

The effectiveness of Self- Compassion Focused Training (CFT) on mothers on sleep quality of theirs preschool children with symptoms of learning disability

Rezaei-Oshyani, I., Yarmohammadian, *A., Farhadi, H.

Abstract

Introduction: The main objective of this research was to examine the effectiveness of self-compassion focused training on sleep quality of their pre-school children with symptoms of learning disability.

Method: We employed a semi-experimental method by a pretest, posttest, and follow-up design with experimental and control groups. The population consisted of all mothers of Pre-school children with symptoms of learning disability and sleep disorders in Mobarakeh Town during academic year of 2016-2017. By using convenience sampling method, 30 mothers of children with symptoms of learning disability and sleep disorders were selected and randomly were divided in to two experimental groups and one control group (n=15). The tools of this study were the contents of symptoms of learning disabilities in Pre-school children (Steele) and the sleep history questionnaire. The experimental group received 8 sessions of intervention. The Participants of both group responded to questionnaires, before training, at the end of training, 1 month after the end of training.

Results: The results of Multivariate Analysis of Covariance showed that the CFT is effective on improving sleep quality reduction of in Pre-school children with symptoms of learning disability. In addition, this training had significant effects on the improvement of components of sleep quality (sleep resistance, sleep duration, sleep disordered breathing, sleep onset delay, sleep anxiety) ($P < 0.001$).

Conclusion: It was concluded that Self- Compassion focused training could be used as a new and effective method for improving sleep quality in pre-school children with symptoms of learning disabilities.

Keywords: Self-compassion focused training, sleep quality, symptoms of learning disability.

اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۳

ایران رضائی اشپانی*، احمد یارمحمدیان**، هادی فرهادی***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری بود.

روش: بدین منظور یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب شهرستان مبارکه در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از مادرانی که دارای کودک با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل فهرست واری‌های نشانه‌های ناتوانی‌های یادگیری کودکان پیش از دبستانی استیل و پرسشنامه کیفیت و عادات خواب کودکان اوونز و همکاران بود. گروه آزمایش یک دوره آموزش مبتنی بر شفقت به خود را در هشت جلسه دریافت کردند. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از شروع آموزش، در پایان آموزش و یک ماه پس از پایان دوره، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر بهبود کیفیت خواب کودکان با نشانه‌های ناتوانی یادگیری تأثیر دارد. همچنین این مداخله بر مؤلفه‌های کیفیت خواب (مقاومت در برابر خواب، مدت زمان خواب، اختلالات تنفسی، تأخیر در شروع خواب و اضطراب خواب)، نیز تأثیر داشت.

نتیجه‌گیری: در مجموع مشخص شد که آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران می‌تواند به عنوان روشی مؤثر در بهبود کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری مورد استفاده قرار گیرد زیرا سلامت روانی والدین و کیفیت رابطه آنها می‌تواند در کیفیت زیستی فرزندان تأثیر بگذارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران، کیفیت خواب، نشانه‌های ناتوانی یادگیری.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

یادگیری یکی از عناصر رشدی است که کودکان از طریق آن توانایی‌های رشدی خود را به ظهور می‌رسانند. با این حال گروهی از کودکان هستند که به دلایل ژنتیکی و محیطی در فرایند یادگیری با چالش رو به رو می‌باشند (۱). کمیته ملی ناتوانی‌های یادگیری^۱، بر اساس یافته‌های پژوهشی از زمان انتشار اولین مقاله در سال ۱۹۸۵ با عنوان (ناتوانی‌های یادگیری و کودک پیش دبستانی)، اصطلاح ناتوانی‌های یادگیری عصب-روان‌شناختی^۲ را بکار برد (۲). ناتوانی‌های یادگیری عصب روان‌شناختی به مشکل در مهارت‌های پیش از دبستان بر می‌گردد. این اختلالات احتمالاً منشأ عصب شناختی داشته و دارای یک روند تحولی است که از پیش از دبستان شروع و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند بنابراین ایجاد محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای این کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳). متخصصین بهداشت روان پزشکی اختلالات یادگیری عصب روان شناختی/تحولی را شامل اختلالات زیست شناختی/ژنتیکی^۳، اختلالات ادراکی - حرکتی^۴، اختلالات در پردازش بینایی^۵، اختلالات در پردازش شنوایی^۶، اختلالات حافظه^۷ و اختلالات توجه^۸ می‌دانند (۴) به عبارت دیگر، اختلالات عصب روان شناختی/تحولی، به ایجاد مشکل در مهارت‌های پیش از دبستان بر می‌گردد و شامل آن گروه از مهارت‌های پیش نیاز است که کودک برای یادگیری موضوعات درسی به آن‌ها نیاز دارد (۲).

این چالش‌های یادگیری تحولی در چرخه زیستی آنان از جمله خواب نیز تأثیر گذار می‌باشد. کیفیت و کمیت خواب پیوند نزدیکی با ظرفیت یادگیری دارد و کمبود خواب پیوسته با یادگیری ارتباط دارد (۵).

خواب یکی از مهمترین فرایندهای چرخه‌ای شبانه روزی است که نقش زیادی در سلامت افراد دارد. خواب با کیفیت برای کارکرد روان شناختی و عصب شناختی نقشی اساسی و حفاظتی دارد و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم است (۶). در پیشینه پژوهشی، مشکلات زمان خواب^۹ و بیدار شدن در طول شب^{۱۰} به منزله شایع‌ترین و آشفته‌ترین مشکل کودکان نوپا و پیش دبستانی مطرح شده است. زیرا مستقیماً بر روی تکامل ذهنی و جسمی آنان تأثیر می‌گذارد.

همچنین به مقدار زیادی با عملکرد ذهنی، یادگیری و توجه نیز مرتبط می‌باشد (۷). علائم و عوارض خواب ناکافی در کودکان با بزرگسالان متفاوت است. و به صورت تغییرات خلقی فعالیت‌ها و بیش از حد کوتاه شدن دامنه توجه و اختلالات عصبی-شناختی نظیر عدم توجه، خود را نشان می‌دهد، اختلالات خواب کودکان نه تنها روی سلامت و بهداشت کودکان تأثیر دارد، بلکه می‌تواند عامل مهمی برای ایجاد استرس، فشار و تنش در خانواده، حتی اختلالات شناختی در نوجوانی باشد (۸). این مشکل به طور کلی شامل رفتارهای نشان دهنده امتناع در برابر خواب مانند مقاومت کلامی، گریه کردن، خارج شدن از رختخواب و رفتارهایی برای جلب توجه است (۹). نتایج برخی مطالعات شیوع شناسی نشان داده‌اند که بیش از ۵۰ درصد کودکان حداقل یکی از مشکلات خواب را تجربه می‌کنند و ۴ درصد آن‌ها مشکلاتی دارند که می‌تواند تشخیص اختلال خواب دریافت کند (۱۰).

خواب نقش مهمی در تکامل کودکان دارد و بر رشد فیزیکی، رفتاری، عواطف و عملکرد شناختی کودکان مؤثر است (۱۱). عادات خواب تا پایان خردسالی شکل گرفته و والدین در شکل‌گیری آن‌ها نقش مهمی برعهده دارند. بنابراین بسیاری از پژوهشگران بر این باورند شیوه‌های فرزندپروری و رفتار والدین نقش مهمی در تداوم و درمان شب بیداری دارد (۱۲). از این رو رایج‌ترین مداخله‌گری‌ها در مورد مشکلات خواب راه حل‌های رفتاری هستند (۱۳). به عبارت دیگر، مبنای نظری این راهبردها مبتنی بر این اندیشه است که نافرمانی کودک در زمان خواب نتیجه رفتار والدین یا مراقبان او است (۱۴). با این حال، نقش کیفیت تعامل با والدین در زمینه خواب کودک امری است که در روی آورد رفتار نگر کمتر به آن پرداخته شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند ارتباط منفی مادر و کودک با

1- committee on learning disabilities national joint.

2- neuropsychological / developmental learning

3- biological / genetic disorders

4- perceptual-motor disorders

5- visual processing disorders

6- auditory processing disorders

7- memory disorders

8- attention disorders

9- bedtime problems

10- night waking

درونی شوند. براساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌های انجام گرفته، گیلبرت^۵ (۲۱) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد. و در نهایت، نظریه (درمان مبتنی بر شفقت) را مطرح کرد (۲۲). درمان مبتنی بر شفقت، در مقایسه با درمان شناختی رفتار موجود اهمیت بیشتری به هیجانات مثبت در روند درمان می‌دهد. علاوه بر این بر بهبود نوع رابطه فرد با مشکلات روان شناختی نیز تمرکز دارد (۲۳). از آنجایی که کودکان درک درستی از شفقت به خاطر انتزاعی بودن این مقوله ندارند و مادر اولین کسی است، که با کودک ارتباط برقرار می‌کند و مهم‌ترین نقش را در رشد جسمی و روانی کودک و پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و به عنوان عامل مهمی در سلامتی یا بیماری کودک محسوب می‌شود، این آموزش به مادران ارائه گردید.

در سالهای اخیر توجه به اختلالات کودکان و بر اهمیت شمردن آنها سیر فزاینده‌ای یافته است. و دستاوردهای ارزنده‌ی بسیاری در زمینه‌ی مطالعه کودک و بهبود وضعیت روانی کودک حاصل شده، ولی هنوز کمبودها و نقایص بسیاری در این رابطه وجود دارد. به دلیل شیوع اختلالات خواب و اختلالات عصب روان شناختی در کودکان در برنامه ریزی و مدیریت درمان، باید به این اختلالات در کودکان رسیدگی شود، چرا که این اختلالات ممکن است، بیانگر جلوه مقدماتی دوره بیماری روانی باشد (۱۱). با توجه به مطالب فوق پژوهش در زمینه روش‌های مختلف درمان اختلالات خواب کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است.

همچنین از آنجایی که تحقیقات کمتری در این زمینه صورت گرفته و از طرفی براساس تحقیقات صورت گرفته، نقش درمان‌های نوپای موج سوم در بهبود ناهنجاری‌های روانی و رفتاری بسیار با اهمیت جلوه کرده و کودکانی که دچار اختلال یادگیری عصب روان شناختی / تحوّل هستند، به علت تأخیرات رشدی ناشی از چالش مغزی در کارکردهای زیستیشان از جمله خواب نیز ممکن است دچار

دشواری در خوابیدن _ بیدار شدن کودک در طول شب، مشکل با آغاز خواب و خواب ماندن، کیفیت و کمیت نامتناسب خواب رابطه دارد. اختلال خواب کودک می‌تواند ناشی از آسیب روان والدین باشد و اگر بتوان آسیب روان را با شیوه‌های نو تغییر داد ممکن است در چرخه زیستی کودک از جمله خواب مؤثر باشد و اساسا اگر والدین سلامت روان داشته باشند تا حدودی سلامت کودک نیز تضمین می‌شود (۱۵).

بررسی‌های انجام شده در ارتباط افسردگی مادران و مشکلات خواب در کودکان نشان داده‌اند که فرزندان مادران افسرده مشکلات خواب بیشتری دارند. به عنوان مثال، ورن و همکاران (۱۶) در بررسی خود دریافتند که نشانه‌های افسردگی مادران نوزادان یک ماهه پیش‌بینی کننده مشکل شب بیداری تا ۳۶ ماهگی است. نتایج یک تحقیق پیمایشی با نمونه بزرگی از کودکان تایوانی ۴ تا ۹ ساله نشان داد که فرزندان والدینی که دچار آشفتگی و تنش روانی بودند، بیش‌تر مشکلاتی مانند بی‌خوابی، دیر خوابی، صحبت کردن خواب و کابوس دیدن داشتند (۱۷).

امروزه در پهنه دیدگاه‌هایی که کوشش می‌کنند به فهم بهتر زندگی روانی، تحول عاطفی و چگونگی پدید آبی اختلالات کودکان دست یابند، نظریه‌هایی که محور اصلی را رابطه مادر_کودک می‌دانند جایگاه وسیعی دارد (۱۸). در محیط خانواده که در واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضاء تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات دارد (۱۹). از میان مداخلات آموزشی که متمرکز بر والد به ویژه مادر می‌باشد، آموزش متمرکز بر شفقت است. تاریخ روان شناسی، سرشار از مفاهیمی است که در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری و ارتقای سیستم‌های روان درمانی مطرح شده اند: همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه‌ای جدید با عنوان (شفقت به خود)^۲ در روان شناسی مطرح شد. نف^۳ (۲۰) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل این موارد تعریف می‌کند؛ مهربانی با خود در مقابل قضاوت، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی^۴ در مقابل همسان سازی افراطی؛ اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید

1- Warren

2- self-compassion

3- Neff

4- mindfulness

5- Gilbert

دو جلسه چهار ریزش شدند بنابراین آزمودنیها در طی جلسات آموزشی به ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) تقلیل پیدا کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: ۱- رضایت مادران برای مشارکت در پژوهش که به صورت کتبی فرم رضایت نامه را باید تکمیل می کردند، ۲- داشتن کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب، ۳- نداشتن مشکلات روانی و جسمانی دیگر که منجر به مشکل در جریان مداخله باشد، ۴- داشتن اختلال افسردگی در مادران و عدم ابتلا به دیگر اختلالات هیجانی که با نظر روان پزشک تشخیص داده شد. ۵- عدم مصرف داروهای روان پزشکی در مادران. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ۱- عدم همزمانی دو اختلال یادگیری و خواب در کودکان، ۲- داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه و ۳- عدم پاسخ کامل به سوالات پرسشنامه‌های پژوهش بود.

ابزار

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- فهرست وارسی نشانه‌های ناتوانی‌های یادگیری کودکان پیش از دبستان: به منظور غربالگری و انتخاب نمونه‌های مورد تحقیق از این فهرست استفاده شد. استیل با مرور پژوهش‌ها و مقالات در زمینه تشخیص و مداخله زود هنگام کودکان در معرض خطر ناتوانی یادگیری، یک فهرست وارسی ۲۲ گویه ای برای تشخیص کودکان پیش از دبستان با ناتوانی‌های یادگیری عصب روانشناختی/تحوالی پیش از دبستان ساخته است. نمره‌گذاری این فهرست به صورت درجه‌بندی است که توسط مربیان تکمیل می‌شود. نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت (همیشه: ۰، گاهی: ۱، وبه ندرت: ۲) می‌باشد. که این نمره‌گذاری به صورت معکوس است، به این معنی که کودکانی که دچار نشانه‌های ناتوانی یادگیری هستند. نمره بالاتری می‌گیرند و کودکانی که کمتر این مشکل را داشته باشند نمره پایین‌تری می‌گیرند. محدوده نمره در این فهرست بین ۰-۴۴ است. ضریب روایی این ابزار با آزمون نپسی ۰/۷۹ وضریب پایایی آن ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۵).

آسیب شوند، بنابراین عده‌ای بر این باورند که از طریق مدل‌های پزشکی عصب روان شناختی مشکلات خواب و رفتاری این کودکان را مورد پیگیری قرار دهند (۳)، اما با توجه به تعامل مادر و کودک و اینکه بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از نحوه برخورد والدین به ویژه مادر با کودک است و نیز بر این اساس که اگر والدین از سلامت روان برخوردار باشند سلامت روان کودک نیز تضمین می‌شود، لذا تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده، این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب شهرستان مبارکه که کودکانشان در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در مهد کودک ثبت نام نموده‌اند بود. نمونه شامل ۳۶ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مادرانی که دارای کودک با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب بودند، انتخاب شد. به این صورت که برای انتخاب این کودکان ابتدا از طریق اولیاء و روانشناس مهد کودک‌ها، کودکانی که در معرض این اختلال بودند معرفی شدند، و سپس برای اطمینان از اختلال در آنها فهرست وارسی نشانه‌های ناتوانی‌های یادگیری کودکان پیش از دبستان استیل^۱ (۲۴) برای ۷۵ نفر این کودکان که در معرض این اختلال بودند توسط مربیان تکمیل گردید که بر این اساس، ۳۶ نفر از کودکانی که بالاترین نمره نشانه‌های ناتوانی یادگیری را داشتند و همزمان طبق نظر متخصص روانپزشک و خانواده دارای اختلال خواب نیز بودند، از میان آنان انتخاب و از مادران آنها برای مشارکت در طرح پژوهش و اجرای مداخله آموزشی دعوت به عمل آمد. مادران کودکان انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. و چون مادران دو گروه به دلیل غیبت بیش از

آگاهانه تکمیل و امضاء کردند، پیش‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به وسیله مقیاس عادات خواب کودکان اجرا شد، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته دو روز در یکی از مهد کودکهای شهرستان مبارکه تحت آموزش مبتنی بر شفقت قرار گرفت. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. و دوباره پرسشنامه‌های پژوهش در پایان جلسات در مرحله‌ی پس‌آزمون به هر دو گروه داده شد. سپس یک ماه بعد نیز از هر دو گروه آزمون پیگیری گرفته شد. برای بررسی داده‌های جمع‌آوری شده، داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. داده‌های پژوهش پس از تحلیل آمارتوصیفی با استفاده از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و نمودارها و در سطح آمار استنباطی از طریق تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفت. باتوجه به مشکلات افسردگی مادران که می‌توانست بر مشکلات خواب کودک آنان تأثیر بگذارد، بسته‌ی آموزشی مبتنی بر شفقت براساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت و آیرونز (۲۸) و نظریه گیلبرت (۲۹) برای این گروه خاص انطباق‌یابی شد. همچنین این بسته آموزشی توسط پنج متخصص روان‌شناس بالینی اعتبار‌یابی و متناسب شد. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر شفقت در جدول ۱ آمده است.

۲- پرسشنامه عادات خواب کودک^۱: این پرسشنامه توسط اوونزوهمکاران^۲ (۲۶). در ۴۵ سؤال برای سنجش کیفیت و عادات خواب کودکان ساخته شده است که توسط والدین تکمیل می‌شود. این پرسشنامه برای کودکان ۴ تا ۱۲ ساله توسط اوونز و همکاران طراحی شده است. اوونز و همکاران ماده‌ها را به شکل مفهومی در هشت زیرمقیاس گروه‌بندی کردند: (۱) مقاومت در برابر خواب^۳، (۲) تأخیر در شروع خواب^۴، (۳) مدت زمان خواب^۵، (۴) اضطراب خواب^۶، (۵) بیداری‌های شبانه، (۶) پاراسومنی^۷ (شبه خواب)، (۷) اختلالات تنفسی خواب^۸، (۸) خواب آلودگی روزانه^۹. پرسشنامه در قالب طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، این پرسشنامه شامل ۴۵ سؤال می‌باشد که برخی از سوالات آن تنها ارزش تشخیصی و درمانی دارد و نه پژوهشی بنابراین در نمره‌گذاری آن تنها ۳۳ مورد از سوالات منظور می‌گردد. هر ماده ارزشی بین ۱-۳ (از ندرت تا معمولاً) دارد؛ به استثنای ماده‌های (۲۶، ۱۱، ۱۰، ۳، ۲، ۱) که به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده امتیاز بین ۳۳-۹۹ است. نمره کل مشکلات خواب مجموع نمره‌های تمام زیرمقیاس‌هاست و نمره هر زیرمقیاس عبارت از مجموع نمره ماده‌های مربوط به آن مؤلفه است. نمره‌های بالاتر در پرسشنامه عادات خواب به معنای مشکلات خواب بیشتر است. برآورد همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای زیرمقیاس‌ها برابر با ۰/۷۰ در یک نمونه (غیربالینی) از کودکان سنین ۴ تا ۱۰ سال بود. برآورد پایایی به روش باز آزمایی با فاصله دو هفته‌ای در محدوده ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ قرار داشت. در ایران، اعتبار ابزار در پژوهش شوقی، خنجری، فرمانی و حسینی (۲۷) به روش اعتبارمحتوا ارزیابی شد و پایایی آن به روش باز آزمایی با فاصله دو هفته در مورد ۱۰ کودک ۶-۱۱ ساله، ۰/۹۷ تعیین شد.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش باهمکاری سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش شهرستان مبارکه و موافقت کتبی جهت انتخاب نمونه‌ها از مهد کودکهای این شهرستان نمونه مورد تحقیق به صورت نمونه‌گیری در دسترس از ۳ مهد کودک انتخاب گردید. و پس از قرار دادن تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل، ابتدا شرکت‌کنندگان با کمک مدیریت مهد کودک‌ها با روش کار آشنا شدند و بعد از این که فرم رضایت‌نامه را

1- Child Sleep Habit Questionnaire

2- Owens

3- sleep resistance

4- sleep onset delay

5- sleep duration

6- sleep anxiety

7- parasomnia

8- sleep disordered breathing

9- daytime sleepiness

جدول (۱) خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت

جلسه	موضوع	محتوا
جلسه اول	معارفه، پیش آزمون، معرفی برنامه آموزشی	معارفه اعضا با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مرور بر قوانین گروه، توضیح در مورد ساختار و اهداف جلسه، اجرای پیش آزمون و توضیح در مورد ماهیت شفقت و اصول آن، ارائه تکلیف: تهیه لیستی از رنج‌های خود.
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، اجرای انواع تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین وارسی و لمس بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش)، ارائه تکلیف: شامل چهل دقیقه تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و شفقت	باز خورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خود مهربان هستم، من افکار و احساسات استرس‌زا را از ذهن خود بیرون می‌کنم) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، تمرین تصویر سازی از مکان امن، ارائه تکلیف: تمرین‌های ارائه شده در جلسه را در منزل و زندگی روزمره خود انجام دهند.
جلسه چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود	مرور تکلیف جلسه قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تقویت رفتارهای شفقت با خود، تمرین مهربانی کردن با خود با استفاده از عبارات (من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم تو رنج بکشی، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران) پرورش ذهن مهربانانه، اجرای تمرین دو صندلی، ارائه تکلیف: تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران.
جلسه پنجم	عمیق زندگی کردن	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پر بار و ارزشمند، نامه نوشتن درباره انتقاد مهربانانه از زندگی خود، تمرین استعاره یک روز عالی، ارائه تکلیف: مربوط به روشن شدن موارد مهم برای اعضا گروه.
جلسه ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، آموزش رابطه بین اجزای فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تأثیر این اجزای بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرامش بخشی فیزیکی و آرام بخشی روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه، ارائه تکلیف: آرام سازی جسمانی و آرام سازی روانی با تمرین‌های ذهن آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی.
جلسه هفتم	تغییر روابط	بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های درد آور قطع شده با خود و دیگران و زمینه سازی برای اتصال این رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آشتی با خود، باز گویی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: شناسایی قهر خود با خود و قهر با موقعیت‌ها و قهر با دیگران و تمرین آشتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه.
جلسه هشتم	قبول و پذیرش زندگی	بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسات قبل، در این جلسه سعی می‌شود تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار دهد که از طریق تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود بتوانند تعصبات منفی را کاهش دهند و بیشتر از زندگی لذت ببرند، اجرای پس آزمون، جمع‌بندی نهایی، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی.

یافته‌ها

به منظور بررسی پیش فرض‌ها از آزمون باکس، لوین و کلموگراف^۵ اسمیرنوف استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و

انحراف استاندارد مشکلات زمان خواب و حوزه های فرعی آن در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه کنترل		گروه آزمایش			متغیر گروه‌ها	
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	
۵۴/۰۸	۵۴/۰۷	۵۴/۱۳	۵۰/۷۳	۴۷/۸	۵۷/۳۳	میانگین
۶/۵۳	۶/۴۷	۷/۱۷	۶/۷۳	۵/۸۸	۸/۷۴	انحراف استاندارد
۱۰/۵۳	۱۰	۱۰/۷۳	۱۰/۴	۹/۴	۱۱/۵۳	میانگین
۲/۸۲	۲/۹	۳/۱۵	۲/۵۳	۱/۹۹	۲/۶۹	انحراف استاندارد
۱/۶۷	۱/۴۷	۱/۶	۱/۸	۱/۷۳	۱/۸۷	میانگین
۰/۴۹	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۶۸	۰/۷۰۳	۰/۸۳	انحراف استاندارد
۴/۹۳	۵/۱۳	۴/۸۷	۵/۳۳	۵/۰۷	۵/۵۳	میانگین
۱/۲۸	۱/۵۵	۱/۳۵	۱/۴۵	۱/۳۳	۱/۵۴	انحراف استاندارد
۶/۸۷	۶/۸۷	۷/۱۳	۶/۲۷	۵/۶۷	۷/۴۷	میانگین
۱/۹۹	۱/۹۲	۱/۸۴	۱/۵۸	۱/۵۸	۲/۵۵	انحراف استاندارد
۴/۳۳	۴/۳۳	۴/۲	۳/۷۳	۳/۲۷	۳/۹۳	میانگین
۱/۱۷	۱/۰۴	۱/۲۱	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۷۰۳	انحراف استاندارد
۹/۲۷	۹/۲	۹/۱۳	۷/۹۳	۷/۸۷	۹/۱۳	میانگین
۱/۳۸	۱/۳۷	۱/۵۹	۱/۱۶	۱/۱۸	۱/۵۵	انحراف استاندارد
۳/۶	۳/۶	۳/۶	۳/۳۳	۳/۲	۴	میانگین
۰/۹۱	۱/۰۵	۰/۹۸	۰/۷۲	۰/۵۶	۱/۵۱	انحراف استاندارد
۱۲/۶۷	۱۲/۸۷	۱۲/۷۳	۱۲/۵۳	۱۲	۱۳/۸۷	میانگین
۲/۹۲	۲/۹۴	۲/۹۳	۲/۶۹	۲/۶۹	۲/۹۷	انحراف استاندارد

برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معنی داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۲ کیفیت خواب و ابعاد آن شامل مقاومت در برابر خواب، تأخیر در شروع خواب، مدت زمان خواب، اضطراب خواب، بیداری‌های شبانه، پاراسومنیا، اختلالات تنفسی خواب، خواب آلودگی روزانه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش بیشتری نسبت به مرحله پیش آزمون نشان داده‌اند. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. بر این اساس و با توجه به این که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بود، باید پیش فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض‌ها در ادامه ارائه شده است.

هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه

جدول ۳) نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های میانگین نمرات کیفیت خواب و ابعاد آن در گروه‌های پژوهش

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها
معنی داری	F	معنی داری	F	معنی داری	F	
۰/۴۰۲	۰/۷۲۴	۰/۹۴۲	۰/۰۰۵	۰/۳۱۷	۱/۰۳۹	کیفیت خواب
۰/۴۱۹	۰/۶۷۲	۰/۴۳۸	۰/۶۱۹	۰/۵۷۹	۰/۳۱۴	مقاومت در برابر خواب
۰/۵۹۵	۰/۲۹	۰/۰۵۵	۳/۲۴۱	۰/۰۶۹	۳/۵۸۴	تأخیر در شروع خواب
۰/۰۲۴	۵/۹۶۵	۰/۱۶۹	۱/۹۹۲	۰/۸۰۶	۰/۰۶۲	مدت زمان خواب
۰/۹۶۹	۰/۰۰۲	۰/۸۶۱	۰/۰۳۱	۰/۰۹۲	۳/۰۴۵	اضطراب خواب
۰/۱۵۹	۲/۰۹۱	۰/۵۲۶	۰/۴۱۲	۰/۴۲۵	۰/۶۵۵	بیداری‌های شبانه
۰/۶۹۴	۰/۱۵۸	۰/۷۳۹	۰/۱۱۳	۰/۹۵۸	۰/۰۰۳	پاراسومینا
۰/۹۲۳	۰/۰۱	۰/۸۸۷	۰/۰۲۱	۰/۰۵۳	۳/۴	اختلالات تنفسی خواب
۰/۷۴۹	۰/۱۰۴	۰/۴۵۲	۰/۵۸۲	۰/۷۸۷	۰/۰۷۴	خواب‌آلودگی روزانه

نتایج آزمون باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نمرات کیفیت خواب ($M\ box=۰/۶۵۱$)، پس‌آزمون ($sig=۰/۸۹۶$, $F=۰/۲$) در نمرات ابعاد کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون ($M\ box=۴۷/۲۷۲$, $F=۰/۹۰۲$, $sig=۰/۶۳۷$) و در مرحله پیگیری ($M\ box=۵۲/۴۷$, $F=۱/۰۰۱$)، به دست آمد که بیانگر تأیید پیش فرض برابری کواریانسها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در کیفیت خواب و ابعاد آن است. با توجه به تأیید شدن نرمال بودن بیشتر داده‌ها و هم‌چنین تأیید بیشتر پیش فرض‌های آماری می‌توان از روش پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده نمود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره یا مانکوا جهت بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش‌دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ و اثر درمان مذکور در بهبود ابعاد کیفیت خواب در این کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات گروه‌ها در تمام متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رد نمی‌شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ($P > ۰/۰۵$). با توجه به رعایت این پیش فرض، نرمال بودن نمره‌ها و پیش فرض تساوی واریانس‌ها، تحلیل مورد نظر برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت. هم‌چنین در رابطه با کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات گروه‌ها به جز در مدت زمان خواب در مرحله پیگیری در تمام متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رد نمی‌شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ($P > ۰/۰۵$). جهت بررسی برابری پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون باکس استفاده شد.

جدول ۴) نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش

دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون کیفیت خواب	اثر پیلایی	۰/۷۶۱	۴۱/۲۹۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۹	۴۱/۲۹۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۳/۱۷۷	۴۱/۲۹۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۳/۱۷۷	۴۱/۲۹۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۱/۰۰۰
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۰۲	۱۹/۶۶۳	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۹۸	۱۹/۶۶۳	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۱/۵۱۳	۱۹/۶۶۳	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۵۱۳	۱۹/۶۶۳	۲	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰۰

بهبود کیفیت خواب در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش شده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس آزمون و پیگیری و یا بررسی تفاوت دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری در کیفیت خواب و ابعاد آن در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، رابطه بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون نمرات کیفیت خواب معنی دار شده است ($P < 0.05$) با کنترل این رابطه، میانگین نمرات کیفیت خواب در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = 0.001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۶۰٪ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود کیفیت خواب در مرحله پس آزمون و پیگیری پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت به خود مادران، باعث

جدول ۵) نتایج تحلیل تک متغیری تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب و ابعاد آن در کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری دارای اختلالات یادگیری در مرحله پس آزمون و پیگیری

توان آماری	حجم اثر	معنی داری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منبع	
۱/۰۰۰	۰/۰۶	۰/۰۰۱	۴۰/۵۳۴	۴۹۸/۱۶۴	۱	۴۹۸/۱۶۴	پس آزمون	کیفیت خواب
۰/۹۸۸	۰/۴۱۵	۰/۰۰۱	۱۹/۱۶۴	۲۲۶/۹۰۳	۱	۲۲۶/۹۰۳	پیگیری	
۰/۵۸۹	۰/۲۰۹	۰/۰۳۳	۵/۲۷	۱۱/۷۳۱	۱	۱۱/۷۳۱	پس آزمون	مقاومت در برابر خواب
۰/۱۴۵	۰/۰۴۲	۰/۳۵۹	۰/۸۸	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	پیگیری	
۰/۱۹۱	۰/۰۶	۰/۲۷	۱/۲۸۷	۱/۸۴۴	۱	۱/۸۴۴	پس آزمون	تأخیر در شروع خواب
۰/۷۳۴	۰/۲۷	۰/۰۱۳	۷/۳۷۹	۱۶/۴۹	۱	۱۶/۴۹	پیگیری	
۰/۹۷۷	۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	۱۷/۲۹۶	۵	۱	۵	پس آزمون	مدت زمان خواب
۰/۹۴	۰/۴۰۶	۰/۰۰۱	۱۳/۶۶۱	۱۰/۳۷	۱	۱۰/۳۷	پیگیری	
۰/۲۴۴	۰/۰۸۱	۰/۱۹۹	۱/۷۶۳	۱/۲۱۶	۱	۱/۲۱۶	پس آزمون	اضطراب خواب
۰/۸۱۱	۰/۳۰۹	۰/۰۰۷	۸/۹۳	۲۴/۸۱۳	۱	۲۴/۸۱۳	پیگیری	
۰/۲۱۶	۰/۰۷	۰/۲۳۳	۱/۵۱۴	۳/۰۵۷	۱	۳/۰۵۷	پس آزمون	بیداری‌های شبانه
۰/۰۶۱	۰/۰۰۵	۰/۷۵۳	۰/۱۰۲	۰/۰۲۱	۱	۰/۰۲۱	پیگیری	
۰/۰۶۳	۰/۰۰۶	۰/۷۳۲	۰/۱۲	۰/۰۹۸	۱	۰/۰۹۸	پس آزمون	پاراسومنیا
۰/۴۸۸	۰/۱۷	۰/۰۵۶	۴/۱۰۶	۷/۴۳	۱	۷/۴۳	پیگیری	
۰/۵۱۱	۰/۱۷۹	۰/۰۴۹	۴/۳۵۹	۰/۸۴۸	۱	۰/۸۴۸	پس آزمون	اختلالات تنفسی خواب
۰/۸۵۲	۰/۳۳۳	۰/۰۰۵	۹/۹۷۱	۱۰/۱۰۶	۱	۱۰/۱۰۶	پیگیری	
۰/۴۵۲	۰/۱۵۷	۰/۰۶۸	۳/۷۳۳	۱/۰۸	۱	۱/۰۸	پس آزمون	خواب آلودگی روزانه
۰/۴۱۲	۰/۱۴۳	۰/۰۸۳	۳/۳۳	۹/۶۲۷	۱	۹/۶۲۷	پیگیری	

کنترل معنی دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران، در گروه آزمایش، کیفیت خواب و ابعاد مقاومت در برابر خواب، مدت زمان خواب و اختلالات تنفسی در مرحله پس آزمون و کیفیت خواب و ابعاد تأخیر در شروع خواب، مدت زمان خواب، اضطراب خواب و اختلالات تنفسی خواب در مرحله پیگیری را کاهش داده است. میزان تأثیر این آموزش بر بهبود کیفیت خواب، مقاومت در برابر خواب، مدت زمان خواب و اختلالات تنفسی

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۵ میانگین نمرات کیفیت خواب در مرحله پس آزمون ($P < 0.05$) و پیگیری ($P < 0.05$)، مقاومت در برابر خواب در مرحله پس آزمون ($P < 0.05$)، تأخیر در شروع خواب در مرحله پیگیری ($P < 0.05$)، مدت زمان خواب در مرحله پس آزمون ($P < 0.05$) و پیگیری ($P < 0.05$)، اضطراب خواب در مرحله پیگیری ($P < 0.05$) و اختلالات تنفسی خواب در مرحله پس آزمون ($P < 0.05$) و پیگیری ($P < 0.05$) دو گروه آزمایش و

زندگیشان از کجا نشأت می‌گیرد، از این رو رفع یا کاهش مشکل کودکانی که مبتلا به مشکلاتی در به خواب رفتن و مسائل مربوط به آن هستند علاوه بر درمان‌های مختلف، وضعیت خانواده و خصوصاً کسانی که بیشتر با او در ارتباطند مهم می‌باشد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های غیر مستقیمی است که مؤید وجود رابطه بین درمان شفقت محور و سلامت روان‌شناختی و اثربخش بودن مان شفقت بر مشکلات روان‌شناختی می‌باشد (۲۹). در طی این آموزش و انجام تمرینات شفقت به خود، مادران به دیدگاهی غیر قضاوتی در رابطه با خود دست یافتند و مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر و نسبت به خود مهربان و شکیباتر شدند. به این ترتیب مادران با پذیرش تجربه‌های دردناک خود و دست برداشتن از ارزیابی‌های بیش از حد از تجربه‌ها به صورت منفی و بد و نادرست به سوی موضع مهربانی به خود هدایت شدند و با توجه به حس مشترکات انسانی اجازه دیدن خود و دیگران را پیدا کردند. با درک این موضوع که درد و شکست در همه انسانها وجود دارد، آنها با ذهن آگاهی توانستند با زمان حال و خود و کودکانشان ارتباط برقرار کنند و به انتقادگری‌ها اجازه دهند بدون اینکه به غلط اثبات یا باور شوند از ذهن عبور کنند و به این شیوه مادران از انتقاد اشتباه و غلط خود در رابطه با وضعیت کنونی کودک خود دست بردارند آنها به این نتیجه رسیدند که داشتن این دیدگاه خود انتقادی یکی از موارد ایجاد افسردگی در خود و در نتیجه افزایش اختلالات خواب در کودکانشان است. آنها توانستند کلمات مشفقانه و مهربورانه را بر زبان جاری کنند و داشتن لحنی گرم، محبت آمیز و محترمانه نسبت به خود را تمرین کنند و در خلال این تمرین‌ها ایجاد ارتباط با خود مهربورزی و کودکانشان را به عنوان یکی از اهداف خود قرار دادند. انجام تمرین‌های ذهن آگاهانه برای افزایش شفقت، حس مهربانی و عطوفت به خود را در مادران جاری ساخت و باعث شد آنها احساس محبت و دلبستگی بیشتری نسبت به کودکان خود پیدا کنند.

در تبیین دیگری در رابطه با این یافته می‌توان گفت که، عادات رفتاری خانواده ممکن است بر مکان، زمان و چگونگی خواب کودکان اثر گذارد. در بسیاری از مواقع کودکان از الگوی رفتاری والدین تبعیت می‌کنند. ساده و

در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۶۰/۹، ۲۰/۹، ۴۶/۴، ۱۷/۹ درصد و تأثیر آموزش در بهبود کیفیت خواب و ابعاد تأخیر در شروع خواب، مدت زمان خواب، اضطراب خواب و اختلالات تنفسی در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۴۱/۵، ۲۷، ۴۰/۶، ۳۰/۹ و ۳۳/۳ درصد است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری انجام گرفت. نتایج بررسی نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر بهبود کیفیت خواب کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری تأثیر دارد، زیرا سلامت روانی والدین و کیفیت رابطه آنها با کودکان می‌تواند در کیفیت زیستی آنها تأثیر گذارد. این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم یافته بود.

نتایج بدست آمده در این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو می‌باشد از جمله: با یافته‌های آنگر (۳۰) همسو می‌باشد. محقق یاد شده پژوهشی با عنوان رابطه بین شفقت به خود و کیفیت خواب و استرس بین دانشجویان انجام داد. نتایج نشان داد که بین مهربورزی به خود و کیفیت خواب و استرس رابطه مثبت وجود دارد. شفقت به خود باعث کاهش استرس و افزایش و بهبود کیفیت خواب می‌شود.

میکائیلی منبع، علی زاده، حسین پور و صدیقی (۳۱) در پژوهشی که تحت عنوان بررسی رابطه افسردگی مادران با مشکلات خواب کودکان پیش دبستانی انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که انواع مشکلات خواب کودکان ارتباط معنی داری با سطح افسردگی مادران داشته و با افزایش شدت سطح افسردگی مادران اختلالات خواب فرزندان نیز افزایش می‌یابد. همچنین محمدی، قمرانی و یارمحمدیان (۳۲) با بررسی تأثیر ریتیم‌های شبانه روزی بر مشکلات رفتاری و کیفیت خواب دانش آموزان به این نتیجه دست یافتند که نوع ریتیم‌های شبانه روزی در مشکلات رفتاری و کیفیت خواب افراد تأثیر دارد.

در تبیین نتیجه ی بدست آمده، در مورد تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب کودکان به طور کلی می‌توان گفت که کودکان بدان دلیل معمولاً در زمینه خواب خود دچار مشکل می‌شوند که نمی‌دانند منبع اضطراب روزانه

برخوردار باشد هم خود و هم کودکش از کیفیت خواب بهتر و بالاتری برخوردار می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این اشاره کرد که، نتایج پژوهش حاضر را تنها به جامعه آماری پژوهش (مادران کودکان پیش دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری و اختلال خواب می‌توان تعمیم داد و تعمیم نتایج به بقیه موارد باید با احتیاط کامل صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه سنی بالاتر و نمونه‌های بزرگتر از کودکان و دانش آموزان انجام گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود آموزش پذیرش و تعهد با این الگوی آموزشی بر روی کیفیت خواب این کودکان مقایسه شود.

تشکر و قدردانی: در پایان از زحمات اساتید محترم پژوهش، و مساعدت مریبان مهد کودکهای شهرستان مبارکه و تمامی مادران عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند و با صرف وقت و حوصله پژوهشگر را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

- 1- Kirk S, Gallagher JJ, Coleman MR, Anastasiou NJ. Educating exceptional children: Cengage Learning. 2011.
- 2- Lerner JW, Lowenthal B, Egan R. Preschool children with special needs: Children at risk and children with disabilities: Pearson College Division. 2003.
- 3- Gartland D, Strosnider R. Learning disabilities and young children: Identification and intervention. Learning Disability Quarterly. 2007; 30(1): 63.
- 4- Dowker A. Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. Journal of learning disabilities. 2005; 38(4): 324-32.
- 5- Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. Sleep medicine reviews. 2006; 10(5): 323-37.
- 6- Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. Journal of pediatric psychology. 1999; 24(6): 465-81.
- 7- Colagar Sh, AfsharMoghadam F, Azar M. Variety of sleep disorders among nurses. Gorgan University Med Sci. 2001; 3(7): 46-51.
- 8- Kleigman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier. 2007.
- 9- Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J., et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and

همکاران^۱ (۳۳) معتقدند با افزایش بین زمان خواب والدین و تأخیر خواب آنها، عادات نادرست خواب در کودکان نیز افزایش می‌یابد. بنابراین تصحیح الگوهای رفتاری خانواده می‌تواند منجر به بهبود اختلالات خواب کودکان شود. رابطه نزدیک و صمیمی والدین با کودکان برای تخلیه هیجانها و کاهش فشار روانی، روابط مناسب والدین با یکدیگر و کاهش نگرانیها و ترس کودک نقش مهمی در بهبود خواب کودکان دارد.

آنچه در تبیین مؤلفه‌های کیفیت خواب می‌توان بیان کرد این است که، رابطه عاطفی نا ایمن مادر با کودک زمینه را برای بروز اختلالات و مشکلات روانی از جمله اختلالات خواب در کودک فراهم می‌کند. مادران به دلیل نقش مهمی که در خانواده دارند، شکل دهنده اصلی اقلیم و بافت روانشناختی خانواده بوده و سلامت روانشناختی آن‌ها کیفیت تعاملات خانواده و جو آن را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. کودکان نسبت به حالات هیجانی مادر حساس بوده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند. غم و افسردگی مادر می‌تواند موجب ناراحتی آن‌ها شده و خوابشان را مختل کند. چرا که مشکلات خواب با سلامت و بهزیستی روانشناختی مادران ارتباط دارد. هر اندازه سلامت روانی مادر پایین‌تر باشد، کودک دشواری‌های بیش‌تری در زمینه خوابیدن و بیدار شدن داشته و خوابی بی‌آرام و کم‌تر مؤثر خواهد داشت. به طوری کلی شفقت با بهزیستی روانی افراد رابطه دارد (۲۹)، کودکان با دل‌بستگی نا ایمن مادران افسرده مقاومت بیش‌تری در مقابل خوابیدن نشان می‌دهند، برای خوابیدن در رختخواب قشقرق به پا می‌کنند و ترجیح می‌دهند کنار والدین بخوابند، بیشتر دچار اختلالات تنفسی در خواب، اضطراب شبانه، تأخیر در به خواب رفتن، کابوس دیدن و صحبت کردن در خواب می‌شوند. طبق نظریه گیلبرت (۲۹) شفقت به خود باعث کاهش سطح هورمون استرس کورتیزول و باعث افزایش هورمون اکسی توسین هورمون عشق و امنیت می‌شود. وقتی مادر به خود شفقت کند سطح این هورمون کاهش پیدا کرده و باعث کاهش استرس در مادر و افزایش ترشح هورمون اکسی توسین می‌گردد و هیجان منفی همچون اضطراب را در مادر کاهش داده در نتیجه باعث ارتقاء سلامت روانی مادر می‌گردد (۳۴)، و در نتیجه وقتی مادر از سلامت روان بالایی

- therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006; 13(6): 353-79.
- 23- Nourbala F, Bardjali A, Nourbala A. Interactive effect of self-compassion and rumination of depressed patients in compassion-based therapy. *Two scientific Journals of the Shahed University*. 2015; 104: 79-85.
- 24- Steele M. Making the case for early identification and intervention for young children at risk for learning disabilities. *Early Childhood Education Journal*. 2004; 32(2): 75-9.
- 25- Abedi A, Malikpour M. The Effectiveness of early Childhood Educational Psychological Interventions on Improving Executive Functions and the Attention of Children with NeuroPsychological Learning Disabilities. *Exceptional Children*. 2008; 27(8): 1-18.
- 26- Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*. 2000; 23(8): 1043-52.
- 27- Shoghy M, Khangary M, Farmany M. Parasomnias in School-age Children. *Iranian Quarterly Nursing*. 2006; 18(41-42): 153-9.
- 28- Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*. 2004; 12(4): 507-16.
- 29- Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009; 15(3): 199-208.
- 30- Unger M. The Relationship Between Self-Compassion, Sleep Quality, and Perceived Stress Among Undergraduate and Graduate Students. 2016.
- 31- MichaeliManee F, Alizadeh S, Hassanpour E, Sadighie Z. Relationship between Mothers Depression and Sleep Problems in 3-6 Year Old Preschool Children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(129): 102-17.
- 32- Mohammadi N, Ghamarani A, Yarmohammadian A. The Effect of circadian rhythms (morningness-eveningness) on quality of Sleep and behavioral Problems in Primary School Students. *Journal Pediatric Nursing*. 2016; 3(7): 2424-3323.
- 33- Sadedh A, Ravavi A, Grube R. Sleep Pattern and sleep disturbances in school-age children. *Journal of Developmental Psychology*. 2000; 16(3): 291-301.
- 34- Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*. 2007; 41(1): 139-54.
- night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006; 29(10): 1277-81.
- 10- Meltzer LJ, Johnson C, Crossette J, Ramos M, Mindell JA. Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*. 2010; 125(6): 1410-18.
- 11- Tikotzky L, De Marcas G, Har-Toov J, Dollberg S, Bar-Haim Y, Sadeh A. Sleep and physical growth in infants during the first 6 months. *Journal of sleep research*. 2010; 19: 103-10.
- 12- Morrell J, Steele H. The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant mental health journal*. 2003; 24(5): 447-68.
- 13- Turner KS, Johnson CR. Behavioral interventions to address sleep disturbances in children with autism spectrum disorders: a review. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2013; 33(3): 144-52.
- 14- Ortiz C, McCormick L. Behavioral parent-training approaches for the treatment of bedtime noncompliance in young children. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*. 2007; 4511-525.
- 15- Minor A. Parent-Child Conflict and Children's Sleep: Attachment Security as a Moderator or Mediator, Auburn University Graduate School, Alabama. 2008.
- 16- Warren SL, Howe G, Simmens SJ, Dahl RE. Maternal depressive symptoms and child sleep: Models of mutual influence over time. *Development and psychopathology*. 2006; 18(1): 1-16.
- 17- Shang CY, Gau SS, Soong WT. Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. *J Sleep Res*. 2006; 15(1): 63-73.
- 18- Turbull J, Hobson S, Jensen Y, Haitham N. Aboom Evaluation of the impact of an exercise-based intervention on sleep and wellbeing in children with neurodevelopmental disorders attending a community-based Sleep Clinic. *Journal of Thoracic Disease*. 2018; 10(1): 118-23.
- 19- Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001; 4(3): 183-207.
- 20- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013; 69(1): 28-44.
- 21- Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010; 3(2): 97-112.
- 22- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group