

تأثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شادزیستی دانش آموزان دارای رفتارهای پرخطر

سپیده برغندان^{۱*}، بهمن اکبری^۲، جواد خلعتبری^۳، علیرضا وارسته^۴

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۳. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۴. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: عوامل زیادی در بروز رفتارهای پرخطر دانش آموزان نقش دارد که از آن جمله می توان به فقدان مهارت های لازم جهت کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی نام برد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شادزیستی دانش آموزان دارای رفتار پرخطر انجام شد.

روش: طرح این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. جامعه ی آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر پایه دهم رشته علوم انسانی سال تحصیلی ۹۵-۹۶ شهر رشت بود که ۳۰ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایدهی شدند. برنامه شفقت درمانی فقط برای گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اعمال شد ولی گروه گواه چنین مداخله ای را دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس خطرپذیری دانش آموزان ایرانی (زاده محمدی، احمدآبادی و حیدری، ۱۳۹۰)، پرسشنامه سازش یافتگی ویژه دانش آموزان دبیرستانی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) و پرسشنامه شادزیستی آکسفورد (آرجیل و لو، ۱۹۸۹) بود. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج تحلیل داده ها نشان داده است که شفقت درمانی بر شادزیستی و تمامی ابعاد سازش یافتگی شامل بعد اجتماعی و بعد آموزشی به غیر از بعد عاطفی اثربخش بوده است ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر به کار بردن شفقت درمانی به دلیل آموزش تکنیک های ذهن آگاهی و تقویت خودشفقت ورزی، تأثیر مهمی بر زندگی دانش آموزان دارای رفتار پرخطر داشته و منجر به بهبود سازش یافتگی و شادزیستی آنان شده است.

کلیدواژه ها: شفقت، سازش یافتگی، شادزیستی، دانش آموزان، رفتار پرخطر

*نویسنده مسئول: سپیده برغندان، دانشجوی دکترای روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۲۳۳۰۸

ایمیل: Barghanadn.s@gmail.com

مقدمه

عوامل زیادی در بروز رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان نقش دارد که از آن جمله می‌توان به فقر، زندگی در محلات خشونت‌آمیز، تنیدگی‌های زندگی، خشونت والدین، فقدان آموزش‌های لازم، گریز از مدرسه، تک‌والدی، مشکلات روانی والدین، سوء مصرف مواد و خصوصیات و وضعیت روانی دانش‌آموزان اشاره کرد (۱). نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از دانش‌آموزان عوامل تنش‌آور زیادی را روزانه تجربه می‌کنند. راهبردهای ناکارآمد که برای کاهش عمده و جزئی عوامل تنش‌گر به کار می‌روند تأثیر منفی بر سلامت روانی دانش‌آموزان می‌گذارد و با انجام رفتارهای پرخطر در ارتباط هستند. راهبردهای ناکارآمد اثرات تنیدگی را بر سازش‌یافتگی تشدید کرده، در نتیجه دانش‌آموزان تنیدگی بیشتری را تجربه خواهند کرد و شاید به‌عنوان روشی برای کاهش آن به برخی از رفتارهای پرخطر روی آورند. بدین ترتیب یک دور باطل شکل می‌گیرد و به انجام بیشتر رفتارهای پرخطر توسط دانش‌آموزان منجر خواهد شد (۲)؛ رفتارهایی که می‌توانند تأثیرات زیانباری بر روند کلی و سلامت آنان داشته باشد یا از پیشرفت و موفقیت آینده آنان جلوگیری کند (۳).

رفتارهای پرخطر ممکن است شامل رفتارهایی که آسیب فیزیکی سریعی می‌زند (مانند خشونت) و یا شامل رفتارهایی با تأثیر منفی رو به افزایش (مانند اعتیاد) باشد. رفتارهای پرخطر همچنین می‌تواند شکافی در رشد دانش‌آموز ایجاد کند و یا مانع رشد طبیعی فرد و تجربه‌های معمولی سنین نوجوانی گردد. برای مثال بارداری در سنین پایین می‌تواند مانع تجارب معمولی و موفقیت‌آمیز دانش‌آموزان و نوجوانان مانند ادامه تحصیل و دوستی با هم‌تایان شود. بسیاری از رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر و روابط جنسی نامطمئن، پیش از سن ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد و مصرف زودهنگام سیگار، احتمال مصرف الکل و مواد مخدر،

مشکلات تحصیلی، تجربه زودهنگام رابطه جنسی و خطر بارداری را در دانش‌آموزان و نوجوانان افزایش می‌دهد (۴). از آنجا که رفتارهای پرخطر مهم‌ترین عامل به خطر افتادن سلامت جامعه‌اند، بررسی عوامل متعددی که در ایجاد و تداوم رفتارهای پرخطر مؤثر است، حائز اهمیت است. از آن جمله این عوامل می‌توان به عدم وجود مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با مسائل چالش‌برانگیز زندگی اشاره کرد؛ مهارت‌هایی که در موج سوم رفتاردرمانی به آنها توجه زیادی شده است. درمان مبتنی بر شفقت^۱ یا که توسط پل گیلبرت (۵) بنا نهاده شده است یکی از جدیدترین درمان‌های رفتاری موج سوم است که سعی بر افزایش بهزیستی روانی، افزایش سازش‌یافتگی و بهبود کیفیت زندگی افراد دارد. در سال‌های اخیر درباره سازه شفقت مطالعه بسیاری شده و به‌عنوان بخش دارای شواهد تجربی روان‌درمانی، بیشتر از قبل مورد استفاده قرار گرفته است. این پدیده چندان تعجب‌برانگیز نیست چون در ۲۶۰۰ سال گذشته تمرین شفقت، مرکز شفای هیجانی در سنت‌های خردمندی جهانی قرار داشته است. حجم در حال افزایشی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که چطور کسب ذهن مشفق می‌تواند به ما کمک کند تا از دسته‌ای از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و شرم پیشگیری کرده و آن‌ها را رفع کنیم (۶). فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم برای رویارویی با چالش‌های زندگی را فراهم کرده و قدمی به‌سوی زندگی معنادار و بانشاط باشد.

پل گیلبرت (۵) بر اساس روان‌شناسی تحولی، علم عصب‌روان‌شناختی، فلسفه عملی بودیستی و نظریه تکاملی، شکلی جامع از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی ارائه داده است که شفقت را به‌عنوان فرایندی چندوجهی همراه با عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی توصیف می‌کند که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر همراه با ملایمت و مراقبت نقش دارند.

روان‌شناختی با شادزیستی دانشجویان پرداختند. یافته‌های آنان حاکی از وجود رابطه‌ی معنادار و چندگانه بین شفقت خود و بهزیستی روان‌شناختی با شادزیستی بوده و مؤلفه‌های شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های شادزیستی شناسایی شده‌اند. منطری توکلی (۱۳) به بررسی اثربخشی آموزش گروهی متمرکز بر خودشفقت‌ورزی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که اجرای مداخله آموزشی متمرکز بر خودشفقت‌ورزی می‌تواند منجر به کاهش معنی‌داری در اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر شرکت‌کننده در مقایسه با گروه گواه شود.

از سویی دیگر توجه به سازش‌یافتگی از جمله مسائل مهم دوران تحصیلی است که می‌تواند تأثیر بسزایی در زندگی فردی و اجتماعی آنان داشته باشد. نوجوانان به دلیل تغییرات پیچیده و سریعی که در این دوره از زندگی تجربه می‌کنند، در مقابل اختلال‌های رفتاری و ناهنجارهای روانی آسیب‌پذیری بیشتری دارند. دستیابی به هدف‌های آموزشی با وجود آشفتگی‌های عاطفی سازشی امری مشکل و غیرممکن است. از سویی سازش‌یافتگی امروز جوانان اثر قابل توجهی در سازش‌یافتگی آتی آنان در نقش‌های شغلی و خانوادگی خواهد داشت. از آنجاکه رفتارهای پرخطر، سازش‌یافتگی دانش‌آموزان با دیگران، به‌ویژه هم‌کلاسی‌هایشان را تهدید می‌کند، شناسایی عواملی که می‌تواند بر سازش‌یافتگی به‌عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روان تأثیرگذار باشد، حائز اهمیت است و ضروری است که مشکلات سازش‌یافتگی این قشر مورد توجه قرار گیرد. سازش‌یافتگی با خود و محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده ضروری و حیاتی است. هر موجودی برای حفظ خود و تأمین نیازهایش تلاش می‌کند تا با محیطی که در آن زندگی می‌کند سازش یابد. این تلاش در انسان جریان بویا و بدون انقطاع است چون هم نیازهای او متنوع و در حال دگرگونی است و هم شرایط و الزامات محیطی که در آن نیازها باید برآورده شوند در حال تغییر و

گیلبرت گوهر و ماهیت شفقت را مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن می‌داند. این تعریف شامل دو بعد اساسی شفقت است. بعد یکم به‌نام روان‌شناسی مشغولیت شناخته می‌شود و شامل آگاهی از حضور رنج و دلایل آن و حساسیت به آن است. بعد دوم به نام روان‌شناسی تسکین شناخته می‌شود و شامل انگیزش و تعهد جهت برداشتن گام‌های عینی برای رفع و تسکین رنجی است که با آن مواجه می‌شویم (۷).

با توجه به اینکه شفقت و شفقت‌درمانی از موضوعات جدیدی است که مطالعات کمی درباره آن صورت گرفته است، در ادامه به برخی از پژوهش‌های مرتبط که از این نوع مداخله‌ی درمانی استفاده کردند اشاره می‌شود. به‌طور مثال می‌توان به تحقیق بروسما و همکاران (۸) با عنوان شفقت‌درمانی برای مقابله با شرم، انتقاد از خود و جداسازی اشاره کرد که به مطالعه‌ی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که شفقت‌درمانی می‌تواند برای رسیدگی به مشکلات افراد ذکرشده امیدبخش باشد. اشتراوس و همکاران (۹) با بررسی موضوع شفقت به توصیف شفقت و نقش مؤثر آن در درمان بیماران پرداختند. مطالعه‌ی آنان نشان داد که ارائه‌ی درمان مبتنی بر شفقت تأثیر چشمگیری در بهبود حال بیماران داشته است.

در پژوهشی دیگر، نوربالا و همکاران (۱۰) به بررسی اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در شفقت‌درمانی پرداختند. یافته‌های پژوهش آنها نشان داد که اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مطالعه‌ی پیگیری کاهش معناداری یافته‌اند. اثباتی (۱۱) در رساله دکترای خود با عنوان مدل آسیب‌شناسی و اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت: روی‌آوردی فراتشخیصی به اضطراب و افسردگی برای اولین بار در ایران به بررسی درمان مبتنی بر شفقت پرداخته و از این نوع درمان به‌عنوان درمانی مؤثر و کاربردی نام برده است. بشکوفه و کرمی (۱۲) به بررسی رابطه شفقت خود و بهزیستی

دگرگونی است. سازش‌یافتگی یک فرایند روان‌شناختی است که بر اساس آن فرد با تمایلات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله می‌کند و یا آنها را در مهار خود در می‌آورد (۱۴).

شادزیستی متغیر وابسته‌ی دیگری است که در این پژوهش در ارتباط با سازه شفقت مورد بررسی قرار گرفته است. شادزیستی ارزیابی کلی ذهنی فرد از کیفیت زندگی خود تعریف شده است؛ به عبارت دیگر، فرایند خودارزیابی احساسی و شناختی فرد از محیط انگیزشی خویش، شادزیستی نامیده می‌شود (۱۵). از آنجا که بروز رفتارهای پرخطر و پیامدهای آنها می‌تواند در میزان شادزیستی افراد تأثیرگذار باشد، بررسی عوامل مؤثر در کاهش رفتارهای پرخطر حائز اهمیت است؛ بنابراین با توجه به اینکه رفتارهای پرخطر باعث افزایش خطر مرگ و میر زود هنگام، ناتوانی و افزایش بروز بیماری‌های مزمن می‌شود شیوع این رفتارهای پرخطر، به خصوص در بین دانش‌آموزان به یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است (۳).

از این رو، ارتقای وضعیت روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از جمله میزان سازش‌یافتگی و احساس شادزیستی می‌تواند برای بسیاری از درمانگران، روان‌شناسان، اولیای مدرسه و آموزش و پرورش از اهمیت به سزایی برخوردار باشد. بدین ترتیب با توجه به مباحث نظری و پژوهشی ذکر شده و اهمیت دوران تحصیل به عنوان یکی از تأثیرگذارترین مراحل زندگی هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم رشته علوم انسانی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در ناحیه‌ی ۲ شهر رشت بود. برای انتخاب

نمونه‌ی مورد مطالعه، از شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. بدین صورت که ابتدا بعد از گرفتن مجوزهای لازم از اداره‌ی آموزش و پرورش ناحیه‌ی ۲ رشت، از میان مدارس دولتی دارای رشته علوم انسانی این ناحیه، ۲ مدرسه دخترانه به صورت تصادفی ساده از مقطع متوسطه دوم رشته علوم انسانی (پایه دهم) انتخاب شد. سپس برای غربالگری و جمع‌آوری دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر، ۴ کلاس از هر مدرسه (جمعاً ۲۰۰ نفر) انتخاب شد و با استفاده از مقیاس خطرپذیری دانش‌آموزان ایرانی (۴) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای رفتار پرخطر که در مقیاس ذکر شده نمره‌ی بالای ۹۵ گرفته بودند انتخاب و به شکل تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایدهی شدند. برای گروه آزمایشی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شفقت‌درمانی اعمال شد اما برای گروه گواه هیچ درمانی به کار گرفته نشد. سپس بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

در پژوهش حاضر شرایط ورود به مطالعه شامل دارا بودن ملاک‌های رفتار پرخطر، عدم دارا بودن اختلالات بالینی به تشخیص روان‌پزشک، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، دامنه سنی حداکثر ۱۶ سال، مشغول به تحصیل بودن در مقطع متوسطه دوم رشته علوم انسانی، موافقت برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه کتبی، بود. همچنین شرایط خروج از مطالعه شامل داشتن علائم سایکوتیک، دارا بودن ملاک‌های کامل سایر اختلالات روان‌شناختی بر اساس ویرایش پنجم راهنمای اماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، مصرف داروهای روان‌درمانی، غیبت متوالی در ۲ جلسه مداخله، همکاری نکردن با درمانگر، و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده به وسیله درمانگر، بود.

(ب) ابزار

۱. مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی^۱: این مقیاس شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری دانش‌آموزان توسط زاده محمدی، احمدآبادی و حیدری در سال ۱۳۹۰ برای ۷ دسته رفتارهای پرخطر از قبیل خشونت، سیگار کشیدن مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی، و گرایش به جنس مخالف است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای بیان می‌کنند. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی به روش همسازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و اعتبار سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از آن است که میزان اعتبار^۲ و خرده‌مقیاس‌های آن برای مقیاس کلی ۰/۹۴۱، رانندگی خطرناک ۰/۷۵، خشونت ۰/۷۹، سیگار کشیدن ۰/۹۳، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰، مصرف الکل ۰/۹۱، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۸، و دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳۵ است (۴).

۲. پرسش‌نامه سازش‌یافتگی (ویژه دانش‌آموزان دبیرستانی)^۳: این پرسشنامه در دانشگاه شانکار به دست سینه و سینگ^۴ در سال ۱۹۹۳ ساخته و اعتبار و هنجاریابی شده است که سازش‌یافتگی دانش‌آموزان دبیرستانی (۱۸-۱۴ سال) را در سه حوزه عاطفی، اجتماعی، و آموزشی مشخص می‌سازد و می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری برای غربالگری در زمینه سازش‌یافتگی استفاده کرد. جمع نمره‌های ۳ مقیاس فرعی، نمره سازش‌یافتگی کلی را به دست می‌دهد نمره هر گویه از پرسشنامه به‌عنوان نشانه‌هایی از سازش‌نیافتگی در نظر گرفته می‌شود. بیشترین نمره هر مقیاس فرعی ۲۰ و نمره سازش‌یافتگی کلی ۶۰ خواهد بود. بنابراین، نمره بالا در مقیاس‌های فرعی و کل آزمون نشانه سازش‌نیافتگی به شمار می‌رود. پرسش‌نامه اولیه ۱۰۰ سؤال بوده است که پس از بررسی‌های مختلف به ۶۰ سؤال کاهش یافته است (برای هر

حوزه ۲۰ سؤال). سینه و سینگ، فرم نهایی این ابزار را روی ۱۹۵۰ نفر از دانش‌آموزان که از ۴۰ دبیرستان به تصادف انتخاب شده بودند، اجرا کرده و به کمک داده‌های گردآوری‌شده، پرسشنامه را برای جمعیت هدف هنجاریابی نمودند. بر پایه هنجارهای گزارش‌شده، داشتن نمره ۳۱ و بالاتر در سازش‌یافتگی کلی و نمره ۱۱ و بالاتر در هر یک از خرده مقیاس‌ها، بیانگر سازش‌یافتگی ضعیف است. پاسخ سؤالات آزمون به‌صورت «بله» و «خیر» و ارزش هر سؤال صفر (سازش‌یافتگی خیلی خوب) و یا یک (سازش‌یافتگی خیلی ضعیف) است. سینه و سینگ، اعتبار^۵ آن را برای خرده مقیاس‌ها و کل آزمون به روش بازآزمایی و دونیمه کردن از ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ گزارش کردند (۱۶). نویدی (۱۷) ضرایب آلفای کرونباخ را برای پرسش‌نامه سازش‌یافتگی بر روی ۷۸۱ نفر دانش‌آموز دبیرستانی برای خرده‌مقیاس‌ها و سازش‌یافتگی کلی به ترتیب از ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ به دست آورد. ضریب روایی درونی (همگونی) سازش‌یافتگی کل نیز برای ۷۰ آزمودنی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند، ۰/۹۱ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه شادزیستی آکسفورد^۶: این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط آرجیل و لو در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. آرجیل پس از رایزنی با بک، جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد و بدین ترتیب ۲۱ گویه تهیه شد و ۱۱ گویه دیگر نیز به آنها افزود تا سایر جنبه‌های شادزیستی را در برگیرد. سپس این مقیاس را روی تعدادی از دانشجویان اجرا کردند و با توجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند گویه، در نهایت فرم نهایی ۲۹ سؤالی پرسشنامه آماده شد. بنابراین این آزمون دارای ۲۹ گویه است که ۵ عامل رضایت، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی، و حرمت خود را دربر می‌گیرد (۱۸). پاسخ‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (زیاد)، نمره‌گذاری می‌شوند که در هر پرسش فرد درباره

4. Sinha and Singh

5. Reliability

6. Oxford Happiness Questionnaire

1. Iranian Adolescents Risk-Taking Scale

2. Validity

3. Adjustment inventory for school students (AISS)

این ابزار گزارش کرده است. ضریب اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ، تنصیف و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۹).

ج (برنامه مداخله‌ای: محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت‌درمانی بر اساس روش پل گیلبرت (۵) و راسل کولتس (۲۰) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر اجرا شد که خلاصه آن در جدول ۱ گزارش شده است.

خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند. نمره برش این آزمون ۴۰ تا ۴۲ است یعنی، افرادی که نمره‌ای پایین‌تر از ۴۰ و یا ۴۲ به دست می‌آورند از شادزیستی پایینی برخوردارند. در تحقیقات مختلف ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۲، ضریب بازآزمایی ۰/۵۳ تا ۰/۹۱ در فواصل زمانی مختلف گزارش شده است. والیانت روایی این ابزار را در دو نوبت همبستگی ۰/۶۴ و ۰/۴۹، گزارش کرده است. در ایران نیز علی پور و نوربالا (۱۰) اعتبار مطلوبی برای

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات شفقت‌درمانی

جلسه	محتوا
یکم	برقراری ارتباط اولیه با دانش‌آموزان، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی و اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، گرفتن رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، آشنایی با مفاهیم سفر شخصی و ذهن چنگانه، آشنایی با روی آورد شفقت‌درمانی و ماهیت شفقت، فرمول‌بندی مورد، ارائه تکلیف خانگی
دوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش‌گری، تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر، ارائه تکلیف خانگی
سوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، مقایسه‌ی مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیر جویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آلود منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه
پنجم	خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خودشفقت و ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد
ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت‌ورزی به خود، شفقت‌ورزی به دیگران، شفقت‌ورزی از سوی دیگران
هفتم	شناسایی راهبردهای ایمنی‌بخش و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطه آن با خودانتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی
هشتم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد و اتمام جلسه

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اعمال شد اما برای گروه گواه هیچ درمانی صورت نگرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل با کمک آزمون کوواریانس صورت گرفت.

لازم به ذکر است ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شده است. بدین ترتیب ضمن دریافت تمامی مجوزهای لازم از کمیته علمی و اخلاقی سازمان آموزش و پرورش، رضایت کتبی و کامل افراد نمونه اخذ شد. همچنین درباره محرمانه ماندن اطلاعات و انصراف از ادامه شرکت در روند پژوهش به افراد نمونه اطمینان لازم داده شد.

د) روش اجرا: برای اجرای این پژوهش در ابتدا مجوزهای علمی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و همچنین کمیته علمی سازمان آموزش و پرورش استان گیلان اخذ شد. سپس طی مراحل ذکرشده در بخش روش نمونه‌گیری، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای رفتار پرخطر که در مقیاس مربوطه نمره‌ی بالای ۹۵ گرفته بودند انتخاب و به شکل تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. برنامه شفقت‌درمان توسط پژوهشگر با راهنمای استادان راهنما و مشاور این پروژه برای گروه آزمایشی به مدت ۸

یافته‌ها

در ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرها مورد بررسی قرار می‌گیرد. سازش‌یافتگی در این پژوهش شامل ۳ بعد عاطفی، اجتماعی، و آموزشی است. یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان گروه گواه $15/23 \pm 1/12$

و برای گروه آزمایش $15/41 \pm 0/13$ سال بود. همچنین مشخص شد که میانگین و انحراف استاندارد معدل ترم گروه آزمایش $2/03 \pm 15/35$ و برای گروه گواه $1/90 \pm 14/14$ بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان را به تفکیک گروه و آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد=۳۰)

گروه گواه		گروه آزمایش		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	انحراف استاندارد
سازش‌یافتگی عاطفی	۱۳/۷۳	۱/۳۳	۱۳/۳۳	۱/۶۷	۱۳/۸۰	۱/۶۹	۹/۵۳
سازش‌یافتگی اجتماعی	۱۴/۲۰	۱/۱۵	۱۵	۰/۸۴۵	۱۳	۱/۷۷	۸/۰۷
سازش‌یافتگی تحصیلی	۱۴/۴۰	۱/۵۵	۱۴/۵۳	۱/۴۱	۱۳/۴۷	۱/۸۸	۶
شادزیستی	۳۷/۹۳	۳/۲۸	۲/۹۷	۳۶	۳۳/۹۳	۴/۹۱	۴۶/۵۳

جهت بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. از این رو ابتدا مفروضه نرمال بودن داده‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که داده‌های مورد بررسی در دو گروه و پیش‌آزمون و پس‌آزمون از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P < 0/001$). از این رو محدودیتی در استفاده از روش‌های آماری پارامتریک وجود ندارد. سپس مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار است ($p = 0/448$, $F_{21, 2883/55} = 1/009$). بعد از آن مفروضه همگنی واریانس خطا ($Mbox = 27/671$)، بعد از آن مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد، نتایج این آزمون نیز نشان

داد که این مفروضه برای هر ۳ بعد سازش‌یافتگی عاطفی، آموزشی، و اجتماعی برقرار ($P < 0/001$) و برای شادزیستی برقرار نبود ($P < 0/001$) که با توجه به برابر بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه برای مؤلفه شادزیستی مشکلی ایجاد نمی‌کند. جهت بررسی اثربخشی مداخله بر ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی از آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد که شفقت‌درمانی بر ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر اثربخش است ($\eta^2 = 0/931$, $P = 0/0001$, $F = 38/08$, $F_{21, 2883/55} = 1/009$) لامبدای ویلکز). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثربخشی مداخله بر ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی مداخله بر ابعاد سازش‌یافتگی و شادزیستی

مؤلفه	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سازش‌یافتگی عاطفی	۶/۹۹	۱	۶/۹۹	۲/۴۱۹	۰/۱۳۴	۰/۰۹۹
سازش‌یافتگی اجتماعی	۶۶/۶۱	۱	۶۶/۶۱	۳۸/۸۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸
سازش‌یافتگی آموزشی	۱۴۴/۳۹	۱	۱۴۴/۳۹	۵۳/۷۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۰
شادزیستی	۱۳۹۲/۰۶	۱	۱۳۹۲/۰۶	۳۰/۹۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۴

برخوردارند افسردگی، اضطراب و فرسودگی کمتری دارند؛ بنابراین رضایت بیشتری در زندگی خود احساس کرده و برای دریافت تأثیرات مثبت بیشتر مستعد هستند و به ارزیابی موقعیت‌ها بیشتر از منظر مثبت‌اندیشی تمایل دارند. به‌عبارتی دیگر، افرادی که شفقت بالاتری دارند در تجربه‌ی وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). همچنین مؤلفه ذهن آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (۲۲) و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه‌ی ذهن آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آنها می‌شود (۲۳).

همچنین بر اساس سایر مطالعات مشابه، شفقت خود همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند (۲۴) شواهد نشان می‌دهد افرادی که از خودشفقت‌ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی دشوار تجربه می‌کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند (۲۵). اثربخش بودن شفقت‌درمانی می‌تواند به این دلیل باشد که اصلاح و تقویت خودشفقت‌ورزی یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به عبارتی، این درمان با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است، به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش می‌یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. درنهایت هدف این درمان، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است. از آنجا که دانش‌آموزان نوجوان دارای رفتار پرخطر به دلیل

نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که شفقت‌درمانی بر دو بعد سازش‌یافتگی اجتماعی و آموزشی و بر مؤلفه شادزیستی اثربخش و میزان اندازه اثر نیز حاکی از اندازه اثر مناسب است.

بحث و نتیجه‌گیری

دوران تحصیل یکی از دوره‌های مهم در ساخت و پایه‌ریزی شخصیت فرد محسوب شده و دانش‌آموزان در هر جامعه‌ای آینده‌سازان هر کشور و سرمایه‌های واقعی هر جامعه هستند؛ اما عوامل زیادی مانع از رشد و شکوفایی آنان خواهد شد. عوامل چون رفتارهای مخرب و سازش‌نیافته که خود منجر به افزایش رفتارهای پرخطر خواهند شد و زندگی فرد و سلامت جامعه را به خطر انداخته و پیامدهای ناگواری به همراه خواهد داشت می‌تواند به دلیل فقدان مهارت‌های لازم جهت کنار آمدن با تنش‌های موجود در زندگی باشد. بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شفقت‌درمانی بر سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد تأثیر این شیوه درمانی بر سازش‌یافتگی و شادزیستی این دانش‌آموزان معنادار است. با بررسی نتایج مشاهده می‌شود که سازش‌یافتگی (در همه ابعاد عاطفی، آموزشی، و اجتماعی) و شادزیستی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت معناداری نشان می‌دهد. تاکنون تحقیقی که به‌صورت مستقیم به بررسی تأثیر این درمان بر سازش‌یافتگی و شادزیستی پرداخته باشد، یافت نشده است اما مقایسه و تبیین نتایج بر اساس تحقیقات مشابه به صورت همزمان بدین گونه است که شفقت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری برخوردار شوند و از چنگ افکار و رفتارهای ناکارآمد رهایی یابند؛ به عبارتی، وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه‌ی این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند (۲۱). افرادی که از خودشفقت‌گری بالایی

پیامدهای سازش‌نیافته‌ای که رفتار آنان خواهد داشت ممکن است مورد طرد توسط هم‌کلاسی‌ها و دبیران خود قرار گیرند، انتظار می‌رود که احساس خودکارآمدی خود را از دست داده و انگیزه‌ی ادامه‌ی تحصیل و درس خواندن از آنها سلب شود اما درمان مبتنی بر شفقت به افراد آموزش می‌دهد که چگونه به درک مفهوم خودسرزنش‌گری پرداخته و بین شرم، احساس گناه و تحقیر تفاوت قائل شوند و با مقایسه‌ی پیامدهای مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیرجویی خودانتقادگرانه و به‌جای رفتار اجتنابی و فرار از درس خواندن به پرورش خودکارآمدی پرداخته و با استفاده از تکنیک‌های شفقت‌درمانی خودمشفق را در خود پرورش دهند. از لحاظ بعد عاطفی و اجتماعی سازش‌یافتگی نیز، به دلیل شکست‌های پیاپی که این نوجوانان به‌واسطه‌ی رفتارهای سازش‌نیافته در برقراری ارتباط با دوستان و هم‌کلاسی‌ها و اولیا خانه و مدرسه خود داشته‌اند؛ در دور باطالی قرار می‌گیرند بدین گونه که چون فکر می‌کنند نمی‌توانند نظر مساعد هم‌کلاسی‌ها و اولیای مدرسه را برای برقراری دوستی به دست آورند، روی دوستی‌هایی که با افرادی همچون خود دارند، تمرکز کرده و برای از دست ندادن همین دوستی‌های اندک به جبران افراطی پناه آورده و برای اینکه از این گروه هم طرد نشوند، بیشتر به رفتارهای پرخطر که موردپسند آنهاست، روی می‌آورند؛ اما شفقت‌درمانی مخصوصاً برای درمان افرادی که شرم و خودانتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند کمک می‌کند تا این مشکلات مرتبط با شرم و خودانتقادگری که اغلب ریشه در آزاردیدگی، مورد قلدری قرار گرفتن، نادیده گرفته شدن و یا کمبود محبت در خانواده دارد را اداره کنند. به‌عبارتی دیگر، با استفاده از شفقت‌درمانی می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند و با رفتارهای سازش‌یافته به دنبال برقراری ارتباط با دیگران باشند.

امروزه شیوع رفتارهای پرخطر بخصوص در دانش‌آموزان به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین دل‌نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده و با وجود فعالیت‌های صورت گرفته، رفتارهای مخاطره‌آمیز در سطح جهان دارای رشد تصاعدی بوده است. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازند در جامعه دانش‌آموزان رو به افزایش است (۸). استعمال سیگار و مواد مخدر، مصرف غذاهای پرچرب و کم فیبر، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و انجام رفتارهای پرخطر جنسی، و دیگر رفتارهای پرخطر در مدارس ایران نیز روز به روز در حال افزایش است. در این رابطه بر اساس نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مثبت شفقت‌درمانی بر بهبود سازش‌یافتگی و شادزیستی دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر، پیشنهاد می‌شود که به این درمان که از نوع درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است توسط مراکز آموزشی و مشاوران مدارس توجه بیشتری شود. شفقت‌درمانی می‌تواند به دانش‌آموزان دارای رفتار پرخطر کمک کند تا در شرایط مختلف و پیچیده‌ی زندگی از انعطاف‌پذیری بالاتری برخوردار شده و مشکلات زندگی را به‌عنوان مسئله‌ای برای زندگی پر معنا بپذیرند و از مهارت‌های به دست آورده در جهت حفظ سازش‌یافتگی عاطفی، اجتماعی، و شناختی بهره ببرند تا با دنبال کردن مسیر ارزش‌های خود و درک زندگی معنادار، از شادزیستی بالاتری برخوردار شوند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فشردگی برنامه درسی دانش‌آموزان و مشکلات در گردآوری آنها جهت شرکت در جلسات درمان به دلیل فقدان وقت آزاد، اجرای درمان فقط بر روی جنس دختر به علت محدود بودن تعداد نمونه و عدم دسترسی به مدارس پسرانه، و سوگیری احتمالی در پاسخ‌دهی دانش‌آموزان به گویه‌های پرسشنامه‌ها به علت ملاحظات فرهنگی و خانوادگی خاص، اشاره کرد. انجام تحقیقات مشابه با رفع مشکلات و محدودیت‌های ذکرشده

می‌تواند به دقت و تعمیم‌دهی بیشتر نتایج به‌دست آمده کمک کند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از رساله دکترای خانم سپیده برغندان در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد اخلاق ۴۰۸۳-۱-۱۶-۱۷ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره آموزش و پرورش رشت مورخ ۹۵/۰۷/۰۱ صادر شده است. بدین وسیله از مسئولین اداره

آموزش و پرورش شهر رشت مخصوصاً کارشناس هسته مشاوره که هماهنگی لازم با مدارس جهت آموزش و پژوهش را انجام دادند و همچنین از کادر اداری و مربیان مدارس و افراد نمونه که در اجرای این طرح به ما کمک کردند تشکر و قدردانی می‌شود

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع را به دنبال نداشته است.

References

1. Rodríguez-Gutiérrez E, Martín-Quintana JC, Cruz-Sosa M. "Living Adolescence in Family" parenting program: Adaptation and implementation in social and school contexts. *Psicosoc Interv*. 2016; 25(2):103–110. [\[link\]](#)
2. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *J Adolesc*. 2012; 35(2): 299–314. [\[link\]](#)
3. Adams T, Moore M. High-Risk health and credit behavior among 18- to 25-year-old college students. *J Am Coll Health*. 2007; 56(2): 101–108. [\[link\]](#)
4. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. *IJPCP*. 2011; 17(3): 218-225. [Persian]. [\[link\]](#)
5. Gilbert P. Compassion focused therapy: A special section. *Int J Cogn Ther*. 2010; 3(2), 95–96. [\[link\]](#)
6. Tirch D, Gilbert P. Compassion focused therapy: an introduction to experiential interventions for cultivating compassion. In: McKay D, Thoma N. (Eds.). *Working with emotions in cognitive behavioral therapy*. New York: Guilford; 2014. [\[link\]](#)
7. Gilbert P, Choden K. *Mindful compassion*. (1th ed.) London: Constable and Robinson; 2013, pp: 20-30. [\[link\]](#)
8. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *J Contemp Psychother*. 2015; 45(2): 89–98. [\[link\]](#)
9. Strauss C, Lever Taylor B, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psychol Rev*. 2016; 47: 15–27. [\[link\]](#)
10. Noorbala F, Borjali A, Noorbala AA. The interaction effect between "Self-Compassion" and "Rumination" of depressed patients in "Compassion Focused Therapy". *Daneshvar Medicine*. 2013; 20(104): 77-84. [Persian]. [\[link\]](#)
11. Esbaty M. Study of the pathology and the effectiveness of treatment based on compassion: trans-diagnostic approach to anxiety and depression [PhD Thesis]. [Tehran, Iran]: Faculty of Education and Psychology, Al-Zahra University; 2013. [Persian]. [\[link\]](#)
12. Beshkoofe M, Karami T. Study of the relationship between self-compassion and psychological well-being with happiness among students of Islamic Azad University, Ahwaz. *First National Conference on Psychology and Family*. 2015. [Persian]. [\[link\]](#)
13. Manzari Tavakoli F. Evaluate the effectiveness of group training focused on anxiety and depression loving compassion Islamic Azad University tissues. *World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the start of the third millennium*. 2016. [Persian]. [\[link\]](#)
14. Shaffer D, Kipp K. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. (9th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning; 2013. [\[link\]](#)
15. Veenhoven R. How universal is happiness. In: Diener E, Kahnemann D, Helliwell JF, editor. *International differences in well-being*. New York: Oxford University Press; 2010, pp: 328-350. [\[link\]](#)
16. Barghandan S, Tarkhan M, Ghaemi Khomami N. Efficacy of anger management training on social adjustment of high school female students in Rasht city. *Clinical Psychology Studies*. 2012; 2(8): 140–165. [Persian]. [\[link\]](#)
17. Navidi A. The study of the effect of anger management training on self-regulating anger, adaptation and general health of boys in the secondary schools of Tehran [Thesis of PhD]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2006. [Persian]. [\[link\]](#)
18. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Pers Individ Dif*. 1990; 11(10): 1011–1017. [\[link\]](#)
19. Matlabzadeh A. Investigating the effect of humor on mental health and mental happiness in high school students of Shiraz [Master thesis]. [Shiraz, Iran]: Shiraz University; 2004. [Persian]. [\[link\]](#)
20. Kolts R. *CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy*. 1st Edition. New Harbinger Publications; 2016. [\[link\]](#)

21. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self-Identity*. 2010; 9(3): 225–240. [\[link\]](#)
22. Neff KD, Vonk R. Self-Compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers*. 2009; 77(1): 23–50. [\[link\]](#)
23. Neff KD. Self-Compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011; 5(1): 1–12. [\[link\]](#)
24. Saeidi M, Khalatbari J. The effectiveness of acceptance/commitment therapy on adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization. *Journal of Educational Psychology*. 2016; 7(1): 53–62. [Persian]. [\[link\]](#)
25. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif*. 2010; 48(6): 757–761. [\[link\]](#)

Effect of Compassion Therapy on Adjustment and Happiness of Students with High-Risk Behaviors

Sepideh Barghandan^{*1}, Bahman Akbari², Javad Khalatbari³, Alireza Varasteh⁴

1. Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran

Received: October 25, 2017

Accepted: April 7, 2018

Abstract

Background and Purpose: Many factors contribute to the high-risk behaviors of students, including the lack of skills necessary to cope with difficult life situations. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of compassion therapy on adjustment and happiness of students with high-risk behaviors.

Method: The statistical population consisted of all female students studying at the 10th grade in the academic year of 2017-2018 in Rasht. 30 students were selected by multistage cluster sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The compassion therapy program was only applied to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes, but the control group did not receive such intervention. *Iranian adolescents risk-taking scale* (Zadeh Mohammadi, Ahmad Abadi & Heidari, 2011), *adjustment inventory for school students* (Sinha and Singh, 1993), and *Oxford happiness questionnaire* (Argyle & Lu, 1989) were used to gather data. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results of data analysis have shown that compassion therapy has been effective on happiness and all aspects of adjustment including social and educational dimensions except emotional dimension ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, the use of compassion therapy due to the training of mindfulness techniques and enhancement of self-compassion has a significant impact on the lives of students with high-risk behaviors and leads to an improvement in their adjustment and happiness.

Keywords: Compassion, adjustment, happiness, students, high risk behavior

Citation: Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varasteh A. Effect of compassion therapy on adjustment and happiness of students with high-risk behaviors. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(2): 142-153.

***Corresponding author:** Sepideh Barghandan, Ph.D. Student of General psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Email: Barghandan.s@gmail.com Tel: (+98) 013-33423308