رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۵، شماره پیاپی ۶۲، مرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(5), 2021

اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی

The effectiveness of self-compassion training on reducing self-criticism levels and improving Self-concept clarity in students with physical disabilities

علی آسایش (نویسنده مسئول)
دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
سحر دخت محمد
کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
آرزو سرشته دار
کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

Ali Asayesh*
Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
ali.asayesh1350@gmail.com
Sahar Dokhtmohammad
M. A., Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.
Arezou Sareshteh
M. A., Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوره اول شهر آستارا در سال‌تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه پژوهش ۴۰ نفر بودند که به شیوه نمونه-گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آموزش شفقت به خود (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به شیوه تصادفی جایگزین شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس وضوح تصور از خود (کامپبل و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس سطوح‌خودانتقادی (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴) استفاده شد. برای گروه آزمایش هشت جلسه ۷۰ دقیقه‌ای آموزش شفقت به خود اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر بهبود وضوح تصور از خود درونی (F=۸/۷۶, P<۰/۰۱) و کاهش خودانتقادی مقایسه‌ای (P<۰/۰۱ F= ۶/۸۳) و خودانتقادی درونی (F= ۶/۸۳, P<۰/۰۱) در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی داشت. براساس این نتایج می‌توان بیان کرد این روش آموزشی/ درمانی می‌تواند از سوی روانشناسان مدارس به منظور بهبود کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش-آموزان دارای معلولیت جسمانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *آموزش شفقت به خود، سطوح خودانتقادی، وضوح تصور از خود، معلولیت جسمانی.*

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of self-compassion training on reducing self-critical levels and improving Self-concept clarity in students with physical disabilities. The method of this research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with the control group. The statistical population of the study included all first-grade high school students in Ardabil city in the academic year 2019-2020. The number of research samples was 40 people who were selected by the targeted sampling method and were randomly divided into two groups of self-compassion training (20 people) and a control group (20 people). In order to collect the data, the Self-concept clarity Scale (Campbell et al, 1996) and the levels of self-criticism scale (Thampson & Zuroff, 2004) were used. Eight 70-minute compassion training sessions were performed for the experimental group. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) test was used to analyze the data. Findings showed that self-compassion training had a significant effect on improving self-concept clarity (F=8.76, P<0/01) and reducing comparison self-criticism (F=8.14, P<0/01) and internal self-criticism (F=6.83, P<0/01) was present in students with physical disabilities. Based on these results, it can be stated that this educational /therapeutic method can be used by school psychologists to improve the reduction of self-critical levels and improving Self-concept clarity in students with physical disabilities.

Keywords: *self-compassion training, self-criticism levels, improving Self-concept clarity, physical disabilities*

نوع مقاله : کاربردی **دریافت : اسفند ۹۹** **پذیرش: اسفند ۹۹** **ویرایش نهایی : مرداد ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

مقدمه

براساس دیدگاه سازمان جهانی بهداشت[1] معلولیت[2] مجموعه‌ای از اختلالات جسمانی یا ذهنی است که فرد را از ادامه زندگی مستقل فردی و اجتماعی باز می‌دارد (باری، کلارک و جنکینز[3] ۲۰۱۳). فرد معلول به کسی گفته می‌شود که بر اثر ضایعه جسمی، ذهنی، روانی یا توأم، اختلال مستمر و قابل توجهی در سلامت و کارآمدی عمومی وی ایجاد گردد، به طوری که موجب کاهش استقلال فرد در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی شود. این گروه، شامل حسی نظیر مانند ناشنوا و نابینا و همچنین معلول جسمی و معلول ذهنی هستند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۷). ایکیلیو، اولدیپ و آمودو[4] (۲۰۱۱) در نتایج مطالعه خود شیوع معلولیت جسمانی را ۱۲/۲ گزارش کردند. به علاوه حدود ۱۰ درصد معلولیت از سوی جامعه جهانی برای کشور ایران تخمین زده شده که با احتساب جمعیت ۸۰ میلیونی آمار عمومی می‌توان بیان نمود به طور تقریبی ۸ میلیون نفر معلول در انواع مختلف اعم از معلولیت‌های جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و همچنین ناشنوایی و نابینایی وجود دارد (کرمی متین و سلطانی، ۲۰۱۹).

وجود معلولیت جسمانی می‌تواند موجب پیدایش دیدی منفی و به طبع آن خودانتقادی در نوجوانان گردد. خودانتقادی شکلی نابهنجار برای تعریف خود است که با ارزیابی منفی از خود، احساس گناه و نگرانی در مورد کاهش رضایت از عدم توانایی برای زندگی کردن بر اساس استانداردها شناخته می‌شود (بلات، زوروف، لانسی، هاوالی و آربوچ[5] ۲۰۱۰). اساس فرآیند خودانتقادی و خودارزشیابانه[6] درونی است و کیفیت هیجانی این ارتباط با خود، برمبنای اصول رفتاری (شرطی‌سازی) قرار دارد. همان‌گونه که واکنش فیزیولوژیکی و روانشناختی افراد با محرک‌های واقعی و تصوری تحریک‌کننده نیروهای شهوانی (خود غذا یا تصویر غذا) یکسان است، واکنش افراد به خودارزیابی‌های بیرونی و درونی نیز یکسان است (گیلبرت و پروکتر[7] ۲۰۰۶). براساس نظر تامپسون و زوروف[8] (۲۰۰۴) خودانتقادی دارای دو وجه است؛ خودانتقادی مقایسه‌ای[9] و خودانتقادی درونی:[10] خودانتقادی مقایسه‌ای به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در برابر دیگران تعریف می‌شود. خودانتقادی درونی نیز، به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل استانداردهای شخصی و درونی خود تعریف می‌شود (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه فلاینن[11] (۲۰۲۱) حاکی از وجود سطوح خودانتقادی در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی بود. بعلاوه نتایج مطالعه کارمیت-نوا و نیتا[12] (۲۰۱۹) حاکی از پایین بودن میزان خودپذیرشی روانی و بدنی در نوجوانان دارای معلولیت بود.

افراد دارای معلولیت به سبب ناتوانی‌های که در خصوص کارکردهای جسمانی دارند، ممکن است عوارضی مانند زود رنجی، ناراحتی و غیره داشته باشند که این عوامل می‌تواند بر تصور از خود[13] آنان تأثیر سوء داشته باشد. به خصوص این‌که در دوران نوجوانی که نوجوان با قبول تحولات بلوغ درصدد بازسازی مجدد هویت خویش است، وجود معلولیت جسمانی به عنوان یک مشکل اساسی می‌تواند زمینه ساز مشکلات جدی در خصوص نگرش به توانایی‌های خود (داگمار[14] ۲۰۱۷)، پذیرش همسالان[15] (لافوتانا و کیلیسن[16] ۲۰۱۰)، خودپنداشت

1. world Health Organization
2. disability
3. Barry, Clarke & Jenkins
4. Ikililu, Oladipo & Amodu
5. Blatt, Zuroff, Lance, Hawley & Auerbach
6. Self-assessment
7. Gilbert & Procter
8. Thampson & Zuroff
9. Internal Self- Criticism
1 . Comparisonal Self- Criticism 0
1 . Flynn 1
1 . Carmit-Noa & Neta 2
1 . Self- Concept 3
1 . Dagmar 4
1 . peer acceptance 5
1 . LaFontana& Cillessen 6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

بدنی (شاپیلگمن و هاگنی[1] ۲۰۱۹) و مشکلات دیگری شود (سیلوان-فیریرو، ریکو، مولرو و نوویلاز-پاللجا[2] ۲۰۲۰). تصور از خود[3]در واقع همان ادراک از خویشتن است. به عبارت دیگر تصور از خود یک نقطه نظر عینی از مهارت‌ها، خصوصیات و توانایی‌هایی است که فرد از خود دارد. تصور از خود عبارت است از نحوهٔ ادراک فرد از خود، رفتار خود و نگرش نسبت به کیفیت انگاره‌های دیگران (فتحی آشتیانی و ملازمانی، ۲۰۰۸). مطالعاتی که به بررسی تصور از خود در افراد سالم پرداخته‌اند حاکی از آن است که تصور از خود، نقش اساسی در بهداشت و سلامت روانی افراد به عهده دارد، به گونه‌ای که با کاهش سطح تصور از خود علایم و نشانه‌هایی چون اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، کمرویی، درون گرایی و غیره ظاهر خواهند شد و در صورت تداوم، اشکالات جدی به همراه خواهند داشت. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که یکی از مشکلاتی که تأثیر باز دارنده برکارآمدی افراد دارد و از شکل‌گیری سالم هویت و شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی آنان جلوگیری می‌کنند، مشکل در وضوح تصور از خود است (فتحی آشتیانی و ملازمانی، ۲۰۰۸). نتایج مطالعه لیپا[4](۲۰۱۳) نشان داد که وجود معلولیت جسمانی می‌تواند علت احساس ناتوانی و حقارت باشد که می‌تواند به صورت مقبولیت اجتماعی پایین و تصور نامناسب از خود گردد. همچنین مطالعه‌ای که توسط گولسیل و کوروک[5](۲۰۱۸) صورت گرفت، نشان داد که نوجوانان دارای معلولیت جسمانی خودپنداره پایینی در مقایسه با نوجوانان عادی داشتند. بعلاوه پینکورت و بهلی[6](۲۰۱۹) در در نتایج مطالعه خود گزراش کردند که افراد دارای معلولیت جسمانی نمرات پایینی در خودپنداره دریافت کردند.

با توجه به وجود مشکلات خودادراکی در افراد دارای معلولیت جسمانی، همچنین وجود سطوح خودانتقادی بالا که می‌تواند زمینه ساز بروز رفتارهای پرخطر به خصوص در دوران نوجوانی مانند روی آوردن به مصرف الکل، مواد مخدر، همکاری با گروه‌های خلافکار و دیگر مشکلات شود، توجه به این نوجوانان بسیار حائز اهمیت است. لذا انجام مداخلات روانشناختی به منظور کاهش دیدگاه منفی این افراد نسبت به خود، کاهش سطوح خودانتقادی و افزایش برقراری ارتباط با همسالان ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی در این خصوص داشته باشد، ارائه مداخلات مبتنی بر شفقت به خود[7]است. مفهوم شفقت به خود از جمله مفاهیمی است که در اثر تعاملات بین افکار فلسفه شرقی خصوصا بوداییسم و روانشناسی غربی به وجود آمده است (بایر[8]،۲۰۱۰؛ گیلبرت، ۲۰۰۹).

شفقت به خود سازه‌ای سه مولفه‌ای است که مهربانی با خود[9]؛ در مقابل قضاوت کردن خود؛[10]اشتراکات انسانی[11]در مقابل انزوا[12]و ذهن‌آگاهی[13]در مقابل همانندسازی افراطی[14]را شامل می‌شود (نف و گریمر[15]،۲۰۱۳). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به خود به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در درمان مبتنی بر شفقت به خود، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس دلسوزی داشته باشند (ایرونز و لاد[16]،۲۰۱۷). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آن‌ها تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۹). نتایج مطالعات حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر

1. Shpigelman & HaGani
2.Silván-Ferrero, Recio, Molero & Nouvilas-Pallejà
3. Self- Concept
4. Lippa
5. Gürsel & Koruç
6. Pinquart & Behle
7. self-compassion
8. Baer
9. kindness- self
1 . gudgment- self 0
1 . Humanity Common 1
1 . Isolation 2
1 . mindfulness 3
1 . Over Identification 4
1 . Neff & Germer 5
1 . Irons & Lad 6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

شفقت به خود بر افزایش خودپنداره و ابراز وجود (غفاریان و خیاطان، ۱۳۹۷)، رفتارهای ارتقادهنده سلامتی (سیرویس، کاینتر و هیرسچ[1]، ۲۰۱۵) و خودکارآمدی (اسمیت، نف، آلبرتز و پیترز[2]، ۲۰۱۴) است. همچنین نتایج مطالعات زمانیان (۱۳۹۶)، سومرس-اسپیجکرمن، ترامپیتر، اسکورز و بومیجر[3](۲۰۱۸) و مک آلن و کارینا[4](۲۰۱۹) نشان داد آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر کاهش سطوح خودانتقادی دارد. همچنین نتایج مطالعه عباسی، داودی، حیدری و پیرانی (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش دلسوزی به خود تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی و خودتنظیمی دانشجویان داشت. بعلاوه تاثیر این درمان بر افزایش عزت نفس و تنظیم هیجان نیز در مطالعه رییسی و سالاری (۱۳۹۸) گزارش شده است.

با توجه به مشکلات روانشناختی دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی به خصوص در حیطه خودادراکی، تصور از خود و خودانتقادی، انجام مداخلات روانشناختی به منظور بهبود وضعیت روانشناختی این دانش‌آموزان دارای اهمیت است. به ویژه این دانش‌آموزان در مدارس عادی در کنار سایر دانش‌آموزان مشغول به تحصیل هستند و وجود مشکلات مربوط به متغیرهای مذکور می‌تواند زمینه ساز مشکلات تحصیلی مانند افت تحصیلی و حتی ترک تحصیلی نیز در آنان گردد؛ لذا انجام چنین پژوهش‌های به منظور بهبود وضعیت روانشناختی این دانش‌آموزان بسیار مهم است. براین اساس پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی پرداخت.

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوره اول شهر اردبیل در سال‌تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان جامعه مذکور بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آموزش شفقت به خود (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به شیوه تصادفی جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهاد شده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) صورت گرفت (دلاور، ۱۳۹۶). بعد از انتخاب نمونه‌های آماری گروه آزمایش هشت جلسه ۷۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۱۴) دریافت کردند و گروه کنترل بدون هیچگونه مداخله‌ای باقی ماندند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در برنامه آموزشی از سوی دانش‌آموزان و والدینشان و عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. لازم به ذکر است که با توجه به پیگیری‌ها و تشویق پژوهشگران در خصوص ادامه شرکت در پژوهش آزمودنی‌ها، در مطالعه حاضر ریزش آزمودنی صورت نگرفت و در صورت جا ماندن هر یکی از آزمودنی‌ها تنها از یک جلسه آموزشی، پژوهشگر برنامه‌ی فوق العاده برای رساندن به گروه اجرا می‌نمود. همچنین با توجه به شرایط بهداشتی کشور (شیوع کرونا ویروس) در طول اجرای برنامه تمامی پروتکل های بهداشتی شامل توزیع ماسک، فاصله بین صندلی دانش‌آموزان و سایر موارد رعایت گردید. همچنین هزینه ایاب و ذهاب دانش‌آموزان از سوی پژوهشگران تقبل گردید. در نهایت بعد از انجام جلسات آموزشی و سپری شدن ۴ هفته از هر دو گروه پس‌آزمون دریافت گردید و داده‌های جمع‌آوری شده با آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. در پژوهش حاضر تعداد ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دارای معلولیت جسمانی در دو گروه ۲۰ نفری (آزمایش و کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمی (فلج عضو، قطع اندام، نقص عضو) مورد مطالعه قرار گرفتند. معلولیت جسمی آن نوع ویژگی‌هایی است که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی کودک است. اما فرد توانایی شرکت عادی در فعالیت‌های مدرسه‌ای یا انجام امور روزانه را دارد (ترابی‌میلانی و مشایخی، ۱۳۹۱). میانگین و انحراف معیار سنی گروه شفقت به خود ۱/۰۲± ۱۴/۱۵ و گروه کنترل ۱/۱۸± ۱۴/۲۵ بود. در گروه شفقت به خود ۸ نفر (۴۰ درصد) و در گروه کنترل ۷ نفر (۳۵ درصد) دارای معلولیت بدشکلی بدنی

1. Sirois, Kitner & Hirsch
2. Smeets, Neff, Alberts & Peters
3. Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs & Bohlmeijer
4. McAloon & Karina

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

بودند. در هر دو گروه کمترین فراوانی پایه اول راهنمایی (گروه شفقت به خود ۱۸/۲۵ در صد و گروه کنترل ۱۹/۵۰ در صد) و بی شترین فراوانی پایه سوم راهنمایی (گروه شفقت به خود ۴۵ درصد و گروه کنترل ۴۶/۲۵ درصد) بودند.

ابزار سنجش

مقیاس وضوح تصور از خود[1](SCCS): برای سنجش وضوح تصور از خود، از مقیاس ساخته شده توسط کامپبل[2] و همکاران (۱۹۹۶) استفاده شد. این مقیاس خودگزارشی ۱۲ آیتمی، میزان ثبات و سازگاری افراد در تصور از خودشان را نشان می‌دهد. این مقیاس دارای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است (از ۱ خیلی مخالف، تا ۵ خیلی موافق) و دامنه‌ی نمرات در این مقیاس بین ۱۲ تا ۶۰ است. نمرات بالاتر نشاندهنده‌ی تصور از خود شفاتر و قویتر است (کامپبل و همکاران، ۱۹۹۶). کامپبل و همکاران (۱۹۹۶) همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه تصور از خود بک[3] برابر ۰/۷۳ و پایایی آن را براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸۵ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط رضیان، فتحی‌آشتیانی، حسن‌آبادی و اشرفی (۱۳۹۸) بر روی ۵۷۷ نفر از دانشجویان مرود روان سنجی قرار گرفت. یافته های تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این مقیاس در نمونه ایرانی دارای یک عامل می باشد. نتایج تحلیل عاملی تائیدی، موید ساختار به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی بود و با مدل اصلی پیشنهاد شده پرسشنامه تفاوت نداشت. ضرایب اعتبار همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، دونیمه کردن و بازآزمایی، به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۶۷ و ۰/۸۵ به دست آمد. همبستگی این مقیاس با مقیاس تصور از خود راجرز و زیر مقیاس ناراحتی فیزیولوژیکی پرسشنامه هراس اجتماعی، به ترتیب برابر با ۰/۶۲- ، ۰/۱۳- بوده است.

مقیاس سطوح خودانتقادی[4](LOSC): مقیاس سطوح خودانتقادی به وسیله تامپسون و زوروف[5](۲۰۰۴) تهیه شده است و دو سطح خود انتقادی مقایسه‌ای و درونی‌شده را اندازه‌گیری می‌کند (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). شامل ۲۲ آیتم است که بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از دامنه ۱ (به شدت مخالفم) تا ۷ (به شدت موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد است. نمره برش برای این مقیاس ۶۶ در نظر گرفته شده است. یاماگوجی و کیم[6](۲۰۱۳) در مطالعه خود همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰). آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است. همبستگی این دوخرده مقیاس با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده مقیاس ناپایداری هیجانی تست نئو به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ به دست آمده است. در ایران، قربانی و موسوی (۱۳۸۵) روایی این پرسشنامه را مطلوب و پایایی آن را براساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند

پروتکل آموزش شفقت به خود: در این پژوهش آموزش مبتنی بر شفقت به خود براساس بسته درمانی شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۴، ترجمه اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵) انجام شد. این آموزش در هشت جلسه ۷۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفته‌ای برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی آموزش مبتنی بر شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه	آشنایی، ارزیابی میزان خودانتقادی و تصور از خویشتن، توصیف و تبیین این متغیرها و عوامل مرتبط نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خوددلسوزی شناختی
جلسه دوم	آموزش همدلی[7]	آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.

1. Self-concept clarity Scale
2. Campbell
3. Beck Self-Concept Test
4. levels of self-criticism scale
5. Thampson & Zuroff
6. Yamaguchil & Kim
7. empathy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

جلسه سوم	آموزش همدردی[1]	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
جلسه چهارم	آموزش بخشایش[2]	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود (به جای انتقاد از خود و برداشت و تصور منفی از خویشتن) به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
جلسه پنجم	آموزش پذیرش مسائل[3]	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغییر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف (به جای برداشت منفی از خود و انتقاد از خود)
جلسه ششم	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
جلسه هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری[4]	آموزش مسئولیت‌پذیری مولفه اساسی آموزش شفقت به خود است که براساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

یافته‌ها

در زیر یافته‌های آمار توصیفی و آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	آزمون	آماره ها		وضعیت	S-W	سطح معناداری
			میانگین	انحراف معیار			
وضوح تصور	شفقت به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۷/۱۳ (۳۸/۱۳)	۷/۱۰ (۵/۴۹)	پس آزمون	۰/۷۸۲	۰/۲۹۷
از خود	کنترل	پیش آزمون (پس آزمون)	۲۶/۶۵ (۲۵/۷۰)	۷/۱۹ (۶/۵۳)	پیش آزمون	۰/۹۰۳	۰/۲۱۱
خودانتقادی	شفقت به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۴۹/۱۳ (۳۸/۵۷)	۶/۶۸ (۵/۷۷)	پس آزمون	۰/۹۱۵	۰/۲۰۸
مقایسه‌ای	کنترل	پیش آزمون (پس آزمون)	۴۸/۶۴ (۴۸/۵۰)	۷/۱۰ (۶/۸۹)	پیش آزمون	۰/۸۸۰	۰/۲۴۵
خودانتقادی	شفقت به خود	پیش آزمون (پس آزمون)	۴۵/۷۰ (۳۴/۱۹)	۶/۷۴ (۴/۹۶)	پس آزمون	۰/۹۵۳	۰/۱۸۰
درونی	کنترل	پیش آزمون (پس آزمون)	۴۶/۰۹ (۴۶/۱۳)	۶/۱۱ (۶/۲۷)	پیش آزمون	۰/۹۸۱	۰/۲۱۱

براساس نتایج جدول (۲)، میانگین متغیر وضوح تصور از خود، خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون تغییری را نشان نمی‌دهد. اما میانگین وضوح تصور از خود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش و میانگین خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای کاهش یافته است. در ادامه قبل از انجام آزمون کواریانس، مفروضه‌های یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و مفروضه همسانی واریانس‌ها بررسی گردید و نتایج آنها در زیر آورده شده است (جدول۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کوواریانس

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
وضوح تصور از خود	۰/۶۰۳	۱	۰/۶۰۳	۱/۹۸۴	۰/۳۳۶
خودانتقادی مقایسه‌ای	۳/۸۴۴	۱	۳/۸۴۴	۱/۶۳۳	۰/۳۷۹
خودانتقادی درونی	۰/۵۲۹	۱	۰/۵۲۹	۲/۳۰۹	۰/۳۰۵

1. sympathy
2. forgiveness
3. accept issues
4. responsibility

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

در جدول (۳) نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج سطح معناداری سطر اثر بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود. همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس– کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها است (وضوح تصور از خود، F=۰/۱۴۵، P=۰/۹۰۴؛ خودانتقادی مقایسه‌ای، F=۰/۱۲۹، P=۰/۸۷۹؛ خودانتقادی درونی، F=۰/۱۳۳، P=۰/۸۵۴). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. بعلاوه برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین خودانتقادی، از آزمون X2 بارتلت استفاده شد. نتایج این آزمون (X2=۱۱۸/۴۵۱، df=۲، P<۰/۰۱)، نشان داد که رابطه بین این مولفه‌ها، معنادار است. بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین متغیرهای مورد مطالعه برقرار است. براین اساس، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. در ادامه نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای مورد مطالعه

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اتا	OP
گروه	اثر پیلایی	۰/۳۰۱	۰۴/۷۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۳۰۱	۰/۸۵۹
	لامبدای ویلکز	۰/۶۹۹	۰۴/۷۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۳۰۱	۰/۸۵۹
	اثر هتلینگ	۰/۴۳۱	۰۴/۷۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۳۰۱	۰/۸۵۸
	بزرگترین ریشه روی	۰/۴۳۱	۰۴/۷۳۶	۳	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۳۰۱	۰/۸۵۹۷

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (جدول ۴)، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار است (P<۰/۰۱، F=۴/۷۳۶، ۰/۶۹۹=لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مولفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) نمرات متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیرهای مورد مطالعه

منبع	مولفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	اتا	OP
گروه	وضوح تصور از خود	۶۵۳/۱۰	۱	۶۵۳/۱۰	۸/۷۶	۰/۰۰۳	۰/۱۲۵	۰/۸۲۷
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۴۸۹/۵۶	۱	۴۸۹/۵۶	۶/۸۳	۰/۰۰۷	۰/۱۰۸	۰/۷۶۲
	خودانتقادی درونی	۵۸۲/۲۱	۱	۵۸۲/۲۱	۸/۱۴	۰/۰۰۵	۰/۱۱۶	۰/۸۱۹

طبق نتایج جدول (۵) بین گروه آزمایش و گروه کنترل در وضوح تصور از خود، سطوح خودانتقادی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر بهبود وضوح تصور از خود درونی (F=۸/۷۶, P<۰/۰۱) و کاهش میزان خودانتقادی مقایسه‌ای (F= ۸/۱۴, P<۰/۰۱) و خودانتقادی درونی (F= ۶/۸۳, P<۰/۰۱) در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر کاهش سطوح خودانتقادی (درونی شده و مقایسه‌ای) دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی داشت. به طوری که این آموزش موجب کاهش میزان سطوح

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

خودانتقادی این دانش‌آموزان شده بود. یافته به د ست آمده با نتایج مطالعات شریعتی و همکاران (۱۳۹۵)، زمانیان (۱۳۹۶)، سومرس-اسپیجکرمن و همکاران (۲۰۱۸) و مک آلن و کارینا (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته قابل بیان اســت که وجود معلولیت جســمانی موجب پیداش هیجانات منفی و خودانتقادی در افراد دارای ناتوانی می‌گردد (فلاینن، ۲۰۲۱؛ کارمیت-نوا و نیتا، ۲۰۱۹). وجود این دید انتقادآمیز به خود باعث می‌گردد که این دانش‌آموزان همواره نوعی سخت‌گیری به خویش و به تبع آن نگرش شفقت‌آمیز کمی به خود داشته باشند. زمانی که این دانش‌آزموان در معرض آموزش شفقت به خود قرار گرفتند، به صــورت ضــمنی در معرض این باور بودند که مســئله پیش آمده (معلولیت جســمانی) صــرفا یک پیشــامد بوده و تمرکزشــان را از ارزیابی منفی خویش، برداشــته و بر تجربه یاد شــده متمرکز می‌شــدند. براســاس رویکرد دایدریخ[1] و همکاران (۲۰۱۴) آموزش شفقت به خود همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند که هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند. لذا به نظر می‌ر سد که به وا سطه این خودتنظیمی هیجانی، میزان خودانتقادی فرد (چه انتقاد از سوی خویش و چه انتقاد بیرونی) کاهش می‌یابد.

بخش دیگر نتایج ن شان داد که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر بهبود و ضوح ت صور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت ج سمانی دا شت. نتایجه به د ست آمده با یافته‌های مطالعه غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر افزایش خودپنداره و ابراز وجود و مطالعات جداگانه عباســی و همکاران (۱۳۹۸) و رییســی و ســالاری (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر آموزش دلسوزی به خود بر افزایش خودکارآمدی و خودتنظیمی همسویی داشت.

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان به نقش و تاثیر آموزش شفقت به خود در افزایش بازطراحی معیارهای فردی و افزایش خودباوری و خود ادراکی فرد استناد نمود. در این خصوص ایرونز و لاد[2] (۲۰۱۷) معتقدند که آموزش شفقت به خود به فرد کمک می‌کند که نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و چرخه معیوب تصور منفی از خود و انتقاد به خویش و نیز ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سوأل قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و توقعات دست‌یافتنی‌تری را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد. افزون براین شفقت به خود شکل سالم خودپذیری است که بیان‌کنندۀ میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و شامل سه عنصر اصلی است؛ نخست اینکه هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد، موجودیت (بودن) خود را دوست می‌دارد و آن را درک می‌کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست، جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در بین همۀ انسان‌هاست. نهایتاً خودشفقتی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس تأسف برای خود است و کمبودها و نواقص خود را درک می‌کند. این مهربانی با خود سبب احساس امنیت، افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش نشخوار فکری، سرکوب افکار، اضطراب و هیجانات منفی می‌شود (نف، ۲۰۰۹) و همین کاهش هیجانات منفی زمینه ساز افزایش تصور مثبت از خود را می‌گردد. چنانچه محققان دریافته‌اند که هیجانات مثبت رابطه‌ی مثبتی با تصور از خود و هیجانات منفی، چون اضطراب و عصبانیت رابطه‌ی منفی با تصور از خود دارد (گاتز و همکاران، ۲۰۱۰). لذا تغییر در هیجانات منفی افزایش وضوح تصور از خود را در پی دارد.

بعلاوه قابل بیان است که ارائه آموزش شفقت به خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی، موجب گردید تا در این دانش‌آموزان باوری مبنی بر با اهمیت بودن زندگی و با اهیمت بودن خویشتن (مانند جلسه آموزشی ششم در این پژوهش که به ایجاد احساسات ارزشمند در خود کمک کرد) داشته باشند. وجود همیت اهیمت دادن به خویشتن به نوبه خود کاهش انتقاد از خود و به تبع آن افزایش تصور مثبت از خویشت را فراهم کرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌های همراه بود که از عمده آنها عدم کنترل وضعیت اجتماعی- فرهنگی خانواده‌ها، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و عدم انجام مرحله‌ی پیگیری بود. براین اساس پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی وضعیت اجتماعی- فرهنگی خانواده‌ها کنترل گردد. چرا که این عوامل تأثیر بسزایی در خودادراکی دانش‌آموزان معلول دارد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از روش‌های نمونه گیری تصادفی استفاده شود. بعلاوه مرحله پیگیری نیز انجام گیرد. افزون بر این براساس نتایج به دست آمده

1. Diedrich
2. Irons & Lad

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

پیشنهاد می‌گردد روانشناسان مدارس در زمان کار با دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی از این روش آموزشی/ درمانی به منظور کاهش خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود و خودادراکی این دانش‌آموزان بهره گیرند.

منابع

ترابی‌میلانی، ف. و مشایخی، ن. (۱۳۹۱). *کودکان استثنایی: کودک یاری*. چاپ اول، تهران: انتشارات فاطمی.

دلاور، ع. (۱۳۹۶). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. چاپ هفدهم؛ تهران: نشر رشد.

رضیان، ش؛ فتحی‌آشتیانی، ع؛ حسن آبادی، ح. و اشرفی، ع. (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس وضوح تصور از خود. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۳)، ۹۲-۷۹.

رییسی، ح و فرامرزی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی شهرکرد. *مجله پرستاری کودکان*، ۵ (۳)، ۲۵-۱۷.

زمانیان، م. (۱۳۹۶). *اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرشهای ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود بیماران مبتلا به ام .اس*. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.

سیف نراقی، م و نادری، ع.ا. (۱۳۹۷). *روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، براساس DSM-5* .تهران، انتشارات ارسباران.

شریعتی، م؛ نجمه، ح؛ هاشمی شیخ‌شبانی، ا؛ بشلیده، ک، و مرعشی، ع. (۱۳۹۵) اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷(۱)، ۵۰-۴۳.

عباسی، م؛ داودی، ح؛ حیدری، ح و پیرانی، ذ. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت نگر و خود دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی، فرسودگی و خودتنظیمی تحصیلی دانشجویان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۴)، ۱۶۶۰-۱۶۴۹.

غفاریان، ح و خیاطان، ف. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۱)، ۳۶-۲۶.

قربانی، ن و موسوی، ا. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۴-۳)، ۹۱-۷۵.

گیلبرت، پ. (۲۰۱۴). *درمان متمرکز بر شفقت*. مترجمان مهرنوش اثباتی و علی فیضی، (۱۳۹۵)، تهران: نشر ابن سینا.

Baer, R.A. (2010). *Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance based treatments*. In R. A. Baer (Ed.), Assessing mindfulness & acceptance processes in clients, Oakland: New Harbinger.

Barry, M.M., Clarke, A.M., & Jenkins. R. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *Public health*, 13, 835- 841.

Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Lance, L., Hawley, L.L., & Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54.

Campbell, J.D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. J*ournal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-150.

Carmit-Noa, S. & Neta, H. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(3-4), 77-86.

Dagmar, N. (2017). Self-Esteem in People with Physical Disabilities: Differences between Active and Inactive Individuals. *Faculties Educationist Physical Universities Comenianae*, 57(1):34

Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S., Hiller, W. & Berking, A. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 58, 43-51.

Flynn, S. (2021). Exploring internal critique: theoretically developed critical commentary on the Self-Appraisal of critical disability studies. *Journal homepage Disability & Society*, 36(1), 188-197.

Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.

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 & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.

Goetz, T., Cronjaeger, H., Frenzel, AC., Lüdtke, O., & Hall, NC. (2010). Academic selfconcept and emotion relations: Domain specificity and age effects. *Journal Contemporary Educational Psychology*, 35(1):44-58.

Gürsel, F., & Koruç, Z. (2018). The influence of physical activity on body image in people with and without acquired mobility disability. *Acta Universities Palackianae Olomucensis*, 41(4), 29-35.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]

Ikililu, M., Oladipo, AR. & Amodu, A.O. (2011). Prevalence and Correlates of Physical Disability and Functional Limitation among Elderly Rural Population in Nigeria. *Journal of Aging Research*, 1(5), 369- 374.

Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.

Karami Matin, B., & Soltani, S. (2019). Prevalence of Physical Disability in Iran: Do Existing Health Services Meet the Needs of Older People? A Letter to Editor. *Health Scope*, 8(4), 870-874.

Lippa, M. (2013).The effect of spatial tasks on visually impaired peoples, way finding abilities. *Journal of visual impairment and blindness*, 6, 407-419.

Little, L. (2010). Differences in stored and coping for mothers and fathers of children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *Journal of Pediatric Nursing,* 28(6), 565-570.

McAloon, J., & Karina, D. (2019). Preventative Intervention for Social, Emotional and Behavioral Difficulties in Toddlers and Their Families: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(4), 569.

Neff, K.D. (2009). *Self-compassion.* In M. R. Leary & R.H. Hoyle (Eds), Handbook of individual differences in social behavior, New York: Guilford.

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(3), 28- 44.

Pinquart, M., & Behle, A. (2019). Adolescents with and without Physical Disabilities: Which Processes Protect Their Self-Esteem? *International Journal of Disability*, 24, 320-328.

Shpigelman, C.N. & HaGani, N. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(3-4), 77-86.

Silván-Ferrero, P., Recio, P., Molero, F., & Nouvilas-Pallejà, E. (2020). Psychological Quality of Life in People with Physical Disability: The Effect of Internalized Stigma, Collective Action and Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Healt*h, 17(5), 1802- 1808.

Sirois, F.M., Kitner, R., & Hirsch, J.K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Journal of Health Psychology*, 34(6), 9-661.

Smeets, E., Neff, K.D., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. Perspective, *Psychiatry Research,* 190(1), 72-78.

Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2018). Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: Self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change. *Frontiers in Psychology*, 9, 24-42.

Thampson, R., & Zuroff, D.C. (2004). The levels of self –criticism scal: comparative self – criticism and internalized self – criticism. *Personality and individual differences*, 36, 419- 430.

Yamaguchi, A., & Kim, M.S. (2013). Effects of Self –Criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. *International Journal of Psychological studies*, 5(1), 74-81.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.16.4]