

تأثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری

اعظم صالح آبادی^۱، علی محمد ناعمی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری سبزواری انجام شد. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به ناتوانی یادگیری سبزواری در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. بدین منظور تعداد ۴۰ مادر دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری برحسب شرایط ورود به پژوهش به‌عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. پس از انجام پیش‌آزمون به کمک پرسشنامه‌های امیدواری و باورهای غیرمنطقی، گروه آزمایشی ده جلسه (هر هفته یک جلسه) ۷۵ دقیقه‌ای برنامه آموزش شفقت به خود را دریافت کرد. درحالی‌که گروه گواه هیچ برنامه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان دوره آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) با کمک نرم‌افزار SPSS ویراست (۲۳) تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش شفقت به خود سبب افزایش امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری سبزواری شده است. بنابراین، آموزش شفقت به خود بک برنامه مداخله‌ای مؤثر برای کمک به مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری است.

واژگان کلیدی: آموزش شفقت، امیدواری، باورهای غیرمنطقی، ناتوانی یادگیری، مادران.

۱- کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی سبزواری، سبزواری، ایران.

gmail.com@behmardfarshad

۲- *استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزواری، سبزواری، ایران. (نویسنده مسئول).

amnaemi@iaus.ac.ir

مقدمه

اختلال یادگیری خاص، به‌عنوان اختلال عصب-تحوالی، از سن مدرسه آغاز می‌شود و ممکن است تا چند سال بعد شناخته نشود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳؛ به نقل از فیض‌آبادی و ناعمی، ۱۳۹۷). این اختلال، حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان مدرسه را در بر گرفته (اسکلون^۲، ۲۰۱۳؛ به نقل از فیض‌آبادی و ناعمی، ۱۳۹۷) که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در حوزه روابط میان فردی، درون فردی، خودپنداره، عملکرد تحصیلی شود (برابکوا، زاروبوا، کوهات، جاست و کرسک^۳، ۲۰۱۵). کودکان مبتلا به این اختلال، معمولاً نیاز به مداخله و حمایت خانواده دارند که از توان بسیاری از خانواده‌ها خارج است. این امر، سبب انزوا، سردرگمی، ناامیدی و شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی در آنان می‌شود. با آموزش شفقت به‌خود می‌توان زمینه افزایش امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی را فراهم ساخت (توساین، باری، انگوس، بورنفرند و مارکمن^۴، ۲۰۱۷). امیدواری به‌عنوان ایجاد راه‌کارهای خاص برای رسیدن به اهداف (تفکر مسیر^۵) و ایجاد و حفظ انگیزه برای استفاده از این راه‌کارها (قدرت اراده^۶) تعریف می‌شود (مارکوس و گالاگر^۷، ۲۰۱۷). امیدواری موجب نگرش مثبت نسبت به زندگی، نگرش مطلوب و رضایت‌بخش نسبت به خود و دیگران، برقراری روابط متعادل اجتماعی، انتخاب و تلاش آگاهانه برای تحقق هدف‌های زندگی، جلوگیری از اتلاف وقت، افزایش موفقیت در زندگی، برخورداری از استانداردهای زندگی خوب، تمایل بیشتر برای کمک به دیگران، عملکرد شغلی بهتر و تصمیم‌گیری مناسب‌تر می‌شود (لاهن، نکا، شانبروت و هاوکلی^۸، ۲۰۱۶).

1. American Psychiatric Association
2. Scanlon
3. Brabcová, Zárubová, Kohout, Jošt & ršk
4. Toussaint, Barry, Angus, Bornfriend, & Markman
5. pathways thinking
6. willpower
7. Marques & Gallagher
8. Luhmann, Necka, Schönbrodt & Hawkley

عامل دیگری که احتمالاً می‌تواند تحت تأثیر شفقت به خود قرار گیرد، باورهای غیرمنطقی است. این باورها غالباً اصطلاحی برای پوشش انواع مختلفی از سازه‌های روان‌شناختی از جمله تعصبات شناختی خاص تا طبقه گسترده‌ای از باورهای مشکوک معرفت‌شناختی یا سبک‌های شناختی و اعتقادات غیرقابل اثبات به کار می‌رود (زلیج و لازارویک^۱، ۲۰۱۹). تفکرات غیرمنطقی با واقعیت ارتباط ندارند و موجب تعارض شده و از برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی جلوگیری می‌کند (نیونهوچسن، وریبک، دی‌بر، بلانک و ون‌دک^۲، ۲۰۱۰). معمولاً، انسان‌ها گرایش زیادی به کژاندیشی دارند. بر این اساس، باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد، به بنیان‌های آشفته‌کننده رفتار تبدیل می‌شوند (آلیس^۳، ۲۰۰۱). این فلسفه، از یک طرف اندیشه‌ای الزام‌آور است که در نوع خود قدرتمند، خشک و جزمی است و از طرف دیگر، به استنباط‌های فاجعه‌آمیز منجر می‌شود (آلیس و دریدن^۴، ۲۰۰۷). باورهای غیرمنطقی شامل: انتظار تأیید از دیگران، پرتوقعی از خود، آمادگی برای سرزنش، واکنش عاجزانه به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از رویارویی مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی است (آلیس و دریدن، ۲۰۰۷). باورهای سالم سبب تحقق هدف‌ها و خلق راه‌حل‌های جدید برای مشکلات می‌گردد؛ ولی باورهای ناسالم تضعیف و درگیر شدن با عواطف ناسالم شده و ممانعت فرد از حرکت را موجب می‌شود (روویرا^۵، ۲۰۱۷).

شفقت به خود به‌عنوان مهربانی به خود، تجربه‌پذیری و تحت تأثیر رنج دیگران قرار گرفتن است (نِف و گرمر^۶، ۲۰۱۷). به‌باور کارشناسان شفقت به خود ریشه در الگوی تحولی نظریه اندیشه اجتماعی دارد (گیلبرت^۷ و پروکتر، ۲۰۰۶) که از سه مؤلفه تشکیل شده است. اول مهربانی به خود، به معنی پرهیز از خودقضاوتی است. یعنی فرد به‌هنگام

1. Žžžjjj & Lzzrrevć

2. Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk

3. Ellis

4. Ellis & Dryden

5. Rovira

6. Neff & Germer

7. Gilbert & Procter

مواجه با درد و رنج ناشی از احساس ضعف و شکست در زندگی با خود مهربان باشد (نف و برتواس^۱، ۲۰۱۲). دوم حس مشترک انسانی است که در سایه آن، فرد تجارب خود (موفقیت یا شکست) را پذیرفته و از انزوا پرهیز می‌کند و آن‌ها را بخشی از تجارب مشترک انسانی می‌داند (نف و گرمر، ۲۰۱۳). سوم ذهن‌آگاهی به معنی آگاهی فرد از هیجان‌هایش است که از بیش همانندسازی با آن‌ها پرهیز می‌کند. به‌طور کلی شفقت به خود با خوش‌بینی، شادکامی، خلاقیت فردی، آزادی تجربه و بهزیستی روان‌شناختی همراه است (تانگ، تانگ و پوسنر^۲، ۲۰۱۶). براین اساس، به‌نظر می‌رسد که شفقت به خود به‌منزله یک سپر محافظ در برابر رنج و احساس بی‌کفایتی عمل کند (تایلاک، راسل و نیل، ۲۰۱۵؛ به نقل از عنابستانی و ناعمی، ۱۳۹۸). آموزش شفقت به خود، از انواع مهارت‌های آموزشی در رابطه با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخله رفتاری استفاده می‌کند (ایرونز و لاد^۳، ۲۰۱۵). اساس آموزش مبتنی بر شفقت به خود بر این است که ذهن باید در مقابل افکار، تصورات و رفتارهای بیرونی رنج‌آور درونی شده، واکنش نشان دهد (ایرونز و لاد، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر روان‌سازهای ناسازگار و عواطف منفی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ریاضی مؤثر است (برقی ایرانی، بگیان کوله‌مرز و بختی، ۱۳۹۵). یافته‌های درویشی و خیاطان (۱۳۹۶) نیز بیانگر این بود که آموزش شفقت به خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم تأثیر دارد. رضایی‌آشپوری، یارمحمدیان و فرهادی (۱۳۹۶) دریافتند که آموزش شفقت به خود به مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری سبب بهبود کیفیت خواب فرزندانشان شده است. یافته‌های نف و فاسو^۴ (۲۰۱۵)، تروبت، پرو و رابرتز^۵ (۲۰۱۹) نشان داد که شفقت به خود با امید و بهزیستی ذهنی والدین کودکان مبتلا به اتیسم ارتباط مثبت و با افسردگی و استرس آنان رابطه منفی دارد. وجود کودک مبتلا به ناتوانی

1. Neff & Beretvas
2. Tang, Tang & Posner
3. Irons & Lad
4. Neff & Faso
5. Torbet, Proeve & Roberts

یادگیری می‌تواند سبب بروز پاسخ‌های احساسی زیادی در اعضای خانواده، به‌ویژه مادر شود (گوهل، موک‌هرجی و چودھاری^۱، ۲۰۱۱) و زمینه نگرانی و استرس بیشتری را ایجاد کند. بنابراین، لازم است وضعیت روان‌شناختی این مادران مورد مطالعه قرار گیرد. از سوی دیگر، تاکنون پژوهشی در رابطه با تأثیر آموزش شفقت به خود بر امید و باورهای غیرمنطقی در مادران مذکور انجام نشده است که اهمیت و ضرورت این پژوهش را بیشتر آشکار می‌سازد. بدین سبب و با توجه به موارد فوق، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود بر امید و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۷۹ مادر دارای کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که به دو مرکز اختلال یادگیری (برهان و صفا) سبزوار مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را ۴۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری داوطلب شرکت در پژوهش تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه انتخابی به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جای گرفتند. به منظور کاهش ناهمگونی آزمودنی‌ها (افزایش روایی داخلی) و حذف متغیرهای مداخله‌گر و به بیشینه رساندن تأثیر متغیر مستقل (آموزش شفقت به خود) معیارهای ورود و خروج برای مادران شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. معیارهای ورود در برگیرنده داوطلب بودن، داشتن ضریب هوشی بهنجار، ۵۰-۲۰ سال سن؛ حداقل تحصیلات پایه سوم راهنمایی؛ داشتن کودک ۶-۱۲ ساله مبتلا به ناتوانی یادگیری و معیارهای خروج شامل نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های

درمانی (همچون مشاوره فردی و دارودرمانی) دریافت یا دارو درمانی، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزش شفقت به خود بود.

ابزار

پرسشنامه امیدواری: این پرسشنامه به وسیله اشنايدر، هریس، اندرسون و هولران^۱ در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و به صورت خودسنجی است. پرسشنامه ۱۲ سؤال دارد و هدف آن ارزیابی میزان امیدواری در افراد است در این مقیاس ۴ عبارت انحرافی بوده و سؤالات ۳، ۷ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده مقیاس تفکر عاملی و سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به خرده مقیاس مسیرها است. شیوه نمره گذاری مختلفی برای این پرسشنامه مطرح شده است. در نسخه مورد استفاده پژوهش حاضر، هر ماده با مقیاس ۸ درجه‌ای اندازه‌گیری شده است. که در دامنه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۸) نمره گذاری می‌شود و نمره کل مقیاس بین ۸ تا ۶۴ و نمره کل هر مؤلفه بین ۴ تا ۳۲ متغیر است. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و روایی هم‌زمان آن از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- به دست آمده است (شنايدر و همکاران، ۱۹۹۱). در ایران پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی هم‌زمان آن از طریق همبستگی با ابزار عاطفه مثبت و خوش‌بینی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ گزارش شده است (اورکی، بیات، نجفی و نور محمدی، ۱۳۹۷).

پرسشنامه افکار غیرمنطقی: جهت بررسی افکار غیر منطقی از پرسشنامه جونز (IBT)^۲ استفاده شد. این پرسشنامه که بر اساس نظریه آلیس (۱۹۷۰) و برای ارزیابی افکار ناکارآمد ساخته شده است، ده فکر غیرمنطقی را بررسی می‌کند. در این پرسشنامه که شامل ۱۰۰ سؤال است. خرده مقیاس‌های آزمون عبارت‌اند از: ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران^۳ (DA)، انتظار بیش از حد از خود^۴ (HSE)، تمایل به سرزنش^۱ (BP)،

1. Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, & Sigmon

2. Irrational Beliefs Test (IBT)

3. demand for approval

4. high self-expectation

واکنش به ناکامی^۲ (FR)، بی‌مسئولیتی عاطفی^۳ (EI)، نگرانی بیش‌ازاندازه توأم با اضطراب در مورد آینده^۴ (AO)، اجتناب از مشکلات^۵ (PA)، وابستگی^۶ (D)، درماندگی نسبت به تغییر^۷ (HC) و کمال‌گرایی^۸ (P). پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین، روایی آزمون با استفاده از دو روش روایی صوری و روایی همگرا مورد تأیید قرار گرفته و ضریب همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۰/۸۲ محاسبه شده است (علیزاده صحرائی، خسروی و بشارت، ۱۳۸۹). در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه (۴۰ سؤالی) استفاده شد که پایایی آن به روش تنصیف برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ و برای مؤلفه‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸۲، توقع تأیید از دیگران، ۰/۸۴، اجتناب از مشکل، ۰/۷۴ و بی‌مسئولیتی هیجانی، ۰/۷۲ اعلام گردید. روایی همگرای این پرسشنامه با فرم بلند ۱۰۰ سؤالی ۰/۸۷ گزارش شده است (عبادی و معتمدین، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

روش اجرا

پس از انتخاب ۴۰ نفر از مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری و جایگزینی آنان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر)، همه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های امید و باورهای غیرمنطقی را کامل کردند. آنگاه گروه آزمایش برنامه آموزشی شفقت به‌خود را به‌صورت گروهی دریافت کرد. برنامه آموزش شفقت به‌خود به‌کار رفته در این پژوهش (جدول ۱) بر اساس الگوی رضایی‌آشپوری، یارمحمدیان و فرهادی (۱۳۹۶) بود. این برنامه آموزشی طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به مدت ۱۰ هفته (هر

1. blame proneness
2. frustration reactivity
3. emotional irresponsibility
4. anxious over concern
5. problem avoidance
6. dependency
7. helplessness for change
8. perfectionism

هفته یک جلسه) در محل مرکز برهان توسط کارشناس ارشد مشاوره با سابقه بیش از ۱۵ سال تجربه، اجرا شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شیوه ارائه مطالب بیشتر به صورت مشارکتی (بحث گروهی) بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط مربی ارائه می‌شد و آنگاه مادران فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل واریسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، ایفای نقش، بارش فکری و جمع‌بندی بود. در پایان برنامه مداخله‌ای از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. شرح مختصر جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش شفقت به خود بر اساس الگوی رضایی آشنایی و همکاران (۱۳۹۶)

جلسه	هدف	محتوا	روش
اول	آشنایی اولیه، معرفی آموزش شفقت به خود	معارفه و برقراری ارتباط اولیه، مرور بر قوانین گروه، توضیح در مورد ساختار و اهداف جلسه، توضیح در مورد ماهیت خود دلسوزی و اصول آن، ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از رنج‌های خود.	سخنرانی و بحث گروهی
دوم	آموزش ذهن آگاهی	مرور و بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین واریسی و لمس بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش)، ارائه تکلیف: شامل چهل دقیقه تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل.	بحث گروهی و ایفای نقش
سوم	تمرین مهربانی و دلسوزی	بررسی بازخورد و مرور جلسه قبل، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز دلسوزی با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربانم)، تمرین، تصویرسازی از مکان امن، ارائه تکلیف.	بحث گروهی و ایفای نقش
چهارم	یافتن جایگاه خود دلسوزی	مرور و بررسی تکلیف، تقویت رفتارهای شفقت به 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، ارائه تکلیف: تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران.	سخنرانی، بحث گروهی و ایفای نقش

جلسه	هدف	محتوا	روش
پنجم	عمیق زندگی کردن	ارزیابی و بررسی تکلیف قبلی، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پربار 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	بارش فکری و ایفای نقش
ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	گرفتن بازخورد و بررسی تکلیف، آموزش رابطه بین اجزاء فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تأثیر این اجزاء بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرامش بخشی فیزیکی، روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه، ارائه تکلیف: آرام‌سازی جسمانی و روانی با تمرین‌های ذهن آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی.	توضیحی، بحث گروهی و ایفای نقش
هفتم و هشتم	تغییر روابط	ارزیابی و مرور جلسه گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های دردآور قطع شده با خود و دیگران و زمینه‌سازی برای رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آشتی با خود، بازگویی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: شناسایی قهر خود با خود؛ قهر با موقعیت‌ها و دیگران و تمرین آشتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه	بارش فکری، بحث گروهی و ایفای نقش
نهم	قبول و پذیرش زندگی	ارزیابی و بازخورد جلسه گذشته، بررسی تعصبات منفی زندگی از طریق تکیه بر چیزهای خوب و ویژگی‌های خوب در وجود فرد به-منظور کاهش تعصبات و باورهای غیرمنطقی، کسب لذت بیشتر از زندگی، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی.	بحث گروهی و سخنرانی
دهم	اختتامیه	مرور و جمع‌بندی نهایی، ارزیابی فرآیند جلسات و دریافت نظرات اعضا.	بحث گروهی و سخنرانی

داده‌های حاصل از این طرح با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از روش‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) فرضیه‌ها مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج داده‌های جمعیت‌شناسی نشان داد که دامنه سنی آزمودنی‌ها ۲۰ تا ۵۰ سال و میانگین سنی گروه آزمایش $35/39 \pm 1/73$ و گروه گواه $36/23 \pm 1/98$ است. حدود ۳۲/۵ درصد (۲۰ درصد گروه آزمایش و ۱۲/۵ درصد گروه گواه) آزمودنی‌ها دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳۵ درصد دیپلم (۱۷/۵ درصد گروه آزمایش و ۱۷/۵ درصد گروه گواه) و ۱۵ درصد (۵ درصد گروه آزمایش و ۱۰ درصد گروه گواه) فوق دیپلم، ۱۷/۵ درصد (۷/۵ درصد گروه آزمایش و ۱۰ درصد گروه گواه) و بالاتر بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد امید و باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه‌ها	آزمون	شاخص‌ها	مسیرها	تفکر عاملی	امید (کل)	بی‌مسئولیتی هیجانی	اجتناب از مشکل	توقع تأیید از دیگران	درماندگی	باورهای غیرمنطقی (کل)
گروه گواه	پیش‌آزمون	میانگین	۲۴/۴۵	۲۴/۴۵	۴۸/۹۰	۳۱/۱۵	۱۶/۲۰	۳۴/۳۵	۴۷/۲۰	۱۲۸/۹۰
	انحراف استاندارد	۳/۸۰	۳/۵۶	۳/۸۰	۵/۶۷	۷/۲۲	۴/۳۳	۶/۰۵	۸/۸۹	۲۰/۷۴
	پس‌آزمون	میانگین	۲۲/۹۰	۲۳/۹۰	۴۶/۸۰	۲۹/۵۵	۱۵/۳۵	۳۵/۵۵	۴۶/۸۵	۱۲۷/۳۰
	انحراف استاندارد	۳/۹۷	۳/۵۸	۳/۹۷	۷/۰۱	۷/۱۶	۳/۶۶	۵/۶۵	۷/۶۶	۱۶/۲۳
گروه آزمایشی	پیش‌آزمون	میانگین	۲۳/۳۰	۲۲/۸۰	۴۶/۱۰	۲۵/۱۵	۱۳/۳۰	۳۱/۶۰	۴۱	۱۱۱/۰۵
	انحراف استاندارد	۴/۰۵	۴/۱۷	۴/۱۷	۷/۰۲	۷/۳۵	۴/۰۱	۵/۹۴	۱۰/۸۱	۲۲/۵۳
	پس‌آزمون	میانگین	۲۶/۹۵	۲۶/۶۵	۵۳/۶۰	۲۰/۸۵	۱۰/۳۰	۲۳/۸۵	۳۳/۱۰	۸۸/۱۰
	انحراف استاندارد	۲/۶۶	۲/۸۰	۲/۸۰	۵/۱۶	۴/۹۰	۲/۵۸	۴/۳۹	۶/۵۰	۱۵/۸۵

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین نمرات پس‌آزمون امید و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات پیش‌آزمون آن‌ها است ولی در باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های کاهش قابل‌توجهی داشته است؛ اما در گروه گواه، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امید، باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن‌ها در آزمودنی‌های گروه گواه ناچیز است.

برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های آن موردبررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسپیرنوف نشان داد که توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امید و مؤلفه‌های آن (بین $Z=0/625$ و $Z=1/159$ ؛ $P<0/05$) و باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن (بین $Z=0/454$ و $Z=1/020$ ؛ $P<0/05$) در دو گروه نرمال است. جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که واریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امید و مؤلفه‌های آن (بین $F=0/057$ و $F=1/646$ ؛ $P=0/05$) و باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن (بین $F=0/19$ و $F=2/278$ ؛ $P=0/05$) در دو گروه با هم برابرند. به‌منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (در اینجا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب‌های رگرسیون برای متغیر امید و مؤلفه‌های آن (بین $F=0/914$ و $F=1/007$ ؛ $P=0/05$)، باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن (بین $F=1/879$ و $F=4/028$ ؛ $P=0/05$) در دو گروه همگن هستند. بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده کرد تا اثر پیش‌آزمون نیز گواه شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی اثر متغیر گروه بر امید و باورهای غیر منطقی

نوع آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۶۲۷	۲	۳۵	۲۹/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵
لامبدای ویلکز	۰/۳۷۳	۲	۳۵	۲۹/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵
اثر هاتلینگ	۱/۶۸۰	۲	۳۵	۲۹/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۸۰	۲	۳۵	۲۹/۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز^۱، اثر هاتلینگ^۲، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی^۳ و اثر پیلایی^۴ ($F(2/29) = p > 0/000$) در جدول ۳ مؤید این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با گواه پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (امید و باورهای غیرمنطقی) ایجاد شده است و ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۹۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات تفاضل (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) متغیرهای امید و باورهای غیرمنطقی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
امیدواری	۵۷۹/۴	۱	۱۷/۳	۰/۰۰۰	۰/۳۱۸	۰/۹۸۱
باورهای غیرمنطقی	۸۹۰۱/۶	۱	۴۵/۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵۳	۱

1. Wkkk Lamda
2. oo nnnnn Trce
3. Roy's Lrr gesoooo
4. Pillai's Trace

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین تفاضل (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) میانگین آزمودنی‌های گروه گواه و گروه آزمایش از لحاظ متغیرهای وابسته (امید و باورهای غیرمنطقی) بیانگر تفاوت معنادار است ($p < 0/05$). از نتایج جدول فوق به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت: بین میانگین نمرات امید و باورهای غیرمنطقی در گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و میزان توان آماری برای هر یک از این متغیرها حاکی از دقت آماری قابل قبول می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که میزان تغییر نمرات امید و باورهای غیرمنطقی افراد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به یک میزان نمی‌باشد. جهت پی بردن به این تفاوت، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره در متن مانکوا برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون امید و باورهای غیرمنطقی در دو گروه

منابع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	F	P	مجذور تا	توان آماری
امید	تفکر عاملی	۱۱۳/۳۸	۱	۱۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	۰/۹۵۹
	مسیرها	۱۷۸/۴۶	۱	۱۵/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۰۲	۰/۹۷۳
باورهای غیرمنطقی	درماندگی در برابر تغییر	۱۲۷۰/۰۱	۱	۳۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۴۸	۱
	توقع تأیید از دیگران	۱۰۰۶/۲	۱	۵۹/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱۸	۱
	اجتناب از مشکل	۱۴۲/۷	۱	۱۷/۹	۰/۰۰۰	۰/۳۲۶	۰/۹۸۴
	بی‌مسئولیتی هیجانی	۲۲۱/۶	۱	۱۱/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۲۳۸	۰/۹۱۱

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش شفقت به‌خود بر مؤلفه‌های امید شامل تفکر عاملی ($F=14/45$; $P<0/05$)، مسیرها ($F=15/99$; $P<0/05$) و مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی شامل درماندگی در برابر تغییر ($F=30/05$; $P<0/05$)، توقع تأیید از دیگران ($F=59/9$; $P<0/05$)، اجتناب از مشکل ($F=17/9$; $P<0/05$) و بی‌مسئولیتی هیجانی ($F=11/56$; $P<0/05$) مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری تأثیر مثبت و معناداری داشته است. به عبارت دیگر، آموزش شفقت به‌خود افزایش امید و کاهش باورهای غیرمنطقی را سبب گردیده است. نتایج حاکی است که درصد قابل توجهی از مؤلفه‌های امید و باورهای غیرمنطقی به وسیله آموزش شفقت به‌خود تبیین شده است.

جدول ۶. میانگین نمرات تعدیل شده پس‌آزمون شفقت به‌خود، امید به زندگی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیرها	گروه	میانگین تعدیل شده	انحراف استاندارد
امید (کل)	گواه	۴۶/۳	۱/۳۱۲
	آزمایش	۵۴/۱	۱/۳۱۲
تفکر عامل	گواه	۲۳/۵۵۲	۰/۶۳۴
	آزمایش	۲۶/۹۹۸	۰/۶۳۴
مسیر	گواه	۲۲/۷۹	۰/۷۵۱
	آزمایش	۲۷/۰۶	۰/۷۵۱
باورهای غیرمنطقی (کل)	گواه	۱۲۳/۹	۳/۲۵۴
	آزمایش	۹۱/۵۰	۳/۲۵۴
درماندگی در برابر تغییر	گواه	۴۵/۹	۱/۴۹۱
	آزمایش	۳۴/۰۶	۱/۴۹۱
توقع تأیید از دیگران	گواه	۳۴/۸	۰/۹۲۹
	آزمایش	۲۴/۵	۰/۹۲۹
اجتناب از مشکل	گواه	۱۴/۸۳	۰/۶۵۲
	آزمایش	۱۰/۸۲	۰/۶۵۲
بی‌مسئولیتی هیجانی	گواه	۲۷/۷۵	۱/۰۲۲
	آزمایش	۲۲/۶	۱/۰۲۲

مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه نشان می‌دهد که میانگین نمرات امید به زندگی و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه آزمایش بالاتر از گروه گواه است و میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن کمتر است (جدول ۶)؛ به عبارت دیگر، آموزش شفقت به خود موجب افزایش امید به زندگی و کاهش باورهای غیرمنطقی در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود بر امید و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده مادران گروه آزمایش و کنترل در امید، باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش شفقت به خود سبب افزایش امید و کاهش باورهای منطقی شده است. این نتایج با یافته‌های برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵). درویشی و خیاطان (۱۳۹۶)، رضایی آشیانی و همکاران (۱۳۹۶)، یافته‌های نف و فاسو (۲۰۱۵)، تروبت و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در راستای تأثیر مثبت و معنادار آموزش شفقت به خود بر امید و مؤلفه‌های آن، رفیعی، کریمی و رضایی (۲۰۱۹)، کولینز، گیلیگان و پوز^۱ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش‌های خود به نتایج مشابهی دست یافتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود از طریق افزایش مؤلفه‌های مهربانی به خود، احساس مشترک انسانی و خودآگاهی سبب افزایش امید می‌شود. پایولی و مک فرسون^۲ (۲۰۱۰) مدعی هستند که آموزش شفقت به خود می‌تواند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول را به افراد یاد دهد تا آن‌ها با داشتن طرز تفکری مناسب، توانایی مقابله سالم را با مشکلات پیدا کنند و امیدوارانه به زندگی خود ادامه دهند. افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند، با سخت‌گیری کمتری خود را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را آسان‌تر می‌پذیرند و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و مبتنی بر عملکرد واقعی آن‌ها خواهد بود و این تحولات می‌تواند افزایش امیدواری را سبب شود. آموزش شفقت به خود

1. Collins, Gilligan & Poz
2. Pauley & McPherson

نه تنها باعث می‌شود که فرد از احساسات رنج‌آور اجتناب نکند، بلکه از طریق مهربانی و درک احساس مشترک انسانی می‌تواند به آن‌ها نزدیک شود و به‌شيوه سازگارانه با آن‌ها به‌مقابله برخیزد و این مهربانی به‌خود سبب تغییر عواطف منفی به مثبت شده و دلسوزانه قضاوت خود را ارزیابی کند. کارشناسان بر این باورند که شفقت به‌خود موجب بهبود احساس مراقبت فرد نسبت به‌خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به بی‌کفایتی و شکست‌های خود می‌شود و فرد می‌پذیرد که تجارب رنج‌آور از تجارب معمول بشری است (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلایز^۱، ۲۰۰۶). نف (۲۰۱۱) نیز اذعان می‌کند مهربانی به‌خود سبب بهبود احساس آرامش، ارتباطات اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری، سرکوب افکار و اضطراب می‌شود. با توجه به این تغییرات، فرد نسبت به‌خود و آینده امیدوار شده و فعالیت‌های خود را افزایش می‌دهد. ذهن آگاهی (به‌عنوان مؤلفه شفقت به‌خود) سبب می‌شود تا مادران به افکار نادرست پی ببرند و در نتیجه با کاهش باورها و اعتقادات غیرمنطقی، امیدوارتر شده و با داشتن امید، حل مشکلات برای آن‌ها راحت‌تر می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به‌خود سبب کاهش باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری شده است. نتایج پژوهش استفنسون، واتسون، چن و موریس^۲ (۲۰۱۷) مبنی بر کاهش باورهای غیرمنطقی در سایه آموزش شفقت به‌خود این یافته را تأیید می‌کند. برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز دریافته‌اند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز سبب تعدیل روان‌سازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی می‌شود که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش شفقت به‌خود موجب می‌شود تا مادران مهارت‌هایی چون توجه، استدلال، رفتار و تجارب حسی مهربانانه را یاد بگیرند (گیلبرت، ۲۰۰۹) و سبک تبیین خوش‌بینانه‌تری را انتخاب کنند. آن‌ها به این باور می‌رسند که حوادث ناخوشایند، ناپایدارند و می‌توانند به توانایی خود

-
1. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
 2. Stephenson, Watson, Chen & Morris

برای مقابله با مشکلات استرس‌زا اعتماد داشته باشند (فورید و سلیگمن^۱، ۲۰۱۲). آموزش شفقت به خود از طریق اصلاح نظام شناختی فرد و همچنین ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه که زیربنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، تلاش می‌کند رفتارهای ناخواسته را کاهش داده و رفتارهای سازش یافته‌تر را جایگزین آن‌ها کند که در نهایت منجر به بهبود افزایش امیدواری و باورهای منطقی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری می‌شود. افرادی که تحت آموزش شفقت به خود قرار می‌گیرند، از سلامت روان شناختی بالاتری برخوردار می‌شوند و به این نکته پی می‌برند درد و رنج را همه افراد تجربه می‌کنند و سرزنش بی‌رحمانه خود، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجانات استمرار پیدا نمی‌کند. در این رابطه نف و گرمر (۲۰۱۷) اظهار می‌کنند که استفاده از اشتراکات انسانی، مهربانی و فهم آن‌ها هیجان‌های منفی را به حالت هیجانی مثبت‌تری تبدیل می‌کنند. در طی آموزش شفقت به خود و انجام تمرین‌های آن، دیدگاه مادران نسبت به خود از قضاوتی به غیر قضاوتی تغییر پیدا کرده و در نتیجه مادران نسبت به خود مهربان‌تر شده و مشکلات و رنج‌ها بهتر تحمل‌تر می‌کنند. به این ترتیب مادران با پذیرش تجربه‌های رنج‌آور و دست برداشتن از ارزیابی‌های بیش‌ازحد، از تجربه‌های منفی و نادرست به سوی مهربانی به خود حرکت می‌کنند و با توجه به حس مشترکات انسانی پی می‌برند که درد و شکست در همه انسان‌ها وجود دارد، آن‌ها با ذهن آگاهی می‌توانند در زمان حال زندگی کنند و با خود و کودکانشان ارتباط برقرار کنند و از انتقاد درباره وضعیت فرزند خود پرهیز نمایند؛ چون به این نتیجه می‌رسند که داشتن دیدگاه خود انتقادی (منفی) سبب افسردگی می‌شود. آن‌ها قادر می‌شوند، کلمات مشفقانه و مهرورزانه را بر زبان جاری کنند و با لحنی گرم و محبت‌آمیز با فرزند خود ارتباطی بهتر و صمیمی‌تر برقرار کنند.

به‌طور کلی فرآیند آموزش شفقت به خود سبب افزایش امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری می‌شود و در نتیجه زمینه بهبود

کیفیت زندگی را فراهم سازد. علیرغم اعمال کنترل‌های لازم، این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله این موارد، انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس نمونه‌ای از داوطلبان جامعه انجام شد که بیشتر آن‌ها تحصیلاتی بالاتر از سوم راهنمایی داشتند و به مراکز ناتوانی یادگیری سبزواری مراجعه کرده بودند و مادران بی‌سواد و کمتر از سوم راهنمایی را در بر نگرفت. بنابراین، یافته‌های این پژوهش ممکن است برای همه جمعیت تعمیم‌پذیر نباشد. همچنین داده‌ها از طریق خودگزارشی توسط مادران به دست آمد و احتمال سوگیری در پاسخ به سؤالات حساس ممکن است رخ داده باشد. علاوه بر این، نمونه شامل مادران ۲۰ تا ۵۰ ساله بود که سن افراد می‌تواند تفکر مسیر و عاملیت از مؤلفه‌های امید را تحت تأثیر قرار دهد (سپهوند و کرمی، ۱۳۹۸). با توجه به محدودیت‌های فوق پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته استفاده شود. همچنین، انجام پژوهش با جامعه‌ای گسترده‌تر و روی گروه‌های مختلف سنی والدین کم‌سواد و بی‌سواد و مقایسه نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند امکان تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مناسب جهت اجرای آموزش شفقت به خود برای گروه‌های مختلف والدین کودکان استثنایی، معلمان و مسئولان آن‌ها را فراهم سازد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مادران، مدیران و معلمان مراکز اختلال یادگیری سبزواری که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند، قدردانی و تشکر کنند.

منابع

- اورکی، م. بیات، ش. نجفی، م. و نورمحمدی، ا. (۱۳۹۷). رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر کرج. مجله علوم پزشکی صدرا، ۶(۲)، ۸۷-۱۰۰.
- برقی ایرانی، ز؛ بگیان کوله مرز، م. و بختی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روانسازیه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. روان‌شناسی معاصر، ۱۱(۱)، ۱۰۳-۱۱۷.
- درویشی، س؛ و خیاطان، ف. (۱۳۹۶). اثر آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷(۴)، ۸۶-۷۷.
- رضائی آشیانی، ا؛ یارمحمدیان، ا؛ و فرهادی، ه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود مادران بر کیفیت خواب کودکان پیش‌دبستانی با نشانه‌های ناتوانی یادگیری. مجله روان‌شناسی بالینی، ۹(۴)، ۷۱-۸۲.
- سپهوند، ت؛ و کرمی، خ. (۱۳۹۸). بررسی روند تحولی امیدواری و مؤلفه‌های آن در کارکنان: یک مطالعه مقطعی از ۲۰ تا ۶۰ سالگی. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۱۵(۱)، ۳۹-۲۹.
- عبادی، غ؛ و معتمدین، م. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۷(۲۳)، ۷۳-۹۲.
- علیزاده صحرائی، ا؛ خسروی، ز؛ و بشارت، م. (۱۳۸۹). رابطه باورهای غیرمنطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر، مطالعات روان‌شناختی، ۶(۱)، ۴۱-۹.
- عناستانی، ص؛ و ناعمی، ع. (۱۳۹۸). آموزش مثبت‌نگری بر شفقت به خود و امید به زندگی مادران کودکان اختلال طیف اتیسم. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۹(۳۳)، ۶۸-۴۵.

فیض‌آبادی، ز؛ و ناعمی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های حرکتی ظریف بر توجه انتخابی و ادراک دیداری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی دوره اول ابتدایی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸(۳۱)، ۷۹-۱۰۰.

- Breccvv D Zrrvvvv J., Kuuuut J šššt J & Kreek ()))))) Effect of learning is abilities on academic self-concept in children with epilepsy and on their quality of life. *Research in Developmental Disabilities*, (45- 46), 120-128.
- Ellis, A. (2001). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. Three Rivers Press.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational-Emotive Behavior Therapy*. 2nd ed. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Foreard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). *Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism*. *Critiques Psychologies*, 18(2), 107-120.
- Gohel, M., Mukherjee, S., & Choudhary, SK. (2011). *Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District*. *Healthline*, 2(2), 62-71.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach*. *Clinical Psychology Psychoterapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassionfocused therapy*. *Advances in psychiatric treatment*, 115, 199-208.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1), 1-25.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). *Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma*. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 54-47.
- Luhmann, M., Necka, EA., Schönbrodt, FD., & Hawkey, LC. (2016). *Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale*. *Journal of research in personality*, 60, 46-50.
- Marques, S. C., & Gallagher, M. W. (2017). *Age differences and short-term stability in hope: Results from a sample aged 15 to 80*. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 53, 120-126.

- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion, self-esteem, and well-being*. Social and Personality Psychology Compass, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D. & Faso, D. (2015). *Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism*. *Mindfulness*, 6, 938-947.
- Neff, K. D., & Beretvas, S.N. (2013). *The role of Self-compassion in romantic relationships*. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). *A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program*. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D., Germer, C. (2017). *Self Compassion and Psychological Wellbeing*. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27, Oxford University Press.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., De Boer, A.G. E. M., Blonk, R. W. B. & Van Dijk F. J. H. (2010). *Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder, a prospective cohort study*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57-72.
- Pauley G, McPherson S. (2010). *The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety*. *Psychol Psychother*, 83, 129-143
- Rafiee, Z., Karami, J., & Rezaei, M. (2019). *The Effectiveness of Self-Compassion Group Training on Raising Hope in Diabetics*. *International Journal of Behavioral Science*, 13(1), 40-45.
- Rovira, M. (2017) *Addiction to Automatic Negative Thoughts: A Perspective from Rational Emotive Behaviour Therapy*. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 3(4), 00048.
- Snyder, CR., Harris, C., Anderson, JR., Holleran, SA., Irving, LM., Sigmon, ST., et al. (1991). *The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Stephenson, E., Watson, P. J., & Chen, Z.J., & Morris, R. J. (2017). *Self-Compassion, Self-Esteem, and Irrational Beliefs*. *Current Psychology*, 1-10.
- Tang, Y-Y., Tang, R., & Posner, MI. (2016). *Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse*. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, S13-S8.
- Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, I., & Markman, M. (2017). *Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in*

- cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms.* Journal of Psychosocial Oncology, 1-17.
- Torbet, S., Proeve, M., & Roberts, R. (2019). *Self-Compassion: a Protective Factor for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder.* Mindfulness, 10, 2492–2506.

