

اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی*
 حمیرا رئیسی^۱، طیبه شریفی^۲، احمد غزنفاری^۳، مریم چرامی^۴

Effectiveness of training self - compassion on social stigma and distress tolerance in the mothers of The children with cerebral paralysis

Homeira Reisi¹, Tayebeh Sharifi², Ahmad Ghazanfari³, Maryam Charami⁴

چکیده

زمینه: داشتن فرزند مبتلا به فلج مغزی، آسیب‌های روانشناختی و هیجانی فراوانی برای مادران ایجاد می‌کند که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روانشناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام نمود. اما آیا آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی کمک می‌کند؟ **هدف:** بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌آماري پژوهش حاضر شامل مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی شهرستان شهرکرد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به فلج مغزی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی (نف، ۲۰۰۹) را طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه داغ اجتماعی (مک و ووک، ۲۰۱۰) و پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). چنانکه این درمان باعث کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران شود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که آموزش خودشفقت‌ورزی با بهره‌گیری از فونمی همانند آموزش آگاهی از تجربیات مثبت و منفی، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی، آموزش ابراز شفقت و اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد استفاده قرار گیرد. **واژه کلیدی‌ها:** آموزش خودشفقت‌ورزی، داغ اجتماعی، تحمل پریشانی، فلج مغزی

Background: Having a child suffering from Cerebral Paralysis (CP) brings about frequent psychological and emotional damages for the mothers that applying appropriate psychological therapies to decrease these damages is a requirement. But does training self-compassion help decreasing social stigma and improvement of distress tolerance in the mothers of the children with CP? **Aims:** therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of training self-compassion on decreasing social stigma and the improvement of distress tolerance in the mothers of the children with CP. **Method:** the present research was quasi-experimental with pretest, posttest, control group design and two-month follow-up period. The statistical population of the present study included mothers of the children with CP in the town of Shahrekord in the first quarter of this solar year. 30 mothers of the children with CP were selected through voluntary non-random sampling method and randomly replaced into experimental and control groups (15 mothers in the experimental and 15 in the control group). The experimental group received 10 ninety-minute sessions of training self-compassion during two months. The applied questionnaires in the study included questionnaire of social stigma (Mac and Wook, 2010) and questionnaire of distress tolerance (Simons and Goher, 2005). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Results:** the results showed that training self-compassion significantly influences social stigma and distress tolerance in the mothers of the children with CP ($p < 0/001$). This treatment can reduce the social stigma and improve the distress tolerance of mothers. **Conclusions:** findings of the present study implied that training self-compassion employing techniques such as training being aware of positive and negative experiences, creating positive experiences through mental visualization training compassion expression and behavior modification through environmental reinforces can be used as an efficient therapy to decrease social stigma and improve distress tolerance in the mothers of the children with CP. **Key Words:** Training self - compassion, social stigma, distress tolerance, CP

Corresponding Author: t.sharifi@iaushk.ac.ir

* مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول است.

- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
- Ph.D student of General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran
- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)
- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahrekord Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (Corresponding Author)
- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran
- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahrekord Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۰/۱۶

دریافت: ۹۸/۰۶/۱۶

مقدمه

فلج مغزی^۱ از شایع‌ترین علل ناتوانی در کودکان به شمار می‌رود. این اختلال باعث بروز ناتوانی‌های حرکتی - وضعیتی در کودک در حال تکامل می‌گردد. در مبتلایان به فلج مغزی، نشانه‌های بسیار گوناگونی از ناتوانی گسترده و عمومی در مهار حرکات بدن گرفته تا صرفاً نقصی جزئی و خفیف مشاهده می‌گردد (توپگا کلا، کراتوارست، کلوتس، درهر و وولف، ۲۰۱۸). یک سری اختلالات ثانویه و همراه با فلج مغزی دیده می‌شوند که ممکن است نسبت به خود فلج مغزی، اثر بیشتری روی کودک و خانواده‌اش داشته باشند و تمام جنبه‌های تکامل کودک را در سراسر زندگی تحت تأثیر قرار دهد (کولتانیاک، روزنترچ، بادزینسکا و روزنزاک، ۲۰۱۹). یکی از وظایف والدین، مراقبت از کودک است، اما زمانی که کودک محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی مدت دارد، این نقش به صورت متفاوتی خود را نشان داده و نکته مهمتر آنکه فشار زیادی بر مادران که غالباً نقش مراقبت از چنین کودکی را بر عهده دارند، وارد می‌آورد (گایارد، میچلسن، آرناد و فاکونیر، ۲۰۱۷). مادران به عنوان مراقبان اصلی کودکان دارای نارسایی، معمولاً تنیدگی‌های روانشناختی فراوانی را تجربه کرده و این فرآیند سبب آسیب دیدن سایر فرآیندهای روانی آنها می‌شود. تنیدگی‌ها و فشارهای مادران این کودکان رایج، معمول و در عین حال امری قابل توجه بوده که اگر درمانی در مورد آن صورت نگیرد، سطح سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد و پیامدهایی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، خجالت، افکار و احساس گناه در آنها به همراه خواهد داشت (کراستیک، میهیک و میهیک، ۲۰۱۸).

از جمله موارد روانی که توسط والدین کودکان معلول تجربه می‌شود، مفهوم داغ اجتماعی^۲ است (ماناگو، داویس و گوار، ۲۰۱۸؛ رضایی‌دهنوی و هم‌ت‌علمدارلو، ۱۳۹۴؛ رضایی‌دهنوی، ۱۳۹۴؛ توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۶). داغ اجتماعی فرآیندی روانی - اجتماعی است که از برچسب زدن آغاز شده و به طرد و انزوی اجتماعی منتهی می‌شود به گونه‌ای که فرد از محیط خویش بنا به دلایل فیزیکی یا روانی جدا شده و در چشم دیگران از فردی چندوجهی به فردی یک‌وجهی و بی‌اهمیت و مایه ننگ در جامعه

تقلیل می‌یابد و در حالت وصله ناجور بودن قرار می‌گیرد (آیدمیر، ازکارا، آنسال و کانیلی، ۲۰۱۱). از نظر آیدمیر، کایا، یل‌دیز، ازتارا و باکلان (۲۰۱۶) داغ اجتماعی نوع خاصی از ارتباط یک ویژگی با یک تصور قالبی می‌باشد و نوعی زبان ارتباطی است. فاصله بین آنچه شخص باید باشد یعنی همان هویت اجتماعی بالقوه و آنچه که شخص واقعاً هست یعنی هویت اجتماعی بالفعل باعث می‌شود فرد ننگ بخورد (جاکوبی، ۲۰۰۸).

علاوه بر این معلولیت یا ضعف توان ذهنی کودک، باعث می‌شود کارکردهای متعارف خانواده متوقف گردد و آرامش خانواده از بین برود و حتی ممکن است باعث بروز آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی بر خانواده شود. در چنین شرایطی ممکن است والدین از تولد چنین فرزندی دچار پریشانی شوند و تحمل خود را در این زمینه از دست بدهند، تحمل پریشانی^۳، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است (مانینگ و همکاران، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (آلیس، ساگاری، میکلویتز و لو، ۲۰۱۸). زلن اسکای، برنستین و وجانویک، ۲۰۱۱). افراد، با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود، درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب درصدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند (گیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اسمیت، ۲۰۱۰).

روش‌های درمانی گوناگونی تاکنون برای افراد آسیب‌پذیر همچون مادران کودکان با فلج مغزی، به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید در این حوزه آموزش خودشفقتی^۴ یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است. چنان‌که باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو - کاردوسو (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی فرد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی او شود. علاوه بر این بلاث و ایزنلوه‌ر - ماو

3. distress tolerance

4. Self - compassion training

1. Cerebral Palsy

2. Stigma

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی شهرستان شهرکرد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. دلیل استفاده از این روش نمونه‌گیری داوطلبانه، عدم دستیابی به جامعه آماری و در نظر گرفتن عدم تمایل بعضی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش بود. بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی کودکان مبتلا به فلج مغزی شهرستان شهرکرد پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها (۶۹ فرم)، تعداد ۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انتخاب شدند. فرایند انتخاب بدین شکل بود که پس از ارائه پرسشنامه داغ اجتماعی و تحمل پریشانی به مادران داوطلب و نمره‌گذاری آنها، ۳۰ نفر از مادرانی که بیشترین نمره را در داغ اجتماعی ادراک شده و کمترین نمره را در تحمل پریشانی کسب کرده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخلات مربوط به آموزش خودشفقت‌ورزی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو و نیم ماه دریافت نمودند، در حالی که گروه گواه در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخلات را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون و برای اطمینان از ثبات نتایج دو ماه بعد دوره پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به فلج مغزی، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز) و نداشتن بیماری روانشناختی حاد و مزمن همانند افسردگی و اضطراب (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود. ضمناً رضایت مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه

(۲۰۱۷)؛ تانبام، آدامز، گونالز، هانس و هود (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) در پژوهش خودکارآیی آموزش خودشفقت‌ورزی را بر تنیدگی و سلامت روانشناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. همچنین پالمر، چانگ، سامون، بالانجی و زایتسوف (۲۰۱۹)؛ لائو و همکاران (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک (۲۰۹۱)؛ باکر، کاسول و اکل (۲۰۱۹)؛ الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت، نف، آلبرت و پترز (۲۰۱۴)؛ خونساری، تاجری، سرداری‌پور، حاتمی و حسین‌زاده تقوایی (۱۳۹۸)؛ عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری و زربخش (۱۳۹۷)؛ زمانی‌مزد، گرافر، داورنیا و بابایی‌گرمخانی (۱۳۹۷) و خلعتبری، همتی‌ثابت و محمدی (۱۳۹۷) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه شفقت و آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود. خودشفقت‌ورزی شامل سه مؤلفه محبت نسبت به خود^۱ در برابر قضاوت نسبت به خود^۲، اشتراکات انسانی^۳ در مقابل انزوا^۴ و ذهن‌آگاهی^۵ در مقابل همسان‌سازی افراطی^۶ است (نف، ۲۰۰۹). ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۴). با نگاهی به وجود آسیب‌های روانشناختی در مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی (کراستیک و میهیک، ۲۰۱۸)؛ ماناگو و همکاران، ۲۰۱۸؛ توفیقی و همکاران، ۱۳۹۶) و از سویی با نظر به کارآیی آموزش خودشفقت‌ورزی در فروکاستن آسیب‌های روانشناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، این پژوهش بر آن است تا به این سؤال پژوهشی پاسخ دهد که آیا آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر دارد؟

1. Self-Kindness
2. Self-Judgment
3. Common Humanity
4. Isolation
5. Mindfulness
6. Over-Identification

هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای درستی آزمایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزر می و ثمرخی (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. شمس، عزیزی و میرزایی (۱۳۸۸) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز قابلیت اعتماد این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، مادران انتخاب شده (۳۰ مادر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ مادر). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به آموزش خودشفقت‌ورزی (نف، ۲۰۰۹) را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. 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، آزمون موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

ابزار

پرسشنامه داغ اجتماعی^۱: در این پژوهش از پرسشنامه داغ اجتماعی والدین کودکان اوتیسم که توسط مک و ووک (۲۰۱۰) تهیه شده، استفاده شد. پرسشنامه دارای ۴۹ سؤال بوده و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۱۹۶ است. کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده ادراک داغ اجتماعی بالاتر است. این پرسشنامه به هر دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. این پرسشنامه دو زمینه‌نگرشی و رفتاری را مورد سنجش قرار می‌داد. این زمینه‌ها عبارتند از: الف) باور والدین در مورد تصورات قلبی که دیگران راجع به افراد معلول دارند. ب) باور والدین در مورد تصورات قلبی که خود والدین به آن باور دارد. ج) رفتارهای مبتنی بر جداسازی اجتنابی و تبعیض. هر سه قسمت به موازات یکدیگر بوده و حیطه‌های تحصیلی، نگرانی از آینده، اشتغال، استقلال، سلامت و ارتباطات اجتماعی را در بر می‌گیرد (به نقل از گله‌گیریان، ۱۳۹۲). در پژوهش رضایی دهنوی، نوری، جعفری و فرامرزی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها (۱، ۲، ۳) و کل سؤالات به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد. ضمناً در پژوهش این پژوهشگران روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تأیید اساتید روانشناسی دانشگاه اصفهان قرار گرفت. آلفای کرونباخ پرسشنامه داغ اجتماعی در پژوهش گله‌گیریان (۱۳۹۲) نیز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز قابلیت اعتماد این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی^۲: پرسشنامه تحمل پریشانی یک پرسشنامه خودسنجی است که به وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده‌مقیاس تحمل پریشانی

۱. Stigma questionnaire

۲. distress tolerance Questionnaire

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش خودشفقت‌ورزی (اقتباس از نف، 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 فرآیند 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 تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های 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 کننده‌های 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.

یافته‌ها

درصد) دارای سن بین ۳۴ تا ۳۷ سال، ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای سن بین ۳۸ تا ۴۱ سال، ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای سن بین ۴۲ تا ۴۵ سال، و ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) نیز دارای ۴۶ تا ۴۹ سال سن بودند. در گروه گواه، ۳ نفر (معادل ۴/۴۴ درصد) دارای سن بین ۳۰ تا ۳۳ سال سن، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد) دارای سن بین ۳۴ تا ۳۷ سال، ۲ نفر (معادل ۴/۴۴ درصد) دارای سن بین ۳۸ تا ۴۱ سال، ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای سن بین ۴۲ تا ۴۵ سال و ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) نیز دارای سن ۴۶ تا ۴۹ سال سن بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در گروه آزمایش، ۴ نفر (معادل ۸/۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیردیپلم و دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۱/۱۱ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۱/۱۱ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۱ نفر از این گروه نیز (معادل ۲/۲۲ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه گواه نیز ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم و دیپلم، ۶ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۲ نفر از این گروه نیز (معادل ۴/۴۴ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. همچنین نتایج بیانگران بود در گروه آزمایش، ۳ نفر (معادل ۶/۶۶ درصد) دارای سن بین ۳۰ تا ۳۳ سال سن، ۴ نفر (معادل ۸/۸۸ درصد)

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد داغ اجتماعی و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
داغ اجتماعی	گروه آزمایش	۱۰۰/۳۳	۴/۸۷	۶۹/۸۰	۶/۲۰	۶۴
	گروه گواه	۹۶/۶۶	۱۱/۹۱	۹۶/۸۰	۱۱/۷۳	۹۴/۴۶
تحمل پریشانی	گروه آزمایش	۳۱/۴۰	۵/۰۹	۴۶/۴۶	۶/۰۵	۵۰/۵۳
	گروه گواه	۳۰/۹۳	۴/۰۶	۳۱/۷۳	۵/۰۵	۳۱/۵۳

تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($f=0.79$ ، $p>0.05$)؛ ($f=0.63$ ، $p>0.05$)؛ ($f=0.58$ ، $p>0.05$)، همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیرهای داغ اجتماعی و

پریشانی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای داغ اجتماعی و تحمل پریشانی رعایت شده است ($p > 0.05$).

که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (داغ اجتماعی و تحمل

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
داغ اجتماعی	مراحل	۲	۳۰۹۳/۹۱	۱۱۴/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	گروه‌بندی	۱	۷۲۳۶/۱۰	۲۲/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۲۶۴۶/۹۳	۹۷/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
	خطا	۴۷/۰۱	۳۲/۲۶				
تحمل پریشانی	مراحل	۲	۸۲۰/۱۳	۱۴۱/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۹۲۴/۱۰	۱۸۵/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۷۰۶/۵۳	۱۲۱/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	خطا	۵۶	۵/۸۱				

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر داغ اجتماعی (۹۷/۷۱) و برای متغیر تحمل پریشانی (۱۲۱/۶۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (داغ اجتماعی و تحمل پریشانی) در سه مرحله

مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
داغ اجتماعی	پیش آزمون	۰/۸۸	۲۸	۳/۶۶	۴/۱۶	۰/۳۸
	پس آزمون	-۷/۸۸	۲۸	-۲۷	۳/۴۲	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۶/۷۵	۲۸	-۳۰/۴۶	۴/۵۱	۰/۰۰۰۱
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۰/۵۱	۲۸	۰/۲۰	۰/۳۹	۰/۶۱
	پس آزمون	۸/۴۱	۲۸	۳/۴۰	۰/۳۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۸۶	۲۸	۴/۴۶	۰/۳۴	۰/۰۰۰۱

معناست که آموزش خودشفقت‌ورزی توانسته منجر به کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در مراحل پس آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر معنادار دارد. یافته‌اول پژوهش

همان‌گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای داغ اجتماعی و تحمل پریشانی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۰/۳۸ و ۰/۶۱) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای داغ اجتماعی و تحمل پریشانی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان

یافته حاضر باید اظهار داشت خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با هوشیاری (ذهن آگاهی) تأکید دارد (سویسا و ویلکامپ، ۲۰۱۵). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این‌که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است. ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرآیندها سبب کاهش رنج درونی، پریشانی روانشناختی و بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌شود. همچنین باید اشاره کرد، از آنجایی که در مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجان‌ها و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹)، می‌توان انتظار تغییر فرآیندهای مرتبط با هیجان و شناخت همچون تحمل پریشانی را بر اساس آموزش خودشفقت‌ورزی داشت. چنان‌که به کمک آموزش خودشفقت‌ورزی، مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی با بهره‌گیری از ذهن آگاهی و حل مسأله 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. بنابراین بهبود در سطح تحمل پریشانی در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در اثر آموزش خودشفقت‌ورزی دور از انتظار نیست. چنان‌که مشخص شده است که شفقت به خود یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روانشناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شهر کرد؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی از محدودیت‌های پژوهش

نشان داد که آموزش خودشفقت‌ورزی منجر به کاهش داغ اجتماعی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شده بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش باتیستا و همکاران (۲۰۱۵)؛ بلاث و ایزنلوه‌ر - ماول (۲۰۱۷)؛ تانبام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷) و خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) بود. چنان‌که این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود کارآیی آموزش خودشفقت‌ورزی را بر سلامت روانشناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توان گفت که خودشفقت‌ورزی، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است که فرد را نسبت به برخورد مهربانانه با خود و دیگران تشویق می‌کند (تانبام و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس می‌توان اظهار کرد افرادی که خودشفقت‌ورزی بالاتری را کسب می‌کنند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندترند و به شکل مطلوب‌تری می‌توانند ادراکات منفی و آزاردهنده همچون داغ اجتماعی را در فرآیندهای پردازشی شناختی و هیجانی خود کاهش دهند. همچنین یافته‌های مطالعه ونگ و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که آموزش خودشفقت‌ورزی باعث افزایش خوش‌بینی، خودکارآمدپنداری و توجه آگاهانه به حال می‌شود. چنان‌که این افراد، آشفتگی عاطفی کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات بین فردی و درون فردی سازش بیشتری دارند. بر این اساس آموزش خودشفقت‌ورزی با ایجاد خوش‌بینی، احساس خودکارآمدپنداری و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله، سبب می‌شود تا مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی داغ اجتماعی کمتری را ادراک نمایند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که آموزش خودشفقت‌ورزی منجر به بهبود تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شده بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش همچنین پالمر و همکاران (۲۰۱۹)؛ لاترن و همکاران (۲۰۹۱)؛ باکر و همکاران (۲۰۱۹)؛ الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۱۴) و زمانی‌مزد و همکاران (۱۳۹۷) نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه شفقت و آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود. در تبیین

رضایی دهنوی، صدیقه و همی علمدارلو، قربان (۱۳۹۴). تأثیر احساس استیگما (داغ اجتماعی) در سلام روان مادران کودکان با اختلالات طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱۳۹-۱۲۳.

رضایی دهنوی، صدیقه؛ نوری، ابوالقاسم؛ جعفری، محبوبه و فرامرزی، سالار (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما (داغ اجتماعی) در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان، رویکردی روانی-اجتماعی. *مجله خانواده پژوهی*، ۵(۱۹)، ۴۱۶-۴۰۱.

زمانی مزد، 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)، ۲۴۳-۲۳۳.

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)، ۱-۹.

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۸-۱۳.

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.

گله‌گیران، صدیقه (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی استیگمای درک شده (داغ اجتماعی) با تحمل روانی و کیفیت زندگی در والدین کودکان معلول جسمی حرکتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان.

Aydemir, N., Kaya, B., Yildiz, G., Oztura, I., & Baklan, B. (2016). Determinants of felt stigma in epilepsy, *Epilepsy and Behavior*, 58, 76-80.

Aydemir, N., Ozkara, Ç., Unsal, P., & Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9), 679-685.

Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy and 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-

حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر مادران (همانند مادران کودکان تالاسمی، سرطان و...)، مهار عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود آموزش خودشفقت‌ورزی طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و مشاوران مراکز بهداشتی و درمانی مراکز کودکان مبتلا به فلج مغزی آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای مادران این کودکان، جهت کاهش داغ اجتماعی و بهبود تحمل پریشانی این مادران گامی عملی برداشته باشند.

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

منابع

اسماعیلی‌نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله و ثمررخ، امیر (۱۳۹۳). نقش بین‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۲۹)، ۶۳-۴۹.

توفیقی، زهرا؛ آقایی، اصغر و گل‌پرور، محسن (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۸)، ۹۳-۷۱.

خلعتبری، جواد؛ همی 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)، ۲۰-۸.

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 خودکارآمدی دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۳)، ۲۸-۷.

رضایی دهنوی، صدیقه (۱۳۹۴). استیگما (داغ اجتماعی) در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تربیت استثنایی*، ۱۷(۷)، ۸۴-۷۲.

- development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214.
- 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.
- 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.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- 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.
- Topçuoğlu, M. Y., Krautwurst, B. K., Klotz, M., Dreher, T., & Wolf, S. I. (2018). How do children with bilateral spastic cerebral palsy manage walking on inclines? *Gait & Posture*, 66, 172-180.
- 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.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*, New York: Guilford Press.
- 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.
- Elaine, B. C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D., & Loo, S. K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*, 267, 210-214.
- Guyard, A., Michelsen, S. I., Arnaud, C., & Fauconnier, J. (2017). Family adaptation to cerebral palsy in adolescents: A European multicenter study. *Research in Developmental Disabilities*, 61, 138-150.
- Jacoby, A. (2008). Epilepsy and stigma. An update and critical review. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 8(1), 339-344.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Kołtuniuk, A., Rozensztrauch, A., Budzińska, P., & Rosińczuk, J. (2019). The quality of life of polish children with cerebral palsy and the impact of the disease on the family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 75-82.
- Krstic, T., Mihic, L., & Mihic, I. (2018). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 135-143.
- 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.
- 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.
- Manago, B., Davis, J. L., & Goar, C. (2018). Discourse in action: Parents' use of medical and social models to resist disability stigma. *Social Science & Medicine*, 184, 169-177.
- Manning, K., Rogers, A.H., Bakhshaie, J., Hogan, J. B. D., Buckner, J. D., Ditte, J. W., & Zvolensky, M. J. (2018). The association between perceived distress tolerance and cannabis use problems, cannabis withdrawal symptoms, and self-efficacy for quitting cannabis: The explanatory role of pain-related affective distress. *Addictive Behaviors*, 85, 1-7.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in