



Journal Website

Article history:
Received 22 March 2022
Revised 14 May 2022
Accepted 22 May 2022
Published online 21 June 2022

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 1, Issue 1, pp 56-71



E-ISSN: 2981-1759

A Comparative Study of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy versus Narrative Therapy on Emotion Regulation (Positive and Negative) in Mothers of Children with Hearing Impairments

Khadije Fooladi[✉]*

PhD, Department of General psychology Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

* Corresponding author email address: fooladikhadije@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Fooladi KH. (2022). A Comparative Study of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy versus Narrative Therapy on Emotion Regulation (Positive and Negative) in Mothers of Children with Hearing Impairments. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 1(1), 56-71.



© 2022 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Background and Aim: A baby is born into a family and begins its first interactions with the environment. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and group narrative therapy on the cognitive emotion regulation of mothers of children with hearing impairments in Shahr-e Kord.

Method: The present study was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and three-month follow-up with a control group. The statistical population of the present study included mothers of children with hearing impairments who referred to the SINA specialized education center for children with hearing impairments in Shahr-e Kord in 2018-2019. Their number was reported as 96. From the statistical population, 60 mothers were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups. The instruments used in this study were the Emotion Regulation Strategy Scale (2006), the Compassion-Focused Therapy protocol, which is a 12-session intervention based on Gilbert's (2010) treatment plan, and the Narrative Therapy protocol, which is a 12-session intervention based on Payne's (2004) protocol. Data were analyzed using SPSS software version 23.

Findings: The results showed that with the experimental intervention, positive and negative emotion regulation changed in the post-test phase, and this change continued in the follow-up phase. The F-value for positive emotion regulation (81.25 and 61.96) and negative emotion regulation (50.86 and 52.42) indicates that the linear and non-linear trend of participants' scores in different levels of positive and negative emotion regulation variables is not the same in the experimental and control groups.

Conclusion: The results of data analysis showed that compassion-focused therapy had a significant effect on the test stages (pre-test, post-test, and follow-up) of positive and negative emotion regulation variables in mothers of children with hearing impairments. Compassion-focused therapy had a significant effect on positive and negative emotion regulation in mothers of children with hearing impairments. The findings also indicated that narrative therapy had a significant effect on positive and negative emotion regulation in mothers of children with hearing impairments.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Narrative Therapy, Emotion Regulation, Mothers, Hearing Impairment.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۲۲ اسفند ۱۴۰۰

اصلاح شده در تاریخ ۹ اردیبهشت ۱۴۰۱

پذیرفته شده در تاریخ ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۱

منتشر شده در تاریخ ۳۱ خرداد ۱۴۰۱

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۷۱-۵۶



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت با روایت درمانی بر تنظیم هیجان (مثبت و منفی) مادران کودکان با آسیب شنوایی

خدیدجه فولادی*

دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: fooladikhadije@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

زمینه و هدف: نوزاد در خانواده به دنیا می‌آید و اولین تعاملات خود را با محیط آغاز می‌کند. لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با آسیب شنوایی شهرستان شهرکرد بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با پیگیری سه ماهه با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران کودکان مبتلا به آسیب شنوایی که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ به مرکز آموزش ویژه کودکان مبتلا به آسیب شنوایی سینا شهرکرد مراجعه کرده‌اند بودند که تعداد آنها ۹۶ نفر اعلام شد. از بین جامعه آماری با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ مادر انتخاب و در سه گروه به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار به کار رفته در این پژوهش مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۶)، پروتکل درمان مبتنی بر شفقت که مداخله ۱۲ جلسه‌ای است و مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) تهیه شده است و پروتکل روایت درمانی که مداخله ۱۲ جلسه‌ای است و مبتنی بر پروتکل پابن (۲۰۰۴) تهیه شده است. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با مداخله آزمایشی تنظیم هیجان مثبت و منفی در مرحله پس‌آزمون تغییر یافته و در مرحله پیگیری نیز این تغییر ادامه شده است. مقدار F برای تنظیم هیجان مثبت (۸۱/۲۵ و ۶۱/۹۶) و تنظیم هیجان منفی (۵۰/۸۶ و ۵۲/۴۲) نشان می‌دهد که روند خطی و غیرخطی نمره‌ی آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی در گروه‌های آزمایش و گواه یکسان نیست.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. همچنین یافته‌ها بیانگر آن بود که روایت درمانی تاثیر معناداری بر تنظیم هیجانی مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، روایت درمانی، تنظیم هیجان، مادران، آسیب شنوایی



© ۱۴۰۱ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

خانواده به عنوان رکن اساسی تربیت، نقش بسیار مهمی در کمک به رشد و تربیت کودکان ایفا می‌کند، این امر به ویژه در نخستین سال‌های زندگی که تجربه‌های اولیه کودک در حال شکل‌گیری است، از اهمیت شایان توجهی برخوردار است (۱). عواملی چون شخصیت والدین، سلامت روانی و جسمانی آنها، شیوه‌های تربیتی اعمال شده در داخل خانواده، شغل و تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده، محل سکونت خانواده، حجم و جمعیت خانواده، روابط اجتماعی خانواده و بی‌نهایت متغیر دیگر در خانواده وجود دارند که شخصیت فرزند، سلامت روانی و جسمانی او، آینده شغلی، تحصیلی، اقتصادی، سازگاری اجتماعی و فرهنگی، تشکیل خانواده او و غیره را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۲).

نوزاد در خانواده به دنیا می‌آید و اولین تعاملات خود را با محیط آغاز می‌کند. در این کانون اولیه اولین تاثیر و تأثیرات متقابل آغاز می‌شود و کودک کم‌کم در فرآیند رشد و اجتماعی شدن قرار می‌گیرد. همانطور که روان‌شناسان معتقدند سال‌های اولیه کودکی نقش بسزایی در رشد شخصیت و آینده او دارد. بیشتر طرحواره‌ها و شناخته‌های کودک از خود، اطرافیان و محیط در این دوران شکل می‌گیرد (۳). میزان سلامت جسمانی و روانی کودک بسته به ارتباطی است که خانواده با وی دارد و تا چه حد تلاش می‌کند نیازهای او را برآورده سازد (۴). افرادی که از سلامت روان مناسبی برخوردارند در خانواده‌های سالمی نیز پرورش یافته‌اند. زیرا مادر یا پدری که خود دچار مشکلات روحی باشد نمی‌تواند مراقبت‌های لازم را از فرزند خود به عمل بیاورد و در نتیجه از همین طریق مشکلات خود را به کودک نیز منتقل می‌کند (۵). برای مثال یک مادر افسرده معمولاً فرزند خود را نیز افسرده می‌کند چرا که انرژی روانی کافی برای برقراری ارتباط عاطفی با فرزند خود را ندارد. خلأ عاطفی ایجاد شده به رابطه بین مادر و فرزند لطمه وارد می‌کند و در نتیجه کودک نیز ممکن است از همان ابتدا علائمی از افسردگی از خود نشان دهد (۶).

کودک‌کانی که در این سنین از لحاظ عاطفی و امنیتی در خانواده تأمین نمی‌شوند به انواع مشکلات مبتلا می‌شوند. مشکلات این کودکان اغلب با شیطنت‌ها، دروغ‌گویی‌ها و حرف‌نشنیدن‌های ساده شروع می‌شود و با توجه به وضع نابسامان خانواده به بزهکاری‌ها و جنایات بزرگسالی منتهی می‌شود (۷). سلامت خود خانواده، تعادل شخصیتی والدین و آشنایی آنها به اصولی که می‌تواند محیط خانواده را سالم‌تر سازد، بسیار حائز اهمیت است. تولد یک کودک با نیازهای ویژه یا استثنایی می‌تواند شرایط دشواری را برای والدین و دیگر اعضای خانواده به همراه بیاورد چون والدین به طور غیر منتظره‌ای در یک معمای دشوار عاطفی گرفتار می‌شوند که به خاطر طبیعت غیر منتظره‌ی این مشکل و تمایل ذاتی برای نگهداری از فرزندشان ناراحتی و نگرانی بیشتری را تحمل می‌کنند (۸). وجود کودک با نیازهای ویژه در خانواده را می‌توان به عنوان یک بحرانی قلمداد کرد، که به شکل عمیق بر ارتباط‌ها و کنش‌های خانواده اثرگذار است (۹).

از دیدگاه خانوادگی، آسیب شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است. شناسایی آسیب شنوایی در کودک، خانواده را با بحران روبرو می‌کند (موللی، امیری، یوسفی افراشته و مروتی، ۱۳۹۴). این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای افزایش چالش‌ها و مشکلات در خانواده فراهم می‌کند (۱۰). از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است، وجود کودک ناشنوا می‌تواند موجب سنگینی این بار بر دوش مادر باشد، به ویژه که در فرهنگ ما مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند. بنابراین این بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت کودک ناشنوا ممکن است به کاهش بهزیستی روانی وی منجر شود (۱۱).

شفقت به خود اگر چه در روانشناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌هاست که در فلسفه شرقی وجود دارد. نف^۱ (۲۰۰۳)، «شفقت به خود» را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، و بهوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی تعریف کرده است. امروزه ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. مهربانی با خود، توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. روا داشتن شفقت به خود برای فرد یک امنیت هیجانی ایجاد می‌کند که بدون ترس از سرزنش خود به مشاهده خود خویش بنشیند و به او اجازه می‌دهد که الگوهای ناسازگارانه افکار، احساسات و رفتار خود را درک و اصلاح کند (۱۲).

روایت درمانی رویکردی است که مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کند مردم دارای ارزش‌ها، باورها، مهارت‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند.

²- Neff, K. D



روایت درمانی در برگزیده روش‌های بازنویسی این داستان‌ها در کار اشتراکی درمانگر و فردی است که زندگی اش را به بحث گذاشته است (۱۳). روایت درمانی به‌این مادران کمک می‌کند که در مورد داستان‌های که از مشکلات کودکانشان و عدم توانایی شان در حل مشکل درونی کردند را تجدید نظر و اصلاح کنند. به عبارتی درمان مبتنی بر شفقت افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام می‌شود (۱۴). روایت درمانی، مادران را به عنوان متخصص زندگی‌شان در نظر می‌گیرد و اعتقاد دارد، مادران دارای مهارت‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آنها در کاهش اثر مشکلاتشان کمک می‌کند. در درمان شفقت درمانی، فعال سازی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف پذیری روان شناختی لازم برای رو در رو شدن با چالش‌های زندگی را فراهم کرده و قدمی به سوی زندگی معنی دار و با نشاط باشد و این امر مادران را برای مواجه شدن با چالش آماده می‌سازد (۱۵). در روایت درمانی به مراجعان برای تجدید نظر و اصلاح داستان‌های درونی شده آنها کمک می‌شود، داستان‌های مادرانی که مملو از ناکامی، یأس و ناراحتی است. این فرایند سبب می‌شود مادران احساس کنند قادر به پیش بینی و کنترل زندگی خود هستند (۱۶). هر دو درمان مادران را برای مواجه شدن با چالش زندگی‌شان آماده و مهیا می‌کند. در هر دو درمان مادران به سوی زندگی با معنی گام بر می‌دارند. لذا با توجه به موارد ذکر شده مبتنی بر اثربخشی هر کدام از این مداخلات، محقق در صدد است تا به‌این سؤال پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با آسیب شنوایی شهرستان شهرکرد تفاوتی وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با پیگیری سه ماهه با گروه گواه می‌باشد. این پژوهش دارای دو گروه آزمایش و یک گروه گواه می‌باشد. گروه‌های آزمایش به شکل جداگانه مداخله‌های مربوط به روایت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند و، این در حالی است که نمونه حاضر در گروه گواه در طول انجام فرایند پژوهش از دریافت این مداخلات بی بهره بود. در نهایت، از سه گروه پس آزمون به عمل آمده و داده‌ها مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران کودکان مبتلا به آسیب شنوایی که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ به مرکز آموزش ویژه کودکان مبتلا به آسیب شنوایی سینا شهرکرد مراجعه کرده‌اند بودند که تعداد آنها ۹۶ نفر اعلام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از بین جامعه آماری با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ مادر انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش، درمان مبتنی بر شفقت، روایت درمانی و گروه گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار به کار رفته در این پژوهش به شرح زیر بود:

مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۶): این مقیاس توسط گارنفسکی کراج و اسپینهاون (۲۰۰۶) به منظور ارزیابی نحوه‌ی تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که نحوه‌ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار دارد. از مجموع زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری (سوالات ۱۳ و ۱۴)، تمرکز مجدد مثبت (سوالات ۷ و ۸)، ارزیابی مجدد مثبت (سوالات ۱۱ و ۱۲)، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سوالات ۹ و ۱۰) تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها) نمره خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های خودسرزنش‌گری (سوالات ۱ و ۲)، دیگر سرزنش‌گری (سوالات ۱۷ و ۱۸)، تمرکز بر فکر/نشخوارگری (سوالات ۵ و ۶) و فاجعه‌نمایی (سوالات ۱۵ و ۱۶) تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی به دست می‌آید. یوسفی (۱۳۸۵) اعتبار و پایایی این مقیاس را در نوجوانان ایرانی بررسی کرده است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی، ۰/۷۸، و خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت، ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است. ضریب اعتبار مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت: پروتکل درمان مبتنی بر شفقت که در این پژوهش استفاده شد، مداخله ۱۲ جلسه‌ای است که هفته ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به طول انجامید و مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) بااندکی دخل و تصرف جهت هماهنگی با متغیرهای وابسته تحقیق حاضر تهیه شده است، جزئیات این شیوه در جدول ۱ شرح داده شده است:

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات شفقت درمانی

شرح جلسات

جلسه



اول	معارفه و آشنایی: اجرای پیش آزمون- آشنایی با اعضای گروه، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت
دوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه درمان مبتنی بر شفقت: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز و پرورش احساس گرمی نسبت به خود و پرورش حس اشتراک انسانی، آموزش ذهن آگاهی، همراه با تمرین بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، ترغیب آزمودنی به خود شناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت ورز یا غیر شفقت ورز؛ آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته)
سوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه درمان مبتنی بر شفقت: آموزش مهارت‌های شفقت در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، ایفای نقش در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت.
چهارم	آموزش مفهوم بهزیستی روانشناختی و استفاده از تکنیک درمان مبتنی بر شفقت در راستای افزایش آن، آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود بهزیستی روانی در آنها می‌شود.
پنجم	آشنایی با مفهوم تاب آوری و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیک‌ها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی با مفهوم تاب آوری و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود بهزیستی روانی در آنها می‌شود.
ششم	آشنایی با مفهوم تنظیم هیجان و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیک‌ها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم تنظیم هیجان و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود تنظیم هیجان در آنها می‌شود.
هفتم	آشنایی با مفهوم افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیک‌ها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم افسردگی و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای کاهش علائم افسردگی در آنها می‌شود.



هشتم

تمرین مفهوم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفهوم بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود بهزیستی روانی و افزایش تاب‌آوری در آنها می‌شود.

نهم

تمرین مفهوم تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفهوم تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای تنظیم هیجان و کاهش افسردگی در آنها می‌شود.

دهم

تمرین مفاهیم تنظیم هیجان، افسردگی، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفاهیم تنظیم هیجان، افسردگی، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود تنظیم هیجان، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و کاهش افسردگی در آنها می‌شود.

یازدهم

تمرین مفاهیم تنظیم هیجان، افسردگی، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و استفاده از اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین تنظیم هیجان، افسردگی، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و استفاده از تکنیک شفقت درمانی در راستای افزایش آن؛ آموزش ذهن آگاهی، آشنایی با سیستم مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، آموزش تکنیک‌های ذهنی شفقت ورز، تکلیف خانگی: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، به کارگیری روش ابراز شفقت در زندگی روزمره با سایرین، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه شفقت ورز، تمرین همدلی و شفقت نسبت به دیگران که منجر به شناسایی افکار انتقادگر در این مادران و به کارگیری تکنیک‌ها در راستای بهبود تنظیم هیجان، مفاهیم بهزیستی روانی و تاب‌آوری و کاهش افسردگی در آنها می‌شود.

دوازدهم

جمع بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

پروتکل روایت درمانی: پروتکل روایت درمانی که در این پژوهش استفاده شد، مداخله ۱۲ جلسه‌ای است که هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به طول انجامید و مبتنی بر پروتکل پاپن (۲۰۰۴) باندکی دخل و تصرف جهت هماهنگی با متغیرهای وابسته تحقیق حاضر تهیه شده است، جزئیات این شیوه در جدول ۲ شرح داده شده است:

جدول ۲- ساختار و محتوای جلسات روایت درمانی



جلسه	شرح جلسات
اول	معارفه و آشنایی: اجرای پیش آزمون- آشنایی با اعضای گروه، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی روایت درمانی
دوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه روایت درمانی: برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی
سوم	آموزش اصول و تکنیک‌های اولیه روایت درمانی: تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید
چهارم	آشنایی با مفهوم بهزیستی روانی و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم بهزیستی روانشناختی و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود بهزیستی روانی.
پنجم	آشنایی با مفهوم تاب آوری و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آموزش مفهوم تاب آوری و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود تاب آوری.
ششم	آشنایی با مفهوم تنظیم هیجان و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم تنظیم هیجان و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود تنظیم هیجان.
هفتم	آشنایی با مفهوم افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم افسردگی و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی



مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود افسردگی.

تمرین مفهوم بهزیستی روانی و تاب آوری استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، آشنایی مفهوم بهزیستی روانشناختی و تاب آوری و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود بهزیستی روانی و تاب آوری.

هشتم

تمرین مفهوم تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفاهیم تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود تنظیم هیجان و کاهش افسردگی.

نهم

تمرین مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت‌انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و کاهش افسردگی.

دهم

تمرین مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از اصول و تکنیک‌های روایت درمانی در راستای آن: مرور جلسات قبل و تکنیکها و انجام تمرین و تکالیف خانه، تمرین مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و افسردگی و استفاده از تکنیک روایت درمانی در راستای افزایش آن؛ برونی سازی مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد

یازدهم



و بالعکس، دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، دیدن داستان از منظری دیگر، نام گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت انداختن مشکل)، فن بار معنایی، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه افراد، به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید. تکلیف خانگی: دادن تکلیف خانگی در مورد جمع آوری مجموعه عکس و مطلب مرتبط با موضوع مورد علاقه فرد، تمرین جملات ناتمام، بازنویسی روایت زندگی درباره حال و آینده/ دادن عنوان جدید به روایت زندگی/ ویرایش نهایی روایت جدید/ ایفای نقش در داستان جدید در راستای بهبود مفهوم مفاهیم بهزیستی روانی، تاب آوری، تنظیم هیجان و کاهش افسردگی.

دوازدهم جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون

داده‌های به دست آمده از توزیع پرسشنامه‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل بررسی قرار گرفت. در سطح توصیفی شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها با استفاده از روش‌های آماری تحلیل واریانس باندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیروویلک و کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همانگونه که مشخص است توزیع نمونه‌ای نمرات مولفه تنظیم هیجان مثبت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این متغیر با محدودیتی مواجه نمی‌باشد. جدول ۳- نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای نمرات متغیر تنظیم هیجان مثبت در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی) و گروه گواه

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه	آزمون کلموگراف، اسمیرنوف			آزمون شاپیرو ویلک	
		آماره	درجه آزادی	معناداری	آماره	درجه آزادی
پیش‌آزمون	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۹	۱۸	۰/۱۴	۰/۸۵	۱۸
	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۱۶	۱۷	۰/۲۰	۰/۹۳	۱۷
	گروه گواه	۰/۱۵	۱۸	۰/۲۰	۰/۹۵	۱۸
پس‌آزمون	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۸	۱۸	۰/۱۶	۰/۹۴	۱۸
	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۱۴	۱۷	۰/۲۰	۰/۹۳	۱۷
	گروه گواه	۰/۱۰	۱۸	۰/۲۰	۰/۹۶	۱۸
پیگیری	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۷	۱۸	۰/۲۰	۰/۹۲	۱۸
	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۱۷	۱۷	۰/۲۰	۰/۹۱	۱۷
	گروه گواه	۰/۱۷	۱۸	۰/۲۰	۰/۸۹	۱۸

همانگونه که در جدول ۴ مشخص است توزیع نمونه‌ای نمرات مولفه تنظیم هیجان منفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این متغیر با محدودیتی مواجه نمی‌باشد. لازم به



ذکر است که فقط در مرحله پیگیری در گروه روایت درمانی این پیش‌فرض برقرار نبوده که با توجه به مقاوم بودن تحلیل‌های f در برابر نقض بعضی پیش‌فرض‌ها می‌توان از این عدم معناداری چشم‌پوشی کرد.

جدول ۴- نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای نمرات متغیر تنظیم هیجان منفی در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی) و گروه گواه

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه	آزمون کلموگراف، اسمیرنوف			آزمون شاپیرو ویلک		
		آماره	درجه آزادی	معناداری	آماره	درجه آزادی	معناداری
پیش‌آزمون	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۲۱	۱۸	۰/۰۷	۱۸	۰/۹۵	۰/۱۹
		۰/۱۳	۱۷	۰/۲۰	۱۷	۰/۹۰	۰/۱۳
پس‌آزمون	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۰	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۴	۰/۴۴
		۰/۱۴	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۴	۰/۴۹
پیگیری	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۲۰	۱۷	۰/۱۰	۱۷	۰/۸۹	۰/۰۷
		۰/۱۵	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۶	۰/۷۵
پیگیری	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۰/۱۷	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۴	۰/۴۲
		۰/۲۸	۱۷	۰/۰۲	۱۷	۰/۷۵	۰/۰۰۱
پیگیری	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۱۳	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۴	۰/۴۰
		۰/۱۳	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۹۴	۰/۴۰

برای آزمون تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقدار F بدست آمده برای آزمون لوین در متغیر تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار است. این عدم معناداری بدین معناست که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مولفه‌های ذکر شده رعایت شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
تنظیم هیجانی مثبت	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۲	۵۰	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱/۵۵	۲	۵۰	۰/۲۲
	پیگیری	۱/۱۰	۲	۵۰	۰/۳۴
تنظیم هیجانی منفی	پیش‌آزمون	۰/۳۲	۲	۵۰	۰/۷۳
	پس‌آزمون	۱/۶۴	۲	۵۰	۰/۲۰
	پیگیری	۱/۶۸	۲	۵۰	۰/۱۹

جدول ۶ آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض‌های یکسانی ماتریس واریانس‌ها را نشان می‌دهد. با بررسی جدول فوق مشخص می‌گردد، شرط یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت گردیده و آزمون F با محدودیتی مواجه نمی‌باشد. نتایج آزمون موچلی نشان می‌دهد که پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است، در دو متغیر تنظیم هیجان مثبت و منفی برآورده شده است.

جدول ۶- آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض‌های یکسانی ماتریس واریانس‌ها



متغیر	آزمون باکس	نمره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
تنظیم هیجانی مثبت	۸/۱۴	۱/۱۲	۱۲	۱۲۰۲۷/۸۷	۰/۲۸
تنظیم هیجانی منفی	۵/۱۱	۰/۶۹	۱۲	۱۲۰۲۷/۸۷	۰/۶۷

جدول ۷- نتایج آزمون موچلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها را نشان می دهد.

جدول ۷- جدول موچلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

متغیر	آزمون موچلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
تنظیم هیجان مثبت	۰/۸۸	۶/۰۱	۲	۰/۲۳
تنظیم هیجان منفی	۰/۹۴	۱/۰۶	۲	۰/۷۷

با توجه به نتایج جدول ۸ که تحلیل واریانس بالاندازه گیری مکرر را نشان می دهد، میانگین نمرات متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی فارغ از تاثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه بندی (درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی به عنوان مهم ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۲ و ۶۵ درصد از تغییرات متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه بندی تبیین می شود. حال در ادامه به مقایسه اثر گروه های آزمایش با همدیگر در دو مرحله پس آزمون و پیگیری پرداخته می شود.

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس بالاندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی تاثیر درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر تنظیم هیجان

مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
تنظیم هیجان مثبت	مراحل	۱۳۱۰/۶۳	۲	۶۵۵/۳۱	۱۷۹/۳۶	۰/۷۵	۱
	گروه بندی	۲۷۴۵/۹۴	۲	۱۳۷۲/۹۷	۹/۹۰	۰/۳۰	۰/۹۶
تنظیم هیجان منفی	تعامل مراحل و گروه بندی	۱۰۷۴/۰۸	۴	۲۶۵/۵۲	۷۳/۴۹	۰/۷۲	۱
	خطا	۳۶۵/۳۶	۱۰۰	۳/۶۵			
تنظیم هیجان مثبت	مراحل	۹۶۵/۵۲	۲	۴۸۲/۷۶	۱۶۱/۴۷	۰/۷۵	۱
	گروه بندی	۱۱۷۹/۸۷	۲	۵۸۹/۹۳	۱۱/۵۶	۰/۳۹	۰/۹۹
تنظیم هیجان منفی	تعامل مراحل و گروه بندی	۶۱۵/۰۵	۴	۱۵۳/۷۶	۵۱/۴۳	۰/۶۵	۱
	خطا	۲۹۸/۹۷	۱۰۰	۲/۹۹			

با توجه به جدول ۹ نشان می دهد که نمره تنظیم هیجان مثبت و منفی آزمودنی ها صرف نظر از نوع گروه هم روند خطی و هم روند غیر خطی را در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری دنبال نمی کند یعنی با مداخله آزمایشی تنظیم هیجان مثبت و منفی در مرحله پس آزمون



تغییر یافته و در مرحله‌ی پیگیری نیز این تغییر ادامه شده است. در قسمت تعامل گروه و تاب‌آوری روند خطی و غیرخطی نمره آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیرهای وابسته با توجه به گروه ارائه شده است. مقدار F برای تنظیم هیجان مثبت ($۸۱/۲۵$ و $۶۱/۹۶$) و تنظیم هیجان منفی ($۵۰/۸۶$ و $۵۲/۴۲$) نشان می‌دهد که روند خطی و غیرخطی نمره‌ی آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی در گروه‌های آزمایش و گواه یکسان نیست.

جدول ۹- آزمون روند خطی بودن متغیرهای وابسته (تنظیم هیجان مثبت و منفی)

منبع	روند	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تنظیم هیجان	خطی	۸۸۱/۳۳	۱	۸۸۱/۳۳	۲۰۱/۶۷	۰/۰۰۰۱
تنظیم هیجان مثبت	غیرخطی	۴۲۹/۲۹	۱	۴۲۹/۲۹	۱۴۶/۱۶	۰/۰۰۰۱
مثبت	تنظیم هیجان	۷۱۰/۱۳	۲	۳۵۵/۰۶	۸۱/۲۵	۰/۰۰۰۱
مثبت × گروه	غیرخطی	۳۶۳/۹۵	۲	۱۸۱/۹۷	۶۱/۹۶	۰/۰۰۰۱
تنظیم هیجان	خطی	۶۰۳/۳۸	۲	۶۰۳/۳۸	۱۵۸/۰۲	۰/۰۰۰۱
تنظیم هیجان منفی	غیرخطی	۳۶۲/۱۴	۲	۳۶۲/۱۴	۱۶۷/۵۷	۰/۰۰۰۱
منفی	تنظیم هیجان	۳۸۸/۴۶	۲	۱۹۴/۲۳	۵۰/۸۶	۰/۰۰۰۱
منفی × گروه	غیرخطی	۲۲۶/۵۹	۲	۱۱۳/۲۹	۵۲/۴۲	۰/۰۰۰۱

همانگونه نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. چنانکه یافته‌های توصیفی نیز بیانگر افزایش میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت و کاهش نمرات تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی بود. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی توانسته منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت و کاهش نمرات تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثابت خود را حفظ نموده است.

جدول ۱۰- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی تنظیم هیجان مثبت و منفی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B))	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم هیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۳۷	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۵/۷۷	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۰/۱۹	۰/۱۷
تنظیم هیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۵۹	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۷۷	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۱	۰/۲۰	۰/۰۹

برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده که نتایج آن در جداول زیر آورده شده است. با توجه به جدول ۱۱ نشان می‌دهد که حداقل یکی از مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر نمره تنظیم هیجان



مثبت و منفی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون تأثیر گذاشته و به ترتیب ۸۰ و ۷۹ درصد واریانس تفاوت نمره تنظیم هیجان مثبت و منفی را مداخله‌ها تبیین می‌کنند.

جدول ۱۱- آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل

توان آزمون	ضریب اتا	سطح معناداری	df خطا	df فرضیه	F	مقدار	ضرایب	
۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۱۰۱/۶۸	۰/۸۰	اثر پیلایی	تنظیم
۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۱۰۱/۶۸	۰/۱۹	لامبدا ویلکس	هیجان
۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۱۰۱/۶۸	۴/۱۵	اثر هتلینگ	مثبت
۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۱۰۱/۶۸	۴/۱۵	بزرگ‌ترین ریشه روی	
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۹۹/۲۹	۰/۸۰	اثر پیلایی	تنظیم
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۹۹/۲۹	۰/۱۹	لامبدا ویلکس	هیجان
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۹۹/۲۹	۴/۰۵	اثر هتلینگ	منفی
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۴۹	۲	۹۹/۲۹	۴/۰۵	بزرگ‌ترین ریشه روی	

در جدول ۱۲ مقایسه زوجی میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت و منفی آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های پژوهش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی ارائه می‌شود. همانگونه نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت با گروه آزمایش روایت درمانی معنادار بوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر متغیر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی تفاوت معنادار وجود داشته و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به روایت درمانی به میزان بیشتری تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی را بهبود بخشیده است. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی با گروه گواه نیز معنادار بوده است. در یک جمع‌بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی تأثیر معنادار دارد، در حالیکه بین میزان اثربخشی این دو روش در این مرحله تفاوت معنادار وجود داشته است. یافته دیگر جدول ۱۲ نشان داد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت با گروه آزمایش روایت درمانی معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر متغیر تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی تفاوت معنادار وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی با گروه گواه معنادار بوده است. در یک جمع‌بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی تأثیر معنادار دارد، در حالیکه بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۱۲- بررسی تفاوت‌های دو به دو (آزمون تعقیبی بونفرنی) جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی)

متغیر	مراحل آزمون	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
تنظیم هیجانی مثبت	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه آزمایش روایت درمانی	۵/۹۷	۱/۱۴	۰/۰۰۰۱
	گروه آزمایش	گروه گواه	۱۳/۹۱	۱/۱۲	۰/۰۰۰۱
	گروه آزمایش	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	-۵/۹۷	۱/۱۴	۰/۰۰۰۱
	روایت درمانی	گروه گواه	۷/۹۴	۱/۱۴	۰/۰۰۰۱



تنظیم هیجانی منفی	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه آزمایش روایت درمانی	۰/۱۷	۰/۹۷	۰/۹۴
		گروه گواه	-۹/۳۰	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱
گروه آزمایش	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	گروه آزمایش روایت درمانی	-۰/۱۷	۰/۹۷	۰/۹۴
روایت درمانی	گروه گواه	گروه گواه	-۹/۴۷	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱

بحث

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۹ و ۷۴ درصد از تغییرات متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی توسط ارائه درمان مبتنی بر شفقت تبیین می‌شود. همچنین نتایج بیانگر آن بود که روایت درمانی نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۶۱ و ۷۱ درصد از تغییرات متغیرهای تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی توسط ارائه روایت درمانی تبیین می‌شود. در نهایت نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت با گروه آزمایش روایت درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر متغیر تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشته و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به روایت درمانی به میزان بیشتری تنظیم هیجان مثبت مادران کودکان با آسیب شنوایی را بهبود بخشیده است. این در حالی بود که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت با گروه آزمایش روایت درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روایت درمانی بر متغیر تنظیم هیجان منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد.

یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر تنظیم هیجان مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. در تبیین یافته حاضر مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان مادران کودکان با آسیب شنوایی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه ذهن مشفق است (۱۳). ذهن مشفق و مهربان نیز می‌تواند توانایی همدلی را در مادران کودکان با آسیب شنوایی افزایش داده و از طریق بهبود پردازش‌های شناختی و هیجانی، تنظیم هیجان آنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر شفقت با بکارگیری بعد اشتیاق که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن به آن اشاره دارد و بعد التیام‌بخشی که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد (۱۴) می‌تواند متمرکز بر رفتارها، شناخت‌ها، هیجانات و احساساتی باشد که بر اساس آن مادران کودکان با آسیب شنوایی دارای خودمراقبتی بیشتری شوند. چرا که شفقت به خود متمرکز بر فرایندی است که فرد نسبت به خود و دیگران مهربانی دارد. مهربانی با خود نیز منجر به رفتارهای خودمراقبتی بیشتر می‌شود. مهربانی با خود نیز می‌تواند منجر به افزایش سلامت روانی، شناختی و هیجانی و در نتیجه بهبود در تنظیم هیجان شود. علاوه بر این می‌توان اظهار کرد افرادی که شفقت به خود بالاتری را کسب می‌کنند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندترند (۱۵).

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که روایت درمانی تاثیر معناداری بر تنظیم هیجانی مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی داشته است. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی روایت درمانی بر تنظیم هیجانی مادران کودکان با آسیب شنوایی باید بیان کرد که روایت درمانی، روایت‌ها و داستان‌هایی که افراد درباره زندگی خویش بیان می‌کنند، از آن نظر با اهمیت هستند که این داستان‌ها آنها را قادر می‌سازد که به حوادث زندگی خود نظم ببخشند، و تجربیات گذشته، حال و آینده‌شان را بر اساس منطق بنا نهند. درمان روایتی معتقد است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌کنند (۱۶). وجود روایت‌های سرشار از مشکل منجر به بروز مشکلات می‌شود و تغییرات



روان‌شناختی و حل مشکل نیز از طریق روایت مشکل‌دار ممکن می‌شود. درمان روایتی به دنبال یافتن روایاتی است که ارتباط میان افراد را با مشکلات موجود (همچون مشکلات مربوط به کودکان با آسیب شنوایی) را تسهیل نمایند. نتیجه این فرایند سبب می‌شود که فرد مبتلا بتواند راحت‌تر با چالش اضطرابی خود مواجه شده و از این طریق پردازش شناختی و هیجانی بهنجارتری را تجربه نموده و تنظیم هیجانی بهتری را نیز به نمایش گذارد (۱۷). علاوه بر این در این رویکرد، مراجع و درمانگر در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است، به عبارتی نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند (۱۸). فرد در این روش یاد می‌گیرد که مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده بگیرد و آن را تمرین کند. چون هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد همزمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه چندان مهم را کنار می‌گذارد. در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این رویکرد مورد تأکید است یعنی افراد باید داستان زندگیشان را مرتب و ویراستاری کنند. مسئولیت‌پذیری وقایع زندگی نیز می‌تواند منجر به بهبود آرامش و سلامت روان شود. این فرایند پردازش‌های هیجانی، شناختی و روان‌شناختی مادران با کودکان دارای آسیب شنوایی را نیز متأثر ساخته و از این رهگذر، تنظیم هیجانی آنان نیز بهبود می‌یابد (۱۹).

نتیجه گیری

تحلیل نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، تأثیر معناداری بر تنظیم هیجان‌ات مثبت و منفی مادران کودکان با آسیب شنوایی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری داشته است. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از آن است که روایت‌درمانی نیز به طور مستقل، تأثیر مثبت و معناداری بر تنظیم هیجان‌ات مثبت و منفی این گروه از مادران داشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- [1] Akin, ahmet and Akin, Umran. (2015). Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 47 (1):43-49.
- [2] Al-badareen, Gh. (2016). Cognitive Emotion Regulation Strategies as Predictors of Academic Achievement among University Students. *Journal of Educational and Psychological Studies - Sultan Qaboos University*, 10 (4):680-686.
- [3] Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. (2015). Selfcompassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6 (3):444-54
- [4] Alghamdi M, Hunt N, Thomas S. (2015). The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatized firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study, *Behavior Research and Therapy*, Volume 66, 64–71.



- [5] Anyan, F. , and Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: resilience explains and differentiates the relationships. *J. Affect. Disord.* 203, 213–220.
- [6] Arafat SY, Ahmed S, Hamid M. (2016). Auditory hallucination in post lingual deaf person: A case report. *Journal of Behavioral Health*, 5 (4),:194-6.
- [7] Ashouri M, Jalil-Abkenar SS, Hassan-Zadeh S, Pourmoham madreza-Tajrishi M. [Speech intelligibility in children with coch lear implant, with hearing aids and normal hearing (Persian)]. *Ar chives of Rehabilitation*. 2013; 14 (3):8-15.
- [8] Ashworth, F. , Gracey, F. , & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12 (2): 128-39.
- [9] Baker LR, McNulty JK. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality Social Psychology*, 100 (5),:853-873.
- [10] Banker, J. E. Kaestle, C. E. & Allen, K. R. (2010). Dating is hard work: A narrative approach to understanding sexual and romantic relationships in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*, 32 (2), 173-191.
- [11] Bashir, A. , Bashir, U. , Lone, A. , & Ahmad, Z. (2014). Challenges faced by families of autistic children. *International Journal of interdisciplinary research and innovations*, 2 (1),:64-8.
- [12] Baumeister, R. F. , Smart, L. , & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5- 33.
- [13] Beck, A. T. , Steer, R. A. , Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142,:559-563.
- [14] Benard. B. (1991). *Fostering resiliency in kids:Protective factors in the family school and community*. San Francisco:far west laboratory for Educational Research and Development.
- [15] Berking, M. ,Orth, U. , Wupperman, P. , Meier,L. , & Caspar, F. (2008). Prospective Effects of Emotion-Regulation Skills on Emotional Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 55 (4),:485–494.
- [16] BJORØY, A, Madigan, S, & Nylund, D. (2016). *Narrative Therapy. The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 335.
- [17] Bluth, Karen; Roberson, Patricia N. E. ; Gaylord, Susan A. ; Faurot , Keturah R; Grewen, Karen M. Arzon, Samantha; Girdler, Susan S. (2015). Does Self-Compassion Protect Adolescents from Stress? *Journal Child Family Stududent*.
- [18] Braehler, C. , Gumley, A. , Harper, J. , Wallace, S. , Norrie, J. , & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52 (2),:199-214.
- [19] Bubbico, L. , Di Castelbianco, F. B. , Tangucci, M. , & Salvinelli, F. (2007). Early hearing detection and intervention in children with prelingual deafness, effects on language development. *Minerva pediatrica*, 59 (4), 307-313.