

Research Article

The role of attachment to parents in the quality of life of without /with bad caregivers' girls mediated by self-compassion

Maryam Sarempour¹, Bagher Ghobari Bonab^{*2}, Fariborz Bagheri³

1. Ph.D, Student of Department of Educational Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Professor of Special Education, Department of Psychology and Education of Exceptional children, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Associate Professor of General Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

This research aimed to investigate the role of attachment to parents on the quality of life by mediating self-compassion in girls without /with bad caregivers. The research method was descriptive and correlational. The samples were 241 individuals selected by random sampling from 450 without /with bad caregivers' girls in Tehran province. Instruments used were: The World Health Organization Quality of Life group-BREF (WHO-QOL-BREF), the Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) Armsden & Greenberg, and the Self-Compassion Scale (SCS) of Neff. The collected data were analyzed by path analysis. According to the findings, the direct effect of attachment to parents on the quality of life was significant. The indirect effect of attachment to parents was also significant through the mediating variable of compassion. Attachment to parents plays a role in the quality of life of without /with bad caregivers' girls, both directly and through self-compassion. Therefore, this research results can help develop interventions for girls with and without bad caregivers.

Keywords: attachment to parents, quality of life, self – compassion, without /with bad caregivers' girls

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نقش دلبستگی به والدین در کیفیت زندگی دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست با میانجی‌گری شفقت به خود

مریم صارم‌پور^۱، باقر غباری بناب^{۲*}، فریبرز باقری^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

Maryam.sarempour1@gmail.com

۲. استاد آموزش کودکان نا نیازهای ویژه، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه تهران، تهران، ایران

bghobari@ut.ac.ir

۳. دانشیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

f.bagheri@srbiau.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی نقش دلبستگی به والدین بر کیفیت زندگی از طریق متغیر میانجی شفقت به خود در دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست بود. روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. تعداد افراد نمونه، ۲۴۱ نفر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین ۴۵۰ دختر بی‌سرپرست یا بدسرپرست استان تهران انتخاب شدند. ابزارهای به کاررفته، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، دلبستگی به والدین و همسالان آرمدن و گرینبرگ و مقیاس شفقت به خود نف بودند. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل مسیر ارزیابی شدند. براساس یافته‌ها اثر مستقیم دلبستگی به والدین بر کیفیت زندگی معنادار بود. اثر غیرمستقیم دلبستگی به والدین نیز از طریق متغیر میانجی شفقت به خود معنادار بود. دلبستگی به والدین، هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی‌گری شفقت به خود در کیفیت زندگی دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست نقش داشت؛ بنابراین، نتایج این پژوهش می‌تواند برای تدوین مداخلات در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی به والدین، کیفیت زندگی، شفقت به خود، دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست

مقدمه

خانواده، نخستین کانون گرم و هسته اولیه همه سازمان‌های اجتماعی است. پرورش فرزندان از وظایف خانواده است و اگر در این رابطه هر گونه خللی وارد شود، ممکن است مشکل بی سرپرستی حادث شود. بی سرپرستی بیش از آنکه مشکل فردی تلقی شود، معضل اجتماعی است. در شرایط کنونی نیز هم‌زمان با افزایش معضلات و آسیب‌های اجتماعی تعداد این کودکان در معرض آسیب نیز رو به افزایش است (حدادی، ۱۳۹۱).

طبق ماده ۱۸ پیمان‌نامه جهانی حقوق کودک، مسئولیت اولیه حفظ حقوق کودک و تأمین مصالح او بر عهده والدین است و اگر آنها قادر به ایفای این نقش نباشند، دولت‌ها برای تأمین نیازها و حقوق کودک مداخله می‌کنند. طبق ماده ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی، به‌عنوان متولی اصلی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، کودکانی را که بنا به دلایل گوناگون از جمله فوت سرپرستان یا تنها سرپرست، زندانی‌بودن سرپرستان یا تنها سرپرست، مفقودالآثر شدن سرپرستان یا تنها سرپرست، صلاحیت‌نداشتن سرپرستان با حکم مقام قضایی و به دلایل وجود شرایط خاص آسیب‌پذیری برای کودک در خانواده از قبیل سوءرفتار شدید و ... که به‌طور دائم یا موقت از زندگی در خانواده محروم شده‌اند، در مراکز شبانه‌روزی یا نزد خانواده‌های جایگزین مراقبت می‌کند (سازمان بهزیستی، ۱۳۸۸).

گرچه کودکان در مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی از خدمات گوناگون برخوردار می‌شوند، این‌گونه محیط‌ها با وجود تلاش‌های فراوان برای فراهم کردن شرایط مساعد رشد و پرورش کودکان برای حضور طولانی مدت و زندگی مطلوب مفید به نظر نمی‌رسند (حدادی، ۱۳۹۱). جدایی از والدین

به‌عنوان رویداد آسیب‌زا می‌تواند بر آینده رشدی کودکان و سلامت روانی آنان به‌طور جدی تأثیر بگذارد و آنها را با مسائل رشدی متعددی روبه‌رو سازد (رزاقی، ۱۳۹۵). بدرفتاری با این کودکان به‌ویژه سوءاستفاده عاطفی و غفلت سبب برانگیختگی اضطراب، افسردگی و خشم آنان در بزرگسالی می‌شود (واگت، لانکتوت، پاکویت، وزینا و لمیوکس، ۲۰۱۴). از دیدگاه بالبی و بسیاری از رویکردها از جمله روان‌تحلیلگری و رفتارشناسی جدایی مادر - کودک نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی کودک دارند.

سبک دلبستگی^۱ با کیفیت روابط با دیگران، رشد فردی و سلامت روانی بالا در ارتباط است (دوگان، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد با دلبستگی سالم از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند (لطیفیان و دلاورپور، ۱۳۹۰؛ نریمانی، یوسفی و کاظمی، ۱۳۹۱). در واقع نحوه ارتباط یا دلبستگی انسان با والدین یا افراد مهم زندگی، نقش تعیین‌کننده‌ای در روابط صمیمانه و عاطفی آنها در سال‌های بعدی زندگی دارد. مفهوم دلبستگی و تعلق را نخستین بار جان بالبی مطرح کرد. او دلبستگی را «ارتباط روانی پایدار بین دو انسان» تعریف کرده است (بالبی، ۱۹۷۳). پژوهشگران دیگر نیز این نظریه را به‌منظور بررسی هر گونه روابط بین فردی نزدیک و صمیمی مانند روابط عاشقانه بزرگسالان به کار گرفته‌اند.

جدایی کودک از والدین زیستی به‌خودی‌خود زمینه را برای انواع بدرفتاری (از قبیل جسمی، عاطفی و جنسی) فراهم می‌سازد. جداشدن از والدین و بدرفتاری‌هایی نظیر غفلت، رویدادهای آسیب‌زایی هستند که بر رشد آتی، آینده کودکان و سلامت روانی آنها تأثیر می‌گذارد (بالبی، ۱۹۹۸؛ دزیر، آلبوس، فیشر، سپولودا، ۲۰۰۲). ارتباطات محدود و آسیب‌دیده

۲۰۱۲)، همچنین بهزیستی روانی را افزایش می‌دهد و کمک می‌کند افراد حس پیوستگی و امنیت بیشتری داشته باشند (گیلبرت و آبرون، ۲۰۰۵). بنا به گفتهٔ نف و پومیر (۲۰۱۳)، شفقت به خود پیش‌بینی‌کنندهٔ مناسبی برای رفتارهای ارتباطی مثبت است. علاوه بر این، شفقت به خود سیستم تهدید را غیرفعال و سیستم خود تسکین‌دهندگی را فعال می‌کند (فروستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹؛ نف و داهم، ۲۰۱۴). طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، شیرالی‌نیا، چلداوی و امان‌الهی (۱۳۹۷)، یزدانی، اسماعیلی و نامداری (۱۳۹۷) از شفقت به خود در کاهش اضطراب و افسردگی استفاده کرده‌اند. همچنین رضوانی و سجادیان (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند شفقت به خود پیش‌بین قدرتمند سلامت روان است و با رضایت از زندگی و مهارت‌های اجتماعی همبستگی مثبت دارد.

گفته شده است در اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری باید به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی^۱ نیز توجه داشت (اوکن^۲، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی، یکی از حیطه‌های اساسی محسوب می‌شود که در روند رشد و تحول انسان از اهمیت اساسی و انکارناپذیری برخوردار است. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی در کک، تفسیر و رضایت هر فرد از جنبه‌های مختلف زندگی است. در واقع، کیفیت زندگی، مفهوم چندبعدی است که حیطه‌های سلامت و عملکرد فیزیکی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی، رضایت از درمان، نگرانی دربارهٔ آینده و حس خوب بودن را در بر می‌گیرد (هربرت^۳، ۲۰۱۶). کیفیت زندگی هر فرد از خصوصیات زمینه‌ای،

کودکی می‌تواند بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی از قبیل سلامت جسمانی و بهزیستی روانی، ارتباطات مثبت و مؤثر با دیگران و محیط زندگی اثر نامطلوب بگذارند. سبک دلبستگی ناایمن می‌تواند شکل‌دهندهٔ طرحوارهٔ بی‌اعتمادی به دیگران شود که به شکل چرخهٔ معیوب در تعاملات بین‌فردی، خود را نشان می‌دهد. فرد با دلبستگی ناایمن در برخورد با مشکلات به جای بهیاری و کمک گرفتن از دیگران سعی می‌کند آنها را برای اجتناب از احساسات دردناک سرکوب کند. این رفتار غیرانطباقی در طولانی‌مدت به اضطراب بیشتر دامن می‌زند؛ اما اگر فرد با خودش مهربان باشد و احساسات دردناک خود را سرکوب نکند، می‌تواند تجارب خود را بشناسد و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشد (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷).

شفقت به خود از جمله مفاهیمی است که ارتباط تنگاتنگی با دلبستگی دارد. طبق گفتهٔ بنت - گلمن (۲۰۰۱) شفقت به خود، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در زمان‌های دشوار است. برای شفقت به خود سه مؤلفه در نظر گرفته شده است: مهربانی با خود در برابر قضاوت دربارهٔ خویشتن، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و گوشه‌گیری و بهیاری در برابر همانندسازی فزاینده (گرمر و نف، ۲۰۱۳). نخستین مؤلفه مستلزم گرمی فضا و غیرقضاوتی بودن نسبت به خود به جای خودانتقادی است. دومین مؤلفه به این امر اشاره می‌کند که سختی‌های زندگی بخشی از تجربهٔ مشترک انسانی هستند و فقط برای افراد معین رخ نمی‌دهند و سومین مؤلفه شامل آگاهی از تفکرها و احساس‌های دردناک، به‌طور مثال، هشیاری به جای جذب و غرق‌شدن کامل در آنهاست (گیلبرت، ۲۰۰۵).

شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا از عهدهٔ صدمات اوایل دوران کودکی برآیند و با رویدادهای ناراحت‌کننده به شیوه‌ای سازنده مقابله کنند (نف،

1. quality of life
2. Oken
3. Herbert

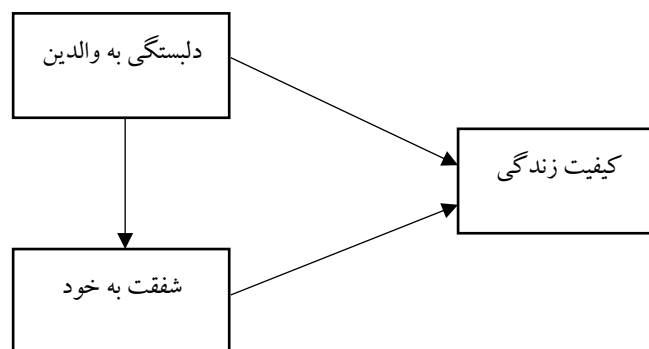
از قبیل خوش بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش نشانگان بیماری های جسمانی رابطه مثبت دارد (رجبی و مقامی، ۱۳۹۴).

حال این سؤال مطرح می شود که در تبیین کیفیت زندگی دختران بی سرپرست و بدسرپرست نوع دل بستگی به والدین چه سهمی دارد. دیگر مسئله درخور بررسی در پژوهش حاضر، نقش واسطه گری شفقت به خود است. با نظر به توضیحات بیان شده درباره متغیرها و نقش عوامل محیطی و فردی بر کیفیت زندگی به عنوان پیشایندهای این سازه، پژوهش حاضر سعی دارد بررسی های انجام شده در این حیطه را توسعه دهد و فهم بهتری از نقش عوامل ذکر شده بر کیفیت زندگی دختران بی سرپرست و بدسرپرست ارائه دهد. به عبارت دیگر، این پژوهش درصدد آزمون این فرضیه هاست:

۱. دل بستگی به والدین بر کیفیت زندگی دختران بی سرپرست یا بدسرپرست تأثیر مستقیم دارد.
 ۲. شفقت به خود بر کیفیت زندگی دختران بی سرپرست یا بدسرپرست تأثیر مستقیم دارد.
 ۳. دل بستگی به والدین با میانجیگری شفقت به خود بر کیفیت زندگی دختران بی سرپرست یا بدسرپرست تأثیر غیرمستقیم دارد.
- شکل ۱ مدل مفهومی این پژوهش را نشان می دهد.

وضعیت اجتماعی، فرهنگی، عوامل محیطی و نظام های ارزش گذاری انفرادی تأثیر می گیرد و شواهد پژوهشی از تأثیر پذیری آن از متغیرهای مختلفی حکایت دارند. از جمله نف و مک گی (۲۰۰۳) بیان کردند اگر افراد در محیطی تربیت شوند که مراقبان حضور دارند و موجبات تغذیه آنها را فراهم می کنند، توانایی ارتباط با خودشان را در یک حالت شفقت گری رشد می دهند. آنها در حمایت از این ادعا دریافتند دل بستگی ایمن سطوح بالاتر شفقت به خود را در میان بزرگسالان پیش بینی می کند. اگر چه پژوهش های مختلفی درباره دل بستگی انجام شده است، براساس جستجوهای انجام شده در کشور، پژوهشی یافت نشد که به ارتباط این متغیرها و تأثیرشان بر کیفیت زندگی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست مربوط باشد.

کیفیت زندگی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست تحت مراقبت در مراکز نگهداری شبانه روزی، شناخت عوامل تأثیر گذار بر آن و برنامه ریزی به منظور ارتقای کیفیت زندگی آنان از موضوعات پراهمیتی اند که کمتر بدان پرداخته شده است. بیشتر دانشمندان بر این موضوع توافق دارند که ایجاد دل بستگی به مراقبین برای فراهم کردن شرایط مراقبت با ثبات و مطلوب سبب بهبود کودکان آسیب دیده می شود و شبکه ای گسترده از روابط مثبت برای آنان فراهم می سازد (دوگان، ۲۰۱۰). دل بستگی های ایمن با شاخص های سلامتی و بهزیستی



شکل ۱. مدل مفهومی رابطه دل بستگی به والدین و کیفیت زندگی با میانجیگری شفقت به خود

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دختران بی سرپرست یا بدسرپرست ۹ تا ۱۹ ساله‌ای بودند که در مراکز نگهداری شبانه‌روزی تحت نظارت سازمان بهزیستی استان تهران در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۴۵۰ نفر نگهداری می‌شدند. به منظور گردآوری داده‌های لازم از جامعه آماری مدنظر، حجم نمونه از طریق فرمول کوکران^۱ ۲۰۷ نفر برآورد شد. به دلیل احتمال ریزش، ۲۴۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ۵۴ درصد شرکت‌کنندگان، کمتر از ۱۵ سال داشتند و ۱۷ درصد شرکت‌کنندگان ۱۶ سال و ۹ درصد شرکت‌کنندگان ۱۷ سال داشتند. همچنین، ۹ درصد شرکت‌کنندگان بیشتر از ۱۷ سال داشتند. به منظور بررسی تأثیر سن بر کیفیت زندگی، همبستگی سن با کیفیت زندگی بررسی شد. نتایج نشان دادند بین این دو متغیر همبستگی ۰/۰۵ است که معنادار نیست؛ به همین دلیل، در مدل، نقش سن وارد نشد.

ابزار سنجش: پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان (IPPA-R)^۲: آرمسدن و گرینبرگ در سال ۱۹۸۷ برای سنجش دلبستگی پرسشنامه‌ای به صورت خود گزارش‌دهی با نام خزانه دلبستگی والدین و همسالان ساختند؛ این پرسشنامه به سنجش امنیت روانشناختی می‌پردازد که از داشتن ارتباط با افراد معینی حاصل می‌شود. گالون و رایبسون در سال ۲۰۰۵ این پرسشنامه را بررسی مجدد کردند. مدل تجدیدنظرشده این پرسشنامه در دو نمونه از نوجوانان، ۹ تا ۱۱ ساله و ۱۴ و ۱۵ ساله اجرا شد و در نهایت این نتیجه حاصل شد که پرسشنامه برای جمعیت سنی ۹ تا ۱۵ مناسب است. این پرسشنامه دو نسخه دارد: نسخه ۲۸ سؤالی برای

سنجش دلبستگی به والدین و نسخه ۲۵ سؤالی برای سنجش دلبستگی به دوستان. هر دو نسخه در مجموع سه زیرمقیاس اعتماد، بیگانگی و ارتباط را سنجش کردند. نمره گذاری پرسشنامه دلبستگی به والدین روی یک طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای از همیشه نادرست تا همیشه درست نشان داده شده است (همیشه نادرست است=۱، برخی اوقات درست است=۲، همیشه درست است=۳) که درباره سؤالات ۲۷، ۲۵، ۲۲، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۷، ۵، ۳ نمره گذاری به صورت معکوس است. این پرسشنامه دارای ۳ خرده‌مقیاس است (۲۸، ۲۶، ۲۰، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۸، ۷، ۶، ۵ ارتباط با والدین؛ ۲۴، ۲۳، ۲۱، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۴، ۳، ۲ اعتماد به والدین؛ و ۲۷، ۲۵، ۲۲، ۱۹، ۱۸، ۱۲، ۱۱، ۹ بیگانگی با والدین). برای به دست آوردن نمره کلی پرسشنامه، مجموع نمرات همه سؤالات هر کدام از پرسشنامه‌ها با هم جمع می‌شوند. بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در نسخه والدین اخذ کند ۸۴ و پایین‌ترین نمره ۲۸ است. کسب نمره بالا (نزدیک به ۸۴) در این پرسشنامه به منزله دلبستگی بالا به والدین و کسب نمره پایین (نزدیک به ۲۸) به منزله دلبستگی پایین نوجوان به والدین است. در پژوهش گالون و رایبسون (۲۰۰۵) پایایی زیرمقیاس اعتماد به والدین ۰/۸۳، ارتباط با والدین ۰/۷۹ و بیگانگی از والدین ۰/۷۶ گزارش شد و در نسخه همسالان نیز اعتماد به همسالان ۰/۷۸، ارتباط با همسالان ۰/۶۲ و بیگانگی از همسالان ۰/۶۶ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش ناصری محمدآبادی، عسکری، بهرامی، صادق و عابدی (۱۳۹۱) برای زیرمقیاس اعتماد به والدین ۰/۷۴، ارتباط با والدین ۰/۷۳، و بیگانگی از والدین ۰/۶۹ بود. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه پیوند والدین بررسی شد که نتایج آن مطلوب بود. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه برای ارتباط با

1 - Cochran

2- The Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R)

والدین ۰/۷۳، اعتماد به والدین ۰/۸۲ و بیگانگی با والدین ۰/۷۱ محاسبه شد. ضریب پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس شفقت خود (SCS)^۱: نف مقیاس شفقت خود را در سال ۲۰۰۳ ساخت که شامل ۲۶ گویه است. این مقیاس سه مؤلفه دوقطبی را در قالب ۶ مقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه گیری می کند. این ۶ زیرمقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می کنند که عبارت اند از مهربانی نسبت به خود (۱۹)، ۲۶، ۱۲، ۲۳، ۵، قضاوت خود (۲، ۲۰، ۲۴ و ۶)، بهشیاری (۱۶، ۱، ۲۱، ۱۱ و ۸)، همانندسازی افراطی (۱۰، ۷، ۱۵، ۳)؛ اشتراکات انسانی (۲۵، ۴، ۱۳، ۱۸) و انزوا (۱۷، ۲۲، ۱۴، ۹). با توجه به تنظیم شدن گزینه‌ها روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، نمره گذاری از ۱ به ۵ (تقریباً هرگز = ۱ و تقریباً همیشه = ۵) و برای سؤال‌های منفی معکوس انجام می شود. نمره کل آزمون از مجموع نمرات به دست می آید. کسب امتیاز بیشتر نشان دهنده شفقت بیشتر نسبت به خود است. نمره‌های هر یک از ۲۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع می شوند. حداقل نمره ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ است. نمره بین ۲۶ تا ۴۴: میزان شفقت ورزی به خود در حد پایین؛ نمره بین ۴۴ تا ۸۸: میزان شفقت ورزی به خود در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۸: میزان شفقت ورزی به خود در حد بالاست. مطالعات روایی همگرا (نف، رود و کرک پاتریک، ۲۰۰۷) روایی افتراقی، همسانی درونی و بازآزمایی این مقیاس را مناسب نشان داده است (نف، ۲۰۰۳). نف (۲۰۰۳) برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها همسانی درونی بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و پایایی کلی مقیاس با آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ به دست آورده است. در

پژوهش خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ بود. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ بودند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی مقیاس برای مهربانی نسبت به خود ۰/۷۳، قضاوت خود ۰/۵۱، بهشیاری ۰/۴۵، همانندسازی افراطی ۰/۷۱، اشتراکات انسانی ۰/۶۶، انزوا ۰/۶۹ و برای کل ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO-QOL-BREF): پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ به منظور اندازه گیری وضعیت عمومی کیفیت زندگی در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان، طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده است؛ بنابراین، مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان‌اند. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار حیطه کیفیت زندگی افراد (سلامت جسمی ۷ سؤال، سلامت روانشناختی ۶ سؤال، روابط اجتماعی ۳ سؤال و محیط اجتماعی ۸ سؤال) می‌پردازد. دو سؤال اول پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کنند. در این پرسشنامه، هر سؤال در مقیاس لیکرت، نمره‌ای از ۱ تا ۵ به خود اختصاص می‌دهد. دامنه نمره‌ها در هر حیطه از ۴ تا ۲۰ است. بدین ترتیب که نمره ۴ نشانه بدترین و نمره ۲۰ نشانه بهترین وضعیت در حیطه مدنظر است. براساس رتبه‌بندی سازمانی جهانی بهداشت، این امتیازها تبدیل پذیر به امتیازی با دامنه

2. World Health Organization Quality of Life group-BREF (WHO-QOL-BREF)

1. Self-Compassion Scale (SCS)

۱۰۰-۰ هستند. در نتایج گزارش شده گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) این پرسشنامه را به زبان فارسی، ترجمه و روایی و پایایی آن را محاسبه کردند. در این مطالعه، مقادیر همبستگی درون‌خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمدند. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. او برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. ضریب پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۸ برای کل پرسشنامه و ۰/۶۵ برای سلامت جسمانی (فیزیکی)، ۰/۶۳ برای سلامت روانشناختی، ۰/۶۹ برای روابط اجتماعی و ۰/۶۵ برای محیط و وضعیت زندگی به

دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از کسب مجوزهای لازم و با رعایت حقوق کودکان بی سرپرست و بدسرپرست نسبت به معرفی و آگاه کردن دختران بی سرپرست و بدسرپرست در رابطه با هدف‌های اجرای پژوهش اقدام شد و از آنها درخواست شد در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. همچنین، از آنان خواسته شد به تمام سؤالات پرسشنامه‌ها با دقت و صادقانه پاسخ دهند و در صورت وجود ابهام از پژوهشگر سؤال کنند. به صورت شفاهی نیز به آنها اطمینان داده شد که پاسخ‌هایشان کاملاً محرمانه خواهد ماند. پژوهشگر پرسشنامه‌ها را به شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی ارائه کرد. بدین ترتیب، تعداد ۲۴۱ پرسشنامه جمع‌آوری شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های فرضیه‌های پژوهش از آزمون شاپیروویلک و شاخص‌های برازش و تبیین مدل از طریق تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده شده است.

یافته‌ها

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در متغیرهای دلبستگی به والدین، شفقت به خود و کیفیت زندگی

مؤلفه	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۹۶	۲۴۱	۰/۳۳
شفقت به خود	۰/۹۵	۲۴۱	۰/۳۵
دلبستگی والدین	۰/۹۸	۲۴۱	۰/۲۶

شاخص کای اسکوتر^۲، شاخص نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی^۳، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۴، شاخص نیکویی برازش^۵ و شاخص برازش مقایسه‌ای^۶

نتایج آزمون نرمال بودن با توجه به سطح معناداری بالاتر از ۵ صدم رد نشد. برای آزمون مدل مفهومی پژوهش از تحلیل مسیر استفاده شد. پس از بررسی

1. Shapiro-Wilk Test

2. chi-square

3. chi-square ratio to free degree

4. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

5. Goodness of Fit Index (GFI)

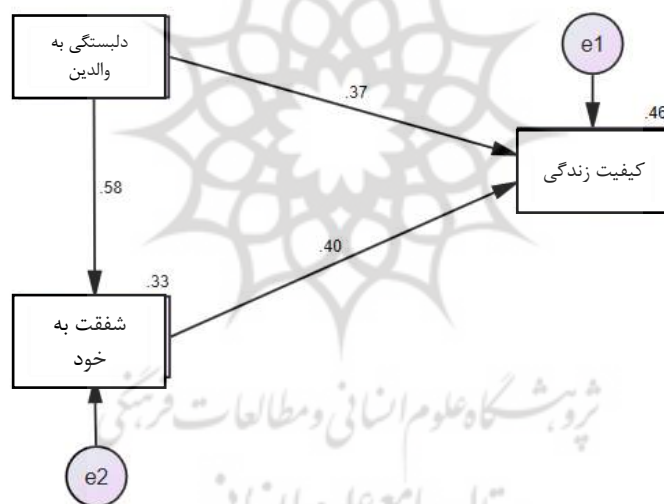
6. Comparative Fit Index (CFI)

شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرها، مدل استفاده شد. بررسی شاخص‌ها نشان داد مدل با داده‌ها برازش دارد و برازش رد نشده است (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش مدل	مقدار به دست آمده	مقدار مناسب شاخص	وضعیت
X2	۵/۵۶		
Df	۲	+	مناسب
χ^2/df	۲/۷۸	کمتر از ۳	مطلوب
P	۰/۰۴۵	> ۰/۰۵	نامناسب
GFI	۰/۹۵	> ۰/۹۵	مناسب
AGFI	۰/۹۳	> ۰/۹۰	مناسب
CFI	۰/۹۸	> ۰/۹۵	مناسب
RMSEA	۰/۰۶۱	< ۰/۰۸	مطلوب

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کاربرد روش حداکثر ضرایب استاندارد شده مدل در شکل ۲ گزارش شده اند. درست‌نمایی برای تخمین پارمترها به کار برده شد.



شکل ۲. مدل تبیینی کیفیت زندگی بر اساس دل‌بستگی به والدین و شفقت به خود

مقادیر استاندارد اثرات کل (اثر مستقیم + اثر غیرمستقیم) متغیرهای دل‌بستگی به والدین و شفقت به خود بر کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳. مقادیر استاندارد اثرات کل (اثر مستقیم + اثر غیرمستقیم) متغیرها بر کیفیت زندگی

متغیر	ضریب استاندارد	سطح معناداری
دل‌بستگی به والدین < کیفیت زندگی	۰/۳۷	۰/۰۰۱
شفقت به خود < کیفیت زندگی	۰/۴۰	۰/۰۰۱
دل‌بستگی به والدین < شفقت به خود < کیفیت زندگی	۰/۲۳	۰/۰۰۱
دل‌بستگی به والدین < شفقت به خود	۰/۵۸	۰/۰۰۱

نتایج به دست آمده از مدل مفهومی آزمون شده پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی دلبستگی به والدین با میانجی‌گری شفقت به خود در جدول ۳ ارائه شده‌اند. نتایج نشان دادند دلبستگی به والدین ($p < 0/001$)، $\beta = 0/37$ بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. شفقت به خود ($p < 0/001$)، $\beta = 0/40$ نیز بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. به علاوه، تأثیر دلبستگی به والدین بر کیفیت زندگی معنادار بود. همچنین، دلبستگی به والدین بر شفقت به خود ($p < 0/001$)، $\beta = 0/23$ با میانجی‌گری شفقت به خود ($p < 0/001$)، $\beta = 0/58$ تأثیر گذار بود؛ بنابراین، هر سه فرضیه پژوهش حاضر تأیید شدند.

بحث

در این پژوهش، براساس مدل پیشنهادی، نقش میانجی‌گرانه شفقت به خود در رابطه بین دلبستگی به والدین و کیفیت زندگی دختران بی سرپرست یا بدسرپرست بررسی شد. هدف نهایی پژوهش، برآزش الگویی ساختاری از روابط بین متغیرها بود. نتایج نشان دادند همه شاخص‌های برازندگی خوب مدل پیشنهادی، از برآزش مناسبی برخوردارند. همچنین، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه دلبستگی به والدین به صورت مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر دارد، تأیید شد. دلبستگی به والدین دارای رابطه معنی دار با کیفیت زندگی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های نریمانی، یوسفی و کاظمی (۱۳۹۱)، لطیفیان و دلاورپور (۱۳۹۰)، و نظریه بالبی (۱۹۷۳، ۱۹۸۰ و ۱۹۹۸) همسو بود. طبق نظریه بالبی، پیوند و امنیت عاطفی یکی از نیازهای بیولوژیک انسان‌هاست و تاریخچه دلبستگی ایمن در دوران کودکی به افراد در بزرگسالی کمک می‌کند تا موقعیت‌های دشوار را به گونه‌ای مثبت ارزیابی کنند و به طور ضمنی سازگار شوند.

در آزمون فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثر مستقیم شفقت به خود بر کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان دادند شفقت به خود بر کیفیت زندگی تأثیر گذار است. در تبیین این یافته و همسو با نتایج فروستادوتیر و دورجی (۲۰۱۹)، نف و داهم (۲۰۱۴)، نف و پومیر (۲۰۱۳)، طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) و گیلبرت و آیرون (۲۰۰۵) می‌توان گفت افرادی که دارای شفقت به خود بالاتری هستند، به احتمال زیاد از سلامت روان بیشتر و روابط اجتماعی بهتر برخوردار خواهند بود. فردی که با خود مهربان است، به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود، نسبت به خویش توجه، درک و پذیرش دارد. دارا بودن شفقت به خود سبب می‌شود تا فرد به این آگاهی برسد که احتمال اشتباه برای همه وجود دارد؛ زیرا همه انسان‌ها دارای نقص‌اند، ممکن است اشتباه کنند یا رفتارهای ناسالم و نادرستی را مرتکب شوند و بنابراین، انزوا و گوشه‌گیری به دلیل اشتباهات، رفتار سازگارانه‌ای نخواهد بود. علاوه بر این، شفقت داشتن به خود موجب می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال، مکرراً نیز ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه رنج و به هنگام مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به جای آنکه با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم‌انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرند، خود را به طور ناهشیار ارزیابی منفی می‌کنند.

برای بررسی نقش میانجی‌گرانه شفقت به خود، تبیین مسیرهای پژوهش و آزمون فرضیه سوم پژوهش، یافته‌ها نشان دادند شفقت به خود در رابطه بین دلبستگی به والدین و کیفیت زندگی به صورت معنادار می‌تواند نقش واسطه‌ای داشته باشد. به عبارتی، متغیر دلبستگی به والدین از طریق متغیر شفقت به خود می‌تواند بر کیفیت زندگی به صورت غیرمستقیم تأثیر بگذارد. در تبیین می‌توان گفت وقتی فرد سابقه دلبستگی ایمن را

کمک می کند و به لحاظ عملی با آگاهی از متغیرهای پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی به اقداماتی در زمینه افزایش کیفیت زندگی منجر می شود. پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آتی، دلبستگی به والدین در کنار متغیرهای دیگر بررسی شود. از محدودیت‌های پژوهش به این موارد اشاره می شود: این پژوهش تنها درباره دختران بی سرپرست و بدسرپرست استان تهران انجام شده است؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت بگیرد. همچنین، در ارتباط با میزان واریانس تبیین نشده متغیر درون‌زاد (کیفیت زندگی) ممکن است عوامل دیگری در پیش‌بینی این متغیر نقش داشته باشند. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز بخشی از محدودیت‌ها بود که می توانست بر اعتبار یافته‌ها به‌طور ناخواسته خدشه وارد کند.

منابع

رجبی، غ.؛ مقامی، ا. (۱۳۹۴). شفقت خود به‌عنوان میانجی بین ابعاد دلبستگی با بهزیستی ذهنی: یک مدل تحلیل مسیر. *روانشناسی سلامت*، ۴(۱۶)، ۹۶-۷۹.

رزاقی، ر. (۱۳۹۵). *مراقبت و توانمندسازی کودکان دور از خانه*، تهران: انتشارات ارجمند.

رضوانی، م. و سجادیان، ا. (۱۳۹۷). نقش میانجی شفقت خود در تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر عملکردهای روانشناختی مثبت در دانشجویان دختر، *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۴(۳)، ۲۷-۱۳.

حدادی، س. (۱۳۹۱). *رابطه دلبستگی به والدین، دلبستگی به خدا و سازگاری در دانش‌آموزان بی‌سرپرست - بدسرپرست و عادی*. [پایان‌نامه چاپ‌نشده کارشناسی ارشد]. دانشگاه شیراز
خسروی، ص؛ صادقی، م.، و یابنده، م. ر. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۳)، ۵۹-۴۷.

که با اعتماد و اطمینان به والدین توأم است، داشته باشد، نسبت به خود مهربان‌تر است و کمتر با دیگران همانندسازی می کند. او سعی می کند با برقراری روابط سالم و مناسب با دیگران از انزوا و درخودماندگی دوری کند. شفقت به خود از ارضای نیاز به دلبستگی ایمن به دیگران در محیط امن خانواده شکل می گیرد. برخورداری از این سازه نقش بسزایی در آرامش ذهنی فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (رضوانی و سجادیان، ۱۳۹۷؛ ایرونز و لاد، ۲۰۱۷؛ گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گرمر و نف، ۲۰۱۳). آبراهام مزلو^۱ نیز در اوایل قرن بیستم، ضمن تأکید بر نیازهای اساسی انسان که امنیت یکی از مؤلفه‌های آن بود، معتقد بود بدون محبت و پیوند با دیگران و داشتن عزت نفس و خوددوستی، نمی توان توانمندی‌های خود را تحقق بخشید (مزلو به نقل از نف، ۲۰۰۳). بر اساس این، شفقت به خود باعث می شود افراد از سطح سلامت خوبی برخوردار شوند و بتوانند آشفتگی‌های روانی را در خود کاهش دهند و سبک زندگی خوب و مثبتی را برای خود ایجاد کنند (فروستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹؛ گیلبرت، ۲۰۱۴).

کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست می توانند با آگاهی نسبت به سازه شخصیتی شفقت به خود و استفاده از آن به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای بهزیستی و کنش‌وری روانشناختی با چالش‌های زندگی مقابله کنند و آنها را در کنترل خود درآورند و در نتیجه، کیفیت زندگی خود را افزایش دهند؛ اما دستیابی به این مهم و کسب دانش بنیادی و کاربردی در این زمینه مستلزم کنکاش و انجام پژوهش است. پژوهش حاضر، هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ عملی دارای اهمیت است. یافته‌های این پژوهش به لحاظ نظری به تکمیل و بسط نظریه‌های موجود دلبستگی

- اصفهان. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۲)، ۴۰-۲۵.
- نریمانی، م.، یوسفی، ف.، و کاظمی، ر. (۱۳۹۱). نقش سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۴)، ۱۴۲-۱۲۴.
- نجات، س.؛ منتظری، ع.؛ هلاکویی نایینی، ک.؛ محمد، ک.، و مجدزاده، س. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-Bref): ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- نصیری، ح. (۴-۳ خرداد، ۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن [ارائه مقاله]. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران. یزدانی، م.، اسماعیلی، م.، و نامداری، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مثبت بر خودشفقت ورزی نوجوانان پسر دارای نشانه‌های افسردگی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۶۵-۷۶.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Barrocas, A. L. (2006). *Adolescent attachment to parents and peers*. The Emory Center for Myth and Ritual in American Life, Working Paper, 50. <http://ejournal.narotama.ac.id/files/barrocas%20thesisfinal.pdf>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol.2. Separation: Anxiety and Anger*. Basic Book
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol.3. Sadness and Depression*. Basic Book
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۸). *دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کشور*. شعیبی، ف. (۱۳۹۲). *سبک دلبستگی و روابط اجتماعی*. [پایان‌نامه چاپ‌نشده کارشناسی ارشد]. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- شیرالی‌نیا، خ.؛ چلداوی، ر.، و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روانشناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۹-۲۰.
- طاهر کرمی، پ.، حسینی، ا. و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خودگسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز. *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*، ۵(۳)، ۱۸۹-۱۹۷.
- لطیفیان، م. و دلاورپور، م. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبک دلبستگی و سلامت روان با واسطه‌گری خلاقیت هیجانی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۴(۲)، ۶۲-۴۵.
- مختاری، م.، و نظری، ج. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*. نشر جامعه‌شناسان.
- مکوندی، س.، و زمانی، م. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *فصلنامه علمی پژوهشی جنتا شاپیر بیولوژی سلولی و مولکولی*، ۲(۴)، ۱۹۱-۲۰۰.
- ناصری محمدآبادی، ع.، عسکری، آ.، بهرامی، ف.، صادق، ر.، و عابدی، ج. (۱۳۹۱). *هنجاریابی پرسشنامه خزانة دلبستگی والدین و همسالان تجدیدنظرشده در کودکان ۹ تا ۱۱ ساله شهر*

- Herbert, I. (2016). Quality of life, well-being and wellness: Measuring subjective health for foods and other products. *Food Quality and Preference journal*, 54-101-109
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2008). *Self-compassion and other-focused responding paper presented at the 8th annual convention of the society for personality and socialpsychology*. New Mexico.
- Neff, K. D., & McGhee, p. (2010). Self-Compassion and Psychological Resilience among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., Rude, SS., Kirkpatrick, K. (2005). An examination of self –compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154
- Neff, K. D., Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergradates, community adult, and particing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-178
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2014). “Self-Compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness,”. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin. (Eds.). *Mindfulness and Self-Regulation* (121–140). Springer.
- Oken, BS. (2014). A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavior Brain Research*, 11(5), 89-156.
- Vugt, E., Lanctot, N., Paquette, G., Vezina, D. C. & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect Journal*, 38 (1), 114-122
- Bowlby, J. (1998). *Attachment and Loss: Loss: Sadness and Depression, Vol.3*. London: Pimlico.
- Bennet – Goleman T. (2001). *Emotional Alchemy: How the Mind Can Heal the Heart*. Three Rivers Press.
- Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adult’s attachment styles. *The Artsin Psychotherapy*, 37(2), 112 – 119.
- Dozier, M.; Albus, K.; Fisher, P.A.; Sepulveda, S. (2002). Interventions for Foster Parents: Implications for Developmental Theory. *Developmental and Psychopathology*, 14(4), 843-860
- Faulkner, M. S., & Chang, L. I. (2007). Family Influence on Self-Care, Quality of Life, and Metabolic Control in School-Age Children and Adolescence with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 1, 56-69
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in Psychology*, 10, 1099. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01099
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*; 69(8), 856-67.
- Gullone, E., & Robinson, K. (2005). The Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) for Children: A Psychometric Investigaion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12, 67-89.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.