

## اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مهرورزی بر دیگرپیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز

الهام احمدی<sup>۱\*</sup>  
نجمه حمید<sup>۲</sup>  
سید علی مرعشی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگرپیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز بود. بدین منظور یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه، اجرا گردید. جامعه آماری شامل همه دختران دبیرستانی شهر اهواز بود که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. ۱۰۰ نفر دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس ۳۰ نفر که در زیر مقیاس دیگرپیروی پرسشنامه‌ی سبک شخصی رایبیز و پرسشنامه‌ی حساسیت به طرد بیش‌ترین نمره را دریافت کردند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمانی و روانی و سایر متغیرهای موردنظر در پژوهش کاملاً هم‌تاسازی شده بودند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل زیرمقیاس دیگرپیروی پرسشنامه‌ی سبک شخصی رایبیز (۱۹۹۴) و پرسشنامه‌ی حساسیت به طرد داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) بود. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت گروه درمانی مبتنی بر مهرورزی قرار گرفتند؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که میان گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ دیگرپیروی و حساسیت به طرد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.021$ ). میزان حساسیت به طرد در گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه به طور معنی‌داری کاهش یافته است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر مهرورزی بر حساسیت به طرد مؤثر بوده است. بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر مهرورزی در درمان حساسیت به طرد توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر مهرورزی، دیگرپیروی، حساسیت به طرد.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران (نویسنده مسئول: [elyahmadian0@gmail.com](mailto:elyahmadian0@gmail.com)).
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.
۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

## مقدمه

هر انسانی نیاز مبرمی به پذیرش از طرف دیگران دارد، زیرا پذیرش اجتماعی<sup>۱</sup> فرد را در مقابل انواع مشکلات جسمی و روحی مقاوم کرده و در برابر مشکلات به او اعتماد به نفس می‌دهد (بیرامی، موحدی، خرازی نوتاش و البرت، ۱۳۹۴). ویلیام جیمز<sup>۲</sup>، یک قرن پیش می‌گفت ما نه تنها حیواناتی اجتماعی هستیم که می‌خواهیم کنار یکدیگر باشیم، بلکه میلی غریزی داریم که هموعانمان به ما توجه کنند. البته به توجه همراه با حمایت نیاز داریم و هیچ تنبیهی ظالمانه‌تر از این نیست که انسان در جامعه رها شود و اعضای آن جامعه نسبت به او بی‌اعتنایی کنند (پالوم و لشیچ<sup>۳</sup>، ۱۹۳۱، ترجمه یاسایی، ۱۳۸۹). طرد<sup>۴</sup> یک مشخصه‌ی بین فردی است که همه‌ی افراد آن را تجربه می‌کنند با این وجود، افراد به نحو قابل توجهی در واکنش نشان دادن به آن متفاوت هستند؛ بعضی از مردم به طرد با خونسردی پاسخ می‌دهند بعضی‌ها به طرد به طریقی که با سلامتی و روابط آن‌ها سازگار نیست پاسخ داده و حساسیت افراطی نسبت به احساس طرد شدن نشان می‌دهند (داونی و گیلبرت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶، به نقل از کراس، ایگنر، آپسمر، هیرسچ<sup>۶</sup> و داونی، ۲۰۰۷).

تحقیقاتی که در زمینه‌ی مهرورزی نسبت به خود صورت گرفته است، حاکی از این هست که افزایش مهرورزی به عنوان عاملی محافظتی در برابر شرم<sup>۷</sup> و تحریف تصویر بدنی<sup>۸</sup> در زنان دچار اختلالات خوردن و زنان بدون اختلالات خوردن عمل می‌کند (فریا، پینتو-گوویا و دارت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳)؛ همچنین خود مهرورزی با احساس شایستگی بالاتر (ایسکندر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹) و سبک‌های مقابله هیجان‌مدار سازگاران رابطه دارد (نف، هسیل و دجیتیرت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر مهرورزی تأثیر مثبتی بر طیف وسیعی از اختلالات ذهنی و روانی می‌گذارد و این تأثیر مثبت را با تغییر فرآیندهای روانی زیربنایی، فراتر از تغییر علائم اعمال می‌کند (کوپاگ، برد، گیسون، بوت و هوی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸).

درمان مبتنی بر مهرورزی نیز درمان مهم و نیازمند پژوهش می‌باشد زیرا علی‌رغم اثرات خوب خود مهرورزی اکثر ما در فرهنگ‌هایی زندگی می‌کنیم که بر خود مهرورزی تأکید نمی‌کند بلکه بالعکس به ما گفته می‌شود که اگر خود انتقادی نداشته باشیم تنبل و بی‌خیال می‌شویم (نف، ۲۰۱۶).

در زمینه‌ی پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با درمان مبتنی بر مهرورزی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

کلس، راندل فیلیپس و مدلی<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر مهرورزی در درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مبتلا به ناتوانی ذهنی موثر است. طبق پژوهش کوپاگ

1. social acceptance
2. William James
3. Yalom & Leszcz
4. rejection
5. Downey & Gilbert
6. Kross, Egger, Egger, Ochsmer & Hirsch
7. shame
8. body image
9. Ferreir, Pinto.Gouveia & Duarte
10. Iskender
11. Neff, Hsieh & Dejithirat
12. Cuppage, Baird, Gibson, Booth & Hevey
13. Cowles, Randle-Phillips & Medley

و همکاران (۲۰۱۸) درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش آسیب‌های روانی، شرم، خودانتقادی، ترس از خودمهرورزی و احساس امنیت اجتماعی اثر می‌گذارد. کوپر و فرسیون<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر مهرورزی می‌تواند در زمینه‌ی درمان ناتوانی‌های یادگیری، اثرگذار باشد.

طبق پژوهش آیوآ و همکاران (۲۰۱۷)، مداخله‌ای که خودمهرورزی را افزایش می‌دهد، شرم مربوط به علائم PTSD را کم می‌کند؛ کندی و الربی<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر مهرورزی از طریق افزایش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان می‌تواند علائم مربوط به اسکیزوفرنی را کاهش دهد. طبق پژوهش بوئرسما، هانکانشن، سالمونسون و جانسون<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) درمان متمرکز بر مهرورزی، اضطراب اجتماعی و خودانتقادی را کم کرده و باعث افزایش مهرورزی می‌شود.

در پژوهشی که بگیان کوله مرزی، کرمی، مومنی و الهی (۱۳۹۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و یکپارچه سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر درد ذهنی و دشواری تنظیم هیجانی افراد اقدام کننده به خودکشی اثربخش است. در پژوهشی که قاسمی، گودرزی و غضنفری (۱۳۹۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت نسبت به خود باعث بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و مهارت‌های ذهن‌آگاهی و کاهش آمادگی برای تجربه شرم و گناه می‌شود. سعادت، فلاح و آبادیان زاده (۱۳۹۶)، طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شفقت درمانی بر کیفیت زندگی و کنترل خشم تأثیر دارد. ناصری و نشاط دوست (۱۳۹۶)، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش اضطراب زنان مبتلا به فیبرومیالژیا می‌شود. نتایج پژوهش شهابی و هم‌نیره (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش شفقت نسبت به خود بر بخشش زنان ناسازگار موثر بوده است.

با توجه به این موضوع که نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است توجه به این گروه سنی لازم می‌باشد. یکی از نیازهای نوجوانان، تأیید از سوی دیگران به خصوص همسالان هست که اگر این پذیرش را دریافت نکنند انزوا، طرد و نداشتن ریشه در جامعه را به شدت احساس می‌کنند (خدایاری فرد، ۱۳۹۰). افرادی که حساسیت به طردشان بالا است به خاطر اضطراب مربوط به احساس طرد شدن و واکنش‌های دفاعی مربوط به آن، در یادگیری خود کارآمدی و خودتنظیمی مشکل دارند (داونسی، فرتس، میکائیلوس و کوری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). حتی بعضی مطالعات رابطه‌ی منفی بین حساسیت به طرد و عملکردهای شناختی از قبیل استدلال منطقی و هوش غیرکلامی یافتند (توبیا، ریوا و کاپرین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). با وجود چنین پیامدهایی توجه نکردن به این گروه آسیب‌های زیادی به دنبال خواهد داشت و در هیچ پژوهشی هیچ راهکاری برای مشکلات این گروه مورد پژوهش قرار نگرفته است.

عامل دیگری که انجام پژوهش حاضر را ضروری می‌کند مربوط به آثار صفاتی همچون دیگرپیروی<sup>۷</sup> و حساسیت به طرد می‌باشد؛ در زمینه‌ی اهمیت توجه به دیگرپیروی، می‌توان به این موارد اشاره کرد؛ افرادی که دیگرپیروی دارند نیاز شدید به پذیرش اجتماعی دارند؛ که باعث می‌شود بیش از حد از سوی دیگران تحریک شوند. دیگرپیروی با استعداد افسردگی همراه است. افراد دیگرپیرو از لحاظ

1. Cooper & Frearson
2. Au
3. Kennedy & Ellerby
4. Boersma, Ha`kanson, Salomonsson & Johansson
5. Freitas, Michaelis & Khouri
6. Tobia, Riva & Caprin
7. sociotropy

اجتماعی وابسته هستند و خواستار هدایت شدن از سوی دیگران می‌باشند (اوکیف<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) و سبک مقابله‌ی درمانده و ضعیفی در مواجهه با مشکلات به کار می‌برند (بزوگلان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگرپیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد؟ فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱: درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگرپیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد.
- ۱-۱: درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگرپیروی در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد.
- ۱-۲: درمان مبتنی بر مهرورزی بر حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد.

### روش پژوهش، جامعه و نمونه‌ی آماری

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر کلیه‌ی دختران دبیرستانی شهر اهواز بود؛ که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ی اولیه شامل ۱۰۰ دانش‌آموز دختر بودند که با نمونه‌گیری در دسترس از بین دانش‌آموزان دبیرستان علامه حلی در ناحیه ۱۲ اهواز انتخاب شدند و در نهایت ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که در دو پرسشنامه‌ی حساسیت به طرد (بالتر از ۱۳) و زیر مقیاس دیگرپیروی (بالتر از ۷۵) از پرسشنامه‌ی سبک شخصی بالاترین نمرات را دریافت کرده بودند؛ انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه کنترل و گواه قرار گرفتند. لازم به یادآوری است که ملاک‌های ورود عبارت بودند از: نوجوان بودن، توانایی و امکان شرکت در کلیه‌ی جلسات و نداشتن مشکلات رفتاری و ملاک‌های خروج، ابتلا به بیماری جسمی و روانی، اظهار بی‌میلی برای شرکت در جلسات و موافقت نکردن والدین می‌باشند؛ میانگین و انحراف معیار سن این ۳۰ نفر به ترتیب ۱۴/۲۶ و ۱/۲۸ (میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایشی ۱۴/۸۲ و ۱/۲۶ و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه ۱۴/۲۸ و ۱/۳۸ است) است. و تحصیلات والدین (۶۰ نفر) به این ترتیب می‌باشد که ۱۸ نفر زیر دیپلم، ۲۶ نفر دیپلم و ۱۶ نفر لیسانس و بالاتر از لیسانس بودند (در گروه آزمایشی ۱۰ نفر زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم و ۸ نفر لیسانس و بالاتر از لیسانس بودند و در گروه گواه ۸ نفر زیر دیپلم، ۱۴ نفر دیپلم و ۸ نفر لیسانس و بالاتر از لیسانس بودند).

### ابزارهای پژوهش

الف). پرسشنامه سبک شخصی رابینز: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۴ توسط رابینز و همکاران ساخته شده است و دو سبک شخصیتی را اندازه‌گیری می‌کند: دیگرپیروی و خودپیروی<sup>۳</sup>؛ که هر کدام از این سبک‌ها، ۲۴ سؤال را به خود اختصاص می‌دهد؛ و جمعا ۴۸ سؤال می‌باشد؛ هر کدام از این سبک‌ها، دارای ۳ خرده‌مقیاس می‌باشند. خرده‌مقیاس‌های مربوط به دیگرپیروی عبارت‌اند از: نگرانی در مورد فکر و ارزیابی دیگران<sup>۴</sup>، وابستگی<sup>۵</sup> و خرده‌مقیاس خشنود کردن دیگران<sup>۶</sup>. خودپیروی، نیز

1. O'Keefe
2. Bozqlan
3. autonomy
4. concern over what others think
5. dependency
6. pleasing others

شامل خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی/خود انتقادی<sup>۱</sup>، نیاز به کنترل<sup>۲</sup> و جدایی تدافعی<sup>۳</sup> می‌باشد. این پرسشنامه به صورت ۶ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. رابینز و همکاران (۱۹۹۴)، ضریب آلفای کرونباخ را برای خودپیروی ۰/۸۸ و برای دیگرپیروی ۰/۷۰ گزارش داده‌اند. روایی این پرسشنامه که با همبسته کردن آن با پرسشنامه افسردگی بک محاسبه شد، برای دیگرپیروی ۰/۲ و برای خودپیروی ۰/۲۷ بود. مقیاس دیگرپیروی به مقدار ۰/۸۴ با مقیاس وابستگی پرسشنامه تجدیدنظر شده تجارب افسردگی‌زا (RDEQ) همبسته شد و میزان همبستگی خودپیروی با مقیاس خود انتقادگری این پرسشنامه نیز ۰/۵ محاسبه شد (به نقل از محمد زاده ابراهیمی، نیسی، ارشدی، شهنی ییلاق و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۵). در پژوهشی که محمد زاده ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۵) انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ برای دیگرپیروی ۰/۸۱ و برای خودپیروی ۰/۸۳ به دست آمد و روایی این پرسشنامه با حذف دو سؤال (سؤالات ۱۹ و ۲۰) قابل قبول گزارش شد. در پژوهش حاضر روایی همگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با پرسشنامه حساسیت به طرد)، ۰/۴۹ بود که در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ و روایی واگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با زیر مقیاس خودپیروی رابینز)، ۰/۴۹ محاسبه شد. پایایی درونی این پرسشنامه، ۰/۸۳ محاسبه شد.

ب). پرسشنامه حساسیت به طرد: این پرسشنامه ساخته داونی و فلدمن (۱۹۹۶) است. از ۱۸ سؤال تشکیل شده است؛ که هر کدام دو قسمت دارند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. قسمت الف میزان اضطراب افراد در زمینه‌ی مورد طرد قرار گرفتن و قسمت ب پیش‌بینی احتمال مورد پذیرش قرار گرفتن را می‌سنجد؛ که بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای می‌باشد؛ برای محاسبه‌ی نمره‌ی کلی (پلنگی، حبیبی و قاسمی نژاد، ۱۳۹۵)، ابتدا با کم کردن نمرات انتظار پذیرش در هر موقعیت (از قسمت ب) از عدد ۷، نمرات انتظار طرد را محاسبه می‌کنند. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد را در درجه‌ی اضطراب ضرب کرده و سپس میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت محاسبه می‌شود. داونی و فلدمن (۱۹۹۶)، پایایی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. مؤلفه‌های اضطراب و انتظار پذیرش باهم، همبستگی معناداری نشان داده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که این پرسشنامه، قدرت پیش‌بینی ساختارهای شخصیتی که از لحاظ مفهومی به حساسیت به طرد مربوط می‌شود؛ از قبیل درون‌گرایی<sup>۴</sup>، روان رنجور خوبی<sup>۵</sup>، سبک دل‌بستگی<sup>۶</sup>، اضطراب اجتماعی، انزوای اجتماعی<sup>۷</sup> و احترام به نفس را دارد (داونی و همکاران، ۱۹۹۸). در ایران نیز پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه شده است (خوشکام، بهرامی، رحمت الهی و نجار پوریان، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر روایی همگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با زیر مقیاس دیگرپیروی رابینز)، ۰/۴۹ بود که در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ و روایی واگرا (با همبسته کردن این پرسشنامه با زیر مقیاس خودپیروی رابینز)، ۰/۳۹ محاسبه شد. پایایی درونی این پرسشنامه در این پژوهش، ۰/۸۳ محاسبه شد.

1. perfectionism/self-criticism
2. need for control
3. defensive separation
4. introversion
5. neuroticism
6. attachment style
7. social avoidance

## روش اجرا

در مرحله‌ی اول پرسشنامه‌ی حساسیت به طرد و زیر مقیاس دیگر پیروی در بین دانش‌آموزان توزیع شد و ۳۰ نفر جهت اجرای طرح پژوهشی انتخاب شدند و ۱۵ نفر به طور تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به طور تصادفی در گروه کنترل قرار گرفتند و سؤالات زیر مقیاس پرسشنامه سبک شخصی رابینز و حساسیت به طرد بر روی این ۳۰ نفر، به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و در مرحله بعد گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر مهرورزی قرار گرفتند و در آخر از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نمرات این دو گروه در پرسشنامه‌های نام‌برده شده مقایسه شد.

برنامه‌ی درمان مبتنی بر مهرورزی: در این پژوهش بسته‌ی درمانی جدیدی بر اساس کتاب خود مهرورزی، ذهن آگاهی در روان‌شناسی مثبت‌گرا: دانش مراقبه و بهزیستی نوشته نف (۲۰۱۶)، کتاب معرفی، تئوری و تمرین‌های درمان مبتنی بر مهرورزی و آموزش ذهن مهرورز برای مشکلات مبتنی بر شرم نوشته گیلبرت (۲۰۱۰)، ترجمه احمدی و ظاهری عبده (۱۳۹۶) تهیه گردید و روایی آن با نظرخواهی از سه روان‌شناس آشنا با درمان‌های موج سوم بررسی شد. این بسته‌ی درمانی از ۸ جلسه تشکیل شده که هر جلسه از ۱۰۰ دقیقه تشکیل شده است. شرح عناوین جلسات در جدول شماره ۱ ذکر می‌شود:

جدول ۱ رئوس جلسات درمان مبتنی بر مهرورزی

جلسات	موضوعات و اهداف هر جلسه
جلسه‌ی اول	آشنایی با همدیگر و شناسایی شخصیت خود به عنوان مهرورز یا غیرمهرورز
جلسه‌ی دوم	آموزش مهارت‌های مهرورزانه (مانند استدلال مهرورزانه، توجه مهرورزانه، رفتار مهرورزانه، تصویرسازی و احساس شفقت ورزانه) و ویژگی‌های مهرورزانه (مانند همدلی، همدردی، حساسیت، بدون قضاوت بودن و مراقبت از بهزیستی)؛ و معرفی سه سیستم تنظیم هیجان
جلسه‌ی سوم	شنیدن صدای مهربان درونی خود، انجام تمریناتی جهت کسب بینش در مورد بخش‌های منتقد، انتقاد شده و ایجاد ناظر مهربان) و آموزش پر کردن کاربرگ شناسایی افکار منتقدانه و جایگزین کردن آن‌ها با افکار مهرورزانه
جلسه‌ی چهارم	آشنایی و آموزش تمرینات متمرکز بر ذهن آگاهی و آشنایی با مغز قدیم، جدید و آگاه
جلسه‌ی پنجم	آموزش نوشتن یادداشت‌های روزانه‌ی مهرورزانه. تصویرسازی مهرورزانه
جلسه‌ی ششم	صحبت کردن در مورد قدرت طرد اجتماعی و اهمیت ارتباطات، اثرات زندگی همراه با ذهنی سرشار از شرم و نایمی اجتماعی و توضیح در مورد اثرات اسکن کردن تهدیدات پیرامون و صحبت پیرامون نقش افکار و برداشت‌های منفی نسبت به دیگران
جلسه‌ی هفتم	کشف ارزش‌های اصلی زندگی خود و تمرینات مربوط به مراقبت از مراقبت‌کننده (حرکت در جهت ارزش‌های شخصی و تجارب لذت‌بخش و ارزشمند).
جلسه‌ی هشتم	بررسی موانع مهرورزی نسبت به دیگران

## یافته‌ها

به منظور تحلیل اطلاعات، از کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از اجرای کوواریانس چندمتغیری در ابتدا پیش‌فرض‌های آن یعنی هنجار بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب

رگرسیون بررسی شد. براساس نتایج حاصل از آزمون شاپیرو و کلموگروف اسمیرنف هنجار بودن داده‌ها رد نشد ( $P \leq 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لوین برای همه‌ی متغیرها غیر معنی‌دار بود (دیگر پیروی  $p = 0/17$  و حساسیت به طرد  $p = 0/22$ ) که گویای همسانی واریانس نمرات است. علاوه بر این تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش معنی‌دار نبود که دلالت بر برقراری مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون داشت. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۲: توصیف متغیرهای پژوهش در میان آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
دیگر پیروی حساسیت به طرد	گواه	۸۳,۰۰۷	۱۴/۹۳	۱۵	۸۲/۹۴	۱۳/۳۸	۱۵
		۱۷/۹۷	۶/۴۹	۱۵	۱۳,۷۹	۴/۸۱	۱۵
دیگر پیروی حساسیت به طرد	آزمایش	۸۶/۹۰	۱۸/۳۸	۱۵	۸۰/۲۶	۱۲/۷۷	۱۵
		۱۶/۲۰	۴/۷۱	۱۵	۱۱/۱۹	۴/۹۹	۱۵

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در متغیر دیگر پیروی در مرحله‌ی پیش آزمون به ترتیب  $83/007$  و  $14/93$  و در مرحله‌ی پس آزمون به ترتیب  $82/94$  و  $13/38$ ، به دست آمده است. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در متغیر حساسیت به طرد در مرحله‌ی پیش آزمون به ترتیب  $17/97$  و  $6/49$  و در مرحله‌ی پس آزمون به ترتیب  $13/79$  و  $4/81$  محاسبه گردید. همچنین میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی در متغیر دیگر پیروی در مرحله‌ی پیش آزمون به ترتیب  $86/90$ ،  $18/38$  و در مرحله‌ی پس آزمون به ترتیب  $80/26$  و  $12/77$ ، به دست آمده است. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی در متغیر حساسیت به طرد در مرحله‌ی پیش آزمون به ترتیب  $16/20$  و  $4/71$  و در مرحله‌ی پس آزمون به ترتیب  $11/19$  و  $4/99$  محاسبه گردید.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر نمرات پس آزمون دیگر پیروی و حساسیت به طرد در گروه آزمایش و گواه

آزمون	مقدار	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	سطح معناداری
آزمون اثربیلایی	۰/۲۶	۴/۵۰	۲	۲۵	۰/۰۲۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۳	۴/۵۰	۲	۲۵	۰/۰۲۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۳۶	۴/۵۰	۲	۲۵	۰/۰۲۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۶	۴/۵۰	۲	۲۵	۰/۰۲۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌کنید سطوح معنی‌داری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن هستند که پس از کنترل ترکیب خطی متغیرهای دیگر پیروی و حساسیت به طرد در پیش آزمون، ترکیب خطی متغیرهای دیگر پیروی و حساسیت به طرد در پس آزمون، میان گروه آزمایش و گواه در

سطح  $P < 0/021$  تفاوت معناداری وجود دارد. برای روشن شدن اینکه گروه‌ها در کدام یک از متغیرهای دیگر پیروی و حساسیت به طرد با یکدیگر متفاوت هستند از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس‌های چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون دیگر پیروی و حساسیت به طرد در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی تأثیر
گروه	دیگر پیروی	۲۰۳/۳۱	۱	۲۰۳/۳۱	۳/۸۹	۰/۰۵۹	۰/۱۳
	حساسیت به طرد	۹۲/۹۵	۱	۹۲/۹۵	۵/۴۰	۰/۰۲۸	۰/۱۷

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ دیگر پیروی تفاوت معناداری وجود ندارد و از لحاظ حساسیت به طرد تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه یافت شد که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر حساسیت به طرد می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگر پیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی بود. براساس تحلیل‌های صورت گرفته فرضیه اول (درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگر پیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد) تأیید شد و فرضیه‌ی دوم (درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگر پیروی در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد) معنادار نبوده و رد شد. همچنین فرضیه‌ی سوم (درمان مبتنی بر مهرورزی بر دیگر پیروی و حساسیت به طرد در دختران دبیرستانی شهر اهواز اثر می‌گذارد) نیز تأیید شد.

براساس تحلیل‌های صورت گرفته می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش دیگر پیروی هر چند معنادار نمی‌باشد اما تا حدودی نمرات دیگر پیروی در پس آزمون کاهش قابل توجهی نشان می‌دهند و سطح معناداری بسیار نزدیک به سطح قابل قبول است که این یافته با پژوهش‌های پورصالح (۱۳۹۶) و بوئرسما و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد در ارتباط با این اثربخشی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر مهرورزی به واسطه‌ی کاهش حساسیت به طرد درجه‌ی دیگر پیروی شخص را کاهش می‌دهد زیرا فرد به دلیل حساسیت به طرد بالا ممکن است دیگر پیروی داشته باشد و در جهت کسب رضایت دیگران تلاش کند. همچنین افرادی که خودمهرورزی پایینی دارند نسبت به خود، ارزش‌ها و برنامه‌هایشان احساس ارزش نکرده و چنین احساسی منجر به این مسئله می‌شود که فرد برای کسب احساس ارزش به دنبال تأیید دیگران باشد که آموزش خودمهرورزی و بالا بردن این ویژگی در شخص خود می‌تواند تغییردهنده‌ی این چرخه‌ی معیوب باشد. در ارتباط با عدم معنادار بودن تفاوت و کاهش نیافتن زیاد نمرات می‌توان گفت که دیگر پیروی ویژگی شخصیتی می‌باشد که برای تغییر نیاز به جلسات درمانی زیادی داشته و همچنین در این زمینه این مسئله که درجه‌ی دیگر پیروی شخص تا حد زیادی به فرهنگ مرتبط بوده نیز قابل استناد است که این موضوع بر سختی تغییر این ویژگی می‌افزاید.



همچنین براساس تحلیل‌های صورت گرفته می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش حساسیت به طرد موثر بوده است که این یافته با پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد (از جمله پورصالح، ۱۳۹۶؛ بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۵) در توجیه این یافته می‌توان به این موارد استناد کرد که در طی این درمان شخص به غیر ارادی بودن یک سری اتفاقات زندگی از جمله تجربه طرد و مشترک بودن این تجربه در بین اشخاص پی برده و این مسئله به پذیرش بیشتر طرد و در نتیجه حساسیت کم‌تر نسبت به آن همراه است. همچنین تمرکز بر کاهش خودانتقادی در این درمان خود می‌تواند به پذیرش بهتر این تجربه کمک کند زیرا جانشینی خودانتقادی با خودمهرورزی می‌تواند باعث کاهش تجربه احساسات منفی در چنین شرایطی شود و همانطور که در متن مقاله ذکر شد اتفاقی که در ذهن افراد حساس به طرد بسیار مشاهده می‌شود سوگیری بین فردی است که تمرین ذهن آگاهی و قضاوت نکردن می‌تواند منجر به کاهش این سوگیری و در نتیجه حساسیت و ناراحتی‌های پس از آن بشود. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد در مواقعی که هیجانات منفی بالا باشد (مانند هیجان منفی مربوط به احساس طرد شدن) تمرین خودمهرورزی می‌تواند تسهیل‌گر بازسازی شناختی باشد. همچنین عامل مهمی که منجر به حساسیت بالا به طرد دیگران می‌شود وابستگی و نیاز شخص به اطرافیان به دلیل احساس ضعف می‌باشد که درمان مبتنی بر مهرورزی با افزایش دوست داشتن خود و آموزش مهارت‌های خودتسکینی و احساس ارزش، از این وابستگی بیمارگونه شخص می‌کاهد. عامل دیگری که می‌توان به آن استناد نمود آن است که این درمان به واسطه افزایش خوشبینی و مهرورزی نسبت به دیگران و کاهش بدبینی، از حساسیت به طرد در روابط بین فردی می‌کاهد و به واسطه‌ی افزایش همدلی شخص و کمک به شخص در درک مسائل اطرافیان بر هیجانات منفی و حساسیت به طرد فرد اثر می‌گذارد. همچنین به واسطه‌ی فعال نمودن سیستم امنیت و سیستم خودتسکینی به شخص کمک می‌کند تا به ویژگی‌ها و رفتارهای مثبت اطرافیان بیشتر توجه کند، چیزی که در افراد حساس به طرد کم دیده می‌شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به شرح زیر داشت که تعمیم نتایج آن را با احتیاط مواجه می‌سازد: در پژوهش حاضر به اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر روی گروهی از نوجوانان دختر حساس به طرد شهر اهواز پرداخته شد. لذا بایستی در تعمیم نتایج به نوجوانان پسر و شهرها و استان‌های دیگر کشور، جانب احتیاط را رعایت نمود. محدودیت دیگر استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد؛ که ممکن است اطلاعات خیلی دقیقی فراهم نکند.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش، عدم پیگیری پایداری نتایج بود.

از جمله اهمیت‌های این پژوهش فراهم کردن یک پشتوانه‌ی پژوهشی برای اثربخشی این درمان برای افراد حساس به طرد بود. با وجود این انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای با سایر رویکردهای درمانی و با سایر گروه‌ها اعم از گروه‌های سنی دیگر، شرکت دادن همه‌ی جنسیت‌ها در پژوهش جهت تبیین نحوه‌ی اثربخشی این درمان در این افراد ضروری می‌باشد.

## منابع

- بگیان کوله مرزی، محمدجواد، کرمی، جهانگیر، مومنی، خدامرادو الهی، عادل (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری و یکپارچه سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری تنظیم هیجانی افراد اقدام کننده به خودکشی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۴)، ۳۵-۶۳.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ خرازی نوتاش، هانیه و البرت، سونیا (۱۳۹۴). مقایسه‌ی پذیرش اجتماعی سلامت عمومی در دانشجویان با و بدون اعتیاد اینترنتی. سلامت جامعه، ۹(۲)، ۲۰-۲۸.
- پلنگی، ابوالفضل؛ حبیبی، یاسر و قاسمی نژاد، محمدعلی (۱۳۹۵). مقایسه‌ی فشار اجتماعی و حساسیت به طرد در دانش‌آموزان با و بدون لکنت زبان. مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۵(۳)، ۳۸-۲۸.
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۹۰). مسائل نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- خوشکام، سمیرا؛ بهرامی، فاطمه؛ رحمت الهی، فرحناز و نجار پوریان، سمانه (۱۳۹۳). خصوصیات روان‌شناختی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۷(۱)، ۳۹۵-۳۸۵.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ بلگوریان، مستانه (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی بین طرد اجتماعی و بزهکاری در میان دانشجویان دانشگاه یزد. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۲)، ۲۶۵-۲۸۶.
- سعادت، سید امین؛ فلاح، محمدحسین و آبادیان زاده، سید علی حسین (۱۳۹۶). اثربخشی شفقت درمانی با تطابق‌های فرهنگی بر کیفیت زندگی و کنترل خشم دانش‌آموزان پسر پیش‌دانشگاهی شرکت کننده در حلقه‌های صالحین. ارائه شده در پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران: انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- شهبابی، بهاره و سیده همنیره، آزاده (۱۳۹۵). اثربخشی روش شفقت نسبت به خود بر افزایش بخشش در بین زنان ناسازگار. ارائه شده در کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز: پژوهش شرکت ایده بازار صنعت سبز.
- عطیه، پورصالح. اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سرمایه‌های روان‌شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). اهواز: دانشگاه شهید چمران؛ ۱۳۹۶.
- قاسمی، ندا، گودرزی، میترا و غضنفری، فیروزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. فصلنامه روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۴)، ۱۴۵-۱۶۶.
- گیلبرت، پل (۲۰۱۰). مقدمه‌ای بر نظریه و تمرینات درمان مبتنی بر شفقت و دلسوزی برای مشکلات ناشی از شرم (ترجمه الهام احمدی و سحر ظاهری عبده‌وند). اهواز: انتشارات راه دانش.
- محمد زاده ابراهیمی، علی، نیسی، عبدالکاسم، ارشدی، نسرين، شهینی ییلاق، منیجه و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۵). طراحی و آزمون الگویی از روابط علی صفات شخصیتی دیگر پیروی/ خود پیروی و ادراک رویدادهای فشار زا با علائم افسردگی در دانشجویان، مجله دست آوردهای روان‌شناختی، ۴(۱)، ۴۳-۷۲.
- ناصری، مینا و نشاط دوست، حمید طاهر (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر اضطراب زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. ارائه شده در سومین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران، تهران: موسسه برگزارکننده همایش‌های توسعه محور دانش

و فناوری سام ایرانیان.

یالوم، اروین دی و لشیج، مولین (۱۹۳۱). روان‌درمانی گروهی: مباحث نظری و کاربردی. ترجمه: مهشید یاسایی. (۱۳۸۹). تهران: نشر دانژه.

- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy, 48*(2), 207-221.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*(2), 89-98.
- Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. Nueva York: Basic Books. 1969.
- Bozoglan, B. (2013). Stress Coping Approaches in Terms of Sociotropic and Autonomous Personalities: A cross-sectional study among Turkish university students. *Mevlana International Journal of Education, 3*(4).
- Cooper, R., & Frearson, J. (2017). Adapting compassion focused therapy for an adult with a learning disability—a case study. *British Journal of Learning Disabilities, 45*(2), 142-150
- Cowles, M., Randle-Phillips, C., & Medley, A. (2018). Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review. *Journal of Intellectual Disabilities, 17*44629518773843.
- Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 240-254.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1327.
- Downey, G., Freitas, A. L., Michaelis, B., & Khouri, H. (1998). The self-fulfilling prophecy in close relationships: rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of personality and social psychology, 75*(2), 545.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors, 14*(2), 207-210.
- Iskender, M. (2009). The relationships between self-compassion, and happiness in nonmeditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and individual differences, 50*, 222-227.
- Kennedy, A., & Ellerby, M. (2016). A Compassion-Focused Approach to Working With Someone Diagnosed With Schizophrenia. *Journal of clinical psychology, 72*(2), 123-131.
- Kolts, R. L. (2012). *The compassionate-mind guide to managing your anger: Using compassion-focused therapy to calm your rage and heal your relationships*. New Harbinger Publications.
- Kross, E., Egner, T., Ochsner, K., Hirsch, J., & Downey, G. (2007). Neural dynamics of rejection sensitivity. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*(6), 945-956.
- Neff, K. D. (2016). Self-compassion. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing, 37*.
- Tobia, V., Riva, P., & Caprin, C. (2017). Who are the children most vulnerable to social exclusion? The moderating role of self-esteem, popularity, and nonverbal intelligence on cognitive performance following social exclusion. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(4), 789
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences, 106*, 329-33