

The Effect of Training Compassion Focused Therapy on Self-Concept and Assertiveness amongst High School Female Students

Hadiseh Ghafarian, M.A.

Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Felor Khayatan, Ph.D.

Academic member, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان

حدیثه غفاریان

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

فلور خیاطان*

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Abstract

This study aimed to investigate the effect of training compassion focused therapy on self-concept and assertiveness in female students in Isfahan. The method used in this study was semi-experimental, of the sort of pretest and post-test with control group and the statistical population were all the female students of 13 to 16 from the year 1394 to 1395. To accomplish the research, 30 female first grade high school students were chosen by accessible sampling method and randomly assigned to experiment (15 persons) and control (15 persons) groups. The experimental group received 8 training compassion focused therapy sessions. Participants responded to Self-Concept Inventory (Rogers, 1975) and Assertiveness Inventory (Rathus, 1973) before and after the intervention, and one month later (follow-up). The results of the analysis of covariance showed that teaching compassion focused therapy had no effect on self-concept of the female students but had a significant effect on assertiveness ($p < 0.05$). This result did not continue in the follow-up period. Due to the results of this study, it could be said that training compassion focused therapy leads to the enhancement of assertiveness of the female students.

Keywords: training compassion focused therapy, self-concept, assertiveness, female high school student.

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان بود. روش مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بودند. به همین منظور ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و گروه آزمایش در ۸ جلسه، آموزش درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های خودپنداره (راجرز، ۱۹۷۵) و ابراز وجود (راتوس، ۱۹۷۳) را پیش از مداخله، پس از آن و یک ماه بعد از آن (مطالعه پیگیری) پاسخ دادند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر اثر معناداری ندارد. ولی بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر اثر معناداری دارد ($P < 0/05$). این نتیجه در دوره پیگیری نیز تداوم نیافته بود. با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش ابراز وجود دانش‌آموزان دختر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش درمان مبتنی بر شفقت، خودپنداره، ابراز وجود، دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان

*. نویسنده مسؤول: f.khayatan@yahoo.com

و صل: ۹۶/۰۳/۰۲ پذیرش: ۹۷/۰۲/۳۱

مقدمه

آریندل و همکاران^۷ (۱۹۹۱)، به نقل از رحیمی و همکاران، (۱۳۸۵) در پژوهش‌های متعدد و متفاوتی، همبسته‌های ابراز وجود را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی بررسی کردند. آن‌ها در هشت بررسی، نشان دادند که بین رفتار غیر جرئت‌ورزانه با ترس‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی، پرخاشگری‌های درونی (نظیر انتقاد افراطی از خود و احساس گناه هذیانی) کمرویی، فقدان اعتماد به نفس و عزت نفس پایین، رابطه وجود دارد. همچنین آن‌ها دریافتند که بین رفتار غیر جرئت‌ورزانه با رفتارهای مستقل، خودبستگی اجتماعی، اعتماد به نفس و عزت نفس بالا، رابطه منفی وجود دارد. درمان مبتنی بر شفقت برای افرادی با مشکلات روان‌شناختی مزمن مؤثر بوده، علائم افسردگی، اضطراب، خود انتقادی، شرم و رفتارهای سرزنش‌آمیز و تخریب‌گر آن‌ها را کاهش داده است (گیلبرت^۸، ۲۰۰۶). شفقت با خود را می‌توان به‌عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تعریف نمود (نوری، ۱۳۹۵). این نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند آمادگی برای شرم کمتر، ترس از شکست کمتر، خودارزیابی منفی کمتر (موسویچ و همکاران^۹، ۲۰۱۱) مرتبط است؛ بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و مک‌گی^{۱۰}، ۲۰۱۰). همچنین شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجانی در نظر گرفته شود (بنت و گلن^{۱۱}، ۲۰۰۱). در واقع اصول پایه در «درمان مبتنی بر شفقت»^{۱۲} به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در برخورد با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵).

عوامل بسیاری در سلامت روان نوجوان نقش دارند که می‌توان از این عوامل ابراز وجود^۱ و خودپنداره^۲ را نام برد. خودپنداره برای متخصصان بهداشت روانی اهمیت خاص دارد، زیرا پندار شخص از شخصیت خود تا اندازه زیادی تصور او را درباره محیطش تعیین می‌کند و این دو عامل، نوع رفتارهای او را طراحی می‌کند. اگر تصور از خود، مثبت و نسبتاً متعادل باشد، شخص دارای سلامت روانی است و اگر به عکس خودپنداره شخص، منفی و نامتعادل باشد، او از لحاظ روانی، ناسالم شناخته می‌شود (شاملو، ۱۳۸۷).

خود پنداره منفی سبب تعارضات شخصیتی در نوجوان شده و پاسخ‌های بهنجار نوجوان را کاهش داده و سبب مشکلات و آشفتگی‌های شدید، اختلالات روانی، رفتار خودکشی‌گرایانه، مصرف مواد مخدر و الکل و بزهکاری در این دوره می‌شود (مکمنیوس^۳، ۱۹۹۸).

یکی دیگر از عوامل برای سلامت فردی ابراز وجود است و به‌طور کلی بسیاری از مشکلات رفتاری با این متغیر مرتبط می‌باشند. مهارت ابراز وجود در این دوران به نوجوانان احساس خودکار آمدی داده که می‌تواند در روابط متقابل او با دیگران ایجاد اعتماد به نفس تأثیر مثبت داشته باشد. تریپلت و پاینی معتقدند که نقص در این مهارت، مشکلات فراوانی را برای نوجوانان به همراه خواهد داشت (تریپلت^۴ و پاینی^۵، ۲۰۰۴).

این مهارت، جهت بهبود اثربخشی روابط اجتماعی، درمان اختلالات اضطرابی و ترس‌های مرضی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان نیز استفاده می‌گردد (مهرایی‌زاده، تقوی و عطاری، ۱۳۸۷). ابراز وجود، از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مهارت‌های اجتماعی است که بخشی از مفهوم گسترده مهارت‌های بین فردی و رفتاری را تشکیل می‌دهد. در واقع، ابراز وجود به معنی دفاع از حقوق خود و بیان افکار و احساسات به شیوه مستقیم، صادقانه و مناسب است (آلیس و هارتلی^۶، ۲۰۰۵؛ نقل از حاجی‌حسینی، ۱۳۸۹).

1. Assertiveness
3. Macmanus
5. Payne
7. Arindel
9. Mosewich & et al
11. Bennet & Goleman

2. Self-Concept
4. Triplett
6. Alis & Hartly
8. Gilbert
10. Neff & Meghee
12. Compassion Focused Therapy

همکاری، خویش‌داری و قاطعیت کودکان اوتیستیک نمی‌شود. در پژوهش بیک محمدی، ترخان، اکبری (۱۳۹۱) تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری و مصون‌سازی در مقابل فشار روانی بر سازگاری اجتماعی و خودپنداره دانش‌آموزان دختر دبیرستانی یافته‌ها نشان داد که آموزش گروهی شناختی- رفتاری نسبت به آموزش مصون‌سازی در برابر فشار روانی و گروه کنترل بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر تأثیر معناداری دارد و همچنین نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری و آموزش مصون‌سازی در برابر فشار روانی بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تأثیر معنی‌داری ندارد. پژوهش لاریجانی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان تأثیر برنامه آموزشی رفتار قاطعانه بر سطح قاطعیت دانشجویان پرستاری، یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش باعث افزایش قاطعیت می‌گردد و می‌توان از آن در جهت افزایش قاطعیت دانشجویان پرستاری استفاده کرد. در پژوهش عزیزی (۱۳۹۰) که به منظور تعیین اثربخشی مشاوره گروهی آدلری بر خودکارآمدی و خودپنداره دانشجویان پسر دانشگاه دولتی بجنورد انجام شد، نتایج نشان داد که مشاوره آدلری بر روی خودکارآمدی افراد معنادار است ولی این روش بر روی خودپنداره افراد تأثیری نداشته و معنادار نیست. در پژوهش محبی و همکاران (۱۳۹۰) که به منظور تعیین اثربخشی آموزش جرئت‌مندی بر اساس مدل پرسید بر میزان قاطعیت نوجوانان دبیرستانی گناباد انجام گرفت. نتایج حاصله نشان داد که آموزش جرئت‌مندی بر اساس مدل پرسید بر میزان آگاهی، نگرش، فاکتورهای تقویت‌کننده و قادر ساز و نیز قاطعیت مؤثر بوده و می‌تواند در کنار سایر شیوه‌های آموزش قاطعیت به کار گرفت. در پژوهش صاحب‌الزمانی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان تأثیر آموزش ابراز وجود بر عزت‌نفس و قاطعیت دانش‌آموزان مقطع متوسطه یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش ابراز وجود، منجر به افزایش قاطعیت در دانش‌آموزان می‌گردد. در پژوهش پژوه و حجازی (۱۳۸۶) که به منظور بررسی تأثیر برنامه جرئت‌ورزی گروهی در افزایش میزان جرئت‌ورزی و عزت‌نفس دانش‌آموزان کم‌جرئت پایه اول دبیرستان‌های

نفس (۲۰۰۳) شفقت به خود^۱ را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کند، مهربانی^۲ با خود در مقابل قضاوت خود^۳ (درک خود به‌جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی^۴ در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و به هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر، ذهن را اشغال کنند)، امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (نفس، ۲۰۰۹).

افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (پارنل^۵ و نفس، ۲۰۱۳). از آنجا که شفقت خود، نیازمند آگاهی هشیار از هیجان خود است (بنت و گلن، ۲۰۰۱)، دیگر احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساسات اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساس مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به‌صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر شفقت خود بر کاهش باورهای غیرمنطقی، خودگسستگی و نارضایتی زوجین متقاضی طلاق (دنيس و برکر^۶، ۲۰۱۵)، بر کاهش شرم و خودانتقادی در افراد دچار ترما (ایرونز و لاد^۷، ۲۰۱۷) مؤثر است. الاین و هالینز^۸ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز دریافت کرده بودند، در مقایسه با هم‌تایان خود امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دوماهه گزارش کردند. در پژوهش گندمی و همکاران (۱۳۹۲) تأثیر آموزش نظریه ذهن بر ارتقای همکاری، خویش‌داری و قاطعیت کودکان پسر اوتیستیک ۱۲-۷ سال از دیدگاه مادران یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش نظریه ذهن موجب ارتقای

1. Self- Compassion
3. Self- Judgment
5. Yarnal
7. Irons & Lad

2. Self- Kindness
4. Eommon Humanity
6. Denis & Beker
8. Elaine & Hollins

نوجوانان کشورمان به کار ببریم. این پژوهش در راستای همین هدف، به مطالعه تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره، ابراز وجود دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان می‌پردازد. به‌منظور پاسخگویی به این هدف، فرضیه‌های زیر تدوین گردید:

فرضیه اول: آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر تأثیر دارد.

فرضیه دوم: آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی بود؛ و طرح تحقیق آن به‌صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳۰ روزه) بود. متغیر مستقل، آموزش گروهی درمان مبتنی بر شفقت بود که فقط در گروه آزمایش اعمال گردید و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. بعد از مراجعه به یکی از فرهنگسراهای شهرداری اصفهان، ابتدا فراخوانی تهیه گردید و از همه دانش‌آموزان دختر دوره دبیرستان اول برای حضور در دوره، دعوت به عمل آمد که ۵۰ نفر از دانش‌آموزان حاضر به همکاری شدند. سپس به شیوه تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند؛ و در مرحله بعد گروه آزمایش، آموزش درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ۱. داشتن رضایت آگاهانه نوجوان و والدین به‌منظور شرکت در پژوهش ۲. عدم دریافت آموزش به‌طور همزمان با این پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱. داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسات آموزش ۲. پیشامد یک مشکل خانوادگی تأثیرگذار نظیر فوت و یا طلاق والدین ۳. اظهار بی‌میلی برای شرکت در جلسات آموزشی.

شهرستان ایجرود در استان زنجان انجام شد، نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که میزان جرئت‌ورزی و عزت‌نفس دانش‌آموزان کم‌جرئت در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش یافته بود. این یافته‌ها، احتمالاً بیانگر آن بود که اجرای برنامه آموزش مهارت‌های جرئت‌ورزی به دانش‌آموزان گروه آزمایشی کمک کرده است تا در مقابل با همسالان خود، جرئت‌مندانه و با عزت‌نفس بالا رفتار کنند. یونال^۱ (۲۰۱۲) در نتایج پژوهش خود نشان داده است که خودآگاهی و تکنیک‌های ارتباطی بر میزان جرئت‌مندی

پرستاران مؤثر است. در پژوهشی که اشنايدر، دانتون، کوپر^۲ (۲۰۰۸) پیرامون فعالیت بدنی و خودپنداره بدنی میان دختران نوجوان بی‌تحرك انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مداخله هیچ تأثیری بر روی همه مؤلفه‌های خودپنداره نداشته است. ورشون و همکاران^۳ (۲۰۰۸) نیز نتوانستند در برنامه تمرینی ۸ هفته‌ای خود اثر برنامه تمرینی ترکیبی را بر خودپنداره کلی و خرده مقیاس‌های آن در نوجوانان ۷ تا ۱۸ سال فلج مغزی تأیید کنند. ویل و اکسنکی^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی که به‌منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی و گشتالت درمانی بر ابراز وجود زنان انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که استفاده از این دو رویکرد درمانی در ابراز وجود آن‌ها مؤثر است. لیندوال و لیندگرن^۵ (۲۰۰۵) به بررسی آثار ۶ ماه برنامه مداخله تمرین روی خودپنداره بدنی و اضطراب بدنی اجتماعی دختران نوجوان سوئدی پرداختند. نتایج این تحقیق در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های خودپنداره بدنی، بهبود معناداری را نشان نداد؛ اما نمرات اضطراب بدنی اجتماعی آزمودنی‌ها در مقایسه با گروه کنترل، کمتر شده بود.

از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت، سازه‌ای نو پا در روان‌شناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به‌خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می‌شود و با توجه به اینکه سازندگی فردای جامعه منوط به سلامت جسمی و روحی نوجوانان و بهره‌وری مناسب از نیروی فعال پرشور این نسل خواهد بود، لازم است تا همه امکانات جامعه را برای عملکرد بهینه

1. Yonal
3. Vershon & et al
5. Lindwal & Lindgren

2. Shnaider, Danton, Cooper
4. Vail & Xenaki

ابزار سنجش

پرسشنامه خودپنداره راجرز^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۳۸ تا ۱۹۵۷ توسط راجرز به منظور سنجش میزان خودپنداره افراد تهیه شده که شامل دو فرم جداگانه «الف» و «ب» است، فرم «الف» خویشتن‌پنداری پایه یعنی آن‌گونه که فرد خودش را می‌بیند و تصویری که در حال حاضر از خودش دارد را می‌سنجد، فرم «ب» خویشتن‌پنداری ایده‌آل یا آرمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد، یعنی آن‌گونه که فرد آرزو دارد باشد. در هر فرم ۲۵ صفت قطبی (مثبت و منفی) قرار داده شده است. آزمودنی ابتدا باید به فرم الف و سپس به فرم ب پاسخ دهد. نمونه‌ای از گونه‌های این آزمون عبارت است از: (قوی-ضعیف) (مهربان-ظالم) (خوب-بد) (شجاع-ترسو) آزمودنی باید خود را با توجه به آن دو صفت ارزیابی کند و به خودش نمره‌ای بین ۱ تا ۷ دهد. پایائی این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط رقیبی و مینا خانی (۱۳۹۰) ۸۷ درصد به دست آمده است. روش محاسبه و نمره‌گذاری بدین گونه است که بعد از اتمام آزمون باید تفاضل بین نمرات خود واقعی و خود ایده‌آل به دست آید سپس به توان ۲ رسیده و جذر مجموع تفاضل‌ها گرفته شود تا نمره خودپنداره فرد مشخص شود. اگر جذر حاصله از صفر تا هفت (۷-۰) باشد، خودپنداره طبیعی و نرمال است، اما اگر جذر حاصله هفت تا ده (۱۰-۷) باشد خودپنداره متوسط است و نمره حاصله ده (۱۰) به بالا یعنی خودپنداره ضعیف و منفی خواهد بود و به معنای عدم تطابق بین خود واقعی و خود ایده‌آل است. در تفسیر، خودپنداره مثبت، یعنی خویشتن‌پنداره فرد طبیعی است، یعنی فرد تصور مثبتی درباره خود دارد. خودپنداره متوسط یعنی فرد تصویر منفی درباره خویشتن دارد و خودپنداره منفی یعنی احتمال روان‌نژندی در شخص وجود دارد.

پرسشنامه ابراز وجود راتوس^۲: پرسشنامه ارزیابی ابراز وجود از ۳۰ گویه تشکیل شده که توسط راتوس (۱۹۷۳) ساخته شده است که به منظور ارزیابی رفتار قاطعانه و سنجش میزان قاطعیت فرد به کار می‌رود. نمونه‌ای از گونه‌های آن این عبارت است: «همیشه به دلیل خجالت، در معاشرت با غریبه‌ها مشکل دارم» و «در بیان عقیده صریح هستم».

نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً این‌طور هستم»، «نسبتاً این‌طور هستم»، «خیلی کم این‌طور هستم»، «خیلی کم با خصوصیات من تفاوت دارد»، «نسبتاً با خصوصیات من تفاوت دارد» و «کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد». به این ترتیب امتیازات +۳، +۲، +۱، -۱، -۲ و -۳ در نظر گرفته می‌شود. در عبارت دسته اول (۱، ۲، ۴، ۵، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۳۰) هر چه نمره کسب شده به (-۳) یعنی «کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد» نزدیک‌تر باشد، رفتار فرد از قاطعیت بیشتری برخوردار است. این روند در سایر عبارات معکوس بوده بدین معنی که هر چه میانگین کسب شده به (+۳) یعنی «کاملاً این‌طور هستم» نزدیک‌تر باشد، رفتار فرد قاطعانه‌تر است. امتیاز نهایی پس از تغییر علائم مثبت یا منفی به دست می‌آید. دامنه امتیازات از -۹۰ تا +۹۰ بوده و هرچه امتیازات به +۹۰ نزدیک‌تر، نشان‌دهنده قاطعیت بیشتر و بالعکس امتیازات نزدیک‌تر به -۹۰، بیان‌گر قاطعیت کم در رفتار فرد است. راتوس (۱۹۷۳)، فوچ و همکاران^۳ (۱۹۸۲) و کوئیلان و همکاران^۴ (۱۹۷۷) ضریب همبستگی سؤالات ابزار را $r=0.78$ به دست آورده‌اند. پایائی این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۲) ۸۲ درصد به دست آمده است.

روش اجرا

شرکت‌کنندگان بعد از اعلام آمادگی برای ورود به پژوهش به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جای گرفتند. ابتدا پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد، سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شفقت درمانی گروهی را دریافت کردند. جلسات به صورت ۲ جلسه در هفته برگزار شد. ولی گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات از همه آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و کنترل) پس‌آزمون به عمل آمد؛ و بعد از ۳۰ روز جلسه پیگیری برگزار گردید. بسته درمانی مبتنی بر شفقت خود بر اساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت (۲۰۰۹) طراحی شد. جلسات درمان به طور خلاصه در زیر ارائه شده است.

1. Rogers Self- Concept Test
3. Fuoch & et al

2. Rathus Assertiveness Test
4. Coeilan & et al

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت

جلسه هدف
اول «سنجش و مفهوم‌سازی شفقت» عوامل مؤثر در زندگی هر فرد و دغدغه‌ها توضیح داده می‌شود
دوم «آگاه کردن فرد نسبت به منابع رنج انسانی» منابع رنج انسانی و آشنایی با هیجان‌ها و سیستم‌های هیجانی توضیح داده می‌شود.
سوم «آشنایی با ۶ مؤلفه ملاحظت و توانمندسازی برای شفقت ورزی» توانمند کردن فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون رو گرداندن و یا اجتناب از آن
چهارم «تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی» بالا بردن انگیزه مراقبت و پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه.
پنجم «شناخت از فرد مهربان و مهارت‌آموزی استدلال مهربانانه» چند تمرین استدلال مهربانانه آموزش داده می‌شود
ششم «مهارت‌آموزی توجه مهربانانه و احساس مهربانانه» بیان سبک‌ها و روش‌های ابراز مهرورزی
هفتم «مهارت‌آموزی تجربه حسی مهربانانه و تصویرسازی مهربانانه» تجربه حسی: موجب برانگیختن سیستم هیجانی و به فعالیت در آوردن سیستم عصبی پاراسمپاتیک می‌شود.
هشتم «مهارت‌آموزی رفتار مهربانانه و نوشتن نامه شفقت‌آمیز». ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، علاوه بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (مثل میانگین و انحراف معیار)، از شاخص آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS²¹ انجام گرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	آزمایش		کنترل	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
خودپنداره	۱۰/۳	۶/۷۰	۱۱/۱۰	۹/۹۴
انحراف استاندارد	۴/۵۷	۲/۴۷	۴/۵۹	۴/۲۶
ابراز وجود	۸/۵۰	۳/۰۸	۶/۹۵	۳/۵۰
انحراف استاندارد	۱۴/۷۳	۱۶/۱۴	۲۶/۷۴	۲۴/۰۶

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خودپنداره، ابراز وجود در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون کلموگروف-اسمیرنف به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها	مرحله پژوهش	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
خودپنداره	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱۱	۱/۰۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱۱	۱/۰۰۰
ابراز وجود	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۸۳۳	۱۰	۱/۰۰۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱۱	۱/۰۰۰

در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفافی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است).

جدول ۴. آزمون لوین به منظور ارزیابی پیش‌فرض برابری واریانس‌های نمرات در متغیر خودپنداره و ابراز وجود

متغیر	مرحله پژوهش	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
خودپنداره	پس‌آزمون	۰/۰۱۹	۱	۲۲	۰/۸۹۲
	پیگیری	۴/۳۴۶	۱	۲۲	۰/۰۵۱
ابراز وجود	پس‌آزمون	۳/۷۰۹	۱	۲۲	۰/۰۶۷
	پیگیری	۰/۶۲۱	۱	۲۲	۰/۴۳۹

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در متغیر خودپنداره و ابراز وجود در همه مراحل باقی مانده است. لذا این پیش‌فرض رد نگردید.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس در خصوص تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود

دانش‌آموزان دختر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
خودپنداره	پیش‌آزمون گروه	۳۸/۱۲۱	۲	۱۹/۰۶۱	۲۷/۲۰۵	۰/۱۳	۰/۸۲	۰/۶۲
	پیش‌آزمون گروه	۳۵/۳۵	۲	۳۵/۳۴	۳/۰۳۲	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۶۷
ابراز وجود	پیش‌آزمون گروه	۹۲۷/۰۰۰	۲	۴۱۳/۳۰۰	۵/۳۳	۰/۰۰۵	۰/۲۳	۰/۸۶
	پیش‌آزمون گروه	۳۱۰/۰۰۰	۱	۳۱۳/۲۰۰	۳/۳۵	۰/۰۳۹	۰/۱۴	۰/۷۵

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات پس‌آزمون خودپنداره گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری نداشته است. به عبارتی آموزش درمان مبتنی بر شفقت نتوانسته است بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر تأثیر بگذارد؛ بنابراین این فرضیه تأیید نشد. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات پس‌آزمون ابراز وجود در گروه آزمایش و گروه گواه معنادار است ($p < 0/05$). میانگین گروه آزمایش بیشتر از میانگین گروه گواه بوده است. به عبارتی آموزش درمان مبتنی بر شفقت نتوانسته است بر ابراز وجود نوجوان تأثیر بگذارد؛ بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت به خود بر خودپنداره دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان انجام شده است، نتایج حاصل از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان خودپنداره در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری ندارد. به عبارتی مداخله آزمایش بر خودپنداره افراد تأثیری نداشته است. نتایج این پژوهش تا حدی با نتایج پژوهش‌های گندمی، نسائیان، سرشکی، کریملو (۱۳۹۲) بیک محمدی، ترخان، اکبری (۱۳۹۱) عزیزی (۱۳۹۰) ورشون، کتار، گورتر و همکاران (۲۰۰۸) اشنایدر (۲۰۰۸) لیندوال و لیندگرن (۲۰۰۵) همسو بوده است. در تبیین این یافته از تحقیق می‌توان گفت این نتایج اثربخشی روش به کار رفته را نشان می‌دهد. در تبیین پژوهش حاضر می‌توان چنین اظهار کرد که خودپنداره یک سازه زیربنایی شخصیت است و با ارزیابی درونی و بیرونی فرد مرتبط است، چنان‌که آلپورت (۱۹۶۷) مطرح می‌کند «طفل خردسال از خودش خودآگاه نیست، او «من» را از بقیه جهان جدا نمی‌داند و این جدایی دقیقاً همان محور اساسی زندگی بعدی است، طفل گر چه احتمال می‌رود آگاه باشد، اما به‌طور کامل فاقد خودآگاهی است». به تدریج به خاطر احساس‌هایی که او از درون بدن و محیطش تجربه می‌کند، او شروع به تمیز آن دو می‌کند، این آغاز فرآیندی طولانی از رشد یک خودپنداره از خود است. لذا ممکن است نتوان با آموزش کوتاه‌مدت آن را تغییر داد. یکی از عوامل مؤثر بر خودپنداره، بازخورد از سوی دیگران است، خودپنداره افراد توسط بازخوردی که فرد درباره رفتارشان از دیگران به دست می‌آورد شکل می‌گیرد البته کاملاً روشن است که تأثیر همه افراد در زندگی فرد به یک اندازه و یکسان نیست. در اوایل زندگی والدین و افراد خانواده نقش اساسی در بازخورد به افراد دارند. همان‌طور که فرد رشد می‌کند، تعداد افرادی که بازخورد به وی می‌دهند افزایش می‌یابد (افروز، ۱۳۹۲)؛ و از آنجایی که با یک دوره آموزشی کوتاه‌مدت نمی‌توان تغییری در بازخوردهای دیگران نسبت به شخص ایجاد کرد را می‌توان یکی از دلایل معنادار نشدن این فرضیه دانست، یکی دیگر از عوامل مؤثر بر خودپنداره، خانواده است، خانواده، یکی از منابع مهم شکل‌گیری خودپنداره و نخستین محیط

اجتناب‌ناپذیری است که کودک با آن تماس برقرار می‌کند، در طول این سال‌ها بر اثر تماس نزدیک و دائمی خانواده نقش قابل ملاحظه‌ای در شخصیت کودک دارد (نوابی نژاد، ۱۳۹۲). در واقع اولین عامل مؤثر بر خودپنداره، والدین می‌باشند که به شکل‌گیری و رشد دیدگاه کودک از خود (خودپنداره) کمک می‌کنند؛ بنابراین برای تغییر در خودپنداره افراد، آموزش به خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری خودپنداره داشته باشد. مدرسه بعد از خانواده، اولین کانونی است که در رشد و تحول کودک نقش بسزایی دارد و می‌تواند آنچه را که والدین ناتمام می‌گذارند کامل کند. آشنایی با معلم و رابطه بین معلم و دانش‌آموز ایجاد می‌گردد، عامل مهمی در تکوین شخصیت و نحوه خودپنداره شاگرد به شمار می‌رود. اعتقاد و «پندار» معلم درباره نوع رفتار دانش‌آموز و توانایی‌های او و نحوه استفاده از این عوامل می‌تواند سبب رشد مفهوم خود مثبت گردیده و یا برعکس تعادل او را برهم بزند و شخصیت دانش‌آموز را در مسیر خاصی پرورش دهد. همچنین خودپنداره افراد توسط ارزش‌های فرهنگی نیز شکل می‌گیرد جامعه‌ای که فرد در آن رشد یافته است، تعریف می‌کند که چه چیزی در رفتار و شخصیت افراد، مورد علاقه فرد هست یا نیست. پنداره متنوعی از خود که از یک تنوع وسیع از تعاملات فرهنگی، اجتماعی ناشی شده به تدریج داخل یک خودپنداره کلی ترکیب می‌شوند؛ بنابراین ممکن است نتوان با آموزش کوتاه‌مدت خودپنداره را تغییر داد. همچنین این پژوهش که با هدف تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت به خود بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان انجام شده است، نتایج حاصل از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان ابراز وجود در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری دارد. ولی این افزایش در مرحله پیگیری معنادار نیست. نتایج این پژوهش تا حدی با نتایج پژوهش‌های لاریجانی، رضایت، سیدفاطمی، مهران (۱۳۹۱) محبی، مشکی، شاه سیاه و همکاران (۱۳۹۰) صاحب‌الزمانی، نوروزی‌نیا، آللول، رشیدی (۱۳۸۹) پزوه و حجازی (۱۳۸۶) یونال (۲۰۱۲) ویل و اکسنکی (۲۰۰۷) دنیس و برکر (۲۰۱۵) الاین و هالینز (۲۰۱۶) ایرونز و لاد (۲۰۱۷) همسو بوده است. در تبیین این یافته از تحقیق می‌توان گفت این نتایج اثربخشی روش به کار

پژوهشگر مداخله درمانی را اجرا کرده که ممکن است سوگیری اتفاق افتاده باشد و اعتبار بیرونی پژوهش را تهدید کند. دیگر محدودیت این پژوهش، صرفاً بر روی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول مراجعه‌کننده به یک فرهنگسرا اجرا شد، لذا تعمیم نتایج آن به سایر مقاطع تحصیلی و پسران باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، پژوهش حاضر را با نمونه‌های بزرگ‌تری از هر دو جنس (پسران و دختران) و از جوامعی با حجم بزرگ‌تر (مانند مدارس) و سایر مقاطع تحصیلی تکرار نمایند. با توجه به اینکه این پژوهش در شهر اصفهان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل فرهنگی در افراد تأثیر دارد، توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور و مداخله را فرد دیگری غیر از پژوهشگر انجام دهد تا بتوان در مورد تفهیم یافته‌های این پژوهش تصمیم‌گیری بهتر نمود و با توجه به نتایج به دست آمده که نشان داد آموزش گروهی درمان مبتنی بر شفقت بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر مؤثر است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوط، از این برنامه به‌عنوان درمان انتخابی در مراکز روان‌درمانی و تربیتی استفاده کنند.

منابع

- آتش‌پور، ح.، لولاکی، م.، افشارزاده، ف. (۱۳۸۵). *راهنمای عملی ابراز وجود*. قم: عطر عتروت.
- افروز، غ. ع. (۱۳۹۲). *اختلالات یادگیری*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، ۲۱۶ صفحه.
- بیک محمدی، م.، ترخان، م.، اکبری، ب. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری و مصون‌سازی در مقابل فشار روانی بر سازگاری اجتماعی و خودپنداره دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۵۰: ۴۳-۴۱.
- پژوه، ا.، حجازی، م. (۱۳۸۶). تأثیر برنامه جرات‌آموزی گروهی در افزایش میزان جرات‌ورزی و عزت‌نفس دانش‌آموزان کم‌جرات. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*. پاییز ۱۳۸۶.
- رحیمی، ج.، حقیقی، ج.، مهربانی‌زاده، م.، بشلیده، ک. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش جرات‌ورزی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و ابراز وجود در دانش‌آموزان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱: ۱۱۱-۱۲۴.

رفته را نشان می‌دهد. از آنجایی که ابراز وجود به‌عنوان مؤثرترین شیوه و تکنیک در روابط انسانی به معنی صادق بودن با خود و دیگران و احترام گذاشتن به خود و دیگران است با این تأکید توسعه رفتار شجاعانه در خود، معادل نگرش مثبت در مورد خود و دیگران و همچنین رفتار مثبت با دیگران است و فایده این، توسعه رفتار شجاعانه در خود و دیگران، توسعه روابط متقابل و مؤثر و نسبی بر اعتماد است (آتش‌پور، لولاکی، افشارزاده، ۱۳۸۵)؛ بنابراین شفقت به خود یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است، حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند. یافته‌ها نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به‌واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰)؛ و این باعث می‌شود فرد از ابراز وجود بالاتری برخوردار شود.

از آنجایی که شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجانی در نظر گرفته شود (بنت-گلمن، ۲۰۰۱)؛ و لیری، تایتی، آدامز و همکاران (۲۰۰۷) در چند مطالعه آزمایشی در ارتباط با شفقت خود نشان دادند که شفقت خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده شامل شکست، طرد، خجالت و دیگر حوادث منفی است؛ بنابراین فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به‌وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون ۱۹۹۹ قربانی و واتسن، ۱۳۸۵).

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مراجعان گروه مداخله از میزان ابراز وجود بالاتری نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه کنترل برخوردارند؛ یعنی آن‌ها توانستند از طریق مؤلفه‌های بعد اشتیاق و مؤلفه‌های بعد التیام بخشی نسبت به خود شفقت بالاتری داشته باشند و تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل کنند و به درک شخصی بیشتری نائل بیایند و در موقعیتی قرار بگیرند که با دیگران ارتباط مؤثرتری داشته باشند. در پایان باید توجه داشت که این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله اینکه خود

- رقیبی، م.، مینا خانی، غ. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴)، ۸۱-۸۲.
- سیدفاطمی، ن.، مشیرآبادی، ز.، بریم‌نژاد، ل.، حقانی، ح. (۱۳۹۲). بررسی همبستگی درک از توانایی حل مسئله با مهارت قاطعیت در دانشجویان پرستاری. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۳۸۱: ۱۹-۷۰. شاملو، س. (۱۳۸۷). *مکتبها و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت*. چاپ هفتم. تهران: انتشارات رشد.
- صاحب‌الزمانی، م.، نوروزی نیا، آیلول، رشیدی، ع. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش ابراز وجود بر عزت‌نفس و قاطعیت دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۷۹: ۵۰-۴۸.
- عزیزی، ح. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی آدلری بر خودکارآمدی و خودپنداره دانشجویان پسر دانشگاه دولتی بجنورد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- گندمی، ر.، نسانیان، ع.، سرشکی، ن.، کریملو، م. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش نظریه ذهن بر ارتقاء همکاری، خویش‌داری و قاطعیت کودکان پسر اوتستیک ۷-۱۲ سال از دیدگاه مادران. *فصلنامه روان‌شناختی افراد استثنایی*، ۱۱: ۱۳۰-۱۲۷.
- لاریجانی، ت.، رضایت، ف.، سید فاطمی، مهران، ع. (۱۳۹۱). تأثیر برنامه آموزشی رفتار قاطعانه بر سطح قاطعیت دانشجویان پرستاری. *نشریه آموزش پرستاری*، ۲: ۵۲-۴۲.
- محبی، س.، مشکی، م.، شاه سیاه، م.، دلشاد، ع.، مطلبی، م. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش جرات مندی بر اساس مدل پرسید بر میزان قاطعیت نوجوانان دبیرستانی گناباد. *مجله پژوهش و سلامت*، ۱: ۴۸-۴۵.
- مهرابی‌زاده، م.، تقوی، س.، عطاری، ی. (۱۳۸۷). تأثیر گروهی آموزش قاطعیت بر اضطراب اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی و کارایی مدرسه بر دانش‌آموزان دختر. *مجله علوم رفتاری*، ۱ (۳): ۵۹-۶۴.
- نوابی نژاد، ش. (۱۳۹۲). رفتارهای بهنجار و نابهنجار کودکان و نوجوانان و راه‌های پیشگیری و درمان ناهنجاری‌ها. تهران: ابتکار، ۲۴۸ صفحه.
- نوری، ح. ر. (۱۳۹۵). *شفقت و ذهن‌آگاهی*. تهران: انتشارات کیان‌افراز.
- Bennett-Goleman T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: *Three Rivers Press*.
- Denis, K., & Beker, R (2015). The effect of self-compassion on the irrational beliefs, self-dissociation and marital not satisfaction in couples. *Journal of Personality assessment*, 63(2), 262-274.
- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert p, ed. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: *routledge publication*, p. 263-325.
- Gilbert, P., proctors. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: over view and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*; 13: 353-19.
- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert p, ed. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: *routledge publication*, p. 263-325.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Zhuo, c. & Norballa. (1385). Mental health, and religious Orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australion Clinical Psychologist*. 3, 47-54.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and dreactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Lindwall, M., Lindgren, E. (2005). The effects of a 6-month exercise intervention programme. On physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. *Psychology of sport and Exercise* 6(8):643-658.
- Mc Manus, J. (1998). Prosocial self-schemas, self-awareness adolescent's prosocial behavior. *J person Soc Psychol*. 75(3):766-777.
- Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). A potential resource for young women a thletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 103-123.
- Neff, K.D. (2003a). the development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K.D. (2003b). Self-copassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K.D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52, 211-214.
- Neff, K. D, & Mcghee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults, *self and Identity*, 9, 225-240.
- Shneider., Dunton, and Cooper, M. (2008). Physical Activity and Physical Self-Concept among Sedentary Adolescent Females; An Intervention Study, *Psychol Sport Exerc*, 9 (1): 1-14.

- Triplett, R., Payhe, B. (2004). Problem solving as reinforcement in adolescent drug use: Implication for theory and policy. *Jcrim Justice*: 32(6):617-630.
- Unal, sati. (2012). Evaluating the effect of self – awareness and communication techniques on nurses assertiveness and self – esteem. Department of Psychiatric nursing Gazi university faculty of Health science, Besevler, Ankara, Turkey. *Pubmed*.
- Verschuren, O., Ketelaar, M., Gorter, J., Helders, J., Uiterwaal Cuno S P M, Takken, T. (2008). Exercise Training Program in Children and Adolescents with Cerebral Palsy: *A Randomized*.
- Vail, S., Xenakis. (2007). Empowering women with chronic. Physical disabilities: A pedagogical experiential group model. *Social work in Health care*. 46-67.
- Yarnell, L., Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Wellbeing. *Self and Identity*.