



Positive Psychology Research

Positive Psychology Research

E-ISSN: 2476-3705

Vol. 7, Issue 2, No.26, Summer 2021, P:33-48

Received: 28.07.2020 Accepted: 18.07.2021

Research Article

The Effectiveness of Compassion Focused Training (CFT) on Social Self-Efficacy, Distress Tolerance and Self-Criticism in Adolescent Girls under Welfare Organization Care

Najmeh Hosseinimehr: MA in clinical psychology, Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, kerman, iran
najmeh.mehr@yahoo.com

Noshirvan Khezri Moghadam*: Associate Professor Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
khezri147@uk.ac.ir

Somayeh Pourehsan: Assistant Professor Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
pourehsan@uk.ac.ir

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of compassion-based training on social self-efficacy, distress tolerance, and self-criticism in adolescent girls under the supervision of the Welfare Organization. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up, and control group. The sample consisted of 30 adolescent girls aged 14 to 18 years old who were under the supervision of the Kerman Welfare Organization. They were selected by available sampling and assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received compassion-focused training intervention (8 sessions of 90 minutes), while the control group received no training. At the end of training sessions, post-test, and two months after that, follow-up was conducted. Connolly Adolescent Social Self-efficacy Questionnaire, the Simons and Gaher Distress Tolerance Questionnaire, and the Thompson & Zuroff Self-Criticism Questionnaire were used to collect the data. Data were analyzed by repeated-measures analysis of variance. The results showed that compassion-focused training significantly affected social self-efficacy, distress tolerance, and self-criticism. This effect also continued in the follow-up. Based on the findings, compassion-focused training can be used as a suitable treatment option to improve social self-efficacy, distress tolerance, and reducing self-criticism.

Key words: compassion-focused training, social self-efficacy, distress tolerance, self-criticism, adolescent girls

* Corresponding author

2476-3705/ © 2021 The Authors. Published by University of Isfahan

This is an open access article under the CC-BY-NC-ND 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)



<http://dx.doi.org/10.22108/ppls.2021.123728.1959>



[20.1001.1.24764248.1400.7.2.3.1](https://doi.org/10.22108/ppls.2021.123728.1959)

اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی

نجمه حسینی مهر: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

najmeh.mehr@yahoo.com

نوشیروان خضری مقدم*: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

khezri147@uk.ac.ir

سمیه پورا احسان: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

purehsan@uk.ac.ir

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دختر نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله تحت سرپرستی سازمان بهزیستی شهر کرمان بود که با نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و در گروه‌های مداخله و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش، مداخله مبتنی بر شفقت را دریافت کرد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای)؛ در حالی که به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون و ۲ ماه بعد از آن، پیگیری اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان کنلی، پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و سطوح خودانتقادی تامسون و زاروف استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان دادند آموزش مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی داشته است؛ این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. با توجه به یافته‌ها آموزش مبتنی بر شفقت یک گزینه مناسب برای بهبود خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و کاهش خودانتقادی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر شفقت، خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی، خودانتقادی، دختران نوجوان

مقدمه

خانواده، یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه، نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت و رشد اجتماعی، هیجانی و عاطفی کودک دارد. شیوه تربیت و نوع رفتار والدین با فرزندانشان و نیز حضورداشتن یا نداشتن آنان می‌تواند به ایجاد خلل در رشد روانشناختی کودکان و نوجوانان و در آینده به بروز مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی منجر شود و در نتیجه، بهزیستی آنان را در معرض خطر قرار دهد (باقرپور بنام، ۱۳۹۵).

بر اساس ماده ۱۸ پیمان‌نامه بین‌المللی حقوق کودک، مسئولیت اولیه حقوق کودک و تأمین نیاز او بر عهده والدین است و اگر آنها توانایی برقراری این نقش را نداشته باشند، دولت برای برطرف کردن نیازها و تأمین احتیاجات کودک مداخله می‌کند. طبق ماده ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی، سازمان بهزیستی، کودکانی که به هر دلیلی به‌طور موقت یا دائم از زندگی در خانواده محروم شده‌اند را در مراکز شبانه‌روزی یا نزد خانواده‌های جایگزین مراقبت می‌کند (صارم‌پور، غباری بناب و باقری، ۱۳۹۹).

دوران نوجوانی^۱ یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین و پُر استرس‌ترین دوران در زندگی هر فرد است (یداله‌ی، پورحسینی و سادات، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه پایه و اساس جامعه فردا را کودکان و نوجوانان امروز تشکیل می‌دهند، بی‌توجهی به آنان نتایج جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهد داشت. همچنین، در جوامعی که به این قشر توجه کمتری می‌شود، معضلات اجتماعی، بیشتر است (اصلانی، ۱۳۹۳). در چنین شرایطی، اگر این کودکان و نوجوانان فاقد سرپرست و دارای سرپرست بدی باشند و مجبور به زندگی در مراکز شبه‌خانواده و بهزیستی شوند، با مشکلات و شرایط استرس‌زای دوچندانی روبه‌رو می‌شوند. کودکان بی‌سرپرست آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به کودکان عادی دارند و به دلیل محرومیت‌هایی که از

دوران کودکی تجربه کرده‌اند، نسبت به دنیای اطراف خود حساس‌ترند (ولی‌اله‌ی، ۱۳۹۰).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند از دست دادن والدین به‌ویژه زندگی کردن در پرورشگاهها استرس‌زا است و اثرات منفی بر سلامت روان کودکان و نوجوانان می‌گذارد (یندورک و سامه‌ل‌با، ۲۰۱۴). یکی از اثرات منفی، شکل‌نگرفتن مهارت‌های مختلف در این افراد است؛ از مهارت‌های مدنظر هر فرد، خودکارآمدی^۲ است. خودکارآمدی یکی از مفاهیم محوری در نظریه شناختی - اجتماعی بندورا است (بندورا، ۲۰۰۶) که به باور افراد از توانمندی‌ها و شایستگی‌ها و نیز تفکر و تحلیل آنها هنگام مقابله با مشکلات و مسائل برای رسیدن به موفقیت اشاره دارد و بیشتر از اینکه متأثر از هوش باشد، از ویژگی‌های شخصیتی افراد مانند: داشتن اعتمادبه‌نفس، کوشا بودن، خودرهبی و خودتنظیمی تأثیر می‌پذیرد (زمانی شالکوهی و شیرازی، ۱۳۹۹). خودکارآمدی سازه‌ای، چندبعدی است. یکی از این سازه‌ها، خودکارآمدی اجتماعی^۳ است. فرد از طریق خودکارآمدی اجتماعی می‌تواند ارتباطات اجتماعی خود را رشد دهد تا زندگی لذت‌بخشی داشته باشد و فشارهای محیطی را اداره کند (بندورا، پاسترولی، باربارانلی و کاپرا، ۱۹۹۹). کنلی (۱۹۸۹) خودکارآمدی اجتماعی را شامل جسارت اجتماعی، عملکرد مطلوب در روابط عمومی، شرکت در گروه‌ها یا فعالیت‌های اجتماعی و پذیرش کمک دیگران تعریف کرده است.

از عوامل تأثیرگذار بر نحوه پاسخگویی به استرس و همچنین، از متغیرهای همسو با خودکارآمدی اجتماعی، ظرفیت افراد در تحمل پریشانی^۴ است. تحمل - پریشانی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانایی آنها در تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند گفته می‌شود (مورتن، سنودان، گوپلد و گایمر، ۲۰۱۲).

2. self- efficacy

3. social self-efficacy

4. distress tolerance

1. adolescence

در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (برکینگ، ویرتز، سوالدی و هافمن، ۲۰۱۴).

افراد دارای سطح پایینی از تحمل پریشانی معمولاً با تلاش‌های نامناسب در مواجهه با هیجان‌های منفی، درگیر نوعی بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به رفتارهای اجتنابی به دنبال تسکین درد هیجانی خود هستند (ماتنی و همکاران، ۲۰۱۷). این افراد دارای مشخصه‌هایی هستند که نخست، هیجان‌های خود را تحمل‌ناپذیر می‌دانند. دوم، وجود هیجان را در خود نمی‌پذیرند و نسبت به آن احساس شرم دارند. سومین مشخصه عمده افراد با تحمل پریشانی پایین تلاش فراوان برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات تجربه شده است (علیزاده، حاجی یوسفی، فرورشی و ذوقی، ۱۳۹۴). افراد دارای تحمل پریشانی بالا، در لحظه زندگی می‌کنند، خوش‌بین‌اند و قادر به تسکین خود در شرایط دشوارند (هاوتون، کرک، سالکوو - س کیس و کلارک، ۲۰۱۰/۱۳۹۱).

در کنار وجود متغیرها و عوامل ذکر شده، خودانتقادی^۱ نیز از جمله مؤلفه‌های اصلی و تعیین‌کننده در ایجاد مشکلات و مسائل نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست است. خودانتقادی یک نوع واکنش به شکست است که به صورت قضاوت و ارزیابی خود نشان داده می‌شود (بلت^۲، ۱۹۷۶، به نقل از هرمانتو و همکاران، ۲۰۱۶). خودانتقادی شامل الگویی از عادت خود سرزنشگر، احساس منحرف شدن از استانداردهای خود یا دیگران و تمرکز شدید بر پیشرفت است (شری، استوبر و راماسوبو، ۲۰۱۶). افراد خود انتقادگر به دلیل هدف‌های غیرمنطقی و کمال‌گرایانه‌ای که برای خود تعیین می‌کنند، تلاش‌های خود را ناکافی و بی‌ارزش می‌دانند؛ بنابراین، چرخه معیوب شکست - انتظار برای آنها اتفاق

می‌افتد که به ناامیدی، افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (کوپالاسیلی، زوراف، راسل و موسکویتز، ۲۰۱۴). اگر خودانتقادی روی یک طیف در نظر گرفته شود، در یک انتهای این طیف، خودانتقادی مقایسه‌ای^۳ وجود دارد که بر استانداردهای بیرونی متکی است. تمرکز اصلی در این سطح، مقایسه نامناسب خود با دیگران تعریف شده و به دلیل اینکه احساس حقارت هسته مرکزی خودانتقادی است، این افراد باور منفی نسبت به خود دارند و به‌طور دائم، خشونت و انتقاد نسبت به دیگران در آنها مشاهده می‌شود. در انتهای دیگر این طیف، خودانتقادی درونی^۴ شده و وجود دارد که استانداردها بیشتر درونی شده‌اند. این افراد برای خود اهداف ایدئال‌گرایانه‌ای مشخص می‌کنند و وقتی توان دستیابی به اهداف تعیین شده را ندارند، خود را سرزنش می‌کنند و احساس تنزل شایستگی در آنها مشاهده می‌شود (حسینی و افشاری‌نیا، ۱۳۹۷).

کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست به دلیل زندگی در محیط‌های نامناسب با کمبودهایی مواجهه‌اند که نیازمند شناسایی و مداخله‌اند و رویکردهای درمانی مختلفی برای حل مشکلات و اختلالات و نیز مهارت‌آموزی آنان به کار گرفته شده‌اند که کمک‌رسان‌اند. یکی از رویکردهای درمانی که جدیداً رشد بیشتری یافته است، درمان مبتنی بر شفقت^۵ است. درمان متمرکز بر شفقت، یکی از رویکردهای فراتشخیصی است که برآمده از روانشناسی تکاملی و علوم اعصاب است. در این رویکرد «حمله به خود»^۶ یک فرآیند مشترک به حساب می‌آید که از طریق تشدید احساس تهدید، شرم و خود انتقادگری به بروز اختلالات روانی منجر می‌شود (اثباتی، ۱۳۹۵). نف و گرمر (۲۰۱۳) شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه،

3. comparative self-criticism

4. internalizing self-criticism

5. compassion focused therapy

6. self-attacking

1. self-criticism

2. Blatt

نتایج پژوهش پهلوان‌پور (۱۳۹۸) با عنوان «اثربخشی آموزش شفقت به خود بر خودکارآمدی دختران نوجوان مرکز شبه‌خانواده استان یزد» نشان داد آموزش شفقت به خود توانسته است ۷۳/۶ درصد از واریانس کل نمرات خودکارآمدی را تبیین کند. گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نشان دادند شفقت به خود، انعطاف‌پذیری بالایی روانشناختی را در پی دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند؛ در نتیجه تحول این سیستم، تاب‌آوری فرد افزایش می‌یابد و در نهایت به بهبود سطح تحمل پریشانی منجر می‌شود. شجاعی (۱۳۹۸) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش اخلاقی پرستاران را بررسی کرد و تحلیل نتایج نشان داد این درمان تأثیر مثبتی بر تحمل پریشانی دارد. همچنین، چلبی، علیمردانی و نیکنام (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود تحمل پریشانی در معناداران مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد شده است. نف و مک‌گهی (۲۰۱۰) معتقدند درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند دیدگاه افراد را به زندگی عوض کند؛ به گونه‌ای که به کمک این درمان، افراد سطح انتظارات و چرخه معیوب انتقاد از خویش را بازبینی می‌کنند و جرأت‌مندانه‌تر و با نگاهی دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و در دسترس برای خود تعیین می‌کنند که در راستای آن، خودانتقادی کاهش می‌یابد. وجود نگرش مشفقانه به افراد کمک می‌کند بین خودشان و دیگران نوعی ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر نگرانی از طرد شدن و قضاوت شدن غلبه کنند؛ بنابراین، افرادی که شفقت بالاتری نسبت به خود دارند، در تجربه‌های سخت و ناگوار به‌ویژه تجاربی که ارزیابی و مقایسه می‌شوند، با در نظر گرفتن اینکه هر انسانی دچار اشتباه و خطا می‌شود، احساسات منفی کمتری تجربه می‌کنند. در واقع شفقت به خود توانایی افراد در تعامل با دیگران را بالا می‌برد؛ زیرا خودانتقادگری کمتری را تجربه

شامل این موارد تعریف می‌کنند؛ مهربانی با خود^۱ در برابر قضاوت خود^۲، اشتراک انسانی^۳ در برابر انزوا^۴، ذهن آگاهی^۵ در مقابل همانندسازی افراطی^۶؛ مؤلفه اول مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت سخت‌گیرانه نسبت به خود است. مؤلفه دوم بر پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها اشاره دارد؛ یعنی اینکه این مشکلات فقط برای افراد خاصی روی نمی‌دهد. مؤلفه سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک به جای غرق شدن کامل در آنها است. امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت دارد (نف و پومر، ۲۰۱۳). شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای رفتارهای ارتباطی مثبت است. علاوه بر این، شفقت به خود سیستم تهدید را غیرفعال و سیستم خودتسکین‌دهندگی را فعال می‌کند (فروستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹). تکنیک‌های مختلف این مدل درمانی شامل نوشتن نامه مشفقانه به خود، تصویرسازی شفقت‌آمیز و یادگیری دانش روانشناختی شفقت به خود است (نوربالا، ۱۳۹۲).

به اعتقاد بندورا (۱۹۷۷) خودکارآمدی به عزت‌نفس، خودارزشمندی و احساس کفایت و کارایی فرد نسبت به خود در مقابله با زندگی گفته می‌شود و شفقت به خود (که یک جایگزین برای ارزشمند و محترم دانستن خود است)، با تمام این مفاهیم همبستگی مثبتی دارد (نف و ونک، ۲۰۰۹). بیمانت، آبرونز، راینر و داگنال (۲۰۱۶) در همین راستا پژوهشی با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودپسندی، تمایل به خودکشی، خودکارآمدی و نیز اضطراب انجام داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی و اضطراب تأثیر مثبتی داشته است. همچنین،

1. self-kindness

2. self-judgment

3. common humanity

4. isolation

5. mindfulness

6. over-identified

می‌کنند (آکین و آکین، ۲۰۱۵). در همین راستا پروسما، هاکانسون، سالامونسون و جاهانسون (۲۰۱۵) در تحقیق خود با عنوان «درمان مبتنی بر شفقت برای مقابله با شرم و انتقاد از خود و جداسازی» به مطالعه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند که نتایج آن نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت برای رسیدگی به مشکلات افراد ذکر شده امیدبخش است. پژوهش قدیری و آزادی (۱۳۹۹) با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان دبیرستان شهر ایلام» نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودانتقادی، افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان پسر گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است.

با توجه به پیشینه ذکر شده که حاکی از نتایج دلگرم‌کننده کاربرد مداخله مبتنی بر شفقت است و نیز با در نظر داشتن اینکه کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست از حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده محروم‌اند، انجام پژوهش درباره این گروه از افراد از چند نظر ضروری است: در درجه نخست با توجه به پیشینه بررسی شده، به نظر می‌رسد محققان در پژوهش‌های داخلی به اثربخشی این رویکرد بر دختران نوجوان تحت حضانت بهزیستی، چندین توجه نداشته‌اند و هدف بیشتر پژوهش‌ها دیگر اقشار جامعه بوده است. در درجه دوم، با توجه به شیوع بالای پدیده بی‌سرپرستی و بدسرپرستی و آسیب‌پذیری بالای کودکان و نوجوانان به مشکلات و اختلالات روانشناختی، شناسایی زودهنگام و به‌کارگیری مداخله آموزشی برای این افراد ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، با توجه به شرایط و اهمیت این قشر از جامعه، شفقت به خود که یک عامل پیش‌بینی‌کننده قدرتمند سلامت روان است و سطوح بالای آن با سطوح بالای تحمل مشکلات و خودکارآمدی بیشتر و کاهش سرزنشگری رابطه دارد و به‌نوعی نقش حفاظت‌کننده سلامت روان را ایفا می‌کند، می‌تواند در کنار رفع

نیازهای اولیه این قشر از جامعه، به افزایش توانمندی بیشتر این افراد و حضور اثربخش‌تر آنها در جامعه منجر شود. در درجه سوم، هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر متغیرهای پژوهش حاضر پرداخته است که خلأ پژوهشی در این زمینه، ضرورت انجام این پژوهش را دوجندان می‌کند؛ در نتیجه، لازم بود پژوهشی اجرا شود تا از نتایج آن بتوان به افزایش خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و کاهش خودانتقادی و در نهایت بهبود شرایط چنین نوجوانانی بهره برد. پژوهش حاضر براساس جدید و نو بودن جامعه مد نظر و سایر متغیرهای پژوهش انتخاب شد؛ بنابراین، با توجه به مطالب فوق، هدف اصلی در پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی بود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح آن به‌صورت دوگروهی (آزمایش و کنترل) همراه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی دختران نوجوان ۱۴-۱۸ سال ساکن مراکز نگهداری تحت حضانت اداره بهزیستی شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ بود که از میان ۴ مرکز نگهداری از نوجوانان تحت نظارت بهزیستی استان، ۲ مرکز (آشپانه علی و مرکز عاطفه‌ها) به‌صورت دردسترس، انتخاب و از بین نوجوانان حاضر در این مراکز، ۳۰ نفر به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک ورود به گروه نمونه عبارت بود از: رضایت آزمودنی به شرکت در پژوهش، داشتن توان ذهنی بهنجار، دارا بودن سواد (دست‌کم تحصیلات پنجم ابتدایی) و دریافت‌نکردن مداخله‌های آموزشی دیگر و ملاک

نشان‌دهنده خودکارآمدی اجتماعی پایین در نوجوان است، نمره بین ۵۰ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده خودکارآمدی اجتماعی متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۰ نشان‌دهنده خودکارآمدی اجتماعی بالا در نوجوان است (مهدی‌زاده ازدین، ۱۳۹۵). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی برای پسران ۰/۸۱ و برای دختران ۰/۸۶ گزارش شده است (سجادپور، مهربانی، حسینی‌علی‌زاده و عبدالمحمدی، ۱۳۹۲). رضائی، مصطفایی و خانجانی (۱۳۹۳) در پژوهشی ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند که مقدار آن برابر با ۰/۸۲ بوده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی^۲: پرسشنامه تحمل پریشانی یک شاخص خودسنجی است که سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساختند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و چهار خرده‌مقیاس، تحمل پریشانی هیجانی، جذب‌شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. تحمل پریشانی با سؤالات ۱، ۳ و ۵، جذب‌شدن به وسیله هیجان‌ات منفی با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵، برآورد ذهنی پریشانی با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شوند. سؤالات این پرسشنامه براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (۱ کاملاً موافق، ۲ اندکی موافق، ۳ نه موافق و نه مخالف، ۴ اندکی مخالف، ۵ کاملاً مخالف؛ هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ امتیاز دارند). عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن تحمل پریشانی کلی، نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک

خروج از پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه و تمایل نداشتن به ادامه فرایند آموزش بود.

ابزار سنجش: پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان کنلی^۱: کنلی این مقیاس را در سال ۱۹۸۹ به منظور سنجش میزان خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان ساخت. مقیاس حاضر یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۲۵ گویه و در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌های مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان بدین شرح است: غیرممکن (۱)، بسیار سخت (۲)، سخت (۳)، کمی سخت (۴)، ساده (۵)، بسیار ساده (۶) و بیش‌ازحد ساده (۷). آزمودنی باید مشخص سازد هر یک از عبارات آزمون تا چه حد معرف شخصیت اوست. این مقیاس، دارای ۵ خرده‌مقیاس: قاطعیت اجتماعی (۵ عبارت)، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی (۵ عبارت)، شرکت در گروه‌های اجتماعی (۵ عبارت)، جنبه‌های دوستی و صمیمیت (۷ عبارت)، کمک‌کردن یا کمک‌گرفتن (۳ عبارت) است. برای به دست آوردن نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان باید همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مدنظر با هم جمع شوند. عبارات مدنظر هر زیرمقیاس: زیرمقیاس قاطعیت اجتماعی: ۲، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷؛ زیرمقیاس عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی: ۶، ۷، ۸، ۱۵، ۲۳؛ زیرمقیاس شرکت در گروه‌های اجتماعی: ۳، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۹؛ زیرمقیاس جنبه‌های دوستی و صمیمیت: ۱، ۴، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۵؛ زیرمقیاس کمک‌کردن یا کمک‌گرفتن: ۵، ۱۸، ۲۴. این پرسشنامه، نمره معکوس ندارد. برای به دست آوردن نمره کلی کافی است امتیاز همه عبارات با هم جمع شوند. نمره کل آزمون بین ۲۵ تا ۱۷۵ قرار دارد؛ حداقل امتیاز ممکن، ۲۵ و حداکثر ۱۷۵ است. شایان ذکر است نمرات بالاتر حاکی از سطح بالای خودکارآمدی اجتماعی آزمودنی‌اند. نمره بین ۲۵ تا ۵۰

^۲. Distress Tolerance Scale (DTS)

^۱. Adolescents Social Self-Efficacy Scale Connolly

یاماگوجی، کیم و آکوستسو (۲۰۱۴) ضریب پایایی برای مؤلفه‌های خودانتقادی مقایسه‌ای، خودانتقادی درونی و کل آزمون را براساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش شریعتی، حمید، هاشمی، بشلیده و مرعشی (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ به ترتیب برای خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۸ و خودانتقادی درونی ۰/۸۹ است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی کل استان کرمان و اخذ مجوزهای لازم، فهرستی از کلیه مراکز نگهداری از دختران نوجوان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت، سپس از میان مراکزی که اعلام آمادگی کردند، دو مرکز (آشیا نه علمی و مرکز عاطفه‌ها) به صورت در دسترس تعیین شدند. در گام دوم در یک جلسه معارفه و آشنایی که قبل از شروع جلسات گذاشته شد، توضیحاتی مختصر درباره هدف تحقیق ارائه شد و همچنین، به دلیل ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کنندگان گفته شد شرکت در این تحقیق داوطلبانه است و شرکت کنندگان حق انصراف در هر مرحله از تحقیق را دارند و همچنین، تمامی اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه نگهداری می‌شود. در گام سوم، پس از دریافت رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان، به وسیله ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. در نهایت، پس از گمارش تصادفی و همتا کردن نسبی، آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایش، آموزش مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در این مرحله، گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام این جلسات، مرحله پس آزمون از هر دو گروه گرفته شد و بعد از ۲ ماه به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله، مجدد ارزیابی با ابزارهای پژوهش صورت

از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد با هم جمع می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست (حق نگهدار، ۱۳۹۵). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفا را برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همچنین، مشخص شد این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی خوبی است. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و روایی آن را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس سطوح خودانتقادی^۱: مقیاس سطوح خودانتقادی تامسون و زاروف (۲۰۰۴) دارای ۲۲ گویه است که دو مؤلفه خودانتقادی درونی (۱۰ گویه که شامل: سؤال‌های ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۳، ۱) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۱۲ گویه که شامل: ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۴) را می‌سنجد. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای است (از دامنه ۰ هرگز تا ۶ همیشه). نمره کل آزمون بین ۲۲ تا ۱۱۰ قرار دارد. حداقل امتیاز ممکن، ۲۲ و حداکثر ۱۱۰ است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد است. نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشان‌دهنده سطوح خودانتقادی پایین، نمره بین ۴۵ تا ۶۶ نشان‌دهنده سطوح خودانتقادی متوسط و نمره ۶۶ به بالا نشان‌دهنده سطوح خودانتقادی بالا در فرد است. آیت‌های ۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱ معکوس محاسبه می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کلی کافی است امتیاز همه عبارات با هم جمع شوند. روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و زاروف (۲۰۰۴) به ترتیب برای خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خودانتقادی درونی ۰/۸۴ گزارش کردند.

^۱. Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)

استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به کار برده شده در جلسات این پژوهش براساس مفاهیم آموزش مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) است که با کد اخلاق E.A.1400.02.05.01 در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. خلاصه جلسات آموزشی به شرح زیر است:

گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و بررسی سؤالات این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار spss-۲۲ از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی متناسب با نوع داده‌ها و متغیرها استفاده شد. به این منظور، در سطح آمار توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده‌ها استفاده شد و در سطح آمار

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی متمرکز بر شفقت براساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسات	شرح مختصر
جلسه اول: آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، شرح قوانین، توضیح مختصر درباره شفقت، آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و اجرای آن.	
جلسه دوم: آشنایی با افکار و رفتار خودانتقادگر، پیامدها و انواع آن، بیان علل خودانتقادی، ارائه راهکارهایی برای کاهش آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود و همچنین، توضیحات مختصری درباره احساس گناه و پیامدهای آن.	
جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات شفقت از جمله: آموزش چگونگی تحمل شرایط دشوار، غیرقضوتی بودن، پذیرش شکست و ... آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آنها، آموزش پذیرش شکست و مسائل تغییرناپذیر زندگی.	
جلسه چهارم: آشنایی با ذهن آگاهی، اشاره به فواید آن، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با تمرین مراقبه نشسته.	
جلسه پنجم: آشنایی با پذیرش شکست بدون قضاوت کردن و بخشیدن خود، بررسی علل نبخشیدن خود یا دیگران، اشاره به باورهای اشتباه درباره بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشیدن خود یا دیگران.	
جلسه ششم: معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، آموزش و اجرای تصویرسازی ایجاد مکانی امن.	
جلسه هفتم: اشاره به مفهوم ترس از شفقت، توضیح معنای رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه و همچنین، توضیحات مختصری درباره خودکارآمدی و تأثیر آن بر زندگی.	
جلسه هشتم: آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود و اجرای آن در کلاس، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌هایی از جلسات قبل.	

یافته‌ها

درصد در گروه مداخله، ۱۰ درصد در رده سنی ۱۷ سال (۱۳/۳) درصد در گروه کنترل و ۶/۷ درصد در گروه مداخله) و در نهایت، ۱۳/۴ درصد در رده سنی ۱۸ سال (۶/۷) درصد در گروه کنترل و ۲۰ درصد در گروه مداخله) هستند. در جدول ۲، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات در گروه

با آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۳۰ دختر نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی شهر کرمان بودند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر آنها را گروه کنترل تشکیل داده‌اند. از نظر توزیع سنی، ۲۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان در رده سنی ۱۴ سال (۲۶/۷) درصد در گروه کنترل و ۲۰ درصد در گروه مداخله)، ۲۳/۳ درصد در رده سنی ۱۵ سال (۲۰) درصد در گروه کنترل و ۲۶/۷ درصد در گروه مداخله)، ۳۰ درصد در رده سنی ۱۶ سال (۳۳/۳) درصد در گروه کنترل و ۲۶/۷

خودکارآمدی اجتماعی و کاهش نمرات در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون در متغیر خودانتقادی مشاهده می شود.

کنترل، در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نسبت به گروه آزمایش نشان نمی دهد؛ ولی در گروه آزمایش، افزایش نمرات در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون در متغیرهای تحمل پریشانی و

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
کنترل	خودکارآمدی اجتماعی	۱۰۸/۶۶۶	۲۳/۲۳۹	۱۰۶/۶۷۰	۲۰/۸۳۸	۲۰/۷۸۹	۱۰۶/۰۶۶
	تحمل پریشانی	۴۳/۵۳۳	۱۱/۲۸۱	۴۵/۰۷۰	۹/۸۰۹	۹/۸۸۱	۴۵/۰۶۶
	خودانتقادی	۷۲/۴۰۰	۱۹/۶۳۸	۶۳/۷۳۰	۱۴/۴۱۵	۱۲/۳۴۳	۶۴/۹۳۳
آزمایش	خودکارآمدی اجتماعی	۱۱۵/۴۶۶	۲۷/۷۹۲	۱۳۹/۲۷	۱۶/۵۸۱	۱۴/۳۸۶	۱۴۳/۶۰۰
	تحمل پریشانی	۳۷/۲۰۰	۸/۷۹۲	۵۴/۵۳۰	۶/۳۶۸	۵/۵۱۶	۵۸/۰۶۶
	خودانتقادی	۷۷/۲۰۰	۱۸/۸۳۸	۴۷/۶۰۰	۱۷/۳۲۸	۱۴/۲۷۷	۵۹/۸۶۶

به منظور بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی است. قبل از اجرای آزمون استنباطی، پیش فرض نرمال بودن داده ها با آزمون کلوموگروف اسمیرنوف انجام شد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نرمال، گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه، برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان دادند تمام متغیرها در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می کنند. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس های متغیرهای وابسته در گروه کنترل و آزمایش نشان دادند ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه، برابر است ($P > 0/05$).

به منظور بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی است. قبل از اجرای آزمون استنباطی، پیش فرض نرمال بودن داده ها با آزمون کلوموگروف اسمیرنوف انجام شد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نرمال، گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه، برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان دادند تمام متغیرها در پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می کنند. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس های متغیرهای وابسته در گروه کنترل و آزمایش نشان دادند ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه، برابر است ($P > 0/05$).

جدول ۳. نتایج آزمون اثرات درونی برای مقایسه خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بودکارآمدی اجتماعی	زمان	۵۶/۰۶۷	۲	۲۸/۰۳۳	۳۳/۶۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۸	۱
	زمان * گروه	۱۵/۰۱۴	۲	۷/۵۰۷	۸/۷۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۸	
	خطا	۴۸/۱۲۶	۵۶	۰/۸۵۹				
حمل پریشانی	زمان	۵۰/۸۶۷	۲	۲۵/۴۳۳	۲۲/۶۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷	۰/۵۵۲
	زمان * گروه	۱۷/۶۲۲	۲	۸/۸۱۱	۷/۸۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹	
	خطا	۶۲/۸۴۴	۵۶	۱/۱۲۲				
خودانتقادی	زمان	۴۱/۶۸۹	۲	۲۰/۸۴۴	۲۹/۵۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۳	۱
	زمان * گروه	۱۷/۴۲۲	۲	۸/۷۱۱	۱۲/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۶	
	خطا	۳۹/۵۵۶	۵۶	۰/۷۰۶				

($P < ۰/۰۵$)؛ بنابراین، آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی مؤثر بوده است.

با توجه به معنادار بودن اثر تعاملی بین متغیر، گروه و عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری، اثر بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی در متغیرهای تحقیق با استفاده از آزمون مقایسه زوجی LSD بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده‌اند.

نتایج آزمون اثرات درونی برای مقایسه خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده شده‌اند. با توجه به نتایج جدول ۳، اثر تعاملی متغیرها و زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$)؛ بنابراین، صرف نظر از گروه، بین میانگین نمرات در سه مرحله بیان شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، اثر تعامل بین متغیر، گروه و زمان نیز معنی‌دار است.

جدول ۴. آزمون تعدیل بونفرونی برای هم‌سنجی نمرات مؤلفه‌ها در سه مرحله در گروه آزمایش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
حمایت والدینی	پیش‌آزمون	۲,۶۳-	۰,۳۹	۰,۰۰
	پیش‌آزمون	۳,۱۰-	۰,۴۱	۰,۰۰
	پس‌آزمون	۰,۴۷-	۰,۱۲	۰,۰۱
رضایت از فرزندپروری	پیش‌آزمون	۳,۶۳-	۰,۵۵	۰,۰۰
	پیش‌آزمون	۳,۵۷-	۰,۵۱	۰,۰۰
	پس‌آزمون	۰,۰۷-	۰,۱۵	۰,۶۶
ارتباط با فرزند	پیش‌آزمون	۳,۵۰-	۰,۴۳	۰,۰۰
	پیش‌آزمون	۳,۶۳-	۰,۴۴	۰,۰۰
	پس‌آزمون	۰,۱۳-	۰,۱۶	۰,۴۲
مشارکت در فرزندپروری	پیش‌آزمون	۲,۹۷-	۰,۴۲	۰,۰۰
	پیش‌آزمون	۳,۷۷-	۰,۴۸	۰,۰۰
	پس‌آزمون	۰,۸۰-	۰,۱۲	۰,۰۰

پس آزمون و همچنین، بین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)؛ اما بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) و این به معنای تأیید فرضیه این تحقیق است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان دادند آموزش مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی دارد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید شد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های شجاعی (۱۳۹۸) درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی پرستاران، پهلوان‌پور (۱۳۹۸) درباره اثربخشی شفقت به خود بر خودکارآمدی دختران نوجوان، چلبی و همکاران (۱۳۹۸) درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تحمل پریشانی افراد معتاد در کمپ ترک اعتیاد، قدیری و آزادی (۱۳۹۹) درباره اثربخشی این درمان بر خودانتقادی دانش آموزان دبیرستانی، بروسما و همکاران (۲۰۱۵) درباره تأثیر این درمان بر خودانتقادی و بیمانت و همکاران (۲۰۱۶) درباره شفقت و خودکارآمدی همسویی دارد که قبلاً در بیان مسئله هم مطرح شده‌اند.

با توجه به یافته‌های پژوهش بیمانت و همکاران (۲۰۱۶) در تبیین یافته‌های به دست آمده باید عنوان کرد به اعتقاد بندورا (۱۹۷۷) خودکارآمدی به عزت نفس، خودارزشمندی و احساس کفایت و کارایی فرد نسبت به خود در مقابله با زندگی گفته می‌شود و شفقت به خود - که یک جایگزین برای ارزشمند و محترم دانستن

خود است - با تمام این مفاهیم همبستگی مثبتی دارد (نف و ونک، ۲۰۰۹). از طرف دیگر، خودکارآمدی به باور افراد از توانمندی‌ها و شایستگی‌ها و همچنین تفکر و تحلیل آنها هنگام مقابله با مشکلات و مسائل برای رسیدن به موفقیت اشاره دارد (شالکوهی و شیرازی، ۱۳۹۹) و شفقت خود با سه مؤلفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و به هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی (نف و گرمر، ۲۰۱۳) تعریف می‌شود؛ بنابراین، افراد مشفق نسبت به توانایی و قابلیت‌های خود قضاوت منفی ندارند و به جای قضاوت و خودانتقادی، اشتباه و شکست خود را می‌پذیرند (آکین، ۲۰۱۵). گرچه تا کنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی پرداخته است، این نتایج به طور غیرمستقیم با پژوهش شجاعی (۱۳۹۸) همسویی دارد و در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نشان دادند شفقت به خود، انعطاف‌پذیری بالای روانشناختی را در پی دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند؛ در نتیجه تحول این سیستم، تاب‌آوری فرد افزایش می‌یابد و در نهایت، به بهبود سطح تحمل پریشانی منجر می‌شود. افرادی که نسبت به خود شفقت دارند، بهتر می‌توانند با وقایع ناراحت کننده کنار بیایند؛ زیرا از توانایی پذیرش بالاتری نسبت به دیگر افراد برخوردارند؛ بنابراین، آشفتگی عاطفی در این افراد کاهش می‌یابد و تحمل آشفتگی افزایش می‌یابد که در نهایت، توانایی تسکین و کنترل بالای خویشتن را برای افراد محقق می‌سازد. تحقیقات زیادی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی صورت گرفته است. همان‌طور که به پژوهش بروسما و

زیستی، روانی و اجتماعی را پوشش می‌دهد، برای فعالان حوزه سلامت روان کارگشا و مفید است. هر پژوهشی محدودیت‌های خاص خود را دارد که این پژوهش نیز از آن مستثنا نبود؛ از جمله اینکه نمونه پژوهش صرفاً افراد دو مؤسسه تحت سرپرستی سازمان بهزیستی شهر کرمان بودند و در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد و همچنین، برای درونی شدن تفکر مشفقانه در نمونه بررسی شده باید زمان طولانی‌تری در نظر گرفت که مدت کوتاه این دوره آموزشی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از جنسیت مذکر نیز در فرآیند نمونه‌گیری استفاده شود. به علاوه برای آشکار ساختن بهتر اثرات آموزش‌های مبتنی بر شفقت، می‌توان با رویکردهای درمانی دیگر مقایسه شود.

منابع

اثباتی، م. (۱۳۹۵). *برازش مدل آسیب‌شناسی در درمان متمرکز بر شفقت، رویکردی فراتشخیصی به اضطراب و افسردگی*. [رساله دکتری چاپ‌نشده]. دانشگاه الزهرا.

اصلاحی، ب. (۱۳۹۳). *اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان مقطع راهنمایی*. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه علامه طباطبایی.

باقرپور بنام، ز. (۱۳۹۵). *مقایسه تحول روانی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست و عادی*. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس.

پهلوان‌پور، ا. (۲۳ خرداد، ۱۳۹۸). *اثر بخشی آموزش شفقت به خود بر خودکارآمدی دختران نوجوان مرکز شبه‌خانواده استان یزد* [ارائه مقاله]. اولین

همکاران (۲۰۱۵) اشاره شد در تبیین یافته‌های به‌دست آمده باید بیان کرد افراد خودانتقادگر، به دلیل هدف‌های غیرمنطقی و کمال‌گرایانه‌ای که برای خود تعیین می‌کنند، تلاش‌های خود را ناکافی و بی‌ارزش می‌دانند؛ بنابراین، چرخه معیوب شکست - انتظار برای آنها اتفاق می‌افتد که به ناامیدی، افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (کوپالاسیلی و همکاران، ۲۰۱۴). نف و مک‌گهی (۲۰۱۰) معتقدند درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند دیدگاه افراد را به زندگی عوض کند؛ به گونه‌ای که به کمک این درمان، افراد سطح انتظارات و چرخه معیوب انتقاد از خویش را بازبینی و جرأت‌مندانه‌تر و با نگاهی دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و دردسترس برای خود تعیین می‌کنند که در راستای آن خودانتقادی کاهش می‌یابد. وجود نگرش مشفقانه به افراد کمک می‌کند بین خودشان و دیگران نوعی ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر نگرانی از طرد شدن و قضاوت شدن غلبه کنند؛ بنابراین، افرادی که شفقت بالاتری نسبت به خود دارند، در تجربه‌های سخت و ناگوار، به‌ویژه تجاربی که ارزیابی و مقایسه می‌شوند، با در نظر گرفتن اینکه هر انسانی دچار اشتباه و خطا می‌شود، احساسات منفی کمتری تجربه می‌کنند. در واقع شفقت به خود توانایی افراد در تعامل با دیگران را بالا می‌برد؛ زیرا خودانتقادگری کمتری را تجربه می‌کنند (آکین و آکین، ۲۰۱۵). در مجموع، می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که علاوه بر تکنیک‌های آموزشی که به منظور کاهش هیجانات منفی به کار برده شدند، چنانچه در زندگی روزمره به هیجانات مثبت از جمله شفقت به خود و دیگران توجه شود، این امر به افزایش کنترل افراد بر نوسانات خلقی و هیجانی منجر می‌شود و ارتقای سطح کیفیت زندگی را به همراه دارد. در آخر درمان مبتنی بر شفقت که ترکیبی از مدل‌های

اخلاقی پرستاران. دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم انسانی [ارائه مقاله]. تفلیس - گرجستان.

شریعتی، م؛ حمید، ن؛ هاشمی، ا؛ بشلیده، ک و مرعشی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۱)، ۴۳-۵۰.

صارم‌پور، م؛ غباری بناب، ب و باقری، ف. (۱۳۹۹). نقش دلبستگی به والدین در کیفیت زندگی دختران بی‌سرپرست یا بدسرپرست با میانجی‌گری شفقت به خود. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۶(۳)، ۱-۱۲.

عزیزی، ع؛ میرزایی، آ و شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهش حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

علیزاده، ا؛ حاجی یوسفی، ا؛ فرورشی، م و ذوقی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی براساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوارفکری و ذهن آگاهی در دانشجویان. *مجله روانشناسی روانپزشکی شناختی*، ۲(۱)، ۱۵-۲۹.

قدیری، م؛ و آزادی، س. (۱۰ تیر، ۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ایلام. پنجمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی [ارائه مقاله]. تهران.

مهدی‌زاده ازدین، س. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی در دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی.

کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری. تهران. چلبی، ه؛ علیمردانی، س و نیک‌نام، ع. (۲۴ بهمن، ۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و حس انسجام معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد [ارائه مقاله]. سومین همایش ملی روانشناسی، تعلیم و تربیت و سبک زندگی. قزوین.

حسینی، ر و افشاری‌نیا، ک. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تصویر بدن و سطوح خودانتقادی بر مبنای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مجله علوم حرکتی و رفتاری*، ۱(۲)، ۸۷-۹۶.

حق‌نگهدار، ر. (۱۳۹۵). رابطه بین باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی با اعتقاد به خرافات در جوانان. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. مرودشت.

رضائی، ل؛ مصطفایی، ع و خانجانی، ز. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای تحول اخلاقی، نوع دوستی و خودکارآمدی اجتماعی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی دبیرستان‌های شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۹۱. *مجله آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۵)، ۲۹-۴۱.

زمانی شالکوهی، ب و شیرازی، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی خودکارآمدی اجتماعی و رضایت از زندگی در دانش‌آموزان از طریق دلبستگی به والدین و همسالان. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۷(۳۸)، ۶۷-۸۴.

سجادپور، ح، مهرابی، ح، حسینعلی‌زاده، م و عبدالمحمیدی، ک. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر. *فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی*، ۱(۳)، ۷۳-۶۳.

شجاعی، ف. (۱ خرداد، ۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش

- Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10.
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13-20.
- 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.
- Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21(3), 258-269.
- 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
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324-332.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., & Moskowitz, D. S. (2014). Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: Dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 141-156.
- Matheny, N. L., Summers, B. J., Macatee, R. J., Harvey, A. M., Okey, S. A., & Cogle, J. R. (2017). A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 23, 50-60.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality
- [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه بین‌المللی امام خمینی.
نوربالا، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه علامه طباطبایی.
- ولی‌الهی، ل. (۱۳۹۰). اثربخشی فنون رویکرد روایت‌درمانی با استفاده از عروسک بر کاهش اضطراب کودکان دختر بی‌سرپرست (۹-۱۲) ساله شهر تهران. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ‌نشده]. دانشگاه علامه طباطبایی.
- هاوتون، ک؛ سالکوس کیس، پ؛ کرک، ج و کلارک، د. (۱۳۹۱). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربرد در اختلال‌های روانی. ترجمه ح قاسم‌زاده. انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۰).
- یدالهی، ا؛ پورحسینی، ر؛ و سادات، م. (۱۳۹۹). استرس و پیامدهای آن بر سلامتی نوجوانان: یک مرور فراتحلیلی. *مجله رویش روانشناسی*، ۹(۲)، ۱-۱۴.
- Akın, A., & Akın, U. (2015). Investigating predictive role of self-compassion on social self-efficacy. *Journal of Education -al & Instructional Studies in the World*, 5(3) , 11-19.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*, 5, 1-43.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism?. *Journal of Continuing*

- sample. *Personality and Individual Differences*, 95, 196-199.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430.
- Yamaguchi, A., Kim, M. S., & Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 68, 65-70.
- Yendork, J. S., & Somhlaba, N. Z. (2014). Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. *Children and Youth Services Review*, 46, 28-37.
- disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544.
- 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., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Sherry, S. B., Stoeber, J., & Ramasubbu, C. (2016). Perfectionism explains variance in self-defeating behaviors beyond self-criticism: Evidence from a cross-national

