



Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Psychological Capital Training on Stress Tolerance and Emotional Self-Regulation

Homeira Reisiee¹, Tayebeh Sharifi², Ahmad Ghazanfari³, Maryam Chorami⁴

1. Ph.D. Student in psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate professor of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
3. Associate professor of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
4. Assistant professor of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Abstract

Aim and Background: Cerebral palsy is a non-progressive movement and postural disorder that occurs following nerve damage in the early years and causes motor and neurological disabilities. Disorders in daily life activities, heavy medical expenses and severe dependence on others affect the functioning of the family, especially mothers. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of self-compassion therapy and psychological capital training on the tolerance of anxiety and emotional self-regulation of mothers of children with cerebral palsy.

Methods and Materials: The present study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up design. The statistical population of the study included mothers with children with cerebral palsy in rehabilitation centers under the supervision of Shahrekord Welfare in 2019 (270 subjects) of which a sample of 45 subjects were selected and randomly divided into three groups (two experimental and a control group) were assigned. Individuals in both experimental groups participated in 10 sessions of 90 minutes in self-compassion and psychoanalytic courses. Participants answered the Simmons and Gaher (2005) Emotional Distress Tolerance Questionnaire and the Emotional Self-Regulation Questionnaire (2010) in three stages. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance and independent t-test.

Findings: The results showed that self-compassion training and psychological capital training have increased the stress tolerance of mothers with children with cerebral palsy in the same and effective way ($p < 0.05$) and among the two intervention methods, only psychological capital training was able to improve mothers' emotional self-regulation ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that two methods of self-compassion training intervention and psychological capital training can be used as effective intervention options to improve anxiety tolerance and self-regulation of mothers of children with cerebral palsy.

Keywords: Self-compassion therapy, psychological capital training, distress tolerance, self-regulation, CP.

Citation: Reisiee H, Latifi Z, Sharifi T, Ghazanfari A, Chorami M. Comparison of the effectiveness of self-compassion therapy and psychological capital training on stress tolerance and emotional self-regulation. Res Behav Sci 2021; 18(4): 481-492.

* Tayebeh Sharifi,
Email: sharifi_ta@yahoo.com

مقایسه اثربخشی درمان خودشفقت ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی

حمیرا رئیسی^۱، طیبه شریفی^۲، احمد غضنفری^۳، مریم چرامی^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد، شهرکرد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: فلج مغزی به اختلال غیر پیش‌رونده در حرکت و وضعیت اطلاق می‌شود که به دنبال ضایعه عصبی در سال‌های اولیه روی می‌دهد و سبب بروز ناتوانی‌های حرکتی و نورولوژیک می‌گردد. اختلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، هزینه‌های درمانی سنگین و وابستگی شدید به اطرافیان بر کارکرد خانواده و به‌ویژه مادران اثر می‌گذارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان فلج مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در مراکز توان‌بخشی تحت نظر بهزیستی شهرکرد در سال ۱۳۹۸ بود (۲۷۰ نفر) که از این تعداد، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. افراد دو گروه آزمایش در دوره ۶-های خودشفقت‌ورزی و سرمایه‌ی روان‌شناختی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. شرکت‌کنندگان در سه مرحله به پرسشنامه‌های تحمل‌پریشانی هیجانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (۲۰۱۰) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تی مستقل تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که آموزش خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی به‌طور یکسان و مؤثری سبب افزایش تحمل‌پریشانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است ($p < 0/05$) و از بین دو شیوه مداخله‌ای، تنها آموزش سرمایه روان‌شناختی توانسته منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی مادران شود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که دو شیوه مداخله آموزش خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان گزینه‌های مداخله‌ای مؤثر به‌منظور بهبود تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش خودشفقت‌ورزی، آموزش سرمایه‌ی روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی، خودتنظیمی، فلج مغزی.

ارجاع: رئیسی حمیرا، شریفی طیبه، غضنفری احمد، چرامی مریم. مقایسه اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان فلج مغزی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۴۹۲-۴۸۱.

*- طیبه شریفی

رایان نام: sharifi_ta@yahoo.com

مقدمه

فلج مغزی به گروه پیچیده و چندبعدی از اختلالات ایستا اطلاق می‌شود که در اثر ضایعه در حال رشد در مغز به وجود می‌آید و احتمالاً با نشانه‌های بسیار گوناگونی از ناتوانی گسترده و عمومی در کنترل حرکات بدن گرفته تا صرفاً نقصی جزئی و خفیف همراه است (۱). میزان بروز فلج مغزی در جهان، ۴ به ۱ تا ۴ به ۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده است و با وجود پیشرفت‌های فن‌آوری در مراقبت‌های ویژه نوزادی و بهبود مراقبت‌های دوران بارداری در دو دهه اخیر هنوز یکی از علت‌های اصلی و رایج اختلالات تکاملی دوران کودکی باقی‌مانده است (۲). در ایران نیز حدود ۲/۰۶ در هزار گزارش شده است (۳). این بیماری باعث محدودیت در فعالیت‌های روزمره مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود و رشد شخص را در سراسر زندگی تحت تأثیر قرار دهد (۴). به این ترتیب محدودیت‌ها و مشکلات کودکان مبتلا به فلج مغزی، مراقبان این کودکان را که اغلب مادران هستند، با استرس‌های جسمانی و روانی بسیاری مواجه می‌سازد (۵).

وجود کودک با آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی، اغلب آشفته‌گی‌های هیجانی فراوانی را برای مادران فراهم آورده و سبب می‌شود تا آن‌ها خودتنظیمی هیجانی پایینی را در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی تجربه نماید (۶). علاوه بر این شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی در پاسخ به استرس‌ورهای زندگی ممکن است با راهبردهای تنظیم هیجان که افراد در مواجهه با این موقعیت‌ها به کار می‌برند، مرتبط باشد (۷ و ۸). تنظیم هیجان‌ها به‌طور گسترده به‌عنوان توانایی مدیریت واکنش‌های عاطفی فرد تعریف می‌شود. این امر شامل استراتژی‌هایی برای افزایش، حفظ، یا کاهش شدت، مدت و خط سیر عواطف مثبت و منفی است (۹). خودتنظیمی هیجان افراد را به تنظیم و بیان تجربه هیجان‌ها قادر می‌سازد (۱۰) و به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب خواهد شد (۱۱).

حضور کودک مبتلا به فلج مغزی موجب آسیب به فرایندهای روانی مادران شده و تنش‌ها و فشارهای ناشی از آن به بروز پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد (۲). تحمل پریشانی، یکی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی

عاطفی است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۱۲). تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان تعریف شده است (۱۳). افراد، با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ها منفی خود، درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب درصدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند (۱۴ و ۱۵).

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، خودشفقت‌ورزی است (۱۶). شکل‌گیری رویکرد خودشفقت‌ورزی به دلیل عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی رفتاری بود (۱۷) و به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند (۱۸). به نظر می‌رسد این درمان با هدف نهایی افزایش شفقت به خود، بتواند از طریق کاهش سخت‌گیری نسبت به خود، تسهیل پذیرش وقایع منفی زندگی و ایجاد خودآزمایی‌ها دقیق‌تر بر پایه عملکرد واقعی، مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی را به سمت افزایش پذیرش مسئولیت و تسهیل توانایی در مقابله با عواطف منفی سوق دهد (۱۹). مطالعات وسیع اثربخشی آموزش شفقت را بر دو سازه تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی در گروه‌های مختلف تأیید نموده‌اند؛ در این راستا نواب، دهقانی و کرباسی عامل (۲۰) نشان دادند که آموزش خودشفقت‌ورزی موجب بهبود احساس قدرت درونی و تغییر در اهداف و اولویت‌های زندگی در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شده است. قاسمی، گودرزی و غضنفری (۲۱) نیز تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی را بر خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، تأیید نمودند. دانسون (۲۲) دریافت آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی شود.

سرمایه‌ی روان‌شناختی از شاخص‌های روانشناسی مثبت است که با ویژگی‌هایی همچون داشتن اعتماد در انجام دادن تلاش‌های لازم برای موفقیت در وظایف چالش‌برانگیز، ایجاد یک اسناد مثبت درباره موفقیت در حال و آینده، ثابت‌قدم بودن در مسیر اهداف و تلاش بیشتر در دستیابی به موفقیت به هنگام احاطه شدن توسط مشکلات و سختی‌ها شناخته می‌شود (۲۳). مجموعه این ویژگی‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به

ی مادران یک شماره اختصاص یافت. سپس ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی به هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) اختصاص یافتند. داشتن فرزند مبتلا به فلج مغزی، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن سوءمصرف مواد و اختلالات شدید روانی (با توجه به پرونده سلامت روان) از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش بود. علاوه بر این غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش بود. گروه آزمایش مداخلات مربوط به آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی را در طی ۱۰ جلسه (یک جلسه در هفته) ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند، اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت و در انتظار دریافت مداخله باقی ماندند. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز بدین صورت بود که قبل از اجرای آزمون و اجرای روش طی جلسه توجیهی برگه رضایت‌نامه توسط اعضای دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی (ویژگی‌های جمعیت شناختی و نتایج حاصل از پرسشنامه) به دست آمده محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به دست آمده بدون ذکر نام و صرفاً جهت مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق به شماره (IR.IAU.SHK.REC.1399.012) در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد به ثبت رسیده است. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی مستقل) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

پرسشنامه تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی هیجانی 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 خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در

زندگی فرد معنا بخشیده (۲۴) و تلاش وی برای تغییر موقعیت‌های فشار را تداوم داده (۲۵)، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۲۶). از نظر ماهیتی مؤلفه سرمایه روان‌شناختی دارای بار مثبت بوده و به ظرفیت‌ها و توانایی‌های انسان از دیدگاهی کاملاً مثبت نگریسته می‌شود (۲۷). در راستای اهداف پژوهش شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی معنادین تأثیر مثبت دارد (۲۸). مطالعات انجام شده در زمینه مادران دارای کودک استثنایی نشان داده‌اند تقویت صفات فردی مادران نظیر خودشفقتی و سرمایه روان‌شناختی می‌تواند در ارتقاء آستانه تحمل پریشانی و اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر باشد (۲۹ و ۳۰). بررسی پیشینه‌ی پژوهشی نشان داد که اغلب مطالعات صورت پذیرفته بر اثربخشی خودشفقت‌ورزی و سرمایه روان‌شناختی بر اختلالات خلقی و اضطرابی والدین کودکان ناتوانی‌های ذهنی و جسمی متمرکز بوده و تاکنون پژوهشی که بررسی اثربخشی دو رویکرد آموزشی مبتنی بر شفقت‌ورزی و سرمایه روان‌شناختی بر بهبود تحمل پریشانی و اصلاح خودتنظیمی هیجانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی پیردازد، انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر در نظر دارد تا با مقایسه‌ی آموزش خودشفقت‌ورزی و سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی، به این سؤال پاسخ دهد که کدام‌یک از این دو درمان بر افزایش تحمل پریشانی و اصلاح خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مؤثرتر است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۶۰ روزه بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادرانی بودند که دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۹۹ بودند که در مراکز توان‌بخشی تحت نظر بهزیستی شهرکرد پرونده داشتند (۲۷۰ نفر). بر اساس مشخصات موجود در پرونده‌ها و در نظر گرفتن شرط سنی کودک (زیر ۱۰ سال)، برای ۱۲۰ خانواده واجد شرایط، فرم علائم آمادگی شرکت داوطلبانه در پژوهش ارسال شد که از این‌بین، ۶۹ مادر تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند. پس‌از آن، به همه-

کنترل زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به‌موقع 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 تقویت‌کننده‌های 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 برخلاف شفقت تجربه‌شده

جلسه دهم: جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون

پروتکل جلسات آموزش سرمایه روان‌شناختی (۳۵)

جلسه اول: ارائه تعاریفی از امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار. ارائه تعاریفی از مفاهیمی مانند خوش‌بینی، بدبینی، خوش‌بینی واقعی و خوش‌بینی غیرواقعی و وجه تمایز بین آن‌ها. ارائه تعاریفی از مفهوم خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکارآمد. ارائه تعاریفی از مفاهیم تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور.

جلسه دوم: بررسی میزان امید و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان و ایجاد انگیزه. آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته‌شده و نقش آن در خوش‌بینی و بدبینی. بحث در خصوص نقش درماندگی آموخته‌شده در کاهش خودکارآمدی. ارائه تعاریفی از مفهوم سرسختی و معرفی مؤلفه‌های آن (تعهد، چالش و کنترل).

جلسه سوم: آگاه ساختن شرکت‌کنندگان از نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید. آشنا ساختن شرکت‌کنندگان با فرایند اسناد و مفهوم مکان کنترل. بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتمادبه‌نفس با خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد. تمرکز بر مؤلفه تعهد و استفاده از تکنیک‌هایی جهت ارتقای آن.

راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است (۳۱). عزیزی، میرزایی و شمس (۳۲) نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازمیابی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجان: پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی در سال ۲۰۱۰ توسط هافمن و کشدن ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال و سه مؤلفه سازگاری، پنهان‌کاری و تحمل هست که پاسخگویی به آن‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از طیف «بی‌نهایت در مورد من درست است»، «اصلاً در مورد من درست نیست» را شامل می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط کارشکی (۳۳) برای خرده مقیاس‌های سازگاری، پنهان‌کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ محاسبه شده است که حاکی از پایایی بالای آن است. از آنجاکه این پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی استخراج گردیده است، بنابراین می‌توان روایی سازه آن را مناسب ارزیابی نمود و از آنجاکه روایی محتوایی از راه رجوع به نظر کارشناسان قابل حصول است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سه مؤلفه سازگاری، پنهان‌کاری، تحمل و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد.

پروتکل جلسات آموزش خود شفقت ورزی (۳۴)

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی.

جلسه: تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه. تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه‌شده 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 شادی‌بخش و غفلت از نگرانی.

جلسه چهارم: آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن

نقش مکان کنترل در سرسختی و استفاده از تکنیک خودگویی‌های مثبت جهت افزایش سطح تاب‌آوری.

جلسه دهم: مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح امید خوش‌بینی. مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خوش‌بینی. مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خودکارآمدی. مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح تاب‌آوری.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات و وضعیت شغلی زنان را نشان می‌دهد. نتایج آزمون تحلیل کروسکال والیس جهت مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در سه گروه نشان داد که از جهت سن، تحصیلات و وضعیت شغلی؛ بین سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و فرض همسانی توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران در گروه‌ها تأیید شد. در ادامه در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی افراد شرکت‌کننده در دو گروه آزمایشی خودشفقت‌ورزی و سرمایه‌های روان‌شناختی نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون آن‌ها در این دو گروه افزایش چشمگیری داشته است. این درحالی است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و سرمایه روان‌شناختی افراد گروه کنترل نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون آنان تغییر محسوسی نکرده است. در ادامه برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ‌یک از ۳ مرحله

جلسه چهارم: آشنایی شرکت‌کنندگان با چگونگی دست یافتن به اهدافی روشن و قابل‌دستیابی. آشنایی اعضا با اسنادهای درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار، ناپایدار و نقش هر کدام در خوش‌بینی. بررسی و بحث در خصوص چگونگی افزایش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد مثبت. تمرکز بر مؤلفه چالش، چگونگی تبدیل مشکلات به چالش‌ها و افزایش تمایل به روبه‌رو شدن با آن‌ها.

جلسه پنجم: آموزش چگونگی تقسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچک‌تر به منظور افزایش احتمال تحقق آن‌ها. آشنایی اعضا با نقش اسنادها در خوش‌بینی. استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی. تمرکز بر مؤلفه کنترل و بحث در خصوص چگونگی افزایش احساس کنترل بر زندگی.

جلسه ششم: آگاه ساختن شرکت‌کنندگان با چگونگی فرمول‌بندی اهدافی روشن و عینی. آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسنادهای مثبت درونی. استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و منطقه‌ای از افراد خودکارآمد. آشنایی شرکت‌کنندگان با راهبردهای مسئله محور و هیجان محور و نقش آن‌ها در افزایش تاب‌آوری.

جلسه هفتم: آشنا ساختن اعضا با نقش تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام آن. استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند به ناخوشایندتر به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی. آشنایی شرکت‌کنندگان با روش‌های علمی حل مسئله و نقش کاربردی آن‌ها در افزایش سطح خودکارآمدی. آشنایی بیشتر با راهبردهای مستقیم با مسئله محور و تشویق اعضا به استفاده بیشتر از این راهبردها.

جلسه هشتم: آشنا ساختن اعضا با چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعدد در تحقق هدف خوش‌بینی. استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند و تعیین پیامدهای مثبت این وقایع به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی. دعوت از فردی موفق و خودکارآمد به منظور استفاده از الگوهای عینی در افزایش سطح خودکارآمدی. آشنایی بیشتر با راهبردهای غیرمستقیم یا هیجان محور و استفاده از آن‌ها در صورت لزوم و در شرایط استرس بالا. جلسه نهم: آشنا ساختن اعضا با چگونگی تبدیل موانع به چالش‌هایی جهت تحقق اهداف. توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی به منظور افزایش سطح خوش‌بینی. استفاده از تقویت مستقیم و جانشینی از طریق بحث در خصوص موفقیت‌های به منظور افزایش خودکارآمدی. بحث در خصوص

تنظیمی هیجانی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی معنی‌دار نبود ($p > 0.05$)، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی دو متغیر تحمل پریشانی و خود

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

معنی- داری	گروه سرمایه روان‌شناختی		گروه خودشفقت‌ورزی		گروه کنترل		متغیرهای جمعیت شناختی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۹۰۹	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۲۰	۳	۳۰ تا ۳۳ سال	سن
	۲۰	۳	۲۶/۶	۴	۲۶/۶	۴	۳۴ تا ۳۷ سال	
	۲۶/۶	۴	۲۰	۳	۱۳/۳	۲	۳۸ تا ۴۱ سال	
	۲۶/۶	۴	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۴۲ تا ۴۵ سال	
	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۲۰	۳	۴۶ تا ۴۹ سال	
۰/۹۲۷	۲۶/۶	۴	۲۶/۶	۴	۲۰	۳	دیپلم و زیر دیپلم	تحصیلات
	۲۶/۶	۴	۳۳/۳	۵	۴۰	۶	فوق دیپلم	
	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	۲۶/۶	۴	لیسانس	
	۱۳/۳	۲	۶/۶	۱	۱۳/۳	۲	فوق لیسانس و بالاتر	
۰/۹۰۴	۲۶/۶	۴	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	شاغل	وضعیت شغلی
	۷۳/۳	۱۱	۶۶/۶	۱۰	۶۶/۶	۱۰	خانه‌دار	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	آموزش خودشفقت‌ورزی	۳۱/۴۶	۳/۱۵	۳۵/۴۶	۴/۰۵	۲۶/۰۶	۴/۶۰
	آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی	۳۰/۸۰	۳/۴۶	۳۵/۳۳	۵/۱۹	۳۸/۸۰	۴/۴۷
	گروه کنترل	۳۰/۹۳	۲/۵۷	۳۱/۱۳	۲/۶۹	۳۱/۵۳	۲/۲۳
خودتنظیمی هیجانی	آموزش خودشفقت‌ورزی	۴۶/۹۳	۳/۱۵	۵۲/۰۶	۲/۹۳	۵۱/۶۰	۴/۴۸
	آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی	۴۶/۷۳	۳/۶۱	۶۱/۰۰	۴/۷۳	۶۳/۵۳	۱۱/۶۳
	گروه کنترل	۴۷/۷۳	۷/۶۶	۴۸/۵۳	۶/۹۰	۴۸/۱۳	۴/۹۹

جدول ۳. نتیجه آزمون کرویت موجلی تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی

متغیرهای پژوهش	کرویت موجلی	آماره‌ی کای دو	df	p
تحمل پریشانی	۰/۷۵	۱۱/۳۷	۲	۰/۰۰۳
خودتنظیمی هیجانی	۰/۹۷	۰/۸۹	۲	۰/۶۳۸

معنادار نمی‌باشد و مفروضه ماچلی برای این متغیر رعایت شده است. این درحالی است که مقدار ماچلی برای تحمل پریشانی برابر با ۰/۷۵ است که در سطح ۰/۰۱ معنادار و مفروضه کرویت برقرار نیست؛ بنابراین باید از آزمون تحلیل واریانس تعدیل‌یافته

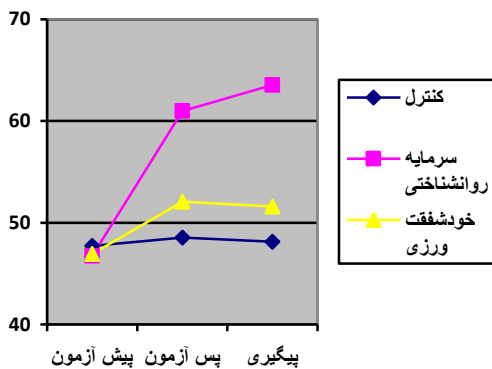
آزمون ماچلی این فرض را به آزمون می‌گذارد که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای تبدیل‌شده نرمال، یک ماتریس همبندی است. نتایج جدول ۳ نشان داد که مقدار موجلی برای خودتنظیمی هیجانی برابر با ۰/۹۷ است که در سطح ۰/۰۵

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که اثر تعاملی زمان*گروه و منبع بین گروهی در نمرات تحمل پریشانی ($F=6/56, p=0/003$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=25/03, p=0/001$) معنادار است ($p \leq 0/01$)، بدین معنا که بین نمرات تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد.

با استفاده از اپسیلون گرین هاوس گایسر استفاده کرد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای وابسته پژوهش در سه مرحله اجرا آمده است. نتایج جدول ۴ نشان داد که اثر متغیر درون گروهی (عامل زمان) بر تحمل پریشانی ($F=32/60, p=0/001$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=19/94, p=0/001$) معنادار است ($p \leq 0/001$)؛ یعنی بین میانگین نمرات تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجان مادران در سه مرحله اندازه‌گیری

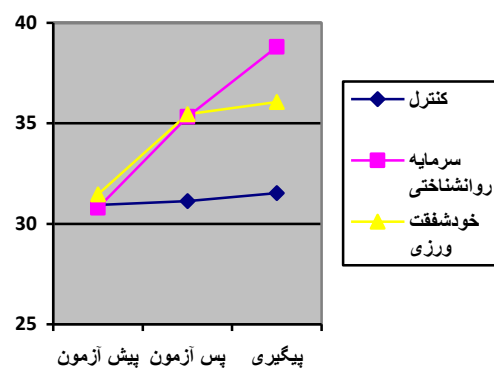
جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	SS	df	MS	F	p	ضریب تأثیر	توان آماری	
تحمل پریشانی	درون گروهی	زمان	۱/۶۱	۲۷۹/۹۹	۳۲/۶	<0/001	0/43	۱/00	
		زمان*گروه	۳/۲۲	۶۹/۰۹	۸/۰۴	<0/001	0/27	0/99	
		خطا	۶۷/۶۱	۸/۵۸					
	بین گروهی	گروه	۳۶۷/۵۷	۲	۱۸۳/۷۸	۶/۵۶	0/003	0/24	0/89
		خطا	۱۱۷۶/۱۷	۴۲	۲۸				
تنظیم هیجانی	درون گروهی	زمان	۲	۷۲۷/۹۱	۱۹/۹۴	0/001	0/32	۱/00	
		زمان*گروه	۴	۳۰۹/۶۹	۸/۴۸	0/001	0/29	0/99	
		خطا	۸۴	۳۶/۵					
	بین گروهی	گروه	۱۹۹۵/۳۹	۲	۹۹۷/۶۹	۲۵/۰۳	<0/001	0/54	۱/00
		خطا	۱۶۷۳/۸۲	۴۲	۳۹/۸۵				



شکل ۲. میانگین نمرات خودتنظیمی هیجان در گروه‌ها به تفکیک مراحل اندازه‌گیری

آزمون تی مستقل جهت مقایسه گروه کنترل با دو گروه آزمایشی در جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی در هر دو



شکل ۱. میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه‌ها به تفکیک مراحل اندازه‌گیری

به‌منظور مقایسه میانگین دو گروه آزمایشی با یکدیگر و با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج

پس‌آزمون و پیگیری تحمل‌پریشانی مادران در دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). این نتایج بیانگر آن است که آموزش سرمایه روان‌شناختی به‌طور مؤثری سبب افزایش تحمل‌پریشانی و بهبود خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است، این درحالی است که آموزش خودشفقت‌ورزی تنها سبب افزایش تحمل‌پریشانی مادران شده و بر خودتنظیمی هیجانی اثری نداشته است.

مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است ($p \leq 0.05$)، درحالی‌که آموزش خودشفقت‌ورزی تنها بر تحمل‌پریشانی مادران در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($p \leq 0.05$). همچنین نتایج مقایسه دو گروه آزمایشی با یکدیگر نشان داد که بین میانگین نمرات خودتنظیمی هیجانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد ($p \leq 0.001$) درحالی‌که بین میانگین

جدول ۵. نتایج آزمون تی مستقل میانگین پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیرهای پژوهش	مرحله	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	t	p
تحمل‌پریشانی	پس‌آزمون	کنترل	سرمایه روان‌شناختی	-۴/۲۰	-۲/۷۸
		کنترل	خودشفقت‌ورزی	-۴/۳۳	-۳/۴۴
		سرمایه روان‌شناختی	خودشفقت‌ورزی	-۰/۱۳	-۰/۰۷
	پیگیری	کنترل	سرمایه روان‌شناختی	-۷/۲۶	-۵/۶۲
		کنترل	خودشفقت‌ورزی	-۴/۵۴	-۳/۴۳
		سرمایه روان‌شناختی	خودشفقت‌ورزی	۲/۷۳	۱/۶۴
خودتنظیمی هیجانی	پس‌آزمون	کنترل	سرمایه روان‌شناختی	-۱۲/۴۶	-۵/۷۶
		کنترل	خودشفقت‌ورزی	-۳/۵۳	-۱/۸۱
		سرمایه روان‌شناختی	خودشفقت‌ورزی	۸/۹۳	۶/۱۶
	پیگیری	کنترل	سرمایه روان‌شناختی	-۱۵/۴۰	-۴/۷۱
		کنترل	خودشفقت‌ورزی	-۳/۱۳	-۱/۹۶
		سرمایه روان‌شناختی	خودشفقت‌ورزی	۱۲/۲۶	۳/۸۹

روان‌شناختی بر تحمل‌پریشانی و بهبود مشکلات هیجانی همسو می‌باشد.

در مورد مکانیسم اثر آموزش خودشفقت‌ورزی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی بر اساس مبانی نظری می‌توان بیان نمود طی جلسات آموزش خودشفقت‌ورزی بر کسب آگاهی و ایجاد بازشناسی در راستای تفهیم فرایند درد و رنج تأکید می‌شود (۱۷) و مادران می‌آموزند که رنج و درد بخشی طبیعی از وضعیت بشر است که برای هر فردی به‌گونه‌ای متفاوت بروز پیدا می‌کند (نظیر ابتلای فرزند به فلج مغزی). به‌این ترتیب نیاز به برقراری ارتباطات اجتماعی و محبت دیدن از دیگران به‌رغم وجود تفاوت‌های فردی، وجود تعارضات درونی، مشکلات، شرایط سخت زندگی و شکست‌ها و بایدونبایدهای محیطی و فردی، برای انسان همراه با رنج هستند. باین‌وجود این فرایند و روندها دلیلی بر ایجاد و شکل‌گیری آسیب‌های رفتار، هیجانی و روان‌شناختی نیست، چراکه وجود این رنج‌های جهان‌شمول بوده و هر فردی بسته به

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثرات آموزش خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقت‌ورزی و آموزش سرمایه روان‌شناختی به‌طور یکسان و مؤثری، تحمل‌پریشانی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی را افزایش دهد، این درحالی است از بین دو شیوه مداخله‌ای پژوهش، تنها آموزش سرمایه روان‌شناختی توانسته بر خودتنظیمی هیجانی مادران تأثیر گذارد و منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی مادران شود. نتایج این بخش از پژوهش به‌صورت مستقیم با یافته‌های مطالعات نواب و همکاران (۲۰)، قاسمی و همکاران (۲۱)، دانسون (۲۲) و گیلبرت (۱۷) مبنی بر اثر مثبت آموزش خودشفقت‌ورزی بر تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی هیجانی و کیم و همکاران (۲۵) و عصمت پناه و خاکشور (۲۸) مبنی بر اثر مثبت آموزش سرمایه

توانمندی‌های خود و کودک را مورد توجه قرار می‌دهد که همگی در تأثیر مثبت این دوره آموزشی بر تحمل پریشانی مؤثر بوده‌اند. همچنین کسب خودکارآمدی بالا با استفاده از جلسات آموزش سرمایه روان‌شناختی، منجر به ایجاد احساس آرامش در رویارویی با تکالیف دشوار به مادران کمک می‌کند (۳۸). باورهای مادران درباره توانایی‌هایشان در این‌که آن‌ها در موقعیت‌های تهدیدکننده چه مقدار تنیدگی را تجربه کنند تأثیر بسزایی دارد. در واقع به واسطه تفکر ناکارآمد، افراد احساس استیصال و درماندگی کرده و راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان را به کار می‌برند. بر این اساس مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی با کسب خودکارآمدی توانستند نسبت به چگونگی پردازش روان‌شناختی و هیجانی خود احساس توانمندی نموده و از بروز پردازش هیجانی ناکارآمد جلوگیری کرده و در عوض خودتنظیمی هیجانی بالاتری را تجربه نمایند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که این پژوهش بر روی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انجام شده و می‌بایست در تعمیم نتایج به پدران کودکان مبتلا به فلج مغزی جوانب احتیاط را در نظر گرفت. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش، عدم کنترل شرایط و ویژگی‌های مربوط به شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده بود. لذا پیشنهاد می‌گردد که این پژوهش بر روی پدران کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شود و همچنین اعضای نمونه بر اساس ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی هم‌تا سازی شوند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی خودشفقت‌ورزی و سرمایه روان‌شناختی در مراکز کاردرمانی و توان‌بخشی کودکان مبتلا به فلج مغزی، به افزایش مهارت‌های شناختی و اجتماعی والدین و اعضای خانواده این دسته از بیماران کمک نمود.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دفاع شده نویسنده اول در مقطع دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. محققین بر خود لازم می‌دانند از مدیران مراکز توان‌بخشی شهرکرد، همکاران محترم کادر درمان و کلیه والدین محترم که با صرف وقت ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان پژوهش وجود ندارد و تمامی نویسندگان در امر نگارش پژوهش شرکت داشته‌اند.

شرایط خود، انواع آن‌ها را تجربه می‌کند. مجموع این عوامل سبب شد تا این گروه، تفکر استثنا بودن خود در جهت ادراک رنج را باطل نموده و بر این اساس با استفاده از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان، آستانه تحمل پریشانی بالاتری را گزارش نمایند (۳۶). همچنین آموزش خودشفقت‌ورزی مادران را مشتاقی به درگیر شدن مثبت با موضوع رنج نمود و باعث اقدام آنان در جهت گشودگی روانی و هیجانی نسبت به رنج شد. مادران آموختند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس پذیرش و شفقت داشته باشند. این جریان شفقت را در سه جهت شفقت مادران نسبت به دیگری/دیگران، شفقت مادران نسبت به خودشان و شفقت هدایت‌شده از سوی دیگران به سمت خودشان تمییز نموده و منجر به شناسایی صحیح هیجان‌ات و اصلاح راهبردهای نادرست تنظیم هیجان شد (۱۷).

در مورد مکانیسم اثر آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی باید ابراز داشت که آموزش مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی بر نقاط قوت افراد و چگونگی رشد و پیشرفت آنان تکیه دارد. عناصر سازنده سرمایه روان‌شناختی به عنوان منابع درون فردی، زمینه را برای ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، هیجانی و روان‌شناختی فراهم می‌سازد (۳۵). ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی اعم از خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی مادران معنا بخشیده (۲۴) و تلاش مداومی را برای تغییر موقعیت‌های فشار به همراه دارد (۲۵). به علاوه مادران را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۲۶). بر این اساس آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی سبب می‌شود تا آن‌ها معنایی جدید برای خود و ناتوانی کودک خود، مفهوم‌سازی کرده و وجود کودک مبتلا به فلج مغزی نتواند آن‌ها از پیگیری اهداف زندگی غنی شده باز دارد که این فرایند بهبود تحمل پریشانی را در پی دارد (۳۷). همچنین تأکید آموزش سرمایه روان‌شناختی بر خوش‌بینی و امید، موجب شکل‌گیری انتظار بیشتر وقوع اتفاقات خوب نسبت به اتفاقات منفی در آینده، ایجاد انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدها و اخذ دید مثبت نسبت به آینده، توانایی ایجاد گذرگاه‌هایی برای رسیدن به اهداف و آرزوها و تمرکز بر

References

1. Deon L. L., Gaebler-Spira D. Assessment and treatment of movement disorders in children with cerebral palsy. *Orthopedic Clinics*, 2015; 41 (4): 507-17.
2. Panahi L, Alaekarahroudy F, Ghareh Bagh Z, Ghasemi E. The training influence of mother taking care of children with cerebral palsy on their maternal depression and anxiety. *Razi journal of Medical Sciences*, 2019; 26(1): 59-67. [In Persian].
3. Volpe J. *Neurology of the newborn*. Philadelphia, Saunders, 2017: 331-94
4. Dalvand H, Dehghan L, Hadian MR, Feizy A, Hosseini SA. Relationship between gross motor and intellectual function in children with cerebral palsy: across-sectional study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012. [In Persian].
5. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgooh H, Dalvand H, Farzi M. The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study. *Journal of Modern Rehabilitation*, 2013; 7(3): 40-47. [In Persian].
6. Ogundele MO. Behavioral and emotional disorders in childhood: A brief overview for pediatricians. *World J Clin Pediatr* 2018; 7(1), 9-26.
7. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 2009; 32 (2), 449-454.
8. Kraaij V, Garnefski N. The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2019; 137, 56-61.
9. Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain Sci*. 2019;9(4):76.
10. Malesza M. Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 2019; 144, 56-60.
11. Benfer N, Bardeen J. R, Clauss K. Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2018; 10, 108-114.
12. Leyro T. M, Zvolensky M. J, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 2010; 136(4), 576-600.
13. Zvolensky M. J, Vujanovic A. A, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 2014; 19 (6), 406-10.
14. Vujanovic A. A, Dutcher C. D, Berenz E. C. Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 2016; 48,45-53.
15. Timpano K. R, Keough M. E, Traeger L, Schmidt N. B. General life stress and hoarding: Examining the role of emotional tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2011; 4(3), 263-279.
16. Reisi H, Sharifi T, Ghazanfari A, Charami M. Effectiveness of training self - compassion on social stigma and distress tolerance in the mothers of The children with cerebral paralysis. *Journal of Psychoscience*, 2020; 19(93), 1197-1205. [In Persian].
17. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 2009; 15 (3), 199-208.
18. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014; 53(1), 6-41.
19. Taherpour M, Sohrabi A. Compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in people with eating disorders. *Sabzevar University of Medical Sciences*, 2020; 26(4), 505-516. [In Persian].

20. Nawab M, Dehghani A, Karbasi Amel A. The effectiveness of compassion-based group therapy on post-traumatic growth in mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder, *Journal of Child Mental Health*, 2020; 6(1), 239-250. [In Persian].
21. Ghasemi N, Goodarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, mindfulness skills and preparedness to experience shame and guilt in people with anxiety disorder, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 2020; 9(34), 145-166. [In Persian].
22. Danson R. The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 2015; 63(2), 262-274.
23. Avey J. B, Luthans F, Smith R. M, Palmer N. F. Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2010; 15(1), 17-28.
24. Aliyev R, Karakus M. The Effects of Positive Psychological Capital and Negative Feelings on Students' Violence Tendency. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2015; 190, 69-76.
25. Kim M, Kim A. C, Newman J. I, Ferris G. R, Perrewé P. L. The antecedents and consequences of positive organizational behavior: The role of psychological capital for promoting employee well-being in sport organizations. *Sport Management Review*, 2019; 22(2), 108-125.
26. Parker C, Baltes B, Young S, Huff J, Altmann R, Lacost H, Roberts J. Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 2003; 24, 389-416.
27. Avey J. B, Luthans F, Smith R. M, Palmer N. F. Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2010; 15(1), 17-28.
28. Esmatpanah A, Khakshour H. The effect of psychological capital (hope, resilience) on prevention of addiction relapse, anxiety tolerance and interpersonal problems of improved addicts in Isfahan treatment and rehabilitation centers, 2nd National Congress of Psychology and Psychosocial Injuries, Chabahar, University Zahedan Medical Sciences and Health Services - Coordination Council of Sistan and Baluchestan Provincial Anti-Narcotics Headquarters - Chabahar Industrial Free Trade Zone Organization and other scientific and executive bodies of the province, 2017. [In Persian].
29. Elaine B. J, Hollins M. Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 2016; 22, 5-13.
30. Chen X, Zeng G, Chang E, Cheung H. What Are the Potential Predictors of Psychological Capital for Chinese Primary School Teachers? *Educational Psychology*, 2019; 11: 1.
31. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion* 2005; 29(2), 83-102.
32. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. A study of the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on SIGA. *Hakim*, 2010; 13(1), 11-18. [In Persian].
33. Karshki H. Assessing the factor structure of the Emotional Styles Scale in students. *Journal of Behavioral Science Research*, 2013; 11(13), 185-195. [In Persian].
34. Germer C K. *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press, 2009.
35. Luthans F, Youssef M, Avolio J. *Psychological capital developing the human competitive*. Edge, Oxford University Press, 2007.
36. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 2015; 45 (5), 927-45.
37. Cheung F, Tang C. S, Tang S. Psychological capital as a moderator between emotional labor, burnout, and job satisfaction among school teachers in China. *International Journal of Stress Management*, 2011; 18(4), 348.
38. Liao R, Liu Y. The impact of structural empowerment and psychological capital on competence among Chinese baccalaureate nursing students: A questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 2016; 36, 31-36.