

Research Paper

The effectiveness of self-compassion training on cognitive emotion regulation and distress tolerance in mothers of children with intellectual disability

Zahra Giahi¹ , Majid Sadoughi^{*2} , Mohammadreza Tamanneifar² 

1. M.A. in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Iran

Citation: Giahi Z, Sadoughi M, Tamanneifar M. The effectiveness of self-compassion training on cognitive emotion regulation and distress tolerance in mothers of children with intellectual disability. J Child Ment Health. 2024; 11 (3):52-67.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1317-en.html>

 [10.61186/jcmh.11.3.5](https://doi.org/10.61186/jcmh.11.3.5)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Cognitive emotion regulation, distress tolerance, self-compassion training, mothers of children with intellectual disability

Background and Purpose: Having a child with intellectual disability can cause several psychological problems for parents, especially for mothers as the main caregiver. Therefore, it is very important to find ways to handle such problems. The present study aimed to determine the effectiveness of a self-compassion training intervention focused on cognitive emotion regulation and distress tolerance among mothers of children with intellectual disability.

Methods: This research used a quasi-experimental design with a pretest-posttest and a three-month follow-up with control group. The participants were 40 mothers of children with intellectual disability. The participants referred to an education and rehabilitation center in Kashan (Iran) and were randomly selected and assigned to experimental and control groups, each containing 20 participants. The experimental group received self-compassion training (45) in twelve sessions (each session 90 minutes) sessions based on Germer and Neff (2013), while the control group remained on the waiting list. The data collection instruments were Garnefski & Kraaij's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2007) and Simons and Gaher's Distress Tolerance Scale (2005). Data analysis was performed using SPSS-24 software and one-way repeated measures multivariate analysis of variance.

Results: The findings of the one-way repeated measures multivariate analysis of variance showed that self-compassion training helped the participants use more adaptive cognitive emotion regulation strategies ($F=118.73$, $P=.001$) and distress tolerance ($F=126.15$, $P=.001$) as well as fewer unadaptive cognitive emotion regulation strategies ($F=90.11$, $P=.001$). Additionally, these effects remained stable in the three-month follow-up phase.

Conclusion: Self-compassion training encouraged mothers of children with intellectual disability to care more about themselves, which helped them adopt a more compassionate view of themselves in challenging situations and deal with the particular difficulties associated with raising these children. Therefore, it is recommended that significant measures be taken to enhance the mental health of mothers of children with intellectual disabilities by providing them with self-compassion guidelines so that they can use more adaptive and fewer maladaptive cognitive emotion regulation strategies and increase their distress tolerance.

Received: 27 Oct 2022

Accepted: 3 Jan 2025

Available: 11 Jan 2025

* **Corresponding author:** Majid Sadoughi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Iran
E-mail: Sadoughi@kashanu.ac.ir
Tel: (+98) 3155913750
2476-5740/ © 2025 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Intellectual disability, which refers to fundamental deficiencies in a person's current performance, is characterized by significant below-average intellectual functions and deficiencies in two or more areas of practical adaptive skills (1). Many families bear a heavy emotional burden due to having children with an intellectual disability (3), which may cause problems for all family members, especially mothers by imposing more psychological problems due to their greater responsibility for such children (4). Emotional pressures such as tension, anxiety, and depression in mothers of children with special needs can result in activating emotional schemas and produce ineffective thoughts and inappropriate behavior patterns, which could have serious negative impacts on mothers' mental health (6). When facing challenging situations, people use a variety of adaptive (acceptance, positive refocusing, positive reappraisal, refocus on planning, putting into perspective) and maladaptive strategies (self-blame, other-blame, rumination, Catastrophizing) to regulate their emotions (11). Therefore, it is essential for parents of children with intellectual disability to learn and actively use emotion regulation skills, which can help them reinforce their positive emotions and adapt to challenging situations.

Families of children with special needs usually suffer from low levels of distress tolerance (12), which is defined as the ability to manage challenging situations (13). People with low distress tolerance levels consider the experience of emotional distress unbearable and impossible to accept, are unable to focus their attention on anything other than their emotional distress, and mostly try to get rid of their negative emotional states (14).

Self-compassion training eases emotional changes for enhancing personal care and the potential to distress acceptance and reducing emotional distress (19). Several studies have shown that self-compassion interventions can enhance self-regulation of healthy behaviors (25) and mindfulness (26) and reduce rumination (27). Additionally, they can decrease anxiety (38) and promote well-being (37) and distress tolerance (39). Given the emotional problems and considerable distress that mothers endure due to having children with intellectual

disability, it is necessary to find ways to improve their emotion regulation processes and distress tolerance. The present study aimed to examine the effectiveness of a self-compassion training program in improving the cognitive emotion regulation and distress tolerance of mothers of children with intellectual disability.

Method

This research used a quasi-experimental design with a pretest-posttest and a three-month follow-up with control group. Among the 65 mothers of children intellectual disability in Laleh Education and Rehabilitation Center in Kashan (Iran), 40 were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The inclusion criteria were having a child with intellectual disability below the age of fourteen, minimum level of primary education, regular participation in all training sessions, and willingness to perform the required assignments. The exclusion criteria were irregular attendance, not attending intervention sessions, and non-cooperation in conducting the assignments. All participants completed the Garnefski's Cognitive Emotion Regulation (CERQ) (42, 43) and Simmons and Gaher's Distress Tolerance Questionnaires (44) in the pretest, posttest, and follow-up (three months after the posttest) phases. It is worth mentioning that the standardized version of these questionnaires was used in this study. The experimental group received self-compassion training (45) in twelve sessions (each session 90 minutes) sessions, while the control group remained on the waiting list. All ethical considerations, including gaining informed consent and guaranteeing confidentiality of the data, were considered. Data analysis was performed using SPSS-24 software and one-way repeated measures multivariate analysis of variance.

Results

Table 1 shows the mean, standard deviation, skewness, and skewness of the pre-test, post-test, and follow-up scores of adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation and distress tolerance of the mothers of children with intellectual disability in the experimental and control groups.

Table 1. Descriptive indices of research variables in experimental and control groups

Variables	Phase	Groups	Mean	SD	Kurtosis	Skewness
Distress tolerance	Pre-test	Experiment	34.40	8.93	-0.19	0.40
		Control	39.10	7.62	-.070	0.05
	Post-test	Experiment	57.10	6.88	1.98	-1.67
		Control	35.55	7.40	0.93	1.09
	Follow-up	Experiment	59.80	6.10	1.72	-1.07
		Control	32.45	8.20	-0.31	-0.87
Adaptive strategies of cognitive regulation emotion	Pre-test	Experiment	48.45	14.09	1.68	-1.56
		Control	57.65	9.02	0.98	0.89
	Post-test	Experiment	85.45	10.64	1.98	-1.35
		Control	54.30	10.18	1.92	1.87
	Follow-up	Experiment	87.30	4.74	-0.94	0.05
		Control	44.00	7.27	-0.79	0.14

Maladaptive strategies of cognitive regulation emotion	Pre-test	Experiment	53.65	10.11	0.83	-1.11
		Control	47.80	5.61	0.71	-0.15
	Post-test	Experiment	32.60	7.88	1.93	1.85
		Control	51.30	7.67	0.97	-0.43
	Follow-up	Experiment	30.35	3.42	0.37	-.076
		Control	56.60	6.27	-1.13	0.09

As shown in Table 1, self-compassion training increased the experimental-group children's distress tolerance and adaptive cognitive emotion regulation strategies and reduced their maladaptive cognitive emotion regulation strategies. The results of the repeated measures multivariate variance analysis (ANOVA) showed that the effect of time with the value of Wilks' lambda ($\lambda=.33$) was significant ($F_{(33, 6)} = 11.11$, $p=0.001$, $\eta^2=0.66$). Also, the results of time $\times$ group effect were significant ($\lambda=.10$, $F_{(33, 6)} = 46.01$, $p=0.001$, $\eta^2=0.89$). The value of Wilks' lambda related to the group effect ($\lambda=.14$) was significant ($F_{(36, 3)} = 69$, $p=0.001$, $\eta^2=0.85$).

Overall, regardless of the group type, there were significant differences among the measurement times in terms of all the three variables (i.e., distress tolerance, adaptive cognitive emotion regulation, and maladaptive cognitive emotion regulation) ($p<.01$). Moreover, 34, 49, and 32% of the variances of these variables were explained by the measurement time, respectively. Also, there were significant differences between pretest-posttest and pretest-follow-up in terms of distress tolerance and adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Therefore, the self-compassion training was effective in this study. However, there were no significant differences between posttest and follow-up in terms of distress tolerance and maladaptive emotion regulation strategies, which shows the durable effect of the self-compassion training performed in this study.

Conclusion

This study aimed to examine the effectiveness of self-compassion on cognitive emotion regulation and distress tolerance among mothers of children with intellectual disability. The findings showed that self-compassion training was effective in helping the participants use more adaptive cognitive emotion regulation strategies and fewer maladaptive cognitive emotion regulation strategies. This finding is consistent with the results of earlier studies (25, 26) showing the beneficial effect of self-compassion interventions on promoting self-regulation of healthy behaviors (25), increasing mindfulness, and reducing rumination (26). As confirmed by the findings, providing compassion training for mothers of children with intellectual disabilities helps them decrease their repetitive and critical thoughts towards themselves, which can in turn reduce their negative emotions.

Additionally, self-compassion can help mothers accept their role in their children's life, take their responsibility more seriously by limiting their blameful thoughts, and motivate them to change their circumstances. In addition, the results showed that self-compassion instruction could increase the

distress tolerance of the mothers in this study, which is line with past research (37, 38, 39). Receiving self-compassion training can ease emotional changes for providing more care and better support for oneself, increasing one's ability to accept discomfort, and reduce emotional disturbances (19). Training mothers to have more compassionate attitudes towards themselves helps them feel a connection between themselves and others, which can enable them to overcome the fear of rejection and incompatibility with existing conditions, experience fewer negative emotions, and have a higher disturbance tolerance (38). This study has some limitations such as using convenience sampling and not focusing on children's other family members. It is recommended that future studies pay attention to the father and siblings of these children and examine the effectiveness of self-compassion training on cognitive emotion regulation and distress tolerance. Further, psychotherapists may use group training based on self-compassion to change attitudes to reduce distress, self- and others-blame, rumination, and catastrophizing as well as increasing acceptance, positive focus, focus on planning, and positive evaluation among mothers of children with intellectual disability.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The present study was based on the results of a master's thesis, which was approved by the Postgraduate Education Council of the Faculty of Humanities in the University Kashan (Permit No. 1039444) and the thesis was successfully defended on 20/09/2022. Furthermore, the ethical guidelines outlined in the American Psychological Association's publication manual, including confidentiality principles, data privacy, obtaining written consent from participants, and respecting their human rights, were adhered to in this research.

Funding: The present research was conducted without any financial support.

Authors' contribution: The first and second authors jointly designed and conceptualized the study. The first author administered the intervention and collected the data. The second author was the thesis supervisor, analyzed the data and helped revise the early drafts of the manuscript prepared by the first author. The third author was the thesis advisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Data availability statement: The materials and data that support this manuscript are available from the corresponding author upon necessary and reasonable request.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere appreciation to the participants.

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش شفقت به خود بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

زهرا گیاهی^۱، مجید صدوقی^{۲*}، محمدرضا تمنائی^۲   

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران

۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

تحمل پریشانی،

تنظیم شناختی هیجان،

شفقت به خود

مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

زمینه و هدف: داشتن فرزند کم توان ذهنی برای والدین به ویژه مادران در مقام مراقبان اصلی، مسائل روان شناختی متعددی را در پی دارد؛ بنابراین یافتن روش های کاستن از این مشکلات از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود در تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود.

روش: روش پژوهش از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. تعداد ۴۰ نفر از بین مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مراجعه کننده به یک مرکز آموزش و توان بخشی شهر کاشان در سال ۱۴۰۰ بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جای دهی شدند. مادران در مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری به پرسشنامه های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۷) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پاسخ دادند. آموزش شفقت به خود نف و گرم (۲۰۱۳) برای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد و گروه گواه در فهرست انتظار بودند. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS-24 و با روش تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه های مکرر انجام شد.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه های مکرر نشان داد آموزش شفقت به خود بر خود تنظیمی هیجانی سازش یافته ($F=0/001$) و $P=0/001$ ، تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته ($F=90/11$ و $P=0/001$) و تحمل پریشانی ($F=126/15$ و $P=0/001$) مؤثر است و این تأثیرات در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار مانده است.

نتیجه: آموزش شفقت به خود با تشویق مادران کودک کم توان ذهنی به مراقبت از خود توانسته است به آنان کمک کند تا در موقعیت های کشاکش برانگیز، نگرش مشفقانه تری نسبت به خود داشته باشند و دشواری های ویژه فرزند پروری کودک کم توان ذهنی را مدیریت کنند. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور افزایش سطح سلامت روانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی از آموزش شفقت به خود استفاده شود.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۸/۰۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: مجید صدوقی، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران

رایانامه: Sadoughi@kashanu.ac.ir

تلفن: ۰۳۱-۵۵۹۱۳۷۵۰

مقدمه

کم توانی ذهنی^۱ بیان کننده کمبودهای بنیادی در عملکرد فعلی فرد است که با ویژگی کارکرد هوشی^۲ زیر متوسط معنادار و وجود کمبودهایی در دو یا چند حوزه از مهارت های سازشی^۳ کاربردی از جمله ارتباط، مراقبت از خود^۴، زندگی در خانه، مهارت های اجتماعی، کاربرد منابع جامعه، خود راهبری، سلامت و ایمنی، تحصیلات کاربردی، اوقات فراغت، و اشتغال شناخته می شود (۱). بر اساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵، ویژگی اصلی کم توانی ذهنی نقص هایی در توانایی های شناختی (مانند حل مسئله، برنامه ریزی، استدلال، و قضاوت) و عملکرد سازش یافته است و سطح شدت کم توانی ذهنی (خفیف، متوسط، شدید یا عمیق) توسط توانایی فرد برای دست یابی به استانداردهای تحولی و اجتماعی - فرهنگی بر استقلال و مسئولیت اجتماعی تعیین می شود (۲).

خانواده های زیادی به خاطر داشتن چنین فرزندانی بار عاطفی سنگینی را تحمل می کنند. هزینه های سنگین پزشکی، آموزشی، تربیتی، تشدید اختلافات زناشویی، ترس از بچه دار شدن مجدد، احساس گناه و انزوای طلبی، مشکلات جسمی، عاطفی، تنیدگی، و اختلالات روانی از جمله مسائلی است که والدین با آنها روبرو هستند (۳). با وجود آنکه همه اعضای خانواده و کارکرد آن مورد آسیب قرار می گیرند ولی مادر به دلیل مسئولیت بیشتر در قبال فرزند خود، با آسیب روانی مضاعفی روبه رو است (۴).

یافته های به دست آمده از مطالعات بیان می کند که بودن یک فرزند کم توان ذهنی بر دشواری های تنظیم شناختی^۶ در والدین آنها اثری منفی خواهد گذاشت (۵). فشارهای هیجانی مانند تنیدگی^۷، اضطراب^۸ و افسردگی^۹ در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه^{۱۰}، به فعال شدن روان بنه های هیجانی مانند نشخوار فکری و متعاقب آن احساس گناه منجر می

شود. این باورهای منفی درباره هیجانات سبب ایجاد افکار ناکارآمد و عادت الگوهای رفتاری نامناسب می شود که تأثیر زیادی بر سلامت روان مادران دارد (۶). تنیدگی مادران با کودکان با کم توانی به افزایش اضطراب، بی ثباتی هیجانی، و اجتناب از واکنش به محیط منجر می شود که کیفیت زندگی را کاهش می دهد (۷). از سوی دیگر مطابق با نظریه فرا هیجانی والدین^{۱۱}، درک، نگرش، و واکنش والدین به هیجانات خود و فرزندانشان تأثیرات مهمی بر سازش یافتگی روان شناختی و سلامت روان خود و کودکانشان دارد (۸). تنظیم هیجان در قالب فرایندها یا راهبردهایی مفهوم سازی شده است که افراد می توانند از طریق آنها هیجانات خود و نحوه ابراز آنها را مدیریت کنند. این روند ممکن است به صورت آگاهانه یا خودکار، بیرونی یا ذاتی، هشدار یا ناهشدار، شناختی یا رفتاری، و موفقیت آمیز یا ناموفق باشند (۹). از دیدگاه پژوهشگران، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^{۱۲} روش هایی به منظور کنار آمدن افراد با وضعیت های مسئله ساز هستند (۱۰). به بیان دیگر افراد در رویارویی با موقعیت های کشاکش برانگیز، راهبردهای گوناگونی برای تنظیم هیجان به کار می گیرند. از جمله شایع ترین آنها پذیرش^{۱۳}، تمرکز مجدد مثبت^{۱۴}، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۵}، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^{۱۶}، دیدگاه پذیری^{۱۷}، ملامت خویش^{۱۸}، ملامت دیگران^{۱۹}، نشخوار فکری^{۲۰}، و فاجعه سازی^{۲۱} است (۱۱). از این رو بهره مندی والدین دارای فرزند کم توان ذهنی از مهارت های تنظیم هیجان برای تجربه هیجانات مثبت و سازش یافتگی با موقعیت های کشاکش برانگیز مانند داشتن فرزند کم توان ذهنی مؤثر است.

از سوی دیگر بر اساس آنچه گفته شد، احتمال می رود مادران دارای فرزند کم توان ذهنی از سطح تحمل پریشانی^{۲۲} پایینی برخوردار باشند. پایین آمدن میزان تحمل آشفتگی یکی از مشخصه های روان شناختی است که در میان خانواده هایی که فرزندی با نیازهای ویژه دارند بارز

1. Intellectual disability
2. Intellectual functioning
3. Adaptive
4. Self-care
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 –TR)
6. Emotion regulation difficulties
7. Tension
8. Anxiety
9. Depression
10. Children with special needs
11. Parental Meta-Emotion Philosophy

12. Cognitive emotion regulation
13. Acceptance
14. Positive Refocusing
15. Positive reappraisal
16. Refocus on planning
17. Putting into perspective
18. Self- blame
19. Other- blame
20. Rumination
21. Catastrophizing
22. Distress tolerance

مشفقانه مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله‌ای است که برای آموزش به افراد برای کنار آمدن با تنیدگی جسمی، روانی، عاطفی یا رابطه‌ای به روشی سالم ایجاد شده است (۳۰). آموزش مهارت‌های متمرکز بر شفقت به خود به افراد، با تقویت افکار و احساسات دلسوزانه در مورد خود و اشتباهاتشان به جای محکوم کردن خود و دیگران، تغییر شخصی را تسهیل کرده و این تغییرات به بهبود سلامت روانی منجر می‌شود (۳۱). شفقت به خود در سلامت روان (۳۲)، بهزیستی روان شناختی (۳۳، ۳۴)، افسردگی (۳۵)، اضطراب، تنیدگی و ذهن آگاهی (۳۶)، سلامت افراد (۳۷)، کیفیت روابط بین فردی و تحمل پریشانی (۳۸، ۳۹) حرمت خود (۴۰) و تنیدگی ادراک شده (۴۱) مؤثر است.

با وجود اینکه مسائل و کشاکش‌های گوناگونی در خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی وجود دارد و مشکلات هیجانی و آشفتگی گسترده‌ای که والدین به خاطر داشتن چنین کودکانی تحمل می‌کنند و همین‌طور ضرورت یافتن شیوه‌هایی برای بهبود تنظیم هیجان و تحمل پریشانی این مادران و با توجه به تأثیر احتمالی آموزش شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی مادران و همچنین با توجه به اینکه پژوهشی یکپارچه و عملیاتی درباره این موضوع پیدا نشد بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش شفقت به خود در بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تأثیرگذار است یا خیر.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. در این پژوهش از بین ۶۵ مادری که فرزند کم توان ذهنی داشتند و از مرکز آموزش و توان بخشی لاله شهر کاشان در سال ۱۴۰۰ خدمات دریافت می‌کردند، با توجه به حجم مورد نیاز ۱۵ نمونه در هر گروه برای مطالعات آزمایشی و با عنایت به ریزش احتمالی، ۴۰ نمونه به صورت نمونه در دسترس برگزیده شدند و به صورت تصادفی ۲۰ مادر در گروه آزمایش و ۲۰ مادر در گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود برای شرکت در جلسات آموزش شفقت به خود شامل داشتن فرزند

است (۱۲). تحمل پریشانی به قدرت تجزیه و تحلیل موقعیت‌های کشاکش برانگیز گفته می‌شود (۱۳). اشخاص با سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه پریشانی هیجانی را تحمل نکردنی تلقی کرده و پذیرفتن این پریشانی هیجانی را غیرممکن می‌دانند، قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از پریشانی هیجانی خود نیستند و همیشه در راستای رها شدن از حالات هیجانی منفی خود، سعی می‌کنند و در رویارویی با تنش، پاسخ‌های سازش نایافته‌ای همانند گریز یا پرهیز از هیجانات منفی بروز می‌دهند (۱۴). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند والدینی که فرزندان کم توان ذهنی دارند میزان بالایی از آشفتگی را بروز می‌دهند (۱۵، ۱۶).

اخیراً پژوهشگران شفقت ورزی^۱ را به عنوان یکی از عوامل مهم در محافظت از فرد در برابر ایجاد آسیب‌ها و جلوگیری از گسترش نشانه‌های روانی در نظر گرفته‌اند (۱۷) و سازه‌ای در ارتقای سلامت روانی و انعطاف‌پذیری در برابر تنیدگی است (۱۸). درواقع نگرش شفقت‌ورزانه به خود دربرگیرنده یک دیدگاه متعادل به خود و تجربه‌های عاطفی است (۱۹). شفقت به خود^۲ یا شفقت به دیگران شامل سه عنصر ارتباط با درد، آگاهی از درد، و میل شدید به کاهش یا رفع ناراحتی به جای میل به اجتناب از ناراحتی است. شفقت به خود دربرگیرنده سه معیار اصلی مرتبط با هم است (۲۰). شفقت به خود، در خودارتنمایی افراد مؤثر است (۲۱) و افرادی که شفقت بالایی دارند بهتر با نواقص و عیوب خود و دیگران سازش می‌یابند (۲۲). بنابراین انتظار می‌رود افرادی که دارای خودشفقتی بالاتری هستند، پاسخ تنیدگی فیزیولوژیکی کاهش یافته را در حضور یک عامل تنش‌آور اجتماعی نشان دهند (۲۳). شفقت به خود در مراقبان و والدین از طریق تأثیرات مثبت آن بر تنظیم هیجان و فرزندپروری مؤثر، منبع تاب‌آوری والدین برای پیامدهای انطباقی برای خود و فرزندشان است (۲۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مداخلات شفقت به خود به اندازه دیگر روش‌های تغییر رفتار در ارتقای خودتنظیمی رفتارهای سالم (۲۵) و همچنین در افزایش ذهن آگاهی^۳ و شفقت به خود و کاهش نشخوار فکری (۲۶، ۲۷) تأثیر دارد.

همین‌طور پژوهش‌های دیگر (۲۸، ۲۹) بیان کردند برنامه شفقت به خود می‌تواند روشی تأثیرگذار در تقویت بهزیستی^۴ افراد باشد و زندگی

3. Mindfulness

4. Psychological well-being

1. Compassionate

2. Self-compassion

خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی، و ارزیابی مجدد مثبت (به طور معکوس) یافت شد (۴۲). بررسی ویژگی های روان سنجی این ابزار در نمونه ایرانی (۴۳) نشان داد که این پرسشنامه از روایی سازه و هم زمان مطلوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرانباخ زیرمقیاس های آن در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که حاکی از اعتبار مناسب آن است.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی^۶: پرسشنامه تحمل پریشانی که توسط سیمونز و گاهر^۴ در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است، یک ابزار خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ گویه در طیف لیکرت ۵ درجه ای و چهار خرده مقیاس به نام های تحمل پریشانی هیجانی^۵، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی^۶، برآوردهای ذهنی پریشانی^۷، و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی^۸ است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۱۳) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه ای، پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ گزارش شد. همچنین این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق، رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (۱۳). در پژوهش انجام شده در نمونه ایرانی (۴۴) میزان آلفای کرانباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

(ج) معرفی برنامه های مداخله ای: جهت اجرای برنامه مداخله ای از بسته آموزش شفقت به خود گرم و نف^۹ (۴۵) استفاده شد. بسته آموزش شفقت به خود گرم و نف توضیح می دهد که چگونه می توان الگوهای هیجانی و عاطفی مخرب را به گونه ای ترمیم کرد که بتوان سالم تر و کارآمدتر زندگی کرد. این آموزش بر این اصل اساسی استوار است که به جای تغییر شناخت های فرد باید به وی کمک کرد تا ارتباط روان شناختی وی با افکار و احساساتش افزایش یابد و لازم است افکار، عوامل و رفتارهای تسکین دهنده بیرونی، درونی شوند تا ذهن انسان همان گونه که

کم توان ذهنی زیر ۱۴ سال، حداقل میزان تحصیلات ابتدایی و شرکت منظم در تمامی جلسات آموزشی، و انجام تکالیف در خانه؛ و معیارهای خروج شامل عدم حضور در جلسات به صورت پیوسته و منظم و عدم همکاری و تمایل لازم برای انجام تکالیف در خانه و در جلسات بود. از میان کودکان متعلق به مادران شرکت کننده در این پژوهش، چهار کودک آموزش پذیر بالا و چهار کودک آموزش پذیر پایین، شش کودک تربیت پذیر بالا و شش کودک تربیت پذیر پایین در گروه آزمایش، هفت کودک آموزش پذیر بالا و پنج کودک آموزش پذیر پایین، سه کودک تربیت پذیر بالا و پنج کودک تربیت پذیر پایین در گروه گواه بودند. از مادران در پژوهش حاضر ۲۷/۵ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۴۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۵ درصد تحصیلات فوق دیپلم، ۲۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و ۲/۵ درصد کارشناس ارشد بودند.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کریچ^۲ طراحی شد و شامل ۳۶ گویه و ۹ زیرمقیاس است که ۵ زیرمقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش یافته یا مثبت، شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مثبت مجدد، دیدگاه گیری و ۴ زیرمقیاس نیز راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته یا منفی شامل ملامت خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی، و ملامت دیگری را اندازه گیری می کند. علاوه بر زیرمقیاس های مطرح شده دو مقیاس کلی شامل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی نیز برای پرسشنامه محاسبه می شود. نحوه نمره دهی این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) است. بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در نمونه ای از جمعیت عمومی نشان داد این پرسشنامه دارای ساختار عاملی مناسب و ضرایب آلفای کرانباخ خرده مقیاس های بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ بود. علاوه بر این راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مقادیر قابل توجهی از واریانس مشکلات عاطفی را تبیین کرده است و روابطی قوی بین علائم افسردگی و اضطراب با راهبردهای شناختی سرزنش

6. Absorbed by the presence of distressing emotions
7. Subjective Appraisal of Distress
8. Regulation Efforts to Alleviate Distress
9. Germer & Neff

1. Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)
2. Garnefski & Kraaij
3. Distress Tolerance Scale (DTS)
4. Simons & Gaher
5. Emotional distress tolerance

در مقابل عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این افکار درونی نیز آرام شود. آموزش شفقت به خود به افزایش توان مقابله افراد با آشفتگی‌ها و کاهش تمایل به خود انتقادی کمک نموده و نحوه سروکار

داشتن با هیجانات را به شیوه‌ای روشن فراهم می‌سازد. محتوای جلسات آموزش شفقت به خود بر اساس برنامه آموزشی نف و گرم (۲۰۱۳) معرفی شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش شفقت به خود بر اساس برنامه آموزشی نف و گرم (۲۰۱۳)

شماره جلسه	هدف	تکلیف
یکم	پیش‌آزمون، معرفی و آشنایی با مادران، معرفی شفقت به خود	درباره تأثیرات مثبت که می‌تواند شفقت به خود در زندگی آن‌ها داشته باشد و حتی ترس و نگرانی‌هایی که ممکن است درباره این دوره داشته باشند فکر کنند. در مورد رنج‌ها و نگرانی‌های خود فهرستی را تهیه کنند.
دوم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، مزایای شفقت به خود و تأثیرات آن	عنوان یادداشت روزانه شفقت‌ورزانه به خود
سوم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش ذهن آگاهی و تنش‌زدایی (شناسایی اندوه‌های گذشته و کمک برای رهایی از مقاومت)	این تکنیک‌ها را روزانه انجام دهند و تجارب و احساس خود را پس از مراقبه بنویسند.
چهارم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، پرورش عشق و محبت از طریق تنش‌زدایی عشق و محبت	این مراقبه را به همراه مراقبه‌های قبلی انجام دهند و احساسات و تجارب خود را بنویسند و همچنین درباره عباراتی که نیاز دارند بشنوند را به صورت جامع‌تر بنویسند.
پنجم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، یافتن صدایی درونی مشفقانه به جای خود منتقدانه	نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود
ششم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، کشف ارزش‌های زندگی و آموزش رشد احساسات خود ارزشمندانه	تمرین کشف ارزش‌های اساسی و عهد و پیمان‌های خود در زندگی را در منزل انجام بدهند و به صورت دقیق‌تر و جامع‌تر به ارزش‌ها و عهد و پیمان‌های خود فکر کنند.
هفتم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، حمایت از دیگران بدون در نظر نگرفتن خودمان (دادن شفقت)	روزانه در کنار مراقبه تنفس و مراقبه عشق‌ورزی مراقبه دادن و گرفتن شفقت را انجام دهند و گزارشی از تجارب خود بنویسند.
هشتم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، مواجهه با احساسات دشوار	هر یک موعده دشوار زندگی خود را در نظر بگیرند و دشواری که تجربه کردن را بنویسند متناسب با راهبردهای گفته شده با هیجانات دشوار خود برخورد نمایند و تجارب و احساسات خود را بنویسند.
نهم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، شناخت باورهای بنیادین فرد	بیان تجارب و احساسات خود از شناسایی باورهای بنیادین منفی خود و استفاده از شفقت به خود در ارتباط با باورهای بنیادین
دهم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، شفقت به خود برای مادرانی که در نقش مراقب از فرزندان کم توان ذهنی هستند	گزارشی از تجارب خود و موانعی که با آن برخورد کردند بنویسند؛ و همچنین قرار شد نقاط مثبت و ضعف خود را بنویسند.
یازدهم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش بخشایش، قلدردانی از خود و لذت بردن از آن	تمرین قلدردانی و تشکر از خود
دوازدهم	مرور تمرین‌های جلسات گذشته و تشویق به مداومت در انجام آن‌ها	در این جلسه حدود بیست دقیقه، جلسه قبل مرور شد و هر کدام از تمرین‌هایی که موردعلاقه آن‌ها بوده و بیشترین ارتباط را با آن برقرار کرده نام بردند و دلیل انتخابشان را بیان کردند و همچنین درباره همه تمرین‌ها و مراقبه‌های انجام شده صحبت شد و تمرین‌های موردعلاقه شرکت کنندگان مجدداً اجرا گردید و قرار شد که هر یک تمرینی که دوست دارند را تکرار کند و ادامه بدهند و در آخر از حضور مستمر و پیگیر شرکت کنندگان و متعهد بودن آن‌ها به جلسات قلدردانی و تشکر شد.

(د) روش اجرا: به منظور انجام این پژوهش، بعد از کسب مجوز دانشگاه کاشان و ایجاد هماهنگی‌های لازم، بر اساس شرایط ورود و خروج برای پژوهش، ۴۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی در مرکز آموزش و توان بخشی لاله کاشان به صورت دردسترس انتخاب شده و به صورت داوطلبانه در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایدهی شدند. پس از ارائه توضیح کامل در مورد پژوهش، اعضای گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه، به صورت دو جلسه در هفته در جلسات مداخله آموزشی که

توسط نویسنده یکم این مقاله اجرا و با نظارت نویسنده دوم انجام شد، حضور یافتند. گروه آزمایش، آموزش شفقت به خود (۴۵) را در ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار مانده و در این مدت مطالعه هیچ آموزشی دریافت نکردند. تمامی آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را در نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری (سه ماه بعد از پس‌آزمون) تکمیل کردند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان اخذ شد و به آنان گفته شد که می‌توانند در هر مرحله‌ای از دوره آموزشی که مایل به ادامه کار نبودند بدون هیچ گونه جریمه و پیامد منفی،

با اندازه گیری مکرر و پیش فرض های اساسی آن (مانند آزمون موخلی، آزمون همگنی واریانس) انجام شد.

یافته ها

جدول ۲ شاخص های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

دوره را ترک کنند. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که در راستای رعایت اصل رازداری، نتایج این پژوهش به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و تمامی اطلاعات آنان محرمانه باقی مانده و همه ملاحظات اخلاقی در اجرای این مطالعه رعایت می شود. در نهایت، پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل در دو سطح آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و نیز آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیری

جدول ۲: شاخص های توصیفی تحمل پریشانی و راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
تحمل پریشانی	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۴۰	۸/۹۳	-۰/۱۹	۰/۴۰
		گواه	۳۹/۱۰	۷/۶۲	-۰/۷۰	۰/۰۵
	پس آزمون	آزمایش	۵۷/۱۰	۶/۸۸	۱/۹۸	-۱/۶۷
		گواه	۳۵/۵۵	۷/۴۰	۰/۹۳	۱/۰۹
	پیگیری	آزمایش	۵۹/۸۰	۶/۱۰	۱/۷۲	-۱/۰۷
		گواه	۳۲/۴۵	۸/۲۰	-۰/۳۱	-۰/۸۷
راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون	آزمایش	۴۸/۴۵	۱۴/۰۹	۱/۶۸	-۱/۵۶
		گواه	۵۷/۶۵	۹/۰۲	۰/۹۸	۰/۸۹
	پس آزمون	آزمایش	۸۵/۴۵	۱۰/۶۴	۱/۹۸	-۱/۳۵
		گواه	۵۴/۳۰	۱۰/۱۸	۱/۹۲	۱/۸۷
	پیگیری	آزمایش	۸۷/۳۰	۴/۷۴	-۰/۹۴	۰/۰۵
		گواه	۴۴	۷/۲۷	-۰/۷۹	۰/۱۴
راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون	آزمایش	۵۳/۶۵	۱۰/۱۱	۰/۸۳	-۱/۱۱
		گواه	۴۷/۸۰	۵/۶۱	۰/۷۱	-۰/۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۳۲/۶۰	۷/۸۸	۱/۹۳	۱/۸۵
		گواه	۵۱/۳۰	۷/۶۷	۰/۹۷	-۰/۴۳
	پیگیری	آزمایش	۳۰/۳۵	۳/۴۲	۰/۳۷	-۰/۷۶
		گواه	۵۶/۶۰	۶/۲۷	-۱/۱۳	۰/۰۹

۲ و ۲- قرار داشت و حاکی از آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و گواه برقرار است؛ بنابراین به کار بردن آزمون های پارامتریک با مانعی روبه رو نیست. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد اثر زمان با مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۳، معنادار است ($\eta^2=0/66$, $p=0/001$, $F(6,33)=11/11$) که به معنای وجود تفاوت بین سه اندازه پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری است؛ بدین معنی که گروه ها در زمان با تغییراتی همراه بوده اند. همچنین نتایج اثر زمان×گروه با مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۱۰، معنادار بود ($\eta^2=0/89$).

مطابق جدول ۲، در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی و راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان افزایش و میانگین نمرات راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان کاهش یافته است. بمنظور بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر نمرات تحمل پریشانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده است و مستلزم رعایت پیش فرض هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد و نتایج نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی متغیرها در همه سطوح پژوهش در دامنه

$w=0/80$, $X^2=8/09$, $p=0/036$ و تنظیم شناختی هیجان سازش یافته $w=0/83$, $X^2=6/64$, $df=2$, $p=0/097$ پریشانی را عایت نشده و بنابراین، از اصلاح اسپیلون هیون-فلدت^۳ برای آزمون تک متغیری مربوط به این متغیرها استفاده می شود. در جدول ۳ خلاصه نتایج تک متغیری اندازه گیری مکرر برای زمان و تعامل زمان و نوع مداخله گزارش شده است.

$p=0/001$, $F(6,33)=46/01$ که این معناداری با توجه به معناداری زمان بدین معنا است که این تغییرات انجام شده در طی زمان، برای گروه مداخله و گواه متفاوت بوده است. مقدار لامبدای ویلکز مربوط به اثر گروه برابر با $0/14$ ، معنادار بود ($\eta^2=0/85$, $p=0/001$, $F(3,36)=69/91$) که به معنای وجود تفاوت بین دو گروه آموزش شفقت به خود و گروه گواه است که حاکی از مؤثر بودن مداخله است.

نتایج آزمون موخلی^۱ درباره مفروضه کرویت^۲ نشان داد که این پیش فرض برای متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش یافته $df=2$, $p=0/017$ ،

جدول ۳: خلاصه آزمون تک متغیری اندازه گیری مکرر برای زمان و تعامل زمان و نوع مداخله

منبع تغییرات	متغیر وابسته	نوع آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	تا	توان آزمون
درون آزمودنی (زمان)	تحمل پریشانی	با فرض کرویت	2394/81	2	1197/40	19/78	0/001	0/34	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	2394/81	2	1197/40	19/78	0/001	0/34	1/00
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	1758/51	2	879/25	18/23	0/001	0/32	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	1758/51	1/78	984/99	18/23	0/001	0/32	1/00
تعامل زمان و نوع مداخله	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	6129/21	2	3064/60	36/70	0/001	0/49	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	6129/21	1/83	3333/81	36/70	0/001	0/49	1/00
	تحمل پریشانی	با فرض کرویت	5833/01	2	2916/50	48/19	0/001	0/55	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	5833/01	2	2916/50	48/19	0/001	0/55	1/00
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	5633/71	2	2816/58	58/41	0/001	0/60	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	5633/71	1/78	3155/61	58/41	0/001	0/60	1/00
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	15106/65	2	7553/32	90/47	0/001	0/70	1/00
		اسپیلون هیون-فلدت	15106/65	1/83	8216/83	90/47	0/001	0/70	1/00
خطای درون آزمودنی	تحمل پریشانی	با فرض کرویت	4599/50	76	60/52				
		اسپیلون هیون-فلدت	4599/50	76	60/52				
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	3665/10	76	48/22				
		اسپیلون هیون-فلدت	3665/10	67/84	54/02				
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	با فرض کرویت	6344/80	76	83/48				
		اسپیلون هیون-فلدت	6344/80	69/89	90/81				
بین آزمودنی (گروه)	تحمل پریشانی		6512/13	1	6512/13	126/51	0/001	0/76	1/00
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته		5096/03	1	5096/03	90/11	0/001	0/70	1/00
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته		14191/87	1	14191/87	11873	0/001	0/75	1/00
خطای بین آزمودنی	تحمل پریشانی		1956/00	38	51/47				
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته		2149/00	38	56/55				
	تنظیم شناختی هیجان سازش یافته		4542/05	38	119/52				

با توجه به جدول ۳، صرف نظر از نوع گروه، بین زمان های اندازه گیری در هر سه متغیر تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد و به ترتیب حدود ۳۴ و ۴۹ و ۳۲ درصد از واریانس این سه متغیر توسط زمان اندازه گیری تبیین می شود. همچنین با توجه به قسمت تعامل جدول ۳، در هر سه شاخص تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ بین نوع مداخله (گروه گواه و آموزش) و زمان اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

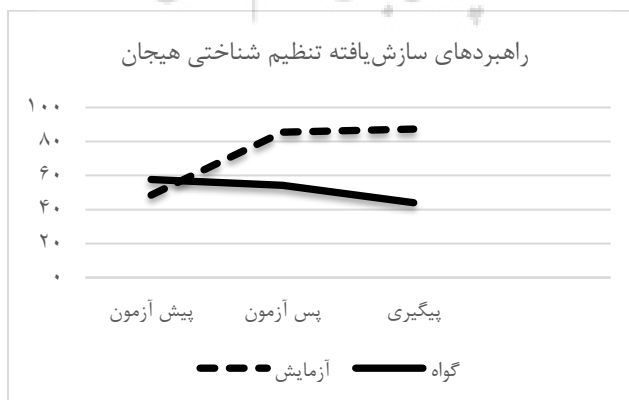
تعامل وجود دارد؛ به عبارت دیگر میزان تفاوت در زمان های اندازه گیری بستگی به نوع گروه دارد. همچنین، آزمون مقابله های درون گروهی نشان داد که اثرات زمان و اثرات تعامل زمان و گروه برای تمام متغیرهای تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در تمام مقابله های زوجی زمان ها معنادار بود. در جدول ۴ خلاصه آزمون تعقیبی LSD برای تحمل پریشانی، راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان گزارش شده است.

جدول ۴. خلاصه آزمون تعقیبی LSD برای تحمل پریشانی، راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان

متغیر وابسته	زمان های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	تفاوت استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پیش آزمون - پس آزمون	-۹/۵۷	۱/۷۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	-۹/۳۷	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۰/۲۰	۱/۷۳	۰/۹۰
راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون - پس آزمون	-۱۶/۸۲	۲/۳۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	-۱۲/۶۰	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۴/۲۲	۱/۶۹	۰/۰۱۷
راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون - پس آزمون	۸/۷۷	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۷/۲۵	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	-۱/۲۵	۱/۳۶	۰/۲۷

نتایج جدول ۴ نشان می دهد در متغیرهای تحمل پریشانی، راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان تفاوت زمان های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری معنادار بوده است که نشان از اثربخشی آموزش شفقت به خود روی مادران بوده است. ولی تفاوت بین پس آزمون - پیگیری در مورد تحمل پریشانی و راهبردهای

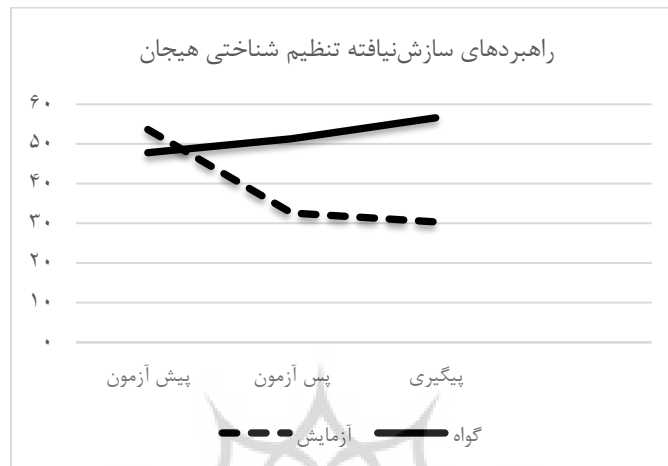
تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته معنادار نبوده است که حاکی از ثابت ماندن اثر آموزش شفقت به خود در مادران در طول زمان بوده است. در شکل ۱ تغییرات راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان در گروه های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری گزارش شده است.



شکل ۱: تغییرات راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان در گروه های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در شکل ۱ در مورد متغیر راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان، گروه گواه در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تغییرات محسوسی وجود ندارد. در گروه آزمایش در پس آزمون در مقایسه با گروه گواه افزایش قابل ملاحظه‌ای در راهبردهای سازش یافته

تنظیم شناختی هیجان نشان داده شده است، ولی در مرحله پیگیری به میزان کمتری افزایش می‌یابد. در شکل ۲ تغییرات راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۲: تغییرات راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در شکل ۲، در متغیر راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان، گروه گواه در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری تغییرات محسوسی ندارد. در گروه آزمایش در پس آزمون در مقایسه با گروه گواه کاهش قابل ملاحظه‌ای در تنظیم شناختی هیجانی سازش نیافته

نشان داده شده است، ولی در مرحله پیگیری به میزان کمتری کاهش می‌یابد. در شکل ۳ تغییرات تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری گزارش شده است.



شکل ۳: تغییرات تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در شکل ۳، در مورد متغیر تحمل پریشانی، گروه گواه در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تغییرات محسوسی وجود ندارد. در گروه آزمایش در پس آزمون در مقایسه با گروه گواه افزایش قابل ملاحظه‌ای در تحمل پریشانی نشان داده شده است، ولی در مرحله پیگیری به میزان کمتری افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شفقت به خود در تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود بر افزایش استفاده از راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجانات و کاهش راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجانات در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج چندین مطالعه (۲۶، ۲۵) مبنی بر تأثیر مداخلات شفقت به خود در ارتقاء خودتنظیمی رفتارهای سالم (۲۵) و تغییر علائم تمرکز حواس، افزایش ذهن آگاهی، و کاهش نشخوار فکری (۲۶) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا باورهای منفی خود را تغییر داده و پاسخ‌های هیجانی مثبتی را در شرایط کشاکش برانگیز بروز دهند. در نتیجه شفقت به خود، در خود ارتقایی افراد مؤثر است (۲۱). همچنین شفقت به خود باعث می‌شود هیجانات تنظیم شوند و به این شیوه علائم تنیدگی را کاهش می‌دهند (۱۸). افرادی که شفقت به خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند و حوادث منفی را، کمتر نشخوار می‌کنند و در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و در نتیجه کمتر از راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۳۰)؛ آموزش شفقت‌ورزی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی باعث می‌شود این مادران افکار تکراری و انتقادی را نسبت به خود کمتر داشته باشند که به نوبه خود باعث کاهش هیجانات منفی می‌شود. هنگامی که مادران دارای کودک کم توان ذهنی تنیدگی یا هیجانات دشواری را به دلیل وجود کودک کم توان ذهنی خود را تجربه می‌کنند با مهارت‌های شفقت‌ورزی به خود این افکار منفی را قطع می‌کند. خود شفقت‌ورزی می‌تواند با محدود کردن افکار با محتوای

سرزنش دیگری به مادران کمک کند که نقش خود را در زندگی فرزند خویش بپذیرد و مسئولیت بیشتری در قبال فرزند خود بر عهده گیرند؛ انگیزه برای تغییر شرایط خود داشته باشند. همچنین با کاهش فاجعه‌سازی مانع بزرگ‌نمایی موقعیت زندگی فرزند کم توان ذهنی خود شوند. بنابراین این آموزش می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی مادران شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش شفقت به خود باعث افزایش تحمل پریشانی مادرانی که فرزند کم توان ذهنی دارند در گروه مداخله و بعد از مرحله پیگیری شده است که این یافته با نتایج چندین پژوهش (۳۶، ۳۸، ۳۹) مطابقت دارد. زندگی با شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله‌ای است که با هدف آموختن به اشخاص به منظور سازش یافتن شدن با تنیدگی جسمی و روانی با رابطه‌ای به شیوه‌ای مطلوب تدوین شده است (۳۰). یادگیری شفقت به خود، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت پیش‌تر و حمایت از خود شده، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد، و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد (۱۹).

شفقت به خود از یک سو نشخوار فکری مادران را کاهش می‌دهد؛ و از سوی دیگر توانایی مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی با کودک کم توان ذهنی را در مادران بالا می‌برد و همین دو خصیصه مربوطه به خودشفقتی باعث می‌شود مادران با موقعیت‌های دشوار خود با انعطاف‌پذیری واکنش نشان دهند و کمتر دچار پریشانی‌های عاطفی شوند؛ زیرا زمانی که فرد بتواند به طور متعادل به احساسات منفی‌اش توجه کند، یعنی بجای سرکوب احساسات و یا غرق کامل در آنها بتواند احساسات خود را شفاف‌تر، از منظری گسترده‌تر و با قضاوت منصفانه‌تر ببیند، قادر خواهد بود سختی‌های زندگی را به عنوان تجربه‌ای در زندگی بپذیرد و همین پذیرش مانع بروز لغزش در او شود. از آنجایی که در مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجانات و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود (۳۵)؛ می‌توان انتظار تغییر فرآیندهای مرتبط با هیجان و شناخت همچون تحمل پریشانی را بر اساس آموزش خود شفقت‌ورزی داشت. بنابراین می‌توان گفت آموزش شفقت به خود با تقویت نگرش مشفقانه در مادران به آنها کمک می‌کند

میان خود و دیگران احساس پیوند کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازش با شرایط موجود غلبه نمایند، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند و تحمل آشفتگی بالاتری داشته باشند (۳۸).

در مجموع یافته های پژوهش حاضر حکایت از آن دارد که آموزش شفقت به خود می تواند به طور قابل توجهی به بهبود سازش یافتگی و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی کمک کند. آموزش شفقت به خود به مادران کمک می کند تا در موقعیت های کشاکش برانگیز، نگرش مهربان و درک کننده ای نسبت به خود داشته باشند و راهبردهای مقابله ای مؤثری را بیاموزند که آنها را قادر می سازد تا پیچیدگی های منحصر به فرد فرزند پروری کودک کم توان ذهنی را مدیریت کنند. همچنین شفقت به خود با تشویق مراقبت از خود و مهربانی به خود، به مادران کمک می کند تا انعطاف پذیری عاطفی خود را تقویت کنند، تعادل عاطفی خود را حفظ کنند و حتی برای رسیدگی به خواسته های عاطفی فرزند با نیازهای ویژه آماده تر باشند. به ویژه اینکه نظر می رسد این مادران اغلب انگ درونی شده مربوط به ناتوانی فرزندشان را تجربه می کنند و شفقت به خود به آنها کمک می کند تا با قضاوت های منفی خود مقابله کنند و دیدگاهی پذیرنده تر و دلسوزانه تر اتخاذ کنند. چنین دیدگاهی به تحمل بیشتر پریشانی و کشاکش های ناشی از شرایط دشوار مراقبت از کودک کم توان ذهنی کمک شایانی می کند.

این پژوهش به گسترش دانش نظری درباره نحوه تاثیر شفقت به خود در بهبود بهزیستی و سلامت روان کمک نموده و شواهدی تجربی درباره اثربخشی و کارآمدی مداخله مبتنی بر شفقت به خود در دستیابی به پیامد بهتر برای مراقبت از کودک کم توان ذهنی ارائه می کند. با وجود این لازم است محدودیت های این پژوهش شامل انجام مطالعه روی مادران و نه سایر اعضای خانواده و روش نمونه گیری در دسترس را در نظر داشت. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش های آتی اثربخشی آموزش شفقت به خود برای بهبود تنظیم شناختی و تحمل پریشانی در پدران و همشیران کودکان کم توان ذهنی را بررسی کند. با توجه به نتایج به دست آمده از

پژوهش پیشنهاد می شود روان درمانگران از آموزش های گروهی بر اساس شفقت به خود به منظور اصلاح نگرش ها جهت کاهش پریشانی، ملامت خود و دیگران، نشخوار فکری و فاجعه سازی و نیز افزایش پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت در مادران دارای کودک کم توان و با نیازهای ویژه استفاده کنند. از آنجا که پژوهشگر و مداخله گر در پژوهش حاضر یکی بوده است پیشنهاد می شود در مطالعات آتی طراح و مجری پژوهش مستقل باشند. همچنین پیشنهاد می شود در مراکز توان بخشی علاوه بر حمایت های اجتماعی و مالی که از کودکان کم توان ذهنی انجام می شود، آموزش های لازم در قالب کارگاه ها و دوره های آموزش شفقت به خود در اختیار والدین آنها نیز قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده یکم در رشته روان شناسی تربیتی دانشگاه کاشان است که در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده علوم انسانی دانشگاه کاشان به شماره ۱۰۳۹۴۴۴ مصوب شد و در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲۹ با موفقیت دفاع شد. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان شناسی آمریکا مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه و سایر حقوق انسانی شرکت کنندگان در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون حمایت مالی و در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست با همکاری نویسنده دوم، پژوهش را طراحی و ایده پردازی کردند و مداخله گر و مسئول جمع آوری داده ها نیز بوده است؛ نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما، تحلیل گر داده و ویراستار علمی؛ و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور در این مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع: هیچ گونه تعارض منافع برای نویسندگان وجود نداشته و نتایج پژوهش به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

در دسترس بودن داده ها: مواد و داده های این پژوهش در اختیار نویسنده مسئول قرار دارد که در صورت درخواست منطقی در اختیار سایر پژوهشگران قرار می گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می دانند از مادرانی که در این پژوهش شرکت داشته اند، تقدیر و تشکر کنند.

References

- Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2021; 126(6):439-42. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>. [Link]
- Papazoglou A, Jacobson LA, McCabe M, Kaufmann W, Zabel TA. To ID or not to ID? Changes in classification rates of intellectual disability using DSM-5. *Ment Retard*. 2014; 52(3):165-74. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.3.165>. [Link]
- McConnell D, Savage A. Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability: Expanding the research agenda. *Curr Dev Disord Rep*. 2015; 2:100-9. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0040-z>. [Link]
- Clark M, Adams D. Resilience in autism and intellectual disability: A systematic review. *Review J Autism Dev Disord*. 2022; 9(1):39-53. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00239-w>. [Link]
- Keleynikov M, Benatov J, Cohen N. Emotion Regulation among Parents Raising a Child with Disability: A Systematic Review and Conceptual Model. *J Child Fam Stud*. 2023; 32(3):858-75. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02530-8>. [Link]
- Jafarpour H, Akbari B, Shakernia I, Asadi Mojreh S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual disability. *J Child Ment Health*. 2021; 7(4):76-94. <https://doi.org/10.52547/jcmh.7.4.6> [Persian]. [Link]
- Lara EB, de los Pinos CC. Families with a disabled member: impact and family education. *Behav Sci*. 2017; 237:418-25. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.084>. [Link]
- Meng K, Yuan Y, Wang Y, Liang J, Wang L, Shen J, et al. Effects of parental empathy and emotion regulation on social competence and emotional/behavioral problems of school-age children. *Pediatr Investig*. 2020; 4(02):91-8. <https://doi.org/10.1002/ped4.12197>. [Link]
- Megreya AM, Al-Attayah AA, Moustafa AA, Hassanein EE. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2020; 76:101600. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>. [Link]
- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Differ*. 2006; 40(8):1659-69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>. [Link]
- Salazar Kämpf M, Adam L, Rohr MK, Exner C, Wieck C. A meta-analysis of the relationship between emotion regulation and social affect and cognition. *Clin Psychol Sci*. 2023; 11(6):1159-89. <https://doi.org/10.1177/21677026221149953>. [Link]
- Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Disord*. 2016; 41:73-81. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.003>. [Link]
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005; 29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>. [Link]
- Pourkazem T, Ghazanfari A, Ahmadi R. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on the Cognitive Emotion Regulation in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Middle East J Dig Dis*. 2023; 15(4):277. <https://doi.org/10.34172/mejdd.2023.358>. [Link]
- Masefield SC, Prady SL, Sheldon TA, Small N, Jarvis S, Pickett KE. The caregiver health effects of caring for young children with developmental disabilities: a meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2020; 24:561-74. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02896-5>. [Link]
- Hosseini SS, Amiri F, Rad RM. Comparison of distress tolerance and adjustment of mothers of intellectual disability children and mothers of normal children in Yasouj city (Iran). *Neuroquantology*. 2018;16(1). <https://doi.org/10.14704/nq.2018.16.1.1163>. [Link]
- Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self-compassion be useful? *J Health Psychol*. 2019; 24(13):1807-16. <https://doi.org/10.1177/1735910517702212>. [Link]
- Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS One*. 2015; 10(7):e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>. [Link]
- Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation*. 2015:121-37. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10. [Link]
- Baer RA, Lykins EL, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *Int J Appl Posit Psychol*. 2012;7(3):230-8. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548>. [Link]
- Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull*. 2012; 38(9):1133-43. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>. [Link]
- Zhang JW, Chen S, Tomova Shakur TK, Bilgin B, Chai WJ, Ramis T, et al. A compassionate self is a true self. Self-compassion promotes subjective authenticity. *Pers Soc*

- Psychol Bull. 2019;45(9):1323-37. <https://doi.org/10.1177/0146167218820914>. [Link]
23. Bluth K, Roberson PN, Gaylord SA, Faurot KR, Grewen KM, Arzon S, et al. Does self-compassion protect adolescents from stress? J Child Fam Stud. 2016; 25(4):1098-109. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0307-3>. [Link]
 24. Zhang N, Sandler I, Thielemann K, Wolchik S, O'Hara K. Self-Compassion for Caregivers of Children in Parentally Bereaved Families: A Theoretical Model and Intervention Example. Clin Child Fam Psychol Rev. 2023; 26(2):430-44. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00431-w>. [Link]
 25. Biber D D, R E. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. J Health Psychol. 2019; 24(14):2060-71. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>. [Link]
 26. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. Front Psychol. 2019; 10:1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>. [Link]
 27. Scoglio AA, Rudat DA, Garvert D, Jarmolowski M, Jackson C, Herman JL. Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. J Interpers Violence. 2018;33(13):2016-36. <https://doi.org/10.1177/0886260515622296>. [Link]
 28. Neff KD, Knox MC, Long P, Gregory K. Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. J Clin Psychol. 2020; 76(9):1543-62. <https://doi.org/10.1002/jclp.23007>. [Link]
 29. Yela JR, Gómez-Martínez MÁ, Crego A, Jiménez L. Effects of the Mindful Self-Compassion programme on clinical and health psychology trainees' well-being: A pilot study. Clin Psychol (Aust Psychol Soc). 2020; 24(1):41-54. <https://doi.org/10.1111/cp.12204>. [Link]
 30. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014; 53(1):6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>. [Link]
 31. Maynard PG, van Kessel K, Feather JS. Self-forgiveness, self-compassion, and psychological health: A qualitative exploration of change during compassion focused therapy groups. Psychol Psychother: Theory Res Pract. 2023; 96(2):265-80. <https://doi.org/10.1111/papt.12435>. [Link]
 32. Rooney JM. Compassion in mental health: a literature review. MHSI. 2020; 24(4):217-8. <https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2020-0029>. [Link]
 33. Afshani S, Abou'ee A. The Effectiveness of Self-Compassion Training in Students' Anger Control. Quarterly Journal of Family and Research. 2019; 16(3):103-24. DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.3.6.5 [Persian]. [Link]
 34. Robinson S, Hastings RP, Weiss JA, Pagavathsing J, Lunsy Y. Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2018; 31(3):454-8. <https://doi.org/10.1111/jar.12423>. [Link]
 35. Pullmer R, Chung J, Samson L, Balanji S, Zaitsoff S. A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. J adolesc. 2019; 74:210-20. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>. [Link]
 36. Jefferson FA, Shires A, McAloon J. Parenting self-compassion: A systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2020; 11(9):2067-88. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01401-x>. [Link]
 37. Hashiguchi K, Yoshikawa S, Muto T. Emotion regulation processes and middle-aged Japanese women's health. Climacteric. 2021; 24(2):200-5. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1784135>. [Link]
 38. Araghian S, Nejat, H., Toozandehjani, H., Bagherzadeh-Golmakani, Z. Comparison of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on quality of interpersonal relationships and meaning in life in women with marital conflicts. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2020; 22(3):145-54. <https://doi.org/10.22038/JF-MH.2020.15917> [Persian]. [Link]
 39. Thielemann K, Cacciatore J. Effectiveness of a mindfulness-based retreat on distress and well-being in bereaved parents. J Soc Work Pract. 2020; 30(7):770-82. <https://doi.org/10.1177/1049731520921242>. [Link]
 40. Hosseini-verdi M, Pourassadi Z, Keshavarz S, Kakavand A. Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Self-esteem, Empathy, and Forgiveness in Child Labor. Quarterly J Child Ment Health. 2021; 7(4):181-96. <https://doi.org/10.52547/jcmh.7.4.12> [Persian]. [Link]
 41. Mohammadi Sangachin Doost A, Hosseinkhanzadeh AA, Kousha M, Naseh A. The Effect of Self-Compassion Training on the Self-Esteem and Perceived Stress of Mothers of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Quarterly J Child Ment Health. 2023;9(4):45-59. <https://doi.org/10.61186/jcmh.9.4.5> [Persian]. [Link]
 42. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. European journal of psychological assessment. 2007; 23(3):141-9. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>. [Link]
 43. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of clinical psychology. 2010; 2(3):73-84. <https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2031> [Persian]. [Link]
 44. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. Q Educ Meas. 2021; 12(46):49-64. <https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341> [Persian]. [Link]
 45. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. J Clin Psychol. 2013; 69(8):856-67. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>. [Link]