

ارزشیابی بسته آموزشی متمرکز بر شفقت و ذهن آگاهی و تأثیر آن بر فعال‌سازی خودکارآمدی

مریم ولی‌زاده^۱، فریبرز درتاج^۲، علی دلاور^۳، کبری حاجی‌علیزاده^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۱۵

چکیده

شفقت و ذهن آگاهی به‌عنوان مبنایی برای ارزشیابی روان‌شناختی، جهت ارزیابی و فعال‌سازی متغیر مورد نظر، با توجه به این‌که در پیشینه تحقیقات بر آن شدیم تا تأثیر بسته آموزشی بر فعال‌سازی مؤلفه مورد نظر را به‌عنوان آموزشی مؤثر، با تمرکززدایی از مؤلفه‌های منفی تعیین نماییم. بدین منظور ۲۹۷ نفر از همه زنان تحت حمایت یک خیریه در شهرستان رودبار بر اساس جدول مورگان در سال (۱۳۹۶) را که دارای تشخیص افسردگی بر اساس کسب نمره حداقل ۱۲ در آزمون افسردگی بک، بودند را تعیین کرده، که با روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند انتخاب شده بودند و در یک گروه مداخله ۱۵ (نفره) و یک گروه کنترل ۱۵ (نفره) جایگزین شدند. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه خودکارآمدی شرر (شرر. مادوکس. مرکاندانته. پرنیتس. ۱۹۸۲) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنادار این بسته آموزشی بر افزایش خودکارآمدی در زنان افسرده سرپرست خانوار بود. فرضیه‌های پژوهش در سطح معناداری ($p < 0/001$) تأیید شدند.

واژگان کلیدی: بسته آموزشی، شفقت، ذهن آگاهی، خودکارآمدی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بندر عباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر عباس، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) drtajf@yahoo.com

۳. استاد ممتاز گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بندر عباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر عباس، ایران.

مقدمه

درمان شناختی رفتاری تأکید زیادی روی استدلال و (آزمون باورها) دارد. وقتی احساس خطر می‌کنیم. دامنه توجه محدود به تکامل شگفت‌انگیز گونه انسان باعث شده تا ما در حضور دیگرانی که با ما گرم و مهربانند و از ما مراقبت می‌کنند آرامش، امنیت و شجاعت را تجربه کنیم. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از روز تولد تا مرگ، شفقت و مهربانی دیگران تأثیر عظیمی روی بلوغ مغز، فعالیت بدن، هیجانات و بهزیستی کلی ما دارد. در درمان متمرکز بر شفقت^۱ پردازش‌های هیجانی وجود یک سری مدارهای هیجانی تنظیم‌کننده انگیزش هستند (پنکسپ، ۱۹۹۸) مدل مفید و ساده شده‌ای که از پژوهش‌های اخیر منتج شده است این نکته را آشکار ساخته که مغزهای ما حاوی حداقل سه سیستم عمده تنظیم هیجان است (دپو، ۲۰۰۵). هر کدام از این سیستم‌ها برای انجام کارهای متفاوتی طراحی شده است. این سه سیستم متعامل شامل ۱- سیستم تهدید و حفاظت از خود بوده که کارکرد این سیستم کشف و انتخاب سریع تهدیدها و نیز انتخاب واکنشی نظیر جنگیدن، فرار یا ثابت و بی حرکت ماندن یا دیگر واکنش‌های مقابله‌ای است. همچنین باعث انفجارهای هیجانی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری درمان می‌شود. این سیستم در صورتی که افراد محبوب، دوستان یا هم‌گروهی‌های ما مورد تهدید واقع شوند نیز فعال می‌شود. برون‌داده‌های رفتاری این سیستم شامل جنگ و گریز و تسلیم است (گیلبرت پاول، ۲۰۰۱). این سیستم تا حدودی به خاطر این که رویکرد بسیار محتاطانه‌ای دارد (گیلبرت، ۱۹۹۸) به سرعت شرطی می‌شود. تنظیم ژنتیکی و سیناپسی سروتونین در کارکرد خوب سیستم تهدید - حفاظت نقش دارد (کسپی. مافت، ۲۰۰۶) ۲- سیستم سایق - برانگیختگی، جستجوی منبع و مشوق^۲: کارکرد این سیستم ایجاد احساسات مثبت است تا ما (و آنهایی که دوستشان داریم و مراقبشان هستیم) برای جستجوی منابعی که برای زنده ماندن و کامیابی نیازمندان هستیم راهنمایی و تشویق شویم و انگیزه پیدا کنیم (دپو. مورانو. استروپینسکی، ۲۰۰۵) جستجو، مصرف و رسیدن به چیزهای خوب (نظیر غذا، آمیزش جنسی، راحتی، دوستی، مقام و به رسمیت شناخته شدن) برای ما انگیزه بخش و خوشایند

1. compassion focused therapy
2. The incentive and resource-seeking, driveexcitement system

است. این سیستم در اصل یک سیستم فعالیت و "برو و بگیرش"^۱ است. ماده‌ای در مغز که دوپامین نامیده می‌شود نقش مهمی در سایق‌های ما دارد. افرادی که آمفتامین یا کوکائین مصرف می‌کنند، تلاش می‌کنند تا با پر از دوپامین کردن مغز خود پرانرژی شوند و احساسات مثبت را به شدت تجربه کنند. صد البته افسردگی و بی حالی نقطه‌ی مقابل این حالت است. بطور خلاصه این سیستم را سایق برانگیختگی می‌نامیم تا به ما کمک کند در ذهن داشته باشیم که تمرکز این سیستم روی هیجان‌ات مثبت فعال شده و انگیزش‌ها است. با این حال برخی سایق‌های متمرکز بر دستیابی مانند رشد جویی و تأییدجویی نیز، دفاعی هستند (درایدن، ۲۰۰۹).

موانع و خنثی کردن^۲ سایق‌های اهداف و انگیزه‌های ما معمولاً "سیستم تهدید را فعال می‌کند (هیجان‌هایی نظیر اضطراب، ناکامی و خشم پدیدار می‌شوند) و این فعال‌شدگی تا وقتی که بر مانع غلبه کرده یا از هدف خود دست برداریم ادامه پیدا خواهد کرد (کلینگر، ۱۹۷۷) سیستم تسکین‌دهندگی، رضایت و امنیت^۳ میان هیجان‌های ما به شفقت مربوط است (گیلات. شاور. میکولینسر، ۲۰۰۵) و شفقت با صفت‌های گوناگونی نظیر ملامت و توافق جویی ارتباط دارد. دریافته‌ایم که تکامل دلبستگی از اساسی‌ترین جنبه‌های ذهن پستانداران است (ساومی، ۱۹۹۹). به علاوه تکامل دلبستگی اثری اساسی بر تکامل سیستم‌های تنظیم هیجانی و به ویژه بر سیستم تسکین‌دهندگی که با آندورفین‌ها و تسکین‌دهندگی فعالیت می‌کنند، دارد. این سیستم و این هورمون‌های عصبی نقشی اساسی در تنظیم تهدید و برانگیختگی نسبت به تهدید ایفا می‌کنند (مکدونالد، ۱۹۹۲). این سیستم ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره بدست آوریم. وقتی حیوانات در حالت دفاع از خود در مقابل تهدیدها و مشکلات نیستند و نیاز به دست‌یابی به چیزی خاص یا انجام کاری ندارند، می‌توانند که راضی باشند (دپو. مورانه و استراپینسکی، ۲۰۰۵) رضایت نوعی شادمان بودن از وضعیت کنونی و احساس امنیت است، فرد در این وضعیت در پی چیزی نیست و تکاپویی نمی‌کند،

-
1. Go getting
 2. Thwarting
 3. The soothing contentment and the safeness system

او صاحب نوعی آرامش درونی است که از هیجان‌زدگی، شور و شوق یا تکاپو و جستجوی موفقیت کاملاً متفاوت است.

چنین حالتی با احساس تهدید شدگی کم با خستگی یا نوعی پوچی تداعی می‌شود نیز تفاوت دارد. وقتی افراد تمرین مراقبه می‌کنند این احساسات را گزارش می‌کنند، نخواستن و عدم تلاش و کوشش، احساس آرام‌تر شدن درونی و ارتباط با دیگران. آنچه این سیستم را پیچیده می‌کند اما در عین حال اهمیت زیادی برای کاوش ما در باره شفقت دارد، ارتباط آن با محبت و مهربانی^۱ است. سیستم‌های مغزی تولیدکننده‌ی احساس آرامش و امنیت مشابه همان سیستم‌هایی هستند که با ترشح اندورفین‌ها احساسات آرامش‌بخش مرتبط با رضایت و تحقیق خواسته‌ها^۲ را تولید می‌کنند. هورمون اکسی توسین نیز با احساس امنیت اجتماعی ارتباط دارد (و همراه آندورفین‌ها) به ما احساس بهزیستی می‌دهد. منظور از احساس امنیت اجتماعی احساس محبوب‌بودن، خواستنی‌بودن، و امنیت در حضور دیگران است (کارتر، ۱۹۹۸) (وانگ، ۲۰۰۵) این سیستم کانون تمرکز اصلی در آموزش شفقت است زیرا برای داشتن احساس بهزیستی حیاتی است. (دپو. مورانه و استرایپنسکی، ۲۰۰۵) دو سیستم تنظیم‌کننده عاطفه مثبت را به انواع مختلفی از رفتار اجتماعی ارتباط داده‌اند. آنها بین پذیرش و عاملیت و جامعه‌پذیری تفاوت قایل هستند. عاملیت و جامعه‌پذیری با کنترل و جستجوی موفقیت، سلطه اجتماعی، و اجتناب از طرد و انزوا (متمرکز بر تهدید) ارتباط دارد. تعامل‌های گرم و حاکی از پذیرش با ارتباط اجتماعی و امنیت ارتباط دارد و ناشی از حضور و حمایت دیگران است. روابط اجتماعی همراه با پذیرش، افراد حاضر در روابط را آرام می‌کند و آستانه درد، سیستم‌های ایمنی و گوارشی را به نحو مثبتی تغییر می‌دهد و از طریق سیستم اکسی توسین-مخدر کار می‌کند (دپو. مورانه و استرایپنسکی، ۲۰۰۵). شواهد رو به افزایشی وجود دارد که نشان می‌دهد اکسی توسین با حمایت اجتماعی ارتباط دارد و ضربه‌گیر استرس است، نهایی که اکسی توسین پایین‌تری دارند واکنش‌های شدیدتری به استرس نشان می‌دهند. اکسی توسین بر پردازش تهدید در آمیگدالا نیز اثر می‌گذارد (هنریچ؛ بامگارتتر؛ کرشاوم و اهلرت، ۲۰۰۳).

1. Affection and kindness
2. Fulfilment

به طور کلی آموزش ذهن آگاهی سه مؤلفه را دربر می گیرد: ۱- رشد آگاهی از طریق یک روش شناسی تمرین های نظام دار که در برگیرنده تمرین های رسمی ذهن آگاهی (وارسی بدن، مراقبه نشسته، حرکت ذهن آگاهانه) و تمرین های غیر رسمی ذهن آگاهی (گسترش آگاهی در هر لحظه از زندگی روزمره) است. ۲- چهار چوب نگرشی^۱ خاص، این چهارچوب با مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال مشخص می شود که همراه با آشکارسازی تجارب است. این اعمال به طور اندیشمندانه در ضمن اجرا و تمرین پرورش می یابند و به طور خود انگیزه از عمل فرد نشأت می گیرند ۳- درک درست از آسیب پذیری بشر، که این مسأله ابتدا از طریق آموزش های شنیداری و سپس از طریق جستجوی اعتبار آن ها از طریق مشاهده مستقیم فرآیند تجربه در عمل طی تمرین های ذهن آگاهی رشد می یابد. ما از طریق این فرآیندها می آموزیم گرچه رنج قسمتی از تجربه ماست اما راه هایی وجود دارد که ما می توانیم الگوهای عادت شده^۲ جدیدی را جهت ایجاد، افزایش و تعمق در آن یاد بگیریم (کرین ربکا، ۲۰۰۹) آموزش ذهن آگاهی باید این نگرش را در افراد بوجود آورد که نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشند.

خودکارآمدی و زنان سرپرست خانوار: تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسئولیت بیشتر و استرس بیشتر برای اداره زندگی توسط برخی زنان شده است که سرپرستی خانوار را برعهده دارند. با عنایت به این که در کشور ما تأمین معیشت خانواده برعهده مرد می باشد، زنان در موارد خاصی مانند فوت یا شهادت سرپرست، از کارافتادگی، غیبت موقت یا دائم وی از قبیل حبس یا متواری بودن، وقوع طلاق و حتی اعتیاد و بیکاری مرد، مسئولیت سنگین اداره امور خانواده را برعهده می گیرند و از سوی دیگر جامعه ما به دلیل تغییرات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در معرض حوادثی چون جنگ و بلایای طبیعی بوده و همچنین آمار رو به تزاید طلاق مواجه بوده که طبیعتاً تعداد زیادی افراد بی سرپرست بر جای می گذارد (تقی زاده و نجیبی، ۲۰۰۷) و سرپرستی خانواده بر عهده زنان این خانواده ها گذاشته می شود. انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن، باعث بوجود آمدن رشته ای از ناامنی ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان می شود.

-
1. attitudinal context
 2. Habit patterns

در نتیجه اثر معکوس بر سلامت جسم، روان و رضایت از زندگی زنان گذاشته و مسائل روان شناختی تازه‌ای به بار می‌آورد (هریست و کریس، ۲۰۱۱). خودکارآمدی و مداخلات مربوط به آن: در میان نظریه‌های روان‌شناختی متعدد که طی سال‌ها سعی کرده‌اند تا رفتار انسان و فرآیندهای رشدی را تبیین کنند، بندورا، نقش "خودکارآمدی" را در رفتار آدمی برجسته کرد و منظور او از خودکارآمدی، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است (شولتز و شولتز، ۱۹۸۹) افرادی که دارای احساس خودکارآمدی واضح، خوب تعریف شده، هماهنگ و تقریباً با ثبات هستند از سلامت روان بیشتری برخوردارند. این افراد به دیدگاهی روشن در مورد خود رسیده‌اند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه و ارزیابی‌های این وقایع قرار می‌گیرند (زارع حسین، ۱۳۹۱). توجه به خود ارزیابی درمان‌جو و احساساتی که نسبت به خود دارد برای بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی اهمیت زیادی دارد و این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی در سال دوهزار و شانزده افسردگی را یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی معرفی کرد که تأثیرات نامطلوب زیادی از جمله درماندگی فرد، کاهش عملکرد روزانه و کاهش خودکارآمدی و حتی از دست دادن زندگی، را با خود به همراه خواهد داشت. هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین بسته آموزشی در صورت معنادار بودن مؤلفه‌های ترکیبی شفقت درمانی و ذهن آگاهی در فعال‌سازی خودکارآمدی زنان افسرده سرپرست خانوار بود. در تحلیل فرضیات معنادار بودن میانگین‌های آشکار شده از زنان افسرده سرپرست خانوار نمرات بالایی در زیر مقیاس‌های خودکارآمدی (میل به آغازگری، متفاوت در رویارویی با موانع، و میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف) نشان دادند. که به‌عنوان راهبرد کارآمد در افزایش خودکارآمدی محسوب می‌شود این یافته‌ها را یافته‌های نف، و اسکندر مرات (نف، ۲۰۱۱) (اسکندر مرات (۲۰۰۹) ونف و گرمر (گرمر و نف، ۲۰۱۳) (سوزا لوسیانا کارین، ۲۰۱۶) پشتیبانی می‌کنند. که در پژوهش‌های خود دریافتند که پرورش شفقت بر خود و ذهن آگاهی و اشتراکات انسان (گرمر و نف، ۲۰۱۳) از مؤلفه‌هایی است که به سبب آن خودکارآمدی با پرورش شفقت بر خود افزایش می‌یابد که این مهم در تدوین بسته آموزشی منظور شده است. توانایی داشتن ذهنی مشفق و آگاه منجر به افزایش خودکارآمدی (گرمر و نف، ۲۰۱۶) می‌شود.

نتایج نشان داد که ترکیب درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعال‌سازی میانگین کل مؤلفه خودکارآمدی تأثیر معنادار داشته است. این یافته در تأیید یافته (اکبری حبیب ا...، ۱۳۹۲) است. تحت عنوان تدوین بسته آموزشی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و مقایسه اثر بخشی آن با آموزش پردازشی تجربه‌ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان. نتایج تحقیقات (کرد. بهمن، ۱۳۹۵) رابطه معنادار بین متغیرهای شفقت‌ورزی و ذهن آگاهی را در بهزیستی روانی برای ارتقاء سلامت روان نشان داد. با توجه به این مؤلفه اثر ترکیبی این دو رویکرد را به صورت بسته آموزشی بر فعال‌سازی خودکارآمدی مورد آزمون قرار دادیم و نتایج پژوهش تأثیر معنادار بسته آموزشی را بر متغیرهای وابسته تأیید کرد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی منسجم مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی برای افزایش و تقویت بهزیستی ذهنی و بهداشت روان طراحی شود. این یافته از این جهت حائز اهمیت است که نشان می‌دهد عوامل دیگری غیر از مؤلفه‌های نظم‌دهی هیجانی، در جهت فعال‌سازی مؤلفه خودکارآمدی نقش دارند. تحقیقات نشان داده است که خود شفقت‌گری و ذهن آگاهی، که اخیراً به عنوان یک رویکرد روان‌درمانی در اختلالات اضطرابی مطرح شده و یک نوع نگرش و ارتباط سالم با خود را مطرح کرده است، نقش مؤثری در تنظیم هیجانات مثبت و منفی دارد. در واقع وجود نگرش مشفقانه و آگاهانه در افراد، به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و مک گی و پیت من، ۲۰۱۰) بنابراین افرادی که نسبت به خود، شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). همچنین مؤلفه ذهن آگاهی شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوهای و سواسی پیشگیری کند (نف، ۲۰۰۹) و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود. مطالعات ارتباط منفی ذهن آگاهی را با اضطراب، افسردگی و علایم جسمانی نشان داده‌اند (سرافراز مهدی‌رضا، ۲۰۱۰). در دیدگاه لیری و همکاران (لیری؛ تات؛ آدامز؛ الن و هانکوک، ۲۰۰۷) شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی

دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد مشفق با خود بهتر می‌توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی که بوجود آورده‌اند، بپذیرند.

این در حالی است که ارزش خود بر پایه‌ی ارزیابی‌های مثبت افراد از خودشان قرار دارد، بنابراین افراد با ارزش خود بالا دائماً "به ارزیابی خود در موقعیت‌های متعدد می‌پردازند و این ارزیابی منجر به ایجاد اضطراب و احساس ناراحتی در این موقعیت‌ها خواهد شد و طبیعتاً "میزان هیجان منفی افراد، افزایش خواهد یافت. همان‌طور که بسیاری از نظریه‌پردازان به آن اشاره کرده‌اند، افراد معمولاً برای حفظ احساس مثبت در مورد خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه، ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب خود همراه می‌شود. این تصورات اشتباه، منفعت‌طلبانه، نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند (لیری؛ تات؛ الن و هانکوک، ۲۰۰۷)، بلکه در تحمل مواجه شدن با شواهد غیر قابل انکار نقاط ضعف‌مان نیز ما را یاری نمی‌کند؛ اما در شفقت خود، بدون این تصورات اشتباه و دفاعی شدن، یک درک درست از ویژگی‌های فرد چه خوب و چه بد و خودکارآمدی - وجود دارد؛ این که ما این نقاط ضعف را تشخیص بدهیم، برای ما مفیدتر از انکار آنهاست، چرا که باعث می‌شود آن‌ها را مهربانانه بپذیریم و برای اصلاح آن‌ها در راستای رفتاری مؤثرتر گام برداریم. همچنین خود ارزیابی افراد خود شفقت‌گر مستقیماً "وابسته نتیجه‌ی رفتارشان نیست، بلکه چه روند زندگی خوب به پیش برود چه بدپیش برود، این افراد نسبت به خود پذیرش و نگرشی مهربانانه دارند؛ این در حالی است که بالا بودن ارزش خود نیازمند نبود شکست، اشتباه و طرد در مسیر زندگی است، در حالی که این مسأله نشدنی است و این تجربیات، جزء جدایی‌ناپذیر از زندگی هستند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت منجر به ثبات و تحمل آشفتگی‌های هیجانی می‌شود (نف، ۲۰۱۱). پیشنهاد می‌شود متغیرهای وابسته تحقیق در جامعه بالینی مردان و در سطح جامعه عادی و در نوجوانان و سالمندان در جوامع بالینی و غیر بالینی، بررسی شوند. هم‌چنین بسته آموزشی تدوین شده

روی سایر اختلالات روانشناختی و روانپزشکی مانند، اختلالات شخصیت کلاستر بی خصوصاً "شخصیت‌های مرزی- خود شیفته و همچنین در اختلالات خوردن و چاقی، نیز مورد بررسی قرار گیرد.

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری به همراه گروه گواه هست، که دارای دو گروه آزمایش (گروه آزمایش تحت مداخله درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی بر پایه ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل (گواه) است. که برای هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری اجرا شده است. آزمون پیگیری مطابق با پژوهش‌های قبلی (محمدخانی، ۲۰۱۳) (احمدی طه‌وری و سلطانی محسن، ۲۰۱۱) بعد از دو ماه فاصله زمانی انجام شد. زیرا با توجه به این که متغیرهای وابسته پژوهش به حوزه زندگی اجتماعی و فردی در ارتباط است. بنابراین برای اطمینان از پایداری نتایج آموخته‌ها در دوره آموزشی و دادن فرصت زمان مناسب به شرکت‌کنندگان تا بتوانند آموخته‌ها را (به‌خصوص در حوزه تغییر نگرش) در زندگی واقعی تجربه کنند، این وقفه دو ماهه ضروری بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل (۱۳۰۰) نفر از کلیه زنان سرپرست خانوار، یک مرکز خیریه در شهرستان رودبار در سال ۱۳۹۶ است. که بر اساس جدول مورگان ۲۹۷ نفر بعنوان جامعه نمونه آماری تعیین گردید و در نهایت ۳۰ نفر شرایط ورود به تحقیق را کسب کردند که متأسفانه ۶ نفر مجدداً از ادامه همکاری منصرف شدند به این ترتیب ۳۰ نفر از مادران افسرده سرپرست خانوار شرایط ملاک ورود به تحقیق را پیدا کرده، و بقیه افراد به دلیل نداشتن سواد و مصرف داروهای آرام‌بخش و عدم توانایی انجام تمرینات و عدم تمایل به شرکت در تحقیق از جامعه آماری حذف شدند، و آزمودنی‌های تحقیق با کسب ملاک‌های ورود، به روش تصادفی هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

پرسشنامه خود کارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است و هر ماده دارای پنج گزینه است. بدین ترتیب، ماده‌های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ نمراتی از ۵ الی ۱ می‌گیرند و بقیه مواد نمراتی از ۱ تا ۵ می‌گیرند. بدین ترتیب بالاترین نمره خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است. روایی و پایایی پرسشنامه به

این صورت است که شرر (۱۹۸۲) اعتبار محاسبه‌شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۷۶ ذکر می‌کند. روایی این مقیاس از طریق روایی سازه به‌دست آمده است. در پژوهشی که به‌منظور بررسی اعتبار و روایی این مقیاس، توسط براتی انجام گرفت، مقیاس بر روی ۱۰۰ آزمودنی که دانش آموزان سوم دبیرستان بودند اجرا شد، همبستگی (۰/۶۱) به‌دست آمده از دو مقیاس عزت‌نفس و خودارزیابی با مقیاس خودکارآمدی در جهت تأیید روایی سازه این مقیاس بود و ضریب پایایی برای این مقیاس در تحقیق اعرابیان، خدایپناهی، حیدری و صدق پور (۲۰۰۴) برابر با ۰/۷۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی متغیر پژوهش در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه می‌شود. سپس فرضیه‌ی پژوهش مورد تحلیل و بررسی قرار می‌گیرند. بر اساس نتایج توصیفی به‌دست آمده از، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در دو گروه آزمایش و گروه کنترل ۳۵/۲۸۶ و ۳۳/۹ تقریباً نزدیک به هم است. درحالی‌که در مرحله پس‌آزمون نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش ۶۶/۸۵ و ۳۶/۹ تغییر محسوسی ایجاد شده است

تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش: در این قسمت فرضیه‌های پژوهش بررسی می‌گردد. برای بررسی پژوهش با توجه به ماهیت ابزار مورد استفاده و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار می‌گیرد. علت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس این است که با کنترل (کوریت) اثر پیش‌آزمون، میانگین یک گروه در مرحله پس‌آزمون مقایسه می‌گردد. لازم به ذکر است که قبل از ارائه و بررسی نتایج آزمون‌های مربوط به تحلیل فرضیه‌های پژوهش، ابتدا آزمون پیش‌فرض بررسی نرمال بودن توزیع نمرات و آزمون بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی در مؤلفه‌های مورد بررسی انجام گرفت که به شرح ذیل ارائه می‌گردد.

جدول ۱. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر خود کارآمدی با استفاده از آزمون شاپیرو و یلیک

متغیر	گروه	مقدار	درجه آزادی	شاپیرو و یلیک
کارآمدی بین فردی	ترکیبی	۰/۸۸۰	۱۳	۰/۰۷۰
	کنترل	۰/۹۳۶	۱۱	۰/۴۸۰

جهت بررسی همگن بودن واریانس درون گروهی از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی کوواریانس نمرات درون گروهی آزمودنی‌ها ($n=30$)

متغیر	F	df1	df2	Sig.
کارآمدی بین فردی	۰/۰۸۱	۲	۳۳	۰/۹۲۳

مفروضه همگنی کوواریانس نمرات پیش آزمون دو گروه با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار F لوین در سطح $0/05 =$ معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است.

آزمون پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون و هم خطی چندگانه در مفروضه

جدول ۳. آزمون پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
تعامل گروه و پیش آزمون فردی	۵۴/۵۱۴	۲	۲۷/۲۵۷	۰/۱۹۴	۰/۸۲۴

در جدول شماره ۳ نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون عامل‌های مورد بررسی در نمونه‌های آماری آورده شده است. چون مقدار F محاسبه شده در تعامل گروه و پیش آزمون در سطح $0/05$ معنادار نیست ($P \geq 0/05$)، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی

شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته می‌شود و می‌توان تحلیل کوواریانس را اجرا نمود.

فرضیه اول: القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی را به صورت ترکیبی در و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی تأثیر دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) در دو گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر بیلابی	۰/۸۳۴	۲۵/۱۳۵	۴	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
لامبدا ویکز	۰/۱۶۶	۲۵/۱۳۵	۴	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
اثر هتلینگ	۵/۰۲۷	۲۵/۱۳۵	۴	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
بزرگترین ریشه خطا	۵/۰۲۷	۲۵/۱۳۵	۴	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانوا) را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. و میزان این تفاوت ۸۳/۴ درصد است. یعنی ۸۳/۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیر وابسته است.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مورد بررسی تأثیر القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی (MBCT) را به صورت ترکیبی در خودکارآمدی زنان سرپرست

خانوار دچار افسردگی

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر همپراش	۵۱۶۳۱/۶۳۷	۱	۵۱۶۳۱/۶۳۷	۳۱۴/۹۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
اثر گروه	۱۹۳۷/۲۳۷	۱	۱۹۳۷/۲۳۷	۱۱/۸۱۸	۰/۰۰۲	۰/۳۳۹
خطا	۳۷۷۰/۱۲۳	۲۳	۱۶۳/۹۱۸			

با توجه به داده‌های جدول ۵ چون مقدار F در سطح $\alpha=0/05$ معنادار است ($F_{(1, 23)} = 11/818$ و $P = 0/001$ و $\eta^2 = 0/339$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که القای شفقت خود و حرمت خود و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی را به صورت ترکیبی در کارآمدی بین فردی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی تأثیر دارد و مقدار انا نشان می‌دهد که تأثیر القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی را به صورت ترکیبی در خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی ۳۳/۹ درصد است. با توجه به این که میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش را نشان می‌دهد، بنابراین فرض تحقیق با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌گردد. پس می‌توان چنین عنوان نمود که القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی را به صورت ترکیبی خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی را افزایش می‌دهد.

فرضیه دوم: تأثیر القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی بعد از گذشت ۲ ماه پایدار مانده است.

برای بررسی این فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل اندازه‌های مکرر استفاده شده است که نتایج به شرح ذیل ارائه می‌گردد.

جدول ۶. آزمون موجلی به منظور بررسی مفروضه کرویت

متغیر	W موجلی	مقدار آزمون	Df	P	اصلاح اپسیلون		
					هوین -	گرین هاوس -	باند
کارآمدی بین فردی	۰/۹۲۰	۲/۹۳۲	۲	۰/۲۳۱	۰/۹۲۶	۰/۹۷۴	۰/۵

مطابق با اطلاعات جدول فوق، چون نتیجه آزمون موجلی معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه کرویت برقرار است و به همین خاطر می‌توانیم از نتیجه آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کنیم.

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در مورد پایداری تأثیر القای شفقت خود و حرمت خود و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی در خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	ا تا	توان آزمون
کارآمدی بین فردی	۲۲۲۶۲۰/۱۸۹	۱	۲۲۲۶۲۰/۱۸۹	۸۱۱/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۱
خطا	۹۸۷۰/۸۱۱	۳۶	۲۷۴/۱۸۹				

چنانچه از جدول فوق منتج می‌شود مقدار مشخصه آماری F ، با مقدار در متغیر خود کارآمدی در سطح معناداری $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است یعنی با احتمال ۹۵٪ درصد می‌توان نتیجه گرفت که تغییر (افزایش در متغیر خودکارآمدی) در مراحل مختلف آزمون معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه آزمایش نیز نشان می‌دهد که میانگین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری دارد. بنابراین تأثیر القای درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی مبتنی ذهن آگاهی خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار دچار افسردگی بعد از گذشت ۲ ماه پایدار مانده است

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مورد مقایسه مراحل آزمون در گروه‌های مورد آزمایش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		اختلاف میانگین ($I \circ J$)	اختلاف میانگین معناداری
		اختلاف میانگین ($I \circ J$)	سطح معناداری	اختلاف میانگین ($I \circ J$)	سطح معناداری		
پیش آزمون		-	-	۱۵/۶۴*	۰/۰۰۱	۱۲/۶۴*	۰/۰۰۳
پس آزمون	خودکارآمدی	۱۵/۶۴*	۰/۰۰۱	-	-	۰/۰۰۳	۰/۸۳۰
پیگیری		۱۲/۶۴*	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۸۳۰	-	-

*معناداری در سطح $p > ۰/۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی ارزشیابی بسته آموزشی متمرکز بر شفقت و ذهن آگاهی نشان داد که آموزش، بر فعال‌سازی متغیر خودکارآمدی مؤثر واقع شد. این فرض از این واقعیت ناشی شد که نقش بسته آموزشی متمرکز بر شفقت، بر فعال‌سازی خودکارآمدی به‌عنوان سازه‌ای شخصیتی که واجد ملاک‌های رفتاری معین است، در تبیین و پیش‌بینی فرآیندها و سازه‌های مختلف

روان‌شناختی، در پژوهش‌های پیشین به تائید رسیده است (گیلبرت، ۲۰۰۵) احتمالاً فرآیندهای دخیل در آموزش متمرکز بر شفقت و آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی (لینهان، ۱۹۹۳) و تئوری ذهن آگاهی جان کابات زین در اوایل دهه نود و استلزامات رفتاری مرتبط با سازه خود کارآمدی در افسردگی مرتبط است. نه آنکه الزاماً رابطه علی در کار باشد. به بیانی دیگر، دست کم بخشی از الگوهای رفتاری مرتبط با سازه شفقت و ذهن آگاهی هستند که در قالب تکنیک‌های اصلاح رفتار مرتبط با سازه خود کارآمدی قابل سنجش هستند، و در قالب تکنیک‌هایی که در حیطه فعال‌سازی رفتار بدون احساس مقاومت و تهدید مورد بررسی قرار گرفتند و تأثیر آموزش را با افزایش خود کارآمدی نمایان می‌سازند. اثربخشی آموزش حاکی از آن است که فرآیندهای دخیل در آموزش‌ها، اثری فزاینده هستند و می‌توانند مؤلفه‌ی خود کارآمدی افراد در افسردگی را یاری داده و افزایش دهند. با آموختن درباره بسته آموزشی متمرکز بر شفقت و ذهن آگاهی یاد می‌گیریم چطور نفوذ سیستم خطر را تضعیف کنیم و زندگی خودمان را دوباره از طریق شفقت و پذیرش به دست آوریم و درک و پذیرش جنبه‌های مثبت موقعیت سبب سازگاری بیشتر و بهزیستی روانی افراد افسرده می‌گردد (کرد بهمن، ۱۳۹۵). کسب نمره بالا در متغیر خود کارآمدی که به‌عنوان راهبردی سازگارانه از تأثیر بسته آموزشی تدوین شده کسب شده است به معنی تأثیر مثبت آموزه‌های بسته آموزشی است، که سبب شد شرکت‌کنندگان در گروه القای بسته آموزشی، سطوح بالای معناداری را گزارش کنند. این یافته‌ها را پژوهشی (چمپیکا و سویسا، کارولین، ویلکامب، ۲۰۱۳) تحت عنوان، تأثیر ذهن آگاهی، شفقت‌گری، خود کارآمدی و جنسیت بر افسردگی و اضطراب و استرس و شادکامی را با اطمینان ۹۵٪ تائید کرد. همچنین پژوهشی (بازانی، ۱۳۹۵) تحت عنوان کارآمدی برنامه خودیاری، توازن هیجانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم آسیب‌شناسی روانی، نیز سبب بهبود تنظیم هیجان و شفقت به حال خود در دانشجویان شد. همچنین تحقیق مؤمن‌زاده (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود کارآمدی زنان مبتلا به کمردرد مزمن نشان دادند، که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ در افزایش خود کارآمدی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر است با

آموزش بسته آموزشی سبب افزایش مؤلفه‌های خود کارآمدی (میل به آغازگری رفتار، متفاوت در رویارویی با موانع و میل به گسترش تلاش برای کامل کردن) در جامعه زنان می‌شود که به تبع آن اضطراب و افسردگی محقق نخواهد شد. همچنین نتایج حاضر همسو هست با پژوهشی (جعفرقلی زنجانی، ۱۳۹۶) تحت عنوان نقش متغیرهای مربوط به خود (شفقت خود، حرمت خود، خود انتقادی و خود کارآمدی) در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان، نتایج تحلیل همبستگی متغیرها بیان‌کننده همبستگی منفی و معنادار شفقت خود، حرمت خود و خود کارآمدی با نشانه‌های افسردگی و همبستگی مثبت و معنادار خود انتقادی با نشانه‌های افسردگی بود. متغیرهای حرمت خود و خود انتقادی بیشترین سهم را در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی داشتند. نتایج این پژوهش نشان داد که شفقت خود، حرمت خود، خود انتقادی و خود کارآمدی را می‌توان به عنوان متغیرهای پیش‌بین نشانه‌های افسردگی در نظر داشت. نتایج پژوهش حاضر را یافته‌های (نف، ۲۰۱۱) و (گرمر و نف، ۲۰۱۳) و (گراهام لیندا، ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸) و (تیرچ دنیس، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۶)، پشتیبانی می‌کنند. پرورش شفقت بر خود و ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی از مؤلفه‌هایی است که سبب افزایش خود کارآمدی می‌شود (نف، ۲۰۱۳). وجود نگرش مشفقانه و آگاهانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و مک گی و پیتمن، ۲۰۱۰)؛ بنابراین افرادی که نسبت به خود، شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). همچنین مؤلفه ذهن آگاهی شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (نف و مک گی و پیتمن، ۲۰۱۰) و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود. مطالعات ارتباط منفی ذهن آگاهی را با اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی نشان داده‌اند (نف و مک گی و پیتمن، ۲۰۱۰). پژوهش صادقی (۲۰۱۷/۱۳۹۵)، تحت عنوان نقش پیش‌بینی‌کنندگی الگوهای ارتباطی خانوادگی در میزان شفقت خود، ذهن آگاهی و سبک‌های تنظیم هیجان شناختی، نتایج نشان داد جهت‌گیری مبتنی بر گفت‌و شنود پیش‌بینی‌کننده مثبت سبک منفی ذهن آگاهی،

شفقت خود و سبک مثبت تنظیم شناختی هیجان است و جهت‌گیری مبتنی بر هم‌نواپی پیش‌بینی‌کننده منفی ذهن آگاهی، شفقت خود و سبک مثبت تنظیم شناختی و پیش‌بینی‌کننده مثبت سبک منفی تنظیم هیجان شناختی است؛ بنابراین ایجاد ارتباطات باز و گسترده با فرزندان و فضای خانوادگی مساعد می‌تواند سلامت جسمی، روانی، و گسترش ارتباطات اجتماعی مناسب و حتی ادراک غنی از زندگی فرزندان را در پی داشته باشد. افسردگی یک بیماری روانی است که باعث احساس غم و ناراحتی مداوم و از دست دادن علاقه در هر روز، در تمام طول روز، برای دو هفته یا بیشتر داشته باشد (بک، ۱۹۶۱، مندلسون، مارک، ارباف). برطبق انستیتوی ملی روانی آمریکا، افرادی که دچار اختلال افسردگی هستند، علائم و نشانه‌های یکسانی ندارند. بعضی از علائم معمول و متداول افسردگی شامل: مشکل در تمرکز (یادآوری جزئیات و تصمیم‌گیری)، خستگی و کاهش انرژی، احساس شرم و گناه (بی‌ارزشی و یا درماندگی)، بدون امید به آینده و بدبینی، بی‌خوابی (بیدار شدن صبح زود و یا خواب زیاد)، بی‌قراری و ناآرامی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش شامل (رابطه جنسی و...)، پرخوری و یا کاهش اشتها، سردرد (گرفتگی عضلات و یا مشکلات گوارشی)، کاهش میل جنسی، گریه کردن بدون هیچ دلیل خاص. در دیدگاه لیری و همکارانش (لیری؛ تات؛ آدامز؛ آلن و هانکوک، ۲۰۰۷) شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد مشفق با خود بهتر می‌توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی که به وجود آورده‌اند، بپذیرند.

منابع

اکبری، حبیب‌الله. (۱۳۹۲). توسعه یک پروتکل درمانی مبتنی بر آگاهی ذهنی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌های معنوی اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازش تجربی / احساسی با تمرکز بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۴ (۱۴)، ۵۴-۷۴.

احمدی طهور سلطانی، محسن و نجفی، محمود. (۱۳۹۰)، محسن، مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد سیگاری و طبیعی. مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۴)، ۶۷-۵۹.

عربیان، اقدس؛ خداپناهی، محمد کریم؛ حیدری، محمود؛ صالح صدق پور؛ بهرام (۱۳۸۳)، بررسی رابطه اعتقادات خودپنداره به سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. مجله روانشناسی. ۸، ۳۶۰ - ۳۷۱.

بازانی، مهشید. (۱۳۹۵)، اثربخشی توازن احساسی مبتنی بر ذهن از بر علائم آسیب شناسی روانشناختی، بهبود عزت نفس و خودکفایی دانشجویان. دانشجوی کارشناسی ارشد. پایان نامه کارشناسی ارشد.

قلی زنجانی، جعفر (۱۳۹۶)، نقش متغیرهای مستقل (خودکفایی، خودپنداره، خودکارآمدی) در پیش بینی علائم افسردگی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد.

زارع، حسین (۱۳۹۱)، تأثیر آموزش تعلیم و تربیه در ارتقاء خودکفایی عمومی و تداوم زنان تحت هدایت خانوارها.

نجیبی ابوالقاسم، مهدیه (۱۳۸۶). نهادهای قانونگذاری و اجرایی برای امنیت اجتماعی زنان مجرد.

کرد، بهمن (۱۳۹۵) پیش بینی رضایت ذهنی دانشجویان پرستاری بر اساس خودآگاهی و عزت نفس.

محمدخانی، سعید. (۱۳۹۳). نقش اعتقادات متقابل و متاکنونیت ها در وسواسی-اجباری در یک جمعیت کلی. مجله روانشناسی بالینی ایران، ۲، ۲۹-۳۵.

مومن زاده، امین. (۱۳۹۲)، اثر درمان کاهش استرس ذهن آگاهی بر روی خودکارآمدی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن، ۳۷، ۱۵۸-۱۶۴.

صادقی، مجید و خسروی، سداله (۱۳۹۴)، تعیین نقش پیش‌بینی کننده الگوهای ارتباطی خانواده در خودکفایی، ذهن آگاهی و سبکهای تفکر شناختی دانشجویان، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی فیروزآباد، فارس، تهران.

Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives o social attachment and love psychoneuroendocrinology, 23: 779-818.

Champika K. Soysa, Carolin, J.Wilcomb (2013), Depression, Anxiety, Stress, and Well-being, original paper first online: 22 September

- Caspi, A, and Moffitt, T, E, (2006) "Gene#environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience nature review: neuroscience, 7:583#590.
- Crane Rebecca (2009), *khosh lajeh Translation* (2011), *The Effectiveness of Mindfulness Education on the Burnout of Male Students*.
- Dryden, W (2009) *Rational emotive behaviour therapy: distinctive features*, London: routledge.
- Depue. R. A. and Morrone-Strupinsky, J. V. (2005) *A neurobehavioral model of affiliative bonding behavioral and brain sciences*, 28: 313#395.
- Germer Christopher K. 1 and Kristin D. Neff(2013)2 *Self-Compassion in Clinical Practice* 1Harvard Medical School/Cambridge Health Alliance 2University of Texas, Austin.
- Gilbert, P. (1998) *The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions British journal of medical psychology*, 71: 447#464.
- Gilbert, P., (ed),. (2005c) *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge. 6
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P(2009) *The compassionate mind* . London: constable & obinson, and oaklands, CA:New Harbinger.
- Graham , Linda (2016), *powerful tool to reverse toxic shame. Resources for recovering resilience*. Linda graham mft.
- Graham Linda(2017), *how to get better at stress*, [https://lindagraham-mft.net/get-better-stress/Dec 18, 2017](https://lindagraham-mft.net/get-better-stress/Dec-18-2017) - So this December **2017** newsletter has a different format ° passing on to you a ... Common View: **Stress is increasing** my risk for cardiovascular ... email for Maryam valizadeh, mvalizadeh54@yahoo.com
- Gilbert, P (2001b) *Depression and stress : A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms* , stress: The international journal of the biology of stress, 4: 121# 135.
- Gillath, O., Shaver, P., R., and Mikolincer , M., (2005) *An attachmenttheoretical approach to compassion and altruism* . in P., Gilbert (ed), *compassion : coceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp 121# 147). London: routledge.
- Herbst, M. Chris ,(2011) *A Bundle of joy: Dose parenting really make us?** School of Public Affairs Arizona State University 411 N. Central Ave., Ste. 450 Phoenix, AZ 85004-0687 (602) 496-0459
- Hennirichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum,. C. and Ehlert, U.(2003) *Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective response to psychosocial stress* , biological psychiatry, 54: 1389#398.
- Iskender murat,. (2009)*The Relationship Between Self-Compassion, Self-Efficacy, and Control Belief about* - Germer Christopher K. 1 and Kristin D.

- Kabat-Zinn J.(1990), Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and New York: Delacorte Press; 1990.
- Klinger, E. (1977) meaning and void . minneapolis , MN: University of Minnesota press.
- Leary, M. R. Tate, E. B. Adams, C. E. Allen, A. B. and Hancock, J. (2007), Self-compassion and reactions to unpleasant self- relevant events: The implications of treating oneself kindly Journal of personality and social psychology, 92: 887=904
- Linehan M(1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder, New York:Guilford Press;1993.
- Leary, M. R. Tate, E. B. Adams, C. E. Allen, A. B. and Hancock, J. (2007), Self-compassion and reactions to unpleasant self- relevant events: The implications of treating oneself kindly Journal of personality and social psychology, 92: 887=904-MacDonald, K. (1992) Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis archives Child development , 63: 753#773.
- Neff , Kristin L. Kirkpatrick b , Stephanie S. Rude (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning a Educational Psychology Department, University of Texas at Austin, 1 University Station, D5800 Austin, TX 78712, USA b Eastern Kentucky University
- Neff, K. D. (2009).Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults.university of texas, Austin, Texas, USA.
- Neff,. K., D., M cGehaeea,. Pittman (2009)Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents - Neff, Kristin D. and McGehee, Pittman(2010) 'Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults', Self and Identity, 9: 3, 225 ~ 240, First published on: 24 June 2009 (iFirst)
- Nef- Neff, Kristin D. and McGehee, Pittman(2010) 'Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults', Self and Identity, 9: 3, 225 ~ 240, First published on: 24 June 2009 (iFirst)
- f., K., D., (2011), Self-compassion , self esteem, and well-being and Young Adults a University of Texas, Austin, Texas, USA First published on: 24 June 2009.
- Neff,. K., D., (2011), Self-compassion , self esteem, and well-being and Young Adults a University of Texas, Austin, Texas, USA First published on: 24 June 2009.
- Neff,. K., D., (2013), Self-Compassion in Clinical PracticeChristopher K. Germer Kristin D. Neff <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Pankswpp,. J. (1998) Affective neuroscience. New yourk: oxford university press.
- Sarafraz Mehdi Reza (2010) The processes of self-awareness and physical,
- Schultz & Schultz (1989) Translation of Seyyed Mohammadi (2007) Book of Personality Theories Hossein
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice- Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scales: Construction and validation. Psychological Reports, 51,

- Souza Luciana Karine () de Self-Compassion in Relation to Self-Esteem, Self-Efficacy and Demographical Aspects1 Article 2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brazil
Claudio Simon Hutz Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brazil
- Tirch Dennis. (2013), introduction to compassion focused therapy for shame and self-critical difficulties- 39- Gilbert, Tirch-(clinical, beginner, intermediate).
- Tirch Dennis, (2016), A compassion focused therapy approach to shame and experiences in trauma.
- Tirch Denis (2016) Positive Mehrnoush, Feizi Ali, Treatment Based on Acceptance, Commitment and Compassion: Interview with Dr. Denis Tirch and ... Psychological Services and Life Advisers.
- Wang, S, (2005) A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teaching , in P. Gilbert (ed), compassion:conceptualisations, research and use in psychotherapy (pp. 75#120)London: brunner-routledge.

