- چند وقت به چند وقت از این چیزها می ترسید؟

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی

ردیف	عبارات	هرگز	بعضی اوقات	بیشتر اوقات
۱	فرزندم بی قراری می کند			
۲	فرزندم خرابکاری می کند			
۳	فرزندم با دیگران درگیری و کتک کاری می کند			
۴	فرزندم تمرکز حواس ندارد			
۵	فرزندم به فرامین و درخواست ها بی توجهی نشان می دهد			
۶	فرزندم اشتباهات خود را انکار می کند			
۷	فرزندم کارها را نیمه تمام رها می کند.			
۸	فرزندم در بازی ها ترس از صدمه دیدن دارد			

					27- آن قدر عصبانی می شود که چیزی را پرتاب می کند و می شکند و به صندلی و میز لگد می زند و اشیاء با پر خاش پرت می کند.
					28- اگر کودکی او را عصبانی کند سایرین را وادار می کند با آن کودک بازی نکنند.
					29- مانع شرکت کودکی که به میل او عمل نکند در فعالیت گروهی می شود.
					30- اگر کودکی مطابق میل او عمل نکند تهدید می کند که با او دوست نخواهد شد.
					31- اگر کودکی مطابق میل او عمل نکند با وی قهر می کند.
					32- اگر کودکی او را ناراحت کند وی را از بازی های دسته جمعی به زور بیرون می کند.
					33- کودکان را تهدید می کند تا با یکی از بچه های که مورد نظر اوست دوست نشوند.
					34- با دروغ گویی در مورد کودکان سایرین را وادار می کند که با آن کودک دوستی نکنند.
					35- در مورد بعضی از کودکان شایعه سازی و غیبت (بدگویی) می کند.
					36- وقتی که دیگران با او مخالفت می کنند ، با آن ها جر و بحث می کند.
					37- برخی مسایل جزئی و ناچیز او را عصبی می کند.
					38- حساس است و از دست دیگران زود ناراحت می شود.
					39- در برابر انتقاد دیگران شدیداً خشمگین می شود.
					40- زود از کوره در می رود.
					41- در مواضع فکری خود بسیار مقاوم و پابدار است و فقط حرف خودش را قبول دارد.
					42- تحمل شکست و ناکامی برای او خیلی مشکل است.
					43- برای رفتارها و اشتباهات خود دیگران را سرزنش می کند.

The effectiveness of teaching compassion focused therapy to parents on reducing aggression, behavioral problems and anxiety of children

Parisa. Dinari¹, Nikoo. Omidbakhtiari² Matin. Pouya³, Zahra. Mirzaei*⁴,
Zahra. Heydari⁵ Aboozar. Farhadi⁶

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to determine the effectiveness of therapy training focused on compassion for parents on reducing aggression, behavioral problems and anxiety of children.

Method: The present research was of applied and semi-experimental designs of pre-test-post-test type with control group. The statistical population of this research included all parents and children aged 8 to 10 who referred to the psychology clinic of Isfahan city in the second six months of 1401. The sample of this study includes 30 people who refer to counseling centers who were selected using available sampling method and were randomly placed in two experimental treatment groups focused on compassion for parents and a waiting list group. Data were obtained using aggression, behavioral problems, and anxiety questionnaires. The data were analyzed using the Mancova method and analysis of variance with repeated measurements, and the above statistical analyzes were performed using SPSS-26 software. **Results:** The results showed that the treatment focused on compassion for parents was effective in reducing aggression, behavioral problems and anxiety of children ($P=0.05$).

Conclusion: Therefore, it can be concluded that the treatment focused on compassion for parents can be an effective intervention method to improve the reduction of aggression, behavioral problems and anxiety of children.

Keywords: *Compassion-focused therapy, aggression, behavior problems, anxiety, children*

-
1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
 2. PhD student, Department of Psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
 3. M.A of Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran
 4. **Corresponding author:** PhD student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Arsanjan, Iran
Zahra.mz1360@gmail.com
 5. Ph.D Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran
 6. Department of Psychology, Firoozabad Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran