Special Education Organization
Exceptional Education
Bi-monthly scientific journal

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Efficacy Beliefs and Self-Discrepancy in Male High School Students with Stuttering

Rahim Cheldavi[*1] | **Khadijeh Shiralinia**[2]

1. Ph.D. in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: cheldavi.r@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: k.shiralinia@scu.ac.ir

Print ISSN:
1727-3145

Article Type:
single subject Article

Article history:
Received August 13, 2025
Received in revised form September 4, 2025
Accepted September 19, 2025
Published Online May 5, 2026

Keywords:
Compassion-focused therapy, Self-discrepancy, Self-efficacy beliefs, Stuttering

Abstract

Background and Purpose: Stuttering is one of the most common speech disorders. Students who suffer from stuttering are more prone to psychological problems. The present study aimed to investigate the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on self-efficacy beliefs and self-discrepancy in male high school students with stuttering in Ahvaz, Iran.

Materials and Methods: The sample consisted of four participants selected through convenience sampling. A single-case experimental design with multiple baselines across participants were employed. Participants completed three phases: baseline, eight intervention sessions, and two follow-up sessions. Data were collected using the Sherer Self-Efficacy Questionnaire and Higgins' Self- discrepancy Scale. The data were analyzed using visual analysis, effect size calculation, and the percentage improvement formula.

Findings: The results indicated that compassion-focused therapy had a significant effect on increasing self-efficacy beliefs and reducing dissociation in students with stuttering.

Conclusion: Compassion-focused therapy enhances self-efficacy and reduces self-discrepancy in students with stuttering by lowering self-criticism and increasing self-acceptance. It also fosters healthy life skills, resilience, and improved social relationships, helping them face challenges with kindness and without harsh self-judgment. Therefore, compassion-focused therapy (CFT) can be used as an effective method for self-efficacy beliefs and dissociation by school counselors, teachers, and psychotherapists.

* E-mail: cheldavi_r@yahoo.com

© 2026 Author(s)
Publisher: Special Education Organization

Cite this Article:
Cheladavi R, Shiralinia Kh. Effectiveness of compassion-focused therapy on self-efficacy beliefs and self-discrepancy in students with stuttering. Ta'lim va Tarbiyat-e Estesnaei. 2026;26(1):63-76.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

سازمان آموزش و پرورش استثنایی
تعلیم و تربیت استثنایی
دو ماهنامه علمی

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان

رحیم چِلداوی*[1] | خدیجه شیرالی‌نیا[2]

۱. دکتری گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. رایانامه: cheldavi.r@yahoo.com
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. رایانامه: k.shiralinia@scu.ac.ir

شاپا چاپی:
۳۱۴۵ - ۱۷۲۷

نوع مقاله:
مقاله تک‌آزمودنی

تاریخچه مقاله:
تاریخ دریافت: ۲۲ / ۰۵ / ۱۴۰۴
تاریخ بازنگری: ۱۳ / ۰۶ / ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۸ / ۰۶ / ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۱۵ / ۰۲ / ۱۴۰۵

کلیدواژه‌ها:
باورهای خودکارآمدی، درمان متمرکز بر شفقت، خودگسستگی، لکنت زبان

چکیده

زمینه و هدف: لکنت زبان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های گفتاری است. دانش‌آموزانی که دچار لکنت زبان هستند در معرض مشکلات روانی بیشتری قرار دارند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم دارای لکنت زبان شهر اهواز بود.

روش: نمونه این پژوهش شامل چهار نفر از این افراد بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌آزمودنی از نوع خط پایهٔ چندگانهٔ همزمان استفاده شد. شرکت‌کنندگان در سه مرحله خط پایه، هشت جلسه مداخلهٔ درمانی و دو نوبت پیگیری شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامهٔ باورهای خودکارآمدی شِرر و مقیاس خودگسستگی هیگینز بود. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش باورهای خودکارآمدی و کاهش خودگسستگی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان اثر معناداری داشت.

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت با کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش خود، خودکارآمدی را در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان تقویت و خودگسستگی را کاهش می‌دهد. این رویکرد با پرورش مهارت‌های زندگی سالم، تاب‌آوری و روابط اجتماعی بهتر، به آن‌ها کمک می‌کند با مهربانی و بدون قضاوت منفی با خود مواجه شوند. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی برای مشاوران مدارس، معلمان و روان‌درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

* رایانامه: cheldavi_r@yahoo.com

© ۲۰۲۶ نویسنده(گان)
ناشر: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور

استناد به این مقاله:
چلداوی، رحیم و شیرالی‌نیا، خدیجه. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان. تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۴۰۵؛ ۲۶ (۱): ۶۳-۷۶.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

مقدمه

لکنت زبان[1] یک اختلال ارتباطی پیچیده و چندبعدی است که با تکرار، کشیدگی و قطع در جریان طبیعی گفتار مشخص می‌شود و معمولاً با تنش ماهیچه‌ای و اضطراب گفتاری همراه است (۱). این اختلال نه تنها شامل مشکلات مکانیکی در تولید صدا است بلکه بر فرآیندهای عصبی، روان‌شناختی و اجتماعی فرد نیز تأثیر می‌گذارد. لکنت زبان ناشی از تعامل پیچیده‌ای بین عوامل ژنی، عصبی، شناختی و محیطی است که باعث اختلال در روان بودن گفتار می‌شود (۲). محیط مدرسه و تعاملات اجتماعی دانش‌آموزان دارای لکنت، نقش مهمی در شدت و بروز این اختلال ایفا می‌کنند (۳). لکنت زبان که یکی از اختلال‌های شایع گفتاری است، می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر ابعاد مختلف روانی و اجتماعی فرد بگذارد (۴). این اختلال نه تنها می‌تواند به عزت نفس و سلامت روانی فرد آسیب وارد کند، بلکه به‌طور ویژه بر فرآیندهای شناختی و تحصیلی دانش‌آموزان نیز اثرگذار است (۵). در این میان نوجوانان نسبت به دیگر گروه‌های سنی به‌دلیل ویژگی‌های رشدی، یک گروه حساس به‌شمار می‌آید. نوجوانان دارای لکنت ممکن است در معرض خطر گسترش مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری باشند (۶).

باورهای خودکارآمدی[2] به عنوان سازه‌ای شناخته شده است که می‌تواند از اثرات مشکلات روان‌شناختی افراد دارای لکنت زبان بکاهد (۷؛ ۸). باورهای خودکارآمدی را به‌عنوان قضاوت افراد درباره توانایی خود، برای ارائه الگوی مشخصی از رفتار تعریف کرده‌اند. البته اندازه‌گیری باورهای خودکارآمدی از طریق معیار انتظار موفقیت و قضاوت افراد درباره توانایی خود برای انجام یک تکلیف با توجه به مهارت انجام آن تکلیف صورت می‌گیرد (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند باورهای مثبت به توانایی‌های خود، انگیزه درونی را تقویت می‌کنند و منجر به تلاش بیشتر، پشتکار و عملکرد تحصیلی بهتر می‌شوند. این باورها همچنین در مواجهه با چالش‌ها و شکست‌ها، به‌عنوان منبعی از تاب‌آوری عمل می‌کنند (۱۰). همچنین باورهای خودکارآمدی تأثیر مستقیمی بر انگیزه تحصیلی و مشارکت علمی دانش‌آموزان دارند؛ این تأثیر از طریق تقویت انگیزه درونی و احساس لذت از فعالیت‌های مرتبط با دروس علوم و ریاضیات صورت می‌گیرد (۱۱). پژوهش جانسون[3] و همکاران (۱۲) نیز نشان می‌دهد که نوجوانان دارای لکنت زبان، به‌ویژه در مراحل پیشرفته‌تر لکنت، ممکن است با چالش‌های روانی و اجتماعی بیشتری مواجه شوند. این چالش‌ها می‌توانند بر باورهای خودکارآمدی آن‌ها تأثیر منفی بگذارند.

در این زمینه یکی دیگر از مشکلات روان‌شناختی نوجوانان که ممکن است افراد دارای لکنت زبان با آن روبه‌رو شوند، خودگسستگی[4] است. خودگسستگی از جمله سازه‌هایی است که اثرات بالایی در وضعیت سلامت روان افراد دارد (۱۳). خودگسستگی به حالتی گفته می‌شود که فرد به صورت موقت یا پایدار ارتباط بین افکار، احساسات، حافظه، هویت یا ادراک خود را از دست می‌دهد یا آنها را به صورت جداگانه تجربه می‌کند. این حالت معمولاً به عنوان سازوکاری برای مقابله با فشارهای شدید یا آسیب‌های روانی به‌وجود می‌آید و می‌تواند از احساس جدا شدن از واقعیت (مثل تجربه «خارج از بدن بودن» یا «بیگانگی») تا فراموشی‌های گسترده درباره اتفاقات مهم متغیر باشد (۱۴). هیگینز[5] (۱۵) خودگسستگی را به عنوان شکاف یا جدایی در تجربه‌های ذهنی و شناختی تعریف می‌کند که باعث می‌شود فرد در یکپارچگی شناختی و عاطفی خود دچار تداخل شود. او باور دارد که خودگسستگی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم روانی دفاعی عمل کند که به فرد کمک می‌کند از فشار یا درد عاطفی شدید دوری کند، اما اگر بیش از حد یا نادرست به کار

1. Stuttering
2. self-efficacy Beliefs
3. Johnson
4. self-discrepancy
5. Higgins

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

گرفته شود، می‌تواند باعث اختلال در عملکرد روانی شود. او این سازه را به سه دسته تقسیم می‌کند که شامل خودواقعی، خودایدئال و خودبایسته است. خود واقعی، خصیصه‌هایی است که شخص خاصی (خودتان یا دیگری) معتقد است در شما وجود دارد. خود ایدئال دربرگیرنده آرزوها و امیدهای فرد است و خود بایسته شامل همان وجدان و وظایفی می‌شود که فرد نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت می‌کند و دربرگیرنده احساس اخلاق، التزام و تکلیف در افراد است (۱۶). هیگینز (۱۵) اختلاف بین این سه حالت خود را با عنوان خودگسستگی معرفی می‌کند که از عواملی نظیر مسائل فردی، درونی، خانوادگی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. خودگسستگی متغیری برای خودارزشیابی رفتار و رهنمودی برای خودتنظیمی در فرد است. در واقع افراد با ارزیابی فاصله بین خود واقعی با خودایدئال و فاصله خود واقعی با خود بایسته به اطلاعاتی دست می‌یابند که بر اساس آن می‌توانند به ارزشیابی و خودتنظیمی اقدام کنند. اختلاف و گسستگی بین خودواقعی و ایدئال باعث افسردگی، غمگینی و اضطراب در فرد می‌شود در حالی که اختلاف و شکاف کمتر بین خودایدئال و واقعی، سلامت روانی بهتر و افزایش امید را برای فرد به ارمغان می‌آورد (۱۷).

یکی از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی نوجوانان دارای لکنت زبان می‌تواند مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت[1] است. درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان یک رویکرد روان‌درمانی نوین در دهه‌های اخیر مطرح شده است. این رویکرد بر تقویت دستگاه‌های روانی مرتبط با شفقت، خودمهربانی و کاهش خودانتقادی تمرکز دارد. اصول پایه در این رویکرد به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۸). بر اساس الگوی آموزش ذهن شفقت‌ورز[2] که توسط گیلبرت در سال ۲۰۰۹ ارائه شده است، درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از تصاویر ذهنی، تفکر شفقت‌آمیز، رفتارهای مشفقانه و احساسات شفقت‌آمیز، با خود و دیگران ارتباط برقرار کنند. الگوی ذهن متمرکز بر شفقت به‌طور خاص بر سه نظام مهم روان‌شناختی تمرکز دارد: نظام تهدید، نظام جست‌وجوی پاداش و نظام آرامش. در این الگو، هدف این است که افراد یاد بگیرند چگونه از نظام آرامش استفاده کنند تا از خودانتقادی کاسته و به جای آن با خود مشفق و مهربان‌تر باشند (۱۹). این رویکرد به‌ویژه برای افرادی با خودانتقادی بالا، مانند دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، که ممکن است در مواجهه با چالش‌های ارتباطی احساس بی‌کفایتی کنند، مفید است. افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۰). دو هدف درمان متمرکز بر شفقت کاهش خصومت فرد و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی است که می‌توانند به عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های درمانی متمرکز بر شفقت بر روی ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز است (۲۱). لازم به ذکر است تاکنون در کشور اثربخشی این درمان بر مشکلات دانش‌آموزان دارای لکنت زبان مورد بررسی قرار نگرفته است. این موضوع جنبه نوآوری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. همچنین با توجه به مبانی نظری موجود نتایج این پژوهش می‌تواند در راستای کمک به دانش‌آموزان دارای لکنت مفید و سودمند باشد؛ بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است آیا درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم دارای لکنت زبان اثربخش است؟

1. Compassion -Focused Therapy (CFT)
2. Compassion Mind Training (CMT)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: این پژوهش یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی[1] از نوع طرح خط پایه چندگانه[2] است. این روش ابزار پژوهشی مناسبی برای کارهای عملی-بالینی در به‌کارگیری تعیین اثربخشی الگوهای درمانی-آموزشی است (۲۲). این طرح تحقیق امکان مقایسه میزان افزایش و بهبودی شرکت‌کنندگان در طی آموزش و بین شرکت‌کنندگان دیگر نسبت به خط پایه تدارک دیده شده است.

آزمودنی‌ها: جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دورهٔ متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ شهر اهواز، که دارای لکنت زبان بوده و در پرسش‌نامهٔ باورهای خودکارآمدی نمرهٔ پایین و در مقیاس خودگسستگی نمرهٔ بالایی کسب کرده‌اند، می‌باشد. در این پژوهش با توجه به محدود بودن جامعهٔ آماری، چهار دانش‌آموز به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) تحصیل در دوره متوسطه دوم، ۲) تشخیص داشتن لکنت زبان، ۳) نداشتن هر گونه برنامهٔ درمانی همزمان با مداخله، ۴) رضایت دانش‌آموز و والدین برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل: ۱) شرکت نامنظم در کلاس‌های آموزشی، ۲) مصرف داروهایی برای درمان لکنت زبان، ۳) مشارکت‌های قبلی در برنامه‌های درمانی مرتبط با لکنت زبان.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	پایه	سابقه مصرف دارو یا روان‌درمانی	شروع لکنت	رشته تحصیلی
اول	۱۸	دوازدهم	ندارد	۶ سالگی	علوم تجربی
دوم	۱۷	یازدهم	ندارد	۵ سالگی	علوم انسانی
سوم	۱۷	یازدهم	ندارد	۷ سالگی	علوم تجربی
چهارم	۱۶	دهم	ندارد	۶ سالگی	ریاضی فیزیک

ابزار

۱. پرسش‌نامه باورهای خودکارآمدی[3]: این پرسش‌نامه توسط شرر[4] و همکاران (۲۳) طراحی شد و دارای ۱۷ گویه است که آزمودنی بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به آن پاسخ می‌دهد. نمرات بالاتر خودکارآمدی قوی‌تر و نمره‌های پایین‌تر بیان‌گر خودکارآمدی ضعیف‌تری است. به‌منظور تعیین روایی و پایایی مقیاس، شرر (۲۲)، اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۷۶ ذکر کرده است.

۲. مقیاس خودگسستگی[5]: این پرسش‌نامه توسط هیگینز (۲۴) ساخته شد و دارای ۳۹ گویه است. مقیاس اندازه‌گیری «فاصله‌های خود» که به نام مقیاس خودگسستگی نامیده شده بر اساس نظریهٔ «فاصله‌های خود» ساخته شده است (۲۵). روایی این پرسش‌نامه ۰/۷۸، ضریب آلفا برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۹ و برای ماده‌های خودواقعی، خودایدئال و خود بایسته به‌ترتیب ۰/۴۸، ۰/۶۷ و ۰/۶۲ است. همچنین پایایی ابزار به روش بازآزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۵ و برای ماده‌های خودواقعی، ایدئال و بایسته به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۳ و ۰/۵۸ گزارش شده است (۱۳).

1. Single Case Experimental Design
2. Multiple-baseline Design
3. General Self-Efficacy (GSE)
4. Sherer
5. Self-Discrepancy Scale

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

روش اجرای پژوهش

شرکت‌کنندگان از میان دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم دارای لکنت زبان شهر اهواز انتخاب شدند. برای اجرای این پژوهش، اداره آموزش‌وپرورش ناحیه ۴ اهواز به‌صورت تصادفی ساده جهت انجام پژوهش انتخاب شد. سپس طی یک فراخوان به مدارس پسرانه متوسطه دوم از طریق مشاور مدرسه و در گروه‌های فضای مجازی، دانش‌آموزان داوطلب از سوی مدارس به مرکز مشاوره ترنم وابسته به آموزش‌وپرورش ناحیه ۴ ارجاع داده شدند. پس از شناسایی و توجیه دانش‌آموزان در مورد نحوهٔ شرکت در پژوهش و با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و کسب رضایت از آنها و والدین‌شان جهت شرکت در جلسه‌های آموزشی، ملاک‌های ورود و خروج بررسی شدند. جهت تشخیص داشتن لکنت زبان از یک کارشناس گفتار درمانگر دارای پروانه اشتغال کمک گرفته شد. پس از آن دانش‌آموزان به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداخته و دانش‌آموزانی که نمره پایینی در پرسش‌نامه باورهای خودکارآمدی و نمرهٔ بالا در مقیاس خودگسستگی کسب کرده‌اند به‌عنوان نمونه پژوهش و واجد شرایط ورود انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌طور همزمان به مرحله خط پایه وارد و پس‌از سه هفته وارد مرحله درمان شدند. در زمان اجرای جلسه‌های درمانی، پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۲، ۴، ۶، ۷ و ۸ توسط شرکت‌کنندگان تکمیل و پس‌از پایان جلسات درمانی دو بار، با فاصله هر ماه یک بار مرحله پیگیری انجام شد. لازم به ذکر است همه مراحل، تکمیل پرسش‌نامه‌ها و جلسه‌های درمانی، به‌صورت فردی انجام گرفت.

محتوا و مداخلات و تمرین‌های به‌کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب‌های «درمان متمرکز بر شفقت» تألیف گیلبرت[1] ترجمهٔ اثباتی و فیضی (۲۶) و «درمان متمرکز بر شفقت به زبان ساده» تألیف کولتز ترجمهٔ خلعتبری و همکاران (۲۷) در ۸ جلسهٔ نود دقیقه‌ای و به صورت هفتگی انجام گرفت. خلاصه محتوای طرح درمانی به شرح زیر است:

جدول ۲. جلسه‌های درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه و مداخلات
اول	مفهوم‌سازی موردی	ایجاد رابطهٔ درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی متمرکز بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
دوم	معرفی دستگاه‌های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش معرفی سه دستگاه تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام دستگاه هیجانی فعال‌تر است؟
سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوهٔ اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به‌عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش) تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه

1. Gilbert

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه و مداخلات
چهارم	آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح این موضوع که برای اینکه مراجع به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
پنجم	مهارت‌های شفقت: استدلال مشفقانه توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش. استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویرسازی خودِ مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: مراجع چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خودِمشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.
ششم	تصویرسازی مشفقانه تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه دستگاه تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج.
هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش پیش‌از هر تمرین. تمرین شفقت نسبت به دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین به او داده بنویسد. متمرکز کردن خودِ مشفق به سمت دیگران. تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله دربارهٔ حسی که این تمرین به او داده بنویسد. تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفقِ ایدئال و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
هشتم	رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسهٔ پیش. توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی جلسه‌های گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آنها. تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کن،؛ نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از روش ترسیم دیداری (تحلیل نمودار گرافیک)، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شده است. درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت شرکت‌کنندگان در کاهش مشکلات آماجی است. در فرمول درصد بهبودی، نمره فرد در پیش‌آزمون، از آخرین نمره فرد در پس‌آزمون کم شد و حاصل بر

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

نمره پیش‌آزمون تقسیم و در عدد صد ضرب می‌شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ درصد باشد، می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار دانست (۲۸). همچنین رایج‌ترین شاخص به کار رفته در اندازه اثر، d کوهن[1] است که برای محاسبه آن تفاضل میانگین جلسات درمان از میانگین خط پایه بر انحراف استاندارد کل تقسیم می‌شود. کوهن (۱۹۸۸) برای تفسیر این شاخص مقدار ۰/۲ را به‌عنوان اندازه اثر کوچک، ۰/۵ به‌عنوان اندازه اثر متوسط و ۰/۸ و بالاتر را به‌عنوان اندازه اثر بزرگ در نظر گرفت (۲۹).

یافته‌ها

روند تغییر نمرات چهار شرکت‌کننده در متغیرهای باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. روند تغییر نمرات چهار شرکت‌کننده در متغیرهای باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی

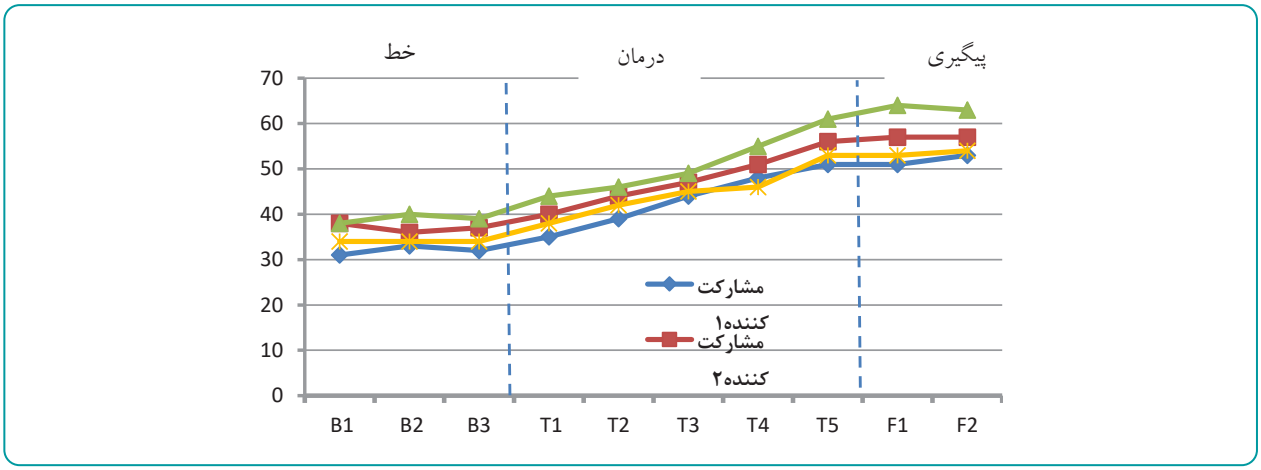
مراحل درمان	باورهای خودکارآمدی				خودگسستگی			
	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده چهارم
	خط پایه				خط پایه			
خط پایه اول	۳۱	۳۸	۳۸	۳۴	۱۵۶	۱۵۱	۱۵۸	۱۶۰
خط پایه دوم	۳۳	۳۶	۴۰	۳۴	۱۵۶	۱۵۲	۱۵۹	۱۵۹
خط پایه سوم	۳۲	۳۷	۳۹	۳۴	۱۵۷	۱۵۲	۱۵۷	۱۵۸
میانگین مرحله پایه	۳۲	۳۷	۳۹	۳۴	۱۵۶/۳۳	۱۵۱/۶۶	۱۵۸	۱۵۹
	درمان				درمان			
جلسه دوم	۳۵	۴۰	۴۴	۳۸	۱۴۵	۱۳۹	۱۴۹	۱۴۴
جلسه چهارم	۳۹	۴۴	۴۶	۴۲	۱۲۳	۱۲۰	۱۳۴	۱۳۲
جلسه ششم	۴۴	۴۷	۴۹	۴۵	۱۰۲	۱۱۱	۱۱۹	۱۲۵
جلسه هفتم	۴۸	۵۱	۵۵	۴۶	۸۳	۹۴	۱۰۱	۱۰۲
جلسه هشتم	۵۱	۵۶	۶۱	۵۳	۷۰	۸۱	۷۸	۸۲
میانگین مرحله درمان	۴۳/۴۰	۴۷/۶۰	۵۱	۴۴/۸۰	۱۰۴/۶	۱۰۹	۱۱۷	۱۱۸/۴
اندازه اثر	۲/۳۹	۲/۳۳	۲/۳۵	۲/۶۷	۲/۳۴	۲/۳۱	۱/۸۵	۱/۹۹
درصد بهبودی پس از درمان	۵۹/۳۷	۵۱/۳۵	۵۶/۴۱	۵۵/۸۸	۵۵/۲۲	۴۶/۵۹	۵۰/۰۶	۴۸/۴۲
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۵۵/۷۵	۵۰/۰۷						
	پیگیری				پیگیری			
پیگیری نوبت اول (۱ ماهه)	۵۱	۵۷	۶۴	۵۳	۷۲	۸۰	۷۸	۷۸
پیگیری نوبت دوم (۲ماهه)	۵۳	۵۷	۶۳	۵۴	۷۰	۷۸	۷۸	۸۰
میانگین مرحله پیگیری	۵۲	۵۷	۶۲	۵۳/۵	۷۱	۷۹	۷۸	۷۹
درصد بهبودی پس از پیگیری	۶۲/۵	۵۴/۰۵	۵۸/۹۷	۵۷/۳۵	۵۴/۵۸	۴۷/۹۰	۵۰/۰۶	۵۰/۳۱
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۵۸/۲۱	۵۰/۷۱						

1. Chohen's d

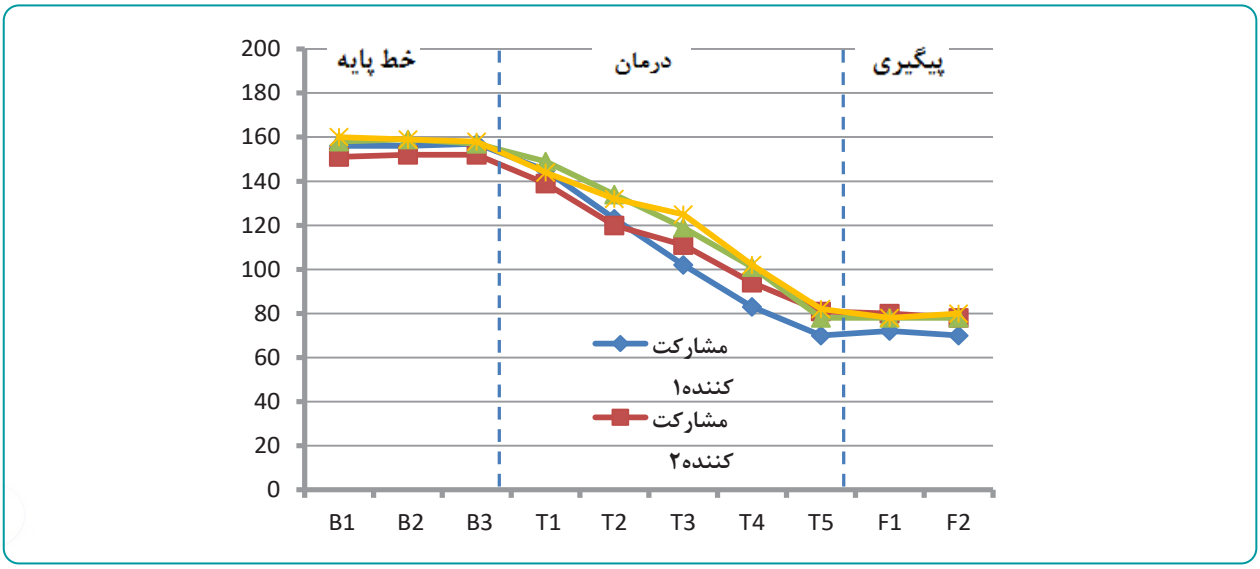
[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود میانگین نمرات متغیر باورهای خودکارآمدی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری برای چهار شرکت‌کننده روند افزایشی را نشان می‌دهد و برای متغیر خودگسستگی کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از درمان این چهار شرکت‌کننده در متغیر باورهای خودکارآمدی به ترتیب، ۵۹/۳۷ ، ۵۱/۳۵، ۵۶/۴۱و ۵۵/۸۸ (با درصد بهبودی کلی ۵۵/۷۵) و در مرحله پیگیری به‌ترتیب ۶۲/۵، ۵۴/۰۵ ، ۵۸/۹۷ و ۵۷/۳۵ (با درصد بهبودی کلی ۵۸/۲۱) می‌باشد. همچنین درصد بهبودی پس از درمان شرکت‌کنندگان در متغیر خودگسستگی به ترتیب، ۵۵/۲۲، ۴۶/۵۹، ۵۰/۰۶، ۴۸/۴۲ با درصد بهبودی کلی ۵۰/۰۷ و در مرحله پیگیری به‌ترتیب ۵۴/۵۸، ۴۷/۹۰ ، ۵۰/۰۶ و ۵۰/۲۱ با درصد بهبودی کلی ۵۰/۷۱ می‌باشد که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد[1] (۲۸) میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برای دو متغیر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی در مرحله درمان و پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد. میزان اندازهٔ اثر چهار شرکت‌کننده در باورهای خودکارآمدی به ترتیب ۲/۳۹، ۲/۳۳، ۲/۳۵ و ۲/۶۷ و در خودگسستگی ۲/۳۴،

نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های باورهای خودکارآمدی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



نمودار۲. روند تغییر نمره‌های خودگسستگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری



1. Blanchard

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

۲/۳۱، ۱/۸۵ و ۱/۹۹ می‌باشد که با توجه به تفسیر اندازه اثر کوهن (۲۹) برای هر دو متغیر به‌عنوان اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود. در نمودار ۱، سطح نمرات باورهای خودکارآمدی هر چهار شرکت‌کننده در مرحلهٔ مداخله و پیگیری نسبت به مرحلهٔ خط پایه افزایش یافته است و در نمودار ۲، سطح نمره‌های خودگسستگی چهار شرکت‌کننده در مرحلهٔ مداخله و پیگیری نسبت به مرحلهٔ خط پایه کاهش یافته است. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش باورهای خودکارآمدی و کاهش خودگسستگی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی دانش‌آموزان متوسطه دوم دارای لکنت زبان انجام گرفت. نتایج حاصل نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش باورهای خودکارآمدی اثر معناداری داشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های نف (۳۰)، لوپز[1] و همکاران (۳۱)، موریس و پتروچی[2] (۳۲)، پرز- بلاسکو[3] و همکاران (۳۳) و هُمن و سبارا[4] (۳۴) همسو است.

باور خودکارآمدی به احساس فرد از توانایی خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک وظیفه یا هدف خاص اشاره می‌کند. افراد دارای لکنت زبان اغلب احساس می‌کنند که در توانایی‌های زبانی خود ناتوان هستند و این احساس می‌تواند به کاهش باور خودکارآمدی منجر شود. درمان متمرکز بر شفقت به‌ویژه با ارائه رویکردی مبتنی بر پذیرش و مهربانی به خود، می‌تواند به بهبود این باورها کمک کند. شفقت به خود به فرد این امکان را می‌دهد که خود را بدون انتقادهای منفی و قضاوت‌های سخت ارزیابی کند و در مواجهه با چالش‌ها به خود ترحم نکند. در مورد دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، شفقت به آن‌ها کمک می‌کند اشتباهات خود را با مهربانی بپذیرند و این پذیرش خود به افزایش اعتماد به نفس و باور به توانایی‌های شخصی کمک می‌کند (۳۰). پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند شفقت به خود به‌منزلهٔ یک عامل روانی مثبت، می‌تواند باعث افزایش باور خودکارآمدی در افراد با مشکلات مختلف از جمله مشکلات زبانی شود (۳۲). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند به‌جای ترس از شکست و اشتباهات، آن‌ها را به‌عنوان فرصتی برای یادگیری ببینند. این رویکرد به‌طور خاص برای دانش‌آموزان دارای لکنت زبان مفید است زیرا آن‌ها ممکن است در مواقعی که نمی‌توانند به‌طور کامل ارتباط برقرار کنند، احساس شکست کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد با سطوح بالاتر از شفقت به خود تمایل دارند که در مواجهه با شکست‌ها، تاب‌آوری بیشتری نشان دهند و از چالش‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد استفاده کنند (۳۴). این تاب‌آوری می‌تواند به دانش‌آموزان کمک کند تا باورهای خودکارآمدی خود را تقویت کنند و به احساس توانمندی بیشتری در موقعیت‌های مختلف برسند. دانش‌آموزان دارای لکنت زبان از ترس قضاوت شدن یا عدم توانایی در برقراری ارتباط، از صحبت کردن در جمع خودداری می‌کنند. این اضطراب می‌تواند به کاهش باور خودکارآمدی منجر شود، چون فرد به‌طور ناخودآگاه خود را از دیگران ناتوان‌تر می‌بیند. درمان متمرکز بر شفقت به این دانش‌آموزان کمک می‌کند به‌جای سرزنش خود به‌خاطر لکنت، خود را بوسیلهٔ مهربانی و درک درمان کنند. در این باره پژوهش پرز- بلاسکو، مارتینز- سانچز و گوتیرز (۲۰۲۰) نشان داد شفقت به خود می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش اضطراب اجتماعی و تقویت اعتماد به نفس داشته باشد. این بهبود در اضطراب اجتماعی به‌طور مستقیم با افزایش باور خودکارآمدی در این دانش‌آموزان ارتباط دارد. به این ترتیب، دانش‌آموزان می‌توانند به‌طور مؤثری با موقعیت‌های اجتماعی مواجه شوند و توانایی‌های خود

1. López, Garcia & Pérez
2. Muris & Petrocchi
3. Pérez-Blasco, Martínez-Sánchez & Gutiérrez
4. Homan & Sbarra

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

را بیشتر بشناسند. همچنین در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند نه تنها به خود شفقت ورزند بلکه این شفقت را در روابط خود با دیگران نیز اعمال کنند. برای دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، این به معنای ایجاد روابط اجتماعی مثبت با همکلاسی‌ها و معلمان است. ایجاد روابط مثبت و حمایتگر می‌تواند به کاهش احساس انزوا کمک کند و پذیرش اجتماعی بیشتری را برای این دانش‌آموزان فراهم آورد. لوپز و همکاران (۳۱) به این یافته دست یافتند که شفقت به خود می‌تواند افراد را به ایجاد روابط اجتماعی سالم‌تر و حمایتی‌تر ترغیب کند. این روابط اجتماعی می‌توانند به تقویت باورهای خودکارآمدی کمک کنند، زیرا دانش‌آموزان احساس می‌کنند که در میان دیگران پذیرفته و محترم هستند.

همچنین بر اساس نتایج این پژوهش مشخص شد درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خودگسستگی دانش‌آموزان دارای لکنت زبان اثر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های نِف[1] (۳۰)، موریس و پتروچی (۳۲)، کِلی و همکاران[2] (۳۵) و سمیکس و همکاران[3] (۳۶) هماهنگ است. در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت یکی از ابعاد مهم درمان متمرکز بر شفقت، کاهش خودگسستگی است، به‌ویژه در افرادی که احساس می‌کنند باید به یک استاندارد ایدئال برسند و در مقایسه با دیگران نقص‌هایی دارند. دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، به‌ویژه در زمینه‌های اجتماعی و ارتباطی، ممکن است احساس کنند که با همتایان خود تفاوت دارند و از این جهت احساس بی‌کفایتی کنند. این شکاف‌ها در خود، به افزایش اضطراب، شرم و کاهش اعتماد به نفس منجر می‌شود. شفقت به خود به این افراد کمک می‌کند تا خود را همان‌طور که هستند بپذیرند و این به‌طور خاص در درمان‌های متمرکز بر شفقت بسیار مؤثر است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شفقت به خود می‌تواند فاصله بین خود واقعی و خود ایدئال را کاهش دهد و باورهای منفی در مورد خود را تعدیل کند (۳۵). افراد دارای لکنت زبان ممکن است احساس کنند که از دیگران کم‌تر هستند یا برای موفقیت به‌طور خاصی تلاش می‌کنند. این احساسات می‌توانند شکاف‌های خودگسستگی را افزایش دهند. در درمان متمرکز بر شفقت، تأکید بر پذیرش خود به‌عنوان فردی با تمام ویژگی‌ها و نقص‌هاست. این پذیرش می‌تواند باعث تقویت احساس شایستگی و ارزش فردی شود. پژوهش موریس و پتروچی (۳۲) نشان داد که شفقت به خود نه تنها به کاهش احساس بی‌کفایتی بلکه به تقویت احساس شایستگی و اعتماد به نفس در افراد کمک می‌کند. در نتیجه، این تقویت شایستگی به کاهش خودگسستگی و افزایش باورهای خودکارآمدی در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان کمک می‌کند. از مشکلات عمده دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، ترس از اشتباه کردن و قضاوت شدن در هنگام صحبت کردن است. این ترس می‌تواند احساس شکست و بی‌کفایتی ایجاد کند. در درمان متمرکز بر شفقت، به افراد یاد داده می‌شود که اشتباهات را به‌عنوان بخشی از فرایند طبیعی یادگیری بپذیرند. این تغییر نگرش باعث می‌شود فرد به‌جای تمرکز بر اشتباهات خود، از آن‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد و پیشرفت استفاده کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد با سطوح بالاتری از شفقت به خود، تمایل دارند تا شکست‌ها را با دیدی مثبت‌تر و سازنده‌تر ببینند، که می‌تواند به تقویت باور به توانایی‌های خود و کاهش شکاف‌های خودگسستگی کمک کند (۳۶). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد یاد می‌گیرند به‌جای تمرکز بر نقص‌ها و کمبودهای خود، روی پیشرفت‌های کوچک و دستاوردهای روزمره تمرکز کنند. این رویکرد به‌ویژه در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان مهم است، زیرا این افراد ممکن است به‌دلیل ترس از شکست از برقراری ارتباط خودداری کنند. اما وقتی که شفقت به خود به‌عنوان یک ابزار تقویت‌کننده معرفی می‌شود، انگیزهٔ بیشتری برای تلاش برای دستیابی به اهداف ارتباطی و اجتماعی خود پیدا می‌کنند. این نگرش به نوبه خود می‌تواند شکاف‌های خودگسستگی را کاهش دهد و انگیزه برای پیشرفت را تقویت کند (۳۰).

1. Neff
2. Kelly, Zuroff & Shapira
3. Smeekes, Jetten & Spears

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

پیشنهاد می‌شود پژوهشی طراحی شود که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در مقایسه با روش‌های دیگر درمانی مانند درمان‌های رفتاری-شناختی یا درمان‌های رفتاری به‌ویژه لکنت زبان مورد بررسی قرار دهد. این کار می‌تواند به پژوهشگران کمک کند نقاط قوت و ضعف این درمان در برابر روش‌های دیگر را شفاف‌سازی کنند. پیشنهاد دیگر اینکه تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر باورهای خودکارآمدی و خودگسستگی در دانش‌آموزان با درجات مختلف لکنت زبان (از خفیف تا شدید) مقایسه شود. اجرای این کار نشان می‌دهد که کدام گروه از دانش‌آموزان بیشترین بهره را از این درمان می‌برند. همچنین با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان پیشنهاد کرد آموزش‌های مرتبط با شفقت به‌عنوان بخشی از برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی در مدارس برای دانش‌آموزان دارای لکنت زبان، به‌ویژه در مدارس با دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه، گنجانده شود. آموزگاران و مشاوران مدرسه دوره‌هایی برای آموزش شیوه‌های درمان متمرکز بر شفقت دریافت کنند. این امر می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا در برخورد با دانش‌آموزان دارای لکنت زبان با رویکردی همدلانه و شفقت‌آمیز عمل کنند. این مطالعه محدودیت‌هایی داشت. به‌دلیل نوع پژوهش، محدودیت‌های زمانی و منابع مالی، حجم نمونه کم بود که این امر می‌تواند به اعتبار نتایج آسیب بزند و توان تعمیم آن‌ها به جمعیت‌های بزرگتر را محدود کند. همچنین، ارزیابی‌های مکرر از طریق پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های اجتماعی یا تمایلات فردی (مثل میل به ارائه پاسخ‌های مثبت) قرار گیرد.

درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌طور مطلوبی به افزایش باورهای خودکارآمدی و کاهش خودگسستگی در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان کمک کند. این درمان از طریق کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش خود، تقویت تاب‌آوری، تغییر نگاه به اشتباهات و افزایش انگیزه و بهبود روابط اجتماعی به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا خودشان را به‌عنوان فردی توانمند و شایسته در نظر بگیرند، خود را به‌طور مثبت‌تری ارزیابی کنند و شکاف‌های موجود بین خود واقعی و خود ایدئال را کاهش دهند. این درمان به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های مرتبط با لکنت زبان، به خودشان از منظر مهربانی و حمایت‌گرانه نگاه کنند و نسبت به خود کمتر قضاوت منفی داشته باشند. تکنیک‌های این درمان می‌توانند به مهارت‌های زندگی سالم‌تر تبدیل شوند که به‌طور مداوم به افراد دارای لکنت زبان در برخورد با چالش‌ها کمک می‌کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه سپاس‌گزاری می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع مالی، سازمانی یا اخلاقی در انجام این پژوهش وجود نداشته است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

References

1. Smith A, Weber C. Developmental stuttering: etiology, neuroscience, and clinical interventions. J Speech Lang Hear Res. 2020;63(2):350-66. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-00284
2. Kumar R, Singh P. Biological and psychological factors influencing stuttering in adolescents: a review. Front Psychol. 2021;12:678953. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678953
3. Chen Y, Lee S. Environmental factors affecting stuttering severity among middle school students. Commun Disord Q. 2023;44(1):23-35. https://doi.org/10.1177/15257401221106177
4. Harrison EM, Wilson D. The impact of stuttering on children's emotional and social development. J Commun Disord. 2020;81:105939.https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.105939
5. Menzies RG, O'Brian S. The effectiveness of psychological treatments for stuttering: a systematic review. J Speech Lang Hear Res. 2018;61(2):365-81. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0313
6. Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. J Anxiety Disord. 2009;23(7):928-34. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003
7. Craig A, Blumgart E, Tran Y. Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. J Speech Lang Hear Res. 2011;54(6):1485-96. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304)
8. Carter A, Breen L, Yaruss JS, Beilby J. Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. J Fluency Disord. 2017;54:14-23. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.004
9. Green RA, Morrissey SA, Conlon EG. The values and self-efficacy beliefs of postgraduate psychology students. Aust J Psychol. 2017;11:1-10.
10. De Oliveira Barbosa R, Castilho dos Santos G, da Silva JM, de Souza Silva TM, Dias PHG, Correa RC, et al. Does autonomous motivation and self-efficacy mediate associations between environmental factors and physical activity in adolescents?. BMC Psychol. 2024;12(1):548. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02055-3
11. Gümüş S, Kaya S. The mediating role of academic self-efficacy in the relationship between student engagement and academic motivation in science and mathematics. Front Educ. 2024;9:1313055. https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1313055
12. Johnson CA, Gerwin KL, Tichenor SE, Boyle MP, Walsh B. Evaluating stuttering self-stigma and its relationship to adverse impact in children and adolescents with the Child Stuttering Self-Stigma Scale. J Speech Lang Hear Res. 2024;67(9):2920-34. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-24-00069
13. Solomon-Krakus S, Sabiston CM, Brunet J, Castonguay AL, Maximova K, Henderson M. Body image self-discrepancy and depressive symptoms among early adolescents. J Adolesc Health. 2017;60(1):38-43. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.024
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
15. Higgins I. The dissociative experiences scale: factor structure and association with trauma. J Trauma Dissociation. 1995;6(2):25-45.
16. Tomsett E. Positives and negatives: reclaiming the female body and self-deprecation in stand-up comedy. Comedy Stud. 2018;9(1):6-18. https://doi.org/10.1080/2040610X.2018.1437167
17. Barnett MD, Womack PM. Fearing, not loving, the reflection: narcissism, self-esteem, and self-discrepancy theory. Pers Individ Dif. 2015;74:280-4. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.032
18. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6-41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043
19. Gilbert P. The compassionate mind: a new approach to life's challenges. New York: New Harbinger Publications; 2009.
20. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Aust Clin Psychol. 2017;3(1):1743.
21. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. Brain Impair. 2011;12(2):128-39. https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128
22. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cogn Behav Pract. 2009;16(4):430-42. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]

23. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scales: construction and validation. Psychol Rep. 1982;51. https://doi.org/10.1037/t01119-000
24. Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. Psychol Rev. 1987;94:319-40. https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319
25. Kelly RE, Mansell W, Wood AM. Goal conflict and well-being: a review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy and self-concordance. Pers Individ Dif. 2015;85:212-29. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.011
26. Gilbert P. Compassion-focused therapy. Esbati M, Feizi A, translators. 1st ed. Tehran: Ibn Sina Publications; 2016. [Persian]
27. Koltz R. Compassion-focused therapy in plain language. Khalatbari J, Tamdoni M, Berghandan S, translators. 1st ed. Tehran: Danjeh Publications; 2019. [Persian]
28. Hamidpour H. The importance of methodology in behavioral-cognitive research. Baztab Danesh. 2008;3:49-56. [Persian]
29. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Routledge; 1988.
30. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Soc Pers Psychol Compass. 2011;5(1):1-12. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.
31. López LC, Garcia EA, Pérez LA. Self-compassion as a predictor of social acceptance: evidence from adolescents in social and academic settings. Pers Individ Dif. 2021;173:110582. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110582.
32. Muris P, Petrocchi N. Self-compassion and mental health outcomes in adolescents: a systematic review. Psychol Res Behav Manag. 2022;15:245-63. doi: 10.2147/PRBM.S324509.
33. Pérez-Blasco J, Martínez-Sánchez F, Gutiérrez M. Self-compassion and anxiety: a meta-analysis. Psychol Rep. 2020;123(2):465-88. https://doi.org/10.1177/0033294120930998.
34. Homan KJ, Sbarra DA. The impact of self-compassion on psychological well-being in individuals with speech impairments. J Cogn Enhanc. 2021;5(2):112-28. https://doi.org/10.1007/s41465-021-00212-7.
35. Kelly AC, Zuroff DC, Shapira LB. Self-compassion and emotional regulation: a review of the literature. Pers Soc Psychol Rev. 2021;25(1):31-50. doi: 10.1177/10888683211007132.
36. Smeekes A, Jetten J, Spears R. The role of self-compassion in coping with social rejection: an exploration of the buffering effects of self-compassion in adolescents. J Adolesc. 2021;87:87-99. doi: 10.1016/j.adolescence.2021.01.005

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-06-30]