



Comparing the Effectiveness of Two Group Therapies Compassion-focused Therapy and Positive-oriented Therapy on Empathy and Feelings of Happiness in Adolescent Girls with a Background of Self-injury

Fatemeh Kashanian¹, Anahita Khodabakhshi-Koolae^{2*}, Davood Taghvaei³,
Ghoudsi Ahghar⁴

1- PhD. Candidate, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

4- Professor, Academy of Scientific Studies in Education, Ministry of Education, Tehran, Iran/ Visiting Professor of Psychology, Arak branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Corresponding Author: Anahita Khodabakhshi-Koolae, Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.

Email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Received: 25 Aug 2022

Accepted: 15 Nov 2022

Abstract

Introduction: Self-injury in teenagers refers to intentional self-injurious behavior that lacks any predetermined external motivation or intention and brings psychological and physical health costs in the field of health and health for human societies. This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of two group therapies compassion-focused therapy and positive-orientated on empathy and happiness in adolescent girls with a background of self-injury.

Methods: The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with experimental and control groups. The statistical population of the research included all female students studying in the second secondary level of the 4th district of Tehran in the academic year 2020-2021, of which there were 45 students who met the criteria for entering the study, were selected and randomly assigned in three groups (two experimental groups and one control group). The data was collected by the demographic information checklist, empathy, and sympathy questionnaire in teenagers (ESQR) by Vossen et al. (2015), the Oxford happiness questionnaire by Hills and Argyle (2002). The data were analyzed through Multiple Analyses of Variance and Ben Feroni's post hoc test and with SPSS-26 statistical software.

Results: The results indicated that in the post-test phase, there is a statistically significant difference between the average score of happiness and empathy in the three groups ($P < 0.05$). Also, the results of Ben Feroni's post hoc test showed that there is no significant difference in the effectiveness of the two-treatment methods compassion-Focused therapy, and positive treatment on empathy ($P > 0.05$). However, the positive approach compared to the treatment compassion-focused therapy had a greater effect on increasing the feeling of happiness ($P < 0.05$).

Conclusions: The findings revealed that psychological interventions such as compassion-focused therapy and positive-oriented therapy can lead to increased empathy and happiness in adolescent girls with a history of self-injury. However, the positive treatment led to a greater sense of happiness in adolescents due to challenging hopelessness and negative thoughts and creating hope. The use of psychological interventions as a group in schools and educational centers can help these teenagers to be seen, reduce their worries, and ultimately their psychological well-being.

Keywords: Happiness, Empathy, Compassion-focused therapy, Positive-oriented therapy, Self-injury, Girls, Adolescent.



مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی متمرکز بر شفقت و مثبت‌نگر بر همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی

فاطمه کاشانیان^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}، داود تقوایی^۳، قدسی احقر^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ۲- دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
 ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ۴- استاد، گروه مطالعات خانواده، سازمان پژوهش و برنامه ریزی، وزارت آموزش و پرورش، تهران، ایران / استاد مدعو گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشی کولایی، دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
 ایمیل: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۴

چکیده

مقدمه: خودجراحی در نوجوانان به رفتارهای خود آسیب‌رسان عمدی اشاره دارد که فاقد هر گونه انگیزه یا قصد بیرونی از پیش تعیین شده است و هزینه‌های سلامت روان شناختی و جسمانی را در حوزه بهداشت و سلامت برای جوامع بشری به همراه دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی متمرکز بر شفقت و مثبت‌نگر بر همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم منطقه ۴ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰ بود، که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۴۵ نفر که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارش تصادفی شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، همدلی و همدردی در نوجوانان Vossen و همکاران (۲۰۱۵)، شادکامی اکسفورد Hills and Argyle (۲۰۰۲) گردآوری شد.

یافته‌ها: در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره احساس شادی و همدلی در افراد سه گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که در میزان اثربخشی دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان مثبت‌گرا بر همدلی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). با این حال، رویکرد مثبت‌گرا در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت تأثیر بیشتری برافزایش احساس شادکامی داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها آشکار ساخت که مداخله‌های روان‌شناختی مانند درمان متمرکز بر شفقت و درمان مثبت‌گرا می‌توانند به افزایش همدلی و شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی منجر شوند. هر چند که، درمان مثبت‌نگر به دلیل چالش با ناامیدی و افکار منفی و ایجاد امید در نوجوانان به حس شادی بیشتری در آنها انجامید. کاربرد مداخله‌های روان‌شناختی به صورت گروهی در مدارس و مراکز آموزشی می‌تواند به دیده شدن این نوجوانان، کاهش نگرانی‌ها و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی آنها کمک کند.

کلیدواژه‌ها: احساس شادکامی، همدلی، درمان شفقت به خود، درمان مثبت‌گرا، خودجراحی، دختران، نوجوان.

مقدمه

نوجوانی مرحله گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که میان کودکی و نوجوانی روی می دهد. این گذار تغییرات زیستی مانند بلوغ جنسی، اجتماعی و روانی را دربر می گیرد. در این دوران نوجوان ممکن است درگیر بسیاری از رفتارهای ناسالم و آسیب روانی-عاطفی قرار بگیرد (۱). خود جرحی بدون خودکشی رفتار بسیار شایع در نوجوانان است که به آسیب بافت بدن بدون قصد خودکشی اشاره دارد (۲). خودجرحی (Self-injurious) در نوجوانان به رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدی اشاره دارد که فاقد هر گونه انگیزه یا قصد بیرونی از پیش تعیین شده است و هزینه‌های بسیاری در حوزه سلامت برای جوامع بشری به همراه دارد (۳). خودجرحی شامل انواع مختلف رفتارهایی است که با هدف‌های مختلف روانی و بین فردی به شکل‌های مستقیم و غیرمستقیم انجام می‌شود که این رفتارها می‌تواند با و بدون قصد خودکشی باشد (۴).

یافته‌های همه‌گیرشناسی نشان از شیوع بالای ۱۴ الی ۲۳ درصدی رفتارهای خودجرحی در میان نوجوانان دارد (۵). مطالعات در اروپای غربی نشان می‌دهد حدود ۱۰ درصد دانش آموزان در طول دوران تحصیل رفتار خودآسیب‌رسان داشته‌اند (۶). در سنین نوجوانی آمار رفتارهای پرخطر و خودآسیب‌رسان افزایش قابل توجهی می‌یابد (۷). Stănicke و همکاران، خود جرحی را چنین تعریف می‌کنند: آسیب بدنی عمدی و غیر مرگبار است که از نظر اجتماعی غیر قابل پذیرش و برای کاهش فشار روانی به کار می‌رود (۸). خود جرحی به ندرت قبل از بلوغ آغاز می‌شود و اولین بار معمولاً بین سنین ۱۴ تا ۲۴ سالگی ظاهر می‌شود (۹). در ایران بیش از ۱۷ درصد دختران دانش آموز ایرانی دوره دوم متوسطه حداقل یک بار و ۱۱/۱ درصد آنها بیش از یک بار اقدام به رفتارهای خودآسیبی کرده‌اند (۱۰). محبی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که علل انجام این رفتار را می‌تواند در نه بعد بررسی کرد. ویژگی‌های عاطفی شناختی، روابط ناسازگار، مشکلات نوجوان در خانواده، احساس آرام شدن پس از انجام خودجرحی، فراموش کردن مشکلات، تحت تاثیر قرار دادن دیگران، اثبات بزرگی و قوی بودن، احساس ندامت و پشیمانی (۱۱). پژوهشها نشان می‌دهد که، رفتارهای خود جرحی با رویدادهای استرس‌زای زندگی و هیجان‌های منفی (افسردگی، خشم و استرس) ارتباط دارند (۱۲-۱۳). عدم

بهره‌مندی از روابط موثر و همدلی با خود و سایرین می‌تواند به افکار منفی و مخرب در نوجوانان منجر شود. همدلی به عنوان توانایی تجربه جهان از دیدگاه دیگران و درک احساس‌های آنها تعریف شده است (۱۵). پژوهشها نشان می‌دهند که نوجوانان با سطح همدلی بالاتر، رفتار اجتماعی و نوع دوستانه‌ای را از خود بروز می‌دهند در حالیکه نوجوانان با سطوح کمتر همدلی پرخاشگری و افسردگی بیشتری را نشان داده‌اند (۱۶). بین عدم همدلی با آسیب‌پذیری روانی و تجربه افسردگی و اضطراب رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۱۷). تجارب هیجانی منفی می‌تواند بر احساس شادکامی اثر منفی بگذارند (۲۰). داشتن رفاه و شادی و دستیابی فرد به بهزیستی روان شناختی شادکامی است (۱۸). پژوهشگران در مطالعات خود نشان دادند که، به رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به این افراد صورت گرفته است، اما همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلالات اضطرابی و خلقی در این افراد و افکار خودجرحی در آنان مواجه هستیم؛ نکته‌ای که به عدم مکفی بودن مداخله‌های درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید با اثربخشی و دوام بیشتر اشاره دارد، تا چالش‌های پیش روی درمان این جمعیت را با توجه به هزینه‌های انسانی و اجتماعی آن هدف قرار دهد (۱۹). یکی از درمان‌هایی که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion focused therapy) است. این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و اضطراب ایجاد شده است (۲۱-۲۰). در این روش درمانی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی متمرکز است (۲۲). از دیگر سو، نتایج پژوهشها در مورد مداخله‌های مثبت نگر نشان می‌دهد که این درمان به شناسایی و بهبود هیجان‌های مثبت و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد کمک می‌کند و می‌تواند در زمینه پیشگیری و سازگاری با مشکلات زندگی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد توجه قرار گیرد (۲۳). روش آموزش مثبت‌نگری یکی از روش‌های مؤثر در بهبود سلامت روان شناختی روان‌شناختی نوجوانان با رفتارهای پرخطر می‌باشد (۲۴). تجارب تلخ دوران کودکی و زیست در محیط ناامن و با

$$n = \frac{2 \left(\frac{1}{61} \right) 2 \left(\frac{1}{96} + \frac{1}{28} \right) 2}{4/507} = 12/07$$

ملاک های ورود به مطالعه شامل؛ ۱- داشتن تجربه خود حرجی بیش از ۱ بار در شش ماه گذشته براساس پرسشنامه خود آسویی ۲- زندگی مشترک والدین با هم (فرزند طلاق نباشند)، ۳- حضور و شرکت منظم در کلاس های درمانی. ملاک های خروج نیز شامل؛ غیبت بیش از دو جلسه ۲- شرکت همزمان در سایر برنامه های روانشناختی.

ابزارهای جمع آوری اطلاعات:

سه پرسشنامه در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

الف- پرسشنامه همدلی و همدردی در نوجوانان Adolescent

(Measure of Empathy and Sympathy (AMES): این پرسشنامه توسط این پرسشنامه توسط Vossen و همکاران در سال (۲۰۱۵) ساخته و اعتباریابی شد. پرسشنامه مذکور دارای ۱۲ سؤال و سه خرده مقیاس همدلی شناختی، همدلی عاطفی و همدردی است. نمره گذاری سئوالات به صورت لیکرت ۵ درجه ای (هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۵) انجام می شود. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و عامل های آن را در دامنه ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ گزارش کرده اند (۲۶). در مطالعه Bloom & Lambie روایی این ابزار ۰/۷۸ و پایایی آن ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۷). این پرسشنامه در ایران توسط نریمانی و همکاران (۱۳۹۶) ترجمه و هنجاریابی شد و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و عامل های آن در دامنه ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ برآورد شده است (۲۸).

ب- پرسشنامه شادکامی اکسفورد: این پرسشنامه (Oxford

Happiness Questionnaire): توسط Argyle & Lu در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مجدداً مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال و شش خرده مقیاس است که شامل؛ رضایت از زندگی، احساس کارآمدی، احساس خوشی، عزت نفس، اجتماعی بودن و بهزیستی روان شناختی می باشد. نمره گذاری سئوالات به صورت لیکرت ۴ درجه ای (کاملاً مخالف با نمره صفر تا کاملاً موافق با نمره ۳) انجام می شود. این ابزار در گروه های سنی نوجوان و بزرگسال قابل اجرا است. سازندگان پرسشنامه پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و عامل های آن را در دامنه ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند (۲۹). در Galvão و همکاران (۲۰۲۰) نیز روایی این ابزار ۰/۸۸ و پایایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۰). این پرسشنامه در

غفلت از سوی والدین به اقدام به خودحرجی و خودکشی در ایران دامن زده است (۲۵). همچنین، این پدیده برای نظام پزشکی و سلامت کشور بسیار پر هزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نمی باشد، بررسی دقیق تر موضوع ضروری به نظر می رسد. کاربرد مداخله های روان شناختی با قصد پیشگیری و درمان در خودحرجی نوجوانان در محیط های آموزشی و مدارس بسیار حائز اهمیت است. بسیاری از نوجوانان خودحرجی را نوعی از فریاد برای کمک خواهی تلقی می کنند. ایجاد شادی و همدلی در مدارس با نگاه پیشگیرانه، می تواند به این نوجوانان کمک شایانی کند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقیسه اثربخشی دو درمان گروهی متمرکز بر شفقت به خود و مثبت نگر بر همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودحرجی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر با روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم (کلاس های دهم، یازدهم و دوازدهم) شهر تهران در منطقه ۴ در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. برای انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چندمرحله ای استفاده شد. ابتدا فهرست مدارس دخترانه دولتی مقطع متوسطه دوم در منطقه ۴ شهر تهران از اداره آموزش و پرورش منطقه گرفته شد. سپس از بین مدارس این منطقه ۵ مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شد و از این مدارس ۶ کلاس انتخاب و ابزارهای پژوهش در بین تمامی دانش آموزان این کلاس ها توزیع شد. سپس با توجه به نمرات اکتسابی در ابزارهای پژوهش به ویژه پرسشنامه آسیب به خود تعداد نمونه مورد نظر انتخاب شد. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

$\alpha=0/05$ و $Power=0/9$ ، $2d=4/507$ ، $\sigma=1/61$ شد. در معادله مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۲/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

پرسشنامه توسط ایزکیان و همکاران (۱۳۹۷) اعتباریابی شد و پایایی آن از طریق ضریب آلفای این مقیاس ۰/۷۴ برآورد شده است (۳۴).

۴۵ دانش آموز از مجموع ۶ کلاس دهم، یازدهم و دوازدهم انتخاب شدند و به شیوه جابجینی تصادفی در سه گروه مساوی یعنی هر گروه ۱۵ نفری گمارش شدند یعنی ۴۵ نفر وارد مطالعه شدند. برای هر کدام از مداخله های درمانی متمرکز بر شفقت و مثبت نگر ۲ روز در هفته زمان اختصاص یافت. به نحوی که در روزهای دو شنبه و چهارشنبه ساعت ۱۸-۱۹ به درمان متمرکز بر شفقت به خود (۲۲) اختصاص یافت و برای گروه مثبت نگر (۳۵) یکشنبه ها و سه شنبه ها از ساعت ۱۸-۱۹ زمان تخصیص یافت. کلیه برنامه ها به دلیل همه گیری کووید-۱۹ به صورت آنلاین و در سامانه شاد خود آموزش و پرورش اجرا شد. در جداول ۱ و ۲ محتوای جلسات مداخله درمانی آمده است.

ایران توسط هومن و همکاران (۱۳۹۱) مجدداً ترجمه شده و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و عامل های آن بالای ۰/۷۰ برآورد شده است (۳۱).

ت-سیاهه خود آسیبی: این ابزار (The self-harm inventory SHI): توسط Sansone و همکاران در سال (۱۹۹۸) ساخته شد و دارای ۲۲ سؤال بوده و رفتارهای خودآسیبی مستقیم و غیرمستقیم را مورد بررسی قرار می دهد. نمره گذاری این سیاهه به صورت بلی/خیر است. پاسخ خیر نمره صفر و بلی نمره ۱ می گیرد. نمره بالا نشان دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودآسیب رسانی است. افرادی که نمره ۵ یا بیشتر در این پرسشنامه می گیرند، به احتمال ۸۵ درصد نشانه های اختلال شخصیت مرزی را دارند. تحقیقات متعدد نشان داده اند که این مقیاس از روایی و پایایی بالای ۷۰ صدم برخوردار می باشد (۳۲). Lundahl و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی روایی این ابزار ۰/۷۴ و پایایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۳). در ایران، این

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات مداخله به متمرکز بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط درمانی و آشنایی افراد با یکدیگر، تعریف خودجرمی و آسیب پذیری روانی و مفهوم سازی درمان مبتنی بر شفقت به خود
دوم	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش توجه به سلامتی و شادکامی خود
چهارم	پذیرش اشتباهات خود و دیگران و بخشیدن آن ها برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف
ششم	افزایش دانش در خصوص تن انگاره، ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط زندگی داشته باشند.
هفتم	آموزش مسئولیت پذیری به عنوان یکی از ابعاد درمان شفقت برای ایجاد احساسات جدید و کارآمد و تامین رضایت و خرسندی
هشتم	آموزش مهارت های شفقت به افراد نمونه در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار و تصویرپردازی شفقت ورز، احساس و ادراک شفقت ورز
نهم	مرور تمرینات جلسات قبل و ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، انتقاد شونده و خودشفقت ورز
دهم	مرور تمرینات جلسات قبل برای کمک به افراد جهت مقابله با روش های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی و اجرای پس آزمون

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات مداخله به روش مثبت نگر

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی عناصر برنامه آموزشی (روان شناس، آزمودنی ها، چارچوب ها) با یکدیگر اختصاص خواهد یافت- هدف کلی، آشناسازی آزمودنی های شرکت کننده با فرایند، اهداف، اجرای پیش آزمون
دوم	شناسایی توانمندی های شخصی و استفاده از آن ها، اجرای ریلکسیشن
سوم	یادآوری سه واقعه مثبت/ذکر نعمت ها (روزنگار نعمت ها)
چهارم و پنجم	میراث شخصی و نامه و دیدار تشکرآمیز
ششم و هفتم	پاسخ دهی فعال و سازنده، انجام کار با آرامش (پرهیز از شتابزدگی)

هشتم	استفاده از نقاط قوت بارز با روش‌های جدید همراه با درک کردن لذت بخش و درجه بندی میزان خوش بینی و تفکر خوش بینانه و تکلیف خانگی تفکر خوش بینانه
نهم	مرور جلسه قبل، درجه بندی میزان امید و بحث راجع به امید و فعالیت کتبی بهترین خود ممکن در آینده
دهم	مرور کل مطالب-گرفتن پس آزمون، نظرسنجی نهایی

کواریاناس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن-فرونی و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته ها

جدول ۳ نتایج یافته های جمعیت شناختی در گروه های آزمایش و گواه نمایش داده شده است. میانگین سنی دختران ۱۷/۰۲ سال بود.

پس از اخذ رضایت آگاهانه از اولیای مدرسه و نوجوانان، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد (مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون). در پایان مداخله، برای گروه کنترل ۵ جلسه اجرا شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1400.007 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک می باشد. روش آماری در این پژوهش داده ها از طریق تحلیل

جدول ۳: فراوانی و درصد یافته های جمعیت شناختی دختران شرکت کننده در پژوهش

متغیر	شفقت درمانی فراوانی (درصد)	مثبت درمانی فراوانی (درصد)	گروه گواه فراوانی (درصد)
مقطع تحصیلی آزمودنی ها	پایه دهم	۵ نفر (۳۴ درصد)	۵ نفر (۳۴ درصد)
	پایه یازدهم	۶ نفر (۴۰ درصد)	۶ نفر (۴۰ درصد)
	پایه دوازدهم	۴ نفر (۲۶ درصد)	۴ نفر (۲۶ درصد)
تحصیلات والدین	دانشگاهی	۴ نفر (۲۶ درصد)	۵ نفر (۳۴ درصد)
	غیردانشگاهی	۱۱ نفر (۷۴ درصد)	۱۰ نفر (۶۶ درصد)
شغل والدین	دولتی	۳ نفر (۲۰ درصد)	۲ نفر (۱۳ درصد)
	آزاد	۱۲ نفر (۸۰ درصد)	۱۳ نفر (۸۷ درصد)
سابقه خودجرجی	۱ بار	۱۱ نفر (۷۴ درصد)	۱۲ نفر (۸۰ درصد)
	۲ بار یا بیشتر	۴ نفر (۲۶ درصد)	۳ نفر (۲۰ درصد)
سن (به سال)	آزمودنی ها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	والدین	۱۷/۰۰ (۵/۱۹)	۱۷/۱۲ (۶/۰۸)
		۴۴/۹۳ (۸/۱۶)	۴۵/۰۳ (۷/۱۰)

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیر احساس شادکامی و خرده مقیاس های آن در دو گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آورده شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار احساس شادکامی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
رضایت زندگی	شفقت درمانی	۸/۲۵ (۲/۳۴)	۱۲/۰۰ (۰/۵۶)
	مثبت درمانی	۹/۴۰ (۱/۲۰)	۱۱/۱۴ (۰/۹۳)
	گواه	۹/۲۱ (۲/۱۴)	۹/۶۰ (۱/۰۸)
احساس کارآمدی	شفقت درمانی	۱۰/۵۵ (۱/۲۰)	۱۳/۱۲ (۲/۱۹)
	مثبت درمانی	۹/۱۳ (۳/۲۲)	۱۳/۱۰ (۲/۷۶)
	گواه	۱۰/۶۲ (۱/۴۷)	۱۰/۴۰ (۳/۰۹)

شفتت درمانی	۹/۱۸ (۰/۱۴)	۱۲/۱۸ (۱/۱۸)
احساس خوشی	مثبت درمانی	۱۰/۶۰ (۰/۵۶)
مثبت درمانی	۱۰/۶۵ (۱/۱۱)	۱۰/۵۴ (۱/۱۹)
گواه	شفتت درمانی	۱۰/۴۰ (۱/۱۸)
شفتت درمانی	۹/۸۷ (۲/۱۶)	۱۳/۰۴ (۲/۵۶)
احساس خوشی	مثبت درمانی	۹/۱۷ (۰/۵۵)
گواه	شفتت درمانی	۹/۱۲ (۰/۱۹)
شفتت درمانی	۱۰/۴۰ (۰/۹۲)	۱۳/۲۳ (۱/۱۴)
احساس خوشی	مثبت درمانی	۱۰/۲۳ (۰/۸۸)
گواه	شفتت درمانی	۱۰/۱۲ (۱/۲۳)
شفتت درمانی	۹/۹۷ (۰/۹۸)	۱۳/۱۹ (۱/۹۹)
احساس بهزیستی	مثبت درمانی	۹/۶۶ (۱/۸۷)
گواه	شفتت درمانی	۵۷/۶۲ (۶/۲۸)
شفتت درمانی	۵۹/۳۷ (۹/۰۴)	۷۶/۹۰ (۱۱/۵۲)
احساس شادکامی	مثبت درمانی	۶۰/۰۷ (۹/۷۱)
گواه	شفتت درمانی	۵۹/۳۶ (۸/۴۹)

در جدول ۵، میانگین و انحراف معیار متغیر همدلی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آورده شده است.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار همدلی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر پژوهش	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
مؤلفه شناختی	شفتت درمانی	۱۴/۰۰ (۲/۲۴)	۱۷/۱۶ (۳/۰۴)
	مثبت درمانی	۱۱/۴۵ (۱/۱۹)	۱۵/۱۰ (۲/۶۵)
	گواه	۱۲/۱۶ (۱/۷۳)	۱۰/۲۸ (۱/۱۴)
مؤلفه عاطفی	شفتت درمانی	۱۲/۸۷ (۰/۳۴)	۱۴/۰۵ (۰/۶۹)
	مثبت درمانی	۱۲/۹۳ (۰/۵۵)	۱۵/۰۷ (۱/۱۳)
	گواه	۱۳/۶۷ (۱/۱۱)	۱۰/۱۹ (۰/۷۶)
مؤلفه همدردی	شفتت درمانی	۱۰/۹۹ (۰/۴۸)	۱۴/۱۳ (۱/۹۹)
	مثبت درمانی	۱۲/۱۳ (۱/۱۵)	۱۶/۰۲ (۲/۸۷)
	گواه	۱۱/۰۰ (۰/۲۷)	۹/۵۵ (۰/۱۵)
همدلی	شفتت درمانی	۳۷/۸۶ (۳/۰۶)	۴۵/۳۴ (۵/۷۲)
	مثبت درمانی	۳۶/۵۱ (۲/۸۹)	۴۶/۱۹ (۶/۶۵)
	گواه	۳۶/۸۳ (۳/۱۱)	۳۰/۰۲ (۲/۰۵)

برای بررسی فرضیه اول مبنی بر بین اثربخشی درمان گروهی شفتت به خود و مثبت گرا در ابعاد احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی تفاوت دارد. نتایج در جدول ۶ آمده است.

به منظور بررسی میانگین از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه های این آزمون از آزمون لون، ام باکس استفاده شد و پس از عدم معناداری ($P > 0.05$) تحلیل کوواریانس اجرا گردید.

جدول ۶: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون ابعاد احساس شادکامی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P-Value	ضریب تأثیر	توان آماری
رضایت زندگی	۳۶۵/۵۱۶	۱	۲۲/۰۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۳	۱/۰۰۰
احساس کارآمدی	۱۳۳/۶۷۷	۱	۸۷/۵۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۴	۱/۰۰۰
احساس خوشی	۱۸۳/۳۵۸	۱	۵۷/۱۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰۹	۱/۰۰۰
اجتماعی بودن	۴۹۶/۱۰۰	۱	۴۸/۹۴۳	۰/۰۰۰	۰/۷۲۳	۱/۰۰۰
احساس بهزیستی	۲۹۱/۳۳۶	۱	۲۱/۷۷۵	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۶ نشان می‌دهد که مداخله‌های (متمکز بر شفقت و مثبت نگری) با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر افزایش هر یکی از ابعاد احساس شادکامی شامل رضایت از زندگی ($F=۲۲/۰۶$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۶۶۳$)، احساس کارآمدی ($F=۸۷/۵۸$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۸۱۴$)، احساس خوشی ($F=۵۷/۱۷$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۶۰۹$)، اجتماعی بودن

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۶ نشان می‌دهد که مداخله‌های (متمکز بر شفقت و مثبت نگری) با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر افزایش هر یکی از ابعاد احساس شادکامی شامل رضایت از زندگی ($F=۲۲/۰۶$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۶۶۳$)، احساس کارآمدی ($F=۸۷/۵۸$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۸۱۴$)، احساس خوشی ($F=۵۷/۱۷$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۶۰۹$)، اجتماعی بودن

جدول ۷: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون ابعاد همدلی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P-Value	ضریب تأثیر	توان آماری
مؤلفه شناختی	۲۱۸/۶۸۹	۱	۳۷/۹۵۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰۶	۱/۰۰۰
مؤلفه عاطفی	۱۸۵/۷۴۵	۱	۲۸/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷	۱/۰۰۰
مؤلفه همدردی	۲۰۵/۹۴۴	۱	۱۷/۹۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۷ نشان می‌دهد که مداخله‌های (متمکز بر شفقت و مثبت نگری) با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر افزایش هر یک از ابعاد همدلی شامل عامل شناختی ($F=۳۷/۹۵$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۹۰۶$)، عامل عاطفی ($F=۲۸/۱۸$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۸۶۷$) و عامل همدردی

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول ۷ نشان می‌دهد که مداخله‌های (متمکز بر شفقت و مثبت نگری) با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر افزایش هر یک از ابعاد همدلی شامل عامل شناختی ($F=۳۷/۹۵$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۹۰۶$)، عامل عاطفی ($F=۲۸/۱۸$ و $P=۰/۰۰۰$ و $\text{Eta}=۰/۸۶۷$) و عامل همدردی

جدول ۸: آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیرهای همدلی و شادکامی

متغیر	گروه	گروه آزمایش ۱ (مثبت درمانی)		گروه آزمایش ۲ (شفقت درمانی)		گروه گواه
		تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری	
همدلی	گروه آزمایش ۱	-	-	-۱/۰۰۸	۰/۱۰۴	گروه گواه
	گروه آزمایش ۲	۱/۰۰۸	۰/۱۰۴	-	-	گروه گواه
شادکامی	گروه گواه	۳/۵۳۲	۰/۰۰۱	۲/۵۲۴	۰/۰۰۱	گروه گواه
	گروه آزمایش ۱	-	-	۱/۱۳۶	۰/۰۰۳	گروه گواه
	گروه آزمایش ۲	-۱/۱۳۶	۰/۰۰۳	-	-	گروه گواه
	گروه گواه	-۳/۰۹۴	۰/۰۰۱	-۱/۹۵۸	۰/۰۰۱	گروه گواه

عنوان وسیله‌ای برای حفظ و کنترل سلامتی خود استفاده می‌کنند (۳۸).

Neff (۲۰۱۰) داشتن شفقت خود نیازمند این است که فرد به دلیل شکست‌ها و یا نرسیدن به معیارهای مورد نظرش به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر کاهش هیجانهای منفی و افزایش احساس شادی موثر باشد (۳۹).

از دیگر سو، درمان مثبت نگر بر بهزیستی روانی و احساس شادی دختران با سابقه خودجراحی اثربخش بوده است. هر چند که این اثربخشی درمان مثبت نگر بر شادی دختران بیش از درمان متمرکز بر شفقت به خود بود. در پژوهشی Morris و همکاران به این نتیجه دست یافتند که، داشتن احساسات مثبت می‌تواند به درمان افراد با خودجراحی کمک کند. خودجراحی به عنوان شیوه‌ای برای تنظیم احساسات و هیجانها از سوی افراد با تجربه خودجراحی به کار می‌رود. داشتن تجربه‌های مثبت و شادی در زندگی می‌تواند شیوه‌های جدیدی برای سازگاری با مشکلات زندگی برای آنها فراهم کند (۴۰). درمان مثبت نگر، به افراد کمک می‌کند تا روابط اجتماعی و مهارت‌های دوست‌یابی خود را تقویت کنند و قدردان فرصت‌های زندگی خود باشند (۴۱). از این رو، درمان مثبت نگر بر احساس شادی افراد نمونه موثرتر بود. Nawaz و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند بر کاهش رفتارهای خودجراحی موثر باشند و بهتر است این مداخله‌ها به طور مداوم به کار بروند (۴۲).

به طور کلی، شفقت به خود به مشکلات عاطفی کمتر در افراد منجر می‌شود. شفقت به خود و سطوح پایین‌تر خودجراحی یا افکار خودکشی منجر می‌شود. عدم شفقت به خود به پررنگ کردن رویدادهای منفی زندگی دامن می‌زند و رفتارهای خودجراحی را در نوجوانان افزایش می‌دهد (۲). همچنین، داشتن نگرش مثبت به زندگی به توان مقابله مناسب با مشکلات زندگی در افراد کمک می‌کند.

در انجام این پژوهش محدودیتهای وجود داشت. به دلیل همه‌گیری کرونا و رعایت پروتوکل‌های بهداشتی جلسات به صورت آنلاین برگزار شد که ممکن است اثربخشی کمتری در مقایسه با جلسات حضوری داشته باشند. همچنین، انجام به دلیل شیوع کرونا امکان انجام دوره پیگیری برای بررسی اثر مانایی مداخله‌ها میسر نگردید.

در راستای تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه زوجی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۸ استفاده شد. نتایج نشان داد که، هر دو روش درمانی شامل بر تمامی متغیرها در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده‌اند. همچنین، نتایج حاکی از آن است که در متغیر همدلی بین اثربخشی دو درمان مثبت‌گرا و متمرکز بر شفقت در مرحله پس‌آزمون از نظر میزان اثربخشی تفاوت معنادار نبود ($P > 0.05$). اما در متغیر احساس شادکامی این تأثیر متفاوت بود، یعنی روان‌درمانی مثبت‌گرا نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بر احساس شادکامی مؤثرتر بوده است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی متمرکز بر شفقت و مثبت‌نگر بر همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی بود. نتایج پژوهش نشان داد که، درمان گروهی متمرکز بر شفقت و مثبت‌گرا به افزایش همدلی و احساس شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی منجر شد. یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش احساس شادکامی در افراد با نتایج پژوهش Tingaz و همکاران (۲۰۲۲) و Best و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد (۳۶-۳۷). Tingaz و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که، بین ذهن آگاهی، شفقت به خود و شادی همبستگی مثبت و معناداری در نوجوانان ورزشکار وجود داشت (۳۶). همچنین Best و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که، افراد با احساس تنهایی بالا همدردی و همدلی کمتری را در روابط اجتماعی شان تجربه می‌کنند و ترس بیشتری از ابراز همدردی به دیگران و خود و دریافت شفقت از سوی دیگران دارند در نتیجه احساس شادمانی کمتری را تجربه می‌کنند. یافته‌ها نشان می‌دهد که عدم امنیت اجتماعی و ترس از دریافت شفقت و مهربانی از سوی دیگران یا خود به شدت با سطح بالایی از تنهایی رابطه دارد (۳۷). درمان متمرکز بر شفقت بر پایه دو فرایند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرایند به افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران بازمی‌گردد. همچنین، فرایند دوم شامل شرطی زدایی، تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. دختران با رفتار خودجراحی با آموزش‌های متمرکز بر شفقت که با خود و دیگران مهرورزانه رفتار کنند. در واقع می‌توان گفت افرادی که از تأثیرات مثبت مهربانی آگاه‌اند، از آن به

شادکامی در دختران منجر شوند. با این حال، درمان مثبت نگر تاثیر بیشتری بر احساس شادکامی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت داشت.

سیاسگری

پژوهشگران از مدیران و پرسنل مدارس دولتی منطقه ۴ شهر تهران به دلیل همکاری شان تشکر می کنند. همچنین، از شرکت کنندگانی که با صبر و حوصله ما را در اجرای این پژوهش یاری ساختند، کمال قدردانی را داریم. همچنین، این مقاله برگرفته از یافته های رساله دکتری رشته مشاوره (نویسنده اول) می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

References

1. Shahbazi J, Khodabakhshi-Koolae A, Davodi H, Heidari H. Effects of mindfulness-based self-compassion and attachment-based therapy on self-criticism and mental fatigue of male adolescents with addiction potential. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2020 May 10;6(2):97-108. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.6.2.33.9>
2. Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2019; 26(5), 511-530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
3. Baldwin JR, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Fisher HL, Odgers CL, Ambler A, Houts RM, Matthews T, Ougrin D, Richmond-Rakerd LS. Adolescent victimization and self-injurious thoughts and behaviors: a genetically sensitive cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019 May 1;58(5):506-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.903>
4. Hasking P, Rose A. A preliminary application of social cognitive theory to nonsuicidal self-injury. *Journal of youth and adolescence*. 2016 Aug;45(8):1560-74. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0449-7>

پیشنهاد می شود که محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین سایر نوجوانان دارای رفتار خودآسیب رسانی (گرایش به مصرف مواد و مشروبات الکلی، رانندگی پرخطر، روابط جنسی زود هنگام) مورد مطالعه قرار دهند. همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه های درمانی به افزایش همدلی و شادکامی نوجوانان دختر با سابقه خودجراحی اثربخش بوده است، لذا پیشنهاد می شود در مراکز درمانی در کنار درمان دارویی و طبی به ارائه خدمات روان شناختی برای این گروه از مراجعان استفاده شود.

نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی دو درمان گروهی متمرکز بر شفقت و مثبت نگر بر احساس همدلی و شادکامی در دختران نوجوان با سابقه خودجراحی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش می توانند به افزایش همدلی و احساس

5. vanden Bogaard, K. J., Nijman, H. L., Palmstierna, T., & Embregts, P. J. Self-injurious behavior in people with intellectual disabilities and co-occurring psychopathology using the Self-Harm Scale: A pilot study. *Journal of developmental and physical disabilities*, 2018; 30(5), 707-722. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9614-0>
6. Huisman S, Mulder P, Kuijk J, Kerstholt M, van Eeghen A, Leenders A, van Balkom I, Oliver C, Piening S, Hennekam R. Self-injurious behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018 Jan 1;84:483-91. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.027>
7. Gandhi, A., Luyckx, K., Molenberghs, G., Baetens, I., Goossens, L., Maitra, S., & Claes, L. Maternal and peer attachment, identity formation, and non-suicidal self-injury: a longitudinal mediation study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2019; 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0267-2>
8. Stănicke LI, Haavind H, Gullestad SE. How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*. 2018 Jun;3(2):173-91. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>
9. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*. 2007 Nov;63(11):1045-56.

- <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
10. Peivastegar. M. The rate of deliberate self-harming in girls students and relationship with loneliness & Attachment styles. *Journal of Psychological Studies*, 2013 Oct 23;9(3):29-52. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1750.html?lang=en
 11. Mohebbi Z, Ghamari-Givi H, Falsafinejad MR, Khodabakhshi-koolae A. Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injury among Female High School Students in Ardabil City in the Academic Year 2018-2019. *Social Health*. 2020 Jan 1;7(3):265-77.
 12. Timoney LR, Walsh Z, Shea MT, Yen S, Ansell EB, Grilo CM, McGlashan TH, Stout RL, Bender DS, Skodol AE, Sanislow CA. Personality and life events in a personality disorder sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017 Oct;8(4):376. <https://doi.org/10.1037/per0000214>
 13. Liu X, Liu ZZ, Jia CX. Repeat self-harm among Chinese adolescents: 1-year incidence and psychosocial predictors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021 Nov;56(11):1979-92. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02085-x>
 14. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of adolescence*. 2012 Feb 1;35(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>
 15. Quinlivan LM, Gorman L, Littlewood DL, Monaghan E, Barlow SJ, Campbell SM, Webb RT, Kapur N. 'Relieved to be seen'-patient and carer experiences of psychosocial assessment in the emergency department following self-harm: qualitative analysis of 102 free-text survey responses. *BMJ open*. 2021 May 1;11(5):e044434. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044434>
 16. Salgado RM, Pedrosa R, Bastos-Leite AJ. Dysfunction of empathy and related processes in borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard review of psychiatry*. 2020 Jul;28(4):238. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000260>
 17. Turk F, Kellett S, Waller G. Determining the potential links of self-compassion with eating pathology and body image among women and men: A cross-sectional mediational study. *Body Image*. 2021 Jun 1;37:28-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.007>
 18. Yadav R, Koushal V, Aggarwal P, Saini V, Sharma R. The interrelationship of positive mental and physical health: A health promoting approach. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2012 Mar 1;3(1):47.
 19. Creswell C, Violato M, Cruddace S, Gerry S, Murray L, Shafran R, Stein A, Willetts L, McIntosh E, Cooper PJ. A randomised controlled trial of treatments of childhood anxiety disorder in the context of maternal anxiety disorder: Clinical and cost-effectiveness outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020 Jan;61(1):62-76. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13089>
 20. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology 2014* (pp. 279-298). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
 21. Kılıç A, Hudson J, McCracken LM, Ruparelia R, Fawson S, Hughes LD. A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*. 2021 May 1;52(3):607-25. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>
 22. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge; 2010 Apr 16. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
 23. Carr, A. *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. 2013, Routledge.
 24. Gilbert P. *Compassion focused therapy. The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*. 2015 Mar 19:127. <https://doi.org/10.4135/9781473918061.n11>
 25. Khatami M, Khodabakhshi-Koolae A. An Analysis of Meaningless and Absurd Experiences in Unsuccessful Suicide Attempts in Iran. *Practice in Clinical Psychology*. 2021; 9 (1) :61-70 URL: <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-730-fa.html> <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.1.746.1>
 26. Vossen, H. G., Piotrowski, J. T., & Valkenburg, P. M. Development of the adolescent measure of empathy and sympathy (AMES). *Personality and Individual Differences*, 2015; 74, 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.040>
 27. Bloom ZD, Lambie GW. The adolescent measure of empathy and sympathy in a sample of emerging adults. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2020 Apr 2;53(2):89-103.

- <https://doi.org/10.1080/07481756.2019.1667243>
28. Narimani M, Fallahi V, Habibi Y, Zardi B. Assess the psychometric properties of empathy and sympathy questionnaire in students. *Journal of school psychology*. 2017 May 22;6(1):115-29.
 29. Hills, P., & Argyle, M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*, 2002; 33(7), 1073-1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
 30. Galvão, A.; Jesus, S.; Pinheiro, M.; Viseu, J. The dimensions of happiness within the Oxford happiness questionnaire: Developing a valid multidimensional measurement instrument for a portuguese sample. *Revista INFAD de Psicología. Int. J. Dev. Educ. Psychol.* 2020, 2, 465-478. [CrossRef] <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1871>
 31. Hooman HA, Vatankhah Hr, Dorostkar S. Considering practicality, reliability and validity of oxford happiness's revised test in Tehran high schools students. *Journal of Psychological Researches* 2012; 4(15). [In Persian].
 32. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edgmont)*, 2010; 7(4), 16.
 33. Lundahl A, Hellqvist J, Helgesson G, Juth N. Psychiatrists' motives for compulsory care of patients with borderline personality disorder-a questionnaire study. *Clinical Ethics*. 2021: <https://doi.org/10.1177/14777509211040190>
 34. Izakian, S., Mirzaian, B., & Hosseini, S. H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion dysregulation and self-compassion among self-harm students. *zakian S, Mirzaian B, Hosseini SH. (2019). Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 14(53), 17-26.
 35. Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*. 2002 May;2(2002):3-12.
 36. Tingaz EO, Solmaz S, Ekiz MA, Guvendi B. The Relationship Between Mindfulness and Happiness in Student-Athletes: The Role of Self-Compassion-Mediator or Moderator?. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2022 Mar;40(1):75-85. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00397-0>
 37. Best T, Herring L, Clarke C, Kirby J, Gilbert P. The experience of loneliness: The role of fears of compassion and social safeness. *Personality and Individual Differences*. 2021 Dec 1;183:111161. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111161>
 38. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012 Aug 1;32(6):545-52. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
 39. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*. 2010 Jul 1;9(3):225-40. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
 40. Morris C, Simpson J, Sampson M, Beesley F. Cultivating positive emotions: A useful adjunct when working with people who self-harm?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014 Jul;21(4):352-62. <https://doi.org/10.1002/cpp.1836>
 41. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology* 2014 (pp. 279-298). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
 42. Nawaz RF, Reen G, Bloodworth N, Maughan D, Vincent C. Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych open*. 2021 May;7(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.41>