

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

سعید پورعبدل^۱

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. این پژوهش به شیوه‌ی آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص مرکز ناتوانی یادگیری تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ در شهر تهران در دوره‌ی متوسطه-ی اول مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۰ دانش‌آموز پسر دارای اختلال یادگیری خاص بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۲۰ نفر برای هر گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده است ($P < 0/05$). بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد همچنان که در گیرودار مدیریت چالش‌های دشواری هستند، با خود مهربان باشند و از خود مراقبت کنند و با مهربانی، شجاعت و خردمندی از خود حمایت کنند. درمان متمرکز بر شفقت با آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری خود را تغییر دهند.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، بهزیستی اجتماعی، اختلال یادگیری خاص

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران

(saeed.pourabdol@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۹۸/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱۴

DOI: 10.22098/JLD.2019.832

مقدمه

بر طبق تعریف قانون آموزش و پرورش افراد ناتوان، ناتوانی یادگیری، اختلال در یک یا چند روند روان‌شناختی اساسی است که مشتمل بر درک زبان یا کاربرد آن می‌شود. این اختلال به صورت ناتوانی در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن یا محاسبات ریاضی ظاهر می‌شود (مک لین، کلمن، تاکر و تامپسون^۱، ۲۰۱۱؛ به نقل از نریمانی، خشنودنیای چماچائی، زاهد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5) اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده است و اختلال خواندن، اختلال نوشتن و اختلال ریاضی که هر یک قبلاً یک اختلال مستقل و مجزا محسوب می‌شدند، اکنون به عنوان یک مشخص‌کننده در اختلال یادگیری خاص گنجانده شده است؛ یعنی از این به بعد روان‌پزشکان یا روان‌شناسان بالینی نخواهند گفت که این کودک به اختلال خواندن مبتلاست در عوض خواهند گفت که به اختلال یادگیری خاص با مشخص‌کننده‌ی خواندن مبتلاست (گنجی، ۱۳۹۲؛ به نقل از نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۵). شیوع اختلال یادگیری خاص در حوزه‌ی خواندن، نوشتن و ریاضیات ۵ الی ۱۵ درصد کودکان دبستانی زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف را در برمی‌گیرد. شیوع آن نامعلوم است ولی حدود ۴ درصد حدس زده می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳؛ به نقل از نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۵).

یکی از متغیرهایی که احتمالاً به دلیل اختلال یادگیری خاص در دانش‌آموزان مختل می‌شود، بهزیستی اجتماعی^۳ این دانش‌آموزان است (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۴). امروزه، بهزیستی یا بهزیستی اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامتی، صرفاً عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی، سازگاری اجتماعی و چگونگی

1. Mcquillan, Coleman, Tucker & Thompson

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, (DSM-5)

3. Social well-being

تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیار ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (دهقان نژاد، حاج حسینی و اژه‌ای، ۱۳۹۶؛ صبحی قراملکی، حاجلو و محمدی، ۱۳۹۵؛ طاهر، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵). بسیاری از پژوهشگران، بهزیستی اجتماعی را تطابق و سازگاری اجتماعی فرد با محیط پیرامونش می‌دانند (محمدی فر، کاظمی و زارعی مته کلایی، ۱۳۹۵؛ پوررضوی و حافظیان، ۱۳۹۶؛ سلیمانی، زاهد بابلان، فرزانه و ستوده، ۱۳۹۰). کیزا^۱ (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی‌ای که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس بهزیستی اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند، می‌باشد؛ به‌عبارت‌دیگر، بهزیستی اجتماعی عبارت است از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۴). تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که کودکان دارای اختلال یادگیری در برقراری روابط اجتماعی و سلامت اجتماعی مشکل دارند. مطابق با یافته‌های برونو^۲ (۱۹۸۱) کودکان دارای اختلال یادگیری خاص در پیش‌گویی توالی رفتارها و انتخاب سلسله رفتارهای مطلوب و مناسب در برخورد با موضوعات مختلف نسبت به همسالان فاقد اختلال یادگیری دچار مشکل هستند. لاووی^۳ (۲۰۰۵) بیان می‌کند که احتمالاً ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی و بهزیستی اجتماعی، مهم‌ترین مشکل این گروه از دانش‌آموزان است چون این ناتوانی بر عملکرد حوزه‌های مختلف زندگی آنها اثر می‌گذارد. در همین راستا پژوهش راش‌کیند^۴ (۲۰۰۷) نشان داد که این دانش‌آموزان در شروع و تداوم دوستی مشکل دارند و همین مشکلات ممکن است به احساس تنهایی، عزت‌نفس پایین، افسردگی و دیگر مشکلات روانی و اجتماعی منجر شود. نریمانی و رجبی (۱۳۸۴) در پژوهشی نشان دادند که رفتارهای ضداجتماعی و

1. Keyes
2. Bruno
3. Lavoie
4. Raskind

پرخاشگری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری به‌طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزان عادی می‌باشد. ابوالقاسمی، رضایی جمالویی، نریمانی و زاهد بابلان (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی نشان دادند که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری و دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین نسبت به دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی متوسط و بالا در شایستگی اجتماعی نمرات کمتری کسب می‌کنند. همچنین مطالعات زاهد، رجبی و امیدی (۱۳۹۱) نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کمتری دارند. نتایج پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد که بهزیستی اجتماعی در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص پایین است.

از جمله مداخله‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر باشد، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است. درمان متمرکز بر شفقت، توسط گیلبرت^۲ (۲۰۱۰) ایجاد گردید و درمانی چندوجهی است که بر پایه‌ی طیف وسیعی از درمان‌های شناختی- رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است؛ بنابراین بر توجه، استدلال و نشخوار ذهنی، رفتار، هیجان‌ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی تمرکز می‌کند (اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵). در این درمان، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین افراد می‌توانند در مرحله‌ی اول تجربه‌ی خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش مشفقانه‌ای^۳ به خود داشته باشند (گیلبرت، ۲۰۱۰). در این درمان، تأکید بر تجربه‌ی ناخوشایند و عدم سرکوب و یا اجتناب از آنهاست. فنون مختلف این مدل درمانی برای درونی‌سازی شفقت به خود شامل تصویرسازی، نوشتن نامه‌ی شفقت‌گونه به خود و یادگیری دانش روان‌شناختی شفقت به خود است (نوربالا، ۱۳۹۲). در تمرین‌های این مدل درمانی بر آرمیدگی، ذهن آرام و مشفق و توجه آگاهی تأکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش

1. Compassion focused therapy
2. Gilbert
3. Compassionate attitude

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

استرس و اضطراب نقش بسیاری دارد (نف^۱ و جرمر^۲، ۲۰۱۳). درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان‌های شناختی-رفتاری موجود اهمیت بیشتری به هیجانات مثبت در فرایند درمان می‌دهد. علاوه بر این بر بهبود نوع رابطه‌ی فرد با مشکلات روان‌شناختی نیز تمرکز دارد. در ده سال اخیر مطالعات مربوط به بررسی فواید شفقت، افزایش زیادی داشته است (فر، اسپریچر و آندروود^۳، ۲۰۰۹). در زمینه‌ی روابط و بهزیستی نیز شواهد پژوهشی خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد مراقبت کردن از دیگران، ابراز قدردانی و داشتن مهارت همدلی منجر به ایجاد روابط مثبت با دیگران می‌شود که این مسئله نیز به‌طور معناداری بهزیستی و سلامت جسم و روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاپوپو، برستون، شریدن و مک کلینتاک^۴، ۲۰۰۰، کوزولینو^۵، ۲۰۰۸، ۲۰۱۴). نف (۲۰۰۳) یکی از پیشگامان مطالعه درباره‌ی شفقت‌ورزی به خود بوده است. وی نشان داده است که شفقت به خود از عزت‌نفس متمایز است و بهتر از عزت‌نفس مؤلفه‌های بهزیستی را پیش‌بینی می‌کند (نف و ونک^۶، ۲۰۰۹). همچنین شفقت به خود به کنار آمدن با شکست‌های تحصیلی کمک می‌کند (نف، شیه^۷ و دجیتراک^۸، ۲۰۰۵؛ نیلی، اسکالرت، محمد، رابرتز و چن^۹، ۲۰۰۹). هاتچرسون، سپالا و گراس^{۱۰} (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که مراقبه‌ی کوتاه‌مدت مبتنی بر شفقت‌ورزی-مهربانی، احساس ارتباط اجتماعی و پذیرا بودن نسبت به غریبه‌ها را افزایش می‌دهد. لیتویت و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت باعث تغییر زیادی در سطوح افسردگی و عزت‌نفس، میزان متوسطی از تغییر مقایسه‌ی اجتماعی و آسیب روانی کلی می‌شود.

1. Neff
2. Germer
3. Fehr, Sprecher & Underwood
4. Cacioppo, Berston, Sheridan & McClintock
5. Cozolino
6. Vonk
7. Hsieh
8. Dejitterat
9. Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen
10. Hutcherson, Seppala & Gross
11. Laithwaite et al.

غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷) در پژوهش خود دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره‌ی اول دبیرستان مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته (۱۳۹۷) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر اثربخش است به طوری که درمان متمرکز بر شفقت در بعد سلامت جسمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشت. قدم‌پور و منصوری (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش میزان خوش‌بینی و شفقت به خود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. علاوه بر این، در حوزه‌ی مطالعاتی دیگر نیز نتایج پژوهش‌ها از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در سلامت کلی روان (سامرز- اسپیکرمن، ترومپر، شیروس و بوهلمایجر، ۲۰۱۸)، اضطراب و افسردگی (نایسروم، ۲۰۱۸)، اختلالات خوردن (کلی و ویسنیاسکی، ۲۰۱۷)، اضطراب اجتماعی (قراری، تجریشی، فرانی، بلغاری و فراهانی، ۲۰۱۸) حکایت دارد.

در مجموع با توجه به نقش بهزیستی اجتماعی در پیشرفت تحصیلی و اجتماعی این دانش‌آموزان و خلل آن در تداوم اختلال یادگیری خاص و همچنین اندک پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص این متغیر و درمان موردنظر بر روی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است: آیا درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت و عدم درمان به‌عنوان متغیر مستقل و بهزیستی اجتماعی (به

1. Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs & Bohlmeijer
2. Nyström
3. Kelly & Wisniewski
4. Gharraee, Tajrishi, Farani, Bolhari & Farahani

همراه مؤلفه‌ها) به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دو مرکز اختلال یادگیری شهر تهران بودند که برای بهبود ناتوانی‌های یادگیری مراجعه کرده بودند و در دوره‌ی متوسطه‌ی اول شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا از طریق نمونه‌گیری دسترس، ۴۰ نفر دانش‌آموز دارای اختلال یادگیری خاص که نمره‌ی پایینی در پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی کسب کردند از مراکز مذکور انتخاب شدند. سپس از این تعداد، ۲۰ نفر به‌عنوان گروه مورد آزمایش و ۲۰ نفر دیگر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب گردیدند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۸۱)، اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی، ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص (برای هر زیرگروه ۲۰ نفر) به‌عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل پسر بودن، اشتغال به تحصیل در دوره‌ی متوسطه‌ی اول، عدم مصرف داروی خاص، رضایت آگاهانه و داشتن هوش نرمال و ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری با درمانگر و عدم انجام تکالیف پیشنهاد شده، غیبت در جلسات درمانی به مدت بیش از سه جلسه، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و پیشامد یک مشکل خانوادگی تأثیرگذار از قبیل فوت یا طلاق والدین بود. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط کیز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری او از سازه‌ی بهزیستی اجتماعی تهیه شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده‌مقیاس «همبستگی اجتماعی^۲»، «انسجام اجتماعی^۳»، «مشارکت اجتماعی^۴»، «شکوفایی اجتماعی^۵» و «پذیرش اجتماعی^۶» می‌باشد. کیز طی دو مطالعه بر روی دو نمونه‌ی ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، با استفاده

1. Social well-being Questionnaire
2. Social integration
3. Social Coherence
4. Social contribution
5. Social actualization
6. Social acceptance

از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کاررفته در پرسشنامه‌ی خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. در این مقیاس، ۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به همبستگی اجتماعی، ۷ گویه عامل پذیرش اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل شکوفایی اجتماعی و ۶ گویه مربوط به انسجام اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای «کاملاً موافق=۵»، «موافق=۴»، «نظری ندارم=۳»، «مخالف=۲» و «کاملاً مخالف=۱» انجام می‌شود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره‌ای که به دست می‌آید به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که بعضی از گویه‌های خرده مقیاس‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش صفاری‌نیا و تبریزی (۱۳۹۱؛ به نقل از صفاری‌نیا، ۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که میزان رضایت‌بخشی است. همچنین در پژوهش حیدری و غنایی (۱۳۸۷؛ به نقل از صفاری‌نیا، ۱۳۹۱)، همسانی درونی از طریق محاسبه‌ی آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ و ضریب همبستگی به دست آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرد مقیاس‌های بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح $P < 0.01$ معنی‌دار است. علاوه بر این، اعتبار سازه‌ای آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی نشان داد که آزمون مورد استفاده، از ۵ عامل به نام‌های شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی اشباع شده است که سهم عامل نخست، بیشتر از دیگر عامل‌هاست (آقایوسفی، فتحی آشتیانی، علی‌اکبری و ایمانی‌فر، ۱۳۹۵).

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز، دانش‌آموزان دارای نمره‌ی پایین در پرسشنامه-ی بهزیستی اجتماعی توسط پژوهشگر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ضمن توجه این دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در دوره‌ی درمان این اختلال شرکت نمایند. همچنین اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. قبل از شروع روش‌های آموزشی، هردو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

آزمون مذکور بر روی آنها اجرا شد و از آنها خواسته شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی در روش درمانی، ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته بود و به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا گردید. پس از اتمام دوره‌ی آموزش، از دو گروه تحت درمان و کنترل، پس از آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از ابزار Spss و با روش آماری تحلیل کوواریانس (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معناداری برای این پژوهش ۰/۵ انتخاب شد.

نتایج

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته		مؤلفه		آزمایش				کنترل	
				پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
				SD	M	SD	M	SD	M
بهزیستی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	۲۰/۱۲	۳/۳۴	۲۸/۰۱	۳/۶۶	۲/۵۰	۱۸/۴۱	۱۷/۱۰	۲/۳۳
	پذیرش اجتماعی	۱۹/۱۰	۳/۴۴	۲۷/۵۸	۲/۹۸	۳/۰۲	۱۹/۸۲	۱۵/۲۱	۲/۴۷
	مشارکت اجتماعی	۱۸/۱۵	۲/۱۱	۲۴/۳۷	۳/۷۸	۲/۷۴	۱۷/۳۸	۱۷/۱۰	۲/۴۲
	انسجام اجتماعی	۱۷/۱۸	۲/۴۹	۲۲/۰۹	۳/۱۹	۲/۵۳	۱۶/۳۰	۱۵/۱۹	۲/۰۳
	شکوفایی اجتماعی	۱۶/۹۶	۲/۷۷	۲۳/۸۶	۳/۰۸	۲/۱۱	۱۶/۰۶	۱۶/۱۰	۲/۰۸
	کل	۹۱/۵۱	۱۱/۰۹	۱۲۵/۹۱	۱۲/۵۱	۱۰/۱۷	۸۷/۹۷	۸۰/۷۲	۹/۲۳

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (و انحراف معیار) نمره‌ی کلی پیش‌آزمون بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش ۹۱/۵۱ (و ۱۱/۰۹) می‌باشد و میانگین (و انحراف معیار) نمره‌ی کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در بهزیستی اجتماعی ۱۲۵/۹۱ (و ۱۲/۵۱) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره‌ی کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی اجتماعی ۸۷/۹۷ (و ۱۰/۱۷) می‌باشد و میانگین (و انحراف معیار) نمره‌ی کلی

پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در بهزیستی اجتماعی ۸۰/۷۲ (و ۹/۲۳) می‌باشد.

جدول ۲. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA)

متغیر	آزمون	ارزش	df	خطا df	F	P	Eta
گروه	پیلای-بارتلت	۰/۹۱۳	۵	۲۹	۶۱/۰۶۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۷	۵	۲۹	۶۱/۰۶۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۳
	هتلینگ لالی	۱۰/۵۲۸	۵	۲۹	۶۱/۰۶۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۳
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۵۲۸	۵	۲۹	۶۱/۰۶۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۳

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی معنی‌دار می‌باشد [$P \leq ۰/۰۰۱$ ، $F(۵ و ۲۹) = ۶۱/۰۶۱$ ، $F(۵ و ۲۹) = ۰/۰۸۷$]. آزمون فوق، قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های متغیر مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس و لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی

P	F	df2	df1	BOX'M
۰/۰۹۳	۱/۷۵۳	۵۸۱۴	۱۵	۳۰/۶۸۱
P	F	df2	df1	Levene's
۰/۷۹۱	۰/۰۷۱	۳۸	۱	همبستگی اجتماعی
۰/۹۱۶	۰/۰۱۱	۳۸	۱	پذیرش اجتماعی
۰/۱۳۴	۲/۳۴۶	۳۸	۱	مشارکت اجتماعی
۰/۶۹۳	۰/۱۵۸	۳۸	۱	انسجام اجتماعی
۰/۸۳۲	۰/۰۴۵	۳۸	۱	شکوفایی اجتماعی

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

مطابق جدول ۳، قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ($P=0/093$ ، $F=1/753$ و $BOX=30/681$). بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه‌ی متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی در دو گروه

متغیر وابسته	مؤلفه	منابع تغییرات	Ss	df	MS	F	P	Eta
	همبستگی	پیش‌آزمون	0/099	1	0/099	0/027	0/871	0/001
	اجتماعی	گروه	374/125	1	374/125	101/215	0/001	0/754
	پذیرش	پیش‌آزمون	6/799	1	6/799	2/916	0/097	0/081
	اجتماعی	گروه	743/128	1	743/128	123/796	0/001	0/790
بهزیستی اجتماعی	مشارکت	پیش‌آزمون	2/768	1	2/768	1/195	0/282	0/035
	اجتماعی	گروه	322/701	1	322/701	138/378	0/001	0/807
	انسجام	پیش‌آزمون	2/538	1	2/538	0/423	0/520	0/013
	اجتماعی	گروه	730/460	1	730/460	144/230	0/001	0/814
	شکوفایی	پیش‌آزمون	12/590	1	12/590	2/258	0/142	0/064
	اجتماعی	گروه	659/801	1	659/801	118/345	0/001	0/782

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان متمرکز بر شفقت در مرحله‌ی پس‌آزمون بر مؤلفه‌های همبستگی اجتماعی ($P<0/001$ ، $F=101/215$)، پذیرش اجتماعی ($P<0/001$ ، $F=123/796$)، مشارکت اجتماعی ($P<0/001$ ، $F=138/378$)، انسجام اجتماعی ($P<0/001$ ، $F=144/230$) و شکوفایی اجتماعی ($P<0/001$ ، $F=118/345$) اثر معنی-

داری داشت؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت در مرحله‌ی پس‌آزمون، باعث بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص بود. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مؤثر بوده و موجب بهبود بهزیستی اجتماعی آنها شده است. این یافته در راستای پژوهش‌های قبلی؛ کاپیو و همکاران (۲۰۰۰)، نف و ونک (۲۰۰۹)، نف و همکاران (۲۰۰۵)، نیلی و همکاران (۲۰۰۹)، کوزولینو (۲۰۰۸)، کوزولینو (۲۰۱۴)، غفاریان و خیاطان (۱۳۹۷)، برغندان و همکاران (۱۳۹۷) و قدم‌پور و منصور (۱۳۹۷) بوده و حاکی از اثربخشی این شیوه‌ی درمانی بر بهزیستی اجتماعی این افراد می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجایی که شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجانی در نظر گرفته شود (بنت - گلمن^۱، ۲۰۰۱) و لیری، تایتی، آدامز، باتز آلن و هانکوک^۲ (۲۰۰۷) در چند مطالعه‌ی آزمایشی در ارتباط با شفقت به خود دریافتند که شفقت به خود یک سازه‌ی مهم در تنظیم و تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده از قبیل شکست، طرد، شرم و سایر رویدادهای منفی است؛ بنابراین فرد از راه شفقت به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به‌وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون، ۱۹۹۹؛ به نقل قربانی، واتسون، ژئو و نوربالا^۳، ۱۳۸۵).

1. Bennett-Goleman
2. Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock
3. Ghorbani, Watson, Zhuo & Norballa

شفقت به خود، یک موهبت الهی است که به عنوان کیفیت مهربانی، ملایمت، احساس ارتباط درونی و کمک به افراد برای امیدوار بودن در زمان مواجه شدن با دشواری‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود. علاوه بر این، ذهن شفقت‌ورز با مهارت‌های مقابله‌ای سازگار مرتبط با آن به حفظ انتظار خوش‌بینی درباره‌ی آینده کمک می‌کند (نف و همکاران، ۲۰۰۵) که این امر به نوبه‌ی خود منجر به بهبود بهزیستی اجتماعی افراد و افزایش کیفیت روابط اجتماعی آنها می‌شود. همسو با این یافته‌ها اسمیت، نف، آلبرت و پیترز،^۱ (۲۰۱۴) دریافتند که نگاه مثبت به آینده مهم‌ترین مزیت شفقت به خود است و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود و افزایش خوش‌بینی افراد نسبت به توانایی‌هایشان به هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌آفرین مؤثر است. شاید یکی از دلایل این باشد که این درمان، خود-قضاوتی را کاهش می‌دهد و همین امر موجب ادراک شایستگی می‌شود که می‌توان گفت خود این امر موجب افزایش بهزیستی اجتماعی افراد می‌شود. همان‌طوری که نف و همکاران (۲۰۰۵) بیان کرده‌اند، افرادی که دارای شفقت به خود هستند در مقایسه با کسانی که فاقد شفقت به خود هستند، خوش‌بین‌ترند و بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار بیایند و می‌توان چنین فرض کرد افرادی که خوش‌بینی بیشتری داشته باشند، دارای بهزیستی اجتماعی بالاتری نیز هستند که پژوهش حاضر مؤید این نکته است. پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد، آن نوع «خودی»^۲ که می‌خواهیم، بشویم، بهزیستی و روابط اجتماعی‌مان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هویت مشفقانه در مقایسه با هویت‌های خود-محور با نتایج بهتری همراه است (کراکر و کانولو، ۲۰۰۸؛ به نقل از اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵). علاوه بر این، تکنیک‌هایی که در درمان متمرکز بر شفقت به کار می‌رود در کاهش بسیاری از پریشانی‌ها مؤثر هستند به طوری که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که جنبه‌ی مهم درمان متمرکز بر شفقت در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، کمک به آنها برای بهبود و رشد پذیرش، گشودگی، مراقبت و ارتباط مناسب با تجربیات درونی آزاردهنده

1. Smeets, Neff, Alberts & Peters

2. self

است (براهلر و همکاران، ۲۰۱۳). همان‌گونه که نف و جرمر (۲۰۱۳) بیان کرده‌اند، درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا احساس گرم بودن و واکنش عاطفی را هنگامی که در روند درمان درگیر هستند، در خودشان ارتقاء بخشند که این امر منجر به شفقت به خود در آنها شده و موجب افزایش بهزیستی آنها می‌شود. همچنین در بسط تبیین این یافته، می‌توان به جمله‌ی کلیدی سالزبرگ^۲ (۲۰۰۲) اشاره کرد که نوشته است: شفقت به معنای ضعف یا احساساتی بودن نیست؛ بلکه نیروی برآمده از مشاهده‌ی ماهیت واقعی رنج در جهان است. منظور سالزبرگ این است که شفقت ما را قادر می‌سازد تا رنج خود و دیگران را بدون ترس مشاهده کنیم. این توانایی موجب می‌شود تا بدون درنگ از بی‌عدالتی آگاه شویم و با تمام توان خود اقدام کنیم. شفقت چیزی دشوارتر از تصدیق درد است و به معنای گشودن خود نسبت به درد و کار با آن است. این ویژگی وجه اشتراک شفقت با رویکردهایی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (ویلسون^۳، ۲۰۰۹)؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت با در نظر گرفتن مواردی از این قبیل، افراد را در برابر مشکلات انعطاف‌پذیرتر می‌کند که یکی از نتایج احتمالی آن افزایش کیفیت زندگی و به تبع آن بهزیستی روانی و اجتماعی است. علاوه بر این، درمان متمرکز بر شفقت با تکنیک تصویرسازی مشفقانه، سیستم‌های خاص مغزی به‌ویژه سیستم پذیرش و آرام‌بخشی (اکسی توسین / اندورفین) را تحریک می‌کند. آموزش ذهن مشفق موجب تنظیم فیزیولوژیکی شده و تمرین‌هایی که این درمان به کار می‌برد، منجر به بروز انواع الگوهای خاص عاطفه‌ی مثبت شده و به افزایش احساس امنیت، اطمینان، بهزیستی و تعادل سیستم تهدید منتهی می‌شود (اکسی توسین و اندورفین‌ها فعالیت-پردازش تهدید-بادامه را تعدیل می‌کند). در درمان متمرکز بر شفقت اکتساب انگیزه و احساس برای کمک مشفقانه به بخش خود انتقادگر، مضطرب یا عصبانی اهمیت ویژه دارد؛ بنابراین ضمن گفتگو درباره‌ی ماهیت بخش‌های خود، تقویت آن بخش‌هایی که می‌توانند رشد و تغییر کرده، به

1. Braehler et al.
2. Salzberg
3. Wilson

درمانجویان آموخته می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۰).

در مجموع درمان متمرکز بر شفقت روی تعدد ذهن‌های ما تمرکز دارد. از آنجاکه ما دارای بخش‌های خویشتن متفاوت و متنوعی هستیم و می‌توانیم احساسات متفاوت و گاه متعارضی را تجربه کنیم و نسبت به رویدادهای خاصی هیجان و انگیزه‌های متعارضی داشته باشیم (اثباتی و فیضی، ۱۳۹۵)؛ از این‌رو درمانگر با تکنیک‌های مختلفی به افراد کمک می‌کند تا آرام‌تر شود و طیف متنوعی از انگیزه‌ها و احساسات بالقوه‌ی خود را کشف کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه‌ی مورد مطالعه به دو مرکز ناتوانی یادگیری شهر تهران است که تعمیم نتایج به دیگر مراکز را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین این پژوهش صرفاً بر روی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال یادگیری خاص که در دوره‌ی اول متوسطه مشغول به تحصیل بودند، اجرا شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایر سطوح جنسی و مقاطع تحصیلی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نداشتن دوره‌ی پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در سایر استان‌های کشور صورت گیرد تا با اطمینان بیشتری بتوان یافته‌های این نوع مداخله را تعمیم داد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این نوع مداخله بر روی نمونه‌های بزرگتر از هر دو جنس دختر و پسر با مقاطع تحصیلی مختلف اجرا گردد تا به استنباط بهتری از یافته‌های این نتایج دست یافت. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخله‌ی روان‌شناختی در اختلالات روانی، ضرورت تدوین و ارائه‌ی پروتکل درمانی متناسب دانش‌آموزان به‌شدت توصیه می‌گردد. آموزش روانشناسان و مشاوران به‌ویژه مشاوران تحصیلی در خصوص این نوع مداخله در مدارس و مراکز ناتوانی یادگیری از دیگر پیشنهاد‌های این پژوهش است. شایان ذکر شود که این نوع مداخله باید پس از کسب آموزش و صلاحیت کافی نزد درمانگر زبده‌ی این رویکرد بر روی شرکت‌کنندگان مختلف اجرا گردد.

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ علی‌اکبری، مهناز و ایمانی‌فر، حمیدرضا (۱۳۹۵). اثربخشی

- رویگرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض‌های زناشویی و بهزیستی اجتماعی. فصلنامه زن و جامعه، ۷(۲)، ۱۹-۱.
- ابوالقاسمی، عباس، رضایی جمالویی، حسن، نریمانی، محمد و زاهد بابلان، عادل (۱۳۹۰). مقایسه شایستگی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری و دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۱)، ۲۳-۶.
- اثباتی، مهنوش و فیضی، علی (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت*. تهران: انتشارات ابن‌سینا.
- برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتیری، جواد و وارسته، علیرضا (۱۳۹۷). مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۶ (۳)، ۱۶۸-۱۵۸.
- پوررضوی، سیده صغری و حافظیان، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۶(۱)، ۴۷-۲۶.
- دلاور، علی (۱۳۸۱). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.
- زاهد، عادل؛ رجبی، سعید و امیدی، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۶۲-۴۳.
- دهقان نژاد، سمانه؛ حاج حسینی، منصوره و اژه‌ای، جواد (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی دختران نوجوان ناسازگار. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۴(۱)، ۶۵-۴۸.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۱). *آزمون‌های روانشناسی اجتماعی و شخصیت*. تهران: انتشارات ارجمند.
- صبحی، قراملکی ناصر؛ حاجلو، نادر و محمدی، سکینه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی کودکان پیش دبستانی. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، ۵(۳)، ۱۳۱-۱۱۸.
- غفاریان، حدیثه و خیاطان، فلور (۱۳۹۷). تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر دوره اول دبیرستان. *فصلنامه‌ی دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۹(۱)، ۳۶-۲۶.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص

قدمپور، عزت‌اله و منصور، لیلا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوش‌بینی و شفقت به خود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه‌ی مطالعات روان‌شناختی*، (۱۴)، ۱، ۷۴-۵۹.

طاهر، محبوبه؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی دختران نوجوان ناسازگار. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، (۱)۵، ۴۷-۲۶.

محمدی فر، محمد علی؛ کاظمی، سکینه؛ زارعی مته کلایی، الهه (۱۳۹۵). نقش عملکرد خانواده و خودکارآمدی در سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، (۴)۵، ۱۳۱-۱۱۷.

نریمانی، محمد، پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، (۱) ۶، ۱۴۰-۱۲۱.

نریمانی، محمد، پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه‌ی پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، (۱۶) ۴، ۱۲۲-۱۰۷.

نریمانی، محمد و رجیبی، سوران (۱۳۸۴). بررسی شیوع و علل اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی استان اردبیل. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، (۳)۵، ۲۵۲-۲۳۱.

نریمانی، محمد؛ خشنودنیای چماچائی، بهنام؛ زاهد، عادل و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه‌ی باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان پسر نارساخوان، نارسانویس، نارسا حساب و عادی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، (۴) ۵، ۱۰۷-۸۷.

نوربالا، فاطمه (۱۳۹۲). *اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

Abolghasemi, A., Rezaee Jamalouei, H., Narimani, M., & Zahed Babolan, A. (2011). A comparison of social competence and its components in students with learning disability and students with low, average and high academic achievement. *Journal of learning disabilities*, 1 (1), 6-23. (Persian).

- Aghayosofi, A., Fathiashtiyani, A., Aliakbari, M., & Imanifar, H. R. (2016). The Study of Effectiveness Reality Therapy Approach Based on Choice Theory on Marital Conflict and Social Well-Being. *Quarterly Journal of woman*, 7(26),1-20. (Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, (DSM-5[™])*. Washington, DC: American psychiatric Publishing.
- Barghandan, S., Akbari, B., Khalatbari, J., & Varaste, A. (2018). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Ilam university of medical sciences*, 26 (3), 158-168. (Persian).
- Bennett-Goleman T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Bruno, R. M. (1981). Interpretation of pictorially presented social situations by learning disabled and normal children. *Journal of Learning Disabilities*, 14(6), 350-352.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological bulletin*, 126(6), 829.
- Cozolino, L. (2008). The healthy aging brain. *Psychotherapy in Australia*, 15(1), 36.
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: Norton.
- Dehghannezhad, S., Haj Hosseini, M. & Azhieh, J (2017). The Effectiveness of Positive Thinking Skills Training on Social Adjustment and Psychological Capital of Adolescent Girls. *Journal of school psychology*, 4 (1), 65-48. (Persian).
- Delavar, A. (2002). *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh publication. (Persian).
- Esbati, M., & Feizi, A. (2016). *Compassion focused therapy*. Tehran: Abenesina publications. (Persian).
- Fehr, B., Sprecher, S., & Underwood, L. G. (2009). *The science of compassionate love: Theory, research, and applications*. UK: John Wiley & Sons.
- Ghadampour, E., & Mansouri, L. (2018). The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*, 1 (14), 59 – 74. (Persian).
- Ghaffarian, H., & Khayatan, F. (2018). The effect of training compassion focused therapy on self-concept and assertiveness amongst high school female students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19 (1), 26-36. (Persian).
- Gharraee, B., Tajrishi, K. Z., Farani, A. R., Bolhari, J., & Farahani, H. (2018). A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4). (Persian).
- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 97-201.

- Ghorbani, N., Watson, P.J., Zhuo, c. & Norbala .(2005) .Mental health, and religious Orientation .*International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118. (Persian).
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5), 720.
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 475-487.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526.
- Lavoie, R. (2005). Helping the child with learning disabilities find social success. *New York* :Simon & Schuster.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts 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), 887.
- Mohammadifar, M. A., Kazemi, S., Zarei-Mateh Kalei, E (2015). The role of family function and self-efficacy in social adjustment of students. *Journal of school psychology*, 5 (4), 131-117. (Persian).
- Narimani, M., Khoshnoodnia Chomachaei, B., Zahed, A., & Abolghasemi, A. (2016). A compare motivational beliefs and self- regulation learning strategies in boy students with dyslexia, dysgraphia, dyscalculia and normal. *Journal of learning disabilities*, 5 (4), 87 – 107. (Persian).
- Narimani, M., Pourabdol. S., & Basharpour, S. (2016). The effectiveness of acceptance/ commitment training to decrease social anxiety in students with specific learning disorder. *Journal of learning disabilities*, 6 (1), 121 – 140. (Persian).
- Narimani, M., Pourabdol, S., & Basharpour, S. (2015). The effectiveness of acceptance/ commitment training to decrease social well-being in students with specific learning disorder. *Quarterly social psychology research*, 4 (16), 107 – 122. (Persian).
- Narimani, M., & Rajabi, S. (2005). studying the outbreak and reasons of learning disorders among primary school students in Ardabil province. *Research on Exceptional Children*, 5 (3), 231 – 252. (Persian).
- Nourbala, F. (2013); *Effectiveness of training self-compassionate mind on the degree of anxiety and self-criticism among depressed clients*. MA thesis in clinical psychology, University of Allameh Tabataba'i, Tehran. (Persian).
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

- Neff, K. D., Hsieh, Y. P. & DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.
- Nyström, M. (2018). Affect school, Virya yoga, and compassion-focused therapy: A pilot study of an integrative group treatment, depression and anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP)*, 40, S110-S111.
- Pour Razavi, S. & Hafezian, M (2017). The Effectiveness of Positive Thinking Skills Training on Students' Social, Emotional, and Educational Adherence. *Journal of school psychology*, 6 (1), 47-26. (Persian).
- Raskind, M. (2007). Research trends: Social information processing and emotional understanding in children with LD. Available from: [http://Schwab learning .org. articles. aspxr=974\(10/25/2007\)](http://Schwab learning .org. articles. aspxr=974(10/25/2007)).
- Saffarinia, M. (2012). *Social psychology and personality tests*. Tehran: Arjmand Publications. (Persian).
- Salzberg, S. (2002). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambhala Publications.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 794-807.
- Sobhi-Qaramlaki N., Hajloo, N. & Mohammadi, S (2015). Effectiveness of life skills training on social adjustment of preschool children. *Journal of school psychology*, 5 (3), 131-118. (Persian).
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 101.
- Taher, M., Abolghasemi, A. & Narimani, M. (2016). The efficacy of empathy and anger management training based on cognitive-behavioral approach on adjustment in children with oppositional defiant disorder. *Journal of School Psychology*, 5(1), 26-47. (Persian).
- Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Zahed, A., Rajabi, S., & Omid, M. (2012). A comparison of social, emotional and educational adjustment and self-regulated learning in students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 1 (2), 43-62. (Persian).

The effect of compassion-focused therapy on improving social well-being students with specific learning disorder

S. Pourabdol¹

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effect of compassion-focused therapy on improving social well-being students with specific learning disorder. This research was an experimental study with the pre and post-test design with a control group. The statistical population of the study included all of male students with specific learning disorder (SLD) in learning disability center of Tehran city in school year of 2018-2019. Research sample included 40 male students with specific learning disorder (SLD) who were selected through available sampling and assigned into two groups: an experimental group (n=20) and a control group (n=20). To collect data, the social well-being scale was used. The results of Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) showed that compassion-focused therapy improved the social well-being of students with specific learning disorder. Based on the results, it can be claimed that compassion-focused therapy teaches people how to deal with difficult challenges, be kind to themselves and take care of themselves and support themselves by kindness, courage and wisdom. Through educating the compassionate's mind, compassion-focused therapy helps people change their cognitive and emotional patterns associated with anxiety, anger, and self-criticism.

Keyword: Compassion focused therapy, social well-being, specific learning disorder

1. Corresponding Author: Ph.D Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran. (saeed.pourabdol@yahoo.com).