

مقایسه‌ی اثر بخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی

رضا گل پور^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، بتول احدی^۳ و محمد نریمانی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ی اثر بخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی انجام شده است. برای این منظور تعداد ۴۸ نفر از دانش‌آموزان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر نوشهر به تصادف انتخاب و در گروه‌های آموزش (خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان) و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده مقیاس‌های سلامت جسمانی، روانی و پرسشنامه‌های افسردگی و خوددلسوزی بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل در بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان افسرده موثر بود. همچنین آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه‌های خود-دلسوزی دانش‌آموزان افسرده موثرتر بود. نتایج بیانگر این است که آموزش خود-دلسوزی عامل تاثیرگذار مهمی برای سلامت روانی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش خود-دلسوزی شناختی، درمان متمرکز بر هیجان، سلامت جسمانی، سلامت روانی، افسردگی

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

(Reza.golpour.ch@gmail.com)

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۴. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۸/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱/۱۷

مقدمه

سلامت، حالت خوب بودن کامل، از نظر جسمی - روانی و اجتماعی است و این به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست (کرتیس، ۱۹۹۹؛ ترجمه‌ی فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی، ۱۳۸۵). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان^۱ بیشتر با نوعی سلامت ذهنی ارتباط دارد. افرادی از نظر روانی سالم هستند که احساس کنند به خوبی با زندگی، مسائل و تغییرات آن کنار می‌آیند. می‌توانند زندگی خود را تحت کنترل داشته باشند، مسئولیت پذیر باشند، از توانایی‌های ذهنی خود به خوبی استفاده کنند، با دیگران ارتباط خوب و مناسبی برقرار کنند و به فعالیت‌های سازنده بپردازند (کرتیس، ۱۹۹۹؛ ترجمه‌ی فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی، ۱۳۸۵). کرسینی^۲ (۱۹۹۹) سلامت را به حالت ذهنی همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی، توانایی برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی تعریف می‌کند (حدادی کوهسار، روشن و اصغرنژاد، ۱۳۸۵). رفتارها و سبک‌های زندگی فردی که بر سلامت جسمی یک فرد تاثیر می‌گذارند، عوامل خطرزای مرتبط با بیماری و بسیاری از مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی که ناشی از سبک‌های زندگی نامناسب است می‌تواند مشکلات سلامت روانی را نیز به همراه داشته باشد. بنابراین فعالیتهای آموزشی در جهت تقویت بهزیستی به ویژه آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی به منظور ارتقای سلامت روانی و جسمانی ضروری است (خسروجردی و خانزاده، ۱۳۸۶).

نتایج مطالعات بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، خود-دلسوزی با سلامت روانی همراه است (نف و وانگ^۳، ۲۰۰۹). وندام، شپارد، فورسیت و ارلیوین^۴ (۲۰۱۱) با بررسی تاثیر خود دلسوزی بر شدت نشانه‌های آسیب روانی مورد دریافتند که خود-دلسوزی

1. mental health
2. Kersini
3. Neff & Vank
4. Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine

پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای سلامت روانی به ویژه افسردگی است. در ارتباط با نقش خود-دلسوزی بر سلامت جسمانی کاسلی، مک‌کای، ساسلو و اپل^۱ (۲۰۱۰) یافت که دلسوزی برای دیگران می‌تواند ظرفیت دریافت حمایت اجتماعی را فراهم کند و منجر به پاسخ فیزیولوژیکی سازگارانه نسبت به استرس شود. تری^۲ و لری (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که خود-دلسوزی احتمالاً توانایی افراد را در رفتار مدبرانه نسبت به سلامت و مقابله با مشکلات جسمانی بالا می‌برد. کریگر، آلتن استیل، بیتیک، دورینگ و هالنفورس^۳ (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که بیماران افسرده حتی در زمانی که نشانه‌های افسردگی آنها کنترل شد، سطوح پایین‌تری از خود-دلسوزی را نسبت به افراد غیر افسرده نشان می‌دهند.

درمان متمرکز بر هیجان نیز شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان‌های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود (الیوت، گرینبرگ و لی تائر^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از الیوت، ۲۰۱۲). بر اساس شواهد، درمان متمرکز بر هیجان رویکردی پذیرفته شده در درمان اختلالات به ویژه اختلال افسردگی است (گرین برگ، ۲۰۱۰). همچنین در فراتحلیل انجام شده در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان مشخص شد آزمودنی‌هایی که تحت آموزش درمان متمرکز بر هیجان قرار گرفتند، کاهش معناداری را در نشانه‌های سلامت روانی نشان دادند (گولدمن، گرینبرگ و انگوس^۵، ۲۰۰۶؛ به نقل از الیوت، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش شاهر، کارلین، انگل، هجد، اسزپسنول و آرکوویتز^۶ (۲۰۱۲) نیز بیان می‌کند که مداخله مبتنی بر درمان متمرکز بر هیجان به طور معناداری در افزایش خود-دلسوزی و همچنین کاهش نشانه‌های افسردگی موثر است. کامپار،

1. Cosley, McCoy, Saslow & Epel
2. Terry
3. Kreiger, Altenstein, Baetig, Doering & Holtforth
4. Elliot, Greenberg & Leitaer
5. Goldman & Angus
6. Shahr, Carlin, Engle, Hegde, Szepsenwol & Arkowitz

کالوجی، مارکسینی، مولیناری و دلگریو^۱ (۲۰۱۳) در بررسی تاثیر درمان متمرکز بر هیجان یافتند که روش حاضر بر پاسخ‌های فوری و مداخله‌های بعدی که برای نشانه‌های افسردگی و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه‌ای در نظر گرفته می‌شود، اثر مثبت دارد. تی و پائولسن^۲ (۲۰۱۳) بیان کردند که درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های سلامت روانی زوجین اثر دارد با توجه به مطالعات صورت پذیرفته شناسایی دانش‌آموزانی که در معرض ابتلا به مشکلات افسردگی، نشانه‌های مرتبط و چالش‌های متعددی در روند زندگی خود هستند و نیز کاربست نتایج این پژوهش در زمینه سلامت روانی و کاهش ناراحتی‌های روانی و جسمانی افراد، به ویژه در دانش‌آموزان، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اثر بخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی بوده است.

روش

روش پژوهش، آزمایش گسترش یافته از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی بود. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان دبیرستانی مراجعه کننده به مراکز ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره آموزش و پرورش در شهرستان نوشهر تشکیل می‌دهند. بعد از مشخص شدن جامعه‌ی آماری، نمونه‌گیری در دو مرحله صورت پذیرفت: ۱- مرحله شناسایی که تعداد ۵۵ نفر از دانش‌آموزانی که به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر نوشهر مراجعه کردند و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و ارزیابی بالینی به عنوان افراد مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شدند و ۲- مرحله نهایی که از میان این دانش‌آموزان تعداد ۴۸ نفر به‌عنوان نمونه‌ی نهایی در سه گروه ۱۶ نفری (گروه آموزش

-
1. Compare, Calugi, Marchesini, Molinari & DalleGrave
 2. Tie & Poulsen

خوددلسوزی شناختی، درمان متمرکز بر هیجان و گروه کنترل) به تصادف جایگزین شدند. برای گروه اول، آموزش خوددلسوزی شناختی به مدت ۸ جلسه و هر جلسه یک ساعت و برای گروه دوم، درمان متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه و هر جلسه یک ساعت اجرا گردید. برای گروه سوم، که به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد، هیچ گونه آموزشی ارائه نگردید. برای هر سه گروه قبل از اعمال مداخله پیش آزمون و بعد از اعمال مداخله پس آزمون اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف- پرونده تشخیصی: شامل اطلاعات مورد نیاز برای تشخیص اختلال افسردگی است که در پرونده‌های افراد مراجعه کننده به مراکز ارائه خدمات روان شناختی موجود بود. این اطلاعات شامل تاریخچه، شرح حال، بررسی وضعیت روانی و معیارهای تشخیصی بر اساس متن چهارم تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی^۱ است.

ب- پرسشنامه‌ی افسردگی بک: این پرسشنامه را بک^۲ (۱۹۶۸) ساخت و اعتباریابی کرد. در مراکز کلینیکی مورد استفاده فراوان است. دارای ۲۱ سوال است و برای افراد بالاتر از ۱۳ سال مناسب است (گنجی، ۱۳۷۸). بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون^۳، مقیاس خودسنجی زونگ^۴، مقیاس افسردگی، پرسشنامه‌ی چندوجهی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز در پژوهش چگینی (۱۳۸۱) اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (به نقل از ازخوش، ۱۳۸۷).

1. DSM-IV-TR
2. Beck
3. HRSD
4. Zong

ج - مقیاس‌های سلامت جسمانی و روانی: از پرسشنامه ۳۶ عبارتی کیفیت زندگیوار و شریون (۱۹۹۲) برای سنجش شاخص‌های سلامت جسمانی و روانی استفاده شد. هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله‌ی ترکیب نمرات حیطه‌های مختلف تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه در ایران تأیید شده است ($I=0.77-0.9$) به منظور بررسی اعتبار ابزار از روش اعتبار همگرا و مقایسه گروه‌های شناخته شده استفاده گردیده است. دامنه همبستگی در اعتبار همگرا از ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است و در مقایسه گروه‌های شناخته شده نتایج مورد پیش‌بینی در تمایز کیفیت زندگی بین مردان و زنان به دست آمد (به نقل از رستمی، مقدس تبریزی، درویش پور کاخکی و منتظری، ۱۳۹۱).

د- مقیاس خود-دلسوزی: این مقیاس را نف (۲۰۰۳) ساخت. ۲۶ آیتم دارد که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خوددلسوزی ۰/۹۳ است (نف، ۲۰۰۳، ۲۰۰۵). در مطالعه نف و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ گزارش شده است (به نقل از تقی‌پور، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ و پایایی این مقیاس در مطالعه تقی‌پور (۱۳۹۰) ۰/۸۱ است گزارش شده است. در پژوهش حاضر نتایج آزمون کروییت بارلت (۰/۵۰۲) نشان داد که بین متغیرها و عامل خود - دلسوزی همبستگی بالا وجود داشته و مقیاس از اعتبار مناسبی برخوردار است. همچنین همسانی درونی از طریق آزمون اسپیرمن- براون ۰/۸۲ به دست آمد.

روش‌های مداخله: روش‌های درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر روش آموزشی خود-دلسوزی شناختی گیلبرت (۲۰۰۹) و درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ (۲۰۱۰) است که برای گروه‌های آزمایش یک و دو اعمال شد که شرح این روش‌ها در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل آموزش خود-دلسوزی شناختی گیلبرت (۲۰۰۹)

مراحل	محتوای جلسات
۱	ارزیابی میزان افسردگی، توصیف و تبیین افسردگی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آموزش خود-دلسوزی شناختی
۲	آموزش همدلی: آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
۳	آموزش همدردی: شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
۴	آموزش بخشایش: پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
۵	آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
۶	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی: ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
۷	آموزش مسئولیت‌پذیری: آموزش مسئولیت‌پذیری مولفه اساسی آموزش خوددلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
۸	آموزش و تمرین مهارت‌ها: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

جدول ۲. مراحل درمان متمرکز بر هیجان در جدول شماره ۲ ارائه شده است (گرینبرگ، ۲۰۱۰)

مراحل	محتوای جلسات
۱	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان: توضیح درباره ماهیت افسردگی، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
۲	شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند: شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تاثیرگذار در زندگی.
۳	تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند: ایجاد شرایط برای بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی در بافت ارتباطی و خانوادگی و به چالش کشیدن آنها
۴	استفاده از تکنیک آرام سازی: تا گفتار و احساس خود انتقادی آرام تر گردد و کمک شود تجربه درماندگی آزمودنی‌ها کاهش یابد.
۵	شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها: تا آزمودنی‌ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند.
۶	تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها: از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد.
۷	ایجاد راه حل‌های جدید برای مشکلات قبلی: آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی
۸	شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار: ارائه نمونه‌هایی از کیفیت روابط بین فردی در زندگی افراد که در پیش روی آنها است برای تحکیم یادگیری مهارت‌ها جدیدی که آموخته شد.

نتایج

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد آزمودنی‌های پژوهش حاضر را گروه‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی (با میانگین سنی ۱۶/۳۷ و انحراف معیار ۰/۷۲)، درمان متمرکز بر هیجان (با میانگین سنی ۱۶/۲۵ و انحراف معیار ۰/۷۷) و کنترل (با میانگین سنی ۱۶/۳۹ و انحراف معیار ۰/۷۳) تشکیل می‌دهند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی، سلامت جسمانی و مولفه‌های خود-دلسوزی در گروه‌های آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
SD	M	SD	M		
۵/۲۹	۴۲/۸۷	۴/۶۶	۳۴/۶۹	خود-دلسوزی شناختی	سلامت روانی
۶/۶	۴۴/۹۴	۴/۰۴	۳۸/۲۹	درمان متمرکز بر هیجان	
۷/۲۶	۳۹/۲۷	۳/۵۴	۳۸/۲	کنترل	
۶/۱۵	۴۱/۸۷	۵/۴۵	۳۵/۲۵	خود-دلسوزی شناختی	سلامت جسمانی
۴/۵۷	۴۱/۶۴	۴/۸۳	۳۵/۸۲	درمان متمرکز بر هیجان	
۷/۲۶	۳۹/۲۷	۵/۶۱	۳۴/۲	کنترل	
۴/۰۴	۸/۹۴	۳/۱۷	۵/۶۹	خود-دلسوزی شناختی	مهربانی به خود
۳/۷۸	۹/۹۴	۳/۲۳	۶/۷۱	درمان متمرکز بر هیجان	
۱/۶۴	۵/۴	۳/۷	۷/۱۳	کنترل	
۲/۸۷	۵/۵۶	۴/۱	۱۱/۰۶	خود-دلسوزی شناختی	خود-داوری
۳/۵۵	۸/۵۳	۳/۷۹	۹/۱۷	درمان متمرکز بر هیجان	
۳/۲۸	۱۰/۳۳	۳/۹۴	۹/۶۶	کنترل	
۲/۵۹	۸/۷۵	۲/۷	۶	خود-دلسوزی شناختی	ویژگی مشترک انسانی
۳/۳۷	۷/۰۲	۲/۴۱	۵/۷۶	درمان متمرکز بر هیجان	
۲/۸	۵/۲	۲/۴	۵/۳۳	کنترل	
۲/۵۳	۵/۸۷	۱/۷۷	۷/۶۸	خود-دلسوزی شناختی	انزوا
۲/۹۳	۷/۷۱	۳/۸۱	۶/۰۵	درمان متمرکز بر هیجان	
۳/۲۲	۷/۸۷	۲/۷۷	۷/۶۲	کنترل	
۲/۶۷	۹/۰۶	۳/۲۹	۵/۸۱	خود-دلسوزی شناختی	ذهن آگاهی
۲/۸۷	۸/۱۷	۲/۰۶	۵/۵۲	درمان متمرکز بر هیجان	
۲/۵۲	۶/۲۷	۲/۹۲	۵/۶	کنترل	
۲/۲۲	۵/۵	۲/۷۵	۸/۳۱	خود-دلسوزی شناختی	بیش همانند سازی
۲/۲۶	۶/۳۵	۳/۱	۷/۲۳	درمان متمرکز بر هیجان	
۲/۷۷	۸/۵۳	۳/۸	۸	کنترل	

جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی و نیز مولفه‌های مولفه‌های مهربانی به خود، خود-داوری، ویژگی مشترک انسانی، ذهن آگاهی و بیش همانندسازی آزمودنی‌ها در گروه آموزش خود-دلسوزی شناختی، درمان متمرکز بر هیجان و گروه کنترل متفاوت است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری فرض همگنی واریانس برای متغیرهای سلامت روانی ($P=0/49$)، سلامت جسمانی ($p=0/526$)، مهربانی به خود ($P=0/91$)، خود-داوری ($P=0/7$)، ویژگی مشترک انسانی ($P=0/61$)، انزوا ($P=0/63$)، ذهن آگاهی ($P=0/99$) و بیش همانند سازی ($P=0/4$) نشان داد که معنادار نبوده است. بنابراین فرض همگنی واریانس نمرات متغیرهای سلامت روانی، جسمانی و مولفه‌های خود-دلسوزی تایید می‌گردد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای سلامت روانی و سلامت جسمانی و مولفه‌های خود-دلسوزی

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	ضریب ایما
سلامت روانی	۱۰۲۶/۸۲	۲	۵۱۳/۴۱۳	۱۵/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱
سلامت جسمانی	۶۲/۶۶۳	۲	۵۵/۳۳۱	۰/۸۵۹	۰/۴۳	۰/۰۳
مهربانی به خود	۱۷۷/۸۳	۲	۸۸/۹۲	۹/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۳
خود-داوری	۱۱۵/۳	۲	۵۵/۱۵۳	۵/۲	۰/۰۰۹	۰/۱۹
ویژگی مشترک خود-انسانی	۹۷/۵۸	۲	۴۸/۷۹	۵/۶	۰/۰۰۷	۰/۲
دلسوزی انزوا	۳۸/۹۷	۲	۱۹/۴۸	۲/۳۱	۰/۱۱۱	۰/۰۹
ذهن آگاهی	۶۲/۹	۲	۳۱/۴۵	۴/۳۱	۰/۰۱	۰/۱۶
بیش همانند سازی	۷۵/۳۸	۲	۳۷/۶۹	۴/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۸

جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی سلامت روانی و مولفه‌های متغیر خود-دلسوزی یعنی مهربانی به خود، خود-داوری، ویژگی مشترک انسانی، ذهن آگاهی و بیش همانند سازی در بین سه گروه به طور معناداری متفاوت است.

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون توکی برای بررسی مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های خود-دلسوزی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	دوره	گروه	درمان متمرکز بر هیجان		کنترل
			تفاوت میانگین	ارزش	
سلامت روانی	پیش	خود-دلسوزی	۳/۶	۰/۰۴	۰/۰۶
	آزمون	شناختی	-	-	۳/۵۱
	پس	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۹
	آزمون	خود-دلسوزی	۱/۹۸	۰/۵۵	۰/۰۰۰
	پس	شناختی	-	-	۸/۷۴
	آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۰۰۰
مهربانی به خود	پیش	خود-دلسوزی	۱/۰۲	۰/۶۶	۰/۴۶
	آزمون	شناختی	-	-	۱/۴۵
خود-دلسوزی	پس	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۹۳
	آزمون	خود-دلسوزی	۱/۰۱	۰/۶	۰/۰۰۶
	پس	شناختی	-	-	۳/۵۳
	آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۰۰۰
خود-داوری	پیش	خود-دلسوزی	۱/۸۸	۰/۳۶	۰/۵۹
	آزمون	شناختی	-	-	۱/۴
	پس	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۹۲
	آزمون	خود-دلسوزی	۱/۹۶	۰/۲	۰/۰۰۷
	پس	شناختی	-	-	۳/۷۷
	آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۲۷

مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر ...

۰/۸۶	۰/۶۷	۰/۹۸	۰/۲۳۵	خود-دلسوزی شناختی	پیش آزمون	ویژگی مشترک انسانی
۰/۹۴	۰/۴۳	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		
۰/۰۰۵	۳/۵۶	۰/۲۱	۱/۷۵	خود-دلسوزی شناختی	پس آزمون	
۰/۲۱	۱/۸	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		
۰/۹۷	۰/۲۱	۰/۹۵	۰/۲۸	خود-دلسوزی شناختی	پیش آزمون	ذهن آگاهی
۰/۹۸	۰/۰۷	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		
۰/۰۱	۲/۷۹	۰/۶۲	۰/۸۸	خود-دلسوزی شناختی	پس آزمون	
۰/۱۴	۱/۹	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		
۰/۹۶	۰/۳۱۲	۰/۶	۱/۰۷	خود-دلسوزی شناختی	پیش آزمون	بیش همانند سازی
۰/۷۸	۰/۷۶	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		
۰/۰۱	۳/۰۳	۰/۶۶	۰/۸۵	خود-دلسوزی شناختی	پس آزمون	
۰/۰۸	۲/۱۸	-	-	درمان متمرکز بر هیجان		

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر این است که آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های خود-داوری، ویژگی مشترک انسانی، ذهن آگاهی و بیش همانند سازی در دانش آموزان افسرده موثرتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر سلامت جسمانی و روانی دانش‌آموزان افسرده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود سلامت جسمانی دانش‌آموزان افسرده موثر نبوده است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بر خلاف یافته‌های حاصل از پژوهش‌های کاسلی و همکاران (۲۰۱۰) و شاهر و همکاران (۲۰۱۲) است. با توجه به این که آزمودنی‌های پژوهش حاضر از دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دبیرستانی بوده‌اند، به خاطر دارا بودن ویژگی‌های فیزیکی خاص سن خود که از جمله: تحرک بالا، فعالیت جسمانی مناسب‌تر و آمادگی شرایط بدنی است، می‌تواند در اثربخشی راهبردهای مورد استفاده نقش تعدیل‌کننده را ایفا کند. مساله بعدی این است که نشانه‌های افسردگی در دوره‌های سنی مختلف علائم خاص خود را دارد که در این سنین بیشتر به صورت بی‌قراری، کاهش توجه و تمرکز بروز می‌یابد و افت بسیار شدید فعالیت بدنی کمتر خود را نشان می‌دهد. همچنین نتایج نشان داد که روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان افسرده موثر بوده است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش قبلی همسو است که بیان کردند آموزش خود-دلسوزی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، با سلامت روانی بهتر همراه است (برای مثال نف، کرکپاتریک و رود، ۲۰۰۷؛ نف و جرمر، ۲۰۱۳؛ وندام و همکاران، ۲۰۱۱). به اعتقاد نف و جرمر (۲۰۱۳) خود-دلسوزی یکی از مولفه‌های مهم سلامت روانی است و خود-دلسوزی شناختی دارای قابلیت‌هایی است که افراد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی را کسب کنند. درمان مبتنی بر خود-دلسوزی شناختی موجب می‌شود با به‌کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر منظم‌تر

شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). بر اساس نظر آلن^۱ و لری (۲۰۱۰). خود-دلسوزی دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند.

درمان متمرکز بر هیجان نیز یک روش درمانی چند بعدی است که در چارچوب روابط متمرکز بر اشخاص مطرح شده است (الیوت، ۲۰۱۲). درمان متمرکز بر هیجان کمک به بیمار افسرده است تا تجربه‌ی هیجانی خود را مجدداً ارزیابی و پردازش نموده و به زندگی خود معنای جدیدی بخشد. این شیوه به بیماران افسرده یاری می‌دهد تا به طور معناداری برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با نتایج مثبت درمان مشکلات بیمار همراه است (پاس و گرین برگ، ۲۰۰۷). استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی احساس‌های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با سلامت روانی کسب کنند. اساس درمان متمرکز بر هیجان، هیجانی است که خود عامل کلیدی برای سازماندهی خویشتن است و در این راستا اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی‌اش می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۰).

همچنین نتایج بیانگر این بود که روش آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه‌های خود-دلسوزی موثرتر بود. در مورد موضوع حاضر پژوهش اندکی صورت پذیرفت. نتیجه‌ی به دست آمده برخلاف نتایج پژوهش گیلبرت و پراکتر^۲ (۲۰۰۶) و شاهر و همکاران (۲۰۱۲) است که نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان، افزایش خود-دلسوزی را به دنبال دارد. نکته قابل بحث این است که خود-دلسوزی می‌تواند به افراد کمک کند تا به صورت موثرتری سلامت خود را حفظ کنند. چون با این رویکرد آنها یاد می‌گیرند نسبت به خود

1. Allen
2. Practer

مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند (تری و لری، ۲۰۱۱). با توجه به این که خود-دلسوزی به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مولفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است (هفرنان، گریفین، مک‌نالتی و فیتز پاتریک^۱، ۲۰۰۷) به نقل از نف و جرمر، (۲۰۱۳) بنابراین همان گونه که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد این رویکرد می‌تواند به عنوان عامل تاثیرگذار و مهم در مولفه‌های روان‌شناختی مثبت انسان‌ها تلقی گردد.

به طور کل یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر کاربردهای مهم خود-دلسوزی شناختی در سلامت روانی است. خود-دلسوزی مفهوم نسبتاً جدیدی است که می‌تواند رشد مداخله‌ای و پژوهشی را در حوزه روان‌درمانی به دنبال داشته باشد. همچنین اهمیت مقابله با رویدادهای منفی برای ارتقاء سلامت روانی را برجسته می‌سازد. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی مورد استفاده قرار گیرد و موجب افزایش سلامت و واکنش‌های سازگارانه‌ای شود که در پژوهش‌های آتی می‌توان آن را جستجو کرد. مساله بعدی این است که مفهوم خود-دلسوزی پدیده‌ای است نوپا و حوزه‌های گسترده‌ای در حیطه سلامت روانی وجود دارد که با توجه به اثر مداخله‌ای این مفهوم می‌تواند موضوع بررسی پژوهشگران در آینده باشد. اما در بررسی حاضر آزمودنی‌های پژوهش فقط از دانش‌آموزان پسر مقطع متوسط بودند و مشخص نیست که آیا روش‌های مداخله‌ای مورد استفاده برای گروه‌های دیگر از جمله زنان و گروه‌های مختلف سنی موثر است. اثر اجرای پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون و عدم اجرای پی‌گیری به منظور بررسی تداوم اثربخشی روش‌های مورد استفاده بر افراد افسرده نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌باشد. با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که از روش‌های مطالعه‌ی حاضر برای

1. Hefernan, Grifein, MCnalty & Fitzpatric

بهبود سایر نشانه‌های روان‌شناختی و همچنین درسین مختلف مطالعاتی صورت پذیرد.

منابع

- ازخوش، منوچهر (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران، نشر روان، چاپ سوم.
- تقی پور، مریم (۱۳۹۰). نقش تیپ شخصیتی *D*، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی.
- حدادی کوهسار، علی اکبر؛ روشن، رسول و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۵). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان با روابط عاطفی آنان در خانواده. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، (۴)، ۷۰-۸۷.
- خسرو جردی، راضیه و خانزاده، علی (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار (اسرار)*، (۴)، ۱۱۰-۱۱۶.
- رستمی، رضا؛ مقدس تبریزی، یوسف؛ درویش پور کاخکی، علی و منتظری، علی (۱۳۹۱). تاثیر تمرینات ورزشی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه‌ی پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، (۱)، ۳-۱۱.
- کرتیس، آنتونی جی (۱۹۹۹). روان‌شناسی سلامت. ترجمه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی (۱۳۸۵). چاپ دوم. تهران: انتشارات بعثت.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۸). روان‌شناسی عمومی. چاپ هفتم. تهران: انتشارات بعثت.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *ناتوانی‌های یادگیری*، (۳)، ۱۵۴-۱۷۶.
- Allen, A., & Leary, M. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Beck, A. T. (1968). Sexuality and depression. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 2, 44-51.
- Cosley, B. J., McCoy, Sh. K., Saslow, L. R. & Epel, E. S. (2010) Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816-823.
- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Molinari, E. & DalleGrave, R. (2013). Emot-ion

- Focused Therapy and Dietary Counseling for Obese Patients with Binge Eating Disorder: A Propensity Score-Adjusted Study. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 82,193-194.
- Elliott, R. (2012). Emotion Focused therapy.PCCS. Book, Ross-on-Wye press, 103-130.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Journal of Advances in psychiatric treatment*, 15,199–208.
- 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 journal of Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *Journal Of Life Long Learning In Psychiatry*,6(1),32-42.
- Kreiger, T., Altenstein, D., Baetig, I., Doering, N. & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination and avoidance in depressed outpatients. *Journal of Behavior Therapy*, 44(3), 501–513.
- Neff, K. D., Germe, R. & Christopher, K. (2013). Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K.(2007)An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*,41, 908–916.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of personality andsocial psychology*, 84(4), 822–848.
- Neff, K. D. (2005). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of the separate self-concept. Invited presentation given at the “Quiet Ego Conference,” organized byNorthern Arizona University.
- Pos, A. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy:The Transforming Power of Affect.*Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 25-36.
- Shahar. B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. & Arkowitz, H. (2012) A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*,19(6),496-507.
- Terry, L. M. & Leary, R. M. (2011). Self-compassion, self-regulation and health. *Journal of Self and Identity*,10 (3), 352-362.
- Tie, S. & Poulsen, Sh. (2013). Emotionally Focused Couple Therapy with Couples Facing Terminal Illness. *Contemporary Family Therapy*, 35,1-11.
- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J. P. & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.

Comparison of effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on physical and mental health in depressed students

R. Golpour¹, A. Abolghasemi², B. Ahadi³ & M. Narimani⁴

Abstract

The aim of the present research was to examine the effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on physical and mental health in depressed students. For this purpose, 48 depressed students at Counseling Centers in Nowshahr schools were selected randomly and assigned to two experimental (cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy) and control groups. The instrument used was physical and mental health scales, Self-compassion and Depression Questionnaires. The results of multivariate analysis of variance showed that cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy compared with the control group were effective on mental health in depressed students. Also cognitive self-compassion training was more effective than emotion-focused therapy and control group in improvement of Component of self-compassion. The findings suggest that self-compassion training is a significant factor in determining mental health.

Key words: cognitive self-compassion training, emotion-focused therapy, physical and mental health, depression

1 . Corresponding Author: ph.D. student psychology, University of Mohaghegh Ardabili, (Reza.golpour.ch@gmail.com)

2 . Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

3 . Associate professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.

4 . Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili.