

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Feeling of Guilt in Mothers of Children with Physical-Motor Disability

Abdolbaset Mahmoudpour¹, Sana Dehghanpour², Sahar Ejadi³, Shahla Mohamadi⁴

PhD Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran. Iran. (Corresponding Author)

2. PhD Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of psychology and educational sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz.Iran.

3. MA of Psychology, Department of Counseling and Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran.

4. MA of family Counselling, Department of Counseling, Faculty of psychology and educational sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran. Iran.

ABSTRACT

Received: 20/01/1399 - Accepted: ۰۲/02/1400

Aim: The purpose of this research was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on distress tolerance and feeling of guilt in mothers of children with physical-motor disability. **Methods:** The quasi-experimental research method included pre-test and post-test, with control group. The statistical population of this study consisted of all mothers of children with physical disability who had received education in special schools in city of Saqez during the Persian year of 1398. For this purpose, 24 mothers of physically disabled children were selected from the exceptional schools by convenient sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (12 in each group). The experimental group received 10 sessions of intervention and no training was given to the control group. The instruments used in this study were the Distress Tolerance Scale (DTS) and the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-2), which were completed in the pre-test and post-test phases. Data were analyzed using covariance analysis. **Findings:** The findings of this study indicated that there was a significant difference between the experimental and control groups in pre-test and post-test in scores of distress tolerance and feeling of guilt. According to these findings, compassion-focused therapy is effective in decreasing feeling of guilt and increasing distress tolerance of mothers of children with physical disability. **Conclusion:** The results showed that self-compassion, through providing positive experiences, increasing adaptation to stressful situations, and expressing empathy and sympathy can increase distress tolerance in individuals and reduce the level of guilt of mothers with children with disabilities.

Keywords: Compassion-focused Therapy, distress tolerance, guilt, disability



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۹، پاییز ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i79.7350

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی

عبدالباسط محمودپور^۱، ثنا دهقانپور^۲، سحر ایجادی^۳، شهلا محمدی^۴

۱. (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. mahmoudpour@atu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران.

(صفحات ۲۷۰-۲۸۹)

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی بود. روش: این مطالعه از نظر روش شناختی جز طرح‌های نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی بودند که فرزندانشان در مدارس استثنایی شهرستان سقز در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ به تحصیل اشتغال داشتند. به این منظور، ۲۴ نفر از مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس استثنایی انتخاب و با روش تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۲ نفر). مداخله درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و آزمون عاطفه خودآگاه (TOSCA-2) بود که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود ($p < /0.05$). بر اساس این یافته‌ها درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی اثرگذار است. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که برنامه شفقت به خود از طریق فراهم کردن تجربیات مثبت، افزایش سازگاری با شرایط تنش‌زا و ابراز همدلی و هم‌دردی می‌تواند تحمل پریشانی را در افراد افزایش داده و سطح احساس گناه مادران دارای فرزند معلول را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، تحمل پریشانی، احساس گناه، معلولیت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴

مقدمه

مراقبت از کودکان دچار معلولیت^۱ می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت جسمی و رفتاری خانواده‌های آنها داشته باشد. سالانه ۱۶٪ از کودکان به خاطر بیماری‌های مزمن و یا داشتن معلولیت در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند. بعد از تشخیص معلولیت در کودکان، خانواده‌های آنها اغلب احساس‌هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی‌دفاعی و تنهایی را تجربه می‌کنند (مین‌هیلی، چانگ‌پارک، آلیسیا و کلی^۲؛ ۲۰۱۷). علاوه بر آن، مشکلات مراقبتی، آموزشی، درمانی و مالی نیز استرس زیادی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. این موضوع می‌تواند پویایی خانواده، سلامت روانی اعضا خانواده و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (سیمین قلم، ایوبی، حاجیان و علی‌بخشی؛ ۲۰۱۸). شدت معلولیت کودک یکی از متغیرهایی است که قویاً بر استرس والدین تأثیرگذار می‌باشد. به گونه‌ای که کودکان دارای معلولیت‌های شدید، فشار زیادی برای خانواده ایجاد می‌کنند. آسیب‌پذیری یک کودک دارای معلولیت منجر به افزایش سطح استرس والدین و خانواده می‌شود و این امر مستلزم تلاش مضاعف در زمینه ایجاد سازگاری و سازماندهی سیستم خانواده است (آلوز^۳، ۲۰۱۵). تولد یک کودک معلول به عنوان یک لحظه بحرانی بسیار مشکل‌ساز شناخته می‌شود (داپاز و والاندرا^۴، ۲۰۱۷) که با ناامیدی، استرس فیزیکی و روانی، اضطراب و ناتوانی در مقابله درست با موقعیت پیش‌آمده همراه است (کاروسو^۵، ۲۰۱۷). مادر به دلیل نقش ویژه‌ای که در بارداری، تولد، مراقبت و آموزش و پرورش کودک دارد، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند. مادرانی که دارای فرزند مبتلا به اختلالات ذهنی و جسمی هستند، چالش‌های ذهنی و اجتماعی را تجربه می‌کنند

1. disability.

2. Meen Hye Lee, R. N., Chang, P. Alicia, K. M., & Kelly, H.

3. Alves, G.

4. Da Paz, N. S., & Wallander, J. L.

5. Caruso, J. M.

خدابنده، محمدی، تنی نژاد و جلیلی، ۲۰۱۶).

وجود کودک دچار معلولیت، منبع استرس برای مادرانی است که بیش از سایر اعضا خانواده درگیر مراقبت از کودک هستند (شولکر، تیسینگ و برینکسما، رودبول، کمپز، استوارت و فلیر^۱، ۲۰۱۵). علاوه بر فرد دچار ناتوانی، سایر اعضای خانواده نیز برای کنار آمدن با مشکل پیش آمده برای خانواده، باید ویژگی‌های خاصی را در خود پرورش دهند. تحمل آشفتگی^۲ به عنوان یک مفهوم فراهیجانی مفهوم سازی شده و به عنوان یک صفت، نه حالت هیجانی، در نظر گرفته می‌شود و به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی است (ابراهیمی، زمانی و انصاری شهیدی، ۲۰۱۷). تحمل پریشانی مهارتی مبتنی بر پذیرش واقعیت، بدون تلاش برای تغییر آن است. از آنجا که پریشانی درد را نمی‌توان به طور کامل حذف یا از آن اجتناب نمود، توانایی پذیرش واقعیت تغییرناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد (شریعنمدار و غروی، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان داده‌اند که تحمل پریشانی و تاب‌آوری با افزایش کیفیت زندگی و ظرفیت کارایی فرد در مواقع ناکامی، همبستگی دارد (کسیدی^۳، ۲۰۱۵؛ به نقل از تسیه حسینی، مدنی و حاج حسینی، ۱۳۹۸). با توجه به فقدان توانایی‌های مقابله‌ای و ناتوانی برای مدیریت حالات هیجانی منفی در افرادی که دارای تحمل پایین آشفتگی هستند، این افراد برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی منفی تلاش می‌کنند. در صورتی که اجتناب امکان‌پذیر نباشد (مانند خانواده‌های دارای عضو معلول)، آنها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند. اگر این راهکار ناسالم مفید نباشد، کل انرژی آنها بر هیجان‌اتشان متمرکز می‌شود که در نهایت کارکرد آنها را مختل خواهد ساخت (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقات اخیر نشان داده است که والدین کودکان معلول احساس شکست و گناه دارند (درویشالی، ۲۰۱۳). بکمن^۴

1. Sulkers, E., Tissing, W. J., Brinksma, A., Roodbol, P. F., Kamps, W. A., Stewart, R. E., & Fleer, J.
2. distress tolerance.
3. Cassidy, S.
4. Beckman, L.

(۱۹۹۳) اظهار می‌دارد که احساس گناه و تقصیر در والدین در اثر تولد فرزند معلول به وجود می‌آید که موجب می‌شود والدین نتوانند از زندگی خود لذت ببرند. احساس گناه شکل خاصی از اضطراب^۱ است. احساس گناه احساساتی را در بر می‌گیرد که دامنه آن از خود ناامید شدن و غم و اندوه گرفته تا احساس لکه‌دار شدن و ننگین شدن و مهربدنامی خوردن را در بر می‌گیرد (فرهادی، امیری و حسینی؛ ۱۳۹۷). وقتی احساس گناه قوی باشد فرد احساس ناامنی و عدم حمایت می‌کند و به همین سبب احساس رضایت^۲ شخصی وی بسیار پایین می‌آید. هر قدر احساس گناه والدین بیشتر باشد تمایل آنها به متهم و مقصردانستن خودشان برای وضعیت کودک بیشتر می‌شود (غفاریا، ولی‌زاده، اکبری و کریمی، ۱۳۹۶). از آنجا که درد و پریشانی را نمی‌توان به طور کامل حذف یا از آن اجتناب کرد، توانایی پذیرش واقعیت غیر قابل تغییر، منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد (محمودپور، فرحبخش، بلوچ زاده و حسینی، ۱۳۹۷). یکی از راه‌هایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی منفی خانواده‌های دارای فرزند معلول مؤثر باشد، استفاده از رویکردهای درمانی اثربخش و دارای پشتوانه پژوهشی می‌باشد. یکی از این رویکردها، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۳ است. در ابتدا نف^۴ (۲۰۰۳) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل ذهن‌آگاهی^۵، مهربانی با خود^۶ و حس انسانیت مشترک تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. از این رو گیلبرت این سازه را در جلسات درمانی به کار گرفت و نهایتاً درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. این درمان، متمرکز بر روان‌شناسی تکاملی می‌باشد که بر اهمیت شکل‌گیری تکاملی هیجان‌ات و ادراکات بشرطی میلیون‌ها سال تأکید می‌کند. تعریف شفقت آنگونه که در درمان متمرکز بر شفقت کاربرد دارد، عبارت است

1. anxiety.

2. satisfaction.

3. Compassion Focused Therapy.

4. Neff, K. D.

5. mindfulness.

6. self-kindness.

از: "حساسیت نسبت به وجود رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام یا پیشگیری از آن". دو بعد اصلی شفقت در این تعریف نمایان است. یکی اشتیاق که به گشودگی به رنج و درگیری با آن اشاره دارد و دیگری التیام بخشی که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی برای پیشگیری و کاهش رنج و علل آن می‌پردازد (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌دهنده بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (ایرونز و لد^۲، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر شفقت، مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی با تأکید بر پرورش شفقت در خود، تشویق می‌کند (لویز و یوتلی^۳، ۲۰۱۵). در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند بنابراین در نخستین گام تجربه خود را می‌شناسند و نسبت به آن احساس شفقت خواهند داشت. شفقت سه نوع دارد: شفقتی که نسبت به دیگران یا خودمان احساس می‌کنیم، شفقتی که می‌توانیم از طرف دیگران به خودمان احساس کنیم و شفقتی که می‌توانیم به سمت خودمان هدایت کنیم (گیلبرت، ۲۰۱۴). تمرینات شفقت به خود برتن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی، در جهت افزایش آرامش ذهنی و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی تأکید دارند (نف، ۲۰۱۳). درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک مدل چندبعدی، از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه^۴، استدلال^۵، تمرین تصویرسازی^۶ و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). کلابتون، ویلیامز و گریفیز و جونز^۷ (۲۰۱۷) در پژوهشی که بر روی بیماران معلول ذهنی انجام دادند دریافتند که درمان گروهی متمرکز بر شفقت

1. Gilbert, P.

2. Irons, C., & Lad, S.

3. Leaviss, J., & Uttley, L.

4. attention.

5. argument.

6. illustration.

7. Clapton, N. E., Williams, J., Griffith, G. M., & Jones, R. S.

بر کاهش خودانتقادی و مقایسه‌های نامطلوب اجتماعی مؤثر می‌باشد. در پژوهشی دیگر، بورسما، هاکانسون، سالومونسون و جوهانسون^۱ (۲۰۱۵) با یک طرح آزمایشی تک نمونه‌ای در شش فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی، اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت را آزمودند. درمان بر روی افزایش شفقت به خود و کاهش خودانتقادی، شرم و اضطراب اجتماعی^۳ نفر به طور قطع مؤثر بود، بر روی یک نفر تأثیر احتمالی داشت و نیز برای ۲ نفر مشکوک به تأثیر گذاری بود. این نتایج و نتایج پژوهش‌های مشابه دیگر نشان می‌دهند CFT یک رویکرد امیدوارکننده برای حل مشکلات خود شفقتی می‌باشد. با وجود اثر بخشی گسترده رویکرد درمان متمرکز بر شفقت، پژوهش‌های جهانی اندکی درباره آن انجام شده است. این فقدان در ادبیات پژوهشی داخل کشور نیز مشاهده می‌شود. از آنجا که سلامت روان شناختی مادران کودکان معلول هم از دیدگاه فردی و هم بخاطر نقش مراقبتی آنان از کودک معلول بسیار حائز اهمیت است بنا بر این، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای فرزند معلول مؤثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی بودند که فرزندان شان در مدارس استثنایی شهرستان سقز در بهار سال تحصیلی ۱۳۹۸ به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه پژوهش شامل ۲۴ نفر از مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس استثنایی شهرستان سقز انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش طبق برنامه و به مدت ۷۵ دقیقه در هفته، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت مشاوره همزمان، کسب

نمره بالا در مقیاس احساس گناه (در این مقیاس نمره ۴۸ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته می‌شود به گونه‌ای که نمرات بیشتر از ۴۸ نشان‌دهنده‌ی احساس گناه بالا و نمرات کمتر از ۴۸ بازگوکننده احساس گناه کم در فرد است) و نمره پایین در تحمل پریشانی (در این مقیاس نمره ۴۵ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته می‌شود به گونه‌ای که نمرات بیشتر از ۴۵ نشان‌دهنده‌ی تحمل پریشانی بالا و نمرات کمتر از ۴۵ بازگوکننده سطح پایین تحمل پریشانی در فرد است) بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن بیماری روانی بارز و مصرف داروی روانپزشکی که از طریق مصاحبه و مشاهده مشخص می‌شد و داشتن بیش از دو جلسه غیبت بود.

ابزار

۱- مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS): این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه می‌باشد که ۴ خرده مقیاس آن شامل عناوین تحمل^۳، جذب^۴، ارزیابی^۵ و تنظیم^۶ است که تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین حالت پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱، ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. گزینه‌های این

1. Distress Tolerance Scale.
2. Simons & Gaher.
3. tolerance.
4. absorption.
5. appraisal.
6. regulation.

مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند، نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه موردنظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه موردنظر می‌باشد. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. رضای پور میر صالح و اسماعیل بیگی (۱۳۹۶) در پژوهش خود روایی این مقیاس را برای نمره کل ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های تحمل و جذب به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۶۱ به دست آوردند. در پژوهش صالحی و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸) روایی کلی این مقیاس ۰/۷۷ برآورد شد.

۲- آزمون عاطفه خود آگاه^۱ (۲-TOSCA): آزمون عاطفه‌ی خود آگاه که توسط تانگنی، واگنر و گومز^۲ (۱۹۸۹) ساخته شد، یک ابزار خودسنجی و مداد کاغذی است که ۱۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های احساسی، هیجانی و رفتاری خویش و احتمال پاسخ خود به آنها را رتبه می‌دهند. تمام سناریوهای این آزمون آیتم‌های شرم و گناه و اشتغال ذهنی با احساس گناه هستند. آزمون TOSCA بر اساس نظریه و تحقیقات لویس و لیندزی - هارتز ساخته شده است. از نظر لویس شرم مربوط به ارزیابی منفی فرد از "خود" خویش است، اما احساس گناه ارزیابی منفی فرد از "رفتار یا عمل" خویش است. شرم و گناه به عنوان "عواطف خود آگاه" در نظر گرفته می‌شوند که شامل ارزیابی منفی از رفتارهایی است که به خود مرتبط هستند. به منظور احساس این هیجانات افراد باید یک احساس از خود و همچنین یک مجموعه از استانداردهای برای ارزیابی رفتار خودشان داشته باشند. در پژوهش انوشه‌ایی، پور شهر یاری و ثنایی ذاکر (۱۳۸۵) نتایج حاصل از بازآزمایی این آزمون پس از چهار هفته بر روی دانشجویان، ضریب پایایی احساس شرم و احساس گناه

1. Test of Self-Conscious Affect.
2. Tangney, Vagner & Gomez.

به ترتیب ۷۸/۰ و ۷۰/۰ به دست آمد. روایی این مقیاس در پژوهش هنرپروران، قادری، تقوا و زندی قشقای (۱۳۹۱) برای احساس شرم ۸۸/۰ و برای احساس گناه ۷۸/۰ محاسبه شد. علاوه بر این ضریب ثبات درونی یا آلفای کرونباخ کلی پرسش نامه ۸۶/۰، و برای احساس شرم ۸۵/۰، و برای احساس گناه ۷۴/۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شرم و گناه به ترتیب ۸۰/۰ و ۷۵/۰ به دست آمد. شرح مختصری از روند اجرای جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی	تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک	آشنایی کلی با خود شفقت ورزی
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	آموزش خود انتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به عنوان خودانتقادگر با شفقت گر، بیان علل خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی	پاسخ به سوالات تمرین «چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید؟»	مقابله با افکار خودانتقادگری
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن	تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آنها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.	یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود	پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه
پنجم	قدردانی از خود	آموزش خودارزشمندی و مزایای آن. بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت	تمرین قدردانی از خود و ذکرده	رشد احساس خودارزشمندی

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
		نفس. آموزش روش‌های تقویت حس خودارزشمندی.	مورد از ویژگی‌های مثبت خود	
ششم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام‌سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر، رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌ورز). آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت‌ورزی و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	تمرین تصویرپردازی ذهنی	پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
هفتم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش مفاهیم شفقت‌ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خودشفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات مهربانگیز به خود	پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
هشتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگوی بین سه خود انتقادگر، خود انتقادشونده و خود دلسوز یا شفقت‌گر). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه‌هایی ترتیب می‌دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقادشونده و شفقت‌گر خود ارتباط برقرار می‌کند.	تمرین صندلی خالی گشتالت	آگاهی از افکار و احساسات متناقض
نهم	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامه دلسوزانه به خود، از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می‌نویسند و به کمبودها و ضعف‌هایی اشاره می‌کنند که درباره خود احساس می‌کنند.	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه	پذیرش خود
دهم	مرور مباحث آموزش داده شده	دریافت بازخورد از اعضا گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته	به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

یافته‌ها

در این بخش ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرها به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	عوامل شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
احساس گناه	گروه آزمایش	۴۸/۷۳	۴۰/۳۳
	انحراف معیار	۵/۱۶	۵/۳۷
گروه کنترل	میانگین	۴۷/۱۳	۴۷/۸۷
	انحراف معیار	۴/۲۴	۵/۱۹
تحمل	گروه آزمایش	۸/۶۰	۱۲/۶۷
	انحراف معیار	۱/۵۵	۱/۳۵
گروه کنترل	میانگین	۷/۸۰	۸/۰۰
	انحراف معیار	۱/۵۲	۲/۰۰
جذب	گروه آزمایش	۸/۳۳	۱۰/۰۲
	انحراف معیار	۱/۱۸	۱/۸۴
گروه کنترل	میانگین	۸/۰۰	۱۰/۲۷
	انحراف معیار	۱/۶۰	۱/۸۳
ارزیابی	گروه آزمایش	۱۵/۸۰	۱۶/۶۷
	انحراف معیار	۲/۰۱	۲/۱۶
گروه کنترل	میانگین	۱۵/۴۷	۱۵/۷۳
	انحراف معیار	۲/۷۷	۲/۳۷
تنظیم	گروه آزمایش	۹/۴۷	۱۱/۸۷
	انحراف معیار	۱/۶۸	۱/۶۴
گروه کنترل	میانگین	۹/۲۷	۸/۹۳
	انحراف معیار	۲/۰۵	۱/۵۸

همچنان که ملاحظه می‌شود در مؤلفه‌های تحمل پریشانی میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش مؤلفه‌های بخشش خود مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی شده است.

در استفاده از روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تأیید قرار بگیرد تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها، و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف) مورد بررسی قرار می‌گیرد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. با توجه به آمار کولموگروف-اسمیرنوف برای احساس گناه ($Z=0/11$ و $P=0/76$)، تحمل ($Z=0/73$ و $P=0/12$)، جذب ($Z=0/83$ و $P=0/51$) و ارزیابی ($Z=1/21$ و $P=0/11$)، پیش‌فرض نرمال بودن در سطح $\alpha=0/05$ رعایت شده است.

با توجه به خروجی تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیون، مشاهده گردید که تعامل بین متغیر آزمایش و همراه (پیش‌آزمون)، معنادار نمی‌باشد؛ لذا شیب خط رگرسیون برای دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است.

برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه کنترل و آزمایش

Sig	F	۲ df	۱ df	شاخص آماری مقیاس
۰/۵۵	۰/۳۵	۲۲	۱	احساس گناه
/۰۷۳	۲/۹۶	۲۲	۱	تحمل
/۱۷	۱/۹۶	۲۲	۱	جذب
۰/۹۸	۰/۰۲	۲۲	۱	ارزیابی
۰/۳۵	۰/۸۸	۲۲	۱	تنظیم

همچنین نتایج آزمون M باکس که در آن معناداری کمتر از ۰/۰۵ شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می شود برای متغیرهای وابسته ۲۷، ۱۱ و ۹۵ به دست آمد. این داده‌ها حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای همه متغیرها برقرار است ($p < 0/05$).

باتوجه به مجموع پیش فرض‌های مطرح شده مشاهده می‌گردد که داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کوواریانس چندمتغیری را دارا می‌باشند و می‌توان تفاوت‌های دو گروه را در متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار داد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد بخشش خود در دو گروه

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	ضریب ایثار
تفاوت	اثربندی	/۷۹	۱۴/۶۱	۵/۰۰	۱۳/۰۰	/۰۰۱	/۷۹
دو گروه	لامبدای ویلکس	/۲۰	۱۴/۶۱	۵/۰۰	۱۳/۰۰	/۰۰۱	/۷۹
با کنترل اثرپیش	اثربندی	۳/۸۴	۱۴/۶۱	۵/۰۰	۱۳/۰۰	/۰۰۱	/۷۹
آزمون	بزرگترین ریشه روی	۳/۸۴	۱۴/۶۱	۵/۰۰	۱۳/۰۰	/۰۰۱	/۷۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثرپیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان متمرکز بر شفقت «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مولفه‌های احساس گناه و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی که با درمان متمرکز بر شفقت آموزش دیده اند، با مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۲۰، $p < 0/05$).

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

ضریب ایتا	سطح معناداری	F	MS	df	SS	منبع تغییر	شاخص آماری متغیرها
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۳/۵۰	۲۰۰/۲۶	۱/۰۰	۲۰۰/۲۶	گروه	احساس گناه
			۸/۵۲	۱۷	۱۴۴/۸۴	خطا	
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۴/۳۶	۳۵/۴۰	۱	۳۵/۴۰	گروه	تحمل
			۱/۴۵	۱۷	۲۴/۴۵	خطا	
۰/۲۶	۰/۰۰۸	۸/۲۵	۲۵/۷۸	۱	۲۵/۷۸	گروه	جذب
			۳/۱۲	۱۷	۵۳/۰۴	خطا	
۰/۰۶	۰/۱۳۳	۲/۳۶	۴۴/۰۲	۱/۰۰	۴۴/۰۲	گروه	ارزیابی
			۱۸/۶۳	۱۷	۳۱۶/۷۱	خطا	
۰/۳۴	۰/۰۰۲	۱۲/۰۶	۵۳/۵۶	۱	۵۳/۵۶	گروه	تنظیم
			۴/۴۴	۱۷	۷۵/۴۸	خطا	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای احساس گناه، تحمل، جذب و تنظیم مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌شود. همان‌گونه که از نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌شود. سطح معناداری حاصل شده برای احساس گناه، تحمل، جذب و تنظیم در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۵ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه، با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان

احساس گناه، تحمل، جذب و تنظیم گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی در مدارس استثنایی شهرستان سقز بود که در بهار سال تحصیلی ۱۳۹۸ به تحصیل اشتغال داشتند. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. هماهنگ با یافته‌های کلابتون و همکاران (۲۰۱۷) و بورسما و همکاران (۲۰۱۵)، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خودانتقادی و احساس گناه افراد را کاهش و تحمل پریشانی آنها را افزایش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مهربانی با خود یکی از مؤلفه‌های سازنده شفقت است و اصولاً از ابتدا، درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی طراحی شد که مشکلات مزمن روان، همراه با شرم و خود انتقادی داشتند (شیرالی‌نیا، چلداوی و امان‌الهی، ۱۳۹۷)، همچنین تقویت آگاهی به مهربانی در مادران موجب شد آنها در روابط بین فردی که مورد انتقاد یا سرزنش دیگران قرار گرفته بودند، به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی مجدد ارتباط براساس اعتماد دوباره بدهند و شفقت نسبت به خود را در روابط اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی تقویت کنند. آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای کودک معلول، با شفقت‌ورزی فردی، مهربانی نسبت به خود در خلال دوره‌های درد و رنج، ناامیدی یا شکست و خودداری از سختگیری نسبت به خودشان در هنگام ناراحتی و یا مشاهده جنبه‌های نامطلوب و دوست‌نداشتنی از شخصیت فردی (خودانتقادی و قضاوت اندک)، سبب گردید مادران با ایجاد صمیمیت و همدلی در زندگی خود، آشفستگی‌های

بین فردی را کاهش دهند. آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای کودک معلول موجب پاسخدهی به احساسات شد و احساس دلبستگی، ایمنی، اعتماد متقابل افراد و گذشت در خود انتقادی شامل مشغله ذهنی فرد با افکار خود محکوم ساز می‌باشد. علاوه بر این هم راستا با پژوهش‌های بخشی بجد، حسنی بجد و نیک‌منش (۱۳۹۱)، پژوهش حاضر نشان داد که از طریق فراهم کردن تجربیات مثبت، افزایش سازگاری با شرایط تنش‌زا و ابراز همدلی و هم‌دردی می‌توان تحمل پریشانی را در افراد افزایش داد. در درمان متمرکز بر شفقت افراد این مهارت را کسب می‌کنند که به جای پرهیز از احساسات دردناک، آنها را بشناسند و نسبت به آن احساسات شفقت و تحمل داشته باشند. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیرگذاری روی چگونگی، طول دوره یا شدت فرآیندهای تجربی، رفتاری یا جسمی هیجان‌هاست (کیپرز، لف و لام^۱، ۲۰۰۲) که نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع اضطراب‌زای زندگی دارد. از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت مانند ابزاری در جهت جایگزینی هیجان‌ات مثبت به جای هیجان‌ات منفی عمل می‌کند، به نظر می‌رسد کاهش احساس گناه و افزایش تحمل فرد نسبت به پریشانی، در اثر تنظیم هیجانی حاصل از این رویکرد امری امکان‌پذیر باشد. در واقع نظم‌جویی هیجان، اصلی اساسی در شروع و ارزیابی و سازماندهی رفتارهای سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (ماکارتی، لسج، بروین بروگا و منجن^۲، ۱۹۸۹). بسیار مهم است که افراد بپذیرند که مسائل مختلف و فراوانی در زندگی رخ می‌دهد که آنها تقصیری در آن ندارند. پذیرش این عقیده در درمان افرادی با خودانتقادی شدید و سطح پایین تحمل، تأثیرگذار است و به آنها کمک می‌کند با خود مهربانانه‌تر رفتار کنند و در مقابله با مشکلات روش‌های مؤثرتری را به کار گیرند. همچنین قرار گرفتن در جو مناسب گروه هدایت شده‌ی همگن، ارائه و

1. Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D.

2. Maccarthy, B., Lesage, A., Brewin, C. R., Brugha, T. S., Mangen, S., & Wing, J. K.

دریافت بازخوردهای مثبت، بهره‌مندی از حمایت‌های اعضای گروه و ایجاد فرصت برای ابراز وجود به شیوه‌ای مناسب و بیان دیدگاه‌ها، نظرات، آشفتگی‌ها، درد و دل‌ها، انتقال تجارب و ارائه کمک به دیگر اعضا جهت همفکری به منظور رسیدن به بهترین راه حل، همه و همه، می‌تواند زمینه را برای کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی فراهم کند.

نتایج مطالعه حاضر بیان‌کننده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول جسمی - حرکتی است و می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی سودمند در جامعه پژوهش مورد استفاده قرار گیرد. به این ترتیب، با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود برای کاهش احساس گناه مادران کودکان معلول و افزایش تحمل پریشانی در آنها، به آموزش جنبه‌های مثبت شفقت نسبت به خود از جمله بخشیدن خود، توانایی تحمل شرایط دشوار و رفتارهای شفقت‌گرا توجه ویژه‌ای اختصاص داده شود. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن مواجه بود می‌توان به جنسیت گروه هدف اشاره کرد که تنها مادران بودند؛ جا دارد در تحقیقات آینده پژوهش‌های مشابهی با محوریت سلامت روان‌شناختی پدران این کودکان نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی حجم نمونه افزایش یابد، این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و نیز به اثربخشی این درمان در مادران دارای کودکانی با اختلالات دیگر از جمله معلولیت ذهنی یا سایر بیماری‌های خاص پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی افراد و مادرانی که در انجام این پژوهش مشارکت کردند صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، م. الف؛ زمانی، ن. و انصاری شهیدی، م. (۱۳۹۷). بررسی رابطه تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان با معلولیت جسمانی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۹(۸)، ۱-۷
- اندامی خشک، ع. (۱۳۹۲). *نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی. تهران.
- انوشه‌یی، م؛ پور شهرداری، م. و ثنایی ذاکر، ب. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین ادراک دختران از الگوهای تربیتی والدینشان با احساس شرم و گناه در آنها. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۷(۲۷)، ۸-۲۹
- بخشی بجد، ف؛ حسنی بجد، م. و نیکمنش، ز. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک شده و تحمل پریشانی در دانشجویان. *مجموعه مقالات ششمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه گیلان*.
- تسیه حسینی، ق؛ مدنی، ی. و حاج حسینی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تلفیقی مثبت‌نگری و تاب‌آوری بر نگرانی از تصویر بدنی و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸(۷۱)، ۴-۳۶
- رضاپور میر صالح، ی. و اسماعیل بیگی، م. (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی با میانجیگری جهت‌گیری منفی به مشکل نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۳)، ۲۲-۳۱
- شریعتمدار، الف. و غروی، ز. (۱۳۹۴). مقایسه تحریف‌های شناختی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی با تحمل پریشانی بالا و پایین. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۴(۵۵)، ۴۰-۵۵
- شیرآلی‌نیا، خ؛ چلداوی، ر. و امان الهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳۷)، ۹-۱۹
- صالحی، بلن. و اصغری ابراهیم‌آباد، م. (۱۳۹۸). بررسی نقش مذهب و تحمل پریشانی هیجانی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان ناباور. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱(۱۷)، ۱۶۵-۱۹۲
- عزیزی، ع؛ میرزایی، الف. و شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۳-۱۸
- غفاریا، ز؛ ولی زاده، س؛ اکبری، س. و کریمی، س. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول. *دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و رفتاری*.
- فرهادی، ع؛ امیری، ح. و حسینی، س. الف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر کاهش احساس گناه و بهزیستی روان‌شناختی کودکان افسرده. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸(۷۱)، ۸۰-۶۱
- محمودپور، ع؛ فرحبخش، ک. و بلوچ زاد، الف. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تعهد زناشویی زنان بر اساس شیوه‌های دل‌بستگی، خود شفقتی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۸(۱)، ۶۵-۸۴

هنرپروران، ن؛ قادری، ز؛ تقوا، م. وزندی قشقایی، ک. (۱۳۹۱). ارتباط عاطفه خودآگاه و عقاید غیرمنطقی با تمایلات جنسی زنان ناباور. مجله ارمغان دانش، ۶(۱۷)، ۵۲۱-۵۱۴

- Alves, G. M. A. N. (2015). Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
- Caruso, J. M. (2017). Stress, Anxiety, and Depression Experienced by Parents of Children with Special Needs and Self-Care Techniques (Doctoral dissertation, College of Saint Elizabeth).
- Clapton, N. E., Williams, J., Griffith, G. M., & Jones, R. S. (2018). 'Finding the person you really are... on the inside': compassion focused therapy for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(2), 135-153.
- Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical psychology review*, 51, 1-14.
- Dervishalijaj, E. (2013). Parental stress in families of children with disabilities: A literature review. *Journal of Educational and Social Research*, 3(7), 579.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Khodabandeh, N., Mohammadi, F., Taghinejad, N., & Jalali, F. (2016). Psychological characteristics and marital satisfaction in mothers of children with mental retardation and physical disabilities. *Hormozgan Medical Journal*, 20(5), 337-344.
- Kuipers, E., Leff, J., Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia: a Practical Guide*, 2nd edn. London: Gaskell. 216-228.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- MacCarthy, B., Lesage, A., Brewin, C. R., Brugha, T. S., Mangen, S., & Wing, J. K. (1989). Needs for care among the relatives of long-term users of day care: A report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*, 19(3), 725-736.
- Lee, M. H., Park, C., Matthews, A. K., & Hsieh, K. (2017). Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disability and health journal*, 10(4), 565-570.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Pocinho, M., & Fernandes, L. (2018). Depression, Stress and Anxiety among Parents of Sons with Disabilities. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(1), 103.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Sulkers, E., Tissing, W. J., Brinksma, A., Roodbol, P. F., Kamps, W. A., Stewart, R. E., ... & Fleer, J. (2015). Providing care to a child with cancer: a longitudinal study on the course, predictors, and impact of caregiving stress during the first year after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24(3), 318-324.

