

اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر نشانه های اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری دانش آموزان دختر مدارس مقطع ابتدایی

مهتاب قنبری^۱، زهره لطیفی^۲، اعظم مرادی^۳

^۱ کارشناس ارشد مشاوره گرایش مشاور مدرسه، دانشگاه پیام نور مرکزی، واحد اصفهان (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور

^۳ استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز اصفهان

چکیده

هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر میزان نشانه های اضطراب، کمرویی و خودبخشایشگری دانش آموزان بود. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری بود. نمونه این تحقیق شامل ۴۰ نفر از دانش آموزان دختر دوره دوم مقطع ابتدایی شهرستان اصفهان، در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابتدا روی افراد گروه نمونه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون شامل مقیاس سنجش اضطراب مارچ و همکاران (۱۹۹۷)، پرسشنامه ی سنجش کمرویی سموعی (۱۳۸۲) و پرسشنامه ی خودبخشایشگری ول و همکاران (۲۰۰۸) اجرا شد، آنگاه افراد گروه نمونه به طور تصادفی به دو گروه مساوی آزمایشی و کنترل واگذار شدند و سپس ۸ جلسه آموزش گروهی مبتنی بر شفقت برای اعضای گروه آزمایشی اجرا شد در حالی که افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون و پس از گذشت یک ماه مرحله پیگیری با استفاده از همان پرسشنامه‌های پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تحلیل شد. یافته‌های تحقیق نشان دهنده اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر نشانه های اضطراب ($P < 0/01$)، کمرویی ($P < 0/01$) و خودبخشایشگری ($P < 0/01$)، در دانش آموزان دختر بود. یافته‌های این تحقیق حاکی از این است که یکی از مداخله‌های موثر بر بهبود وضعیت روانشناختی دانش آموزان دختر و کاهش نشانه های اضطراب و کمرویی و افزایش خودبخشایشگری آنها، آموزش گروهی مبتنی بر شفقت است.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر شفقت، اضطراب، کمرویی، خودبخشایش گری، دانش آموزان دختر

۱. مقدمه

مرحله نوجوانی یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی برای هر فرد و خانواده او محسوب می شود. با ورود به دوره نوجوانی، تحولات بسیار عمیقی از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی در نوجوانان به وجود می آید که موجب برهم خوردن تعادل و توازن جسم و روان آن ها می شود (هانت و مکی، ۲۰۱۵). بنابراین نوجوانی به دلیل این هم زمانی بلوغ جسمانی با تغییرات روانشناختی و اجتماعی، یکی از دوره های مهم بروز اختلالات مختلف روانشناختی و روان پزشکی است. اکثر معلمان و مسولان مدرسه در طول خدمت خویش با دانش آموزانی مواجه می شوند که رفتارهایی متفاوت با دیگر دانش آموزان دارند (یوسف زاده، ۱۳۹۳). نتایج برخی تحقیقات نشان میدهد که تعداد قابل توجهی از دانش آموزان عوامل تنش آور زیادی را روزانه تجربه میکنند. راهبردهای ناکارآمد که برای کاهش عمده و جزئی عوامل تنشگر به کار میروند تأثیر منفی بر سلامت روانی دانش آموزان میگذارد (یونکر، اشنابلراوچ و دهان، ۲۰۱۲).

در این میان دختران این دوران را زودتر و در سن کمتر از پسران آغاز می کنند و از طرف دیگر دختران نقش مهمی در سلامت جامعه امروز و آینده دارند و سرمایه گذاری روی این گروه سنی و عواملی که باعث ارتقاء سطح سلامت آن ها می شود یکی از مهمترین راهکارها برای تحقق اهداف سازمانهای بهداشتی محسوب می شود (رافی، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش ها نشان داده است که دختران مشکلات خود را به شکل رفتارهای درونی مثل گوشه گیری، علائم بدنی، افسردگی و اضطراب نشان می دهند (هلستلا و سراندر، ۲۰۰۱).

اکثر نوجوانان هنگام مواجه شدن با موقعیت های تهدید آمیز یا فشار، احساس اضطراب می کنند (هیچامک میلان، فرانسیس، ریس و کورپیتا، ۲۰۱۶). اضطراب شامل احساس عدم اطمینان درماندگی و برانگیختگی است و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می شود (مولر-پینز، گازولا و کیسرز، ۲۰۱۵). اضطراب به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانی به خصوص در دوران نوجوانی شناخته شده است و اغلب بر کنش های هیجانی، عاطفی و احساسی دانش آموزان تأثیر می گذارد (ویلاجراسا و همکاران، ۲۰۱۹). برای مثال اختلال اضطراب فراگیر که یکی از اختلالات اضطرابی شایع در کودکان و نوجوانان است همبندی بسیار بالایی با سایر اختلالات روان پزشکی از جمله اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد و روانگردانها دارد و از این نظر بار اقتصادی قابل ملاحظه ای را بر خانواده و جامعه تحمیل می کند (پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از رفتارهای نگران کننده دانش آموزان نوجوان، مشکل کمرویی و گوشه گیری است. کمرویی اصطلاحی در حیطه روانشناسی اجتماعی برای توصیف دلهره، عدم آسایش و ناراحتی از حضور در کنار دیگران به خصوص در شرایط جدید با افراد ناآشناست (براتی و همکاران، ۲۰۲۰). کمرویی همانند بسیاری از مشکلات رفتاری در افراد یک پدیده ی پیچیده و مرکب ذهنی-روانی و روانی-اجتماعی است که به دلایل عدیده در دوران رشد به تدریج پدیدار می شود و با دارو برطرف نمی گردد (ولف و همکاران، ۲۰۰۷). سگرین (۲۰۰۷) بر این باور است کمرویی احتیاط مفرط در روابط بین فردی است. به ویژه افراد کمرو از ابراز وجود می هراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود بسیار حساسند و به سرعت دستپاچه می شوند و نشانه های جسمانی اضطراب مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می کنند. کمرویی یک مشکل فردی بی سروصداست و عدم اعتماد به نفس، اضطراب اجتماعی، نداشتن مهارت های اجتماعی و عدم سازگاری با جمع را در پی دارد. کمرویی ممکن است از عوامل ژنتیکی، محیطی و تجربیات شخصی نشأت گرفته باشد (گوآدناگی و همکاران، ۲۰۱۶).

^۱Hunt, Mckay

^۲Rafferty

^۳Helstela, Sourander

^۴Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian and Chorpita

باید توجه داشت که کمروبی می تواند به تدریج به صورت نوعی بیماری روانی (روان نژندی) درآید (جلیلی نیکو، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش حاجلو، صبحی قراملکی و فرجیان (۱۳۹۴) نشان داد که هرچقدر کمروبی بالاتر باشد، احتمال ابتلاء افراد به فوبی اجتماعی افزایش می یابد. بنابراین برای جلوگیری از تداوم یا شدیدتر شدن آسیب های ناشی از این مشکل اجتماعی نیاز به مداخله های روان شناختی است. تقویت انگیزه، افزایش مهارت های اجتماعی، توانایی تحصیلی و حرفه ای و سرانجام دستیابی به منشا اضطراب در فرد از روش های درمان کمروبی می باشد (ولف و همکاران، ۲۰۰۷).

خودبخشایشگری به توانایی فرد برای اجتناب از خشم نسبت به خود بابت یک اشتباه و تقویت ویژگیهایی مانند عذوبت، سخاوت و عشق اشاره نموده و شامل ادراک یک عمل نادرست، غلبه بر احساسات ناشی از این عمل و پذیرش درونی خطای رخ داده تعریف میشود (ول، دشیا و واکینی، ۲۰۰۸). خودبخشایشگری به تغییر پاسخ به دور از مجازات خود اشاره دارد (راس، هرتن اسین و روبل، ۲۰۰۷). خودبخشایشگری در نقطه مقابل خودانتقادی قرار دارد (نادری و همکاران، ۱۳۹۸). خودانتقادی با ناسازگاریهای متعددی همراه است و موجب میشود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند (بات، موسی، اجمل و رحمان، ۲۰۱۱). خودانتقادی به عنوان یک عامل منحصر به فرد در پیش بینی اختلالات و احساسات منفی شناخته شده است (بارلو، ۲۰۰۰). خود سرزنش گری که به دنبال خطاها و اشتباهات، نوجوان را گرفتار می کند اغلب به صورت اضطراب نمود و ظهور می یابد نتایج پژوهش گوآدناگی، بورلس، فرارا و لاریا (۲۰۱۶) نشان داد که خودانتقادی با کمروبی رابطه مثبت و معناداری دارد.

بر اساس مرور پیشینه پژوهش، اثربخشی انواع مداخلات با رویکرد های آموزشی و درمانی متنوع بر اضطراب، کمروبی و خودبخشایشگری مورد بررسی قرار گرفته است؛ از جمله اثربخشی: گشتالت درمانی بر اضطراب (کشاورزافشار، حاج حسینی، قدیمی، ۱۳۹۵)؛ درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمروبی (ترخان، ۱۳۹۵)؛ رویکرد وجودی و شناختی-رفتاری بر کمروبی (بشیرپور و همکاران ۱۳۹۲)؛ بازی درمانی گروهی بر کمروبی (رضائی، ۱۳۹۷)؛ درمان بهبود کیفیت زندگی بر خودبخشایشگری (اشرفی، ۱۳۹۶)؛ و مثبت اندیشی بر خودبخشایشگری (ناعمی، ۱۳۹۷).

یکی از درمان های روانشناختی مورد توجه در سالهای اخیر شفقت درمانی است. (سلیمی، ارسلان ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷). این نوع درمان از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته است (احمدی و همکاران ۱۳۹۸). شفقت نسبت به خود یک عامل تاثیر گذار در کارکرد روانشناختی سازگاران است شفقت به خود با افسردگی انتقاد از خود و نشخوار فکری رابطه منفی و با رضایت از زندگی و عواطف مثبت رابطه مثبت داشته و توانسته احساس حقارت و اضطراب را کاهش دهد (نف و مک کی، ۲۰۱۰ و بلوث و بلانتون ۲۰۱۵). شفقت درمانی توجه درمانگران نوین را برای اختلالاتی نظیر افسردگی و وسواس و اضطراب جلب نموده است (روزمونت، مورا، نادل، بیلد و برنجر در ۲۰۱۷). این درمان با هدف کاهش درد و رنج، نگرانی و اضطراب ایجاد شده است (لیویز و یوتلی ۲۰۱۵). اصول پایه در درمان شفقت محور به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و ابزارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاوه بر این در درمان شفقت محور افراد یاد می گیرند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نمایند بلکه می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد ۲۰۱۷). یکی از موضوعات کانونی شفقت درمانی به عنوان یک رویکرد آموزشی، استفاده از آموزش ذهن مشفق برای یاری رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت، آرامش و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است. (نف، ۲۰۰۳؛ نف و مک گی، ۲۰۱۰؛ بلوث و بلانتون، ۲۰۱۵). از این نظر این درمان می تواند بر سایر درمانهای روانشناختی برتری داشته باشد (اکبری کلور و همکاران، ۱۳۹۸).

در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر ارتقاء سلامت روان (سامرز-اسپیچکرم، ترومپتر، اشیریورس، بهلمیجر، ۲۰۱۸)، کاهش شرم و خودانتقادی (کوپاج، بایرد، گیلسون، بوث و هوی، ۲۰۱۸، گنزالس-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۸) تایید شده است. همچنین پژوهشهای مختلفی کارایی درمان مبتنی بر شفقت را در کاهش اضطراب و افسردگی را نشان

داده اند. مطالعات زیادی نشان داده اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین تر همراه است (قربانی، ۲۰۱۳). اندرسون و راسمن (۲۰۱۷) در پژوهش خود گروه درمانی متمرکز بر شفقت را برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت نفس پایین اجرا کردند. نتایج اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب و خود انتقادی و افزایش عزت نفس را تایید نمود.

اثربخشی شفقت درمانی بر متغیرهای مختلف در دانش آموزان دختر از جمله کنترل عواطف (غفاریان و خیاطان، ۱۳۹۹)، عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی (اکبری کلور و همکاران، ۱۳۹۸)، سازش یافتگی و شادزیستی (برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته، ۱۳۹۷) نیز مورد تایید قرار گرفته است. گلپور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف بررسی مقایسه ای اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جسمانی و روانی دانش آموزان مبتلا به افسردگی انجام دادند نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی شناختی مداخله تأثیرگذار مهمی برای سلامت روانی دانش آموزان است و در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه های خودشفقتی دانش آموزان موثر تر است

حال با توجه به اینکه تحقیقات مختلف فوق الذکر اثربخشی شفقت درمانی بر متغیر های گوناگون از جمله سلامت روان، اضطراب، خود انتقادی را در اقشار مختلف و جمله دانش آموزان را نشان داده اند اما در مورد اثربخشی این نوع درمان بر کمرویی و خود بخشایش گری در ایران پژوهشی منتشر نشده است و با عنایت به اینکه بر اساس شواهد مهارتهای عاطفی بر عملکرد تحصیلی تاثیر مثبت دارند (احمدی، هاشمیان، درتاج و ابوالعالی، ۱۳۹۹)، هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش شفقت بر کمرویی و خودبخشایش گری و نیز اضطراب که نقش مهمی در شکل گیری و تداوم این دو متغیر دارد در دانش آموزان دختری است که در ابتدای سن نوجوانی و تحولات شگرف جسمی، عاطفی و روانشناختی آن قرار دارند.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی دانش آموزان دختر دوره دوم مقطع ابتدایی (۱۲ تا ۱۳ ساله) شهرستان اصفهان بود که در کلاس های تابستانه ی سال ۱۳۹۹ دبستان امام موسی صدر شرکت کرده بودند. در این پژوهش، ۴۰ نفر از افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند با در نظر داشتن ملاک های ورود و خروج به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از معیار های ورود می توان به جنسیت مونث، اتمام پایه پنجم یا ششم، داشتن حداقل ۱۲ و حداکثر ۱۳ سال سن، توانایی شرکت در جلسات و انجام تکالیف و تکنیک های آموزشی در هر جلسه، اشاره کرد؛ به علاوه ملاک های خروج شامل شرکت هم زمان در مداخلات روانشناختی دیگر، بیماری یا اختلال شدید روانی و مصرف داروهای روانشناختی، غیبت بیش از دو جلسه طی فرایند جلسات آموزشی، عدم انجام تکالیف و اجرای تکنیک های آموزشی، عدم همکاری لازم در فرایند جلسات آموزشی و وجود هر گونه علامت بیماری کرونا در فرد بود. پس از نمونه گیری، دانش آموزان گروه آزمایش ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای آموزشی مبتنی بر پروتکل درمان شفقت توسط درمانگر دریافت کردند؛ در حالی که در طول این مدت گروه کنترل تحت هیچ مداخله ای قرار نگرفت.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر هستند:

- مقیاس چند بعدی اضطراب مارچ و همکاران: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که ۳۹ گویه دارد و برای ارزیابی نشانه های اضطراب در گروه های سنی ۸ تا ۱۹ سال استفاده می شود. هر گویه بر مبنای یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۰ تا ۳ (هرگز، بندرت، گاهی اوقات و همیشه) نمره گذاری می شود. این مقیاس چهار بُعد را اندازه گیری می کند که شامل اضطراب اجتماعی (۹ گویه)، اضطراب جدایی (۹ گویه)، اجتناب از آسیب (۹ گویه) و نشانه های جسمانی (۱۲ گویه) است.

ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس اضطراب اجتماعی، نشانه های جسمانی، اجتناب از آسیب و اضطراب جدایی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۴ محاسبه است (کینجری، گینزبرگ و بارسیتین، ۲۰۰۶). در پژوهش مشهدی، سلطانی شال، میردورفی و بهرامی (۱۳۹۱) پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۳۸ و ۰/۰۲ محاسبه شد که بیانگر روایی همگرا و واگرای مقیاس مذکور بود. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داد که الگوی ۴ عاملی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان در جامعه ایرانی برازش خوبی دارد.

- مقیاس سنجش کمرویی کودکان: این پرسشنامه که توسط سموعی (۱۳۸۲) طراحی شده دارای ۴۴ سوال است نحوه پاسخدهی به سوالات به این صورت است که شرکت کننده پس از خواندن پرسشنامه، مناسبترین گزینه ای را که با روحیه او مرتبط است را طبق گزینه های زیر انتخاب می کند (همیشه (۴)؛ بیشتر اوقات (۳)؛ گاهی اوقات (۲)؛ به ندرت (۱)؛ هرگز (۰)). نحوه نمره گذاری برای سوالات با محتوای مثبت از صفر به چهار و برای سوالات با محتوای منفی بر عکس از چهار به صفر است. در پژوهش بشیرپور، محراب، سلیمی، حسین، فرح بخش و کیومرث (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است. پایایی آن به روش دو نیمه کردن معنی دار بوده است.

- مقیاس خودبخشایشگری: این پرسشنامه که توسط ول، دیشی و واکینی (۲۰۰۸) در دانشگاه کارلتون کانادا طراحی شده است دارای ۱۷ سوال است. گویه ها با استفاده از یک مقیاس چهاردرجه ای (کاملاً موافق (۴) تا به هیچ عنوان (۱)) درجه بندی شده اند که نمرات بالاتر نشانگر خودبخشایشگری هستند. البته گویه های ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه از دو خرده مقیاس احساسات و کنش های خودبخشایشگری شامل ۸ گویه و باور های خودبخشایشگری شامل ۹ گویه تشکیل شده است. در پژوهش نادری و همکاران (۱۳۹۴) برای این پرسشنامه دو عامل استخراج شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش شرفی (۱۳۹۶) پایایی آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۹ محاسبه شد.

نحوه اجرا: در ابتدای شروع مداخله پیش آزمون و بعد از اتمام جلسات آموزشی پس آزمون و ۳۰ روز پس از انجام آخرین جلسه مداخله مرحله پیگیری اجرا شد. خلاصه ی محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر شفقت

جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش آزمون، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت از طریق مفهوم سازی شفقت.
جلسه دوم	برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش آزمون، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت از طریق مفهوم سازی شفقت.
جلسه سوم	مرور تمرینات جلسه ی گذشته، تبیین و تشریح داستان زندگی و بررسی کارکرد های عمدی و غیر عمدی شیوه های مقابله ای، ارائه تمرین برای جلسه بعد.
جلسه چهارم	مرور تمرینات جلسه ی گذشته، آموزش و مقایسه ی میان مقرز قدیم و مغز جدید جهت شناسایی و کشف باور های مخرب و نشخوار های ذهنی همراه با ارائه راه حل و اجرای عملی تکنیک درمانی، ارائه تمرین برای جلسه بعد.
جلسه پنجم	مرور تمرینات جلسه ی گذشته، کشف واگویه های انواع خودها و رقبای خود مهربان از طریق اجرای تکنیک دو صندلی، درک و شناسایی خود مهربان و راه های فعال کردن آن از طریق حساسیت به رنج، ارائه تمرین برای جلسه بعد.
جلسه ششم	مرور تمرینات جلسه ی گذشته، تمرین رفتار مهربانانه و شناسایی جنس مراقبتی آن از طریق مسیر ارزش ها، آشنایی با چهار وسیله ی نوازش، هم آهنگی، ساختار، چالش، قدم دوم برای فعال کردن خود مهربان از طریق

مسیر ارزش ها و مراقبت از خود. آشنایی با موانع ذهن مهربان و تبیین مفهوم پذیرش و گسلش، ارائه تمرین برای جلسه بعد.

جلسه هفتم مرور تمرینات جلسه ی گذشته، شناسایی موانع درونی و بیرونی رفتار های مهربانانه و تبیین مفهوم پذیرش و گسلش، تمرین تکنیک نوشتن نامه مهربانانه به خود و دیگران، تمرین پذیرش و تحمل پریشانی، ارائه تمرین برای جلسه بعد.

جلسه هشتم مرور تمرینات جلسه ی گذشته، بازبینی مفهوم سازی قبلی در پرتو پیشرفت تکالیف و اطلاعات جدید، برنامه ریزی خردمندانه همراه با ایجاد چالش برای خود در مسیر ارزش ها، مراقبت از بهزیستی خود و دیگران، اجرای پس آزمون.

برگرفته از طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹؛ به نقل از اثباتی و فیضی، ۱۳۹۷)

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی شامل مواردی همچون: مشارکت داوطلبانه و آگاهی و رضایت کامل دانش آموز و والدین وی از همکاری و مشارکت در این پژوهش، کسب رضایتنامه از والدین، اطمینان بخشی در مورد رعایت حریم خصوصی و حفظ اسرار طی زمان برگزاری جلسات آموزشی و تعهد به آن، عدم ثبت مشخصات شناسایی، حق انصراف از ادامه در هر مرحله ای از اجرای پژوهش بود.

روش تحلیل داده ها: تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری مقیاس های اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. یافته های توصیفی اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب کلی	پیش آزمون	۶۴/۵۵	۱۱/۳۳	۵۸/۳۵	۱۹/۱۱
	پس آزمون	۳۹/۴۵	۹/۲۸	۶۴/۱۰	۱۷/۵۶
	پیگیری	۳۵/۴۵	۸/۰۶	۶۴/۶۰	۱۵/۶۰
کمرویی	پیش آزمون	۹۸/۳۰	۱۷/۲۱	۹۲/۷۵	۱۴/۵۶
	پس آزمون	۷۰/۱۵	۱۶/۰۲	۹۶/۷۰	۱۳/۵۷
	پیگیری	۶۷/۲۵	۱۲/۷۷	۹۷/۱۵	۱۰/۰۱
خودبخشایش گری	پیش آزمون	۳۶/۰۰	۶/۴۸	۳۴/۴۰	۵/۵۰
	پس آزمون	۵۰/۵۰	۵/۰۳	۳۴/۹۵	۵/۰۳
	پیگیری	۵۱/۶۰	۴/۵۲	۳۶/۰۰	۴/۴۷

برای بررسی پیش فرضهای نرمال بودن توزیع های نمرات، همگنی واریانس گروه ها و بررسی یکسانی کواریانس های اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری به ترتیب از آزمون شاپیرو-ویلکز، آزمون لوین و آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج آنها در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز در مورد نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین برای همگنی واریانس گروه ها و آزمون کرویت ماچلی در مورد یکسانی کواریانس های متغیرهای وابسته

آزمون شاپیرو-ویلکز	آزمون لوین		آزمون کرویت ماچلی	
	ارزش	سطح معناداری	F	df 1
اضطراب	۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۲۵	۱
کمرویی	۰/۹۲	۰/۰۷	۰/۰۴	۱
خودبخشایش گری	۰/۹۱	۰/۰۶	۱/۳۶	۱

جدول شماره ۳ نشان می دهد که بر اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال است؛ همچنین با توجه به آزمون لوین همگنی بین گروه های همپراش و وابسته تأیید شد؛ اما با توجه به معنادار بودن آزمون کرویت ماچلی برای اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری، فرض یکسانی کواریانس ها تأیید نشد ($P < 0/01$)، بنابراین از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده گردید. نتایج آزمون گرین هوس-گیسر در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: آزمون گرین هوس-گیسر برای بررسی تفاوت میانگین های اضطراب، کمرویی و خودبخشایشگری

منبع	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
بین گروهی	۰/۳۶	۲۰/۴۷	۳	۰/۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
درون گروهی	۰/۰۶	۸۱/۲۶	۶	۰/۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
اثر تعاملی	۰/۰۴	۱۱۱/۱۷	۶	۰/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشان میدهد که برای اثرات بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی آموزش شفقت بر اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری، به ترتیب مقادیر ۰/۳۶، ۰/۰۶ و ۰/۰۴ به دست آمده است که نشان می دهد این شیوه آموزش حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته اثربخش است.

نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای تاثیر اثربخشی آموزش شفقت بر اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنیها با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
اضطراب	عامل	۳۰۲۹/۳۱	۱/۵۷	۱۹۲۷/۲۳	۷۱/۳۸	۰/۰۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۷۴۰۵/۳۱	۱/۵۷	۴۷۱۱/۲۲	۱۷۴/۴۹	۰/۰۱	۱/۰۰
	خطا	۱۶۱۲/۷۰	۵۹/۷۳	۲۷/۰۰			
بین گروهی	گروه	۷۵۵۲/۵۳	۱	۷۵۵۲/۵۳	۱۳/۵۸	۰/۰۱	۰/۹۴
	خطا	۲۱۱۳۳/۳۰	۳۸	۵۵۶/۱۳			
کمرویی	عامل	۴۳۳۹/۵۵	۱/۳۸	۳۱۴۴/۲۱	۵۵/۴۸	۰/۰۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۷۶۶۱/۱۱	۱/۳۸	۵۵۵۰/۸۵	۹۷/۹۵	۰/۰۱	۱/۰۰

		خطا	۲۹۷۲/۰۰	۵۲/۴۴	۵۶/۶۶			
بین گروهی	گروه	۸۶۳۶/۰۳	۱	۱۶۳۶/۰۳	۸۶۳۶/۰۳	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۹۷
	خطا	۲۰۰۷۵/۰۰	۳۸	۵۲۸/۲۸				
خود بخشایشگری	عامل	۱۷۵۶/۵۵	۱/۴۱	۱۲۴۰/۰۰	۱۶۰/۹۳	۰/۸۰	۰/۰۱	۱/۰۰
	درون گروهی	۱۳۰۲/۰۱	۱/۴۱	۹۱۹/۱۳	۱۱۹/۲۸	۰/۷۵	۰/۰۱	۱/۰۰
	خطا	۴۱۴/۷۶	۵۳/۸۲	۷/۷۰				
	گروه	۳۵۷۵/۲۰	۱	۳۵۷۵/۲۰	۵۰/۴۵	۰/۵۷	۰/۰۱	۱/۰۰
بین گروهی	خطا	۲۶۹۲/۷۸	۳۸	۷۰/۸۶				

با توجه به نتایج جدول شماره ۵ مبنی بر معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مقیاس های اضطراب، کمروبی و خود بخشایشگری در سطح $P < 0/01$ تایید می گردد. همچنین با توجه به معنادار بودن منبع بین گروه ها برای متغیرهای اضطراب، کمروبی و خود بخشایشگری می توان گفت بین گروه آزمایش و کنترل بر حسب هر سه متغیر وابسته تفاوت معناداری در سطح $P < 0/01$ وجود دارد. بنابراین آموزش متمرکز بر شفقت بر اضطراب، کمروبی و خودبخشایشگری دانش آموزان دختر اثربخش بوده است. برای بررسی تفاوت میانگین های مقیاس های مورد مطالعه بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۶ آورده شده است.

جدول ۶: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ی اضطراب، کمروبی و خود بخشایش گری به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۶۷	۱/۰۸	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۱/۴۲	۱/۲۱	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۷۵	۰/۷۳	۰/۰۷
کمروبی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۱۰	۱/۵۱	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۳/۳۲	۱/۷۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۲	۰/۸۳	۰/۴۴
خود بخشایش گری	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۵۲	۰/۴۸	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۸/۶۰	۰/۶۶	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۰۷	۰/۳۸	۰/۰۶

بر اساس نتایج جدول شماره ۶، نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تمام مقیاس های اضطراب، کمروبی و خود بخشایش گری تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون مقیاس ها در مرحله ی پیگیری نسبتا ثابت مانده است. این نتایج بیانگر این است که آموزش شفقت سبب کاهش اضطراب و کمروبی و بهبود خود بخشایش گری در بین دختران دانش آموز شده است و این تاثیر پس از یک ماه همچنان ماندگار بوده است و گذشت زمان یک ماه در میزان اثربخشی این شیوه آموزشی اثر منفی نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه های تحقیق مبنی بر اثر بخشی آموزش شفقت بر اضطراب، کمروبی و خود بخشایش گری و تداوم این تاثیر در پیگیری یک ماهه تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانه های اضطراب و کمرویی و افزایش خودبخشایش گری دانش آموزان دختر پایه پنجم و ششم تاثیر داشته و به بهبود نشانه های اضطراب و کمرویی و افزایش خودبخشایش گری منجر شده است و این تاثیر در مرحله پیگیری یک ماهه نیز تداوم داشته است.

این نتایج با یافته های به دست آمده توسط سامرز-اسپیچکرمن و همکاران (۲۰۱۸)، کوپاج و همکاران (۲۰۱۸)، گنزالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۸)، اندرسون و راسمن (۲۰۱۷)، غفاریان و خیاطان (۱۳۹۹) و اکبری کلور و همکاران (۱۳۹۸)، همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی آموزش شفقت بر اضطراب، کمرویی و خودبخشایش گری باید به این نکته اشاره کرد که سیستم مراقبت گری که در آموزش شفقت ورزی وجود دارد، ویژگی هایی همچون عدم قضاوت، قدرت، ملایمت، همدلی، خردمندی، مهربانی و شجاعت را در فرد فزونی می بخشد و همه ی این ویژگی ها به نوجوان کمک می کند که در برخورد با موانع به جای مضطرب شدن و یا در خودفرو رفتن و عدم بخشش خود، به مهربانی تجهیز شود و در نتیجه باعث بهبود نشانه های اضطراب و کمرویی و همچنین افزایش خودبخشایشگری در وی گردد. آموزش تکنیک هایی از جمله تمرین واررسی بدنی و تنفس، همچنین بیان فرایند ها با عنوان محرک های پیچیده سه سیستم تنظیم عاطفه به همراه اجرای تمرین تفکیک گفتگوی مغز جدید و قدیم می تواند عامل تعیین کننده ای در تاثیر گذاری این آموزش بر موارد مذکور می باشد؛ یک نکته کلیدی در آموزش متمرکز بر شفقت، شرم زدایی و حصول اطمینان از تکنیکهایی است که با توجه به سیستم های سه گانه، سیستم خاصی را تحریک می کند، یادگیری مدارا با شکست بدون شرمندگی شدن، رشد دادن شیوه ی مقابله ای مثبت و خویشتن مشفق، پایگاهی مثبت برای شرم زدایی و مسئولیت پذیری فرد ایجاد می کند. این نوع درمان به فرد کمک می کند تا بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل نماید تا بتواند به صورت فعال و شاداب و به دور از نگرانی و اضطراب در جمع حضور پیدا کند (اکبری کلور و همکاران، ۱۳۹۸). گیلبرت (۲۰۰۹) بر این باور است که درمان شناختی مبتنی بر شفقت باعث تسهیل تغییر عاطفی به منظور حمایت از خود می شود، قابلیت پذیرش ناراحتی خود را بالا می برد و آشفتگی های عاطفی را کاهش می دهد یافته این پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش شفقت بر اضطراب با نتایج پژوهشهای بوئرسما، هاکانسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵) و مک ایوان و گیلبرت (۲۰۱۶) همسو است. نتایج این پژوهشها نشان دهنده این بود که درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب شرکت کنندگان در پژوهش را کاهش داده است.

در تبیین اثربخشی شفقت درمانی در کاهش اضطراب دانش آموزان دختر می توان گفت که در افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجانهای نظیر اضطراب، خشم یا بیزاری میشود. در حالیکه هدف درمان متمرکز بر شفقت فعال نمودن سیستم متمرکز بر امنیت است تا مراجع را به رضایت، آرامش و بهزیستی برساند. بر این اساس شفقت به عنوان یک هیجان مثبت، میتواند باعث ساختن و گسترش دادن شود. به عبارت دیگر شفقت، افکار، هیجانها و رفتارهای مثبت جدیدی را شکل داده و گسترش میدهد که با افکار و هیجانها منفی مرتبط با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. در واقع درمان مبتنی بر شفقت مانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می کند و هیجانها منفی را که نقش عمده ای در ایجاد اضطراب دارند کاهش می دهد و هیجانها مثبت را جایگزین آنها میکند (روزمونت و همکاران ۲۰۱۸).

در جریان آموزش شفقت ورزی دانش آموزان با فراگیری پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود و درک اینکه دیگران نیز نقائص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) و آموختن همدلی با خود در جریان آموزش شفقت، می آموزند که خود را کمتر مورد سرزنش و خود انتقادی قرار دهند چون دیگران نیز مانند خودشان نقائصی دارند. این افزایش آگاهی سبب می شود که آنها به جای احساسات خود تخریب گرانه، احساس کنند بر خود و محیط اطرافشان کنترل بیشتری دارند و می توانند از راهبردهای بهتر برای مبارزه با تنش و اضطراب استفاده کنند. از سوی دیگر تفسیر مجدد شناخت ها و پذیرش وضعیت موجود و تلاش برای اصلاح آن موجب می شود که دانش آموزان شادابی بیشتری پیدا کنند که این امر به نوبه

خود جزو عوامل حفاظت کننده در برابر اضطراب در مورد زمینه های تحصیلی و سایر جنبه های زندگی دانش آموزان است. از سویی دیگر اثربخشی آموزش شفقت را میتوان تا حدی به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت نسبت داد. در این تمرینات بر تن آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن آگاهی تأکید میشود، که میتواند نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب داشته باشد.

در تبیین چرایی اثربخشی آموزش شفقت بر کمرویی میتوان چنین گفت که این آموزش با استفاده از تکنیک شناسایی انواع خود ها و رقبای ویژه ی خود مهربان به همراه استفاده از استعاره ی چراغ قوه و به ویژه تکنیک دو صندلی برای فعال سازی خود مهربان و ایجاد یک نگرش همدلانه به خود فرصتی را برای نوجوان فراهم می کند تا به دنبال حفظ آرامش و مدیریت اضطراب، با شرم و خجالت خود رو به رو شود و ضمن پذیرش آن فرصت ابراز وجود را از طریق تکنیکها و تمرین های مشفقانه از جمله روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت را تجربه کند. علاوه بر این احتمالاً اجرای تکنیک دو صندلی و همراه ساختن آنها با انواع استعاره ها مثل استعاره چراغ قوه منجر به تاثیر این آموزش بر کمرویی شرکت کنندگان شده است.

در تبیین چرایی اثربخشی آموزش شفقت بر خودبخشایش گری می توان احتمال داد که فنون و اصول شفقت درمانی با افزایش همدلی و پذیرش موجب اصلاح و ارتقاء احساس خودبخشودگی شده است. باید توجه داشت که آموزش شفقت ورزی با تاکید بر روندهای همدلی و بخشش خویشتن و ایجاد پل ارتباطی با دیگران برای پذیرش مشکلات و افزایش خودمهورزی و کنترل بر استرس ها نقش بسزایی در افزایش حس خود بخشایشگری دارد. به نظر می رسد ویژگی ریسک پذیری و استقلال طلبی در نوجوانان منجر به اقدامات عجولانه ای از سوی او می شود و گاهی احساس گناه ناشی از این اقدامات تا مدت ها همراه با نوجوان است به صورتی که باعث می شود در مواردی هیچگاه خود را به خاطر خطاهای گذشته نبخشد و همواره بار سنگین گذشته را به دوش کشد. در این پژوهش احتمالاً آموزش تکنیکها و روش های ابراز شفقت با استفاده از چهار ابزار در اختیار (نوازش، هم آهنگی و فرصت دادن، ساختار و چالش) به همراه تمرین تحمل پریشانی و نوشتن نامه ای مشفقانه به خود این فرصت را به نوجوانان داده است که با عینک مهربانی به خطاهای گذشته بنگرد و خود را ببخشد.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به جنسیت دختر و ساکن شهرستان خمینی شهر بودن با ویژگیهای فرهنگی خاص است که تعمیم نتایج به پسران و سایر اقشار جامعه را با محدودیت مواجه می کند. برگزاری جلسات در شرایط سخت دوران شیوع بیماری کرونا و همچنین تاثیر این شرایط بر کیفیت اجرا و ارتباط موثر طی جلسات آموزش از محدودیت های دیگر این پژوهش بوده است. بر این اساس پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی اثربخشی آموزش شفقت در هر دو جنس بررسی شود، اثربخشی این آموزش هم زمان بر روی والدین و فرزندان آنها مورد بررسی قرار گیرد، چنین تحقیقی روی معلمین و کادر اداری مدارس و سایر اقشار جامعه انجام پذیرد. اثربخشی رویکرد شفقت ورزی در ترکیب یا مقایسه با سایر رویکردهای آموزشی و درمانی مورد بررسی قرار گیرد.

آموزش شفقت در مدارس به این دلیل که نوجوانان، خصوصاً به دلیل ویژگیهای این سن از جمله تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری، ابعاد مختلف اضطراب، کمرویی و احساس گناه را در اجتماع مدرسه تجربه می کنند، مفید به نظر می رسد.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع و مراجع

۱. احمدی، راحله، سجادیان، ایلناز و جعفری، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، فصلنامه پوست و زیبایی، ۱۰(۱)، ۲۹-۱۸.

۲. احمدی، ملیحه، هاشمیان، کیانوش، درتاج، فریبرز و ابوالعالی، خدیجه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش اجتماعی-عاطفی و آموزش ذهن آگاهی بر افزایش جهت گیری مثبت نسبت به مدرسه. روان شناسی مدرسه، ۹(۴)، ۲۶-۷.
۳. اشرفی، مرضیه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر معنای زندگی سرمایه روان شناختی و خودبخشایشگری مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون.
۴. اکبری کلور، سیده مریم، حبیبی، مرضیه، قطور، زینب و عظیمی راویز، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نشریه زن و فرهنگ، ۱۱(۴۰)، ۶۶-۵۳.
۵. برغندان، سپیده، اکبری، بهمن، خلعتبری، جواد و وارسته، علیرضا (۱۳۹۷). تاثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شادزیستی دانش آموزان دارای رفتارهای پرخطر، فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۲)، ۱۵۳-۱۴۲.
۶. بشیرپور، محراب، سلیمی، حسین و فرح بخش، کیومرث. (۱۳۹۲). مقایسه میزان اثر بخشی مشاوره ی گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی-رفتاری بر کاهش کمروبی دانش آموزان پسر دبیرستانی، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۴(۲)، ۵۱-۶۰.
۷. ترخان، مرتضی. (۱۳۹۵). تاثیر مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمروبی دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی. ۵(۲)، ۹۲-۱۰۴.
۸. جلیلی نیکو، سعید. (۱۳۹۸). کاهش میزان کمروبی در دانش آموزان ابتدایی مدرسه شهید ناصری تهران، مجله پویا در آموزش علوم انسانی، ۴(۱۵)، ۲۰-۱۵.
۹. حاجلو، نادر، صبحی قراملکی، ناصر و فرجیان، آرزو. (۱۳۹۴). مدل یابی علی فویی اجتماعی دانش آموزان براساس هوش هیجانی، مهارت های اجتماعی، عزت نفس و کمروبی. روان شناسی مدرسه، ۴(۳)، ۴۶-۲۳.
۱۰. داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، اسدپور، اسماعیل، محسن زاده، فرشاد و کسای اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز برشفقت بر شرم درونی شده در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی (پیگیری یک ماهه)، مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۸(۲۶)، ۷۶-۶۰.
۱۱. رضائی، الهه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش کمروبی. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری. ۳(۱۹)، ۴۵-۵۸.
۱۲. سلیمی، آرمان، ارسلان، ده فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. افق دانش، ۲۴(۲)، ۱۳۱-۱۲۵.
۱۳. سموعی، راحله. (۱۳۸۲). آزمون کمروبی. چاپ موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا (روان تجهیز).
۱۴. غفاریان، حدیثه و خیاطان، فلور (۱۳۹۹). تاثیر آموزش مبتنی برشفقت بر کنترل عواطف دانش آموزان دختر دوره اول دبیرستان، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۷(۳۹)، ۲۱۴-۱۹۳.

۱۵. کشاورزافشار، حسین، حاج حسینی، منصوره، قدیمی، سمیه. (۱۳۹۵). اثر گشتالت درمانی بر اضطراب فراگیر و اضطراب امتحان دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۷(۲۸)، ۲۸-۳۶.
۱۶. گل پور، رضا، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول و نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثر بخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی. روان شناسی مدرسه، ۳(۲)، ۱۶۹-۱۵۳.
۱۷. مشهدی، علی، سلطانی شال، رضا، میردورقی، فاطمه، و بهرامی، بتول. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. روان شناسی کاربردی، ۶(۱) (پیاپی ۲۱)، ۸۷-۷۰.
۱۸. ناعمی، محمدعلی. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش مثبت اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی یادگیری. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی. ۸(۲۹)، ۱۱۱-۱۴۵.
۱۹. یوسف زاده، زهرا. (۱۳۹۳). نقش معلم در کاهش اختلال رفتاری کمرویی در دانش آموزان. اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی.
۱. Andersen B, Rusmassen PH. (2017). Trans diagnostic group therapy for people with self- critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care* ,4(14) ,185-96.
 ۲. Barati M, Kazemi Kilehgholan F, Parsafar S, Jalilian F, Afshari M. (2020). Prediction of the Intention to Undergo Cosmetic Surgery Among Female Students Based on the Theory of Reasoned Action. *The American Journal of Cosmetic Surgery*,37(2) ,75-80.
 ۳. Barlow DH. (2000).Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*,55,1245-1263.
 ۴. Bluth, K. L. & Blanton, P. W. (2015).The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *Journal of Positive Psychology* , 10(3), 219° 230.
 ۵. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*,45(2), 89-98.
 ۶. Burton M, Schmertz SK, Price M, Masuda A,Anderson PL. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*,69(3) , 22-8.

۷. Butt M, Moosa S, Ajmal M, Rahman F. (2011). Effects of shyness on the self-esteem of 9th grade female students. *International Journal of Business and Social Science*, 2(12), 150-156.
۸. Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a trans diagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240-54.
۹. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
۱۰. Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., DiegoPedro, R., Baños, R & Cebolla, A. (۲۰۱۸). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*.
۱۱. Guadagni V, Burles F, Ferrara M, Laria G. (2016). The effects of sleep deprivation on emotional empathy. *Us National Library of Medicine National Institutes of Health*, 23(6), 657-663.
۱۲. Helstela, L, Sourander A. (2001). Self-reported Competence and emotional and behavioral Problems in finish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(5):337-41.
۱۳. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. and Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
۱۴. Hunt E, Mckay EA. (2015). What Can Be Learned From Adolescent Time Diary Research? *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 259-66.
۱۵. Irons, C. & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
۱۶. Leaviss, J, & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Journal of Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
۱۷. McEwan K, Gilbert P. (2016). A pilot feasibility study exploring the practicing of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 239-43.

۱۸. Muller-Pinzler, L., Gazzola, V., Keysers, C., Sommer, J., Jansen, A., Frassle, S., and Krach, S. (2015). Neural pathways of embarrassment and their modulation by social anxiety. *Neuroimage*, 119(1), 252-261.
۱۹. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
۲۰. Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
۲۱. Peter, J., Lawrence, D. C., Murayama, K., & Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), ۴۶-۶۰.
۲۲. Rafferty, J.R. (2015). Where is the Boys Using Peer Leadership to Address Barriers to Male Adolescent Utilization of an Urban School Based Health Center? *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 73-8.
۲۳. Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Annals of Psychology*, 34(1), 63-67.
۴۴. Ross, S. R., Hertenstein, M. J., & Wrobel, T. A. (2007). Maladaptive correlates of the failure to forgive self and others: Further evidence for a two-component model of forgiveness. *Journal of Personality Assessment*, 88, 158-167.
۲۵. Segrin C. Taylor M. (2008). Positive interpersonal relationship mediates of association between social skill and psychological well-being. *Personality and individual different*, (43)4, 637-46.
۲۶. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. (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), 101-15.
۲۷. Villagrasa, R., & et al. (2019). Clinically relevant anxiety and risk of Alzheimer's disease in an elderly community sample: 4.5 years of follow-up. *Journal of Affective Disorders*, ۲۳(۹), ۶۵۷-۶۶۳.

۲۸. Wohl, M. J., DeShea, L., & Wahkinney, R. L. (2008). Looking within: Measuring state self-forgiveness and its relationship to psychological wellbeing. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 40, 1-10.
۲۹. Wolf c. Christy d (2007). The integration of cognition and emotion during infancy and early childhood. *Psychological and brain sciences*, 65, 3-13.
۳۰. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35(2), 299–314.

