

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸

معصومه صاحبی^۱، رمضان حسن زاده^{۲*}، بهرام میرزائیان^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۹

خلاصه

مقدمه: اختلال افسردگی اساسی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که با متأثر ساختن عملکرد فرد، عوارض منفی متعددی را به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی است. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ بود که بر اساس معیارهای ورود، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ۸ جلسه آموزش درمان مبتنی بر شفقت توسط پژوهشگر آموزش‌دیده برای گروه آزمایش برگزار گردید. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها توسط پرسشنامه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و پرسشنامه تاب‌آوری جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در افزایش راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه و تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در زنان مبتلا به افسردگی اساسی اثربخشی معنی‌دار دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، راهبردهای تنظیم هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی از طریق درمان مبتنی بر شفقت قابل اصلاح است.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، افسردگی، درمان مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری، نگرش‌های ناکارآمد

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: hasanzadeh@iausari.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۱۶۸۵۰۳۲۲

۳- استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی از رایج‌ترین اختلالات روانی با شیوعی حدود ۶/۷ درصد می‌باشد و ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد در دوره‌های از زندگی خود آن را تجربه می‌کنند [۱]. این اختلال، نه تنها خلق، بلکه شناخت، انگیزش و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. بر این اساس، افسردگی و عوارض ناشی از آن تمام ابعاد زندگی را با مشکل مواجه می‌سازند و خسارت‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌کنند و باید به دنبال شناسایی متغیرهای مربوط به آن بود. نتایج برخی از مطالعات حاکی از این است که تجربه علائم افسردگی تا حد زیادی می‌تواند پیامد بد تنظیمی هیجان باشد [۳، ۴]. تنظیم هیجان با دربرداشتن دامنه وسیعی از فرآیندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرآیندهای شناختی هشیار و ناهشیار، به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد [۵-۷]. تنظیم هیجان شامل راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه است [۷] و تنظیم هیجانی سازگارانه به افراد در مدیریت بهتر هیجان‌ها و کنترل بهتر واکنش‌های هیجانی و تعدیل آن کمک می‌کند [۶]. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارند و با نابسامانی هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری همراه هستند. [۸، ۹].

تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد، از دیگر عوامل مرتبط با افسردگی هستند. Beck بیان می‌کند که افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی و انحراف از واقعیت می‌انجامند که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند [۱۰]. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی می‌شوند [۱۱]. مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. طبق یافته‌های مطالعات موجود، سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و با فاصله

زمانی کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد [۱۵-۱۲]. همچنین، بر طبق یافته‌های مطالعات، افراد با نشانه‌های افسردگی، در تاب‌آوری نمرات پایین‌تری دارند [۱۹-۱۶]. تاب‌آوری به توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط علی‌رغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین اشاره دارد [۱۷]. برخی بر این باورند که تاب‌آوری عبارت است از پاسخ به یک موقعیت خاص و برخی دیگر آن را یک سبک مقابله‌ای پایدار می‌دانند [۱۹]. افراد با تاب‌آوری بالا دارای گنجایش و توان زیاد در برابر شرایط دشوار هستند و مقاومت آن‌ها در برابر شرایط استرس‌آور، به آن‌ها در بازگشت به عقب در مواجهه با حادثه‌های ناگوار و بحران‌ها کمک می‌کند [۱۶]. این فرآیند به پویایی فرد و انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی کمک می‌کند. در اصطلاح روان‌شناختی از احتمال ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی کاسته و بهبود سریع بعد از افسردگی و سایر بیماری‌های روان‌شناختی را موجب می‌شود [۱۸-۲۰].

بر این اساس در بیماران افسرده باید به دنبال راهکارها و مداخلاتی بود که بتوان با بکارگیری آن‌ها به بهبود تنظیم هیجان، نگرش‌های ناکارآمد، تاب‌آوری و در نهایت، بهبود علائم بالینی دست یافت. به نظر می‌رسد درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری با تأکید بر ذهن‌آگاهی، عدم قضاوت و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی [۲۱] می‌توانند در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر واقع شوند. از جمله این درمان‌ها، آموزش درمان مبتنی بر شفقت است. در این مداخله، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند [۲۲]. بنابراین، در گام اول تجربه می‌توانند خود را بشناسند، نسبت به خود احساس مهرورزی داشته باشند و سپس نگرش‌ها، سوزانده‌ای نسبت به خود پیدا کنند [۲۲]. در درمان متمرکز بر شفقت، تأکید بر تجربه ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است [۲۲]. در تمرین‌های شفقت‌ورزی بر تن‌آرامی، ذهن آرام و شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و اضطراب نقش مهمی دارد [۲۳]. مطالعات متعددی از اثربخش بودن این مداخله روان‌شناختی در بهبود هیجان‌ها منفی [۲۲، ۲۳]، انعطاف‌پذیری

خصوص شرایط مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات ارائه گردید و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. در پایان جلسه توجیهی و کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد و ضمن توضیحاتی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه‌ها را به صورت خودگزارشی تکمیل کنند. شرکت‌کنندگان به منظور پس آزمون و پیگیری بایستی بعد از اتمام جلسات درمانی و دو ماه پس از اتمام جلسات، پرسشنامه‌ها را تکمیل می‌نمودند. مداخله توسط پژوهشگر اول این مطالعه که دارای بیش از ۱۰ سال سابقه روان‌درمانی و تجربه در این زمینه است اجرا شد. جلسات مداخله به صورت گروهی و هفتگی در پاییز سال ۱۳۹۸ در مرکز مشاوره و روانشناسی رهنمود نوین در ساری انجام شد.

تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵، توان آزمون برابر ۰/۸۰ در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\Delta = 5/5$ محاسبه شد (۲۸):

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

ابزارهای پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation questionnaire): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط Kraaij و Garnefski [۲۸] تدوین شده است. این پرسشنامه، دارای ۳۶ عبارت است و ۹ راهبرد: ملامت خویش (عبارات ۱، ۲، ۴)، پذیرش، (عبارات ۵، ۶، ۷، ۸)، نشخوارگری (عبارات ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، تمرکز مجدد مثبت (عبارات ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷)، تمرکز مجدد بر نامهریزی (عبارات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، تمرکز مجدد مثبت، (عبارات ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶)، دیدگاه پذیرایی (عبارات ۲۷، ۲۸)، فاجعه‌انگاری (عبارات ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲) و ملامت دیگران (عبارات ۳۴، ۳۵، ۳۶) را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت و به صورت: هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) است. در این پرسشنامه حداکثر نمره حاصل از راهبرد سازگاران ۸۰ است و کسب نمره بالاتر بیانگر استفاده بیشتر فرد از راهبردهای تنظیم هیجان سازگاران می‌باشد. در مورد راهبردها سازگاران

[۲۳-۲۶] و اصلاح افکار و شناخت‌های منفی و تحریف شده [۲۶، ۲۷] در افراد مختلف خبر می‌دهند. با این حال مطالعه‌ای به صورت اختصاصی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم هیجانی، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نپرداخته است. مطالعه حاضر، به منظور تعیین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم هیجانی، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی بود. در ابتدا برای اخذ مجوز کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1398.070 اقدام شد. جامعه آماری، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر ساری در پاییز سال ۱۳۹۸ (تعداد تقریبی ۷۴ نفر) بودند. از این بین، تعداد ۳۰ نفر از مراجعین دو مرکز مشاوره و روانشناسی رهنمود نوین و آوا به عنوان مراکز در دسترس، که ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (وجود حداقل ۵ نشانه افسردگی که یکی از نشانه‌ها باید خلق افسرده یا فقدان لذت و علاقه باشد، به مدت دو هفته با انحراف از عملکرد طبیعی) را دارا بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به افسردگی اساسی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تأیید نظر روانپزشک، سن بین ۱۸-۴۵، نداشتن اختلال روانی شدید غیر از افسردگی، عدم اعتیاد به مواد مخدر و محرک و نداشتن بیماری جسمی قابل ملاحظه بود. معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در درمان، دریافت هم‌زمان مداخلات روان‌شناختی دیگر، بروز علائم مانیا در هر مرحله از جلسات مداخله و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه. نمونه‌ها به طور تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. قبل از شروع اجرای کار، در قالب یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان دو گروه به صورت جداگانه، توضیحاتی در

گزارش شد [۳۱].

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale): این مقیاس توسط Connor Davidson و در سال ۲۰۰۳ بر روی جمعیت عمومی طراحی شد [۳۲]. این مقیاس دارای ۲۵ عبارت است که پاسخ‌ها به شیوه ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست=صفر تا کاملاً درست=۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تاب‌آوری روان‌شناختی بیشتر است. در مقیاس تاب‌آوری Connor Davidson حد پایین نمره ۲۵، حد متوسط نمره ۶۲/۵ و حد بالای نمره ۱۰۰ است. نمره ۴۱-۲۵ بیانگر تاب‌آوری در حد پایین، نمره ۸۳-۴۱ بیانگر تاب‌آوری در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۳ بیانگر میزان تاب‌آوری در حد بالا است. این مقیاس دارای ۵ زیر مقیاس شامل: تصور شایستگی فردی (عبارات ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱ و ۱۰)، اعتماد به‌غریز فردی و تحمل عاطفه منفی (عبارات ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷ و ۶)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (عبارات ۸، ۵، ۴ و ۲ و ۱)، کنترل (عبارات ۲۲، ۲۱ و ۱۳) و تأثیرات معنوی (عبارات ۹ و ۳) است. Connor و Davidson بیان کرده‌اند این ابزار در گروه‌های بالینی و غیر بالینی به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی استفاده شود [۳۲]. آنها روایی سازه این مقیاس را با کاربرد تحلیل عاملی تأییدی بررسی کردند و نشان دادند که ساختار ۵ عاملی آن برازش مناسبی دارد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ آن را در نمونه فوق برابر ۰/۸۶ گزارش دادند [۳۲]. در پژوهش Keihani و همکاران بر روی ۵۰۰ دانشجوی دختر پرستاری دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی کرمانشاه و همدان، زیر مقیاس‌های این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. در تحلیل عاملی اکتشافی، ۷ عامل شناسایی شد و الگوی معادلات ساختار عاملی با این عوامل به خوبی برازش یافت. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آزمون-باز آزمون با فاصله ۳ هفته ۰/۷۱ گزارش شد [۳۳]. در جدول ۱ شرح جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود، که در این مطالعه استفاده گردید گزارش شده است.

حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد که کسب نمره بالاتر بیانگر استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه است. Kraaij و Garnefski روایی سازه این پرسشنامه را در ۳۳۰ فرد عادی، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی، و ساختار ۹ عاملی آن را تأیید کردند. پایایی راهبردهای سازگارانه، ناسازگارانه و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه‌های فوق به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش شد [۲۸]. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط Hasani [۲۹] بر روی ۳۸۸ دانشجوی در دانشگاه‌های تربیت مدرس، تهران و تربیت معلم تهران هنجاریابی شده است. روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ بین خرده مقیاس‌ها و با روایی سازه مطلوب گزارش شده است. دامنه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۸۹ تا ۰/۷۶ برای خرده مقیاس‌های آن گزارش گردید.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (Dysfunctional Attitude Scale): این مقیاس توسط Beck و Weissman در سال ۱۹۷۸ بر مبنای نظر به Beck در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است [۳۱]. این مقیاس شامل ۴۰ عبارت و ۴ زیر مقیاس کمال‌طلبی (عبارات ۱ تا ۱۰)، نیاز به تأیید دیگران (عبارات ۱۱ تا ۲۰)؛ نیاز به راضی کردن دیگران (عبارات ۲۱ تا ۳۰) و آسیب‌پذیری (عبارات ۳۱ تا ۴۰) می‌باشد. در این مقیاس پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم= صفر، کاملاً موافقم=۶) مشخص می‌کند و نمرات بین صفر تا ۲۴۰ را کسب می‌کند. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده میزان نگرش ناکارآمد بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده است. Beck و Weissman روایی هم‌زمان مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با پرسشنامه سلامت عمومی را در ۱۶۷ بیمار افسرده در کانادا از طریق همبستگی آن، ۰/۵۶ و پایایی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کردند [۳۰]. در مطالعه Ebrahimi و همکاران روایی هم‌زمان مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در ۶۵ فرد افسرده از طریق همبستگی آن با پرسشنامه افکار خودآیند (Automatic Negative Thoughts) و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۱

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر شفقت (۳۴) آموزش داده شده به زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸

جلسه	توضیح
۱- آشنایی اعضا گروه؛ توضیح چگونگی کارکرد ذهن و اثرات اختلال بر عملکرد آن	بیان قوانین گروه، توضیح علائم شکست عاطفی، پیامدهای آن بر سرمایه‌های روان شناختی و ابعاد آن، گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه شکست عاطفی؛ توضیح چگونگی عملکرد ذهن و اینکه چگونه و چرا اختلال در عملکرد آن پیش می‌آید.
۲- تعریف شفقت و اثرات آن	توضیح و تشریح شفقت: این که شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.
۳- تفکر در مورد شفقت	تفکر درباره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز.
۴- افزایش انرژی، پذیرش و عدم قضاوت	افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
۵- تمرین هشیاری؛ مزایا و معایب آن	تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید به همراه دارند، مزایا و معایب آن.
۶- انجام تمرین شفقت؛ نامه‌نگاری	انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه‌نگاری بر اساس شفقت.
۷- تمرین خشم، تمرین ترس؛ آمادگی برای ختم گروه	نامه‌نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.
۸- ختم جلسات	مرور، جمع بندی و خاتمه کار گروه.

یافته‌ها

آزمون تی مستقل نشان داد بین گروه‌ها از نظر سن و طول مدت افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها یکسان بودند. آزمون مجذور کای نیز تفاوت معنی‌داری میان دو گروه از نظر وضعیت تأهل و میزان تحصیلات نشان نداد (جدول ۲).

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر در SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. اختلاف در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و کنترل در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	درمان مبتنی بر شفقت	کنترل	نتایج مقایسه دو گروه
سن (سال)	۲۹/۳۳±۸/۷۹	۲۸/۴۸±۱۰/۵۴	t = ۰/۲۳ p = ۰/۸۸۱
میانگین ± انحراف معیار			
طول مدت افسردگی (هفته)	۷/۲۱±۱/۱۴	۷/۷۸±۱/۶۳	t = ۰/۱۰ p = ۰/۹۵۷
میانگین ± انحراف معیار			
وضعیت تأهل (درصد)			
متأهل	(۰/۶۰)۹	(۰/۶۶)۱۰	$\chi^2 = ۰/۱۳$ p = ۰/۹۶۷
مجرد	(۰/۴۰)۶	(۰/۳۴)۵	
تحصیلات تعداد (درصد)			
زیر دیپلم	(۰/۱۳)۲	(۰/۱۳)۲	$\chi^2 = ۱۸$ p = ۰/۹۱۱
دیپلم	(۰/۱۳)۲	(۰/۱۳)۲	
کارشناسی	(۰/۲۶)۴	(۰/۳۳)۵	
کارشناسی ارشد	(۰/۵۴)۷	(۰/۴۱)۶	

* p < ۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

تنظیم هیجان و نگرش نا کارآمد همراه بود. در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نشد.

آماره‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است. درمان مبتنی بر شفقت با افزایش نمرات راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و تاب‌آوری و کاهش نمرات راهبردهای ناسازگارانه

جدول ۳- شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه= ۱۵)

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش	گروه کنترل
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۴۷/۹۳±۳/۸۹	۴۴/۸۰±۵/۰۴
	پس‌آزمون	۵۵/۷۳±۴/۷۵	۴۴/۶۱±۶/۲۵
	پیگیری	۵۵/۲۰±۴/۶۷	۴۴/۲۳±۵/۰۶
راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۶۳/۱۳±۲/۵۳	۶۰/۱۵±۳/۶۴
	پس‌آزمون	۳۴/۰۶±۲/۷۳	۶۱/۱۳±۵/۶۶
	پیگیری	۳۲/۷۳±۳/۴۳	۶۱/۸۰±۵/۶۸
نگرش ناکارآمد	پیش‌آزمون	۱۴۶/۴۷±۶/۶۱	۱۵۱/۱۹±۷/۷۷
	پس‌آزمون	۱۰۷/۸۰±۱۳/۱۹	۱۴۹/۷۳±۶/۵۲
	پیگیری	۱۰۳/۸۶±۹/۲۹	۱۴۹/۰۵±۷/۵۷
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۹/۴۶±۵/۹۸	۳۴/۹۳±۵/۸۷
	پس‌آزمون	۷۲/۰۶±۸/۲۱	۳۵/۰۰±۵/۷۴
	پیگیری	۷۱/۴۰±۸/۹۹	۳۵/۲۶±۴/۹۹

به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در راهبردهای تنظیم هیجان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های کرویت موجهی و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بررسی شدند. فرض کرویت موجهی در هیچ یک از راهبردهای تنظیم هیجان محقق نشد ($p < 0.05$) و بر این اساس، از اصلاح اسپیلین هین-فالت استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است ($F = 0.77, p > 0.05$). آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود ($p > 0.05$). بر این اساس

مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر برقرار است. نتایج این آزمون در جدول ۳ آورده شده است. این تحلیل ترکیب خطی راهبردهای تنظیم هیجان را در بین گروه‌ها، بر حسب زمان و اثرات تعاملی گروه و زمان را مقایسه می‌کند. در ترکیب خطی، مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجان بر حسب عضویت گروهی، مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر تعاملی عضویت گروهی و زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها برای عضویت گروهی، زمان و اثرات تعاملی به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۵۸ و ۰/۶۳ است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره متغیر راهبردهای تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	Df فرضیه	Df خطا	p	η^2
گروه	۰/۴۹	۱۲/۳۷	۱	۲۸	* ۰/۰۰۱	۰/۵۰
زمان	۰/۴۱	۱۸/۷۶	۲	۲۷	* ۰/۰۰۱	۰/۵۸
گروه × زمان	۰/۳۷	۲۳/۰۲	۲	۲۷	* ۰/۰۰۱	۰/۶۳

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

تک متغیری استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های کرویت موجلی بررسی شد. نتایج نشان داد که این فرض در متغیر نگرش ناکارآمد و تاب آوری محقق نشده است ($p < 0.05$) بنابراین، از اصلاح اپسپیلن هین- فلت استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌های نمرات نگرش ناکارآمد و تاب آوری بود. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در جدول ۵ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد اثر عضویت بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی بر متغیر نگرش ناکارآمد و تاب آوری معنی‌دار است.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۵ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد اثر عضویت بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی بر متغیر راهبردهای تنظیم هیجان معنی‌دار است. اندازه اثر تعاملی برای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و سازگارانه تنظیم هیجان به ترتیب ۸۳ درصد و ۵۶ درصد بود مطابق با مقایسه میانگین‌ها در جدول ۲، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، آزمودنی‌های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل میانگین کمتری در راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان کسب کرده‌اند. به منظور مقایسه تفاوت بین‌گروهی و درون‌گروهی در نمرات نگرش ناکارآمد و تاب آوری از آزمون تحلیل واریانس

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در راهبردهای تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجموع مجذورات	F	P	η^2
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	گروه	۹۷۰/۶۸	۱	۹۷۰/۶۸	۱۸/۰۴	* ۰/۰۰۱	۰/۳۹
	زمان	۱۸۴۹/۷۴	۱/۳۴	۱۳۷۳/۵۱	۴۶/۴۳	* ۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه×زمان	۵۵۶۰/۴۱	۱/۳۴	۴۱۲۸/۸۴	۱۳۹/۵۷	* ۰/۰۰۱	۰/۸۳
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	گروه	۱۵۹۶/۰۱	۱	۱۵۹۶/۰۱	۲۴/۴۵	* ۰/۰۰۱	۰/۴۶
	زمان	۲۵۷/۶۸	۱/۷۳	۱۴۸/۶۹	۲۹/۲۲	* ۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه×زمان	۳۱۴/۷۵	۱/۷۳	۱۸۱/۶۲	۳۵/۶۹	* ۰/۰۰۱	۰/۵۶
نگرش ناکارآمد	گروه	۳۵۸۰۰/۲۷	۱	۳۵۸۰۰/۲۷	۱۹۴/۸۶	* ۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان	۱۵۸۸۸/۸۲	۱/۷۲	۹۲۰۴/۵۲	۳۲۷/۵۱	* ۰/۰۰۱	۰/۹۲
	گروه×زمان	۱۳۶۵۳/۴۸	۱/۷۲	۷۹۰۹/۵۸	۲۸۱/۴۴	* ۰/۰۰۱	۰/۹۱
تاب آوری	گروه	۱۵۱۰۶/۱۷	۱	۱۵۱۰۶/۱۷	۱۳۱/۹۹	* ۰/۰۰۱	۰/۸۲
	زمان	۵۲۷۱/۰۲	۱/۶۶	۳۱۶۹/۰۰	۲۲۰/۳۸	* ۰/۰۰۱	۰/۸۸
	گروه×زمان	۵۱۴۴/۶۲	۱/۶۶	۳۰۹۳/۰۰	۲۱۵/۰۹	* ۰/۰۰۱	۰/۸۶

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش ناکارآمد و تاب آوری در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد. طبق نتایج، درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود راهبردهای تنظیم

هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب آوری در افراد مبتلا به افسردگی شد که این یافته با نتایج مطالعات قبلی [۲۶-۲۲] مبنی بر اثربخشی این درمان بر بهبود هیجانات منفی همچون اضطراب و افسردگی و راهبردهای تنظیم هیجان، تاب آوری و اصلاح شناخت‌های منفی در افراد و گروه‌های مختلف هم‌سو

در آن حوادث داشته باشند. چنین افرادی برخلاف افراد افسرده، در شرایط بحرانی و پراسترس کمترین میزان هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس را از خود نشان می‌دهند [۲۴]. وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن وجوه مشترک انسانی، میان خود و دیگران پیوندی دوستانه احساس کنند و به واسطه این احساس صمیمیت و غیر قضاوتی، بر ترس از طرد غلبه نمایند. افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و بهتر قادر به تنظیم هیجانات منفی خود هستند [۲۳].

مؤلفه به‌هشیاری شفقت به خود، به فرد کمک می‌کند که شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری به عنوان خصیصه محوری افسردگی را شناسایی و کنترل کند. از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد افسرده تجربه می‌کنند، ناشی از نگرش‌های ناکارآمد فکری و تحریف‌های شناختی است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه به‌هشیاری و ذهن‌آگاهی با کاهش نگرش‌های ناکارآمد فکری و تحریف‌های شناختی در افراد افسرده، به تعدیل هیجانات منفی و تنظیم آن کمک می‌کند [۲۶]. در واقع، شفقت به خود مانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. شفقت به خود ظرفیت خاص درون فردی است که از طریق مسیرهای مختلف مانند افزایش تحمل احساسات منفی، پذیرش در مقابل تلاش برای سرکوب یا فرار از تجارب منفی، خودنظارتی دل‌سوزانه و غیر قضاوتی و افزایش مهارت پذیرش نقصان‌ها [۲۷] می‌تواند به خودتنظیمی و تنظیم هیجانات منفی و تقویت سطح تاب‌آوری کمک کند.

ویژگی افراد دارای شفقت به خود این است که برخلاف افراد افسرده، با دیدگاه غیر قضاوتی و کمتر سخت‌گیرانه نسبت به خود ظاهر می‌شوند، وقایع منفی زندگی را به عنوان یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بی‌شتر بر اساس عملکرد واقعی‌شان است؛ زیرا ارزیابی خود در این افراد، متعادل و به دور از خود

است. Trompeter و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که خودشفقتی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم تاب‌آوری و راهبرد سازگاران تنظیم هیجان، در ارتقای سلامت روان و بهزیستی کمک کند [۲۲]. Warren و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در افراد با خودانتقادی بالا، میزان خودشفقتی نسبت به سایر افراد کمتر است و خودانتقادی خطری برای تاب‌آوری و بهزیستی روانی محسوب می‌شود. تقویت خودشفقتی در این افراد می‌تواند موجب کاهش خودانتقادی و در نتیجه بهبود بهزیستی روانی شود [۲۳]. Shafiei و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر آموزش خودشفقتی در افراد مطلقه پرداختند و نشان دادند که این آموزش می‌تواند در کاهش سطح افکار ناکارآمد و شناخت‌های تحریف شده مؤثر باشد [۲۶]. از سوی دیگر، یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعات Lowens و همکاران و Lincoln و همکاران ناهمسو بود [۱۲، ۱۳]. Lincoln و همکاران نیز در مطالعه خود در افراد مبتلا به اختلال پارانوئیا نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در تغییر باورهای پارانوئایی این بیماران و در نتیجه بهبود هیجانات منفی و عزت نفس آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است [۱۲]. Lowens و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام دادند نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در اصلاح نگرش ناکارآمد آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است [۱۳]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین استدلال کرد که اختلال دوقطبی و پارانوئید از جمله اختلالات شدید روان‌پزشکی هستند که به عنوان اختلال زیستی اساسی شناخته می‌شوند، به خصوص افکار پارانوئید که انعطاف‌ناپذیر بوده و در برابر تغییر مقاوم هستند و بنابراین درمان مبتنی بر شفقت به تنهایی در تغییر این افکار و باورها ناموفق بوده است و احتمالاً استفاده هم‌زمان از دارو درمانی در کنار این مداخله می‌توانست به ایجاد نتایج معتبرتر کمک کند.

افرادی که از شفقت به خود بالایی برخوردارند، می‌توانند انقافات منفی را از زاویه‌ای واقع‌بینانه و بدون تحریف شناختی و نگرش ناکارآمدی ببینند و بدون اینکه به گونه‌ای آسیب‌پذیر به لحاظ هیجانی تحت تأثیر آن قرار بگیرند [۲۷]، با کمترین سطح واکنش هیجانی و با بالاترین سطح تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری، آمادگی بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت

و روان‌درمانی انجام شود.

انتقادی اغراق‌آمیز و یا خود برتری‌بینی است و این فرایند نیز به کاهش نگرش‌های منفی کمک می‌کند. از دیدگاه دیگر، شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن رویدادهای منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی، به کاهش سطوح بروز عواطف منفی، تنظیم بهتر هیجان‌ات و تسهیل توانایی در مقابله مؤثر با عواطف منفی کمک می‌کند [۲۳، ۲۴].

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

سهم نویسندگان

گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده معصومه صاحبی و نظارت و اصلاحات مقاله به عهده رمضان حسن‌زاده و بهرام میرزائیان بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مرکز مشاوره رهنمود نوین ساری به دلیل همکاری با پژوهشگران، و از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، نتایج این مطالعه دال بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی بود. در سطح عملی، از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان برای تدوین برنامه‌های درمانی استفاده نمود. پیشنهاد می‌شود مداخلات حمایتی روان‌شناختی به صورت ارائه دوره‌های درمان مبتنی بر شفقت با هدف توانمندسازی و ارتقای سلامت روانی افراد مبتلا به افسردگی در مراکز مشاوره

References

1. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clinical psychology review* 2015;36:28-41.
2. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine* 2014;44(10):2029-40.
3. Moyneur E, Dea K, Derogatis LR, Vekeman F, Dury AY, Labrie F. Prevalence of depression and anxiety in women newly diagnosed with vulvovaginal atrophy and dyspareunia. *Menopause* 2020;27(2):134-42.
4. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2014;47(3):259-69.
5. Tamminen KA, Neely KC. We're in this together: Dyadic and interpersonal aspects of emotions, coping, and emotion regulation in sport. 3rd ed. British: Routledge; 1996: 78-94
6. Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience* 2015;16(11):693-700.
7. Khazraee H, Omidi A, Kakhki RD, Zanjani Z, Sehat M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2018;20(1). [Persian]
8. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy* 2018;91(2):248-61.
9. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological bulletin* 2015;141(3):655.
10. Beck AT, Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Chang NA. Dysfunctional attitudes and expectancies in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2013;39(1):43-51.
11. Brouwer ME, Williams AD, Forand NR, DeRubeis RJ, Bockting CL. Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Affective Disorders* 2019;243:48-54.
12. Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *COTR*

- 2013;37(2):390-402.
13. Lowens I. Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy* 2010;3(2):172-85.
 14. Meiser S, Esser G. How dysfunctional are dysfunctional attitudes? A threshold model of dysfunctional attitudes and depressive symptoms in children and adolescents. *COTR* 2017;41(5):730-44.
 15. Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J, Hautzinger M, Meyer TD. Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 2017;212:110-6.
 16. Fang Y, Scott L, Song P, Burmeister M, Sen S. Genomic prediction of depression risk and resilience under stress. *Nature Human Behaviour* 2020;4(1):111-8.
 17. Maree K, editor. *Psychology of career adaptability, employability and resilience*. 2nd ed. German: Springer 2017: 136-140.
 18. Wackerhagen C, Veer IM, Erk S, Mohnke S, Lett TA, Wüstenberg T, et al. Amygdala functional connectivity in major depression—disentangling markers of pathology, risk and resilience. *Psychological medicine* 2019:1-11.
 19. Sarkar M, Fletcher D. Psychological resilience in sport performers: a review of stressors and protective factors. *Journal of sports sciences* 2014;32(15):1419-34.
 20. Allan JF, McKenna J, Dominey S. Degrees of resilience: profiling psychological resilience and prospective academic achievement in university inductees. *British Journal of Guidance & Counselling* 2013;42(1):9-25.
 21. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology* 2012;52(2):199-214.
 22. Trompetter HR, de Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *COTR* 2017;41(3):459-68.
 23. Warren R, Smeets E, Neff K. Self-criticism and self-compassion: risk and resilience: being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry* 2016;15(12):18-28.
 24. Baker DA, Caswell HL, Eccles FJ. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2019;90(2):154-61.
 25. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in psychology* 2019;10(5):1099.
 26. Shafiei M, Sadeghi M, Mohammadi G. The effects training of Self-Compassion on dysfunctional attitudes and cognitive distortions in the divorcees poor. *CPAP* 2019;16(2):65-74. [Persian]
 27. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. *Sample size tables for clinical studies*. 4nd ed. American: John Wiley & Sons; 2011: 361-9.
 28. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *EJPA* 2007;23(3):141-9.
 29. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *JCP* 2010; 2(3):73-84. [Persian]
 30. Weissman A, Beck AT. *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale Paper presented at the annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. 4nd ed. American: Chicago; 1978: 95-111
 31. Ebrahimi A, Neshatdoust H, Kalantari M, Moulavi H, Ghbanali A. Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *JSKUMS* 2008;9(4):40-44. [Persian].
 32. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety* 2003;18(2):76-82.
 33. Keihani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal conformity and confirmatory factor analysis of Connor-Davidson Resilience Scale in nursing female students. *International Journal of Medical Education* 2014; 14(10): 857-864. [Persian]
 34. Hayes SC. *The roots of Compassion*. keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago, 2007.

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation Strategies, Dysfunctional Attitudes, and Resilience in Women with Major Depression

Sahebi M¹, Hassanzadeh R², Mirzaian B³

1- PhD Student, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Prof, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding Author)

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir, Tel: 09116850322

3- Assistant Prof, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Received: 19 August 2020

Accepted: 15 June 2021

Introduction: Major depressive disorder is one of the most common psychological disorders that affect a person's performance, leading to several negative side effects. This study aimed to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy on emotional regulation strategies, dysfunctional attitudes, and resilience in women with major depression.

Materials and Methods: This study was semi-experimental. The statistical population included people with major depression referred to counseling and psychological services centers in Sari. They were selected by purposeful sampling and were randomly assigned to the experimental group (15 people) and the control group (15 people). Eight sessions of compassion-focused therapy were performed for the experimental group, and no intervention was performed for the control group. Data collection tools included the Emotional Regulation Strategies questionnaire (CERQ), Dysfunctional Attitude Scale (DAS), and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Data were analyzed using a mixed analysis of variance with repeated measures.

Results: The results showed that compassion-based therapy has a significant effect on increasing adaptive emotional regulation strategies and resilience and reducing dysfunctional attitudes in women with major depression ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results, emotional regulation strategies, dysfunctional attitudes, and resilience can be corrected in women with major depression through compassion-focused therapy.

Keywords: Emotion regulation, Depression, Compassion-focused therapy, Resilience, Dysfunctional attitudes

Please cite this article as follows:

Sahebi M, Hassanzadeh R, Mirzaian B. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation Strategies, Dysfunctional Attitudes, and Resilience in Women with Major Depression. *Community Health journal* 2022; 16 (1): 12-22.

Funding: There was no external funding for this study.

Conflict of Interest: The authors declared no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical Approval: The present article was approved by the research ethics committees with code. (IR.IAU.SARI.REC.1398.070)