

اثربخشی آموزش خود - دلسوزی شناختی بر تاب آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

لیلا منصوری^۱، حسنعلی ویسکرمی^{۲*}، فاطمه رضایی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد ایران.
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش خود - دلسوزی شناختی بر تاب آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: طرح پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پایه دوم دوره متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. به منظور اجرای پژوهش ابتدا غربالگری انجام گرفت که ۳۰۲ شرکت کننده پرسشنامه نگرانی پس‌لوانیا را تکمیل نمودند و از میان آن‌ها ۴۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب گردید، سپس نمونه منتخب به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش خود - دلسوزی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه‌های تاب آوری و خودکارآمدی بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل کواریانس استفاده گردید.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن بود که گروه آزمایش افزایش معناداری را در تاب آوری ($P < 0.03$) و خودکارآمدی ($P < 0.05$) بعد از دریافت آموزش نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت آموزش خود - دلسوزی عامل تأثیرگذار مهمی بر افزایش تاب آوری و خودکارآمدی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

نشریه علمی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۳
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۱۱۱-۱۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۹

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 111-121

کلیدواژه‌ها: خود - دلسوزی شناختی، تاب آوری، خودکارآمدی، اختلال اضطراب فراگیر.

*Email: hveiskarami86@yahoo.com

مقدمه

حالی که افرادی که در انتهای سطح پایین تاب‌آوری هستند (بر روی پیوستار تاب‌آوری بالا و تاب‌آوری پایین) به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند این‌ها به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند [۱۱].

خودکارآمدی^۴ متغیر دیگری است که بر اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و موجب کاهش آن می‌شود [۱۲]. در چهارچوب رویکرد شناختی-اجتماعی، بندورا، خودکارآمدی را به عنوان برداشت‌هایی که فرد از توانایی‌های خویش در انجام یک تکلیف خاص دارد، به‌گونه‌ای که تکلیف مورد نظر مفید و مؤثر انجام شود یا سطح اعتمادی که یک فرد به توانایی خویش در انجام موفقیت‌آمیز برخی فعالیت‌ها دارد، تعریف کرده است [۱۳]. خودکارآمدی در عملی که فرد انتخاب می‌کند، میزان باورهای خودکارآمدی می‌توانند تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت روانی افراد داشته باشند [۱۴]. بنابراین ارتقای احساس کارآمدی خصوصاً در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی کمک می‌کند که احساسات ناخوشایند خود را بهتر مدیریت کنند و از پیامدهای زیان‌آور احتمالی جلوگیری نمایند [۱۵].

افراد، به طور کلی زمانی اضطراب را تجربه می‌کنند که معتقد باشند توانایی مدیریت وقایع استرس‌زا را ندارند [۱۶]. بارلو^۵ [۱۷] نیز بیان می‌کند که اضطراب بر ظرفیت‌های مهم افراد برای سازگار شدن و برنامه‌ریزی برای آینده تأثیر می‌گذارد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح پایین خودکارآمدی منجر به افزایش سطوح اضطراب می‌شود [۱۸]. تاریخ روان‌شناسی، سرشار از مفاهیمی است که در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری مطرح شده‌اند؛ همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه‌های جدید با عنوان «خود-دلسوزی»^۶ در روان‌شناسی مطرح شد. خود-دلسوزی شامل مراقبت کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است [۱۹].

دلسوزی به خود به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی نسبت به خویش^۷ در مقابل خودقضاوتی^۸، اشتراک انسانی^۹ در مقابل انزوا^{۱۰} و ذهن آگاهی^۱ در مقابل

از جمله رایج‌ترین مسائل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی اضطراب است که اغلب بر کنش‌های عاطفی فرد اثر می‌گذارد [۱]. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، احساس درماندگی و برانگیختگی می‌باشد و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود [۲]. اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره لازم است، اما اضطراب زیاد زیان‌های جدی بر ابعاد مختلف زندگی انسان وارد می‌آورد و سلامت فرد را به خطر می‌اندازد [۳]. در این میان اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی می‌باشد که پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (دی. اس. ام. پنچ، این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد رویدادهای مختلفی معرفی می‌کند که در اکثر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم داشته باشد. علائم اختلال اضطراب فراگیر شامل بی‌قراری، خستگی‌پذیری، مشکل در تمرکز یا فراموشی، تحریک‌پذیری، گرفتگی عضلانی و اشکال در خواب می‌باشد [۴].

از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر اختلال اضطراب فراگیر، تاب‌آوری^۳ می‌باشد [۵]. تاب‌آوری به وسیله پاسخ فرد به حوادث استرس‌زای زندگی و یا مواجهه مستمر با استرس مشخص می‌شود [۶]. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد [۷]. در واقع، تاب‌آوری می‌تواند همانند یک سپر بلا، فرد را در برابر خطر و آثار مواجهه با عوامل خطر حفظ کند [۸].

با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن اضطراب می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. تاب‌آوری با تعدیل و کم رنگ‌تر کردن عواملی چون اضطراب، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند [۹].

از نظر پژوهشگران افراد تاب‌آور، انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل رویدادهای آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفظ می‌کنند. افرادی که دارای تاب‌آوری بالا هستند چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از بر طرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردند [۱۰]، در

⁴ self-efficacy

⁵ Barlow

⁶ self-compassion

⁷ self-kindness

⁸ isolation

⁹ self-judgement

¹⁰ human common

¹ generalized anxiety disorder

² Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

³ resiliency

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که خود-دلسوزی پیش‌بین قدرتمندی برای تاب‌آوری است. اسمیت^۴ [۲۸] در پژوهش خود نشان داد که برنامه خود-دلسوزی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در افراد سالمند می‌شود. نتیجه پژوهش وی نشان داد افراد سالمندی که داری دلسوزی به خود پایینی بودند، استرس و افسردگی بالا و میزان شادکامی پایینی را گزارش نمودند. در حالی که سالمندانی که خود-دلسوزی بالایی داشتند، بهزیستی روانی بیشتری را نشان دادند. پریز-بلاسکو، سالس، ملندزو مایوردوم^۵ [۲۹] نیز نشان دادند که ذهن‌آگاهی و خود-دلسوزی موجب بهبود تاب‌آوری و همچنین موجب کاهش اضطراب در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. کواریلو^۶ [۳۰] در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که خود-دلسوزی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. هایتر و دورستین^۷ [۳۱] نیز در پژوهش خود نشان دادند که خود-دلسوزی با تاب‌آوری همبستگی مثبت دارد. در ارتباط با خودکارآمدی نیز نتایج پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از همبسته بودن خود-دلسوزی و خودکارآمدی است. چالرز^۸ [۳۲] در پژوهشی نشان داد که بین خود-دلسوزی با خودکارآمدی عمومی و منبع کنترل درونی همبستگی مثبت دارد. اسکیندر^۹ [۳۳] نیز در پژوهشی که بر روی ۳۹۰ دانشجوی اهل ترکیه انجام داد نشان داد که هیچ تفاوت جنسیتی از لحاظ خود-دلسوزی، خودکارآمدی و کنترل عقاید وجود ندارد. اما مهربانی با خود به‌طور مثبت و معنی‌داری با خودکارآمدی رابطه دارد و انزوا نیز با خودکارآمدی رابطه منفی دارد. در ایران تنها یک پژوهش در این زمینه صورت گرفته است. حسینی [۳۴] در پژوهش خود نشان داد که دلسوزی به خود موجب افزایش میزان خودکارآمدی و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان شده است.

بررسی پیشینه پژوهش حاکی از آن است که مطالعات پیرامون خود-دلسوزی، تاب‌آوری و خودکارآمدی به صورت همبستگی انجام شده است. اما پژوهشی که تأثیر آموزش خود-دلسوزی را بر تاب‌آوری و خودکارآمدی به طور همزمان بررسی کرده باشد، صورت نگرفته است. بنابراین در این پژوهش، مسئله فوق برای اولین بار مورد بررسی قرار گرفته است. لذا با توجه به مباحث نظری بالا و خلاص

همسان‌سازی افراطی^۲ تعریف شده است [۲۰]. امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. مهربانی با خود، درک خود، به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت به خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شوند و نه مکرراً ذهن را اشغال کنند. دلسوزی به خود بالاتر با اضطراب و افسردگی پایین‌تر [۲۰ و ۲۱] همبسته است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان دلسوزی به خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی کمتر است [۲۲]. بنابراین دلسوزی به خود یک پیشگوی قدرتمند برای سلامت روانی است و بر کاهش اضطراب تأثیر می‌گذارد [۱۹]. تیرچ^۳ [۲۳] در پژوهشی نشان داد که درمان خوددلسوزی باعث کاهش نگرانی و ترس در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. از آنجا که خوددلسوزی به عنوان مراقبت کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها تعریف شده است [۱۹]، فردی که نسبت به خود، دلسوزی دارد تلاش می‌کند تا خود را از تجربه رنج محافظت کند که این باعث بروز رفتارهای سازش‌یافته در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی می‌شود و از آنجا که تاب‌آوری، سازگاری مثبت با شرایط ناگوار است، می‌توان گفت، تاب‌آوری بعد ارزیابی عاطفی و هیجانی خود-دلسوزی به حساب می‌آید. بنابراین افراد تاب‌آور نسبت به خود مهربان‌تر هستند و احساسات مشترکی را با دیگران به اشتراک می‌گذارند [۲۴]. همچنین، خود-دلسوزی تعدیل‌کننده بسیاری از نشانه‌ها و افزایش خودکارآمدی می‌باشد [۲۵]. از نظر بک (۱۹۸۳)، عقاید و نگرش‌های منفی در مورد خود، بخش اصلی تغییرات به شمار می‌رود و از طریق درمان مبتنی بر خود-دلسوزی شناختی، افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار گیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن عقایدی از قبیل باورهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود [۲۶] و به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند که این مساله منجر به خودکارآمدی بهتر آنان می‌گردد [۲۷].

⁴ Smith

⁵ Perez-Blasco, Sales, Melendz & Mayordomo

⁶ Kurilova

⁷ Hayter & Dorstyn

⁸ Charles

⁹ Iskender

¹ mindfulness

² over-identification

³ Tirsch

مختلف) و افزایش اعتبار بیرونی، ۴۰ دانش‌آموز دارای اضطراب فراگیر (برای هر گروه ۲۰ نفر) به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه به صورت گروهی تحت آموزش خود-دلسوزی شناختی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون به عمل آمد. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم افزار اس. پی. اس. اس^۱ نسخه بیست و دوم داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کواریانس چند متغیره محاسبه گردید.

ابزارهای پژوهش

۱) مصاحبه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر^۲: این مصاحبه توسط کافمن، بیرماهر، برنت^۳ و همکاران [۳۶] تدوین شده است و برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب شناختی روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان ۱۷-۶ ساله بر پایه معیارهای دی. اس. ام. سه. آر^۴ و دی. اس. ام. چهار^۵ به کار می‌رود. کافمن و همکاران ضریب پایایی ابزار را به روش بازآزمایی در فاصله ۱ تا ۵ هفته برابر با ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین همبستگی درونی این ابزار با اضطراب بک ۰/۹۰ گزارش شد [۳۶]. در ایران نیز روایی و پایایی نسخه فارسی روی ۱۰۲ نفر از جمعیت بالینی بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تأیید شده است. برای بررسی روایی همزمان ابزار از طریق مقایسه آن با معیارهای بالینی از ضریب توافق کاپا استفاده شد که مقدار آن از ۰/۲۵ تا ۰/۸۷ گزارش گردید. همچنین پایایی ابزار نیز به روش بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شد [۳۷].

۲) پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا^۶: یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است که توسط مولینا و بورکویک^۷ [۳۸] تهیه شده و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به

پژوهشی موجود، در این پژوهش قصد داریم به این سؤال پاسخ دهیم که آیا آموزش خود-دلسوزی شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر ایزه تأثیر دارد؟

روش

نوع پژوهش

طرح کلی این پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت آن، طرح آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر ایزه در سال ۹۵-۱۳۹۴ به تعداد ۱۴۱۱ نفر بود.

ب) نمونه آماری: نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام گرفت.

۱) مرحله شناسایی: در این مرحله ۳۰۲ نفر با استفاده از روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب گردید. به این صورت که از میان مدارس متوسطه شهرستان مذکور (۲۸ مدرسه)، ابتدا ۵ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شد و سپس از هر مدرسه دو کلاس پایه دوم به تصادف انتخاب گردید و سپس پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا در بین تمامی اعضای آن کلاس‌ها توزیع گردید؛ که از میان آنان ۷۶ نفر در آزمون نمره بالاتر از میانگین را کسب نمودند و مورد شناسایی قرار گرفتند.

۲) مرحله انتخاب آزمودنی‌ها: در این مرحله از میان دانش‌آموزانی که شناسایی شده بودند، ۵۲ نفر حاضر به همکاری شدند و تحت مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته اختلالات خلقی، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL) قرار گرفتند، سپس از میان آنان، دانش‌آموزانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی دارای اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شدند ۴۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب گردید. سپس ۴۰ نفر منتخب به صورت تصادفی ساده به دو گروه بیست‌تایی آزمایش و گواه تقسیم شدند.

با عنایت به اینکه طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداکثر ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود [۳۵]، اما در پژوهش حاضر به دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها (به دلایل

^۱ SPSS

^۲ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children (K-SADS-PL)

^۳ Kauffman, Birmaher & Brent

^۴ DSM-III-R

^۵ DSM-IV

^۶ Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

^۷ Molina & Borkovec

اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۲ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش، روش اجرا به این صورت بود که ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم، در مرحله اول انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا به منظور شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در بین ۳۰۲ نفر اجرا شد که از میان آنان، ۷۶ دانش‌آموز که نمره بالاتر از میانگین را کسب نموده بودند مورد شناسایی قرار گرفتند و در مرحله دوم از آنان جهت انجام مصاحبه دعوت به عمل آمد که از این تعداد تنها ۵۲ نفر حاضر به همکاری گردیدند و در نهایت ۴۰ نفر از شرکت‌کنندگانی که بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته ملاک‌های تشخیص را داشتند، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هر گونه اختلال روان‌پریشی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم شرکت در هرگونه مداخله درمانی، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم بودن و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه، شرکت در هر گونه مداخله درمانی، ابتلای همزمان به اختلال‌های همبود نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، عقب ماندگی ذهنی، عدم تمایل به ادامه درمان. سپس بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. جلسات آموزش خود-دلسوزی شناختی برای گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه، به مدت ۲ ماه به صورت گروهی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون به عمل آمد پروتکل درمانی به کار رفته در این پژوهش با الهام از بسته آموزشی گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی [۴۳] انجام گرفت. مداخله درمان طبق مراحل زیر روی آزمودنی‌ها صورت گرفت:

جلسه اول: آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی، تمرین تنفس آرامبخش ریتمیک.

جلسه دوم: آشنایی اعضا با نوع برخورد با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خودانتقادی، بیان علل و پیامدهای آن.

جلسه سوم: آموزش در جهت پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات انجام، تمرین قدرانی از

کار می‌رود. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروه‌های بالینی و عادی بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ و ضرایب پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (مولینا و بورکویک، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی در یک نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ بوده است. همچنین همبستگی معنی‌دار نمرات آن با نمرات اضطراب صفت و افسردگی بیانگر روایی همگرایی آن بوده است ($r=0/68, P<0/01$) [۳۹]. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

۳) مقیاس تاب‌آوری^۱: این مقیاس توسط کونور و دیویدسون [۸] ساخته شده است و دارای ۲۵ گویه می‌باشد این مقیاس سازه تاب‌آوری را بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = کاملاً درست) می‌سنجد. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۱۰۰-۲۵ است که محمدی [۴۰] آن را برای استفاده در ایران ترجمه نمود. وی مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن را با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه نمود و روایی آن را به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ تأیید کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

۴) مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر^۲ و همکاران [۴۱]: این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. بختیاری‌براتی برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر^۳، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کراون و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود [۴۱]. کرامتی و شهرآرای [۴۲] ضریب پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. پایایی آزمون در پژوهش حاضر نیز بر

¹ resilience inventory scale (CD-RISC)

² Sherer

³ Rutter

خود.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات تاب‌آوری و خودکارآمدی گروه آزمایش بعد از مداخله در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. به منظور بررسی اثربخشی مداخله آموزشی از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. بنابراین، لازم بود در ابتدا پیش‌فرض‌های مورد نیاز این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک متغیرهای وابسته معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار می‌باشد. همچنین، نتایج ام باکس و آزمون لوین معنی‌دار نبود که این یافته‌ها نیز به ترتیب حاکی از برقراری پیش‌فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات تاب‌آوری و خودکارآمدی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	F	DF	sig
تاب‌آوری	۱/۱۰	۲۰	۰/۱۷
خودکارآمدی	۰/۶۳	۲۰	۰/۸۱

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار نبود و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمامی متغیرها تأیید گردید. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

متغیر	Df1	DF2	F	sig
تاب‌آوری	۱	۳۸	۱/۱۰	۰/۲۹
خودکارآمدی	۱	۳۸	۰/۷۹۰	۰/۳۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای متغیرها رعایت شده است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های لازم، تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود که برای ارزیابی آن از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج آن $M=(۳۲)$ ، $df1=۳$ ، $df2=۲۵۹۲۰/۰۰$ ، $f=۰/۷۲۹$ ، $sig=۰/۵۳$ می‌باشد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جلسه چهارم: آموزش در جهت پذیرش تغییرات پیش‌رو، آموزش توانایی تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز، آموزش ذهن‌آگاهی و مهارت‌های آن.

جلسه پنجم: آشنایی با چگونگی رشد احساسات ارزشمند و متعالی، آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند به منظور داشتن برخورد مناسب و کارآمد با محیط، بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت نفس پایین.

جلسه ششم: تمرین تصویرپردازی ذهنی، (تصویر رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌ورز).

جلسه هفتم: آشنایی با نقش خود-شفقتی در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌ها، آشنایی با صفات خودشفقتی، آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر.

جلسه هشتم: آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده، (گفتگو بین خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود دلسوز یا شفقت‌گر).

جلسه نهم: آموزش نوشتن نامه‌نگاری خود-دلسوزانه.

جلسه دهم: دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره

اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای مقایسه نتایج اولیه پژوهش از روش‌های مختلف آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و برای بررسی میزان تأثیر مداخلات صورت گرفته و کنترل نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد و در نهایت برای انجام عملیات آماری از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس استفاده گردید.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری و خودکارآمدی به تفکیک گروه و مرحله

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون تاب‌آوری	آزمایش	۵۹/۱۵	۱۱/۶۸
	گواه	۶۶/۰۵	۱۵/۰۹
پیش‌آزمون خودکارآمدی	آزمایش	۴۶/۱۰	۷/۴۱
	گواه	۴۶/۹۵	۵/۰۹
پس‌آزمون تاب‌آوری	آزمایش	۷۳/۲۰	۸/۶۶
	گواه	۶۵/۱۵	۱۱/۴۲
پس‌آزمون خودکارآمدی	آزمایش	۵۲/۳۰	۵/۷۵
	گواه	۴۶/۱۵	۷/۴۰

جدول ۴. تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون

آزمون	ارزش	F	خطا DF	معناداری	اندازه اثر
اثربخشی	۰/۲۸۵	۶/۹۶	۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۸
لامبدای ویلکز	۰/۷۱۵	۶/۹۶	۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۸
اثربخشی	۰/۳۹۸	۶/۹۶	۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۹۸	۶/۹۶	۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۸

مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۸ است یعنی ۲۸ درصد از تفاوت‌های فردی مربوط به نمرات تاب‌آوری و خودکارآمدی مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بر میانگین نمره‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی در پس‌آزمون

متغیر	مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۱۴/۷۸	۱	۶۱۴/۷۸	۶/۷۲	۰/۰۱	۰/۱۵
	عضویت گروهی	۹۴۷/۴۷	۱	۹۴۷/۴۷	۱۰/۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۲
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۱/۰۴	۱	۱۱/۰۴	۰/۲۴۵	۰/۶۲	۰/۰۰۷
	عضویت گروهی	۴۰۶/۷۰	۱	۴۰۶/۷۰	۹/۰۲	۰/۰۰۵	۰/۲۰

می‌پذیرند [۴۵].

علاوه بر این، آن‌ها در کنترل رفتارهای تکانشی خود در زمان‌های استرس و اضطراب توانایی بیشتری دارند و مشکلات کمتری را تجربه می‌کنند. بدین طریق واکنش‌های مطلوب به وقایع استرس‌زا افزایش می‌یابد [۴۶].

خود-دلسوزی بالا با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از فرد در مقابل استرس حمایت می‌کند [۱۸]. شواهد نشان می‌دهد که افرادی که از خود-دلسوزی بالاتری برخوردارند، افسردگی و اضطراب کمتری را در موقعیت‌های چالش‌انگیز تجربه می‌کنند [۲۰ و ۴۵]. همچنین افراد خود-دلسوز در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند و وقتی از آنها خواسته می‌شود که تجربیات شکست خود را به یاد بیاورند از خودارزیابی هیجانی و منفی پایین‌تری استفاده می‌کنند [۱۸]. نتایج مطالعات بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، خود-دلسوزی با سلامت روانی بهتر همراه است [۴۶]. همچنین آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش مهارت‌های خود-دلسوزی صورت می‌گیرند، می‌توانند در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشند [۴۷ و ۴۸]. برخی از پژوهشگران نیز معتقدند، خود-دلسوزی یک راهبرد مقابله‌ای است که به افراد کمک می‌کند تا با وقایع منفی زندگی خود روبه‌رو شوند [۴۹].

یافته دیگر پژوهش این بود که آموزش خود-دلسوزی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کواریانس چندمتغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای تاب‌آوری و خودکارآمدی دو گروه در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد که آموزش خود-دلسوزی شناختی توانسته است به طور معناداری موجب افزایش تاب‌آوری (F=۱۰/۳۶, P<۰/۰۰۳) و خودکارآمدی (F=۹/۰۲, P<۰/۰۰۵) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر ایذه بود. نتایج نشان داد که آموزش خود-دلسوزی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر بوده و موجب افزایش آن در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (جدول ۵). این یافته با نتایج پژوهش‌های [۲۸ و ۲۹]، [۳۰ و ۳۱] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که تمرکز بر حالت‌های ذهنی مثبت مانند دلسوزی به خود و همدردی موجب افزایش تاب‌آوری و ارتقا سلامت فرد در مقابل اضطراب و افسردگی و همچنین رویدادهای استرس‌زا می‌شود [۴۴]. خود-دلسوزی موجب تسهیل تاب‌آوری در افراد می‌شود. افرادی که دلسوزی به خود بیشتری دارند، وضوح هیجانی بیشتری دارند و مشکلات هیجانی را بیشتر

برای پذیرش فرصت‌ها برای رشد شخصی و انجام کارهایی که ممکن است به طریق دیگری امکان‌پذیر نباشند، ترغیب می‌کند [۵۵].

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله پیگیری بود تا بتوان اثر روش آموزشی را در درازمدت مورد بررسی قرار داد. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های پژوهش در تعمیم یافته‌های آن به پسران و دیگر فرهنگ‌ها و مقاطع سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

منابع

- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2). PP. 91-113.
- Muller-Pinzler, L., Gazzola, V., Keysers, C., Sommer, J., Jansen, A., Frässle, S., & Krach, S. (2015). Neural pathways of embarrassment and their modulation by social anxiety. *Neuroimage*, 119. PP. 252-261.
- نجومی، مرضیه؛ صادقی عابدینی، مرتضی، و رضوان طلب، رضا. (۱۳۸۱). بررسی شیوع اضطراب در معلمان مقطع دبیرستان شهر تهران. فصلنامه پایش، ۱ (۳)، صص. ۴۷-۵۳.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Charney, D. S. (2003). The psychobiology of resilience and vulnerability to anxiety disorders: implications for prevention and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 5(3). PP. 207.
- Perkins, D. F. & Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28. PP. 547-63.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30(1). PP. 53-60.
- رمضانی، فریدون و حجازی مسعود. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت روانی، تاب‌آوری و سرسختی روانی در افراد ورزشکار و

موجب افزایش خودکارآمدی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۳۲]، [۳۳] و [۳۴] همخوانی دارد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند هیجان‌های منفی مانند اضطراب، به خودکارآمدی افراد آسیب می‌رساند [۵۰ و ۵۱]. در پژوهشی نشان داده شد که اگر اضطراب بالا باشد، خود-دلسوزی در افراد با خودکارآمدی ضعیف، پایین خواهد بود و افرادی که دارای حس دلسوزی به خود بالایی هستند در زمان مواجهه با عامل اضطراب‌زا خودکارآمدی بالایی را از خود نشان می‌دهند. یعنی با وجود اضطراب، کارآمدی خود را به میزان بالایی حفظ می‌کنند. افراد دارای خود-دلسوزی بالا به احتمال بیشتری در زمان اضطراب با خود مهربان هستند و تجربه اضطراب خود را به عنوان یک عامل مشترک میان انسان‌ها، می‌پذیرند [۵۲]. افراد با مهربانی به خود، اضطرابشان را تنظیم می‌کنند و این فرض را که ممکن است اضطراب در خودکارآمدی آنها تأثیر بگذارد را کاهش می‌دهند. تعجب آور نیست که افراد با خود-دلسوزی بالا بیشتر از افراد معمولی توانایی انجام یک تکلیف خاص را داشته باشند. چنین شخصی با مهربانی به خود، به احتمال بیشتری حمایت هیجانی لازم را برای ایجاد و حفظ خودکارآمدی در خود به وجود می‌آورد. افراد دارای خود-دلسوزی درک می‌کنند که بیشتر از افراد دیگر در انجام تکالیف توانا هستند و دشواری به نداشتن توانایی دلالت ندارد و در نهایت فردی که آگاهانه از هیجانانگش آگاه است و با آنها همسان‌سازی افراطی نمی‌کند، در مورد توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود دیدگاه روشن‌تری دارد [۳۲].

افراد ممکن است اضطراب را زمانی تجربه نمایند که بدانند توانایی پیش‌بینی، کنترل یا حفظ نتایج مطلوب را در شرایط خاص ندارند. در حالی که افرادی که معتقدند توانایی کنترل رویدادهای تهدیدکننده را دارند، کمتر با افکار مزاحم درگیر می‌شوند [۱۷]. با این وجود، افرادی که معتقدند نمی‌توانند رویدادهای تهدیدکننده را کنترل نمایند ممکن است میزان بالایی از اضطراب را تجربه نمایند [۵۳]. اضطراب ممکن است منبع خودکارآمدی ضعیف در افراد باشد. نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از این است که خود-دلسوزی بالا موجب تقویت خودکارآمدی در افراد مضطرب می‌شود [۵۴]. افراد خود-دلسوز قادر به تجربه خطرپذیری بیشتری هستند، آنها کنجکاوی بیشتری در مورد زندگی دارند و در زمان روبه رو شدن با سختی‌ها و ناملازمات زندگی انعطاف‌پذیری بیشتری دارند [۲۱ و ۵۵]. حس کارآمدی که از طریق خود-دلسوزی ایجاد می‌شود، افراد را

- 20- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2). PP. 85-101.
- 21- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*, 52(4). PP. 211-214.
- 22- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2). PP. 142-154.
- 23- Tirch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion-focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38. PP. 6-29.
- ۲۴- یزدانی، محمدرسول، مؤمنی، خدامراد. (۱۳۹۵). نقش سبک زندگی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سلامت روان و خودشفقت-ورزی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه در سال ۱۳۹۳. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، ۲(۵)، صص. ۱۲۴-۱۱۵.
- 25- Halifax, J. (2011). The precious necessity of compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1). PP. 146-153.
- 26- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2). PP. 272.
- ۲۷- شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری‌کیوی، حسین و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی ادراک شده زنان سرپرست خانوار تحت سرپرستی کمیته امداد خمینی (ره). *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۲(۵)، صص. ۱۹-۱۳.
- 28- Smith, J. L. (2015). Self-Compassion and Resilience in Senior Living Residents. *Seniors Housing & Care Journal*, 23(1). PP. 16-31.
- 29- Perez-Blasco J, Sales A, Meléndez JC, Mayordomo T. (2016). The Effects of Mindfulness and Self-compassion on Improving the Capacity to Adapt to Stress Situations in Elderly People Living in the Community. *Clinical Gerontologist*. 39(2). PP. 90-103.
- 9- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums*, 11(12). PP. 5-12.
- ۱۰- مؤمنی، خدامراد و علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۲)، صص. ۳۲۰-۲۸۹.
- 11- Meece, J. L., Glienke, B. B. & Burg, S. (2006). Gender and Motivation, *Journal of School Psychology*, 44. PP. 351-373.
- 12- Stanley, M. A., Novy, D. M., Hopko, D. R., Beck, J. G., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2002). Measures of self-efficacy and optimism in older adults with generalized anxiety. *Assessment*, 9(1). PP. 70-81.
- ۱۳- حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ طاهر، محبوبه؛ فلاح‌نژاد، سیده-زینب، و سیدنوری، سیده زهرا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی، روان-شناسی بالینی و شخصیت، ۱۴(۱)، صص. ۴۲-۳۳.
- ۱۴- عسگری‌ماهانی، مریم؛ سلیمانی، لاله؛ ظفرنیا، نیلوفر، میری، سکینه. (۱۳۹۴). *مجله توسعه در پرستاری و مامایی*، ۱۲(۲)، صص. ۲۹-۳۷.
- 15- Tahmassian, K., & Jalali Moghadam, N. (2011). Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2). PP. 91-98.
- 16- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- 17- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11). PP. 1247-1263.
- 18- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*, 32(2). PP. 337-348.
- 19- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1). PP. 139-154.

- ۴۰- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- 41- Sherer, M., Maddux, J., & Mercandante S., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2). PP. 663-671.
- ۴۲- کرامتی، هادی و شهرآرای، مهرناز (۱۳۸۳). بررسی نقش خودکارآمدی ادراک شده در عملکرد ریاضی. *مجله علوم انسانی، نوآوری‌های آموزشی*، ۴ (۱)، صص. ۱۱۵-۱۰۳.
- ۴۳- گل‌پور، رضا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش خود دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶ (۱)، صص. ۶۵-۵۴.
- 44- Hart, T. (2007). *Interiority and education: Exploring the neuro-phenomenology of contemplation and its potential role in learning*. Published by the Impact Foundation, available online at www.theimpactfoundation.org.
- 45- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (5). PP. 887-904.
- 46- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5). PP. 480-491.
- 47- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77. PP. 23-50.
- 48- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- 49- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15. PP. 199-208.
- 50- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2). PP. 107-118.
- 30- Kurilova, J. (2013). *Exploration of Resilience in Relation to Mindfulness, Self-Compassion, and Attachment Styles*. Doctoral dissertation, University of Calgary.
- 31- Hayter, M. R., & Dorstyn, D. S. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal cord*, 52(2). PP. 167-171.
- 32- Charles, L. (2010). *Mindfulness, Self-Compassion, Self-Efficacy, and Locus of Control: Examining Relationships between Four Distinct but Theoretically Related Concepts*.
- 33- Iskender M (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social behavior and personality: 37(5)*. PP. 711-72.
- ۳۴- حسینی، فاطمه‌سادات. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی به شیوه گروهی بر خودکارآمدی و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۳۵- دلاور، علی. (۱۳۸۶). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
- 36- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7). PP. 980-988.
- 37- Shahrivar, Z., Kosha, M., Moallemi, SH., Tehrani-Dost, M. (2010). Alaghband-rad J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- and Schizophrenia- Present and Life-time. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2). PP. 97-102.
- 38- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics.
- ۳۹- دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد، و سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱ (۴)، صص. ۶۷-۷۵.

- 51- Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50. PP. 54-65.
- 52- Wilkerson, K. (2009). An examination of burnout among school counselors guided by stress-strain-coping theory. *Journal of Counseling & Development*, 87. PP. 428-437.
- 53- Tsai, P. C. (2015). Trainee's anxiety and counseling self-efficacy in counseling sessions. Graduate Theses and Dissertations .Iowa State University.
- 54- Levitt, D. H. (2001). Active listening and counselor self-efficacy: Emphasis on one microskill in beginning counselor training. *The Clinical Supervisor*, 20. PP. 101-115.
- 55- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York, NY: HarperCollins.