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 seasons 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

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست

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 چوب‌فروش‌زاده*: دکتری روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه اردکان، یزد، ایران. azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

واژگان کلیدی

خودشفقتی

ذهن‌آگاهی

عواطف منفی

بدسرپرست و بی‌سرپرست

چکیده

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

روش: در این پژوهش شبه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد، جامعه‌آماری تمامی نوجوانان دختر بدسرپرست و بی‌سرپرست 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 نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل چهارده نفر در هر گروه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای، در مدت سه ماه تحت درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. تمامی شرکت‌کنندگان فرم بلند دویست و چهل سوالی تجدید نظر شده شخصیتی نئو 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، تحریک‌پذیری و آسیب‌پذیری از استرس در گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ($P<0/01$)

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست موثر است. لذا به روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های یاری‌رسان توصیه می‌شود از این مداخله برای کاهش عواطف منفی نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست بهره جویند.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

نحوه استناد به مقاله: مهسا داوودی مقدم، محسن سعیدمنش و آزاده چوب‌فروش‌زاده. اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی MSC بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۳): ۳۸-۳۰

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

مقدمه

بهزیستی روان‌شناختی به ارزیابی افراد از زندگی اشاره دارد که دینر مدلی سه مولفه‌ای برای آن پیشنهاد داده است. این مدل شـامل رضایت از زندگی یا بعد شـناختی، عاطفه مثبت و منفی یا بعد هیجانی می‌باشد.[۱] عاطفه منفی، به‌عنوان 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 به‌خاطر می‌آورند، بر تداعی اشیا و بر شیوه تفسیر آن‌ها از فرآیندهای اجتماعی نیز موثر اسـت.[۳] از دیدگاه ولز۱۹۶۲، عواطف منفی پیوسته به‌عنوان راهبردهایی که آسیب روانی را افزایش داده و پیش‌بینی کننده آسـیب‌پذیری می‌باشـند، ظاهر می‌شوند. تجارب فشار آور، استرس، ناکامی‌های شـدید، افسردگی و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند منجر به کاهش موقت و دایم پاسـخدهی سیسـتم ایمنی شـود و فرد را به سوی بیماری بکشاند،[٤] به اعتقاد آیزنک۱۹۷٦ عاطفه منفی شـباهت نزدیکی به سازه‌های روان‌رنجوری و رفتارهای اضطرابی دارد.[٥] عواطف منفی احتمال خطرپذیری در تصمیمگیری را افزایش داده[۳] و فرد را به سـمت تنیدگی و شکایات مرتبط با سلامت می‌برد.[٦] قابل ذکر است در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین محرومند، غالبا اختلالات عاطفی، ناایمنی، احسـاس وابسـتگی و یا طرد، گروه گریزی یا گروه گرایی حاد، خود انتقادگری و احساس گناه[۷] دیده می‌شـود. مطالعه یندورک و سـاملابا۲۰۱٦ نشان داده که از دست دادن والدین و قرار گرفتن در مراکز شبانه روزی می‌تواند استرسـزا باشد و اثراتی منفی بر بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌گذارد.[۸] از این‌رو مداخله‌ای با هدف توانمندسازی نوجوانان دختر بدسرپرست و بی‌سرپرست در برابر آسیب‌های ناشی از عواطف منفی ضروری به‌نظر می‌رسد.

تا کنون سـه موج رفتار درمانی با اهداف و روش‌های مختلف منتشـر شده اسـت. 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 آمـد. در اواخـر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ بین رفتار درمانی و شـناخت درمانی ادغامی به‌وجود آمد و رفتار درمانی شـناختی نام گرفت. با اسـتناد به پژوهش نظری عباسی و همکاران۱۳۹۷ ظهور موج چهارم رفتاردرمانی ممکن خواهد بود. موجی که از دیدگاه کاگن و دراو۲۰۱۵، به‌دنبال رویکردی برای درک و التیام رنج انسـان‌ها است و بر اساس اصول رفتاری بنا شـده، از سـنجش کارکرد مشتق شـده و روش‌های مختلف رفتار درمانی را به‌کار می‌گیرد. از سوی دیگر درمان متمرکز بر شـفقت را مورد توجه قرار می‌دهد. درمان متمرکز بر شـفقت ریشه در روانشناسی تکاملی دارد و تاکید آن بر نوع دوستی و رفتار مراقبتی اسـت.[۹] شفقت بر سه بعد، شفقت نسـبت به دیگران ، پذیرش شفقت از سوی دیگران و شفقت نسبت به خود متمرکز است. کریستین نف خودشفقتی را به‌عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است.[۱۰] ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشـخصه 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 قرارگرفتن را تجربه کرده بودند.[۱۱] مطالعه تاناکا و همکاران۲۰۱۱ حاکی از آن اسـت که شـفقت به خود با سیسـتم دلبسـتگی در ارتباط می‌باشند. به‌عنوان مثال افرادی که فاقد شفقت به خود هستند، احتمال دارد که خانواده‌هایی ناکارآمد و والدینی سـختگیر داشـته باشند و الگوهای دلبستگی ضعیفتری نسـبت به افرادی داشته باشند که دارای شفقت به خود هسـتند. سواسـتفاده‌های عاطفی نیز در دوران کودکی به خودشفقتی مربوط می‌باشـند.[۱۲] بنابراین کارکرد درمان خودشفقتی همخوانی بسیار بالایی با شرایط نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست دارد.

خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیازمند این است که افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند.[۱۳] در بافت ذهن‌آگاهانه، فرد به‌جای نادیده انگاشـتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشـاهده می‌کند و نگرشـی مشـفقانه نسـبت به خود دارد که باعث متعادل شـدن دیدگاه ذهنی او می‌گردد.[١٤] ذهن‌آگاهی یعنـی رو کردن به افکار و هیجانـات و تجارب دردناک و دیدن آن‌ها همان‌گونه که هسـتند.[۱۵] طبق نظر بایرون۲۰۰٦ راهبردهای سـازگاری مفید

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

ذهن‌آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی شامل نبود قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، ذهن آغازگر، درگیر نشدن و پذیرش و رها شدن می‌شود.[۱۶] یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش عواطف منفی منجر شود.[۱۷،۱۸و۱۹] و همچنین بین تجربه ذهن‌آگاهی و تجربه شفقت ارتباط وجود دارد، و در واقع ذهن‌آگاهی به‌عنوان بافتی برای رویکرد متمرکز بر شفقت در نظر گرفته می‌شود و لازمه شفقت به خود است.[۲۰]

در مطالعه حاضر فرض بر این بود که درمان خودشفقتی در بافتی از ذهن‌آگاهی می‌تواند مسیری برای کاهش عواطف منفی گروه هدف پژوهش فراهم آورد، در تایید این فرض می‌توان به یافته‌های لوپز، سندرمن و شرودرز۲۰۱۶ اشاره کرد که نشان می‌دهند ذهن‌آگاهی و خودشفقتی هفتاد درصد تغییرات مربوط به نشانه‌های افسردگی و عواطف منفی را پیش‌بینی می‌کنند.[۱۸] ذهن‌آگاهی و خودشفقتی دو ساختاری هستند که در افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوان موثر هستند.[۱۰،۱۹و۲۱] وودروف و همکاران۲۰۱۳ نیز گزارش کردند ذهن‌آگاهی و خودشفقتی بر عواطف منفی تاثیرگذار است اما خودشفقتی سازه قویتری محسوب می‌شود.[۲۲] پژوهش مانتلو و کاراکسیدو۲۰۱۷ و مهدی نژاد۱۳۹۶ تاثیر مداخله خودشفقتی را در افزایش قابل توجه عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی[۲۳و۲۴] و کاهش عواطف منفی تایید می‌کند.[۳،۲۵و۲۶] همچنین، درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود عواطف منفی،[۲۷] کاهش شرم و خود انتقادی[۲۸] و نشخوار فکری و نگرانی[۲۹] می‌شود.

با توجه به آسیب‌های ذکر شده در ارتباط با نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست، طراحی و اجرای مداخله‌ای موثر می‌تواند گام مهمی در جهت پرداختن به حل مساله‌های این قشر از جامعه باشد. در همین راستا، پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه پژوهشی قوی مربوط به ذهن‌آگاهی و خودشفقتی، برنامه درمانی خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهیMSC، برای مداخله انتخاب شد تا به این سوال پاسخ دهد: آیا درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عواطف منفی دختران نوجوان سیزده تا هجده سال بی‌سرپرست و بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد اثربخش است؟

روش

در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده‌شده است. جامعه‌آماری تمامی دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست سیزده تا هجده ساله مراکز شبانه روزی دولتی و غیردولتی بهزیستی شهرمشهد 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 به‌صورت شبانه روزی اقامت دارند. به‌منظور انجام پژوهش به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه شد، پس از تایید پروتکل درمان، پرسشنامه‌ها و فرم رضایت‌نامه 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 می‌شود[۳۰و۳۱] تعداد سی و دو نفر به روش نمونه‌گیری 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، به‌صورت 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 به‌علت غیبت و عدم تمایل به ادامه درمان از مطالعه حذف گردیدند. داده‌ها 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.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: بی‌سرپرست 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.

ملاک‌های خروج: عدم همکاری نوجوان، بروز بیماری به گونه‌ای که منجر به قطع حضور درجلسات شود، ترخیص یا انتقال نوجوان از مرکز.

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

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

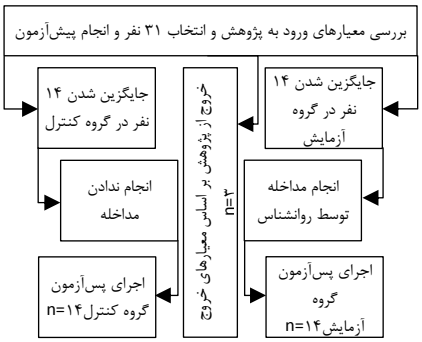
DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

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

جدول(۱) پروتکل درمانی خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی
جلسات/// هدف جلسه/// شرح جلسه و تکنیک‌های به‌کار گرفته شده/// زمان
پیش جلسه/// آشنایی اولیه با مراجع و ایجاد رابطه مناسب با هدف پر کردن پرسشنامه/// پر کردن فرم رضایت‌نامه و اجرای پیش‌آزمون/// ۹۰
۱/// معرفی درمانگر و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد ارتباط درمانی، آشنا ساختن اعضای گروه با ساختار و نحوه کار درجلسات/// 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 ذهن‌آگاهی و زمینه‌سازی جهت آموزش تمارین 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 آن ها باهم/// تمرین لمس ذهن‌آگاه 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
* به منظور اهمیت مهارت ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی مختلف پرداختند.
۵/// 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 (ذهن‌آگاهی و رقص توجه)/// معرفی مفاهیم خردمندی، قدرت، شجاعت، گرمی و قضاوت منتقدانه نکردن درباره خود همراه با آموزش حس مسولیت‌پذیری جهت تصویرسازی بهتر خود مشفق؛ انجام تمرین رنگ‌آمیزی مشفقانه جهت ایجاد احساس مورد مراقبت قرارگرفتن/// 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 می تواند انتخاب کند از پشت کدام خود به قضایا 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 بی کفایتی 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)

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 به‌صورت مختصر در جدول شماره یک آمده است. دو هفته پس از پایان مداخله نیز در مرحله پس‌آزمون، 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: روان نژندیN، برون‌گراییE، انعطاف‌پذیریO، توافقA و با وجدان بودنC به‌کار 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 مقیاسN 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

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]
DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

این پرسشنامه بر اســاس مقیاس لیکرتی کاملا موافقــم، موافقم، بی‌تفــاوت، مخالفم و کاملا مخالفم تنظیم شده است. نمره‌گذاری در تمام مواد یکسان نیســت. به این معنی که برخی از مواد پرسشــنامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. با توجه به کلید پرسشنامه، نمرات هر یک از خرده آزمون‌ها را به‌دست می‌آید. سپس از طریــق مجموع نمرات حاصــل، نمره فرد را در آزمــون طبقه‌بندی می‌شــود: نمرات یک تا چهل و دو بســیار پایین، چهل و سه تا پنجاه و نه پایین، شصت تا هشتاد متوسط، هشتاد و یک تا صدو 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 دانشگاه‌های ایران مطالعه و اعتباریابی شــد.[۳۶] مک کری و کوســتا پایایی پرسشنامه را از طریق ضریــب آلفا برای مقیاس‌های اصلی از پنجاه و شــش صدم تا هشــتاد و هفت گزارش کرده‌اند. در پژوهش حق شــناس برای ســنجش پایایی در بازآزمایی نسخه فارسی، نتایج نشان دهنده ضرایب همبستگی پنجاه و سه صدم تا هفتاد و شــش صدم و بر اســاس ضریب آلفای کرونباخ شصت و هشت صدم تا هشتاد و شش صدم برای مقیاس‌های 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]

یافته‌ها

جدول(٤) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تاثیر مداخله بر مولفه‌های عاطفه منفی

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
مولفه اضطراب	۴۴/۲۵	۱	۴۴/۲۵	۱۸/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۹۷
خشم وکینه ورزی	۲۶/۱۱	۱	۲۶/۱۱	۹/۰۳	۰/۰۰۶	۰/۲۷	۰/۹۵
افسردگی	۷۶/۲۵	۱	۷۶/۲۵	۱۸/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۹۸
هشیاری به خویشتن(شرم)	۸۳/۳۴	۱	۸۳/۳۴	۴۳/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۰/۹۹
تحریک‌پذیری	۱۲/۶	۱	۱۲/۶	۹/۲۹	۰/۰۰۵	۰/۲۷	۰/۹۸
آسیب‌پذیری از استرس	۴۷/۵۴	۱	۴۷/۵۴	۲۶/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۹۹

جدول(۳) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مولفه‌های عواطف منفی گروه آزمایش و کنترل

	P	F	df خطا	df فرضی	مقدار	نوع آزمون اثر پیلایی	توان آزمون
مجذور اتا	۰/۰۰۱	۱۹/۲۹	۲۳	۲	۰/۶۲		۰/۹۷

جدول(۲) میانگین و انحراف استاندارد عواطف منفی و مولفه‌های آن برای گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
/عواطف Nمقیاس M(SD)منفی	۱۰۷ (۷/۳۶)	۹۳/۲۱ (۴/۴۴)	۱۰۷/۸۶ (۶/۷۵)	۱۰۸/۶۴ (۶/۴۹)
M(SD) اضطراب	۱۶/۱۴ (۲/۹۳)	۱۴/۳۶ (۲/۱۷)	۱۵/۸۶ (۲/۷۷)	۱۶/۷۱ (۲/۲۳)
خشم و کینه ورزی M(SD)	۱۷/۵۷ (۳/۴۱)	۱۵/۴۳(۱/۶)	۱۸/۲۱ (۳/۳۸)	۱۷/۶۴ (۲/۶۸)
M(SD) افسردگی	۱۷ (۲/۴۲)	۱۴/۵ (۲/۱۸)	۱۸/۲۱ (۳/۲۱)	۱۸/۶۴ (۳/۱۳)
M(SD) شرم	۲۰/۳۶ (۱/۵)	۱۷/۱۴ (۱/۶۶)	۱۹/۵ (۱/۹۱)	۲۰ (۲/۲۲)
تحریک پذیری M(SD)	۱۶/۹۳ (۱/۹)	۱۵/۳۶ (۱/۲۸)	۱۷/۵ (۱/۷۹)	۱۶/۹۳ (۱/۳۸)
آسیب پذیری از M(SD) استرس	۱۹ (۱/۴۷)	۱۶/۴۳ (۱/۸۳)	۱۸/۵۷ (۱/۶۵)	۱۸/۷۹ (۱/۴۸)

میانگین و انحراف استاندارد نمرات عواطف منفی و هر یک از مولفه‌های آن در جدول شماره دو گزارش شده است.

با توجه اطلاعات جدول مذکور، میانگین نمرات در پس‌آزمون کاهش یافته است، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس اســتفاده شــد. پیش از انجام تحلیل، مفروضه های نرمال بودن داده ها و همگنی واریانس به ترتیب با اســتفاده از مفروضه نرمال بودن از طریق آزمون کالموگروف اســمیرنوف انجام شــد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در مورد متغیرهای پژوهــش در هــر دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل برقرار بود.(P>۰/۰۵) برای بررســی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین اســتفاده شــد (P=۰/۱، df۲=۲٦، df۱=۱ F=۲/۹۱) و با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از پنج صدم به دست آمد در نتیجه واریانس‌های دو گروه همگن و پیش فرض برقرار بود. مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز با استفاده از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل تایید شد (P=۰/۸٦، F=۰/۰۳). نتایج نشان داد مقدار F محاسبه شده در سطح پنج صدم معنادار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کند و مفروضه تحلیل کوواریانس نیز برقرار است. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول شماره سه نشان دهنده خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بین نمره‌های مولفه‌های عواطف منفی گروه‌های آزمایش و کنترل است،(P<۰/۰۱) همانطور که این جدول نشان می دهد درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی MSC بر کاهش عواطف منفی دختران نوجوان اثربخش بوده اســت. به‌عبارت دیگر مداخله پژوهش دست کم بر یکی از مولفه‌های عواطف منفی در گروه آزمایش تاثیر داشــته و مقدار این اثر شصت وسه درصد است. قابل ذکر است توان بالای آزمون نود و هفت صدم و سطح معناداری یک هزارم به‌دست آمده بیانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد.

برای بررســی میزان تاثیر مستقیم مداخله بر روی شش مولفه عواطف منفی، تحلیل کواریانس تک متغیره انجام گرفت که

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

نتایج حاصل از آن در جدول شماره چهار ارایه شده است.

مطابق نتایج این جدول مداخله پژوهش بر مولفه‌های اضطراب، خشم، افسردگی، شرم، تحریک‌پذیری و آسیب‌پذیری از استرس تاثیر داشته است.(P<۰/۰۱) به‌علاوه ضریب تاثیر نشان می‌دهد که چند درصد از کاهش نمرات مولفه‌های عواطف منفی اضطراب چهل و دو درصد، خشم بیست و هفت درصد، افسردگی چهل و دو درصد، شرم شصت و چهار درصد، تحریک‌پذیری بیست و هفت درصد و آسیب‌پذیری از استرس پنجاه و یک درصد مربوط به مداخله می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش عواطف منفی در دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست تایید می‌کند. قابل ذکر است که در هر شش مولفه اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، هشیاری به خویش یا شرم، تکانشوری و آسیب‌پذیری در برابر فشار روانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد بدین لحاظ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله منجر به کاهش عواطف منفی در دختران نوجوان شده است. این یافته با نتایج پژوهش لوپز،[۱۸] کُرد،[۲۱] وودروف و همکاران[۲۲] و نف و گرمر[۱۰] همسو است. مداخله خودشفقتی باعث افزایش قابل توجه خودشفقتی، عواطف مثبت، بهزیستی روان‌شناختی[۲۳و۲۴] و کاهش عواطف منفی می‌شود.[۳، ۲۵، ۲۶و۲۷] در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان 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 می‌دهد. 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 می‌کند، 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 شرکت‌کنندگان آموزش داده شد، از خود انتقاد نکنند. به آن‌ها گفته شد اگرچه مهم است که انگاره‌های روانی خود را به‌طور شفاف ببینند، به همان اندازه هم مهم است که از خود به‌خاطر آن‌ها 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 شفقت با خود رفتار می‌کنند.[۱٤]

بیرنی و اسپاکا و کارلسون،[۱٤] عزیزی و همکاران[۱٦] و گودرزی و همکاران[۱۷] نیز اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش عواطف منفی را گزارش کردند. در این پژوهش فرصتی برای گروه فراهم شد تا با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی ویژگی‌هایی 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.[۱٦] افراد ذهن‌آگاه معمولا توانایی‌های ویژه‌ای در درک عمیق احساسات خود و پذیرش آن‌ها 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 می‌شود و مجددا افکار را به سایر جنبه‌های زمان حال نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد. طبق پژوهش گودرزی و همکاران، این روش باعث کاهش عاطفه منفی می‌شود.[۱۷]

محدودیت‌ها: جامعه پژوهش محدود به دختران نوجوان مراکز شبانه روزی دولتی و غیردولتی بهزیستی شهرمشهد شهر مشهد و شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس بود، لذا در تعمیم نتایج به جوامع گسترده تر و گروه‌های سنی دیگر باید محتاط بود.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌شود 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 شرکت‌کنندگان در مطالعه و همچنین از کارکنان بهزیستی مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد. شایان ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده و تضاد منافع وجود ندارد.

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

منابع

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

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]

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 standardizljtion 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].

[Downloaded from mail.socialworkmag.ir on 2026-09-26]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1]