



Evaluation of Compassion-Based Therapy on Personal and Social Adjustment, Emotion Regulation, and Academic Delay in Students with Secondary School Coping Disorder in Ramhormoz City

Zohreh Jalali¹, Parviz Askari^{2*}, Alireza Heidari², Behnam Makvandi²

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: 21 Dec 2019

Accepted: 5 Sep 2020

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of compassion-based therapy on individual and social adjustment, difficulty in regulating emotion, and academic procrastination in students with secondary defiant disobedience. This was an experimental study with a pretest and posttest design with a control group. The statistical population of the study included all high school girls in Ramhormoz city in the academic year of 97-98. These subjects were selected by multi-stage cluster random sampling from girls' high schools in Ramhormoz city and the required number of samples for each group is about 20 subjects with coping disorder (Hommersen, Murray, Ohana). & Johnston, 2006), and compassion-based therapy as an independent variable and individual and social adjustment variables (Klark et al., 1953), difficulty in emotion regulation (Gratz & Roemer, 2014) and academic procrastination (Solomon & Rothbloom, 1984) were considered as dependent variables. Subjects were treated with compassion based on Gilbert (2014) in eight 90-minute sessions. Univariate analysis of variance was used to analyze the data. The results showed that compassion-based therapy has an effect on the variables of individual and social adjustment, difficulty in regulating emotion and academic procrastination in girls with coping disobedience disorder ($P < 0.001$) and the results indicate the effectiveness of compassion-based treatment. ($P < 0/05$).

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Oppositional Defiant Disorder, Emotion Regulation, Academic Procrastination, Social Adjustment

* Corresponding Author email: Askary47@yahoo.com



Extended Abstract

Introduction

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is characterized by a consistent pattern of disobedient, defiant, and hostile behavior towards authority figures. It is one of the most prevalent disruptive behavior disorders among children and adolescents. Symptoms include frequent temper loss, arguing with adults, defying rules, and deliberately annoying others. Such behaviors significantly disrupt academic performance and social interactions, often leading to long-term psychosocial problems.

In addition to externalizing behaviors, students with ODD frequently exhibit internalizing difficulties such as poor emotional regulation and low frustration tolerance. These individuals often struggle with self-awareness, experience intense emotional reactivity, and lack the skills to cope effectively with stress. These deficits may contribute to maladaptive academic behaviors such as procrastination, disengagement, and low motivation. Academic procrastination, in particular, is a common manifestation of emotional avoidance and low self-efficacy in adolescents with behavioral disorders.

The concept of personal and social adjustment is essential in understanding the developmental needs of adolescents. It encompasses an individual's ability to adapt to social roles, manage interpersonal relationships, and maintain emotional stability. For adolescents with ODD, failure to meet these adjustment demands can lead to further isolation and academic underachievement.

Compassion-Focused Therapy (CFT), developed by Paul Gilbert (2014), is a psychological intervention designed to address self-criticism, shame, and emotional dysregulation by cultivating a compassionate mindset. CFT is grounded in affective neuroscience and integrates principles from cognitive-behavioral therapy, attachment theory, and mindfulness. Through the development of self-compassion, CFT helps individuals activate soothing emotional systems, promoting safety and emotional balance.

This study aims to evaluate the effectiveness of CFT on enhancing personal and social adjustment, improving emotion regulation, and reducing academic procrastination in female high school students diagnosed with ODD.

Methodology

A quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group was employed. The study population included all second-level high school girls in Ramhormoz City during the 2018–2019 academic year. A total of 40 students diagnosed with ODD were selected using multi-stage cluster sampling. Participants were randomly assigned to an experimental group (n=20) receiving CFT and a control group (n=20) receiving no intervention.

Measurement tools included:

- Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (Hommersen et al., 2006)

- Individual and Social Adjustment Questionnaire (Klark et al., 1953)
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2014)
- Academic Procrastination Questionnaire (Solomon & Rothblum, 1984)

The intervention consisted of 8 weekly sessions of CFT (90 minutes each), conducted by a therapist trained in Gilbert's model. Pretest and posttest scores were analyzed using univariate and multivariate ANCOVA in SPSS-24.

Result and Discussion

The statistical analysis revealed significant improvements in all outcome variables in the experimental group compared to the control group.

ANCOVA results showed significant differences between groups in all three variables:

- **Adjustment:** $F(1, 38) = 73.40, p < .001$
- **Emotion Regulation:** $F(1, 38) = 73.54, p < .001$
- **Academic Procrastination:** $F(1, 38) = 169.16, p < .001$

These findings are consistent with previous research supporting the efficacy of compassion-based approaches in modifying emotional and behavioral patterns (Dashtbozorgi, 2018; Seidi, 2014; Fong & Cai, 2019). CFT enables individuals to shift from threat-based responses to more adaptive, affiliative behaviors. It not only enhances self-soothing abilities but also empowers adolescents to reframe their internal narratives with kindness rather than criticism.

For example, reductions in academic procrastination may be attributed to the improved self-worth and reduced fear of failure fostered by compassion training. Similarly, enhanced emotion regulation can help students respond to stressors with mindfulness and intentional behavior rather than impulsivity or avoidance.

Moreover, CFT's focus on developing compassionate imagery, regulating tone of inner dialogue, and recognizing shared human struggles helps adolescents improve their interpersonal interactions. These changes in cognitive-emotional processing likely contribute to the observed improvements in personal and social adjustment.

Thus, the findings emphasize the therapeutic value of compassion not just as an emotion but as a trainable skill that reshapes the adolescent's experience of self and others.

Conclusion

This study provides empirical evidence supporting the effectiveness of Compassion-Focused Therapy in addressing core emotional and behavioral difficulties among adolescents with Oppositional Defiant Disorder. By increasing emotional awareness, reducing shame-based reactivity, and promoting a

nurturing inner voice, CFT significantly improved personal and social adjustment, emotion regulation, and academic functioning.

From a practical standpoint, integrating CFT into school mental health services could be highly beneficial. Given its structured yet flexible nature, CFT can be adapted for use in group or individual formats within school settings, making it accessible for students at risk. The results highlight the importance of fostering self-compassion and emotional resilience as protective factors during adolescence.

However, further studies with larger and more diverse samples, longer follow-up periods, and comparative interventions are needed to validate these findings. Expanding CFT-based programs across different educational and cultural contexts could enhance student well-being, reduce behavioral issues, and improve academic success.

Author Contributions

Zohreh Jalali conducted the study, collected the data, and drafted the initial manuscript. Parviz Askari supervised the research process. Alireza Heidari assisted in data interpretation and manuscript revision. Behnam Makvandi contributed to statistical analysis and literature integration. All authors reviewed and approved the final version.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Ethical considerations

Participants provided informed consent before participation. The study was conducted under the ethical guidelines of Islamic Azad University and adhered to the principles of the Declaration of Helsinki. Confidentiality and voluntary participation were ensured.

Acknowledgment and Funding

The authors thank the students, teachers, and school authorities of Ramhormoz City for their cooperation. This research received no specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Publisher: Islamic Azad University, Isfahan Branch



تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای دوره متوسطه دوم

زهرة جلالی¹، پرویز عسکری^{2*}، علیرضا حیدری²، بهنام مکوندی²

1. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

2. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

دریافت: 1398/09/30

پذیرش: 1399/06/15

چکیده

هدف این پژوهش تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای دوره متوسطه دوم بود. این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دختران مقطع متوسطه دوم شهرستان رامهرمز در سال تحصیلی 98-97 بودند. این آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین دبیرستان‌های دخترانه شهرستان رامهرمز انتخاب شدند و تعداد نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌ها در حدود 20 آزمودنی با مشکل اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Hommersen, Murray, Ohana & Johnston, 2006) و روش درمانی مبتنی بر شفقت به عنوان متغیر مستقل و متغیرهای سازگاری فردی و اجتماعی (Klark et al., 1953)، دشواری تنظیم هیجان (Gratz & Roemer, 2014) و اهمال کاری تحصیلی (Solomon & Rothbloom, 1984) به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. آزمودنی‌ها در هشت جلسه 90 دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (2014) قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در دختران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد ($P < 0/001$) و نتایج حاکی از اثر بخشی روش درمان مبتنی بر شفقت است ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، دشواری تنظیم هیجان، سازگاری فردی و اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی، دختران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای



مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (oppositional defiant disorder) از مهمترین اختلال‌های رفتاری در کودکان و جزء اختلال‌های برونی‌سازی محسوب می‌شود. مهمترین مشخصه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری مانند: الگوهایی از رفتارهای تخاصمی، نافرمانی، منفی‌گرایی، عدم اطاعت‌پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی، رد درخواست‌ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می‌شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه‌ها یا رفتارهای نابجای خود، زود رنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه‌توز و مغرضانه رفتار کردن است که حداقل چهار مورد از نشانه‌ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (Rezaei., Fakhrace., Farmand., Niloufari., Hashemi., & et al, 2007). یکی از بیشترین فراوانی‌ها برای مراجعه به متخصصان بالینی و مراکز سلامت روان در طی کودکی و نوجوانی است (Desafiante, 2015). اگر چه شیوع اختلال سلوک در پسران سه تا چهار برابر بیشتر از دختران است اما اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران خیلی بیشتر از دختران نیست و گاهی پژوهش‌ها تفاوت جنسیتی چندانی نشان نداده‌اند (Kring, et al, 2014).

طبق برآوردهایی که درباره شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت گرفته، این اختلال در دامنه شیوع 1 تا 11 درصد با میانگین 3/3 درصد جمعیت تخمین زده می‌شود (Rezaei, et al, 2007). بیشترین اختلال همبود با نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب، اختلال نارسای توجه-بیش‌فعالی، اختلال‌های یادگیری و اختلال‌های ارتباطی است (Kring, et al, 2014). از دیدگاه معلمان، مشکلات اجتماعی از مهمترین همبودهای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مدرسه می‌باشد (Drabick, et al, 2007). کودکان با اختلال‌های رفتار اغتشاشگر در معرض خطر بیشتری برای مشکلات اجتماعی و ارتباطی قرار داشته، تعامل آنان با هم‌سالان و معلمان خود آشفته و در نتیجه آن، با مشکلات تحصیلی مواجه می‌شوند (Vitiello & Williford, 2016).

یکی از مهم‌ترین اثرات منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای اهمال کاری تحصیلی است که رفتاری فراگیر و بالقوه ناسازگار برای بسیاری از دانش‌آموزان است و اغلب با احساس پریشانی و ناراحتی روانشناختی همراه بوده و به عنوان تمایل غیر منطقی برای به تأخیر انداختن تکالیفی تعریف می‌شود که باید انجام شوند (Soury nejad, Farhadi. & Kordnoughabi, 2016). از دیگر اثرات منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به عدم سازگاری اشاره کرد چرا که نوجوانان به دلیل دوره خاص رشد خود ناچارند با رویدادهای انتقالی بسیاری از نظر زیست‌شناختی، تحصیلی و اجتماعی رو به رو شوند. آنان می‌بایست راه‌حلهایی برای حل مشکلات و مقابله با آنها بیابند. یک عامل اصلی که در زندگی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد عدم سازگاری در آنها است سازگاری، به عنوان مسئله اصلی این دوره، زیربنایی عملکرد خوب، تسهیل‌کننده نقش اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی است. نقص در تنظیم هیجان از دیگر مشکلات کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای است هیجان‌ها به دلایل تکاملی، اجتماعی، ارتباطی و تأثیر آن بر تصمیم‌گیری و سلامت مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است.

تنظیم هیجان (Emotion Regulation) تمامی فرایندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی است که به صورت هشیار یا ناهشیار انجام می‌شود نقص در تنظیم هیجانی با اختلال‌های مختلفی

مانند. پس از سانحه، اختلال شخصیت مرزی، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی ارتباط دارد. در واقع تنظیم هیجان مشتمل بر مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی است که با هدف مدیریت کردن کاربرد دارند، اینکه چه وقت، کجا، چطور و چگونه هیجان‌های افراد تجربه، بیان یا بازداری شوند (Amstadter, 2008). امروزه در تنظیم هیجان‌ات افزایش سازگاری و بهبود اهماکاری تحصیلی و در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، از روش‌های روانشناختی مختلفی بهره گرفته می‌شود. برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. که از مهمترین آنها می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت اشاره نمود.

روش شفقت درمانی یا درمان متمرکز بر شفقت، روشی نسبتاً نوپا در علم عصب شناسی است که برای درمان مشکلات ذهنی به کار می‌رود. شفقت درمانی به طور کلی بر چهار حوزه تجربیات پیشین، ترس‌های اساسی، راهکارهایی برای احساس امنیت و نتایج پیش بینی نشده استوار است. در واقع شفقت مهارتی است که باید به افراد بیاموزیم تا فرد بتواند با تمرین زیاد، سیستم‌های عصبی و ایمنی خود را تحت تاثیر قرار دهد (Warren, Smeets & Neff, 2016). این رویکرد از معروف ترین روان درمانی موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است (Leaviss & Uttley, 2015). تکنیک اصلی درمانی CFT آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری، شخصیت‌زدایی و شیدایی خفیف خود را تغییر کنند. درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً برای درمان افرادی که شرم و خود انتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند و دارای اختلال نافرمانی اند مناسب است. با استفاده از CFT می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند (Gilbert, 2015).

قابل ذکر است که در رابطه با پژوهش حاضر، تحقیقات کمی صورت گرفته ولی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در زمینه اختلال‌های دیگر، مورد بررسی و تأیید واقع شده است. نتایج پژوهش قاسم زاده، معتمدی و سهرابی (ghasem zadeh, motamedi & sohrabi, 2019) حاکی از اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت زنان مطلقه است و همچنین پژوهش منصوری و قدم‌پور (Mansouri & Ghadampour, 2018)، نشان داد اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوشبینی و شفقت به خود دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. دشت بزرگی (Dashtbozorgi, 2018) نشان داد که مداخله مبتنی بر شفقت خود باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش تنظیم هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شده و یافته‌ها بعد از یک ماه نیز پایدار بودند و نتایج مطالعه سیدی (Seidi, 2014) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، روش موثری برای کاهش اهماکاری دانشجویان و همچنین کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس آنها بود. همچنین پژوهش گودینگ و همکاران (Gooding, et al., 2019) حاکی از آن بود که شفقت درمانی موجب افزایش تنظیم هیجان در بیماران و

کاهش درد در آنها شده است و نتایج پژوهش فنگ و کای (Fong & Cai, 2019) نشان داد که درمان شفقت خود موجب کاهش اهمال کاری و افزایش امیدواری در دانش آموزان ابتدایی چین شده است و فلچر و همکاران (Fletcher et al, 2019) در مطالعه خود به این یافته رسیدند که درمان خودشفقتی موجب کاهش اهمال کاری در افراد دوقطبی شده است. یافته های فالک و همکاران (Fulk, et al, 2018) حاکی از اثربخشی این شیوه درمانی بر سازگاری و کیفیت زندگی در سالخوردگان می باشد و در نهایت ایرونز و لد (Irons & Lad, 2017) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری فردی و اجتماعی مؤثر بوده است.

با توجه به بررسی های انجام شده به نظر می رسد درمان مبتنی بر شفقت ورزی روی اختلال نافرمانی مقابله ای نوجوانان می تواند تأثیرگذار باشد، لیکن به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش هایی در این خصوص، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، بر سازگاری فردی و اجتماعی، تنظیم هیجان و همچنین اهمال کاری تحصیلی نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای پردازد. فرضیه های این پژوهش شامل موارد زیر بودند:

- 1- درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری فردی و اجتماعی در دانش آموزان دختر دارای نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای تأثیر دارد.
- 2- درمان مبتنی بر شفقت بر دشواری تنظیم هیجان در دانش آموزان دختر دارای نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای تأثیر دارد.
- 3- درمان مبتنی بر شفقت بر اهمال کاری تحصیلی در دانش آموزان دختر دارای نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع کاربردی و یک طرح آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان رامهرمز در سال تحصیلی 98-1397 بودند. در این پژوهش، از بین کلیه مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم شهرستان رامهرمز، به صورت تصادفی تعداد سه مدرسه انتخاب شد. و پرسشنامه های نافرمانی مقابله ای، در بین دانش آموزانی که با نظر معلمان به اختلال نافرمانی مقابله ای مبتلا بودند به تعداد 201 نفر توزیع شد. از این تعداد، آنهایی را که ملاک های ورود به پژوهش از قبیل گرفتن نمره یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در پرسشنامه سازگاری فردی و اجتماعی و نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه های نافرمانی مقابله ای، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی؛ نداشتن بیماری خاص پزشکی یا روان پزشکی ملزم به مصرف دارو و رضایت حضور را دارا بودند به تعداد 40 نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت (20 نفر) و گروه کنترل (20 نفر) جایگزین شدند. همچنین، ملاک های خروج از پژوهش شامل غیبت در جلسات آموزشی و تغییر مدرسه بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه نافرمانی مقابله‌ای: پرسشنامه اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط هومرسون، موری، آهان و جانسون (Hommersen, Murray, Ohana & Johnston, 2006) برای تشخیص کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است. این پرسشنامه برای افراد 18-5 سال استفاده می‌شود و شامل هشت سوال است که در طیف 4 درجه‌ای لیکرت (از اصلاً: صفر تا خیلی زیاد: 3) درجه بندی می‌شود. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ 0/92 و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی $r=0/95$ توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است. این مقیاس توسط عبدی و محمدی (Abdi & Mohammadi, 2000) بر روی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است. عبدی و محمدی (Abdi & Mohammadi, 2000) ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ 0/93 و ضریب پایایی آن را با روش بازآزمایی 0/94 گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه 0/95 محاسبه شد (Kashkooly, 2010). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه نافرمانی مقابله‌ای از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر 0/86 به دست آمده است. دو نمونه از سوالات این پرسشنامه عبارت اند از: 1- تحمل افراد با نظرات مخالف برایم سخت است. 2- احساس می‌کنم که افراد مرا درک نمی‌کنند.

پرسشنامه سازگاری فردی و اجتماعی: این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران (Klark et al., 1953) به منظور سنجش سازش‌های مختلف زندگی شامل دو قطب سازش فردی و اجتماعی تهیه شده است که دارای 180 سوال دو گزینه‌ای به صورت بلی و خیر است. این پرسشنامه دارای 12 مولفه است که نیمی برای سنجش سازگاری فردی با مولفه‌های (اعتماد به نفس، درک ارزش خویش، آزادی فردی، احساس وابستگی، تمایلات واپس زده، نشانگان عصبی) و نیم دیگر برای سازگاری اجتماعی با مولفه‌های (قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی، روابط مدرسه‌ای) است. نمره کل حاصل جمع این دو بخش است. بر اساس کلید تصحیح آزمون هر دوازده مقیاس، به پاسخ‌های صحیح امتیاز "یک" و پاسخ‌های غلط امتیاز "صفر" تعلق می‌گیرد. هیچ یک از عوامل این آزمون حالت کاملاً اختصاصی ندارد و هریک از آنها در واقع طبقه‌ای از فرایندهای خاص مانند احساس کردن و عمل کردن است. هر 12 مولفه این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ بالای 0/98 هستند (Mousavi, 2009). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش خلعتبری و عزیززاده (Khalatbari & Azizzadeh, 2013) روایی و پایایی این پرسشنامه 0/95 به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه سازگاری فردی و اجتماعی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر 0/84 به دست آمده است. دو نمونه از سوالات این پرسشنامه عبارت اند از: 1- آیا انجام دادن کار منع شده درست است؟ 2- آیا لازم است که همیشه به عهد و پیمان خود وفادار باشیم؟.

پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer, 2014) طراحی شد و یک پرسشنامه 33 گویه‌ای است که شامل 6 مولفه (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم

وضوح هیجانی) می‌باشد و برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است. نمره گذاری در مقیاس لیکرت 1 تا 5 قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز، دو به معنای گاهی اوقات، سه به معنای نیمی از مواقع، چهار به معنای اکثر اوقات و پنج به معنای تقریباً همیشه. این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. سوالات 1، 2، 3، 7، 8، 10، 17، 20، 22، 24 و 34 دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. حداقل امتیاز ممکن 33 و حداکثر 180 خواهد بود. نمره بین 33 تا 72 بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین است. نمره بالاتر از 108 بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می‌باشد. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی 0/90 برخوردار می‌باشد. بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (Azizi, Mirzaei & Shams, 2010) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0/90 برآورد شد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر 0/85 به دست آمده است. دو نمونه از سوالات این پرسشنامه عبارت اند از: 1- من دقیقاً میدانم چه احساسی دارم. 2- من متوجه احساساتم هستم.

پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی: پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی توسط سالمون و روثلوم (Solomon & Rothbloom, 1984) برای بررسی اهمال‌کاری تحصیلی، در سه حوزه آماده کردن تکالیف، آماده شدن برای امتحان و تهیه گزارش نیم‌سال یا ارائه مقالات، ساخته شده و شامل ۲۱ گویه است. نمره گذاری براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت، به صورت هرگز (۱) تا همیشه (۵) انجام می‌گیرد. افزون بر 21 سؤال مذکور، ۶ سؤال (سؤالهای ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳)، برای سنجش دو ویژگی احساس ناراحتی نسبت به اهمال‌کار بودن و تمایل به تغییر عادت اهمال‌کاری در نظر گرفته شده است که بنا به پیشنهاد سازنده مقیاس، در محاسبه روایی و اعتبار، این ۶ سؤال منظور نمی‌شوند. در پژوهش جوکار و دلاورپور (Joukar & Delavar pour, 2007) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ مقیاس برابر 0/91 بود. علاوه بر این، ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، معادل 0/79 به دست آمد. همچنین، همسانی درونی مقیاس در بعد آمادگی برای امتحان، 0/85، آمادگی برای تکالیف، 0/86 و آمادگی برای مقاله، 0/89 گزارش شده است. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر 0/83 به دست آمده است. دو نمونه از سوالات این پرسشنامه عبارت اند از: 1- سازمان دادن مطالب قبل از امتحان برایم دشوار است. 2- تکالیفم را از یک جلسه به جلسه دیگر به تعویق می‌اندازم.

روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، افراد گروه‌های آزمایشی و کنترل به روش تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند و قبل از مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایشی، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی توسط دانش‌آموزان اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی جلسات درمان مبتنی بر شفقت توسط پژوهشگر که آموزش دوره‌های درمان مبتنی بر شفقت را به صورت تخصصی دریافت کرده است، انجام پذیرفت در حالی که برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. اجرای جلسات

درمان مبتنی بر شفقت در 8 جلسه 90 دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک بار اجرا گردید. پس از انجام مداخلات، پس از آزمون‌های گروه‌های آزمایش و کنترل گرفته شد. در پایان از همکاری مسئولان مدارس، معلمان و دانش‌آموزان تقدیر و تشکر به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره، استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه 24 استفاده شد. خلاصه بسته تمرینات این درمان گروهی در ادامه آمده است اصول اساسی این برنامه مداخلاتی از رویکرد درمانی که توسط گیلبرت (Gilbert, 2014) در 8 جلسه 90 دقیقه‌ای تهیه شده است. شرح جلسات درمانی در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1. درمان مبتنی بر شفقت (Gilbert, 2014)

جلسه	شرح جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان (شفقت‌ورز) یا (غیر شفقت‌ورز) با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرینهای (پرورش ذهن شفقت‌ورز)، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره
ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک‌های صندلی خالی، گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر
هفتم	پیدا کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی (سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی) در جدول 2 ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه‌ها	پس آزمون
سازگاری فردی و اجتماعی	درمان مبتنی بر شفقت	میانگین
		انحراف معیار
سازگاری فردی و اجتماعی	درمان مبتنی بر شفقت	98/45
		13/70
دشواری تنظیم هیجان	درمان مبتنی بر شفقت	76/90
		2/61
دشواری تنظیم هیجان	درمان مبتنی بر شفقت	86/65
		10/27
اهمال کاری تحصیلی	درمان مبتنی بر شفقت	132/70
		19/65
اهمال کاری تحصیلی	درمان مبتنی بر شفقت	39/35
		4/52
اهمال کاری تحصیلی	درمان مبتنی بر شفقت	76/05
		10/38

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در هر دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آورده شده است.

قبل از تحلیل داده‌های، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد.

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس

متغیر	خطی بودن	همگنی واریانس‌های لوین	همگنی شیب‌های رگرسیون
	F	سطح معنی داری	آماره لوین
سازگاری فردی و اجتماعی	9/57	0/003	2/71
دشواری تنظیم هیجان	11/62	0/001	0/454
اهمال کاری تحصیلی	3/64	0/042	3/99
	F	سطح معنی داری	آماره لوین
سازگاری فردی و اجتماعی	2/86	0/075	0/066
دشواری تنظیم هیجان	0/136	0/633	0/938
اهمال کاری تحصیلی	0/977	0/064	0/411

طبق نتایج یافته‌های جدول ۳، با توجه به عدم معنی داری آزمون‌های خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون تمام مفروضه‌های تحلیل کواریانس رد نشده‌اند. برای بررسی فرض بهنجار بودن توزیع نمره‌های متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای آزمودن بهنجاری توزیع نمره‌های سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول 3 نمایش داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بهنجاری توزیع نمره‌های سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی در سه گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس آزمون

گروه	شاخص‌های آماری	
	متغیر	Z
درمان مبتنی بر شفقت	سازگاری فردی و اجتماعی	0/201
	دشواری تنظیم هیجان	0/164
	اهمال‌کاری تحصیلی	0/117
گروه کنترل	سازگاری فردی و اجتماعی	0/158
	دشواری تنظیم هیجان	0/186
	اهمال‌کاری تحصیلی	0/112

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، با توجه به سطح معنی داری در گروه‌های آزمایشی و کنترل در آزمون کولموگ-سمنوف، فرض بهنجاری توزیع نمره‌های متغیرها در جامعه مورد پژوهش رد نشده است. جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
سازگاری فردی و اجتماعی	پیش آزمون	2/36	1	2/36	0/205	0/65	0/08	0/07
	گروه	9400/83	2	4700/41	73/40	0/001	0/731	0/854
	خطا	300/17	16	18/76				
دشواری تنظیم هیجان	پیش آزمون	0/036	1	0/036	0/205	0/63	0/002	0/002
	گروه	25598/44	2	12799/22	73/54	0/001	0/731	0/854
	خطا	410/93	16	25/68				
اهمال‌کاری تحصیلی	پیش آزمون	0/023	1	0/023	0/205	0/65	0/008	0/07
	گروه	12204/85	2	6102/42	169/16	0/001	0/862	0/990
	خطا	428/960	16	26/81				

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر سازگاری فردی و اجتماعی ($F=73/40$ و $P<0.01$)، دشواری تنظیم هیجان ($F=73/54$ و $P<0.01$) و اهمال‌کاری تحصیلی ($F=169/16$ و $P<0.01$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی) بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و کنترل طبق فرض اول تا سوم تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

بحث

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در دانش آموزان دختر دارای نشانه های اختلال نافرمانی مقابله دوره دوم متوسطه شهر رامهرمز بود. همان طور که در جدول 4 ملاحظه شد، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در سازگاری فردی و اجتماعی معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری فردی و اجتماعی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های قاسم زاده، معتمدی و سهرابی (ghasem zadeh, motamedi. & sohrabi 2019)، سعادت، رستمی و دربانی (Saadati, Rostami & Darbani, 2017)، ابرونز و لد و مارشال و همکاران (Ironz & Ladd, 2015; Marshal et al., 2017) هماهنگ است. در تبیین این یافته می توان گفت، که زمانی که افراد حس مهربانی را در خود درونی می کنند برای تمامی رفتارهای مقابلی که نسبت به آنها وجود دارد رویکرد محبت آمیز و مهربانانه خواهند داشت. درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می کند و هیجانات و نگرش های منفی از جمله انتقام گرفتن را از فرد دور می کند، در این رویکرد هیجانات منفی کاهش پیدا می کند و هیجانات مثبت جایگزین خواهد شد. بنابراین بر اساس این خودتنظیمی هیجانی، گذشت فرد افزایش پیدا می کند. تبیین دیگر این یافته بر اساس نقش درمان متمرکز بر شفقت در افزایش جرأت مندی و بازطراحی معیارهای فردی توجیه پذیر است. وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند. بنابراین، افرادی که آموزش مبتنی بر شفقت دریافت می کنند در تجربه وقایع ناخوشایند، احساسات منفی کمتری را تجربه می کنند و سازگاری فردی و اجتماعی بیشتری را پیدا می کنند. در این راستا ابرونز و لد (Ironz & ladd, 2017) معتقدند که افراد به کمک درمان متمرکز بر شفقت، نسبت به گذشته جرأت مندتر شده و می توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهند و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را بازطراحی کنند که مستلزم سختی و آزار نباشند؛ بنابراین، افزایش سازگاری دور از انتظار نیست.

همان طور که در جدول 4 ملاحظه شد، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در دشواری تنظیم هیجان معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که درمان مبتنی بر شفقت بر دشواری تنظیم هیجان مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های، دشت بزرگی (Dashtbozorgi, 2018)، گودینگ و همکاران (Gooding et al, 2019)، دانسون (Downson, 2015) و دیمینوف (Diminof, 2014) هماهنگ است. در تبیین نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است آزمودنی ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی های فردی در رویارویی با موقعیت ها، با تمرکز مثبت و برنامه ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگاران هیجان نیز باعث می گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان های خود را مدیریت کنند و این سازمان دهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از زندگی افراد را ارتقا می دهد. می توان گفت که در همین راستا نف (Neff, 2003) بیان می کند که هشیاری،

قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل نظم جویی هیجانی را بهبود بخشد (Dashtbozorgi, 2018).

همان‌طور که در جدول 4 ملاحظه شد، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت بر اهمال‌کاری تحصیلی مؤثر بوده است. این یافته هم‌راستا با نتیجه پژوهش سیدی (Seidi, 2014)، فونگ و کای (Fong & Cai, 2019) و فلچر و همکاران (Fletcher, et al, 2019) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت، احساس بدون قضاوت و متعادل‌ی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به دانش‌آموزانی که دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند و از اهمال‌کاری تحصیلی رنج می‌برند باعث می‌شود که آنها احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنها می‌شود و در نتیجه اهمال‌کاری آنها کاهش می‌یابد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است؛ علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. افزون بر آن، اصلاح و تقویت خود شفقتی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است. وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر اهمال‌کاری تحصیلی غلبه نمایند. بنابراین، افرادی که آموزش مبتنی بر شفقت دریافت می‌کنند در تجربه وقایع ناخوشایند تحصیلی، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و خودکارآمدی تحصیلی بیشتری را پیدا می‌کنند (Seidi, 2014).

این پژوهش مانند اکثر پژوهش‌هایی که در علوم رفتاری صورت می‌گیرد با محدودیت‌های همراه بود که شناخت آنها جهت انجام پژوهش‌های بعدی و تلاش برای کاهش یا رفع این محدودیت‌ها منطقی به نظر می‌رسد. از آنجایی که این پژوهش بر روی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر رامهرمز انجام شده، لذا در تعمیم نتایج به سایر دانش‌آموزان دختر و پسر در سایر شهرها، احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین در این پژوهش به نقش عوامل

فرهنگی بر متغیرهای مورد نظر پرداخته نشده است، زیرا عامل فرهنگ بر سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری در تنظیم هیجانی و اهمال کاری تحصیلی اثر می‌گذارد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با دوره پیگیری برای مشخص نمودن میزان ماندگاری تأثیر درمان مبتنی بر شفقت در بهبود سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری در تنظیم هیجانی و اهمال کاری تحصیلی اجرا شود و همچنین اثر بخشی درمان مبتنی بر شفت روی سازگاری فردی و اجتماعی، دشواری در تنظیم هیجانی و اهمال کاری تحصیلی دانش آموزان پسر جداگانه انجام شود و نتایج با هم مقایسه شوند همچنین انجام تحقیقات مشابه در سایر شهرها و استان‌های کشور می‌تواند زمینه درمانی مناسبی برای دانش‌آموزان دارای نافرمانی مقابله‌ای فراهم آورد و پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مربوط به کمبود توانایی‌ها و مهارت‌های لازم می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که بر تکنیک‌های مؤثر ذهن آگاهی تأکید می‌کنند، به عنوان بخش اصلی برنامه درمانگران (مدیران و مشاوران مدرسه) پذیرفته شده و از افراد دارای صلاحیت حرفه‌ای برای ارائه درمان‌های یاد شده بهره گرفته شود. چرا که ارائه درمان‌های مؤثر می‌تواند تصورات قالبی و رفتار افراد جامعه را در راستای بهزیستی و همزیستی مسالمت آمیز تغییر دهد.

References

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 2(5), 211-221.
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim Health Sys Res*, 13(1), 11-18. [Persian].
- Abdi, A., & Mohammadi, D. (2000). A study of psychometric characteristics of SNAP-IV rating scale (parent form) in elementary school students in Isfahan, *The Journal of Cognitive and Behavioral Science*, 1(1), 15-31. [Persian].
- Drabick, D. A., Gadow, K. D., Loney, J. Sourcespecific. (2007). oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 92-101.
- Downson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 -274.
- Diminof, L. (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal Anxiety Disorder*, 11(5), 279-315.
- Dashtbozorgi, Z. (2018). Effectiveness of self- compassion therapy on loneliness and emotion regulation of damaged women from marital infidelity. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(4), 72-79. [Persian].
- Desafiante, V. A. (2015). Development and Validation of the Social and Emotional Competencies Evaluation Questionnaire. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 5(2), 139- 147
- Fong, R. W., & Cai, Y. (2019). Perfectionism, self-compassion and test-related hope in Chinese primary school students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 28(4), 293-302.
- Fulk, B.M., Brigham, F.J., & Lohman, D. A. (2018). Motivation and self-regulation: A comparison of students with learning and behavior problems. *Remedial and Special Education*, 19(5), 300-309.
- Fletcher, K., Yang, Y., Johnson, S. L., Berk, M., Perich, T., Cotton, S. & Murray, G. (2019). Buffering against maladaptive procrastination in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of affective disorders*, 250(3), 132-139.
- Gilbert, P. (2015). Self-disgust, self-hatred, and compassion-focused therapy. *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust*, 5(5), 223-242.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.

- Ghasem zadeh, M., motamedi, A., & sohrabi, F. (2019). The effectiveness of Compassion Focused Therapy on improving social adjustment and Forgiveness in divorced women. *Women study*, 10(27), 117-139. [Persian].
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2019). All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British Journal of Pain*, 22(5), 13-34.
- Gratz, K. L., & Roemer, E. (2014). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 3(3), 22-51.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(5), 13-23.
- Ironz, A., ladd, J. L. (2017). Middle school student perceptions of school climate: examining protective functions on subsequent adjustment problems. *Journal of School Psychology*, 45(4), 293-309.
- Joukar, B., & Delavar pour, M. (2007). The relationship between educational procrastination and progress goals. *The Quarterly Journal of New Thoughts on Education*, 3(3), 61-80. [Persian].
- Kring, A. J. S., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology*. Washington: John Wiley & Sons.
- Khalatbari, J., & Azizzadeh, F. (2013). The effect of teaching life skills and coping with stress on the mental health of female students. *Knowledge and research in applied psychology*, 12(2), 27-12.
- Klark, J., Weissberg, R.P., Dymnicki, A. B., & Taylor, R. B. (1953). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A meta-analysis of school-based universal interventions collaborative for academic, social, and emotional learning (CASEL). *Journal of Child Development*, 82(7), 1, 405-432.
- Kashkooly, G. h. (2010). The investigation of the epidemiology of conduct disorder in primary students in Booshehr city. *Psychological Institution*, 31(4), 32-39 [Persian].
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Marshall, E. J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72.
- Mansouri, L. & Ghadampour, E. (2018). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Increasing Optimism and Self-compassion in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 14(3), 59-74. [Persian].
- Mousavi, A. (2009). Reduction of neuroinflammation in Epilepsy by using induced pluripotent stem (ips) cells-derived astrocytes. *Shefaye Khatam*, 2(2): 56-64.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, Self and Identity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(5), 92-94.
- Rezaei, F., Fakhraee, A., Farmand, A., Niloufari, A., Hashemi, A., & Shamloo, F. (1393). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, First Edition. Tehran: Arjmand Publications.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31(5), 503-509.
- Seidi, A. (2014). *The effectiveness of compassionate therapy on student procrastination*. Master Thesis, University of Kurdistan. [Persian].
- Soury nejad, M., Farhadi, M., & Kordnoughabi, R. (2016). The Explanation of Academic Procrastination Behavior of Students Based on Personality Traits and Parenting Styles. *Quarterly Journal of Family and Research*, 12(4), 7-26. [Persian].
- Saadati, N., Rostami, M., & Darbani, S. A. (2017). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Journal of family psychology*, 3 (2), 45-58. [Persian].
- Vitiello, A. J., & Williford, K. M. (2016). Parent Involvement as a predictor of teacher child relationship quality in third grade. *Journal of Early Education & Development*, 2(6), 845- 864.
- Warren, S., Smeets, C., & Neff, K. (2016). The putative neurodegenerative links between depression and Alzheimer's disease. *Prog Neurobiol*, 91(4), 362-75.