

# اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل‌پریشانی

## دانشجویان پسر رشته تربیت‌بدنی

کمال حسینی<sup>۱</sup>، نظیره حسن پور<sup>۲</sup>، مسعود نجاری<sup>۳</sup>، کامران مام‌قادر<sup>۴</sup>

۱. دکتری مدیریت ورزشی، گروه تربیت‌بدنی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. دکتری روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

۴. کارشناسی ارشد آموزش ابتدایی، گروه علوم تربیتی، مرکز بوکان، دانشگاه علمی کاربردی، بوکان، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۴۰۲، صفحات ۱۲-۱۱

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل‌پریشانی دانشجویان پسر کارشناسی رشته تربیت‌بدنی انجام شد. پژوهش حاضر جزو تحقیقات کاربردی به شمار می‌رود و از نظر روش تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر کارشناسی رشته تربیت‌بدنی دانشگاه علمی کاربردی شهر بوکان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از بین داوطلبان واجد شرایط و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه هوش اخلاقی لینک و کیل (۲۰۰۸)، کمال‌گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱) و تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای دانشجویان گروه آزمایش به ترتیب ۲۰/۳۱ و ۵/۸۰ و برای دانشجویان گروه گواه به ترتیب ۲۰/۴۹ و ۵/۶۳ بود. همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بعد از مداخله، اثر درمان مبتنی بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل‌پریشانی معنادار بود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت روش مداخله‌ای مناسبی برای افزایش هوش اخلاقی و تحمل‌پریشانی و کاهش کمال‌گرایی دانشجویان است.

**واژه‌های کلیدی:** هوش اخلاقی، کمال‌گرایی، تحمل‌پریشانی، دانشجویان.

## مقدمه

هوش اخلاقی<sup>۱</sup> مفهوم نوینی است که شامل توجه به زندگی انسانی و طبیعت، رفاه اقتصادی و اجتماعی و ارتباطات آزاد و صادقانه و حقوق شهروندی است که دارای ابعاد متفاوتی در رابطه با استدلال اخلاقی می باشد (فریدونی، دهقانی و شیخ زاده، ۱۳۹۲). هوش اخلاقی به عنوان یکی از مؤلفه های هوش عمومی می تواند زمینه ای مناسب برای رفتار و عملکرد موفق فرد فراهم کند (اوزتورک، سایهگیل و یلدیز، ۲۰۱۹ به نقل از دلبری و همکاران، ۱۳۹۹). افراد با هوش اخلاقی بالا معمولاً در مهارت های یادگیری و رفتارهای سازشی موفق تر و استرس کمتری را تجربه می کنند (تاپراک و کاراکوس، ۲۰۱۸). یکی از عوامل مرتبط با هوش اخلاق، کمال گرایی<sup>۲</sup> است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۸). کمال گرایی سازه ای چندبعدی و یک خصیصه ی شخصیتی است که با تلاش برای بی عیب و نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد همراه با ارزشیابی انتقادی و حساسیت در مورد اشتباهات مشخص می شود و شامل سه مؤلفه خودمحور<sup>۳</sup>، دگر محور<sup>۴</sup> و جامعه محور<sup>۵</sup> می باشد. کمال گرایی خودمحور با معیار غیرواقع بینانه، خودتحمیل شده در ارتباط است؛ کمال گرایی دگر محور به معیارهای عالی و غیرواقعی توسط دیگران اشاره دارد و کمال گرایی جامعه محور به این باور اشاره دارد که دیگران انتظاراتی افراطی از فرد دارند که برآورده کردن آنها غیرممکن؛ اما فرد به خاطر کسب رضایت و مورد تأیید واقع شدن باید آن را کسب کند (اسمیت و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷؛ هیت و فلت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱ و بشارت و همکاران، ۱۳۹۹).

از متغیرهای مرتبط و همسو با هوش اخلاقی و کمال گرایی، ظرفیت افراد در تحمل پریشانی<sup>۸</sup> است (کلیشادی و یزدخواستی، ۱۳۹۵؛ وکیلی هریس و همکاران، ۱۳۹۸). تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله (۱) توانایی تحمل پریشانی های هیجانی، (۲) ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، (۳) شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی (۴) مقدار جذب توجه به وسیله هیجان های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد، می شود و در واقع به دو شکل رخ می دهد، اولی به توانایی شخص در برابر تحمل هیجان های منفی اشاره دارد و دومی تظاهر رفتاری تحمل حالت های درونی ناخوشایندی است که به وسیله موقعیت های مختلف استرس زا فراخوانده می شود (لیرو، زویلنسکی و برنستین<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از اضطراب و تجربه هیجان های منفی تأثیرگذار است، به گونه ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس<sup>۱۰</sup> و اضطراب<sup>۱۱</sup> نشان می دهند.

1. moral intelligence

2. perfectionism

3. self-oriented perfectionism

4. other-oriented perfectionism

5. socially prescribed perfectionism

6. Smith & etal

7. Hewitt & Flett,

8. distress tolerance

9. Leyro, Zvolensky & Bernstein

10. Stress

11. Anxiety

افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با به‌کارگیری استراتژی‌هایی که هدف آن‌ها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این‌گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (کاف و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). کارتر، گیلبرت و کربی<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با عنوان درمان متمرکز بر شفقت برای شرم از وزن بدن: یک آزمایش ترکیبی به این نتیجه رسیدند که CFT تأثیر مثبتی بر کاهش شرم از وزن بدن، افزایش شفقت و بهبود رفتارهای سلامتی دارد. استیفن، فاکس، کتانی، آلدرد، آستین، بورلینگام<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر یک مداخله درمانی متمرکز بر شفقت مبتنی بر گروه؛ طی ۱۲ هفته بر تغییرپذیری ضربان قلب دریافتند که افزایش شفقت به خود، واکنش‌پذیری تغییرپذیری ضربان قلب (HRV) را افزایش می‌دهد و به‌طور بالقوه توانایی درگیر شدن با احساسات دشوار در روان‌درمانی را تقویت می‌کند. استرود و گریفیثس<sup>۴</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان ارزیابی درمان متمرکز بر شفقت در محیط‌های بستری بزرگسالان دریافتند که به‌طورکلی در همه حوزه‌ها بخصوص سلامت روان پیشرفت‌های قابل توجهی به دست آمد. همچنین مشاهده شد که محتوای جلسه‌ی درمان مبتنی بر شفقت برای جلسات تنفس و مبتنی بر ذهن آگاهی و کسانی که از تکنیک‌های تصویرسازی استفاده می‌کنند مؤثرتر است. حسینی مهر، خضری مقدم و پور احسان (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی دریافتند که آموزش مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی داشته است؛ این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. با توجه به یافته‌ها آموزش مبتنی بر شفقت یک گزینه مناسب برای بهبود خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و کاهش خودانتقادی است. نیاستی، قربان شیرودی، خلعتبری و تیز دست (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرگرا: یک مطالعه راهنما دریافتند که بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، هیجان (EFT) و مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرگرا مؤثر بود. ترخان (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب‌آوری تحصیلی و امیدواری دانش آموزان پسر اهل کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه نشان داد که با توجه به نمرات پیش‌آزمون، آموزش مبتنی بر شفقت تحصیلی در هر دو گروه تفاوت معنادار نشان داد. به‌طورکلی این پژوهش در همسویی با نتایج پژوهش‌های مشابه حاکی از آن است، روش در افزایش تاب‌آوری تحصیلی، امیدواری و کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان پسر می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد. خونساری، تاجری، سرداری پور، حاتمی و حسین زاده تقوایی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت و تئوری انتخاب بر احساس شرم و سطوح خودانتقادی دانش‌آموزان دختر نشان دادند که پس از اجرای آموزش‌های گروهی، بین میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در کاهش احساس شرم و سطوح خودانتقادی تفاوت معناداری ایجاد شد و این تفاوت در گروه آموزش شفقت بیشتر از گروه آموزش تئوری انتخاب

1. Keough & etal

2. Carter, Gilbert & Kirby

3. Steffen, Fox, Cattani, Alldredge, Austin & Burlingame

4. Stroud, & Griffiths

بود. آسایش، دخت محمد و سر رشته دار (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر بهبود وضوح تصور از خود درونی و کاهش خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی داشت. ابویی، برزگر بفرویی و رحیمی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی آموزش شفقت به خود بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری خاص به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت به خود بر تنظیم هیجان و بعد ارزیابی مجدد اثرگذار بوده است؛ اما بر بعد فرونشانی اثری نداشته است. یافته‌ها حاکی از آن بود که این آموزش می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان این دانش‌آموزان مؤثر باشد؛ پس می‌توان از این آموزش در جهت کاهش مشکلات هیجانی این دانش‌آموزان استفاده نمود و این آموزش را در مدارس و مراکز اختلالات یادگیری به کاربرد. آقایی، خانجانی و شکی و پاشا (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی زنان دارای تجربه خیانت زناشویی نشان دادند که آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی تأثیر معنی‌داری دارد؛ بنابراین آموزش مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به کاهش آشفتگی هیجانی شود. بهاروندی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان دریافتند که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش توانایی تحمل ابهام و کاهش اضطراب مرگ سالمندان شد. با توجه به نقش اساسی دانشجویان در توسعه و پیشرفت دانشگاه و کشور، افراد با هوش اخلاقی، تحمل پریشانی پایین و کمال‌گرایی بالا چالش‌ها، بدرفتاری‌ها و مشکلات فراوانی را می‌توانند هم برای دانشگاه و هم برای خود دانشجویان به دنبال داشته باشند. لذا تقویت این متغیرها ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت<sup>۱</sup> بر هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل پریشانی دانشجویان پسر نپرداخته است. لذا انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای مهمی برای سیستم آموزشی دانشگاه به دنبال داشته باشد. در نهایت پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه‌شده در بالا درصدد بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل پریشانی دانشجویان پسر می‌باشد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر جزو تحقیقات کاربردی به شمار می‌رود و از نظر روش تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر کارشناسی رشته تربیت بدنی دانشگاه علمی کاربردی شهر بوکان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود و از آنجاکه در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۳). از بین داوطلبان واجد شرایط و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک ورود به پژوهش تزریق حداقل یک دز واکسن کرونا، شرکت در جلسات

<sup>۱</sup>. compassion-focused therapy

آموزشی، دانشجوی پسر رشته تربیت بدنی، رضایت کتبی، توانایی در جواب دادن به پرسش نامه ها و عدم شرکت همزمان در سایر گروه های مشاوره ای و درمانی و همچنین ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی مبتنی بر شفقت و تمایل نداشتن به ادامه همکاری بود. در آخر با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از دانشجویان شرکت کننده در پژوهش، رضایت آن ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد و جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه های ذیل استفاده شد.

**پرسشنامه هوش اخلاقی:** این ابزار توسط لینک و کیل (۲۰۰۸) تدوین شد. پرسشنامه هوش اخلاقی دارای ۴۰ گویه و شامل چهار خرده مقیاس درستکاری (۱۶ سؤال) مسئولیت پذیری (۱۲ سؤال) بخشش (۸ سؤال) و همدلی (۴ سؤال) است. نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۵=خیلی زیاد تا یک=خیلی کم) انجام می شود؛ که کمترین نمره خرده مقیاس درستکاری، مسئولیت پذیری، بخشش و همدلی به ترتیب ۱۶، ۱۲، ۸، ۴ و بیشترین نمره خرده مقیاس درستکاری، مسئولیت پذیری، بخشش و همدلی به ترتیب ۸۰، ۶۰، ۴۰ و ۲۰ بوده است (لینک و کیل، ۲۰۰۸). این پرسشنامه در ایران توسط آراسته و همکاران در سال ۱۳۸۹ هنجاریابی شده که پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده و روایی صوری و محتوایی آن توسط متخصصین مورد تأیید قرار گرفته است (آراسته، عزیزی شمایی، جعفری راد و محمدی جوزانی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

**پرسشنامه کمال گرایی:** این مقیاس توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) تدوین شد. مقیاس کمال گرایی دارای ۳۰ گویه و شامل سه خرده مقیاس کمال گرایی خودمحور، کمال گرایی دگر محور و کمال گرایی جامعه محور است. هریک از این سه بعد با ۱۰ ماده در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۰ تا ۵ سنجیده می شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس های سه گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فلت و هویت (۲۰۰۶) در پژوهش خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری، هماهنگی درونی مقیاس خود را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال گرایی خودمحور، دیگر محور و جامعه محور برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ بود. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) در یک نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ها برای زیرمقیاس های کمال گرایی خودمحور، دیگر محور و جامعه محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای ابعاد کمال گرایی خودمحور، دیگر محور و جامعه محور به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسشنامه تحمل پریشانی:** این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تدوین شد. پرسشنامه تحمل پریشانی دارای ۱۵ گویه و شامل چهار خرده مقیاس تحمل (سؤالات ۱، ۳ و ۵) جذب (سؤالات ۲، ۴ و ۱۵) ارزیابی (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴) است. نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۵=کاملاً مخالف تا یک=کاملاً موافق) انجام می شود. سؤال ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالاست. پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی برابر با ۰/۶۱ گزارش شده است. برای نسخه فارسی این پرسشنامه آلفای کرونباخ

۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین ضریب روایی همزمان با پرسش نامه هوش اخلاقی ۰/۳۲ گزارش شده است (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از روحانی، سید موسوی، گرجی و صمیمی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

گروه آزمایش، مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را در طی ۵ هفته به صورت هفته‌ای دو جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) بود که از پژوهش اورکی و بیتابه (۱۳۹۷) اقتباس شده است. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر شفقت و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمانی آموزش مبتنی بر شفقت

جلسه اول	معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی
جلسه دوم	تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی.
جلسه چهارم	آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهار زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر
جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.
جلسه ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان.
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت
جلسه نهم	آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل برخلاف شفقت تجربه شده
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به منظور آزمودن فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش‌فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری SPSS23 مورد استفاده قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای دانشجویان گروه آزمایش به ترتیب  $20/31 \pm 5/80$  و برای دانشجویان گروه گواه به ترتیب  $20/49 \pm 5/63$  بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
هوش اخلاقی	گواه	۱۵	۱۳۵/۵۷	۱۷/۳۹	۱۳۵/۴۳
	آزمایش	۱۵	۱۳۵/۷۱	۱۷/۱۵	۱۴۸/۱۴
کمال‌گرایی	گواه	۱۵	۱۰۴/۱۳	۷/۵۷	۱۰۳/۵۸
	آزمایش	۱۵	۱۰۴/۲۰	۷/۴۵	۸۹/۰۸
تحمل پریشانی	گواه	۱۵	۳۳/۹۰	۱۰/۱۹	۳۳/۱۳
	آزمایش	۱۵	۳۳/۰۶	۱۰/۶۶	۵۶/۹۱

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین هوش اخلاقی در گروه آزمایش از (۱۳۵/۷۱) در مرحله پیش‌آزمون به (۱۴۸/۱۴) در مرحله پس‌آزمون و میانگین تحمل پریشانی در گروه آزمایش از (۳۳/۰۶) در مرحله پیش‌آزمون به (۵۶/۹۱) در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخله درمان متمرکز بر شفقت افزایش یافته و همچنین میانگین کمال‌گرایی در گروه آزمایش از (۱۰۴/۲۰) در مرحله پیش‌آزمون به (۸۹/۰۸) در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخله درمان متمرکز بر شفقت کاهش یافته است.

جدول ۳. آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
هوش اخلاقی	۲/۱۴	۱	۲۸	۰/۰۸۲
کمال‌گرایی	۱/۶۷	۱	۲۸	۰/۲۵۰
تحمل پریشانی	۱/۷۷	۱	۲۸	۰/۱۸۹

همچنین، نتایج به دست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای هوش اخلاقی، کمال‌گرایی و تحمل پریشانی برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید کرده است.

جدول ۴. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
هوش اخلاقی	۱	۸۱۰/۲۴۷	۳/۰۲	۰/۰۸۱
کمال‌گرایی	۱	۶۶۰/۴۳۱	۲/۵۲	۰/۰۹۳
تحمل پریشانی	۱	۵۷۲/۰۲۱	۱/۹۵	۰/۱۴۳

در جدول ۴ مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای هوش اخلاقی، کمال گرایی و تحمل پریشانی با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه - پیش آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
هوش اخلاقی	۱۲۰۸۹/۳۷	1	۱۲۰۸۹/۳۷	۱۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
کمال گرایی	۱۷۰۰۵/۲۵	۱	۱۷۰۰۵/۲۵	۲۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
تحمل پریشانی	۱۶۵۰۵/۱۴	۱	۱۶۵۰۵/۱۴	۲۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴

براساس نتایج جدول ۶ مداخله درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال گرایی و تحمل پریشانی دانشجویان پسر رشته تربیت بدنی تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۴۴ درصد از واریانس هوش اخلاقی، ۵۹ درصد از واریانس کمال گرایی و همچنین ۵۵ درصد از واریانس تحمل پریشانی به وسیله مداخله درمان متمرکز بر شفقت تبیین می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال گرایی و تحمل پریشانی دانشجویان پسر تربیت بدنی دانشگاه علمی کاربردی بوکان انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی، کمال گرایی و تحمل پریشانی دانشجویان پسر تربیت بدنی دانشگاه علمی کاربردی بوکان اثربخش است و فرضیه پژوهش به صورت کلی تأیید شد. به عبارتی، درمان متمرکز بر شفقت توانایی افزایش میانگین متغیرهای وابسته را داشت. این یافته با نتایج حسینی مهر، خضری مقدم و پور احسان (۱۴۰۰)، نیاستی، قربان شیروودی، خلعتبری و تیز دست (۱۴۰۰)، آسایش، دخت محمد و سر رشته دار (۱۴۰۰)، ابویی، برزگر بفرویی و رحیمی (۱۴۰۰)، آقایی، خانجانی وشکی و پاشا (۱۴۰۰)، کارتر، گیلبرت و کربی (۲۰۲۱)، استیفن، فاکس، کتانی، آلدرد، آستین، بورلینگام (۲۰۲۱)، استرود و گریفیتس (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته اول مبنی بر درمان متمرکز بر شفقت بر هوش اخلاقی دانشجویان پسر مؤثر است؛ می‌توان اظهار کرد که هوش اخلاقی ظرفیت ذهنی انسان را در توانایی چهارچوب بندی اصول و ارزش‌های انسانی در قالب اهداف و ارزش‌های خود نشان می‌دهد. رفتارهای منصفانه، احترام، پذیرش دیگران و مسئولیت پذیری از ویژگی‌های بارز هوش اخلاقی است (محمدپور، ۱۴۰۰). این درمان از طریق آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی، صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی، آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت می‌تواند هوش اخلاقی افراد را ارتقاء دهد.

در تبیین یافته دوم مبنی بر درمان متمرکز بر شفقت بر کمال گرایی دانشجویان پسر مؤثر است؛ می‌توان اظهار کرد که آگاهی به عنوان یکی از ابعاد درمان شفقت به خود در مقابل همانندسازی افراطی به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرایندها سبب کاهش رنج درونی و کمال گرایی می‌گردد (غفاری جاهد و همکاران، ۱۳۹۹). کمال گرایی به شکل بیمارگونه آن یعنی داشتن معیارها و



خواسته‌های بسیار سطح بالا که غیر واقع‌گرایانه هستند و عملاً نمی‌توانند انجام شوند؛ بنابراین افراد کمال‌گرا در مقابل مواجهه با شرایط دچار احساس گناه شده و شروع به سرزنش خود خواهند کرد. درمان مبتنی بر شفقت با آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی، آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهار زندگی، مراقبت از خود می‌تواند در کاهش کمال‌گرایی افراد مؤثر باشد.

در تبیین یافته سوم مبنی بر درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی دانشجویان پسر مؤثر است؛ می‌توان اظهار کرد افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حالی که با خود مهربان هستند، در برابر مشکلاتشان مسئولیت‌پذیرتر هستند و وقایع پیش‌آمده را راحت‌تر می‌پذیرند. درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه فنون شفقت ورزی، شناسایی افکار خود مهرورزی و همچنین برطرف سازی موانع شفقت ورزی، فرد را در برابر حالت منفی محافظت می‌کند و حالت هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹). درواقع درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند؛ در نتیجه تحول این سیستم تاب‌آوری فرد را افزایش می‌دهد و در نهایت به بهبود سطح تحمل پریشانی منجر می‌شود (حسینی مهر و همکاران، ۱۴۰۰). افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساسات منفی/حالات آزارنده مربوط بکوشند و درمان مبتنی بر شفقت از طریق توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان باعث تأثیر در افراد با سطوح کم تحمل پریشانی می‌گردد و پاسخ سازگارانه را در آن‌ها تقویت می‌کند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی داوطلبانه و در دسترس، تمرکز بر روی دانشجویان پسر رشته تربیت‌بدنی، ابزارهای خود گزارشی، مکان اجرا و گستره آن، نبود مرحله پیگیری به علت شیوع بیماری کووید-۱۹، محدودیت در عدم کنترل عوامل تأثیرگذار بر پژوهش (هوش، پایگاه اجتماعی، اقتصادی، وجود اضطراب کرونا) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در شهرها و جامعه آماری دانشجویان رشته‌های تحصیلی متفاوت نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی مرحله پیگیری نیز لحاظ شود تا روند تأثیر درمان متمرکز بر شفقت را بتوان در طول زمان مشاهده نمود. نتایج این پژوهش می‌تواند مسئولان واحدهای دانشگاهی را در جریان قرار دهد که با درک درست از ابعاد شخصیت دانشجویان، در جهت بهبود و تقویت متغیرهای سلامت روان گام بردارند. برگزاری کارگاه‌هایی در زمینه هوش اخلاقی، کمال‌گرایی، تحمل پریشانی و دیگر متغیرهایی که ارتباط مستقیم و مؤثر با دانشجویان دارند؛ صورت گیرد و برای افزایش این متغیرها و پکیجی کامل از این متغیرها در وجود هر دانشجو مشاوره‌هایی به صورت گروه‌درمانی و انفرادی انجام گیرد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش (دانشجویان پسر کارشناسی رشته تربیت بدنی دانشگاه علمی کاربردی بوکان)، ریاست محترم دانشگاه جناب آقای دکتر عثمان آچاک و مسئولین آموزش سرکار خانم گلاله صدوقی و جناب آقای منصور آسویار که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد. نقش نویسندگان: همه نویسندگان مقاله در تدوین و تحلیل و تفسیر داده‌های نسخه پیش‌نویس و دست‌نویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند. تضاد منافع: این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود.

## منابع

- ابویی، عارفه؛برزگر بفرویی، کاظم و رحیمی، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری خاص. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۸ (۴۳)، ۱۰۱-۱۲۱.
- آراسته، حمیدرضا؛ عزیزی‌شعاعی، مصطفی؛ جعفری‌راد، علی و محمدی‌جوزانی، زهره. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت هوش اخلاقی دانشجویان. راهبرد فرهنگ، ۳ (۱۰)، ۲۰۱-۲۱۴.
- آسایش، علی؛ دخت محمد، سحر و سر رشته دار، آرزو. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی. رویش روان‌شناسی، ۱۰ (۵)، ۱۱۹-۱۲۸.
- آقایی، افسانه؛ خانجانی‌وشکی، سحر و پاشا، شیمیا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفته‌گی هیجانی زنان دارای تجربه خیانت زنشویی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۲ (۱)، ۲۹۹-۳۱۳.
- اورکی، محمد و بیتانه، مژگان. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۰ (۳۷)، ۳۹-۵۸.
- بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی و ابراهیمی، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب: نقش واسطه‌های دشواری تنظیم هیجان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۷)، ۱-۱۴.
- بهاروندی، بهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۶ (۱)، ۱۳-۲۶.
- ترخان، مبینا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب‌آوری تحصیلی و امیدواری دانش‌آموزان پسر اهل‌کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه. فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۸ (۴)، ۹-۱۸.
- حسینی مهر، نجمه؛ خضری مقدم، نوشیروان و پوراحسان، سمیه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۷ (۲)، ۳۳-۴۸.
- خسروی، سعید احمد؛ حسین زاده، بابک؛ شجاعی، علی اصغر و صادقی، جمال. (۱۳۹۸). نقش میانجی‌گری هوش اخلاقی در رابطه کمال‌گرایی و امید به زندگی مدیران دانشگاه. اخلاق در علوم و فناوری، ۱۴ (۲)، ۱۶۲-۱۶۹.
- خونساری، میناسادات؛ تاجری، بیوک؛ سرداری پور، مهران؛ حاتمی، محمد و حسین زاده تقوایی، مرجان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت و تئوری انتخاب بر احساس شرم و سطوح خودانتقادی دانش‌آموزان دختر. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۲ (۲)، ۳۴۱-۳۵۶.
- دلاور، علی. (۱۳۹۳). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات ویرایش.

- دلبری، سیدهادی؛ فلاح، وحید و صفاریان همدانی، سعید. (۱۳۹۹). تأثیر مولفه‌های هوش اخلاقی مبتنی بر رویکرد تعلیم و تربیت اسلامی با میانجی سرمایه اجتماعی بر خودآگاهی دانش‌آموزان. نشریه علمی روانشناسی اجتماعی، ۸(۵۶)، ۱-۱۱.
- روحانی، نیره السادات؛ سید موسوی، مهری؛ گرجی، معصومه و صمیمی، زبیر. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر تحمل پریشانی و هراس اجتماعی بر میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی دانش‌آموزان. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، ۹(۳)، ۳۳-۵۳.
- غفار ثمر، رضا و شیرازی زاده، محسن. (۱۳۹۰). ارتباط بین کمالگرایی، اضطراب و یافت دست مهارت خواندن در انگلیسی به‌عنوان زبان خارجی شناسی ای در روان مطالعه: یادگیری زبان. پژوهش‌های زبان و ادبیات تطبیقی، ۲(۱)، ۱-۱۹.
- فاتحی پیکانی، فرزانه و صالحی، اعظم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به والدین بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی. نشریه علمی زن و فرهنگ، ۱۲(۴۵)، ۲۱-۳۳.
- فریدونی، محمد؛ دهقانی، مرضیه و شیخ زاده، مصطفی. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سطح هوش اخلاقی اعضای هیات علمی دانشگاه ارومیه با شیوه‌های تدریس آنان. مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۱(۱)، ۱-۲۲.
- کلیشادی، فاطمه و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۵). تأثیر ادراک طرد-پذیرش و کنترل والدین بر هوش اخلاقی و تحمل پریشانی. فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد فرهنگ، ۹(۳۳)، ۱۵۵-۱۶۹.
- نیاستین، نرجس؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتیری، جواد و تیزدست، طاهر. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرگرانه: یک مطالعه راهنما. دوماهنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی، ۸(۳)، ۴۹۶-۵۰۸.
- وکیلی هریس، شهرام؛ لیوارجانی، شعله و محب، نعیمه. (۱۳۹۸). ارائه مدل آسیب‌شناختی اختلال وسواس جبری براساس کمال‌گرایی ناسازگار و حساسیت به تهدید در جمعیت غیربالینی: نقش میانجی‌گری عدم تحمل بلا تکلیفی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۰(۴)، ۱۶۱-۱۸۲.
- یدالهی، الهه؛ پورحسین، رضا و میرسبحان، سادات. (۱۳۹۹). استرس و پیامدهای آن بر سلامتی نوجوانان: یک مرور فراتحلیلی. رویش روانشناسی، ۹(۲)، ۱-۱۴.
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 93-108.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior Modification*, 30, 472-495.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Lennick, D., Kiel, F. (2008). *Moral intelligence: enhancing business performance and leadership success*. First edition. New York, USA: FT Press.
- Lennick, D., & Kiel, F. (2007). *Moral intelligence: Enhancing business performance and leadership success*. Pearson Prentice Hall.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.

- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of adolescence*, 34(5), 987-996.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does Perfectionism Predict Depression, Anxiety, Stress, and Life Satisfaction After Controlling for Neuroticism? *Journal of Individual Differences*, 38, 63 -70.
- Steffen, P. R., Foxx, J., Cattani, K., Alldredge, C., Austin, T., & Burlingame, G. M. (2021). Impact of a 12-week group-based compassion focused therapy intervention on heart rate variability. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 46(1), 61-68.
- Stroud, J., & Griffiths, C. (2021). An evaluation of compassion-focused therapy within adult mental health inpatient settings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 587-602.
- Toprak, M., & Karakus, M. (2018). Teachers' moral intelligence: A scale adaptation into Turkish and preliminary evidence. *European Journal of Educational Research*, 7(4), 901-911.