

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر شادزیستی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر

### The Effectiveness of Self-Compassion Treatment on Happiness and Resiliency of Students with High-Risk Behaviors

**Jasem Bahramian \***

M.A in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

[j.bahramian@gmail.com](mailto:j.bahramian@gmail.com)

**Dr. Abbas sami**

PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

**Davod Hajkhodadadi**

PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

جاسم بهرامیان (نویسنده مسئول)

کارشناس‌ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

دکتر عباس سامی

دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

داود حاج‌خدادادی

دانشجوی دکترای مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

#### Abstract

The purpose of this study was to determine the Many factors are involved in the risky behaviors of students, including lack of skills to cope with difficult living conditions. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of self-compassion treatment on happiness and resiliency of students with high-risk behaviors. The design of this study is experimental and pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study consisted of all male high school students in Semrom who were selected by multistage cluster sampling and randomly divided into experimental and control groups (12 in each group). Self-compassion treatment was administered only to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes and the control group did not receive such intervention. The instruments used in this study were Iranian Students Risk Scale (IARS); Oxford Happiness Inventory (OHI) and Resiliency Scale (CD-RIS). Data were analyzed by covariance analysis. Self-compassion treatment was effective on the resiliency and happiness of students ( $p < 0.01$ ). Based on the results of the present study, the use of self-compassion treatment had a significant impact on the lives of students with high-risk behaviors and improved their resilience and happiness.

**Key words:** self-compassion treatment, Resilience, happiness, High-Risk Behaviors, Students.

#### چکیده

عوامل بسیاری در بروز رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان نقش دارد که از آن جمله می‌توان فقدان مهارت‌های لازم جهت نحوه روبرو شدن با شرایط دشوار زندگی را نام برد. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر شادزیستی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر انجام شد. طرح این پژوهش نیمه-آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر سمیرم بود که ۲۴ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرگروه ۱۲ نفر) جایگذاری شدند. برنامه درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی فقط برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اعمال شد و گروه کنترل چنین مداخله‌ای را دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس خطرپذیری دانش‌آموزان ایرانی (IARS)، پرسش‌نامه شادزیستی آکسفورد (OHI) و مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS) بود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر میزان تاب‌آوری و شادزیستی دانش‌آموزان اثربخش بوده است ( $p < 0.01$ ). براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت استفاده از درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، تاثیر مهمی بر زندگی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر داشته است و منجر به بهبود شادزیستی و تاب‌آوری این دانش‌آموزان گردیده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان خودشفقت‌ورزی، تاب‌آوری، شادزیستی، رفتار

پرخطر، دانش‌آموزان.

### مقدمه

نوجوانی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی هر انسان است. در این دوره از زندگی نیاز به خودمختاری و استقلال افزایش پیدا کرده و نوجوان در معرض بسیاری از تغییرات روانی و فیزیولوژیکی قرار می‌گیرد. فشارهای گروه دوستی و تمایل به امتحان کردن و تجربه چیزهای جدید در نوجوان افزایش پیدا می‌کند. شخصیت و هویت نوجوان در حال شکل‌گیری است و هنوز نیازمند دریافت اطلاعات و حمایت از محیط زندگی خود است. در این دوره از زندگی، نوجوان نیاز به یک محیط حمایت‌کننده، داشتن روابط گرم و مثبت و همچنین اجتماعی پویا دارد، تا از آسیب‌های احتمالی مصون بماند (میشائیل و بن‌زور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در دوره نوجوانی، نوجوان نقش‌ها و مسئولیت‌های جدیدی را می‌پذیرد و مهارت‌های اجتماعی را برای عهده‌دار شدن نقش‌ها و مسئولیت‌های تازه فرا می‌گیرد (هریس، دانکن و بویجولی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین میزان خطرپذیری در این دوره همانند دوره جوانی نسبت به دیگر دوره‌های سنی بالاتر است و در دوران سنین نوجوانی و جوانی گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر وجود دارد (شاملو، ۱۳۹۲؛ میکائیلی، گنجی و طالبی، ۱۳۹۲).

رفتارهای پرخطر به مجموعه رفتارهایی مانند استعمال سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه جنسی، خودکشی و خشونت گفته می‌شود که عموماً در سنین نوجوانی بروز می‌کند. این رفتارها به دو بخش تقسیم می‌شوند؛ بخش اول شامل رفتارهایی می‌شود که بروز آنها سلامت خود فرد را به خطر می‌اندازد و بخش دوم شامل رفتارهایی است که سلامت و تندرستی دیگر افراد جامعه را تهدید می‌کند. به عنوان رفتارهای پرخطری که برای خود فرد خطرناک است می‌توان مصرف الکل، مصرف سیگار و روابط جنسی نامین را نام برد و از جمله رفتارهای پرخطری که برای دیگران تهدیدکننده است، می‌توان به رفتارهای ضداجتماعی همانند دزدی، پرخاشگری، فرار از خانه و رفتارهای جنسی اشاره کرد (شاملو، ۱۳۹۲). نتایج چند پژوهش نشان می‌دهد که برخی از رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل، مصرف مواد مخدر و خودکشی نرخ بالایی در به خطر انداختن سلامت نوجوانان دارند (دیگل و مونسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). درگیری نوجوانان در رفتارهای پرخطر نه تنها کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد که حتی بر کیفیت زندگی آن‌ها در بزرگسالی و سالمندی نیز تاثیر می‌گذارد. همچنین رفتارهای پرخطر نه تنها برای فرد بلکه برای خانواده او و همچنین جامعه نیز پیامدهای منفی بسیاری دارد (گوداس و گیانودیس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

عوامل مختلفی در شخصیت و بروز رفتار نوجوانان تأثیرگذار است؛ یکی از این عوامل تاب‌آوری<sup>۵</sup> است. تاب‌آوری مفهوم روان‌شناختی است که توضیح می‌دهد چگونه افراد با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار می‌آیند و به معنای سرسختی در مقابل استرس، توانایی برگشت به حالت عادی و زنده ماندن و تلاش کردن در شرایط ناگوار است (میکائیلی، گنجی و طالبی، ۱۳۹۱). در واقع تاب‌آوری به معنای فرایند غلبه بر آثار منفی مواجهه با عوامل خطرناک، سازگاری با تجارب ناگوار و اجتناب از اثرات منفی عوامل خطرناک است. پژوهش کریمی، خباز، حبیبی و کریمیان (۱۳۹۰) نشان داد که میزان تاب‌آوری نوجوانان بزهکار از نوجوانان عادی پایین‌تر است. نکته کلیدی درباره مفهوم تاب‌آوری این است که نظریه تاب‌آوری درباره نوجوانان در معرض خطر، به جای توجه به نقایص، به توانمندسازی تمرکز می‌کند (محمدخانی، ۱۳۸۹). تاب‌آوری بیان‌گر مجموعه‌ای از عوامل محافظ (فردی، خانوادگی، اجتماعی) است که فرد را قادر می‌سازد تا در برابر تنش‌های زندگی مقاومت کند اما جنبه اختصاصی تاب‌آوری، شرایط خطرناک، تهدیدکننده و ناگواری است که فرد در آن به سر می‌برد که در نتیجه وجود این شرایط آماده و مستعد بسیاری از مشکلات شده ولی به دلیل دارا بودن ویژگی‌های تاب‌آوری از آسیب‌ها مصون می‌ماند. در واقع تاب‌آوری نسبت بین عوامل محافظ و زندگی در شرایط خطرناک است (ویلیامز، میتلزر، آرورا، چونگ و کورلین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). پژوهش‌های تاب‌آوری حاکی از این واقعیت است که برای عوامل خطر، قدرت پیش‌گویی‌کننده مطلق وجود ندارد (کیانی دهکردی، ۱۳۸۳). به عبارت دیگر تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان، امیری، قربانی و حمیدی، ۲۰۱۰). البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و می‌توان گفت توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است. از دیگر سو، به تاب‌آوری به عنوان یکی از عوامل محافظتی در مقابل عوامل خطرناک آینده توجه شده است (کانر و دیویدسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

<sup>1</sup> Michael & Ben-Zur

<sup>2</sup> Harris, Duncan & Boisjoly

<sup>3</sup> Dekel & Monson

<sup>4</sup> Goudas & Gianodous

<sup>5</sup> resiliency

<sup>6</sup> Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin

<sup>7</sup> Conner & Davidson

یکی از مولفه‌های تاثیرگذار در سلامت روان و قابل تامل بر دانش‌آموزان شادزیستی<sup>۱</sup> است. نشاط و شادمانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر تاثیرات عمیقی بر شخصیت افراد دارد. شاد بودن از اهمیت زیادی برای اکثر مردم برخوردار است و به‌عنوان یک هدف ارزشمند در اکثر جوامع است. شادزیستی در قالب شادی در هر گونه‌شناسی به عنوان پایه و اساس احساسات ظاهر می‌شود. شادزیستی اصولاً به‌عنوان یک حالت روان سالم و رفاه تعریف شده است که معمولاً با احساس خوب بودن و تجارب لذت‌بخش همراه است (کشاورز، مولوی و کلانتری، ۱۳۸۷). فروید (۱۹۷۸) اظهار کرده است که هیچ شکی نیست که در پی شادی بودن، بالاتر از همه اهداف دیگر زندگی فرد است. او شادی را به عنوان معیار تعالی در هنر زندگی تعریف کرده است (هاسناین، وزید و هاسان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). با توجه به آثاری که شادزیستی بر کیفیت زندگی و سلامت نوجوانان دارد، شناسایی عوامل مرتبط با آن‌ها برای ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان ضروری است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که شادزیستی مفهومی قابل بحث درباره دانش‌آموزان بوده و برخی درمان‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی بر مسائل روانی مرتبط با شادزیستی در دانش‌آموزان تاثیرگذار است (کشاورز، مولوی و کلانتری، ۱۳۸۷).

با در نظر گرفتن آن چه ذکر شد؛ ضرورت اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای سطح شادزیستی و تاب‌آوری و بدنبال آن بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر واضح و روشن است. یکی از روش‌های نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی<sup>۳</sup> است که اگرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌هاست که در فلسفه شرقی وجود دارد. درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی توسط پل گیلبرت<sup>۴</sup> در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی دارند. این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده متمرکز است (اشورث، گریسی و گیلبرت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر شفقت بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. براساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای هم‌پیوستگی، امنیت، تسکین‌بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت است (دپوه، مورونه و استروپنسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). دو هدف اساسی در رویکرد مبتنی بر شفقت شامل کاهش خصومت خود جهت داده و توسعه توانایی‌های فرد، جهت ایجاد احساس خود اطمینان‌بخشی، مهرورزی و خود آرامش‌بخشی است که می‌توانند به عنوان عامل موثری در برابر احساس تهدید عمل کنند. بخش بزرگ فعالیت‌های درمان متمرکز بر شفقت بر روی به وجود آوردن قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز هستند (دپوه و همکاران، ۲۰۰۵).

محور اصلی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی پرورش ذهن شفقت‌ورز است. در حقیقت، درمان‌گر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده‌اند که افراد با شفقت به خود در مقایسه با افراد فاقد شفقت به خود، از سلامت روانی بهتر و میزان تاب‌آوری بالاتری برخوردارند؛ برای نمونه شفقت به خود در افراد با افسردگی و اضطراب کم، بیشتر دیده می‌شود. شفقت به خود با توانایی‌های روان‌شناختی مثبت، از قبیل شادی، خوش‌بینی، خرد، کنجکاوی و کاوش و هوش هیجانی، ارتباط دارد (برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته، ۱۳۹۷).

در مطالعه‌های مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود شاخص‌های مرتبط با تاب‌آوری و شادزیستی بررسی و تأیید شده است. یافته‌های پترسون<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) در زمینه درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی نشان داد که این درمان بر میزان تاب‌آوری بر کمبودها و مشکلات در کودکان و نوجوانان موثر بوده است. نوری و شهابی (۱۳۹۶) نیز به این نتیجه دست یافتند که آموزش شفقت به خود به طور معناداری بر تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده در پژوهش موثر بوده است. پژوهش‌گران اظهار کرده‌اند که شادزیستی از عوامل درونی و بیرونی بی‌شماری تاثیر می‌پذیرد که خودشفقت‌ورزی از جمله عوامل درونی مرتبط با آن است (هولدر، کولمان و والاس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

<sup>1</sup> Happiness

<sup>2</sup> Hasanain, Wazid & Hasan

<sup>3</sup> self-compassion treatment

<sup>4</sup> Gilbert

<sup>5</sup> Ashworth, Gracey & Gilbert

<sup>6</sup> Depue, & Morrone-Strupinsky

<sup>7</sup> Petersen

<sup>8</sup> Holder, Coleman & Wallace

لینوتیت، هانلون، کولیوس، دوئل، آبراهام، پرتز و گاملی<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت باعث تغییر زیادی در سطوح افسردگی، عزت نفس و شادی، میزان متوسطی از تغییر مقیاسه اجتماعی و آسیب‌روانی کلی می‌شود. در همین راستا یافته‌های پژوهش فرزادیان و میردیکوند (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی موثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته (۱۳۹۷) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر اثربخش است، به طوری که درمان متمرکز بر شفقت در بعد سلامت جسمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشت. برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته (۱۳۹۷) در پژوهشی دیگر به این نتایج دست یافتند که شفقت‌درمانی بر شادزیستی و تمام ابعاد سازش‌یافتگی اثربخش بوده است. وانگ، چن، پون، تنگ و جین<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) طی پژوهشی نشان دادند که شفقت به خود سبب کاهش رفتارهای غیراخلاقی در افراد می‌شود. افشایی و ابویی (۱۳۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شفقت‌ورز بر کاهش خشم در نوجوانان که یکی از مولفه‌های رفتار پرخطر در دوره نوجوانی است اثربخش بوده است. نتایج حاصل از این مطالعات حاکی از این است که رفتار نامهربانانه و عدم شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (نفر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در حقیقت نف و جرمر<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند که افرادی که رتبه بالاتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند.

از آنجایی که بیشتر دانش‌آموزان زمان زیادی را در مدرسه سپری می‌کنند، بروز رفتارهای پرخطر و نحوه مهار آن یکی از دغدغه‌های اصلی مدارس و آموزش و پرورش به حساب می‌آید. از این‌رو ارتقای وضعیت روان‌شناختی نوجوانان از جمله توجه به رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی احتمالی می‌تواند برای بسیاری از درمان‌گران، مشاوران، اولیای مدرسه و عوامل آموزش و پرورش حائز اهمیت باشد. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده و اهمیت دوران نوجوانی و تحصیل به عنوان تاثیرگذارترین مراحل زندگی هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر شادزیستی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر است.

## روش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول در شهر سمیرم (استان اصفهان) که در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌داد. برای انتخاب نمونه مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که بعد از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش سمیرم از میان کلیه مدارس متوسطه اول سطح شهر دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس برای غربال‌گری و جمع‌آوری دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر از هر مدرسه سه کلاس (در مجموع ۱۵۰ نفر) انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس خطرپذیری دانش‌آموزان ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس ۲۴ دانش‌آموز دارای رفتار پرخطر که در مقیاس مذکور نمره بالای ۹۵ گرفته بودند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی اعمال شد ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در آخر از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در این پژوهش ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دارا بودن ملاک‌های رفتارهای پرخطر، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی دیگر، دامنه سنی حداکثر بین ۱۳ تا ۱۵ سال، مشغول به تحصیل بودن در دوره متوسطه اول و داشتن رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی، همکاری نکردن با درمان‌گر و عدم انجام تکالیف محوله توسط درمان‌گر بودند.

## ابزار سنجش

پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی<sup>۵</sup> (IARS): این پرسش‌نامه توسط زاده محمدی، احمدی و حیدری (۱۳۹۶) به منظور تعیین میزان شیوع و شناسایی عوامل محافظ و مشوق رفتارهای پرخطر ساخته شده است و دارای ۹۸ گویه است که براساس مقیاس

<sup>1</sup> Laithwaite, O'Hanlon, Collins, Doyle, Abraham, Porter & Gumley

<sup>2</sup> Wang, Chen, Poon, Teng & Jin

<sup>3</sup> Neff

<sup>4</sup> Neff & Germer

<sup>5</sup> Iranian Adolescents Risk-Taking Scale

لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به ارزیابی نظر پاسخ‌گویان می‌پردازد. این مقیاس دارای ۷ مؤلفه گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف و گرایش به رانندگی خطرناک است. ویژگی روان‌سنجی در نسخه هنجار شده در رابطه با تشخیص تفاوت بین گروه‌ها امیدوارکننده است. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط متخصصان مورد تایید قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ  $0/67$  گزارش شده‌اس. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. میزان اعتبار آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن در سطح مناسب و مطلوبی بود، به طوری که میزان اعتبار آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی  $0/983$ ، سیگار کشیدن  $0/931$ ، مصرف مواد مخدر  $0/906$ ، مصرف الکل  $0/907$ ، رابطه یا رفتار جنسی  $0/856$  و رابطه با جنس مخالف  $0/809$  بدست آمده است (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۶).

**مقیاس تاب‌آوری<sup>۱</sup> (CD-RIS):** برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای پنج مؤلفه‌ای شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن، کنترل و معنویت دارد که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل را برای مقیاس تاب‌آوری تایید کرده است، چون پایایی و روایی زیر مقیاس‌ها هنوز به طور قطع تایید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان صفر و حداکثر آن صد است. نتایج مطالعات مقدماتی پایایی و روایی این مقیاس را تایید کرده است کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است. برای اولین بار محمدی (۱۳۸۴) در ایران، این مقیاس را ترجمه و با اجرای آن بر روی ۷۱۸ مرد ۱۸ تا ۲۵ ساله در گروه‌های سالم و سوءمصرف‌کننده مواد مخدر آن را روان‌سنجی کرد. پایایی نسخه فارسی این مقیاس، با روش آلفای کرونباخ  $0/86$  گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴). میزان شاخص آلفای کرونباخ در این پژوهش  $0/83$  گزارش شده است که در حد قابل قبول و تایید کننده پایایی پرسش‌نامه است.

**پرسش‌نامه شادزیستی آکسفورد<sup>۲</sup> (OHI):** این پرسش‌نامه توسط آرجیل و لو<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) تهیه شده است که ۲۹ گویه دارد و بر اساس طیف چهار درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین حداقل نمره هر آزمودنی ۲۹ و حداکثر آن ۱۱۶ است. در نتیجه هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، نشان‌گر سطح شادزیستی بالاتر وی خواهد بود و برعکس. آرجیل و لو (۱۹۹۰) ضریب آلفای  $0/90$  را از ۱۰۱ آزمودنی بدست آورده‌اند. روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) تایید شده است. علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای  $0/93$  را برای این مقیاس بدست آورده‌اند. در این پژوهش نیز میزان اعتبار این آزمون بر اساس آلفای کرونباخ  $0/83$  به دست آمد.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و جایگزین کردن آنها به دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون، برنامه درمانی خود شفقت‌ورزی که از پروتکل گیلبرت (۲۰۱۴) برگرفته شده است بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. گروه کنترل به مدت یک ماه و نیم در لیست انتظار قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شده است. در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، متناسب با فرضیات از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

### جدول ۱. شرح جلسات

جلسات درمان	شرح اقدامات در هر جلسه درمان
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خود-شفقتی.

<sup>1</sup> Connor-Davidson Resilience Scale

<sup>2</sup> Oxford Happiness Questionnaire

<sup>3</sup> Argyle & Lu

جلسه دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی؛ و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه پنجم	آموزش خودارزشمندی و مزایای آن، بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت نفس، آموزش روش‌های تقویت حس خودارزشمندی.
جلسه ششم	آموزش مفاهیم شفقت‌ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خودشفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی
جلسه هفتم	نامه‌نگاری شفقت‌ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.
جلسه هشتم	مرور، جمع‌بندی، خاتمه کار گروه، و انجام پس‌آزمون.

### یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و شادزیستی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بیان شده‌است. توصیف داده‌های نمرات تاب‌آوری و شادزیستی نشان داد که میانگین تاب‌آوری و شادزیستی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل تفاوت نداشت. با این وجود، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان داد به این معنا که میانگین تاب‌آوری و شادزیستی در مرحله پس‌آزمون بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل افزایش داشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و شادزیستی در دو مرحله ارزیابی

متغیر	گروه	ارزیابی‌ها	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	کنترل	۶۹/۸۳	۲/۶۴
	شفقت‌درمانی	۷۸/۳۳	۶/۱۵
شادزیستی	کنترل	۵۴/۵۳	۹/۵
	شفقت‌درمانی	۵۶/۷۳	۹

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها و قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و برابری شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. با به‌کارگیری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای پیش‌آزمون ( $Z=0/62$ ,  $p=0/843$ ) و پس‌آزمون ( $Z=1/08$ ,  $p=0/196$ ) مفروضه نرمال بودن و با به‌کارگیری آزمون لون ( $F_{(3, 31)}=2/31$ ,  $p=0/108$ ) مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان داده شد. در عین حال بررسی خطوط رگرسیون در پیش‌آزمون تاب‌آوری و پس‌آزمون آن نشان داد که شیب‌های خط رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون باهم موازی هستند. از این‌رو، برای کنترل اثر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

در جدول ۳ به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر تاب‌آوری پرداخته می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثر اصلی گروه با مداخله معنادار بود ( $F=67/183$  و  $p<0/001$ ). بنابراین می‌توان گفت که افرادی که

در گروه آزمایش شرکت کرده‌اند؛ تفاوت معناداری به لحاظ آماری در میزان تاب‌آوری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. همچنین اندازه اثر این آموزش ۰/۹۱٪ بوده است به این معنا که حضور در جلسات مداخله شفقت‌درمانی ۰/۹۱٪ از واریانس نمرات پس‌آزمون را تعیین نمود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان خودشفقت‌ورزی بر تاب‌آوری

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P-value	$\eta^2$	توان مشاهده شده
پیش‌آزمون	۵۰۷/۱۸	۱	۵۰۷/۱۸	۲۷/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
گروه	۳۳۶۲/۳۳	۱	۳۳۶۲/۳۳	۱۸۳/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰
خطا	۳۴۷/۸۲	۱۹	۱۸/۳۱				
کل		۲۳					

از سویی دیگر آزمون F همگنی شیب رگرسیونی را مورد تأیید قرارداد (F=3/3، df=1/26، p=08). بنابراین می‌توان فرض همگنی شیب‌های رگرسیون را در دو گروه کنترل و آزمایش پذیرفت. آزمون لوین نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها برقرار است (F=2/2، df=1/28، p=15).

در جدول ۴ به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر شادزیستی پرداخته می‌شود. چنان‌که در این جدول مشاهده می‌گردد، تفاوت بین گروه‌ها، در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به طوری‌که مقایسه نمرات گروه‌ها در این جدول نشان می‌دهد، نمرات گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معنی‌داری افزایش یافته است. با این وجود، تغییر نمرات گروه کنترل، محسوس نیست. از این روی می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت؛ مشاوره گروهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی باعث افزایش شادزیستی شده است. اندازه اثر نیز برابر با ۵۷/۹ درصد برآورد شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان خودشفقت‌ورزی بر شادزیستی

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P-value	$\eta^2$	توان مشاهده شده
پیش‌آزمون	۲۷۶۲/۶	۱	۲۷۶۲/۶	۱۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۹
گروه	۵۸۶/۹	۱	۵۸۶/۹	۳۷/۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
خطا	۴۲۶/۳	۱۹	۱۵/۸				
کل	۱۱۵۶۴۲	۲۳					

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر تاب‌آوری و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر بود. براساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی باعث افزایش میزان تاب‌آوری و شادزیستی دانش‌آموزان با رفتارهای پرخطر شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پترسون (۲۰۱۴)، فرخزادیان و میردریکوند (۱۳۹۶)، برغندان، و همکاران (۱۳۹۷)، نوری و شهابی (۱۳۹۶) و افشانی و ابویی (۱۳۹۷) همسو است.

خوش‌بینی و شادی یک ویژگی مهم سلامت روانی مثبت است که به طور معناداری با خودشفقتی رابطه دارد و از احساس گرمی و ارتباط درونی نشأت می‌گیرد که افراد نسبت به خود دارند. خودشفقتی نیز یک نیروی انسانی مهم است که به عنوان کیفیت مهربانی، ملایمت، احساس ارتباط درونی و کمک به افراد برای امیدوار بودن در زمان مواجه شدن با دشواری‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود. همچنین ذهن شفقت‌ورز با مهارت‌های مقابله‌ای سازگار مرتبط با آن به حفظ انتظارات خوش‌بینی درباره آینده کمک می‌کند (نف، ۲۰۰۷). همچنین آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش خودشفقتی در افراد صورت می‌گیرند، می‌توانند در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روش‌های متمرکز بر شفقت با پیامدهای مثبت ارتباط دارند (گیلبرت، ۲۰۱۰). در واقع، هدف درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی کمک به افرادی است که حس گرمی و پاسخ‌دهی عاطفی را زمانی که در فرایند درمان درگیر هستند در خود افزایش می‌دهند که در نهایت به خودشفقتی در آن‌ها منجر می‌شود (نف و جرمر، ۲۰۱۳).

دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر اغلب یک‌سری احساسات پیچیده مثل دلتنگی، ناامیدی، استرس، افسردگی و حتی احساس گناه و شرم را تجربه می‌کنند که خود باعث درگیر شدن آنان در انواع هیجانات نامطلوب و دردسرساز خواهد شد. مشکلات هیجانی نیز خود به‌عنوان پیشامد منفی تاب‌آوری محسوب می‌شوند، بنابراین اهمیت مدیریت این هیجانات بیش از پیش نمایان است. شفقت به خود راه‌کارهای موثری برای دستیابی به حداکثر توانمندی مدیریت هیجانات ارائه می‌نماید. دانش‌آموزان از طریق ذهن‌آگاهی که در جلسات درمان آموزش دیده بودند از افکار، رفتارها و هیجاناتی که در لحظه در جریان است آگاه می‌شوند، این آگاهی با آموزشی که در جلسات تحت عنوان برچسب زدن به هیجانات می‌بینند و تمرین‌هایی که در این خصوص و در رابطه هیجانات مشکل انجام می‌دهند، باعث می‌گردد که این دانش‌آموزان در آگاهی از حضور این هیجانات و همچنین پذیرش آنها متبحر گردند (برغندان و همکاران، ۱۳۹۷). از طرف دیگر اتخاذ نگرش مشفقانه به خود و راه‌کارهای مراقبت از خود برای این افراد همچون حفاظی در برابر مشکلات زندگی در دوره نوجوانی عمل می‌کند. و از آن‌جا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجربیات منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مولفه‌های ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آنها می‌شود. از سویی دیگر مولفه‌های ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند که این خود زمینه را برای داشتن یک زندگی همراه با شادکامی و در عین حال تاب‌آوری بالاتر در مواجهه با مشکلات نوجوانی فراهم می‌سازد. اثربخش بودن شفقت‌درمانی می‌تواند به این دلیل باشد که اصلاح و تقویت خودشفقت‌ورزی یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. افزون بر آن شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت و ناگوار است. افراد عموماً از طریق احساسات جسمانی واکنش‌های ستیز و گریز یا یخ زدن<sup>۱</sup> از وجود احساسات سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه که برای اکثریت افراد زنجیرهایی از رویدادهاست که با افزایش در تنفس آغاز شده و افزایش ضربان قلب، گرفتگی عضلات و غیره را به دنبال خواهد داشت، بدان معناست که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک تهدید است، مثلاً یک محرک آزارنده یا رویداد ناخوشایند مثل درگیری با همسالان، یا جرو بحث با والدین و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰).

شیوع رفتارهای پرخطر بخصوص در دانش‌آموزان به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین دل‌نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است و با وجود فعالیت‌های صورت گرفته، رفتارهای مخاطره‌آمیز در سطح دنیا دارای رشد تصاعدی است. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازند در جامعه دانش‌آموزی رو به افزایش است (افشانی و ابویی، ۱۳۹۷). استعمال سیگار و مواد مخدر، غذاهای پرچرب و کم‌حرکی و همچنین مصرف مشروبات الکلی و دیگر رفتارهای پرخطر نیز در مدارس ایران در حال افزایش است. در همین ارتباط و با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش که اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهبود تاب‌آوری و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر بوده است، پیشنهاد می‌گردد که این درمان که از انواع درمان‌های موج سوم روان‌شناسی است توسط مراکز آموزشی و مشاوران مدارس و همچنین در تشکیل کارگاه‌های مهارتی توجه بیشتری صورت پذیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود تا بتوان اثر روش آموزشی را در درازمدت بررسی کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جنسیت اشاره کرد که همگی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول بودند. از این رو، ضرورت دارد که پژوهش‌های بعدی روی هر دو جنس اجرا شود. با توجه به یافته‌های به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که از روش‌های مطالعه حاضر برای بهبود سایر نشانه‌های روان‌شناختی و همچنین در سنین مختلف مطالعاتی انجام شود.

## منابع

افشانی، علیرضا و ابویی، آزاده (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کنترل خشم دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، (۳) ۱۶، ۱۲۴-۱۰۳.

ایزدیان، نادر؛ امیری، محمد؛ قربان جهرمی، رضا و حمیدی، حمید (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین ایده‌های خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، استرس روزانه و سلامت‌روان در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روان‌درمانی رفتاری و شناختی*، ۵ (۱۵)، ۱۹-۱۶.

برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد و وارسته، علیرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، (۳) ۲۶، ۱۵۸-۱۶۸.



- برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد و وارسته، علیرضا (۱۳۹۷). تاثیر شفقت درمانی بر شادزیستی و سازش یافتگی دانش آموزان دارای رفتار پرخطر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۲ (۵)، ۱۴۲-۱۵۳.
- رشید، خسرو (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۵ (۵۷)، ۳۲-۵۶.
- زاده محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره و حیدری، محمود (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطر پذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۳)، ۲۲۵-۲۱۸.
- شاملو، سعید (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی*. چاپ سیزدهم، انتشارات رشد.
- علی‌پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۵ (۱)، ۵۵-۶۶.
- فرزادیان، علی؛ و میردریکوند، فاضل (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر خود شفقتی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۳ (۴)، ۳۰۲-۲۹۳.
- کشاورز، امیر؛ مولوی، حسین و کلانتری، مهرداد (۱۳۸۷). رابطه با سرزندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با شادکامی در مردم اصفهان. *مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء*، ۴ (۴)، ۶۴-۴۵.
- کیانی دهکردی، منصوره (۱۳۸۳). بررسی عوامل عینی و مداخله‌پذی بر تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد در پسران مردان وابسته و غیر وابسته به مواد، *پایان نامه دکتری تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی*.
- کریمی، یوسف؛ خباز، محمود؛ حبیبی، یوسف و کریمیان، نادر (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان عادی شهر تهران. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۱۲ (۴۰)، ۱-۱۵.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۹). عوامل خطر ساز و محافظت کننده ی خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان. *نخستین کنگره جلوگیری از سوء مصرف مواد*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. *پایان نامه دکتری*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود و طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت از زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۲ (۱)، ۱۲۰-۱۳۷.
- نوری، حمیدرضا و شهابی، بهاره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش میزان تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیسم. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۳ (۶۹)، ۱۱۸-۱۲۶.
- Argyle M, Lu L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*. 11 (10), 10-17.
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12 (2), 39-128.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18 (2), 76-82.
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15 (4), 303-309.
- Depue, R.A., & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A Neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral Brain Sciences*, 28 (3), 50-313.
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12 (4), 137-144
- Gilbert, P., proctors. (2009). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: over view and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*; 13, 353-19.
- Goudas, M. & Gianodous, G. (2008). A team sports based life skills program in a physical education context. *Learning and instruction*, 18, 117-137
- Harris, K. N., Duncan, G. J., & Boisjoly, J. (2012). Evaluation the role of nothing to lose, *attitudes on risky behavior in adolescence. Social Forces*, 21, 1005 -1039.
- Hasanain, N., Wazid, S.W., & Hasan, Z. (2014). Optimism, hope and happiness as correlstes of psychological well-being among young adult assamese males and females. *IOSR journal of humanities and social science*, 19 (2), 44-51.
- Holder, M.D., Coleman, B., & Wallace, J.M. (2010). Spirituality, religiousness and happiness in children aged 8-12 years. *Journal of happiness study*, 11 (2), 131-150.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37 (5), 511-526.
- Michael, K; Ben-Zur, H. (2007), Risktaking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*. 30 (1), 17-31.
- Neff, K. D, & Mcghee, P. (2012). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *self and Identity*, 9, 225-240.

## The Effectiveness of Self-Compassion Treatment on Happiness and Resiliency of Students with High-Risk ...

- 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. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52, 211-214.
- Nyström, M. (2018). Affect school, Virya yoga, and compassion-focused therapy: A pilot study of an integrative group treatment, depression and anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP)*, 40, 110-121
- Petersen, L. E. (2014). Self-compassion and self-protection strategies: The impact of self-compassion on the use of self-handicapping and sandbagging. *Personality and Individual Differences*, 56, 133-138.
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86 (2), 101.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 26 (11), 1265-1271.

