

Effectiveness of Mindful Self-Compassion(MSC) Therapy on Negative Emotions of Parentless or with Neglectful Parenting Adolescent Girls

Mahsa Davoudi Moghaddam: M.Sc. of clinical psychology of child and adolescent, Science and Arts University, Yazd, Iran. mahsa.dm88@yahoo.com

Mohsen Saeidmanesh: Ph.D. of neurocognitive science, assistant professor, Science and Arts University, Yazd, Iran. saeidmanesh@sau.ac.ir

Azadeh Choobforoushzadeh*: Ph.D. of general psychology, assistant professor, Ardakan University, Yazd, Iran. azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Abstract

Introduction: Since orphan and headless adolescents are exposed to negative emotions throughout their lives, it is important to perform psychological interventions for these adolescents. The present study aimed to evaluate the effectiveness of mindful self-compassion(MSC) therapy on negative emotions of parentless or with neglectful parenting thirteen to eighteen years old girls in Mashhad welfare centers.

Methods: This research is quasi-experimental with the pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of all parentless or with neglectful parenting thirteen to eighteen years old girls of Mashhad welfare centers in 2018. From eight existing centers in Mashhad, two centers that did not participate in any research project were presented by the state welfare organization of Mashhad. Among them, twenty-eight girls were selected by the available sampling method. They were randomly divided into two experimental and control groups fourteen people each. The experimental group treated twelve sessions of ninety-minute mindful self-compassion within three months, and the control group did not receive any intervention. All participants completed the revised NEO personality inventory (NEO PI-R) in two steps before and after the intervention.

Results: The results of the analysis of covariance showed that there was a significant difference between the scores of negative emotions and its six components anxiety, anger, depression, shame, irritability, and stress susceptibility between the experimental and the control groups in the posttest. ($P < 0.01$)

Conclusions: Findings of the research indicate that mindful self-compassion therapy is effective in reducing the negative emotions of parentless or with neglectful parenting adolescents girls. Therefore, it is recommended that psychologists, social workers, and other helping professions take advantage of this intervention to reduce the negative emotions of parentless or with neglectful parenting adolescents girls.

Keywords

Self-Compassion

Mindfulness

Negative Emotions

Parentless or with
Neglectful Parenting

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 11 Jun 2019
Accepted: 29 Nov 2020

Please cite this
article as follows:

Davoudi Moghaddam M, Saeidmanesh M, and Choobforoushzadeh A. Effectiveness of Mindful Self-Compassion(MSC) Therapy on Negative Emotions of Parentless or with Neglectful Parenting Adolescent Girls. Quarterly journal of social work. 2019; 9 (3); 30-38

اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی سرپرست

مهسا داوودی مقدم: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. mahsa.dm88@yahoo.com

محسن سعیدمنش: دکتری علوم اعصاب شناختی، استادیار دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. saeidmanesh@sau.ac.ir

آزاده چوب فروش زاده*: دکتری روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه اردکان، یزد، ایران. azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

واژگان کلیدی

خودشفقتی

ذهن آگاهی

عواطف منفی

بدسرپرست و
بی سرپرست

چکیده

مقدمه: با توجه به این که نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست در طول زندگی خود در معرض عواطف منفی قرار می گیرند و از طرفی اجرای مداخلات روان شناختی برای این نوجوانان اهمیت بالایی دارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی MSC بر عواطف منفی دختران نوجوان سیزده تا هجده سال بی سرپرست و بدسرپرست مراکز مشهد انجام شد.

روش: در این پژوهش شبه آزمایشی از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد، جامعه آماری تمامی نوجوانان دختر بدسرپرست و بی سرپرست مراکز بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند. دو مرکز که در هیچ طرح پژوهشی شرکت نداشتند از هشت مرکز موجود مشهد از طرف بهزیستی معرفی شدند. از این دو مرکز بیست و هشت نوجوان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل چهارده نفر در هر گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی دوازده جلسه نود دقیقه ای، در مدت سه ماه تحت درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. تمامی شرکت کنندگان فرم بلند دویست و چهل سوالی تجدید نظر شده شخصیتی NEO PI-R را در دو مرحله قبل و پس از مداخله تکمیل کردند.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین نمرات عواطف منفی و شش مولفه آن اضطراب، خشم، افسردگی، شرم، تحریک پذیری و آسیب پذیری از استرس در گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. ($P < 0/01$)

بحث و نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاکی از آن است که درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی سرپرست موثر است. لذا به روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه های یاری رسان توصیه می شود از این مداخله برای کاهش عواطف منفی نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست بهره جویند.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

مهسا داوودی مقدم، محسن سعیدمنش و آزاده چوب فروش زاده. اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی MSC بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی سرپرست. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۳): ۳۸-۳۰

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

بهزیستی روان‌شناختی به ارزیابی افراد از زندگی اشاره دارد که دینر مدلی سه مولفه‌ای برای آن پیشنهاد داده است. این مدل شامل رضایت از زندگی یا بعد شناختی، عاطفه مثبت و منفی یا بعد هیجانی می‌باشد. [۱] عاطفه منفی، به عنوان یک بعد از پریشانی ذهنی و تعامل ناخوشایند با محیط تعریف شده که طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی منفی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت را پدید می‌آورد. [۲] شواهد بسیاری مبنی بر اینکه عواطف افراد بر قضاوت‌ها و ارزیابی‌های آن‌ها از دیگران و فرآیندهای اجتماعی تاثیرگذار هستند، وجود دارد. عواطف نه تنها بر آنچه افراد به آن توجه می‌کنند اثر گذار است، بلکه بر آنچه به خاطر می‌آورند، بر تداعی اشیا و بر شیوه تفسیر آن‌ها از فرآیندهای اجتماعی نیز موثر است. [۳] از دیدگاه ولز ۱۹۶۲، عواطف منفی پیوسته به عنوان راهبردهایی که آسیب روانی را افزایش داده و پیش‌بینی کننده آسیب‌پذیری می‌باشند، ظاهر می‌شوند. تجارب فشار آور، استرس، ناکامی‌های شدید، افسردگی و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند منجر به کاهش موقت و دایم پاسخدهی سیستم ایمنی شود و فرد را به سوی بیماری بکشانند، [۴] به اعتقاد آیزنک ۱۹۷۶ عاطفه منفی شباهت نزدیکی به سازه‌های روان‌رنجوری و رفتارهای اضطرابی دارد. [۵] عواطف منفی احتمال خطرپذیری در تصمیمگیری را افزایش داده [۳] و فرد را به سمت تیدگی و شکایات مرتبط با سلامت می‌برد. [۶] قابل ذکر است در کودکان بی سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین محرومند، غالباً اختلالات عاطفی، ناایمنی، احساس وابستگی و یا طرد، گروه‌گریزی یا گروه‌گرایی حاد، خود انتقادگری و احساس گناه [۷] دیده می‌شود. مطالعه یندورک و ساملا با ۲۰۱۶ نشان داده که از دست دادن والدین و قرار گرفتن در مراکز شبانه روزی می‌تواند استرس‌زا باشد و اثراتی منفی بر بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌گذارد. [۸] از این رو مداخله‌ای با هدف توانمندسازی نوجوانان دختر بدسرپرست و بی سرپرست در برابر آسیب‌های ناشی از عواطف منفی ضروری به نظر می‌رسد.

تا کنون سه موج رفتار درمانی با اهداف و روش‌های مختلف منتشر شده است. موج اول رفتار درمانی به‌طور رسمی از دهه ۱۹۵۰ آغاز شد و تاکید آن بر مشاهده، پیش‌بینی و اصلاح رفتار بود. موج دوم در واکنش به نادیده گرفتن بعد شناختی اختلالات در سال ۱۹۷۰ توسط بک ابتدا برای درمان افسردگی و سپس برای اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن روی کار آمد. در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ بین رفتار درمانی و شناخت درمانی ادغامی به وجود آمد و رفتار درمانی شناختی نام گرفت. با استناد به پژوهش نظری عباسی و همکاران ۱۳۹۷ ظهور موج چهارم رفتار درمانی ممکن خواهد بود. موجی که از دیدگاه کاگن و دراو ۲۰۱۵، به دنبال رویکردی برای درک و التیام رنج انسان‌ها است و بر اساس اصول رفتاری بنا شده، از سنجش کارکرد مشتق شده و روش‌های مختلف رفتار درمانی را به کار می‌گیرد. از سوی دیگر درمان متمرکز بر شفقت را مورد توجه قرار می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت ریشه در روانشناسی تکاملی دارد و تاکید آن بر نوع دوستی و رفتار مراقبتی است. [۹] شفقت بر سه بعد، شفقت نسبت به دیگران، پذیرش شفقت از سوی دیگران و شفقت نسبت به خود متمرکز است. کریستین نف خودشفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. [۱۰] ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. خودشفقتی برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خود انتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری مانند نادیده گرفته شدن یا مورد بدرفتاری قرار گرفتن را تجربه کرده بودند. [۱۱] مطالعه تاناکا و همکاران ۲۰۱۱ حاکی از آن است که شفقت به خود با سیستم دلبستگی در ارتباط می‌باشند. به عنوان مثال افرادی که فاقد شفقت به خود هستند، احتمال دارد که خانواده‌هایی ناکارآمد و والدینی سختگیر داشته باشند و الگوهای دلبستگی ضعیفتری نسبت به افرادی داشته باشند که دارای شفقت به خود هستند. سواستفاده‌های عاطفی نیز در دوران کودکی به خودشفقتی مربوط می‌باشند. [۱۲] بنابراین کارکرد درمان خودشفقتی همخوانی بسیار بالایی با شرایط نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست دارد.

خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی نیازمند این است که افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. [۱۳] در بافت ذهن آگاهانه، فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده می‌کند و نگرشی مشفقانه نسبت به خود دارد که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی او می‌گردد. [۱۴] ذهن آگاهی یعنی رو کردن به افکار و هیجانات و تجارب دردناک و دیدن آن‌ها همان‌گونه که هستند. [۱۵] طبق نظر بایرون ۲۰۰۶ راهبردهای سازگاری مفید

ذهن آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی شامل نبود قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، ذهن آغازگر، درگیر نشدن و پذیرش و رها شدن می شود. [۱۶] یافته های پژوهشی نشان داده اند که آموزش ذهن آگاهی می تواند به کاهش عواطف منفی منجر شود. [۱۷، ۱۸، ۱۹] و همچنین بین تجربه ذهن آگاهی و تجربه شفقت ارتباط وجود دارد، و در واقع ذهن آگاهی به عنوان بافتی برای رویکرد متمرکز بر شفقت در نظر گرفته می شود و لازمه شفقت به خود است. [۲۰]

در مطالعه حاضر فرض بر این بود که درمان خودشفقتی در بافتی از ذهن آگاهی می تواند مسیری برای کاهش عواطف منفی گروه هدف پژوهش فراهم آورد، در تایید این فرض می توان به یافته های لویز، سندرم و شرودرز ۲۰۱۶ اشاره کرد که نشان می دهند ذهن آگاهی و خودشفقتی هفتاد درصد تغییرات مربوط به نشانه های

افسردگی و عواطف منفی را پیش بینی می کنند. [۱۸] ذهن آگاهی و خودشفقتی دو ساختاری هستند که در افزایش بهزیستی روان شناختی نوجوان موثر هستند. [۱۹، ۲۱ و ۲۰] وودروف و همکاران ۲۰۱۳ نیز گزارش کردند ذهن آگاهی و خودشفقتی بر عواطف منفی تاثیرگذار است اما خودشفقتی سازه قویتری محسوب می شود. [۲۲] پژوهش ماتلو و کاراکسیدو ۲۰۱۷ و مهدی نژاد ۱۳۹۶ تاثیر مداخله خودشفقتی را در افزایش قابل توجه عواطف مثبت و بهزیستی روان شناختی [۲۳ و ۲۴] و کاهش عواطف منفی تایید می کند. [۲۵، ۲۶] همچنین، درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود عواطف منفی، [۲۷] کاهش شرم و خود انتقادی [۲۸] و نشخوار فکری و نگرانی [۲۹] می شود.

با توجه به آسیب های ذکر شده در ارتباط با نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست، طراحی و اجرای مداخله ای موثر می تواند گام مهمی در جهت پرداختن به حل مساله های این قشر از جامعه باشد. در همین راستا، پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه پژوهشی قوی مربوط به ذهن آگاهی و خودشفقتی، برنامه درمانی خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی MSC، برای مداخله انتخاب شد تا به این سوال پاسخ دهد: آیا درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش عواطف منفی دختران نوجوان سیزده تا هجده سال بی سرپرست و بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد اثربخش است؟

روش

در این پژوهش شبه آزمایشی از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری تمامی دختران بی سرپرست و بدسرپرست سیزده تا هجده ساله مراکز شبانه روزی دولتی و غیردولتی بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند. در دو مرکز شبانه روزی دولتی و شش مرکز شبانه روزی غیردولتی شهر مشهد به ترتیب بیست و هفت و صد و بیست و چهار دختر نوجوان سیزده تا هجده ساله به صورت شبانه روزی اقامت دارند. به منظور انجام پژوهش به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه شد، پس از تایید پروتکل درمان، پرسشنامه ها و فرم رضایت نامه توسط مسوول امور پژوهشی سازمان، از بین هشت مرکز، دو مرکز که در هیچ طرح پژوهشی شرکت نداشتند معرفی شدند. از آنجا که حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی و شبه آزمایشی حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می شود [۳۰ و ۳۱] تعداد سی و دو نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت و تاکید بر معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر امکان انصراف از پژوهش، حفظ اسرار آزمودنی و گزارش نتیجه پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش هفده نفر و کنترل چهارده نفر جایگزین شدند. قابل ذکر است سه نفر از گروه آزمایش در طول مراحل درمان به علت غیبت و عدم تمایل به ادامه درمان از مطالعه حذف گردیدند. داده ها توسط نرم افزار SPSS24 با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و استنباطی آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و لوین، تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

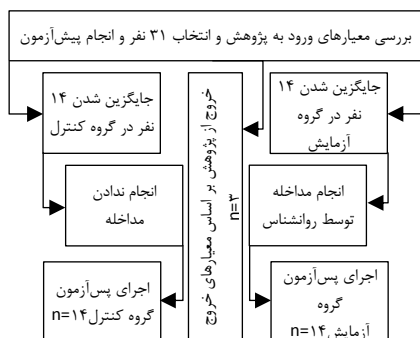
ملاک های ورود و خروج

ملاک های ورود: بی سرپرست یا بدسرپرست بودن نوجوان و اقامت در مراکز شبانه روزی تحت نظر بهزیستی، دختران بین سیزده تا هجده سال، رضایت از شرکت در تمامی جلسات درمان، کسب نمره بالای هشتاد از پیش تست.

ملاک های خروج: عدم همکاری نوجوان، بروز بیماری به گونه ای که منجر به قطع حضور در جلسات شود، ترخیص یا انتقال نوجوان از مرکز.

تمامی شرکت کنندگان در مرحله پیش تست دو هفته قبل از شروع مداخله پرسشنامه را تکمیل کردند. مداخله برای

نمودار (۱) نمودار Consort در پژوهش



درمانی حاضر تهیه و تدوین شد. اجرای پروتکل در مدت سه ماه، طی دوازده جلسه هفتگی هر جلسه نود دقیقه، به همراه یک جلسه نیم روزه بین جلسات چهار و پنج، توسط متخصص روانشناسی بالینی در سطح کارشناسی ارشد برگزار شد و از روش‌های ایفای نقش، بازی و فعالیت‌های عملی استفاده گردید که محتوای جلسات به صورت مختصر در جدول شماره یک آمده است. دو هفته پس از پایان مداخله نیز در مرحله پس آزمون، آزمودنی‌ها مجدد مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار پژوهش
فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی نئو-NEO PI-R: این پرسشنامه برای سنجش و اندازه‌گیری پنج عامل اصلی شخصیت که عبارتند از: روان‌نژندی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق و با وجدان بودن C به کار می‌رود که هر عامل نیز شامل شش خرده مقیاس است. این پرسشنامه در ابتدا با صد و هشتاد و پنج سوال در سال ۱۹۸۵ توسط کاستا و مک کری تهیه شد. فرم‌های دویست و چهل و شصت ماده‌ای آن نیز به وسیله آنان ساخته شد. در این پژوهش از فرم دویست و چهل سوالی و از مقیاس N استفاده شده است، از این جهت که داشتن عواطف منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی همیشگی و فراگیر، مبنای این مقیاس را تشکیل می‌دهند، [۳۴] پاسخنامه

گروه آزمایش انجام شد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پروتکل آموزشی در این مطالعه مبتنی بر برنامه آموزش خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی نف و گرم [۱۰] بود و پس از مطالعه کتاب‌های درمان متمرکز بر شفقت، [۱۱] مهارت‌های ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان، [۳۲] شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی [۳۳] و همچنین مقالات و پایان‌نامه‌های فارسی و لاتین مربوط به خودشفقتی و ذهن آگاهی فرمت

جدول (۱) پروتکل درمانی خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات // هدف جلسه // شرح جلسه و تکنیک‌های به کار گرفته شده // زمان
پیش جلسه // آشنایی اولیه با مراجع و ایجاد رابطه مناسب با هدف پر کردن پرسشنامه // پر کردن فرم رضایت‌نامه و اجرای پیش آزمون // ۹۰
۱ // معرفی درمانگر و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد ارتباط درمانی، آشنا ساختن اعضای گروه با ساختار و نحوه کار در جلسات // تعیین قوانین حاکم بر جلسات، توضیح در مورد اهمیت تکالیف خانگی (هر جلسه تکلیف ارایه و جلسه بعد بحث گروهی در مورد تجربه تمرین) - اجرای ریتم تنفسی تسکین دهنده ^۱ یا تنفس مهربان ^۲ // ۹۰
۲ // آموزش دانش پایه‌ای از ذهن آگاهی و زمینه‌سازی جهت آموزش تمرین خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی // تمرین ریتم تنفسی تسکین دهنده جهت رسیدن به وضعیت ذهن آرام؛ بازی مکعب‌های یخی ^۳ جهت ایجاد ظرفیت تحمل (تاب‌آوری) // ۹۰
۳ // بررسی نوع برخورد شرکت‌کنندگان با خود (سبک انتقادگر یا شفقتگر)؛ تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی (سیستم دفاع، انگیزش و امنیت) و نحوه تعامل آن‌ها باهم // تمرین لمس ذهن آگاه جهت افتراق بین قضاوت و توجه؛ تمرین ترکیبی ریتم تنفسی تسکین دهنده و وارسی بدن ^۴ جهت آگاهی از حس‌های بدنی و خودمدیریتی // ۹۰
۴ // معرفی سه نوع مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه و شش ویژگی فرد مهربان (مراقبت از بهزیستی، حساسیت به رنج، همدردی، تحمل پریشانی، همدلی و عدم قضاوت) // انجام تمرین تصویرسازی خود مشفق از طریق بازی کردن نقش شخصیت یک فرد مهربان // ۹۰
۵ // آموزش اهمیت مهارت ذهن آگاهی یک جلسه نیم روزه بین جلسه چهار و پنج برگزار شد که در طول چهار تا پنج ساعت هیچ آموزشی انجام نشد، و شرکت‌کنندگان به تمرینات ذهن آگاهی مختلف پرداختند. // آموزش تصویرسازی مشفقانه و تمرین مهربانی // انجام دو تمرین مهربانی کردن به دیگران و مهربانی گرفتن از دیگران (به کار بردن خاطره) // ۹۰
۶ // آموزش دو بعد توجه شفقت‌آمیز (ذهن آگاهی و رقص توجه) // معرفی مفاهیم خردمندی، قدرت، شجاعت، گرمی و قضاوت منتقدانه نکردن درباره خود همراه با آموزش حس مسئولیت‌پذیری جهت تصویرسازی بهتر خود مشفق؛ انجام تمرین رنگ‌آمیزی مشفقانه جهت ایجاد احساس مورد مراقبت قرار گرفتن // ۹۰
۷ // آموزش تصویرسازی مشفقانه و تمرین فعال‌سازی سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک مغز // انجام تمرین ایجاد مکانی امن ^۵ جهت ایجاد احساس امنیت و آرامش // ۹۰
۸ // آموزش استدلال مهربانانه (فرد می‌تواند انتخاب کند از پشت کدام خود به قضا یا نگاه کند) // توضیح ساز و کار استدلال منطقی (نامهربانانه)؛ تکنیک دو صندلی و اجرای یک موقعیت ثابت در برابر انواع خود (خود عصبانی، مضطرب، خوشحال، مهربان، ناامید، سرزنشگر و ...) // ۹۰
۹ // آموزش چهار قسمت رفتار مهربانانه (نوازش، هم‌آهنگی، ساختار دادن و چالش) // انجام تمرین مراقبه عشق - محبت ^۶ (تمرین باستانی بودایی طراحی شده برای افزایش خوبی خواهی برای خود و دیگران) که بر شفقت برای مقابله با احساس بی‌کفایتی تاکید دارد. // ۹۰
۱۰ // آموزش تجربه حسی مهربانانه و کمک به نوجوان برای پرورش حس شفقت // تمرین فعال‌سازی پاراسمپاتیک از طریق حواس پنج‌گانه در موقعیت‌های مختلف // ۹۰
۱۱ // انجام تمرین تصویر مشفقانه ایده‌آل و کامل // درست کردن تقویم تمرینات روزانه و نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود // ۹۰
۱۲ // جمع‌بندی جلسات // بررسی نامه مراجع و نوشتن نامه از سوی درمانگر برای مراجع، تشکر برای شرکت در پژوهش // ۹۰

^۱ - Relaxation Breathing

^۲ - Affectionate Breathing

^۳ - Ic Cube game

^۴ - Body Scan

^۵ - Safe Place Visualization

^۶ - Loving-Kindness Meditation (LKM)

این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکر تی کاملاً موافقم، موافقم، بی تفاوت، مخالفم و کاملاً مخالفم تنظیم شده است. نمره گذاری در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که برخی از مواد پرسشنامه به صورت معکوس نمره گذاری می شود. با توجه به کلید پرسشنامه، نمرات هر یک از خرده آزمون ها را به دست می آید. سپس از طریق مجموع نمرات حاصل، نمره فرد را در آزمون طبقه بندی می شود: نمرات یک تا چهل و دو بسیار پایین، چهل و سه تا پنجاه و نه پایین، شصت تا هشتاد متوسط، هشتاد و یک تا صد و پنج بالا و نمرات صد و شش تا صد و

سی خیلی بالا. [۳۵]
این آزمون در سال ۱۳۷۸ توسط حق شناس در بین دانشجویان دانشگاه شیراز و گروسی فرشی ۱۳۸۰ در بین دانشجویان دانشگاه های ایران مطالعه و اعتباریابی شد. [۳۶] مک کری و کوستا پایایی پرسشنامه را از طریق ضریب آلفا برای مقیاس های اصلی از پنجاه و شش صدم تا هشتاد و هفت گزارش کرده اند. در پژوهش حق شناس برای سنجش پایایی در بازآزمایی نسخه فارسی، نتایج نشان دهنده ضرایب همبستگی پنجاه و سه صدم تا هشتاد و شش صدم و بر اساس ضریب آلفای کرونباخ شصت و هشت صدم تا هشتاد و شش صدم برای مقیاس های اصلی بود. [۳۴]
آتش روز با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس روان نژندی، هفتاد و شش صدم گزارش کرده است. [۳۷]

یافته ها

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تاثیر مداخله بر مولفه های عاطفه منفی					
مجموع مجذورات	درجه میانگین آزادی مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور توان آزمون	
۴۴/۲۵	۱	۴۴/۲۵	۱۸/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۹۷
۲۶/۱۱	۱	۲۶/۱۱	۹/۰۳	۰/۰۰۶	۰/۹۵
۷۶/۲۵	۱	۷۶/۲۵	۱۸/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸
۸۳/۳۴	۱	۸۳/۳۴	۴۳/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹
۱۲/۶	۱	۱۲/۶	۹/۲۹	۰/۰۰۵	۰/۹۸
۴۷/۵۴	۱	۴۷/۵۴	۲۶/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۹

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تاثیر مداخله بر مولفه های عاطفه منفی	
متغیر	توان آزمون
ا. عواطف منفی	۰/۹۷
ب. اضطراب	۰/۹۵
ج. خشم و کینه	۰/۹۵
د. افسردگی	۰/۹۸
ه. هیجانی به خویشتن (شرم)	۰/۹۹
و. تحریک پذیری	۰/۹۸
ز. آسیب پذیری از استرس	۰/۹۹

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد عواطف منفی و مولفه های آن برای گروه آزمایش و کنترل			
متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	پس آزمون
ا. عواطف منفی M(SD)	۱۰/۷ (۷/۳۶)	۹/۳ (۴/۴۴)	۱۰/۸ (۶/۴۹)
ب. اضطراب M(SD)	۱۶/۱۴ (۳/۹۳)	۱۴/۳۶ (۲/۱۷)	۱۶/۷۱ (۲/۳۲)
ج. خشم و کینه و رزی M(SD)	۱۷/۵۷ (۳/۴۱)	۱۵/۴۳ (۱/۶)	۱۷/۶۴ (۲/۶۸)
د. افسردگی M(SD)	۱۷ (۳/۴۲)	۱۴/۵ (۳/۱۸)	۱۸/۶۴ (۳/۱۳)
ه. شرم M(SD)	۲۰/۳۶ (۱/۵)	۱۷/۱۴ (۱/۶۶)	۲۰ (۲/۲۲)
و. تحریک پذیری M(SD)	۱۶/۹۲ (۱/۹)	۱۵/۳۶ (۱/۲۸)	۱۶/۹۳ (۱/۳۸)
ز. آسیب پذیری از استرس M(SD)	۱۹ (۱/۴۷)	۱۶/۴۳ (۱/۸۳)	۱۸/۷۹ (۱/۴۸)

میانگین و انحراف استاندارد نمرات عواطف منفی و هر یک از مولفه های آن در جدول شماره دو گزارش شده است. با توجه اطلاعات جدول مذکور، میانگین نمرات در پس آزمون کاهش یافته است، برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل، مفروضه های نرمال بودن داده ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از مفروضه نرمال بودن از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف انجام شد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در مورد متغیرهای پژوهش در هر دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل برقرار بود. ($P > 0/05$) برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد ($P = 0/1$ ، $df_1 = 1$ ، $df_2 = 26$ ، $F = 2/91$) و با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از پنج صدم به دست آمد در نتیجه واریانس های دو گروه همگن و پیش فرض برقرار بود. مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز با استفاده از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین پیش آزمون و متغیر مستقل تایید شد ($P = 0/86$ ، $F = 0/03$). نتایج نشان داد مقدار F محاسبه شده در سطح پنج صدم معنادار نمی باشد، بنابراین داده ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می کند و مفروضه تحلیل کوواریانس نیز برقرار است. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول شماره سه نشان دهنده خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بین نمره های مولفه های عاطفه منفی گروه های آزمایش و کنترل است، ($P < 0/01$) همانطور که این جدول نشان می دهد درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی MSC بر کاهش عواطف منفی دختران نوجوان اثربخش بوده است. به عبارت دیگر مداخله پژوهش دست کم بر یکی از مولفه های عاطفه منفی در گروه آزمایش تاثیر داشته و مقدار این اثر شصت و سه درصد است. قابل ذکر است توان بالای آزمون نود و هفت صدم و سطح معناداری یک هزارم به دست آمده بیانگر کفایت حجم نمونه می باشد.
برای بررسی میزان تاثیر مستقیم مداخله بر روی شش مولفه عاطفه منفی، تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام گرفت که

نتایج حاصل از آن در جدول شماره چهار ارائه شده است. مطابق نتایج این جدول مداخله پژوهش بر مولفه های اضطراب، خشم، افسردگی، شرم، تحریک پذیری و آسیب پذیری از استرس تاثیر داشته است. ($P < 0/01$) به علاوه ضریب تاثیر نشان می دهد که چند درصد از کاهش نمرات مولفه های عواطف منفی اضطراب چهل و دو درصد، خشم بیست و هفت درصد، افسردگی چهل و دو درصد، شرم شصت و چهار درصد، تحریک پذیری بیست و هفت درصد و آسیب پذیری از استرس پنجاه و یک درصد مربوط به مداخله می باشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش عواطف منفی در دختران نوجوان بدسرپرست و بی سرپرست تایید می کند. قابل ذکر است که در هر شش مولفه اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، هشیاری به خویش یا شرم، تکانشوری و آسیب پذیری در برابر فشار روانی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد بدین لحاظ می توان نتیجه گرفت که مداخله منجر به کاهش عواطف منفی در دختران نوجوان شده است. این یافته با نتایج پژوهش لوپز، [۱۸] گرد، [۲۱] وودروف و همکاران [۲۲] و نف و گرم [۱۰] همسو است. مداخله خودشفقتی باعث افزایش قابل توجه خودشفقتی، عواطف مثبت، بهزیستی روان شناختی [۲۳ و ۲۴] و کاهش عواطف منفی می شود. [۲۵، ۲۶ و ۲۷] در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت خودشفقتی با شاخص هیجانی بهزیستی روانی یعنی عواطف منفی ارتباط دارد. خودشفقتی، بهزیستی روانی را افزایش و به فرد احساس مراقبت، ارتباط و آرامش هیجانی می دهد. همچنین به نوجوانی که حضور موثر والدین یا دیگر افراد مهم زندگی خویش را از دست داده اند و تجارب نا خوشایندی را پشت سر گذاشته اند کمک می کند، پریشانی ذهنی را از طریق مهار خودسرزنشگری کاهش دهند. [۲۹] تا فضایی را برای مواجهه با احساس درد و پیچیدگی هیجانات ایجاد کنند. در درمان خودشفقتی به شرکت کنندگان آموزش داده شد، از خود انتقاد نکنند. به آن ها گفته شد اگرچه مهم است که انگاره های روانی خود را به طور شفاف ببینند، به همان اندازه هم مهم است که از خود به خاطر آن ها انتقاد نکنند و بهترین راه مقابله با انتقاد درک کردن آن است و اینکه متوجه شوند که نقطه ضعف، عیب و ایراد داشتن بخشی از تجربه انسان بودن است. [۱۰] در واقع افراد مشفق، در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند و هنگام یادآوری تجربیات شکست، بسیار دلسوزانه و با شققت با خود رفتار می کنند. [۱۴]

بیرنی و اسپاکا و کارلسون، [۱۴] عزیزی و همکاران [۱۶] و گودرزی و همکاران [۱۷] نیز اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش عواطف منفی را گزارش کردند. در این پژوهش فرصتی برای گروه فراهم شد تا با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی ویژگی هایی چون مشاهده دقیق، غیرقضاوتی بودن را در خود رشد دهند و به دنبال آن به این آگاهی برسند که عواطف و هیجانات منفی جز ثابت شخصیت نبوده و حالاتی گذرا هستند. [۱۶] افراد ذهن آگاه معمولاً توانایی های ویژه ای در درک عمیق احساسات خود و پذیرش آن ها دارند [۲۱] و با افزایش آگاهی نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر گذاشته و باعث کاهش نشخوارهای فکری و احساس گناه در آنان می شود و مجدداً افکار را به سایر جنبه های زمان حال نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می سازد. طبق پژوهش گودرزی و همکاران، این روش باعث کاهش عاطفه منفی می شود. [۱۷]

محدودیت ها: جامعه پژوهش محدود به دختران نوجوان مراکز شبانه روزی دولتی و غیردولتی بهزیستی شهر مشهد شهر مشهد و شیوه نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس بود، لذا در تعمیم نتایج به جوامع گسترده تر و گروه های سنی دیگر باید محتاط بود.

پیشنهادهای: پیشنهاد می شود آموزش این روش درمانی به درمانگران و مربیان مراکز شبانه روزی در دستور کار مراکز بهزیستی قرار گیرد. همچنین اجرای پژوهش در جوامع دیگر در ارتباط با هر دو جنس انجام شود.

سپاسگزاری: از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه و همچنین از کارکنان بهزیستی مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می گردد. شایان ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده و تضاد منافع وجود ندارد.

References:

1. Diener E, and Chan M.Y. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2011;3(1):1-43.
2. Watson D, and Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):219.
3. Bashar M, Sardaripour M, and Ghamari M. The effectiveness of treatment focused on compassionate minds on reducing the negative emotions of depressed patients. The 3rd international conference on the new horizons in the educational science, psychology and social damages. 2017.
4. Sedaghat Asl P. (Dissertation). The role of personality factors and irrational beliefs in predicting the positive and negative emotions of non-clinical anxious individuals. Tabriz. Tabriz University. 2011.
5. Mohammadi S. (Dissertation). The effectiveness of lifestyle-based learning on improving negative emotions (shame and sin) and the coherence and quality of marital relationship. Mashhad. Ferdowsi University of Mashhad. 2016.
6. Martinsen K.D, Kendall P.C, Stark K, and Neumer S.P. Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the transdiagnostic emotion program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016;23(1):1-13.
7. Eidgahian Torqabeh N. (Dissertation). The effectiveness of art therapy represents a group of internalized problems and the functional emotional profile of childless and poorly supervised children. Mashhad. Ferdowsi University of Mashhad. 2016.
8. Yendork J.S, and Somhlaba N.Z. The role of demographic and positive psychological factors on quality of life in Ghanaian orphans placed in orphanages: An exploratory study. *Child Indicators Research*. 2016;9(2):429-443.
9. Abasi F, Kimiaei A, Safariyan M, and Abedi M. The fourth wave of behavior therapy: The process of formation of behavior treatments and its challenges. *Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal Psychological Journal*. 2018;7(1):223-236.
10. Neff K.D, and Germer C.K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;69(1):28-44.
11. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge; 2010.
12. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck ML, Paglia-Boak A, and Team MR. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(10):887-898.
13. Taheri S, and Sajadian I. Effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on components of self-compassion and mindfulness of employees with chronic fatigue syndrome. The 3rd conference on psychology, educational science and lifestyle with international approach. 2016, Mashad.
14. Birnie K, Speca M, and Carlson L.E. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*. 2010;26(5):359-371.
15. Vreeswijk M.V, Broersen J, Schurink G, and Tempel J.V.D. *Mindfulness and schema therapy*. Wiley Blackwell; 2014.
16. Azizi R, Yousefi Afrashteh M, Morovati Z, and Elahi T. The effect of mindfulness training in positive and negative emotions and emotion complexity study of changes over time. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2018;9(1):39-58.
17. Goudarzi M, Ghasemi N, Mirderikvand F, and Gholamrezaei S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018;5(5):53-68. [Persian].
18. López A, Sanderman R, and Schroevers M.J. Mindfulness and self-compassion as unique and common predictors of affect in the general population. *Mindfulness*. 2016;7(6):1289-96.
19. Bluth K, and Blanton P.W. Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of child and family studies*. 2014;23(7):1298-309.
20. Tirch D.D. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(2):113-23.
21. Kord B. Prediction of mental well-being of nursing students based on self-consciousness and compassion. *Iranian Journal of Medical Education* 2016;16:273-82. [Persian].
22. Woodruff S.C, Glass C.R, Arnkoff D.B, Crowley K.J, Hindman R.K, and Hirschhorn E.W. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness*. 2014;5(4):410-21.
23. Mantelou A, Karakasidou E. The effectiveness of a brief self-compassion intervention program on

self-compassion, positive and negative affect and life satisfaction. *Psychology*. 2017;8(04):590.

24. Mehdinejad Z. (Dissertation). Effectiveness of self-compassion therapy and psychological well-being of adolescents with experience of unusual mourning Najafabad. Islamic Azad University. 2017. [Persian].

25. Diedrich A, Hofmann S.G, Cuijpers P, and Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;82:1-10.

26. Luo X, Qiao L, Che X. Self-compassion modulates heart rate variability and negative affect to experimentally induced stress. *Mindfulness*. 2018;9(5):1522-8.

27. Ghafarian H, Khayatan F. The effect of training compassion focused therapy on affect control amongst high school female students. 3rd international conference on modern approach in humanities Tehran. 2018;10. [Persian].

28. Fatolaahzadeh N, Majlesi Z, M Azaheri Z, Rostami M, and Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2017;13(2):151-168. [Persian].

29. Ghanavati S.A, Bahrami F, Godarzi K, and Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2018;7(27):152-168. [Persian].

30. Hasanzadeh R. Research methods for behavioral sciences a practical guide to research. Tehran. 2011. Savalan. [Persian].

31. Delavar A. Theoretical and practical principles of research in the humanities and social sciences. 2nd edition. Roshd. 2010. [Persian].

32. Debra Burdick L. Mindfulness skills for kids & teens: A workbook for clinicians & clients with 154 tools, Techniques, activities & worksheets: PESI Publishing & Media; 2014.

33. Gilbert P. Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others: New Harbinger Publications; 2014.

34. Haghshenas H. Persian version and standardization of NEO Personality Inventory-Revised. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;4(4):38-48. [Persian].

35. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: Personality and mental health. 2nd edition. Tehran Besat. 2016. [Persian].

36. Farshi M, Mehryar A, and Ghazi Tabatabai M. Application of the NEO-PI-R Test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian University Students. *Journal of Al-Zahra University of Humanities*. 1380;11(39):173-198. [Persian].

37. Atash Rouz B, Pakdaman S, and Asghari A. The relationship between the big five personality traits and academic achievement. *Journal of Iranian Psychologists*. 2008;4(16):367-376. [Persian].