Journal of Research in Psychological Health
September 2026, Volume 19, Issue 2

Effectiveness of Self-Compassion Training on Levels of Self-Criticism and Sense of Coherence in Women with Depressive Symptoms

Masoumeh Hosseinian *[1], **Roya tavakkoli** [2]

1 Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Iran. Hoseinian_1342@yahoo.com
2 Master of Clinical Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Iran

Citation: Hosseinian, M., & tavakkoli, R. (2026). Effectiveness of Self-Compassion Training on Levels of Self-Criticism and Sense of Coherence in Women with Depressive Symptoms. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of self-compassion training on levels of self-criticism and sense of coherence in women with depressive symptoms. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of all women with depressive symptoms referring to counseling centers in Qom. Among them, 30 participants were selected through purposeful sampling and randomly assigned to either the experimental group (15 participants) or the control group (15 participants). The research instruments included the Beck Depression Inventory-II for screening, the Levels of Self-Criticism Scale by Thompson and Zuroff, and the Sense of Coherence Questionnaire by Flensborg-Madsen. The experimental group received group self-compassion training, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance (MANCOVA and ANCOVA). The findings indicated that after controlling for the pretest effect, the difference between the experimental and control groups in the posttest phase was statistically significant for both levels of self-criticism and sense of coherence. The educational intervention accounted for 29.1% of the variance in self-criticism and 59.0% of the variance in sense of coherence. Furthermore, the results showed that this training significantly reduced internalized and comparative self-criticism while enhancing the components of sense of coherence, including comprehensibility, manageability, and meaningfulness. In conclusion, by weakening self-criticism mechanisms and strengthening the structure of the sense of coherence, self-compassion training serves as an effective approach for improving the mental health indices of depressed women, and its application in counseling centers is recommended.

Key words
Self-Compassion Training, Levels of Self-Criticism, Sense of Coherence, Depressive Symptoms.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر سطوح خودانتقادی و احساس انسجام روانی در زنان دارای نشانگان افسردگی

معصومه حسینیان *[۱] ، رؤیا توکلی [۲]

۱. مرکز تحقیقات پرستاری تروما دانشگاه علوم پزشکی کاشان ایران Hoseinian_1342@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی ،ایران

تاریخ دریافت
۱۴۰۴/۰۳/۳۰

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۰۶/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر سطوح خودانتقادی و احساس انسجام روانی زنان دارای نشانگان افسردگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی زنان دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه افسردگی بک به عنوان ابزار غربالگری، پرسش‌نامه سطوح خودانتقادی تامپسون و زاروف و پرسش‌نامه احساس انسجام روانی فلنسبرگ-مادسن بود. گروه آزمایش تحت آموزش گروهی خودشفقت‌ورزی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون برای متغیر سطوح خودانتقادی و احساس انسجام روانی از نظر آماری کاملاً معنادار است. مداخله آموزشی توانسته است ۲۹.۱ درصد از تغییرات خودانتقادی و ۵۹.۰ درصد از تغییرات احساس انسجام روانی را تبیین کند. همچنین نتایج نشان داد که این آموزش بر کاهش مؤلفه‌های خودانتقادی درونی‌شده و مقایسه‌ای و ارتقای مؤلفه‌های احساس انسجام روانی شامل فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری تأثیر معناداری دارد. در مجموع، آموزش خودشفقت‌ورزی با تضعیف مکانیزم‌های خودانتقادی و تقویت ساختار احساس انسجام روانی، رویکردی اثربخش جهت بهبود شاخص‌های سلامت روان زنان مبتلا به افسردگی محسوب می‌شود و به کارگیری آن در مراکز مشاوره توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی:
آموزش خودشفقت‌ورزی، سطوح خودانتقادی، احساس انسجام روانی، نشانگان افسردگی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین، مزمن‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که با تجربه پایداری از خلق منفی، ناامیدی، کاهش لذت و اختلال در عملکردهای شناختی، فیزیولوژیکی و اجتماعی همراه است و بار سنگینی را بر نظام سلامت روان جامعه تحمیل می‌کند (مونکریف و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که شیوع این اختلال در میان زنان به مراتب بیشتر از مردان است، به طوری که میزان ابتلا و آسیب‌پذیری در زنان حدود ۵/۱ تا ۳ برابر گزارش می‌شود (لی، ۲۰۲۲). این شکاف جنسیتی، به‌ویژه در بافت فرهنگی و اجتماعی جامعه امروز ایران، تحت تاثیر تلاقی فشارهای ساختاری، تعدد نقش‌های خانوادگی مانند مدیریت خانه و فرزندپروری، و چالش‌های سازگاری با تغییرات محیطی نمود بارزتری دارد؛ چراکه زنان در فرآیند جامعه‌پذیری خود بیشتر مستعد درونی‌سازی تنش‌ها، مهار خشم و جهت‌دهی بازخوردهای منفی به سمت درون هستند (زهراکار و همکاران ، ۲۰۲۵؛ شارعی و همکاران، ۲۰۲۴). این درونی‌سازی استرس و خلق منفی در زنان افسرده، بستر مناسبی را برای فعال شدن و پایداری سازوکارهای شناختی و شخصیت‌شناختی آسیب‌زا فراهم می‌کند که ارزیابی منفی از خود، یکی از اصلی‌ترین این الگوهاست(بیسکانر و مک‌گیل، ۲۰۲۳؛ مارواها و همکاران، ۲۰۲۳).

در بررسی این ساختارهای شخصیت‌شناختی همبسته با افسردگی، خودانتقادی به عنوان یک متغیر فراتشخیصی محوری مطرح است که مستقیماً در بستر خلق منفی تشدید می‌شود(فرگوسن و همکاران ،۲۰۲۲). . خودانتقادی یک الگوی شناختی پایدار و درونی‌شده است که با ارزیابی‌های منفی، سخت‌گیرانه و تنبیه‌گرایانه از خود مشخص می‌شود و پیامد مستقیم آن، شکل‌گیری احساس ناکافی بودن، بی‌ارزشی عمیق و تجارب هیجانی مبتنی بر شرم پنهان است (گلر و همکاران ، ۲۰۲۵). افرادی که بازخورد درونی آن‌ها بر مدار خودانتقادی بالا تنظیم شده است، معمولاً استانداردهای کمال‌گرایانه و اهدافی غیرمنطقی بنا می‌کنند؛ در نتیجه، در مواجهه با کوچک‌ترین ناکامی‌های زندگی، به سرزنشگری افراطی روی می‌آورند که این چرخه معیوب، به کاهش انگیزش، احساس درماندگی آموخته‌شده و در نهایت تداوم و تشدید نشانگان افسردگی در زنان ختم می‌شود (ویدال و سولدیویلا، ۲۰۲۳). این فرآیند فرساینده سرزنشگری خود، علاوه بر تشدید خلق منفی، به صورت مستقیم توانایی‌های مقابله‌ای و منابع حمایتی روانی فرد را تحلیل برده و ساختارهای انطباقی او را با چالش جدی مواجه می‌سازد(گرهارت و همکاران ،۲۰۲۴).

تخریب پیاپی این پتانسیل‌های انطباقی توسط خودانتقادی مفرط، به مرور زمان باعث می‌شود که توانایی‌های حمایتی درون‌روانی زنان در مواجهه با استرس کاهش یابد، که بارزترین نمود این زوال سازه‌ای را می‌توان در کاهش احساس انسجام روانی مشاهده کرد(زکاری و همکاران ،۲۰۲۴) . احساس انسجام روانی، یک جهت‌گیری شناختی-هیجانی پایدار و کل‌نگر است که به ظرفیت منسجم فرد در درک‌پذیری (توانایی تحلیل عقلانی چالش‌ها)، توانایی مدیریت (دسترسی به منابع مقابله‌ای کارآمد) و معناداری (احساس ارزش و هدفمندی در مواجهه با سختی‌ها) اشاره دارد و هسته مرکزی تاب‌آوری در روان‌شناسی سلامت را تشکیل می‌دهد (نالوی و همکاران، ۲۰۲۲). زمانی که صداهای منتقد درونی به دلیل خلق افسرده اوج می‌گیرند، فرد توانایی خود را در یافتن معنا میان رنج‌ها از دست داده و جهان درون و بیرون را محیطی ناامن، آشفته و غیرقابل پیش‌بینی ادراک می‌کند که پیامد مستقیم آن، افت شدید احساس انسجام روانی است (روباتی و نمانی، ۲۰۲۱). این نقصان سازه‌ای موجب می‌شود که زنان افسرده کنترل هیجانی خود را از دست داده، چالش‌های تحمیلی زندگی را به مثابه بن‌بست‌های غیرقابل حل ببینند و در بازسازی تعادل روانی خود ناتوان بمانند (ما و همکاران، ۲۰۲۱). این ارتباط متقابل میان متغیرها نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی کلاسیک به دلیل تمرکز صرف بر چالش‌های شناختی سطحی، نیازمند بازنگری و کاربست رویکردهای نوین موج سوم هستند که مستقیماً بر این روابط ساختاری اثر بگذارند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

نیاز مبرم به بازسازی احساس انسجام فروپاشیده و تعدیل خودانتقادی مفرط در زنان افسرده، ضرورت کاربست مداخلات مبتنی بر پارادایم‌های جدید، به‌ویژه درمان متمرکز بر شفقت را برجسته می‌سازد که برای ترمیم همین نقص‌های عاطفی و شناختی طراحی شده است. درمان متمرکز بر شفقت که برخاسته از نظریات کلینیکی پل گیلبرت است، بر پرورش یک نگرش پذیرا، دلسوزانه و غیرقضاوتی نسبت به رنج‌ها و خطاهای خود تمرکز دارد (غفاری و همکاران ، ۲۰۲۵). این درمان با تلفیق یافته‌های عصب‌شناسی تکاملی، نظریه دلبستگی و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، به فرد آموزش می‌دهد تا به جای فعال‌سازی پیوسته«سیستم تهدید و دفاع که محرک اصلی خودانتقادی است، سیستم تسکین و امنیت روانی خود را فعال کند (میلارد و همکاران، ۲۰۲۳؛ پل و همکاران، ۲۰۲۴). این مداخله ساختاریافته به زنان افسرده یاد می‌دهد که با مهربانی خودبخشایانه به استقبال نقایص خود بروند؛ امری که مستقیماً صدای منتقد درونی را کاهش داده و با ایجاد یک بستر روانی امن، مؤلفه‌های سه‌گانه انسجام روانی یعنی درک‌پذیری، مدیریت‌پذیری و معناداری را در ذهن آن‌ها احیا و استوار می‌سازد (ریهمن و همکاران، ۲۰۲۳).

با وجود شواهد رو به رشد در مورد اثربخشی خودشفقت‌ورزی بر متغیرهای مرتبط با سلامت روان، شکاف پژوهشی قابل توجهی در زمینه تأثیر این آموزش بر ترکیب خاص خودانتقادی و احساس انسجام روانی در جمعیت زنان ایرانی دارای نشانگان افسردگی وجود دارد. بیشتر پژوهش‌های انجام شده در ایران یا بر روی جمعیت دانش‌آموزی (تابش منفرد و منصوری ، ۲۰۲۳)، یا بر روی زنان سالمند (مجید زاده و همکاران، ۲۰۲۲) متمرکز بوده و به طور همزمان به این دو متغیر نپرداخته‌اند. همچنین، با توجه به نقش بافت فرهنگی-مذهبی شهر قم که ممکن است درک و تجربه شفقت و خودانتقادی را تحت تأثیر قرار دهد، انجام پژوهشی در این جامعه ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف نظری و کاربردی درصدد پاسخگویی به این پرسش اساسی است که: آیا آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش سطوح خودانتقادی و افزایش احساس انسجام روانی زنان دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. انتخاب این طرح به دلیل دسترسی محدود به جامعه آماری و عدم امکان گمارش کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در فرودین تا خرداد ماه سال ۱۴۰۴ بود. برای انتخاب نمونه، به دلیل ماهیت بالینی پژوهش و نیاز به همگنی گروه‌ها از لحاظ متغیرهای مداخله‌گر مانند شدت افسردگی، سن و سطح تحصیلات، از روش نمونه‌گیری هدفمند با همتاسازی استفاده شد. به این ترتیب که از میان زنان مراجعه‌کننده، افرادی که نمره آنها در پرسشنامه افسردگی بک (نسخه دوم) بالاتر از نقطه برش (۱۴+) بود و ملاک‌های ورود را داشتند، شناسایی شدند. سپس بر اساس سن، تحصیلات و شدت علائم افسردگی همتاسازی شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک حجم نمونه در این پژوهش بر اساس اصول روش‌شناسی مطالعات آزمایشی (دلاور، ۱۴۰۲؛ گال و همکاران، ۲۰۱۴) تعیین شد که حداقل ۱۵ نفر را برای هر گروه جهت کفایت توان آماری در تحلیل‌های چندمتغیری مناسب می‌دانند..

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، کسب نمره بالاتر از ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، عدم دریافت همزمان مداخلات روان‌شناختی نظام‌مند مشابه در شش ماه گذشته، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا در صورت مصرف داشتن دوره مصرف ثابت حداقل سه ماه بدون تغییر دوز، و حداقل مدرک تحصیلی راهنمایی برای درک محتوای جلسات. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، درخواست انصراف در هر مرحله، شروع مصرف داروی جدید یا تغییر دوز داروی مصرفی در طول مداخله، و بروز بحران روانی حاد مانند اقدام به خودکشی بود که نیازمند مداخله فوری دیگر می‌شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مراحل اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای قانونی و تاییدیه کمیته اخلاق در پژوهش، ابتدا جلسه‌ای توجیهی برای هر دو گروه برگزار شد و شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را امضا کردند. در این جلسه، اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات شخص و حق انصراف به طور کامل تبیین شد. سپس، پرسش‌نامه‌های پژوهش (پرسش‌نامه خودانتقادی، و آزمون احساس انسجام روانی) به عنوان پیش‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. برنامه مداخله برای گروه آزمایش، شامل ۸ جلسه آموزش گروهی خودشفقت‌ورزی بر اساس مدل گیلبرت (۲۰۱۰) بود که به مدت دو ماه، به صورت هفتگی و در جلسات ۸۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر اجرا گردید. در این مدت، اعضای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرده و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً در شرایط یکسان آزمون‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌های حاصل از این ابزارها با رعایت مفروضه‌های آماری، از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از نظر ملاحظات اخلاقی، این پژوهش با اصول بیانیه هلسینکی (۲۰۲۴) همخوانی داشته و در راستای پایبندی به اصول اخلاق، پس از اتمام فرآیند پس‌آزمون، یک دوره فشرده آموزشی مشابه برای اعضای گروه کنترل (لیست انتظار) برگزار شد.

جدول (۱): خلاصه جلسات روان‌درمانی آموزش خود شفقت ورزی(CFT) اقتباس از گیلبرت

جلسه	اهداف و محتوای آموزشی جلسه	تکالیف خانگی (کاربست عملی)
اول	برقراری ارتباط اولیه و قوانین گروهی، تبیین ساختار جلسات؛ آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز آن با دلسوزی سطحی یا تأسف برای خود؛ مفهوم‌سازی خودشفقت‌ورزی و ارزیابی عینی میزان انتقادگرایی و آزار عاطفی درون‌روانی مراجعان.	یادداشت‌برداری روزانه از موقعیت‌هایی که در آن‌ها صدای منتقد درونی فعال می‌شود و ثبت نوع واکنش هیجانی به آن.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی با تمرکز بر تکنیک وارسی بدنی (Body Scan) و تنظیم تنفس تسکین‌بخش؛ تبیین مدل سه سیستمی مغز (سیستم تهدید، سیستم تکاپو، سیستم تسکین)؛ آموزش همدلی و درک غیرقضاوت‌کننده از کارکرد هیجانات منفی.	انجام روزانه ۱۰ دقیقه تمرین تنفس تسکین‌بخش و یادداشت وضعیت بدنی در زمان هجوم افکار منفی.
سوم	تبیین ویژگی‌های کلیدی ذهن مشفق؛ آموزش شفقت نسبت به دیگران و پرورش احساس گرما و مهربانی نسبت به خود؛ بازسازی مفهوم «اشتراکات انسانی» (درک این نکته که رنج و نقص بخشی از تجربه بیرونی انسان است) در برابر احساس شرم و خودتخریبی.	تمرین «نگاه مهربانانه در آینه» و ثبت سه نمونه از ویژگی‌های چالش‌برانگیز خود که نیاز به پذیرش بدون قضاوت دارند.
چهارم	مرور تکالیف؛ ترغیب مراجعان به خودشناسی و تمایز میان «منِ منتقد» و «منِ مشفق»؛ تدوین استراتژی‌های ایجاد ذهن مشفقانه؛ آموزش استعاره «فیزیوتراپی روانی» (پذیرش درد موقت برای بهبود ساختاری) و تمرین پایه‌ای بخشایش خود.	تمرین عملی استعاره فیزیوتراپی در مواجهه با سرزنش‌های شناختی و مستندسازی روند گفتگوی درونی با خود.
** پنجم**	مرور تکالیف؛ بسط تمرین‌های ذهن مشفقانه (بخشش متقابل و پذیرش بدون قضاوت)؛ آموزش استعاره «آنفلوانزای روانی» (دیدن نقص‌ها به عنوان یک بیماری گذرا نه هویت فردی)؛ آموزش بردباری، تحمل ابهام و شرایط سخت در تلاطم‌های زندگی.	کاربست استعاره آنفلوانزا در موقعیت‌های ناکامی روزمره و تمرین توقف قضاوت درباره رفتارهای خود به مدت یک روز.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ششم	مرور تکالیف؛ تمرین عملی و هدایت‌شده ایجاد تصاویر ذهنی مشفقانه (تصویرسازی یک پناهگاه یا موجود نمادین مشفق)؛ آموزش سبک‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و بسط آن در روابط بین‌فردی (خانواده و شبکه اجتماعی).	انجام روزانه تمرین تصویرسازی ذهنی مشفقانه به مدت ۱۵ دقیقه و اعمال حداقل یک رفتار شفقت‌آمیز عملی در روابط فردی.
هفتم	مرور تکالیف؛ آموزش تخصصی تکنیک نوشتن «نامه‌های مشفقانه» از زبان خویشتنِ مشفق به خویشتنِ منتقد و آسیب‌پذیر؛ آموزش روش ثبت و یادداشت‌برداری روزانه از موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و ارزیابی عملکرد خود در آن موقعیت‌ها.	نگارش یک نامه جامع مشفقانه به خود در مواجهه با بزرگ‌ترین منبع شرم یا خطای گذشته و تکمیل جدول روزانه موقعیت‌های شفقت‌ورزی.
هشتم	مرور، بازخوانی و تثبیت مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته؛ ارزیابی توانایی مقابله مراجعان با شرایط استرس‌زای آینده با کمک ابزارهای شفقت؛ جمع‌بندی روند گروه، ارائه راهبردهای حفظ دستاوردها در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون.	تدوین «برنامه شخصی صیانت از خود» شامل سه تکنیک طلایی جلسات که بیشترین اثربخشی را برای فرد داشته‌اند، جهت کاربست دائم.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II)

جهت غربالگری و اطمینان از وجود نشانگان افسردگی در نمونه مورد مطالعه، از نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. این ابزار یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی ۲۱ ماده‌ای است که برای سنجش شدت نشانگان شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی افسردگی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است. هر ماده بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات کل آزمون بین صفر تا ۶۳ متغیر است. در این ابزار، نمرات صفر تا ۱۳ نشان‌دهنده افسردگی کمینه، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ مبیّن افسردگی شدید است؛ در پژوهش حاضر، نقطه برش ۲۰ (افسردگی متوسط) به بالا به عنوان ملاک ورود در نظر گرفته شد. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در پژوهش‌های متعدد تایید شده است؛ به طوری که بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط دادفر و همکاران (۲۰۱۶) مطلوب ارزیابی شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه سطوح خودانتقادی تامپسون و زاروف (CSLS)

این پرسش‌نامه که توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) طراحی شده است، یک ابزار ۲۲ ماده‌ای است که دو سطح ساختاری خودانتقادی را ارزیابی می‌کند: خودانتقادی درونی (گرایش به سرزنش خود در قبال عدم تحقق استانداردهای شخصی) و خودانتقادی مقایسه‌ای (ادراک خود به عنوان فردی ناقص و ضعیف در مقایسه با دیگران). ماده‌های این پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (به شدت مخالفم) تا ۷ (به شدت موافقم) پاسخ داده می‌شوند و دامنه نمرات کل بین ۲۲ تا ۱۵۴ نوسان دارد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطوح شدیدتر خودانتقادی در فرد است. گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین یاماگوچی و کیم (۲۰۱۳) همسانی درونی مناسبی را برای این ابزار گزارش دادند و آلفای کرونباخ دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ برآورد کردند. در ایران، قربانی و موسوی (۱۳۸۵) روایی سازه این ابزار را مطلوب گزارش کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این ابزار ۰/۸۳ برآورد گردید.

پرسش‌نامه احساس انسجام روانی فلنسبرگ-مادسن و همکاران (SOC-35)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

این پرسش‌نامه یک ابزار ۳۵ سؤالی است که توسط فلنسبرگ-مادسن و همکاران (۲۰۰۶) جهت سنجش احساس انسجام روانی بر اساس ساختارهای درک‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری تدوین شده است. نمره‌گذاری این آزمون به صورت ترکیبی انجام می‌شود؛ ماده‌های ۱ تا ۲۴ بر روی یک مقیاس سه درجه‌ای لیکرت (بله = ۳، نمی‌دانم = ۲، خیر = ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. ماده‌های ۲۵ تا ۳۵ به صورت ۵ گزینه‌ای طراحی شده‌اند، اما سیستم نمره‌گذاری آن‌ها به مقیاس سه درجه‌ای تبدیل می‌گردد؛ به این ترتیب که به گزینه‌های اول و دوم (بسیار راضی و راضی) نمره ۳، به گزینه سوم (گاهی راضی و گاهی ناراضی) نمره ۲، و به گزینه‌های چهارم و پنجم (ناراضی و بسیار ناراضی) نمره ۱ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات کل این پرسش‌نامه بین ۳۵ تا ۱۰۵ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس انسجام روانی قوی‌تر است (لازم به ذکر است که در نسخه ترجمه و استانداردشده این ابزار در ایران، خرده‌مقیاس‌ها به تفکیک مجزا نشده و نمره کل ملاک ارزیابی است). صبری نظرزاده (۱۳۹۰) جهت بومی‌سازی این ابزار، فرآیند ترجمه متقاطع (ترجمه و بازترجمه) را اجرا و روایی آن را تایید نمود. فلنسبرگ-مادسن و همکاران (۲۰۰۶) نیز روایی محتوایی و سازه پرسش‌نامه را احراز کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را در دو مطالعه مجزا به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به روش ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۹ برآورد شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات استفاده شد و در بخش آمار استنباطی، به منظور بررسی اثربخشی مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده گردید.

یافته ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از زنان دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۹ نفر مجرد و ۶ نفر متأهل و در گروه کنترل، ۸ نفر مجرد و ۷ نفر متأهل بودند. بررسی شاخص سن نشان داد که در گروه آزمایش ۴ نفر کمتر از ۲۵ سال، ۴ نفر ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر ۳۰ تا ۳۵ سال و ۲ نفر ۳۵ سال و بالاتر قرار داشتند؛ در حالی که در گروه کنترل ۲ نفر کمتر از ۲۵ سال، ۵ نفر ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر ۳۰ تا ۳۵ سال و ۳ نفر ۳۵ سال و بالاتر بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایش ۳ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم، ۲ نفر کاردانی، ۲ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر گزارش شدند و در گروه کنترل نیز ۳ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم، ۱ نفر کاردانی، ۲ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر حضور داشتند. همچنین، از لحاظ وضعیت اشتغال، ۱۱ نفر از افراد گروه آزمایش شاغل و ۴ نفر بیکار بودند، در حالی که در گروه کنترل ۱۰ نفر شاغل و ۵ نفر بیکار گزارش شدند. در نهایت، از نظر تعداد فرزندان، ۸ نفر از مراجعان گروه آزمایش بدون فرزند، ۵ نفر دارای ۱ فرزند، ۱ نفر دارای ۲ فرزند و ۱ نفر دارای ۳ فرزند و بیشتر بودند؛ این توزیع در گروه کنترل شامل ۷ نفر بدون فرزند، ۶ نفر دارای ۱ فرزند، ۱ نفر دارای ۲ فرزند و ۱ نفر دارای ۳ فرزند و بیشتر بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرها و مؤلفه‌های پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون
سطوح خودانتقادی (کل)	آزمایش	۱۵	۱۱۱.۸۷	۶.۴۰۲	۱۰۵.۶۰	۶.۸۹۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

	کنترل	۱۵	۱۱۴.۰۰	۵.۳۸۵	۱۱۳.۲۷	۵.۴۱۸
خودانتقادی درونی‌شده	آزمایش	۱۵	۵۰.۴۷	۳.۲۴۸	۴۸.۲۰	۳.۶۴۹
	کنترل	۱۵	۵۱.۵۳	۳.۳۷۸	۵۱.۳۳	۳.۸۱۱
خودانتقادی مقایسه‌ای	آزمایش	۱۵	۶۱.۴۰	۳.۹۴۲	۵۷.۴۰	۳.۹۴۲
	کنترل	۱۵	۶۲.۴۷	۴.۵۹۶	۶۱.۹۳	۴.۰۲۶
احساس انسجام روانی (کل)	آزمایش	۱۵	۵۰.۴۷	۳.۲۴۸	۵۵.۶۰	۳.۶۴۹
	کنترل	۱۵	۵۱.۵۳	۳.۳۷۸	۴۷.۸۷	۳.۸۱۱
فهم‌پذیری	آزمایش	۱۵	۱۹.۴۷	۲.۲۴۸	۲۰.۶۷	۲.۶۴۹
	کنترل	۱۵	۱۸.۵۳	۳.۳۷۸	۱۸.۲۰	۳.۸۱۱
توانایی مدیریت	آزمایش	۱۵	۱۵.۶۰	۳.۲۴۸	۱۸.۶۷	۳.۶۴۹
	کنترل	۱۵	۱۵.۴۷	۳.۳۷۸	۱۵.۲۷	۳.۸۱۱
معناداری	آزمایش	۱۵	۱۵.۴۰	۳.۲۴۸	۱۶.۲۷	۳.۶۴۹
	کنترل	۱۵	۱۸.۴۷	۳.۳۷۸	۱۴.۴۰	۳.۸۱۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سطوح خودانتقادی و مؤلفه‌های آن شامل خودانتقادی درونی‌شده و مقایسه‌ای در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. در مقابل، میانگین نمرات احساس انسجام روانی و مؤلفه‌های سه‌گانه آن شامل فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش روند افزایشی را نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل استنباطی، پیش‌فرض‌های آماری مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی نمودار پراکنش همراه با خط رگرسیون حاکی از برقراری رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها بود. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات در تمام متغیرها و مؤلفه‌ها نرمال است، چرا که سطح معناداری آن‌ها بزرگتر از ۰.۰۵ به دست آمد. افزون بر این، تعامل بین متغیرهای کمکی و مستقل در مرحله پس‌آزمون معنادار نبود که این امر مبیّن برقراری پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است. در نهایت، نتایج آزمون ام‌باکس با مقدار آماره ۲.۴۴۸ و مقدار اف ۰.۷۵۳ در سطح معناداری ۰.۵۲۱ نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش به درستی برقرار است.با احراز پیش‌فرض‌های مذکور، تحلیل کوواریانس

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

چندمتغیری اجرا شد و نتایج آن نشان داد که اثر چندمتغیری شاخص‌ها در تمامی آزمون‌های آماری در سطح کمتر از ۰.۰۱ معنادار است؛ این یافته گویای آن است که میان دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر روی نمرات کل متغیرهای وابسته اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمرات کل متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
سطوح خودانتقادی	۴۴۰.۸۳۳	۱	۴۴۰.۸۳۳	۱۱.۴۶۶	۰.۰۰۲	۰.۲۹۱
احساس انسجام روانی	۴۴۸.۵۳۳	۱	۴۴۸.۵۳۳	۴۰.۳۳۹	۰.۰۰۱	۰.۵۹۰

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون برای متغیر سطوح خودانتقادی و احساس انسجام روانی از نظر آماری کاملاً معنادار است. بر این اساس، مداخله آموزشی توانسته است ۲۹.۱ درصد از تغییرات خودانتقادی و ۵۹.۰ درصد از تغییرات احساس انسجام روانی را تبیین کند. جهت مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل‌شده، آزمون تعقیبی بونفرونی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات کل متغیرها

متغیر وابسته	میانگین گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سطوح خودانتقادی	۱۰۵.۶۰۰	۱۱۳.۲۶۷	-۷/۶۶۷*	۲.۲۶۴	۰.۰۰۲
احساس انسجام روانی	۵۵.۶۰۰	۴۷.۸۶۷	*۷.۷۳۳	۱.۲۱۸	۰.۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ تایید می‌کند که تفاوت میانگین‌ها برای سطوح خودانتقادی منفی و برای احساس انسجام روانی مثبت است؛ این امر بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیر خودانتقادی به طور معناداری کاهش و در متغیر احساس انسجام روانی به طور معناداری افزایش یافته است. در ادامه، جهت ارزیابی دقیق‌تر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر روی مؤلفه‌های سطوح خودانتقادی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۵ منعکس شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مؤلفه‌های سطوح خودانتقادی

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودانتقادی درونی‌شده	۷۳.۶۳۳	۱	۷۳.۶۳۳	۵.۲۹۰	۰.۰۲۹	۰.۱۵۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۵۴.۱۳۳	۱	۱۵۴.۱۳۳	۹.۷۰۸	۰.۰۰۴	۰.۲۵۷

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش هر دو مؤلفه خودانتقادی درونی‌شده و خودانتقادی مقایسه‌ای تأثیر معناداری دارد. میزان این تأثیر برای خودانتقادی درونی‌شده ۱۵.۹ درصد و برای خودانتقادی مقایسه‌ای ۲۵.۷ درصد برآورد شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی این مؤلفه‌ها در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های سطوح خودانتقادی

متغیر وابسته	میانگین گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودانتقادی درونی‌شده	۴۸.۲۰۰	۵۱.۳۳۳	-۳/۱۳۳*	۱.۳۶۲	۰.۰۲۹
خودانتقادی مقایسه‌ای	۵۷.۴۰۰	۶۱.۹۳۳	-۴/۵۳۳*	۱.۴۵۵	۰.۰۰۴

مطابق با جدول۶ ، کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش در هر دو مؤلفه خودانتقادی درونی‌شده و مقایسه‌ای در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل از نظر آماری معنادار است. در نهایت، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی مؤلفه‌های احساس انسجام روانی اجرا گردید که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مؤلفه‌های احساس انسجام روانی

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
فهم‌پذیری	۴۵.۶۳۳	۱	۴۵.۶۳۳	۶.۶۶۴	۰.۰۱۵	۰.۱۹۲
توانایی مدیریت	۸۶.۷۰۰	۱	۸۶.۷۰۰	۲۱.۲۴۵	۰.۰۰۱	۰.۴۳۱
معناداری	۲۶.۱۳۳	۱	۲۶.۱۳۳	۵.۲۸۲	۰.۰۲۹	۰.۱۵۹

نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می‌دهد که آموزش خودشفقت‌ورزی بر مؤلفه‌های فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری تأثیر مثبت و معناداری دارد. اندازه اثر به دست آمده مبیّن آن است که مداخله آموزشی به ترتیب ۱۹.۲ درصد از واریانس فهم‌پذیری، ۴۳.۱ درصد از واریانس توانایی مدیریت و ۱۵.۹ درصد از واریانس معناداری را تبیین می‌کند. نتایج مقایسه زوجی میانگین‌ها به وسیله آزمون بونفرونی در جدول ۸ منعکس شده است.

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های احساس انسجام روانی

متغیر وابسته	میانگین گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
فهم‌پذیری	۲۰.۶۶۷	۱۸.۲۰۰	۲.۴۶۷*	۰.۹۵۶	۰.۰۱۵
توانایی مدیریت	۱۸.۶۶۷	۱۵.۲۶۷	۳.۴۰۰*	۰.۷۳۸	۰.۰۰۱
معناداری	۱۶.۲۶۷	۱۴.۴۰۰	۱.۸۶۷*	۰.۸۱۲	۰.۰۲۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

P<۰/۰۵*

یافته‌های جدول ۸ نشان می‌دهند که تفاوت میانگین نمرات در هر سه مؤلفه فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری مثبت و معنادار است؛ این نتایج بیانگر آن است که آموزش خودشفقت‌ورزی توانسته است نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش را در تمامی مؤلفه‌های احساس انسجام روانی به شکل معناداری نسبت به گروه کنترل ارتقا دهد.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل یافته‌های حاصل از مداخله درمانی نشان داد که آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش سطوح خودانتقادی شامل خودانتقادی درونی‌شده و خودانتقادی مقایسه‌ای در زنان دارای نشانگان افسردگی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های تابش‌مفرد و منصوری (۲۰۲۳) پل و همکاران (۲۰۲۴) و گائو و همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودانتقادی به عنوان یک صدای سرزنش‌گر درونی و ناکارآمد، از مؤلفه‌های کلیدی در پایداری و تشدید علائم افسردگی در زنان محسوب می‌شود. این ساختار شناختی با تمرکز افراطی بر کاستی‌ها، شکست‌ها و ناتوانی‌ها، فرد را در چرخه‌ای بازخوردی از احساس گناه، شرم و بی‌کفایتی گرفتار ساخته و به طور مداوم انرژی روانی او را تحلیل می‌برد. آموزش خودشفقت‌ورزی بر پایه سه مؤلفه اصلی شامل مهربانی با خود به جای قضاوت، درک مشترک بودن تجربه‌های انسانی به جای احساس انزوا، و ذهن‌آگاهی نسبت به رنج‌ها به جای سرکوب و همانندسازی افراطی، به زنان کمک می‌کند تا نگاهی دلسوزانه‌تر و واقع‌بینانه‌تر به تجربه زیسته خود داشته باشند. با تمرین این تکنیک‌ها، مراجعان یاد می‌گیرند که در مواجهه با ناکامی‌ها، الگوهای فکری خودانتقادی را شناسایی و تحدید کنند. این تغییر رویکرد درونی با تضعیف صدای منتقد، فضای روانی لازم را برای رشد عزت‌نفس و پذیرش فعالانه نقص‌های فردی فراهم می‌آورد و از غرق شدن در نشخوار فکری منفی جلوگیری می‌کند.

علاوه بر این، نتایج پژوهش مبیّن آن بود که آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهبود و افزایش احساس انسجام روانی و مؤلفه‌های آن شامل فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری در زنان دارای نشانگان افسردگی تأثیرگذار است. این یافته با نتایج مطالعات گرونشتاین و همکاران (۲۰۱۶)، هه و همکاران (۲۰۲۵) و لوک و بادملی (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این اثرگذاری می‌توان مطرح کرد که احساس انسجام روانی ساختاری است که به فرد توانایی درک، مدیریت و معنادار ساختن رویدادهای تنش‌زای زندگی را می‌بخشد؛ شاخصی که در زنان مبتلا به افسردگی به شدت تضعیف شده و آن‌ها را با بحران بی‌هدفی و سردرگمی مواجه می‌کند. مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی با ایجاد یک لنگرگاه عاطفی امن، ابزاری قدرتمند برای تقویت تاب‌آوری روانی فراهم می‌سازند. زمانی که مراجعان یاد می‌گیرند نقص‌ها و رنج‌های خود را نه به عنوان یک شکست شخصی، بلکه به عنوان بخشی طبیعی و گریزناپذیر از تجربه مشترک بشری ادراک کنند، توانایی شناختی آن‌ها برای فهم و یکپارچه‌سازی تجربیات گذشته و حال افزایش می‌یابد. این پذیرش دلسوزانه به جای انکار یا جنگ درونی، به فرد پتانسیل مدیریت بهینه چالش‌ها را داده و افق دید او را نسبت به آینده امیدوارکننده‌تر می‌سازد. در نتیجه، فرد حتی در میان رنج‌های ناشی از اختلال، قادر به بازسازی معنای زندگی شده که این امر مستقیماً به ارتقای احساس انسجام درونی و کاهش نشانگان افسردگی کمک شایانی می‌کند.

همانند هر پژوهش بالینی، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که تعمیم نتایج را مشروط می‌کند. اولین محدودیت بنیادین، اتکا به ابزارهای خودگزارش‌دهی (پرسش‌نامه‌ها) است که می‌تواند به دلیل تمایل آزمودنی‌ها به تایید اجتماعی یا ارائه تصویری مطلوب از خود، با سوگیری در پاسخ‌دهی همراه باشد و برآوردی کاملاً عینی از ساختار روانی افراد به دست ندهد. دومین محدودیت، به ویژگی‌های دموگرافیک و بافت محیطی نمونه مربوط است؛ از آنجا که این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای نشانگان افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم انجام گرفته است،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تعمیم یافته‌های آن به جامعه مردان، افراد غیربالینی یا جوامع با بسترهای فرهنگی متفاوت باید با احتیاط فراوان صورت گیرد.

بر اساس محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهادات پژوهشی و کاربردی مشخصی ارائه می‌شود. در راستای پیشنهادات پژوهشی توصیه می‌گردد در تحقیقات آینده از ابزارهای ارزیابی چندبعدی نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته و ارزیابی‌های رفتاری در کنار پرسش‌نامه‌ها استفاده شود تا روایی همگرا افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود این مداخله بر روی نمونه‌های مردان، نوجوانان و مراجعان مبتلا به سایر اختلالات همبود مانند اختلالات اضطرابی و با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی گسترده‌تر تکرار شود تا قدرت تعمیم‌پذیری الگو افزایش یابد. در سطح پیشنهادات کاربردی، به روان‌درمانگران، روان‌شناسان بالینی و مشاوران خانواده توصیه می‌شود که پروتکل آموزش خودشفقت‌ورزی را به عنوان یک مداخله مکمل یا مستقل در برنامه‌های درمانی زنان افسرده بگنجانند. اجرای تمرین‌های عملی مدون مانند مدیتیشن دلسوزی، بازنویسی نامه‌های خودمهربانی و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی دلسوزانه می‌تواند به عنوان ابزارهایی کارآمد در کلینیک‌ها جهت رهایی مراجعان از بند خودانتقادی و بازیابی حس انسجام درونی مورد استفاده قرار گیرد.در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودشفقت‌ورزی با جایگزین کردن یک سیستم راهبردی دلسوزانه و حمایتی به جای سیستم تنبیه و خودسرزنش‌گری، ساختار دفاعی کارآمدی را در برابر نشانگان افسردگی ایجاد می‌کند. این مداخله درمانی از یک سو با تضعیف مکانیزم‌های خودانتقادی (درونی‌شده و مقایسه‌ای) و از سوی دیگر با یکپارچه‌سازی و تقویت ساختار احساس انسجام روانی، می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش و کاربردی جهت بهبود شاخص‌های سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به کار گرفته شود.

قدردانی

نویسندگان پژوهش بر خود لازم می‌دانند از تمامی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه که با صبوری، اعتماد و همکاری صمیمانه در جلسات درمانی زمینه اجرای این پژوهش را فراهم ساختند، قدردانی نمایند. همچنین از مدیریت، مشاوران، روان‌شناسان و مسئولان محترم مراکز مشاوره شهر قم که در فرایند شناسایی نمونه‌های دارای نشانگان افسردگی، هماهنگی جلسات گروهی و اجرای دقیق مداخله همکاری ارزشمندی داشتند، صمیمانه تشکر می‌شود. بی‌تردید همراهی و حمایت این عزیزان نقش مهمی در انجام دقیق و منظم پژوهش حاضر داشته است. افزون بر این، از تمامی اساتید، همکاران و افرادی که در فرایند اجرا، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل‌های آماری و پیشبرد علمی این پژوهش یار و همراه بوده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

.

References

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.

Bisconer, S. W., & McGill, M. B. (2023). Undergraduate students and the COVID-19 pandemic: A look-back at first-year constructs of psychological adjustment, implications for clinicians and college administrators. Professional Psychology: Research and Practice, 54(1), 83–92.

Carvalho, C. S. (2021). The Traumatic Impact of the COVID-19 Pandemic on the Psychological Distress of University Students and Professors: The Mediating Role of Self-Criticism and Experiential Avoidance (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Dadfar, M., & Kalibatseva, Z. (2016). Psychometric properties of the persian version of the short beck depression inventory with Iranian psychiatric outpatients. Scientifica, 2016(1), 8196463.

Ferguson, L. J., Adam, M. E., Gunnell, K. E., Kowalski, K. C., Mack, D. E., Mosewich, A. D., & Murphy, N. (2022). Self-compassion or self-criticism? Predicting women athletes' psychological flourishing in sport in Canada. Journal of Happiness Studies, 23(5), 1923-1939.

Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2006). Sense of coherence and physical health. Testing Antonovsky's theory. The Scientific World JOURNAL, 6, 2212-2219 .

Gao, Y. Liu, X. Liu, J & Wang, H.(2023). The Effects of Self-Criticism and Self-Compassion on Adolescents' Depressive Symptoms and Nonsuicidal Self-Injury. Psychology research and behavior management, 16(1), 3219-3230.

Geller, S., Levy, S., & Avitsur, R. (2025). Examining the relationship between endometriosis and psychological distress: roles of cultural background, body image and self-criticism in women's health. Health Psychology and Behavioral Medicine, 13(1), 2511980.

Gerhardt, B. C., Serra, J. G., Zimmer, C., & Arteche, A. X. (2024). Role of self-criticism in postpartum mental health: a network analysis. Psicologia: Reflexão e Crítica, 37(1), 38.

Ghafari, Z., Hoseinzadeh, M., & Hashemipour, M. (2025). Compassion-focused therapy effectively reduces self-criticism, negative thoughts, and enhances forgiveness in women post-marital infidelity. Practice in Clinical Psychology, 13(4), 347-354.

Gilbert, P. Clarke, M. Hempel, S. Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. British Journal of Clinical Psychology, 43, 31–50.

Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., Schweitzer, J., & Bluemke, M. (2016). Through the tunnel, to the light: Why sense of coherence covers and exceeds resilience, optimism, and self-compassion. Personality and Individual Differences, 98, 208-217.

He, Q., Chen, Y., & Cao, S. (2025). The effect of psychological richness on the meaning in life of college students: the chain mediating effect of sense of coherence and self-compassion. Frontiers in Psychology, 16, 1664328.

Lee, J. H. (2022). Housing quality determinants of depression and suicide ideation by age and gender. Housing Studies, 39(2), 502-528.

Lök, N & Bademli, K.(2024). The Effect of a Mindful Self-Compassion Intervention on Burden, Express Emotion and Mental Well-Being in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. Community Mental Health Journal, 60(1), 997–1005.

Ma Y, Chen X, Nunez A, Yan M, Zhang B, Zhao F.(2021). Influences of parenting on adolescents' empathy through the intervening effects of self-integrity and sense of coherence. Children and Youth Services Review, 116(1), 105-110.

Majidzadeh, R., Rezaei, S., & Akbari, B. (2022). Self-compassion reduces the destructive effects of perceived stress on psychological well-being and self-care behaviors: Results from type II diabetes mellitus patients. Iranian journal of diabetes and obesity.

Marwaha, S., Palmer, E., Suppes, T., Cons, E., Young, A. H., & Upthegrove, R. (2023). Novel and emerging treatments for major depression. Lancet (London, England), 401(10371), 141–153.

Millard, L.A. Wan, M.W. Smith, D.M & Wittkowski, A.(2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders,326, 168-192.

Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Molecular psychiatry, 28(8), 3243-3256.

Nolvi M, Brogardh C, Jacobsson L, Lexell J.(2022). Sense of coherence and coping behaviours in persons with late effects of polio. Ann Phys Rehabil Med, 65(3), 1-7 .

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Pol, SM. Jong, A. Trompetter, H. Bohlmeijer, ET & Chakhssi, F.(2024). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: a multiple baseline case series study. Personality and mental health, 18(1), 69-79.

Rehman, S. Rehman, E & Liu, B.(2023). Potential Correlation Between Self-Compassion and Bedtime Procrastination: The Mediating Role of Emotion Regulation. Psychology research and behavior management, Vol.16, p.4709-4723.

Robati M, Namani E.(2021). Relationship between Vitality and Sense of Psychosocial Coherence with Nurses' Quality of Work Life: the Role Mediating of Self-Differentiation. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 27(6), 743-51.

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study.

Tabesh Mofrad, N., & Mansouriyeh, N. (2023). The effectiveness of compassion-based therapy in regulating emotion, self-criticism and anger in male students second secondary level. Journal of Psychological Science, 22(130), 93-110.

Thampson, R., Zuroff, D.C. (2004). The levels of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. Personality and individual differences, 36, 419-430.

Vidal, J & Soldevilla, JM.(2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. British journal of clinical psychology, 62 (1), 70-81.

Yamaguchi, A., & Kim, M.S. (2013). Effects of Self – Criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. International Journal of Psychological studies, 5(1), 74 -81.

Zaccari, V., Fazi, M., Scarci, F., Correr, V., Trani, L., Filomena, M. G., ... & Mancini, F. (2024). Understanding self-criticism: A systematic review of qualitative approaches. Clinical neuropsychiatry, 21(6), 455.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. Journal of Applied Psychological Research.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]