



مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودپنداره در دانش آموزان دختر تیزهوش

فاطمه همتی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

شعبان حیدری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (* نویسنده مسئول) Shabanheidari1@gmail.com

محمد کاظم فخری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

واقعیت درمانی،

شفقت ورزی،

خودپنداره،

دانش آموزان تیز هوش

زمینه و هدف: موفقیت و پیشرفت در یادگیری هدف همه نظام‌های آموزشی و میزان بهره‌مندی از محیط‌های آموزشی مستلزم احساس انرژی دانش‌آموزان است. هدف مطالعه تعیین تفاوت اثربخشی واقعیت درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودپنداره در دانش آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم بود.

روش کار: پژوهش حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم شهرستان بهشهر بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در دبیرستان استعدادهای درخشان فرزندانگان بهشهر مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف شامل ۴۵ نفر بود که این افراد به صورت تصادفی به سه گروه واقعیت درمانی (تعداد= ۱۵ نفر)، شفقت ورزی (تعداد= ۱۵ نفر) و کنترل (تعداد= ۱۵ نفر) تقسیم شدند. به منظور تحلیل آماری داده‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دو شیوه درمانی واقعیت درمانی و شفقت ورزی، بر خودپنداره در پس‌آزمون اثر معنی‌دار داشتند. همچنین بین نمرات خودپنداره در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد که با استفاده از شیوه‌های درمان واقعیت درمانی و شفقت ورزی به ویژه درمان واقعیت درمانی، می‌توان خودپنداره دانش‌آموزان تیزهوش بهبود بخشید.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Hemmati F, Heidari S, Fakhri M. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Compassion-Focused Therapy on Self-concept in Gifted Female Students. Razi J Med Sci. 2024;(13 May);31.28.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Original Article

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Compassion-Focused Therapy on Self-concept in Gifted Female Students

Fatemeh Hemmati: PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Shaban Heidari: Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (*Corresponding Author) Shabanheidari1@gmail.com

Mohammadkazem Fakhri: Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Background & Aims: Success and progress in learning are the goals of all educational systems and the degree of benefit from educational environments requires the students' sense of energy. In their daily academic life, students face various challenges, obstacles, and special pressures during their studies, which threaten their self-confidence, motivation, and, as a result, their academic performance. Some students are successful in dealing with them and others are not successful in this field. Therefore, educational researchers should pay serious attention to understanding and how to adapt to academic challenges. The study aimed to determine the difference in the effectiveness of reality therapy and compassion-focused therapy on self-concept in gifted female students of the second secondary school.

Methods: The current research was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group and follow-up. The statistical population of this research included all gifted female students of the second secondary school in Behshahr city, who were studying at Farzangan Gifted High School in Behshahr in the academic year 2023-2024. The sample of the current research was based on available and purpose-based sampling and included 45 people, who were randomly divided into three groups: reality therapy (number = 15 people), compassion (number = 15 people), and control (number = 15 people). In this research, a standard instrument and two intervention packages were used, which are explained below. A Self-concept questionnaire was created in 1981 by Raj Kumar Saraswat. This questionnaire contains 48 five-choice questions and has 6 separate dimensions, each dimension includes 8 questions. These dimensions include physical, social, temperamental, educational, moral, and intellectual self-concept. The overall self-concept score is obtained from the sum of these dimensions. The respondent should choose one according to the description of his self-concept, from maximum acceptance to minimum acceptance. The answers are in such a way that the scoring system remains the same for all questions, whether it is positive or negative. If the respondent marks the first option, his score is 5, 4 for the second choice, 3 for the 3rd choice, and 2 and 1 for the fourth and fifth choices. The total score of 48 questions shows the total score of a person's self-concept. A high score in this questionnaire indicates a higher self-concept and a low score indicates a lower self-concept. Sarasut (1981) expressed the reliability of the questionnaire using the test-retest method for the overall self-concept as 0.91. He also found the reliability coefficient for physical (0.77), social (0.83), temperament (0.79), educational (0.88), moral (0.67) and intellectual (0.79) dimensions. Proposed (quoted by Foroughmand, 2016). The reliability of this scale was obtained in Foroughmand's study (2015), the reliability of the questionnaire was 0.82. In this research, to analyze the research data, statistical and inferential indicators were used as follows: at the level of descriptive statistics, mean, standard deviation, and demographic tables were used for the variables in three groups and two stages of testing and control. At the level of inferential

Keywords

Reality Therapy,
Compassion,
Self-concept,
Intelligent Students

Received: 28/10/2023

Published: 13/05/2024

statistics, one-way repeated measure analysis of variance was used to compare the averages of the three research groups to investigate the hypothesis.

Results: The findings showed that two therapeutic methods, reality therapy, and compassion therapy, had a significant effect on self-concept in the post-test. Also, there was a difference between the self-concept scores in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up regardless of the group. Box test tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of dependent variables are equal among different groups. According to the results of the box test, the box test is not significant. ($p=0.103$, $F=0.483$ (8548.615 and 12), $\text{BoxsM}=33.281$) Therefore, the assumption of the equality of variance-covariance matrices is not rejected, therefore, the ANOVA test is possible. As a result, the covariance matrices observed between the three different groups of the present study are not equal. Table No. 7 shows the results of multivariate tests (four tests of Pillay's effect, Wilks's lambda, Hotelling's effect, and the largest zinc root). For the significance and non-significance of each test, you can pay attention to the Sig value, which is significant at the 0.05 level if it is less than 0.05. Among the four multivariate tests, Wilks's lambda test is more famous than the other four tests. However, the Pillay effect test has more power than other tests in practical situations. In this table, all effects are significant. The squared values of Eta related to the dependent variable (self-concept) in the three groups are 0.487, this indicates a more than-average effect. Also, the results of the Vickers lambda test are significant for the mentioned variable, and the significance of the dependent variable (self-concept) indicates that the participants in the three groups are different from each other, and the averages of the groups are significantly affected by the independent variable.

Conclusion: The results of this research showed that the self-concept of gifted students can be improved by using reality therapy and compassion therapy, especially reality therapy. In fact, the first effective factor in self-concept is parents who help the formation and development of a child's view of himself (self-concept); therefore, to change people's self-concept, teaching families can play an important role in the formation of self-concept. After the family, the school is the first center that plays a significant role in the development of the child and can complete what the parents leave unfinished. Acquaintance with the teacher and the relationship between the teacher and the student is established, it is considered an important factor in the development of the student's personality and self-concept. The teacher's belief and "idea" about the student's behavior and abilities and how to use these factors can cause the development of a positive self-concept or, on the contrary, disturb his balance and develop the student's personality in a certain way. Also, people's self-concept is formed by cultural values. The results showed that reality therapy has significantly increased the academic self-concept of the sample group, in the follow-up phase it had a better and stronger effect than self-compassion intervention. In explaining this assumption, it can be said that emphasizing the past and its failures plunges people into pessimism, and emphasizing the present is the best way for an optimistic life. Planning and having a goal in life increases optimism, and those who take responsibility for their actions and have control over their lives are more optimistic.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Hemmati F, Heidari S, Fakhri M. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Compassion-Focused Therapy on Self-concept in Gifted Female Students. *Razi J Med Sci.* 2024(13 May);31.28.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

موفقیت و پیشرفت در یادگیری هدف همه نظام‌های آموزشی و میزان بهره‌مندی از محیط‌های آموزشی مستلزم احساس انرژی دانش‌آموزان است. از مهم‌ترین متغیرها در سلامت بافت تحصیلی سیستم آموزشی هر کشوری، دوری از هر گونه انرژی منفی و روی آوری به انرژی‌های مثبت می‌باشد (۱). در زندگی روزانه تحصیلی دانش‌آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای ویژه دوران تحصیل روبه‌رو می‌شوند که تهدیدی برای اعتماد به نفس، انگیزش و در نتیجه عملکرد تحصیلی آنها می‌باشد. عده‌ای از دانش‌آموزان در مقابله با آن‌ها موفق عمل می‌کنند و دیگران در این زمینه موفقیت قابل‌قبولی ندارند. از این رو پژوهشگران تعلیم و تربیت باید به درک و چگونگی سازگاری با چالش‌های تحصیلی توجه جدی نشان دهند (۲). از جمله چالش‌هایی که دانش‌آموزان با آنها مواجهه هستند اضطراب تحصیلی می‌باشد. اضطراب به عنوان یک احساس منفی، بر ادراک فرد تأثیر می‌گذارد، و منجر به کاهش عملکرد می‌گردد. البته تعداد زیادی از دانش‌آموزان اضطراب را تجربه می‌کنند (۳).

خودپنداری، یک ویژگی روانشناختی است که نقش مهمی در توانمندسازی افراد و کسب اهداف فردی است. خودپنداری ادراکات فرد از خود است که از طریق رویدادهای زندگی، تعامل با دیگران و اسناد رفتاری حاصل می‌شود (۴). خودپنداری در برگیرنده دانش فرد نسبت به ویژگی‌ها و توانای‌های خود است. خودپنداره شامل نگرش‌ها، احساسات و دانش ما درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی است و تمام ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و رویه‌های ارزیابی را در بر می‌گیرد (۵). بنابراین خودپنداری یک واژه کلی است که سه مؤلفه دارد: الف) تصویر خود که به شیوه توصیف از خودمان یعنی به آنچه فخر می‌کنیم هستیم اشاره دارد. ب) عزت نفس که به طور اساسی جنبه ارزشیابی دارد و پ) خودآرمانی، همان چیزی است که دوست داریم باشیم و این ممکن است وسعت و درجان متفاوتی داشته باشد (۶). لذا خودپنداری تصویری است که فرد هنگام تأمل در مورد ویژگی‌های خودش مشاهده می‌کند و افرادی که دارای سطح خودپنداری بالایی باشند دارای اعتماد به نفس، خودکارآمدی و نیز ادراک

شخصی بهتری نسبت به افرادی که سطح خودپنداری ضعیف هستند، می‌باشند (۷).

با توجه به اهمیت سلامتی دانش‌آموزان، روش‌های بسیاری برای درمان عوارض روانی ناشی از فشار تحصیلی در دانش‌آموزان به کار برده می‌شود که می‌توان به رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت ورزی و واقعیت‌درمانی اشاره کرد. خودشفقت ورزی یا خوددلسوزی عامل مهم روانشناسی هست که بررسی در افراد معتاد دارای اهمیت است چرا که خوددلسوزی عبارت است از نگرش مثبت به خود که موجب ارتقای سلامت روان در افراد می‌شود (۸). افرادی که با خود به مهربانی بیشتری رفتار می‌کنند، به احتمال کمتری خود را سرزنش می‌کنند و به احتمال بیشتری به مراقبت از خود و بهبود سلامتی خود اهمیت می‌دهند (۹). ویژگی متمایز خوددلسوزی آن است که به سمت درد و رنج شخصی فرد جهت داده می‌شود و جزء مهم در رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود. خوددلسوزی شامل مراقبت کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است؛ به گونه‌ای که از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود. به عبارت دیگر، دلسوزی به خود شکل سالم خودپذیری است که بیان‌کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و شامل سه عنصر اصلی است؛ نخست اینکه هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد، موجودیت (بودن) خود را دوست می‌دارد و آن را درک می‌کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست، جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در بین همه انسان‌هاست. نهایتاً خوددلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است و کمبودها و نواقص خود را درک می‌کند (۱۰). آموزش خودشفقتی یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی فرد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی اود شود. علاوه بر این این رویکرد بر

پژوهش قصد داریم تا اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی بر خودپنداره در دانش آموزان دختر تیزهوش مورد بررسی قرار دهیم و اثرات این دو رویکرد درمانی را مورد مقایسه قرار داده شود. از این رو سؤال اصلی پژوهش این است که: آیا بین اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و درمان متمرکز بر خودپنداره در دانش آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود که با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1403.103 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصریب رسید جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم شهرستان بهشهر بود که در سال تحصیلی ۴۰۳ - ۱۴۰۲ در دبیرستان استعدادهای درخشان فرزنانگان بهشهر مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند استفاده شد زیرا از بین دانش آموزان دختری که در دبیرستان استعدادهای درخشان فرزنانگان بهشهر در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شد که این افراد از لحاظ وضعیت و سطح خودپنداره در سطح مطلوبی نبوده، غربالگری شده و مجدداً به صورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل مشغول به تحصیل بودن در مقطع متوسطه دوم مدارس تیزهوشان، عدم سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی و روان‌پزشکی طی یک سال گذشته، برخوردار نبودن از سطح مطلوب خودپنداره، اضطراب تحصیلی و تنظیم هیجان بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل عدم حضور در جلسات مداخله درمانی بیش از دو جلسه، تحت درمان بودن به علت اختلالات روان‌پزشکی و ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی دیگر و نیز عدم داشتن رضایت در طی مسیر پژوهش و مداخله بود.

تنیدگی و سلامت روان‌شناختی افراد مؤثر است. این رویکرد می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود. خودشفقت ورزی شامل سه مؤلفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، ذهن آگاهی در مقابل همسان سازی افراطی است. ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (۱۱).

واقعیت درمانی، رویکردی استراتژیک نسبت به تغییر رفتار است؛ بنابراین برای تبیین آن ابتدا باید به توصیف تئوری انتخاب، پرداخت. در روانشناسی رویکردهای مختلفی مانند رفتاردرمانی، شناخت درمانی، روان تحلیلیگری و غیره در حوزه تغییر رفتار فعال هستند. رفتاردرمانی، به تغییر رفتار از طریق اصول یادگیری می‌پردازد و شناخت‌درمانی به تغییر رفتار فردی و بهبود وضعیت بهداشت روانی وی از منفی به مثبت با استفاده از اصول برگرفته از علوم و تئوری شناختی می‌پردازد (۱۲). واقعیت درمانی، نیز رویکردی همانند سایر رویکردهای روانشناسی، برای تغییر رفتار در وهله نخست بیماران روانی، و سپس در فرایند گسترش خود کمک به تغییر رفتار مراجعین می‌باشد (۱۳). واقعیت درمانی، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده، و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود؛ هم‌چنان‌که سایر رویکردهای روانشناختی نیز از روش‌های مخصوص بخود به ایجاد تغییر رفتار مراجعین می‌پردازند. ویلیام گلاسر، معتقد بود انسان باید با واقعیت روبرو شود (۱۴). اساس واقعیت‌درمانی بر این اصل که انسان‌ها همواره رفتار خود را انتخاب می‌کنند، استوار است. هر نوع رفتاری که از فرد سر می‌زند، انتخاب شده است و هر رفتار برای کاهش سطح ناکامی یا ارضای نیاز خاصی انجام می‌گیرد. اگرچه ممکن است این رفتار ناکارآمد باشد، اما به این علت که فرد راه بهتری برای کاهش ناکامی خود در آن لحظه نمی‌شناسد، به رفتار خود ادامه می‌دهد (۱۵). بنابراین استفاده از روش‌های درمانی برای بهبود سطح خودپنداره در دانش آموزان ضروری است. حال با توجه به آنچه بیان شد و نیز اهمیت موضوع، ما در این

پایائی را برای بعد جسمانی (۰/۷۷)، اجتماعی (۰/۸۳)، خلق و خو (۰/۷۹)، آموزشی (۰/۸۸)، اخلاقی (۰/۶۷) و عقلانی (۰/۷۹) مطرح کرد (به نقل از فروغ مند، ۱۳۸۵). پایایی این مقیاس در مطالعه‌ی فروغ مند (۱۳۸۵) پایایی پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

جلسات واقعیت درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه به شرح زیر اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. این مداخله برگرفته از کتاب گلاسر (۲۰۱۰) بود (جدول ۱).

گروه آزمون تحت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت ورزشی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله درمان مبتنی بر شفقت ورزشی بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۴) اجرا شد (جدول ۲).

در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ مجوز پژوهش مربوطه و پس از مطرح کردن اهداف پژوهش، بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند. پس از اخذ رضایت‌نامه از افراد شرکت کننده در مطالعه، افراد به صورت همتاسازی به سه گروه برای هر

در این پژوهش از یک ابزار استاندارد و دو بسته مداخله‌ای استفاده شد که در زیر توضیح داده می‌شود: پرسشنامه خودپنداری در سال ۱۹۸۱ توسط راج کمار ساراسوت (Raj Kumar Saraswat) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال پنج گزینه‌ای است و دارای ۶ بُعد جداگانه می‌باشد که هر بعد ۸ سؤال را در بر می‌گیرد. این ابعاد عبارتند از: خودپنداره‌ی جسمانی، اجتماعی، خلق و خو، آموزشی، اخلاقی، عقلانی. از مجموع این ابعاد نمره‌ی خودپنداره‌ی کلی به دست می‌آید. پاسخ‌گو باید طبق توصیف خودپنداری خویشتن از حداکثر قبول تا حداقل آن، یکی را انتخاب نماید. پاسخ‌ها به ترتیبی هستند که نظام نمره‌گذاری برای کلیه‌ی سؤال‌ها اعم از این‌که مثبت یا منفی باشد، یکسان باقی می‌ماند. اگر پاسخ‌گو گزینه‌ی اول را علامت بزند نمره او ۵ است، نمره ۴ برای انتخاب دوم، نمره ۳ برای انتخاب ۳ و نمره ۲ و ۱ برای انتخاب چهارم و پنجم است. مجموع نمرات ۴۸ سؤال، نمره‌ی کل خودپنداره‌ی فرد را نشان می‌دهد. نمره‌ی بالا در این پرسشنامه نشانگر خودپنداره‌ی بالاتر و نمره‌ی پایین، خودپنداره‌ی پایین‌تری را نشان می‌دهد. ساراسوت (۱۹۸۱) پایایی پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای خودپنداره کلی ۰/۹۱ بیان کرد. او همچنین ضریب

جدول ۱- محتوای جلسات واقعیت درمانی به تفکیک جلسات

| جلسه | محتوا |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول | معرفی اعضا و تعداد جلسات، تعهد کتبی جهت رازداری و ایجاد فضای امن و قابل اعتماد، هر یک از اعضا هدف خود را از شرکت در جلسات ارائه نمودند. |
| دوم | ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، توضیح تفاوت‌ها و شباهت‌های بین انسان‌ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظریه گلاسر، مقرر شد به عنوان تکلیف هر یک از اعضا فهرستی از نیازهای اصلی خود را تهیه کنند و برای پاسخگویی شیوه‌هایی را انتخاب نمودند. |
| سوم | پرداختن به تکلیف جلسه قبل؛ توضیح و تفسیر پیرامون مسئولیت‌پذیری، احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی؛ خواسته شد فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به ارضای نیازهای اصلی آن‌ها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک کند. |
| چهارم | بررسی جلسات قبل و پاسخ‌دهی به سؤالات و اشکالات؛ طرح سؤال باز برای وصل فعالیت معنی‌دار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موفقیت در یکی از بخش‌های زندگی، یادآوری کارهای گذشته که احساس خوب و ارزشمندی در فرد ایجاد می‌کند، به عنوان تکلیف گفته شد یک رفتار اصلی را که بر اساس آن می‌خواهید در زندگی تغییر ایجاد کنید و مولفه‌های آن را مشخص کنید. |
| پنجم | بررسی تکالیف؛ بیان این سؤال که به نظر اعضا رفتارشان تحت کنترل بیرونی یا درونی است؟ توضیحات پیرامون چگونگی کنترل رفتار؛ به عنوان تکلیف گفته شد فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی است و راهکارهایی جهت کنترل رفتارها ارائه نمایند. |
| ششم | بررسی تکالیف؛ آگاهی از توانمندی‌ها؛ واقع‌بینی در مورد جهان اطراف؛ آموزش دنیای کیفی؛ قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی. |
| هفتم | بررسی تکالیف؛ تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق دستیابی به اهداف مشخص بدون ناکام کردن دیگران؛ مشخص نمودن اهداف؛ به عنوان تکلیف گفته شد اهداف خود را تعیین کنند و هدفی را که قبل از همه می‌خواهند به آن برسند را مشخص نمایند. |
| هشتم | مروری کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی؛ اخذ پس آزمون. |

جدول ۲- محتوای جلسات شفقت ورزی به تفکیک جلسات

| جلسه | محتوا |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول | برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف درمان شفقت ورزی، تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی |
| دوم | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال می‌کنند و تکالیف خانگی. |
| سوم | آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، 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 خودتخریب‌گزارانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکالیف خانگی. |
| چهارم | مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی (پرورش ذهن مشفقانه)، کاربرد تمرین‌ها نسبت به خود و دیگران، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی. |
| پنجم | تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختل و تکالیف خانگی. |
| ششم | مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای دیگران مانند همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی. |
| هفتم | مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت |
| هشتم | آموزش و تمرین مهارت‌ها مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند باه روش‌های مختل با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در آخر، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره. |

دقیقه به طول انجامید. جلسات به صورت یک جلسه در یک هفته و طی ۸ هفته متوالی انجام یافت. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین افراد و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسشنامه به کلینیک مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه تکمیل شد. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری و استنباطی به شرح زیر استفاده شد: در سطح آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و جداول دموگرافیک برای متغیرها در سه گروه و در دو مرحله آزمایش و کنترل استفاده شد. در سطح آمار استنباطی تحلیل واریانس اندازه مکرر یک طرفه برای مقایسه میانگین سه گروه پژوهش برای بررسی فرضیه استفاده شد

گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه کنترل ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل تقسیم شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. سپس پرسشنامه خودپنداری راج کمار ساراسوت (۱۹۸۱) در اختیار دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. سپس جلسه‌های مداخله در کلینیک حکمت شهرستان بهشهر آغاز شد. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم‌دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. به منظور اجرای درمان گروهی واقعیت درمانی و شفقت ورزی قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۳۰ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایش و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش‌آزمون، جلسات درمانی در طی دو ماه به اجرا درآمد. واقعیت درمانی طی ۸ جلسه به صورت گروهی انجام شد که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه به صورت هفته‌ای یک جلسه و طی ۸ هفته برگزار شد. درمان خودشفقت ورزی طی ۸ جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰

یافته‌ها

آزمون باکس این فرض صفر را مورد آزمون قرار می‌دهد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. با توجه به نتایج آزمون باکس آزمون معنی‌دار نیست. $F(12, 8548/615) = 0/483, p=0/103$. $BoxM=33/281$ بنابراین فرض تساوی ماتریس‌های واریانس کوواریانس رد نمی‌شود لذا اجرای آزمون آنووا امکان‌پذیر است. در نتیجه ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین سه گروه مختلف پژوهش حاضر با هم برابر نیستند. جدول شماره ۶ نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر آزمون می‌توان به مقدار Sig دقت نمود که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. از میان چهار آزمون چندمتغیره، آزمون لامبدای ویلکز از معروفیت بیشتری نسبت به

در جدول شماره ۳ موارد ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه‌های پژوهش از پرسشنامه خودپنداره، به تفکیک میانگین گروه‌ها آورده شد. در جدول شماره ۴ نتایج ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه‌های پژوهش از متغیرهای پرسشنامه پژوهش به تفکیک میانگین گروه‌ها قابل مقایسه است. در جدول شماره ۵ میانگین‌های سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین خودپنداره دو گروه (۱ و ۲) آزمایش (مداخله آموزشی) در مقایسه با گروه (۳) کنترل در سطح بهتری قرار دارند. بیشترین میانگین خودپنداره را در گروه مداخله واقعیت‌درمانی مشاهده می‌کنیم. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین خودپنداره گروه‌های مداخله آموزشی در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند.

جدول ۳- میانگین موارد ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه‌های پژوهش از پرسشنامه‌های پژوهش

| سازه خودپنداره | (پیش، پس و پیگیری) آزمون | گروه پژوهش دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| ۲/۰۲۲۲ | پیش آزمون خودپنداره | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۱/۹۸۶۱ | | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۱/۹۳۷۵ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |
| ۶/۹۵۵۶ | پس آزمون خودپنداره | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۳/۹۲۵۰ | | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۲/۱۱۲۸ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |
| ۳/۸۵۶۹ | پیگیری آزمون خودپنداره | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۳/۸۴۵۸ | | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۲/۱۱۶۹ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |

جدول ۴- میانگین موارد ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه‌های پژوهش از ابعاد پرسشنامه خودپنداره

| خودپنداره عقلانی | خودپنداره اخلاقی | خودپنداره آموزشی | خودپنداره خلق و خو | خودپنداره اجتماعی | جسمانی خودپنداره | (پیش، پس) آزمون | گروه پژوهش دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| ۲/۱۱۶۷ | ۱/۹۳۳۳ | ۲/۰۱۶۷ | ۲/۰۵۰۰ | ۲/۰۵۸۳ | ۳/۸۱۶۷ | پیش آزمون | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۲/۰۵۸۳ | ۱/۹۳۳۳ | ۲/۰۴۱۷ | ۱/۹۵۸۳ | ۱/۹۸۳۳ | ۴/۰۲۵۰ | | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۱/۹۸۳۳ | ۱/۹۱۶۷ | ۱/۹۰۸۳ | ۱/۹۶۶۷ | ۲/۰۰۸۳ | ۲/۰۱۶۷ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |
| ۴/۰۳۳۳ | ۳/۸۸۳۳ | ۳/۹۶۶۷ | ۳/۹۶۶۷ | ۳/۹۴۱۷ | ۳/۹۴۱۷ | پس آزمون | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۴/۰۰۸۳ | ۲/۸۸۳۳ | ۳/۹۹۱۷ | ۳/۸۹۱۷ | ۳/۸۸۳۳ | ۳/۸۹۱۷ | | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۲/۱۳۳۳ | ۳/۷۶۶۷ | ۲/۱۲۶۷ | ۲/۱۲۵۰ | ۲/۱۶۶۷ | ۲/۰۱۶۷ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |
| ۳/۹۴۱۷ | ۳/۷۳۳۳ | ۳/۹۶۶۷ | ۳/۸۸۳۳ | ۳/۸۲۵۰ | ۱/۹۵۸۳ | پیگیری | گروه ۱ مداخله واقعیت‌درمانی |
| ۳/۸۸۳۳ | ۳/۷۳۳۳ | ۳/۹۹۱۷ | ۳/۷۶۶۷ | ۳/۷۱۶۷ | ۱/۹۴۱۷ | آزمون | گروه ۲ مداخله درمان متمرکز بر شفقت |
| ۲/۱۰۰۰ | ۲/۰۲۵۰ | ۲/۱۲۶۷ | ۲/۳۳۳۳ | ۲/۰۷۵۰ | ۸۴۱۷ | | گروه ۳ کنترل (شاهد) |

۰/۰۵ معنی دار است. با توجه به جدول شماره ۸ مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۷۹/۷۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (خودپنداره) برای متغیر گروه به حساب آمده است. جدول شماره ۹ مهمترین نتایج پژوهش را ارائه می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثرات گروه Group معنی دار شده است به این معنی که میزان متغیر خودپنداره در افراد سه گروه پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری با هم تفاوت دارد. مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۸۳/۳۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (خودپنداره) برای متغیر گروه به حساب آمده است.

نمودار ۱ میزان متغیر خودپنداره را بصورت جداگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان می‌دهد. خط‌های رنگی مربوط به متغیر خودپنداره در پیش‌آزمون (آبی)، پس‌آزمون (قرمز) و آزمون پیگیری (سبز) به تفکیک سه گروه پژوهش است. این نمودار نشان می‌دهد که بطور متوسط میزان متغیر خودپنداره در دو گروه مداخله درمانی (واقعیت‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون (بار دوم) متغیر خودپنداره نسبت به پیش‌آزمون (بار اول) افزایش یافته است. در حالی که در گروه کنترل

چهار آزمون دیگر برخوردار است. اما آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌هاست. در این جدول همه اثرات معنی‌دار شده است. مقادیر مجذوراتی Eta مربوط به متغیر وابسته (خودپنداره) در سه گروه ۰/۴۸۷ است این نشان دهنده اثر بیش از متوسط است. همچنین نتایج آزمون لامبدای ویکلز در مورد متغیر مذکور معنی‌دار است و معنی‌داری در متغیر متغیر وابسته (خودپنداره) نشان دهنده این است که شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. ($F=70/175, p=0/0001$).

جدول شماره ۷ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. چون در قسمت قبل کروویت ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون کرویت موکلی پذیرفته نشد در این قسمت ما برای آزمون معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر اثر از ردیف‌های کرویت فرض شده استفاده نمودیم. اما اگر کروویت ماتریس واریانس کوواریانس پذیرفته نشود باید از سه ردیف دیگر (آزمون‌های گرینهاوس گیسر، هیون-فلت و حد پائین) استفاده کنیم که معروفترین آن‌ها آزمون هیون-فلت است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تنها اثر تعاملی اثر تعداد آزمون * گروه (Time*Group) در سطح خطای

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار متغیر خودپنداره در گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون پژوهش

| متغیر گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری آزمون | |
|------------|-----------|------------------|----------|------------------|--------------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| گروه (۱) | ۲/۰۲۲۲ | ۰/۳۳۰۴ | ۳/۹۵۵۶ | ۰/۱۰۸۵۰ | ۳/۸۵۶۹ | ۰/۱۱۷۵۵ |
| گروه (۲) | ۱/۹۸۶۱ | ۰/۰۷۵۸۰ | ۳/۹۲۵۰ | ۰/۰۶۹۰۱ | ۳/۸۴۵۹ | ۰/۲۱۲۴۳ |
| گروه (۳) | ۱/۹۳۷۵ | ۰/۰۹۴۸۲ | ۲/۱۱۲۸ | ۰/۱۱۹۹۲ | ۲/۱۱۶۹ | ۰/۲۰۶۷۶ |
| مجموع | ۱/۹۸۱۹ | ۰/۱۰۷۴۹ | ۳/۳۳۱۱ | ۰/۸۷۶۹۴ | ۳/۲۷۳۲ | ۰/۸۴۶۳۲ |

جدول ۶- نتایج آزمون‌های چند متغیره در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر خودپنداره

| آزمون | ارزش | اندازه F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری Sig. | مربع اتای جزئی |
|-----------------|-------------------|----------|------------------|----------------|-------------------|----------------|
| اثر تعداد آزمون | اثر پیلای | ۰/۹۷۸ | ۸۵۳/۱۱۵ | ۲/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۹۷۸ |
| | لامبدای ویکلز | ۰/۰۲۲ | ۸۵۳/۱۱۵ | ۲/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۹۷۸ |
| | اثر هتلینگ | ۴۴/۹۰۱ | ۸۵۳/۱۱۵ | ۲/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۹۷۸ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۴۴/۹۰۱ | ۸۵۳/۱۱۵ | ۲/۰۰۰ | ۳۸/۰۰۰ | ۰/۹۷۸ |
| اثر * گروه | اثر پیلای | ۰/۹۷۵ | ۱۸/۵۴۸ | ۴/۰۰۰ | ۷۸/۰۰۰ | ۰/۴۸۷ |
| | لامبدای ویکلز | ۰/۰۴۵ | ۷۰/۱۷۵ | ۴/۰۰۰ | ۷۶/۰۰۰ | ۰/۷۸۷ |
| | اثر هتلینگ | ۲۰/۵۷۹ | ۱۹۰/۳۶۰ | ۴/۰۰۰ | ۷۴/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۲۰/۵۵۸ | ۴۰۰/۸۷۴ | ۲/۰۰۰ | ۳۹/۰۰۰ | ۰/۹۵۴ |

جدول ۷- نتایج آزمون‌های اثرات درون موضوعی متغیر خودپنداره

| منبع | مجموع مجذورها نوع III | درجه آزادی | مجذور میانگین | اندازه F | سطح معناداری Sig | مربع اتای جزئی |
|-----------------------|--------------------------|------------|---------------|----------|---------------------|----------------|
| اثر تعداد آزمون | کرویت فرض شده | ۲ | ۳/۷۲۷ | ۴۰۰/۵۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| | گرینهاوس گیسر | ۱/۳۱۵ | ۵/۶۶۶ | ۴۰۰/۵۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| | هیون-فلت | ۱/۵۱۸ | ۴/۹۱۱ | ۴۰۰/۵۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| | حد پایین | ۱/۰۰۰ | ۷/۴۵۴ | ۴۰۰/۵۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| اثر *تعداد آزمون گروه | کرویت فرض شده | ۴ | ۰/۷۷۸ | ۸۳/۵۹۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۱ |
| | گرینهاوس گیسر | ۲/۶۳۱ | ۱/۱۸۳ | ۸۳/۵۹۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۱ |
| | هیون-فلت | ۳/۰۳۵ | ۱/۰۲۵ | ۸۳/۵۹۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۱ |
| | حد پایین | ۲/۰۰۰ | ۱/۵۵۶ | ۸۳/۵۹۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۱ |
| خطای (تعداد آزمون) | کرویت فرض شده | ۷۸ | ۰/۰۰۹ | - | - | - |
| | گرینهاوس گیسر | ۵۱/۳۰۳ | ۰/۰۱۴ | - | - | - |
| | هیون-فلت | ۵۹/۱۹۲ | ۰/۰۱۲ | - | - | - |
| | حد پایین | ۳۹/۰۰۰ | ۰/۰۱۹ | - | - | - |

جدول ۸- نتایج آزمون‌های تضاد درون موضوعی متغیر خودپنداره

| منبع | تعداد آزمون | مجموع مجذورها نوع III | درجه آزادی | مجذور میانگین | اندازه F | سطح معناداری Sig | مربع اتای جزئی |
|--------------------|-------------|--------------------------|------------|---------------|----------|---------------------|----------------|
| تعداد آزمون | خطی | ۵/۸۲۸ | ۱ | ۵/۸۲۸ | ۳۹۹/۷۲۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۱ |
| تعداد آزمون * گروه | درجه دوم | ۱/۶۲۶ | ۱ | ۱/۶۲۶ | ۴۰۳/۷۰۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۲ |
| | خطی | ۲/۲۳۳ | ۲ | ۱/۱۱۷ | ۷۲/۵۸۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹۷ |
| خطای (تعداد آزمون) | درجه دوم | ۰/۸۷۸ | ۲ | ۰/۴۳۹ | ۱۰۹/۰۰۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۴۸ |
| | خطی | ۰/۵۶۹ | ۳۹ | ۰/۰۱۵ | - | - | - |
| | درجه دوم | ۰/۱۵۷ | ۳۹ | ۰/۰۰۴ | - | - | - |

جدول ۹- نتایج آزمون‌های اثرات بین موضوعی متغیر تنظیم هیجان

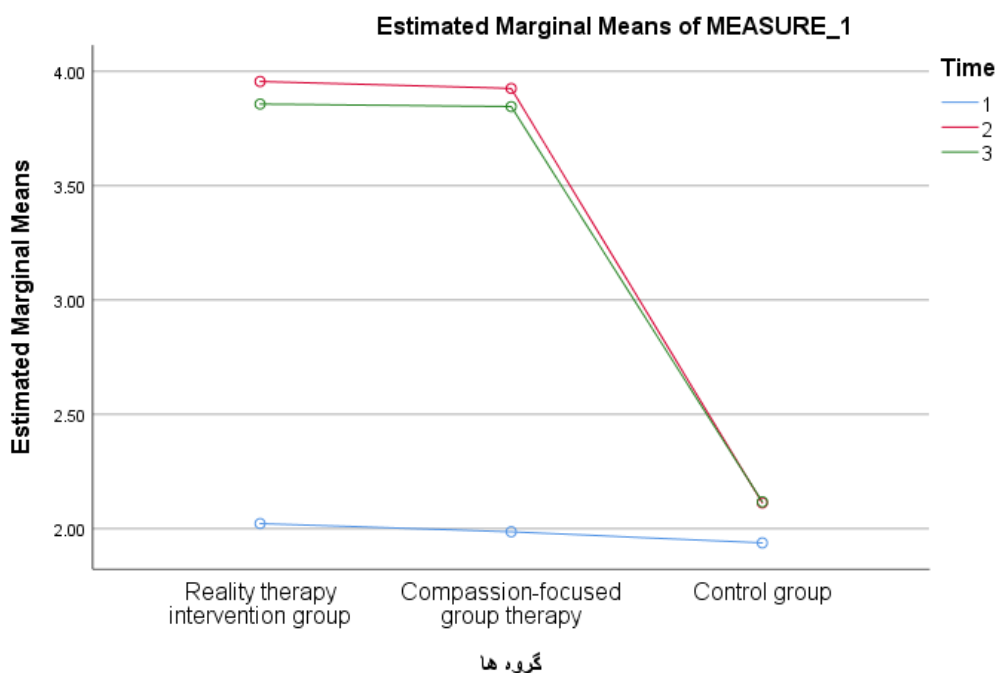
| منبع | مجموع مربعات نوع III | درجه آزادی | مجذور میانگین | اندازه F | سطح معناداری Sig | مربع اتای جزئی |
|--------|-------------------------|------------|---------------|----------|---------------------|----------------|
| رهگیری | ۱۶۰/۵۷۸ | ۱ | ۱۶۰/۵۷۸ | ۴۶۰/۳۳۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۲ |
| گروه | ۷/۳۰۲ | ۲ | ۳/۶۵۱ | ۱۰۴/۶۱۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۴۳ |
| خطا | ۰/۳۶۱ | ۳۹ | ۰/۰۳۵ | - | - | - |

هر دو نوع مداخله در مقایسه با گروه گواه، نمرات خودپنداره شرکت‌کنندگان بهبود یافت. یافته‌ای که مطلقاً اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد به ندرت یافت شد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کارتر (Carter) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۰) و استریمبو (Strimbu) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته از تحقیق می‌توان گفت این نتایج اثربخشی روش به‌کار رفته را نشان می‌دهد. در تبیین پژوهش حاضر

این متغیر در بار دوم (پس آزمون) اندکی کاهش یافته است. در مرحله پیگیری آزمون نیز میانگین خودپنداره سه گروه نسبت به مرحله دوم پس آزمون، اندکی کاهش یافته است.

بحث

نتایج نشان داد بین اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودپنداره در دانش‌آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم تفاوت معناداری وجود دارد و با



نمودار ۱- میزان تغییرات متغیر خودپنداره در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه پژوهش

می‌تواند تغییری در بازخوردهای دیگران نسبت به شخص ایجاد کرد را می‌توان یکی از دلایل معنادار شدن این فرضیه دانست، یکی دیگر از عوامل مؤثر بر خودپنداره، خانواده است. خانواده یکی از منابع مهم شکل‌گیری خودپنداره و نخستین محیط اجتناب‌ناپذیری است که فرد با آن تماس برقرار می‌کند، در طول این سال‌ها بر اثر تماس نزدیک و دائمی خانواده نقش قابل ملاحظه‌ای در شخصیت کودک دارد (۱۷). در واقع اولین عامل مؤثر بر خودپنداره، والدین می‌باشند که به شکل‌گیری و رشد دیدگاه کودک از خود (خودپنداره) کمک می‌کنند؛ بنابراین برای تغییر در خودپنداره افراد، آموزش به خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری خودپنداره داشته باشد. مدرسه بعد از خانواده، اولین کانونی است که در رشد و تحول کودک نقش بسزایی دارد و می‌تواند آنچه را که والدین ناتمام می‌گذارند کامل کند. آشنایی با معلم و رابطه‌ی بین معلم و دانش‌آموز ایجاد می‌گردد، عامل مهمی در تکوین شخصیت و نحوه خودپنداره شاگرد به شمار می‌رود. اعتقاد و «پندار» معلم درباره نوع رفتار دانش‌آموز و توانایی‌های او و نحوه‌ی استفاده از این

می‌توان چنین اظهار کرد که خودپنداره یک سازه زیربنایی شخصیت است و با ارزیابی درونی و بیرونی فرد مرتبط است، چنانکه آلپورت (۱۹۶۷) مطرح می‌کند «طفل خردسال از خودش خودآگاه نیست، او «من» را از بقیه‌ی جهان جدا نمی‌داند و این جدایی دقیقاً همان محور اساسی زندگی بعدی است، طفل گرچه احتمال می‌رود آگاه باشد، اما به‌طور کامل فاقد خودآگاهی است». به تدریج به خاطر احساس‌هایی که او از درون بدن و محیطش تجربه می‌کند، او شروع به تمییز آن دو می‌کند، این آغاز فرآیندی طولانی از رشد یک خودپنداره از خود است (۱۶). لذا ممکن است می‌توان با آموزش آن را تغییر داد. یکی از عوامل مؤثر بر خودپنداره، بازخورد از سوی دیگران است، خودپنداره افراد توسط بازخوردی که فرد درباره رفتار از دیگران به دست می‌آورد شکل می‌گیرد البته کاملاً روشن است که تأثیر همه‌ی افراد در زندگی فرد به یک اندازه و یکسان نیست. در اوایل زندگی والدین و افراد خانواده نقش اساسی در بازخورد به افراد دارند. همان‌طور که فرد رشد می‌کند، تعداد افرادی که بازخورد به وی می‌دهند، افزایش می‌یابد (۱۳). از آنجایی که با یک دوره آموزشی

دارند که کارهایشان به درستی انجام پذیرد. این خوش بینی ایجاد شده می تواند دانش آموزان را به دیدگاه مثبت در مورد خویشتن برساند و احساس توانمندی را در آنها افزایش دهد (۲۰). همچنین، حمایت اجتماعی و شرکت در گروه های حمایت کننده می تواند به عنوان سلاحی علیه تفکر بدبینانه به کار رود. با توجه به موارد ذکر شده به نظر می رسد واقعیت درمانی با تأکید بر برنامه ریزی در انجام امور، تأکید بر زمان حال، توجه نکردن به شکست های گذشته، ایجاد یک شبکه اجتماعی حمایت کننده و افزایش احساس کنترل در زندگی باعث افزایش احساس مطلوب نسبت به خویشتن در دانش آموزان شده و از این طریق خودپنداره تحصیلی آنها را تحت تأثیر قرار داده است. بررسی پژوهش های گذشته نشان می دهد که رویکرد واقعیت درمانی به عنوان یک نظریه غنی در حوزه روان درمانی، تاکنون بارها اثربخشی آن به اثبات رسیده است (۱۴).

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی به عنوان یک رویکرد بومی می تواند مورد توجه ویژه قرار گرفته و چه بسا در برخی حوزه ها نسبت به رویکردهای دیگر برتری داشته باشد. پژوهش حاضر، یک مدل بومی ارائه کرده که با کمک آن می توان بدون مواجهه با چالش های فرهنگی سایر رویکردها، به دانش آموزان کمک کرد تا به سطوح بالاتر خودپنداره دست یابند و از طرفی، این پژوهش می تواند دستاورد مهمی برای روان شناسان بومی داشته باشد. در سطح عملی نیز این پژوهش می تواند در کشف روش های مناسب مداخلاتی در جهت کاهش صدمات ناشی از دوره نوجوانی، مفید و مؤثر واقع شود. نتایج حاصل از این مطالعه می تواند در جهت کمک به مشاوران و روان شناسان مثرتر باشد.

محدودیت ها: در پژوهش حاضر برخی محدودیت ها به شرح زیر وجود داشت: در این پژوهش امکان کنترل برخی متغیرها مانند مشکلات خانوادگی وجود نداشت. همچنین تکمیل تعدادی از پرسش نامه در منزل صورت گرفته که شرایط موجود ممکن است بر نحوه پاسخگویی اثر داشته باشد. از جمله اینکه خود پژوهشگر مداخله درمانی را اجرا کرده که ممکن است

عوامل می تواند سبب رشد مفهوم خود مثبت گردیده و یا برعکس تعادل او را برهم بزند و شخصیت دانش آموز را در مسیر خاصی پرورش دهد. همچنین خودپنداره افراد توسط ارزش های فرهنگی نیز شکل می گیرد (۱۸). جامعه ای که فرد در آن رشد یافته است، تعریف می کند که چه چیزی در رفتار و شخصیت افراد، مورد علاقه ی فرد هست یا نیست. پنداره متنوعی از خود که از یک تنوع وسیع از تعاملات فرهنگی، اجتماعی ناشی شده به تدریج داخل یک خودپنداره ی کلی ترکیب می شوند؛ بنابراین ممکن است بتوان با آموزش کوتاه مدت، خودپنداره را تغییر داد. از آنجایی که شفقت به خود می تواند به عنوان یک راهبرد مقابله ای هیجانی در نظر گرفته شود و در چند مطالعه ی آزمایشی در ارتباط با شفقت خود نشان دادند که شفقت خود یک سازه ی مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت های ناراحت کننده شامل شکست، طرد، خجالت و دیگر حوادث منفی است؛ بنابراین فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (۱۹).

همچنین نتایج نشان داد که واقعیت درمانی به طور معناداری خودپنداره تحصیلی گروه نمونه را افزایش داده است، در مرحله پیگیری اثر بهتر و قوی تری نسبت به مداخله خودشفقت ورزی داشت. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه دابروفسکا (Dąbrowská) و همکاران (۲۰۲۳) (۵) و لبودا (Lebuda) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۷) همسو می باشد. در تبیین این فرض می توان گفت که تأکید بر گذشته و شکست های آن، افراد را در منجلاب بدبینی فرو می برد و تأکید بر زمان حال بهترین راه برای یک زندگی خوش بینانه است. برنامه ریزی و داشتن هدف در زندگی باعث افزایش خوش بینی می شود و کسانی که مسئولیت اعمال شان را خودشان بر عهده می گیرند و کنترل بر زندگی خود دارند خوش بین تر می باشند (۸). افرادی که برای انجام کارهای روزمره برنامه ریزی می کنند پیش بینی های آنها برای انجام این امور حاکی از موفقیت است و نسبت به سایر افراد که بدون برنامه کار می کنند بیشتر اعتقاد

achievement? The case of mathematical modelling. *Br J Educ Psychol*. 2022;92(1):155-174.

7. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023;326:168-192.

8. Vidal J, Soldevilla JM. Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2023;62(1):70-81.

9. Emmelkamp PMG, Meyerbröker K, Morina N. Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(1):32.

10. Carter JJ, Vartanian LR. Self-concept clarity and appearance-based social comparison to idealized bodies. *Body Image*. 2022;40:124-130.

11. Fullwood C, James BM, Chen-Wilson CJ. Self-Concept Clarity and Online Self-Presentation in Adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016;19(12):716-720.

12. van der Crujssen R, Blankenstein NE, Spaans JP, Peters S, Crone EA. Longitudinal self-concept development in adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2023;18(1):nsac062.

13. Liu Q, Li Z, Zhu J. Online Self-Disclosure and Self-Concept Clarity Among Chinese Middle School Students: A Longitudinal Study. *J Youth Adolesc*. 2024;53(6):1469-1479.

14. Strimbu N, O'Connell M. The Relationship Between Self-Concept and Online Self-Presentation in Adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2019;22(12):804-807.

15. Millard LA, Wittkowski A. Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature. *Front Psychiatry*. 2023;14:1288797.

16. Pots W, Chakhssi F. Psilocybin-Assisted Compassion Focused Therapy for Depression. *Front Psychol*. 2022;13:812930.

17. Lebuda I, Jankowska DM, Karwowski M. Parents' Creative Self-Concept and Creative Activity as Predictors of Family Lifestyle. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9558.

18. Farhadi M, Rahimi H, Zoghi Paydar MR, Yarmohamadi Vassel M. The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Cognitive Vulnerability to Depression. *Iran J Psychiatry*. 2023;18(2):134-144.

19. Van der Aar LPE, Peters S, Becht AI, Crone EA. Better self-concept, better future choices? Behavioral and neural changes after a naturalistic self-concept training program for adolescents. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2022;22(2):341-361.

20. Mason D, Acland J, Stark E, Happé F, Spain D. Compassion-focused therapy with autistic adults. *Front Psychol*. 2023;14:1267968.

سوگیری اتفاق افتاده باشد و اعتبار بیرونی پژوهش را تهدید کند. دیگر محدودیت این پژوهش، صرفاً بر روی دانش آموزان دختر تیزهوش متوسطه دوم اجرا شد، لذا تعمیم نتایج آن به سایر مقاطع تحصیلی و پسران باید با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهادها: با توجه به اثرگذاری دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی پیشنهاد می شود از این دو رویکرد در خلال تحصیل، توسط درمانگران و مشاوران مدارس مورد استفاده قرار گیرد تا دانش آموزان، روحیه بیشتری در مقابله با فشارهای تحصیل و تدریس در مدارس داشته باشند. با توجه به اثرگذاری این دو رویکرد روان درمانی، پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان سلامت روان، با برگزاری درمان های واقعیت درمانی و شفقت ورزی، در زمینه تغییر سطح سلامت روانی و پیگیری درمان بپردازند تا بتوان گام های اساسی در جهت بهبود روند تحصیل در دانش آموزان تیزهوش برداشت. با توجه به اثرگذاری دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی بر تنظیم هیجان، توصیه می شود از این دو رویکرد بر اساس یافته های این پژوهش در جهت برنامه ریزی های مربوط به حوزه بهبود خلق و خو و هیجانات در دانش آموزان استفاده شود.

References

- Emmelkamp PMG, Meyerbröker K. Virtual Reality Therapy in Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17:495-519.
- Caponnetto P, Triscari S, Maglia M, Quattropiani MC. The Simulation Game-Virtual Reality Therapy for the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13209.
- Salehi E, Mehrabi M, Fatehi F, Salehi A. Virtual Reality Therapy for Social Phobia: A Scoping Review. *Stud Health Technol Inform*. 2020;270:713-717.
- Rajendram C, Ken-Dror G, Han T, Sharma P. Efficacy of mirror therapy and virtual reality therapy in alleviating phantom limb pain: a meta-analysis and systematic review. *BMJ Mil Health*. 2022;168(2):173-177.
- Dąbrowská M, Pastucha D, Janura M, Tomášková H, Honzíkova L, Baníková Š, Filip M, Fiedorová I. Effect of Virtual Reality Therapy on Quality of Life and Self-Sufficiency in Post-Stroke Patients. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(9):1669.
- Holenstein M, Bruckmaier G, Grob A. How do self-efficacy and self-concept impact mathematical