

## The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Depression and Self Criticism of Female University Students

Maryam Shariati, Ph.D student

Educational science and psychology faculty, University of Shahid Chamran, Iran

Najmeh Hamid. Ph.D.

Academic member, University of Shahid Chamran, Iran

Seyed Esmaeil Hashemi. Ph.D.

Academic member, University of Shahid Chamran, Iran

Keumars Beshlideh. Ph.D.

Academic member, University of Shahid Chamran, Iran

Seyed-Ali Marashi. Ph.D.

Academic member, University of Shahid Chamran, Iran

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of compassion-based therapy on depression and self criticism of female students. This study employed a semi-experimental method and used a pre-test, post-test and follow up design with experimental and control groups. The population included all female students of university of Farhangian in Ahvaz in 2014 (1393-94s.c.). From among 200 students who were registered to participate in the study, 40 students who had received one standard deviation above the mean in the test of depression, were selected randomly and assigned in the experimental (20 students) and control (students) groups. The tools of this study were Beck Depression Inventory (Beck, et al, 1996) and Levels of Self-Criticism Scale (Thompson, 2004). The experimental group received 8 sessions of the compassion-based therapy. The analysis of covariance showed that compassion-based therapy decreased students' depression and self criticism (internalizing self-criticism and comparative self-criticism). ( $P < 0.0001$ ). These results significantly persisted after follow-up period. It was then concluded that compassion-based therapy can be used by psychologist as a new and effective method to decrease depression and female students' self-criticism.

**Keywords:** Compassion Focus Therapy, depression, self criticism, female students.

## اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر

مریم شریعتی\*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

نجمه حمید

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

سید اسماعیل هاشمی

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

کیومرث بشلیده

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

سید علی مرعشی

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر بود. بدین منظور یک طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه آزمایش و گواه، اجرا گردید. جامعه آماری همه دانشجویان دختر دانشگاه فرهنگیان اهواز در سال ۱۳۹۳-۹۴ بودند که از بین ۲۰۰ نفر داوطلب، تعداد ۴۰ نفر که نمره آنها در پرسشنامه افسردگی بک، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسشنامه خودانتقادی (تامسون و همکاران، ۲۰۰۴) بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر مهرورزی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش افسردگی و خودانتقادی (خودانتقادی درونی و خودانتقادی مقایسه‌ای) دانشجویان تأثیر دارد ( $P \leq 0.0001$ ). این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم یافته بود ( $P \leq 0.0001$ ). در مجموع مشخص شد که درمان مبتنی بر مهرورزی ممکن است به‌عنوان روشی جدید و مؤثر در کاهش افسردگی و خودانتقادی دانشجویان مورد استفاده روان‌شناسان قرار گیرد. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر مهرورزی، افسردگی، خودانتقادی، دانشجویان دختر.

## مقدمه

کاکس<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰) به نقل از لانکوآ و همکاران، (۲۰۱۵) معتقدند که دو نوع خودانتقادی در افراد وجود دارد؛ خودانتقادی مقایسه‌ای<sup>۱۳</sup> که به سبب مقایسه خود با دیگران متخاصم و برتری‌جو، ایجاد می‌شود و خودانتقادی درونی‌شده<sup>۱۴</sup> که به سبب مقایسه خود با انتظارات بسیار سطح بالا و غیر قابل دستیابی درونی ایجاد می‌شود. وجه مشترک هر دو نوع خودانتقادی آن است که فرد عملکرد خود را نادرست می‌داند. در تبیین رابطه بین خودانتقادی و افسردگی، می‌توان به ویژگی‌های افراد خودانتقادگر استناد کرد؛ افراد خودانتقادگر، به دلیل آرمان‌های درونی و بیرونی بالایی که دارند؛ تلاش‌های خود را ناچیز و ناقص می‌شمارند و بنابراین چرخه معیوب شکست - انتظار برای آنها اتفاق می‌افتد که در نتیجه آن ناامیدی و افسردگی پدیدار می‌گردد (کوپالا - سیبلی، زاروف، راسل و موسکوویتز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر، ارزیابی کارایی مطالعات درمانگری گویای آن است که خودانتقادی یکی از مؤلفه‌های مهم و تأثیرگذار در کارایی روش‌های درمانی افسردگی است. بر این اساس، مشخص شده است آن دسته از درمانگرانی که در برنامه درمانی تدوین شده برای افسردگی بیماران، به کاهش خودانتقادی آنها نیز توجه کرده‌اند، نتایج درمانی مؤثرتری را کسب نموده‌اند (برینان، امرلینگ و ولتون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵). گیلبرت<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۰) نیز معتقد است که درمان‌های شناختی - رفتاری هر چند سهم بسزایی در بهبود افسردگی داشته‌اند، اما در مطالعات پیگیری مشخص شده که عود و بازگشت به افسردگی از میزان بالایی برخوردار است، بنابراین نیاز به تدوین رویکردهای درمانی جدید برای کاهش افسردگی مراجعان احساس می‌شود.

در پاسخ به این خلأ پژوهشی، گیلبرت و آرونز<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۴) درمان مبتنی بر مهرورزی<sup>۱۹</sup> را با هدف کاهش خودانتقادی و افسردگی مراجعان طراحی کردند. در درمان مبتنی بر مهرورزی، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) در بیانیه جدید خود اعلام کرده است که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی - عروقی و اصلی‌ترین علت ناتوانی و بیماری در نوجوانان و جوانان خواهد بود. در میان اقصاء مختلف جامعه، میزان شیوع افسردگی در بین جمعیت جوان بیشتر از سایر گروهها است (دیدریخ، گرانت، هافمن، هیلر و برکینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). در ایران نیز نتایج بررسی‌های انجام‌شده، گویای میزان شیوع ۲۵ تا ۴۱ درصدی افسردگی در دانشجویان است (رهنمای نمین، ۱۳۹۱).

با توجه به میزان شیوع بالا و اهمیت افسردگی، تاکنون مدل‌های مختلفی برای تبیین و درمان این اختلال پیشنهاد شده است. یکی از مدل‌هایی که به تازگی در تبیین اختلال افسردگی مد نظر پژوهشگران قرار گرفته؛ مدل آسیب‌پذیری شخصیتی بلات<sup>۳</sup>، است. این مدل تاکنون در فرهنگ‌ها و نمونه‌های مختلف (از دانشجویان تا بیماران سرپایی و بستری) به بوتۀ آزمایش گذاشته شده و کارایی آن تأیید شده است (یائو، فانگ، زئو و زاروف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). براساس مدل آسیب‌پذیری شخصیتی؛ سه ویژگی شخصیتی شامل وابستگی<sup>۵</sup>، خودانتقادی<sup>۶</sup> و کارآمدی<sup>۷</sup>، فرد را برای ابتلای به افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند (بلات، ۱۹۹۴ به نقل از دیگران<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در میان این متغیرها، خودانتقادی بیش از سایر متغیرها، نقش پیش‌بینی‌کنندگی درخصوص شدت افسردگی داشته است (لایتن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ دیگران و همکاران، ۲۰۱۵). خودانتقادی به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود، و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (لانکوآ، بودنرب و بن - زیونک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). خودانتقادی موجب می‌شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند؛ به گونه‌ای که درنهایت به دوری کردن او از شبکه‌های اجتماعی منجر می‌شود (جیمز، ورپلانکن و ریمز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵).

1. World Health Organization

3. Blatt's Model of Personality Vulnerabilities

5. dependence

7. self efficacy

9. Luyten

11. James, Verplanken & Rimes

13. comparative self-criticism

15. Kopala-Sibley, Zuroff, Russell & Moskowitz

17. Gilbert

19. Compassion Based Therapy

2. Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller & Berking

4. Yao, Fang, Zhu & Zuroff

6. self- criticism

8. Dinger

10. Iancua, Bodnerb & Ben-Zionc

12. Cox et al.

14. internalizing self-criticism

16. Brennan, Emmerling & Whelton

18. Irons

مقاومت در برابر خودانتقادی که بر روی ۷۵ دانشجوی مبتلا به اختلال پوستی آکنه مزمن انجام دادند، دریافتند که درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش خودانتقادی مؤثر است. همچنین در پژوهش شاپیرا و مونگیران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) که به منظور مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر مهرورزی و مداخلات خوش‌بینی، بر خودانتقادی دانشجویان انجام شد، مشخص گردید که مداخلات مهرورزی در مقایسه با مداخلات خوش‌بینی، نقش بیشتری در کاهش خودانتقادی در مرحله پیگیری دارد.

با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی در دانشجویان و با توجه به بازگشت افسردگی و بی‌توجهی همزمان به درمان خودانتقادی در دانشجویان افسرده در پژوهش‌های داخلی، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر مهرورزی در کاهش افسردگی و خودانتقادی دانشجویان طراحی شد. به منظور پاسخگویی به این هدف، فرضیه‌های زیر تدوین گردید:

۱- درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی دانشجویان در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد.

۲- درمان مبتنی بر مهرورزی بر خودانتقادی (درونی و مقایسه‌ای) دانشجویان در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد.

۳- درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی دانشجویان در مرحله پیگیری تأثیر دارد.

۴- درمان مبتنی بر مهرورزی بر خودانتقادی (درونی و مقایسه‌ای) دانشجویان در مرحله پیگیری تأثیر دارد.

## روش

### روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری

این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه) بود. جامعه آماری همه دانشجویان دختر دانشگاه فرهنگیان اهواز (۷۰۰ نفر) در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۹۴ بودند. نمونه اولیه ۲۰۰ دانشجوی دختر بودند که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و از طریق فراخوان چاپی انتخاب شدند و در نهایت تعداد ۴۰ نفر که نمراتشان در پرسشنامه افسردگی، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. لازم به یادآوری است که ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ ۱- دانشجوی بودن، ۲- نداشتن سابقه مشروطی و یا معدل تحصیلی خیلی پایین، ۳- نداشتن مشکلات رفتاری، و ۴- نداشتن غیبت در کلاس‌های فوق برنامه نظیر مهارت‌های زندگی بود، که از طریق

گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن‌آگاهی (بهوشیاری)<sup>۱</sup> است. ذهن‌آگاهی یک حالت متعادل آگاهی است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودآرزیابی» افراد، رابطه افراد با «خودآرزیابی» آنان تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰). در تمرین‌های مهرورزی بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (نف و گریمر، ۲۰۱۳).

بررسی پژوهش‌های انجام شده در خصوص کارایی درمان مبتنی بر مهرورزی، مؤید اثربخشی این روش درمانی در کاهش افسردگی و خودانتقادی مراجعان است. در این خصوص، گیلبرت و پروکتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی که به صورت مطالعه موردی بر روی دانشجویان داوطلب انجام دادند، دریافتند که درمان مبتنی بر مهرورزی اضطراب، افسردگی، خودانتقادی و احساس شرم و ناکامی را به طور معنی‌داری کاهش و احساس گرمی و پذیرش را افزایش می‌دهد. همچنین در پژوهش ریز<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) که بر روی ۲۷۱ دانشجوی کارشناسی انجام گردید، مشخص شد که خودمهرورزی از طریق کاهش نگرانی و افکار خودآیند منفی، افسردگی را کاهش می‌دهد. تیرچ (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافت که درمان مبتنی بر مهرورزی از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان می‌انجامد. ریز (۲۰۱۱) در پژوهشی دیگر که با هدف تأثیر مهرورزی بر تحول علایم افسردگی در جمعیت غیربالینی انجام داد، دریافت که مهرورزی علایم افسردگی را پس از گذشت ۵ ماه پیش‌بینی می‌کند، به گونه‌ای که دانشجویانی که در مرحله خط پایه از مهرورزی بالاتری برخوردار بودند، در مقایسه با دانشجویانی که سطح مهرورزی پایین‌تری داشتند؛ پس از ۵ ماه میزان افسردگی کمتری را گزارش کرده بودند.

کلی و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی که به منظور مقایسه تأثیرات روش درمانی مبتنی بر مهرورزی و روش درمانی

1. Mindfulness  
3. Raes

2. Procter  
4. Shapira & Mongrain

آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و مقیاسه‌ای ۰/۵۵ به دست آمد. همچنین رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی، مثبت و معنی‌دار بود. در این پژوهش آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خودانتقادی به ترتیب برای خرده‌مقیاس خودانتقادی مقیاسه‌ای؛ ۰/۸۸ و خودانتقادی درونی ۰/۸۹ به دست آمد.

دو نمونه از سؤالات مقیاس سطوح خودانتقادی، عبارت‌اند از: ۱- هنگامی که به معیارهایی که برای خودم تعیین کردم نمی‌رسم، خیلی از دست خودم ناراحت می‌شوم. ۲- می‌ترسم اگر دیگران من را خیلی خوب بشناسند، به من احترام نگذارند.

### روش اجرا

در این پژوهش، پس از قرار دادن تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه، ابتدا پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر مهرورزی قرار گرفتند و دوباره پرسشنامه‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (پس از یک ماه) بر روی همه شرکت‌کنندگان اجرا گردید. اجرای پرسشنامه‌ها با شیوه بی‌نام کردن و استفاده از یک رمز صورت گرفت. این اقدامات به منظور اطمینان‌بخشی به شرکت‌کنندگان برای محرمانه بودن نتایج و پیشگیری از خطاهای ناشی از مطلوبیت اجتماعی انجام شد. بسته درمانی مبتنی بر مهرورزی براساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت و آیرونز (۲۰۰۴) و گیلبرت (۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰) طراحی شد. روایی محتوایی این بسته، با نظرخواهی از سه نفر متخصص روان‌شناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه، تأیید شد. رئوس جلسات درمانی مبتنی بر مهرورزی به شرح زیر است.

**جلسه اول:** برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر مهرورزی و تمایز مهرورزی با تأسف برای خود؛ **جلسه دوم:** آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر مهرورزی و تکالیف خانگی؛ **جلسه سوم:** آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، مهرورزی 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 خودتخریب‌گرانه و ارائه تکلیف خانگی؛ **جلسه چهارم:** مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی

پرونده‌های مشاوره‌ای و مصاحبه با دانشجویان احراز گردید. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- ابتدای به یک بیماری جسمی یا روانی حاد، ۲- غیبت در جلسات آموزشی، ۳- اظهار بی‌میلی برای شرکت در جلسات آموزشی ۴- پیشامد یک مشکل خانوادگی تأثیرگذار نظیر فوت و یا طلاق والدین.

### ابزار سنجش

#### پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)

پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم<sup>۱</sup> (بک و همکاران، ۱۹۹۶) ۲۱ ماده دارد و در یک طیف سه گزینه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره فرد بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. ویژگی این پرسشنامه آن است که هم برای جمعیت‌های بالینی و هم غیربالینی معتبر است. این پرسشنامه در ایران در پژوهش‌های متعددی استفاده شده است (پرویزی‌فرد و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهش رجیبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) روایی مقیاس با اجرا بر روی ۴۶۸ دانشجو و با روش تحلیل عوامل و ضریب همبستگی گویه‌ها با نمره کل مطلوب بوده است. همچنین پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برآورد شده است.

در این پژوهش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ برای دانشجویان دختر محاسبه گردید. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه افسردگی بک، عبارت‌اند از: ۱- به اندازه گذشته از زندگی لذت می‌برم؟ ۲- احساس می‌کنم شخص کاملاً شکست‌خورده‌ای هستم؟

#### مقیاس سطوح خودانتقادی: مقیاس سطوح خودانتقادی<sup>۲</sup> را

تامسون و ظروف (۲۰۰۴) طراحی کرده‌اند و روایی و پایایی آن احراز شده است. این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو مؤلفه خودانتقادی مقیاسه‌ای (۱۲ گویه) و خودانتقادی درونی (۱۰ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس در طیف لیکرت و به صورت ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۱ به صورت معکوس انجام می‌شود. روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و ظروف (۲۰۰۴) بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ دانشجو ارزیابی کرده‌اند. به این منظور تحلیل عوامل مقیاس گویای دو عامل خودانتقادی مقیاسه‌ای و خودانتقادی درونی بود. همچنین بین خرده‌مقیاس‌ها با خرده‌مقیاس روان‌نزدی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی رابطه معنی‌داری وجود داشت. در ایران روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) با روش

### یافته‌ها

در این پژوهش به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت بین میانگین نمرات گروه گواه و آزمایش، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، مفروضه‌های آن یعنی هنجار بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. براساس نتایج حاصل از آزمون شاپیرو ویلک، هنجار بودن داده‌ها رد نشد ( $P \geq 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لوین برای همه متغیرها غیرمعنی‌دار بود (افسردگی  $P=0/57$ ، خودانتقادی درونی  $P=0/12$  و خودانتقادی مقایسه‌ای  $P=0/73$ ) که گویای همسانی واریانس نمرات است. علاوه بر این، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش معنی‌دار نبود ( $P=0/45$ )، که دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی و خودانتقادی (درونی و مقایسه‌ای) در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌دار	اندازه تأثیر آماری	توان
	افسردگی	۳۹/۱۰	۱	۳۹/۱۰	۳۹/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۱
پیش‌آزمون	خودانتقادی درونی	۲۹/۴۲	۱	۲۹/۴۲	۸۲/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
	خود انتقادی مقایسه‌ای	۲۸/۱۳	۱	۲۸/۱۳	۸۸/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
	افسردگی	۳۶۰/۰۷۷	۱	۳۶۰/۰۷۷	۴۳۰/۹۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱
گروه	خودانتقادی درونی	۴۷/۷۳۳	۱	۴۷/۷۳۳	۱۳۰/۲۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۳۰/۶۴۸	۱	۳۰/۶۴۸	۹۴/۳۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۱

پس‌آزمون برای متغیرهای افسردگی (۱۲/۳۱)، خودانتقادی درونی (۲/۷۶) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۲/۲۳) است، در حالی که میانگین‌های تعدیل شده گروه گواه در مرحله پس‌آزمون برای متغیرهای افسردگی (۱۸/۵۳)، خودانتقادی درونی (۴/۹۸) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۴/۰۱) است که نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش بیشتری داشته است.

و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «مهرورز» یا «غیرمهرورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مهرورانه ۱» (ارزش مهرورزی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ) و تکالیف خانگی؛ جلسه پنجم: مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مهرورانه ۲» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری) و تکالیف خانگی؛ جلسه ششم: مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مهرورانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز مهرورزی (مهرورزی کلامی، مهرورزی عملی، مهرورزی مقطعی و مهرورزی پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، تکالیف خانگی؛ جلسه هفتم: مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مهرورانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت»؛ جلسه هشتم: جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه به لحاظ افسردگی، خودانتقادی درونی و خودانتقادی مقایسه‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/0001$ ). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر مهرورزی توانسته است، افسردگی و خودانتقادی دانشجویان را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد. بنابراین فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تأیید می‌شود. همچنین بررسی میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در مرحله

دلالیت بر تداوم تأثیرات درمان دارد، تأیید می‌شود. همچنین بررسی میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در مرحله پیگیری برای متغیرهای افسردگی (۱۲/۹۰)، خودانتقادی درونی (۳/۴۰) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۲/۷۳) است، در حالی که میانگین‌های تعدیل شده گروه گواه در مرحله پیگیری برای متغیرهای افسردگی (۱۹/۲۴)، خودانتقادی درونی (۵/۰۹) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۴/۳۶) است که نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین گروهها وجود دارد و میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پیگیری کاهش بیشتری داشته است.

به‌منظور بررسی فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش؛ یعنی تأثیر درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان در مرحله پیگیری، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. براساس نتایج جدول ۲ مشخص می‌شود که بین گروه آزمایش و گواه به لحاظ افسردگی، خودانتقادی درونی و خودانتقادی مقایسه‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/0001$ ). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر مهرورزی توانسته است افسردگی و خودانتقادی دانشجویان را در مرحله پیگیری کاهش دهد، بنابراین فرضیه سوم و چهارم پژوهش که

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پیگیری افسردگی و خودانتقادی (درونی و مقایسه‌ای) در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌دار	اندازه تأثیر آماری	توان
	افسردگی	۳۷۳/۶۶۴	۱	۳۷۳/۶۶۴	۴۲۲/۷۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱
گروه	خودانتقادی درونی	۲۷/۷۵۹	۱	۲۷/۷۵۹	۵۱/۳۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۲۵/۶۵۸	۱	۲۵/۶۵۸	۶۴/۸۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱

جدول ۳- میانگین تعدیل شده و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مرحله	تعداد	میانگین		انحراف معیار	
			آزمایش	گواه	آزمایش	گواه
افسردگی	پس‌آزمون	۴۰	۱۲/۳۱	۱۸/۵۳	۰/۲۳	۰/۲۲
	پیگیری	۴۰	۱۲/۹۰	۱۹/۲۴	۰/۲۳	۰/۲۲
خودانتقادی درونی	پس‌آزمون	۴۰	۲/۷۶	۴/۹۸	۰/۱۳	۰/۱۳
	پیگیری	۴۰	۳/۴۰	۵/۰۹	۰/۱۶	۰/۱۶
خودانتقادی مقایسه‌ای	پس‌آزمون	۴۰	۲/۲۳	۴/۰۱	۰/۱۲	۰/۱۲
	پیگیری	۴۰	۲/۷۳	۴/۳۶	۰/۱۲	۰/۱۲

### بحث و نتیجه‌گیری

مهرورزی در کاهش افسردگی و خودانتقادی مراجعان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود. در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش افسردگی، نتایج پژوهش‌های گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) و ریز (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۱) قابل استناد است. در تبیین این یافته می‌توان به رویکرد دیدریخ و همکاران (۲۰۱۴) اشاره کرد؛ براساس این رویکرد، درمان مبتنی بر مهرورزی همانند یک سبک تنظیم

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر بود. این پژوهش به دلیل وجود خلأ پژوهشی و براساس رویکرد نظری گیلبرت (۲۰۰۹) مبنی بر مقاوم بودن افسردگی به درمان‌های شناختی - رفتاری و احتمال عود و بازگشت آن در مرحله پیگیری، طراحی گردید. نتایج مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر

این پژوهش از آن جهت که در پی فراهم آوردن پشتوانه نظری برای رویکرد درمانی گیلبرت (۲۰۰۹، ۲۰۱۰) و همچنین تأیید رویکرد درمانی مبتنی بر مهرورزی در یک فرهنگ غیرغربی بوده است، مهم است. با وجود این، انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای با سایر رویکردهای درمانی مبتنی بر موج سوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان حکایتی، درمان مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی، فلاحیان، آقایی، آتش‌پور و کاظمی، ۱۳۹۳) و با سایر گروه‌ها اعم از دانش‌آموزان، نوجوانان، زنان خانه‌دار، گروه‌های بیمار و بالینی و افراد با دامنه‌های سنی، شغلی و تحصیلی متنوع، به تبیین ساز و کار و شیوه‌های تأثیرگذاری درمان مبتنی بر مهرورزی کمک می‌کند. همچنین با توجه به غنای فرهنگ ایرانی - اسلامی در خصوص مفاهیمی نظیر محبت و مهرورزی، تبیین و طراحی برنامه‌های درمان مهرورزی براساس رویکردهای بومی و مقایسه آن با مفهوم‌سازی غربی از مهرورزی، از دیگر پیشنهادها پژوهشی این مطالعه است. استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر مهرورزی در مراکز مشاوره؛ به‌ویژه مراکز مشاوره دانشجویان، از پیشنهادهایی است که مورد استفاده جامعه درمانگری و متخصصان روان‌شناسی و مشاوره قرار خواهد گرفت. در این پژوهش محدودیت‌هایی از قبیل نبودن رویکرد درمانی مشابه (نظیر معنادرمانی، زنجیران، کیانی، زارع و شایقیان، ۱۳۹۴)، محدود بودن گروه نمونه به دانشجویان دختر و انجام نشدن پژوهش در بین گروه‌های بیمار و بالینی، وجود داشت که در تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط عمل کرد.

#### منابع

- پرویزی‌فرد، ع.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م.، شاکر، ج. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و جمعیت بهنجار. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲(۷)، ۵۴-۵۵.
- رجبی، غ.، کارجوکسمایی، س. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰(۳)، ۱۵۸-۱۳۹.
- رهنمای نمین، م. (۱۳۹۱). مقایسه میزان افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه‌های آزاد اسلامی تاکستان، ابهر و بویین زهرا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶(۲)، ۸۶-۸۴.
- زنجیران، ش.، کیانی، ل.، زارع، م.، شایقیان، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۳)، ۶۷-۶۰.

هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی فرد کاهش یابد. در تبیین دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های مهرورزی استناد کرد، زیرا در تمرین‌های مهرورزی بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود و نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (نف و گریمر، ۲۰۱۳) که به سهم خود، افسردگی فرد را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش، اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر کاهش خودانتقادی دانشجویان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کلی، زاروف و شاپیرا (۲۰۰۹) و شاپیرا و مونگیران (۲۰۱۰) همسو است.

در تبیین این یافته، نتایج پژوهش برلیان و همکاران (۲۰۱۵) در خصوص نقش درمان مبتنی بر مهرورزی در خودآگاهی و توانمندسازی بیماران قابل ارجاع است. در این پژوهش مشخص شد که به‌واسطه درمان مبتنی بر مهرورزی، افراد از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه انتقادات و به‌ویژه خودانتقادی‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آنها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین «خود» و انتقاداتی که نسبت به «عملکرد خود» ابراز می‌نمایند، تمایز قابل شوند و درنهایت به کمک همین تمایز است که توانمند می‌شوند تا خودانتقادی را به‌عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند. تبیین دیگر این یافته، براساس نقش درمان مهرورزی در افزایش جرأت‌مندی و بازطراحی معیارهای فردی قابل توجیه است. در این زمینه، نف و مک‌گیهی (۲۰۱۰) معتقدند که به کمک درمان مبتنی بر مهرورزی، فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی - که مستلزم سختی و آزار نباشد - را بازطراحی کند (نف و مک‌گیهی، ۲۰۱۰) بنابراین کاهش خودانتقادی وی دور از انتظار نیست.

صرف نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه تیرچ<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر مهرورزی از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان می‌انجامد، به‌عنوان تبیین کلی برای هر دو یافته پژوهش مد نظر قرار می‌گیرد.

- Kopala-Sibley, D.C., Zuroff, D.C., Russell, J.J., Moskowitz, D.S. (2014). Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: dependency and self criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 141-156.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S.J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586-596.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Shapira, L.B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 377-389.
- Tirch, D.D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 113-123.
- Thompson, R., & Zuroff, D.C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-30.
- Who. (2015). New Global Report: *Health for the world's adolescents*.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., & Zuroff, D.C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: Construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26(10), 930-937.
- فلاحیان، ر.، آقایی، ا.، آتش‌پور، ح.، کاظمی، آ. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۱۴۲-۱۴۵.
- موسوی، ا.، قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۳-۴)، ۷۵-۹۱.
- Brennan, M.A., Emmerling, M.A., Whelton, W.J. (2015). Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counseling and Psychotherapy Research*, 15(1), 67-75.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.J., Hiller, W., Berking, B. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 58, 43-51.
- Dinger, U., Barrett, M.S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A.G., Renner, F., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency, and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 93-104.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (ed.). (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 97-201.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Iancu, L., Bodnerb, E., Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
- James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Shapira, L.B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301-313.