



The Effectiveness of Self-compassion on Self-esteem, Emotion Regulation and Anxiety thoughts in the Children's (10-12 Years) with Depression Disorder in the City of Shahrekord

Homeyra Raeesi^{1,*}, Salar Faramarzi²

¹ PhD of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord branch, Shahrekord, Iran

² Associate Professor of psychology, university of Isfahan, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Homeyra Raeesi, PhD of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord branch, Shahrekord, Iran. E-mail: homeira525@gmail.com

Received: 14 Jun 2017

Accepted: 21 Feb 2018

Abstract

Introduction: The present study was conducted to investigate the effectiveness of self-compassion on self-esteem, emotion regulation and anxiety thoughts in the children's (10-12 years) with depression disorder.

Methods: It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the present study included all adolescents with anxiety disorder in the city of Shahrekord in academic year 2015-16. Non-probable available sampling method and random assignment were applied. So 30 female children's (10-12 years) were selected through purposive method from those with depression signs who referred to consultation center in zone 2 of educational organization in Shahrekord and they were put into experimental and control groups. The experimental group received eight ninety-minute sessions during two and a half months while the control group didn't receive such intervention during the process of study conduction. The applied instruments included depression, emotion regulation, anxiety thoughts and self-esteem questionnaires.

Results: The results of the analysis showed that teaching self-compassion has been effective on the components of self-esteem, emotion regulation and anxiety thoughts in the students with depression disorder ($P < 0.001$). Thus, self-compassion training has been able to increase the children's self-esteem and emotion regulation and reduce their anxiety.

Conclusions: According to the findings of the study, teaching self-compassion can be employed to improve self-esteem, emotion regulation and decreasing anxiety thoughts in the children's and adolescents with depression disorder.

Keywords: Self-Compassion, Emotion Regulation, Anxiety Thoughts, Depression Disorder



اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی شهرکرد

حمیرا ریسی^{۱*}، سالار فرامرزی^۲

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران
^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: حمیرا ریسی، دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران. ایمیل: homeira525@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۲۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. **روش کار:** جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دختر دارای اختلال افسردگی شهرکرد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیراحتمالی هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که از بین کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دختر ارجاع داده شده به مرکز مشاوره ناحیه دو آموزش و پرورش شهرکرد که دارای علائم افسردگی بودند، ۳۰ کودک ۱۰ تا ۱۲ ساله دختر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دوماه و نیم در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی، تنظیم هیجان، افکار اضطرابی و عزت نفس بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد، آموزش خودشفقتی بر مولفه‌های عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی مؤثر بوده است ($P < 0/001$). بدین صورت که آموزش خودشفقتی توانسته عزت نفس و تنظیم هیجان کودکان را افزایش و افکار اضطرابی آنان را کاهش دهد.

نتیجه گیری: بنا بر یافته‌های حاصل از پژوهش، می‌توان از آموزش خودشفقتی جهت بهبود عزت نفس و تنظیم هیجان و کاهش افکار اضطرابی کودکان و نوجوانان دارای اختلال افسردگی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: خودشفقتی، عزت نفس، تنظیم هیجان، افکار اضطرابی، اختلال افسردگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلال افسردگی در دوره کودکی و نوجوانی سبب پدیدآیی اختلال در تعاملات اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کارکرد کلی نوجوانان می‌شود [۵]. همچنین این اختلال می‌تواند باعث بروز رفتارهای خودآسیب‌زانه، گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و ترک منزل می‌شود. بروز این شرایط سبب می‌شود که عزت نفس و اعتماد به نفس کاهش پیدا کرده و این فرایند در بررسی گسترده‌تر می‌تواند هزینه‌های زیادی را بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل نماید [۶]. در دوره‌های تحول، شیوع اختلال افسردگی

کودکی نابسامان معمولاً مشکلات روان شناختی بزرگسالی را در پی دارد. چنانکه تاریخچه بزرگسالان مبتلا به اختلال‌های روان شناختی نیز موید همین فرایند است، چنانکه بزرگسالان مبتلا به آسیب‌های روانی معمولاً برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند [۱]. از اختلالات روان شناختی که می‌تواند در دوره کودکی بروز کرده و آینده اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و روان شناختی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد، اختلال افسردگی است [۲-۴]. شیوع

درمان شناختی خودشفقتی، شیوه‌ای جهت یاری به افراد جهت گذر از شرایط درماندگی پذیرفته شده و تغییر آن به رابطه محبت‌آمیز با خود است [۲۶].

آموزش خودشفقتی سبب می‌شود که کیفیت مواجهه با رنج و رفتارهای خودآسیبی دچار کاهش شده و از طرفی احساس کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات فزونی می‌یابد [۲۳]. خودشفقتی به مراقبت و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی اطلاق می‌شود. فرایند حاصل از خودشفقتی بالا منجر به بهزیستی روانشناختی در افراد شده که این طریق، خودشفقتی از افراد در مقابل استرس حمایت می‌کند [۲۷]. نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد که افرادی که از خودشفقتی بالاتری برخوردارند، هیجانات منفی کمتری نظیر افسردگی و اضطراب را تجربه می‌نمایند و می‌توانند در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی و شخصی چالش‌انگیز، دست به نشخوارگری کمتری بزنند [۲۸]. ورن و همکاران [۲۳]؛ کیونگ [۲۴]؛ سویسا و ویلکامپ [۲۵]؛ ترچ [۲۹]؛ گلبیرت [۳۰] و الاین و هالینز [۳۱] در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که به کارگیری درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند به شکل معناداری از هیجانات منفی کاسته و در مقابل، سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت افراد را دچار بهبود نماید. اما نکته‌ای که در این بین باید به آن اشاره کرد، این نکته است که جامعه آماری پژوهش‌های ذکر شده بزرگسالان دارای آسیب‌های روانی بوده است. بر این اساس خلأ پژوهشی بررسی اثربخشی درمان خودشفقتی در کودکان دارای آسیب‌های روان شناختی همچون اختلال افسردگی احساس می‌گردد. در مورد ضرورت انجام پژوهش فعلی می‌توان بیان نمود که مطالعه اختلال‌های رفتاری در دوره کودکی و مداخله‌های مربوط به آنها از این نظر حائز اهمیت است که این اختلال‌ها به طور فزاینده‌ای عملکرد روزمره کودکان را دچار کاستی می‌کند. علاوه بر این، چشم پوشی نسبت به این مشکلات ممکن است منجر به اختلال‌های روان شناختی شدیدتر در دوران بزرگسالی گردد [۳۲]. بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال افسردگی و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و این که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان کودکان مبتلا صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و تحقیقات انجام یافته در مورد تأثیر درمان خودشفقتی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی درباره تأثیر آموزش خودشفقتی بر مولفه‌های روان‌شناختی کودکان دارای اختلال افسردگی، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش خودشفقتی بر مولفه‌های روان‌شناختی کودکان دارای اختلال افسردگی تأثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. متغیر مستقل درمان شناختی خودشفقتی و متغیرهای وابسته افکار اضطرابی، عزت نفس و تنظیم هیجان کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دختر دارای اختلال افسردگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر،

در کودکان ۴ تا ۱۶ ساله، ۲ درصد و در اوایل نوجوانی حدود هفت درصد برآورد شده است. در آمریکا میزان شیوع افسردگی در کودکان مابین ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال، ۱۴ درصد تخمین زده شده است. در سنین کودکی، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان افسردگی پسران و دختران مشاهده نگردیده است [۷].

یکی از عوامل احتمالی در پدیدآیی افسردگی و همچنین به عنوان یکی از نتایج افسردگی از آن نام برده می‌شود، اختلال در تنظیم هیجان است [۸، ۹]. مطابق با نظر پژوهش‌گران، تنظیم هیجان نقش مهمی در سلامت روان و عملکرد اجتماعی، روان شناختی، خانوادگی و ارتباطی افراد بر عهده دارد [۱۰، ۱۱] که اختلال در آن می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های روان شناختی مختلف گردد [۱۲]. نمود بی‌نظمی در تنظیم هیجان را می‌توان در بروز اختلال افسردگی مشاهده کرد [۱۳]. چنان که ریان، مارتین و اریک [۱۴] در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که خودسرزنی، نشخوار فکری، افکار مبتنی بر فاجعه و باارزیابی مثبت به عنوان مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های هیجانات منفی و از جمله افسردگی است. تنظیم هیجان را نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی می‌دانند که به عنوان مخزنی برای پاسخ‌های فرد در مواجهه با چالش‌ها عمل نموده و که شامل تمام فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت نظارت، ارزیابی، و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به ویژه حالت‌های شدید و زودگذر را بر عهده دارد [۱۵]. به بیانی دیگر تنظیم هیجان به عنوان فرآیندهایی قلمداد می‌شوند که از طریق آن افراد به این آگاهی دست می‌یابند که در یک موقعیت خاص چه هیجانی داشته باشند و چه هنگام و به شکل آن را ابراز کنند [۱۶].

دیگر مولفه‌ای که با بروز افسردگی دچار آسیب می‌گردد، عزت نفس کودکان و نوجوانان است [۷، ۱۷]. عزت نفس به احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تأیید او نسبت به خودش مربوط است [۱۸]. از عزت نفس به عنوان پدیده‌ای روانشناختی یاد می‌شود که دارای تأثیر حتمی بر فرآیندهای هیجانی، احساسی و شناختی است [۱۹]. کودکان و نوجوانانی که عزت نفس بالایی را تجربه می‌کنند، می‌توانند در برقراری ارتباط و ابراز احساسات و عواطف در موقعیت‌های مختلف احساس توانمندی نموده و علاوه بر آن، با برخورداری از تحمل روانی شکست، مسئولیت عواقب شکست احتمالی را بر عهده گیرند. در نهایت این افراد دارای احساس مثبت نسبت به خود و دارای کنترل درونی هستند. در مقابل کودکان و نوجوانان با عزت نفس پایین به دیگران وابسته بوده و با عدم تحمل سرخوردگی در تصمیم‌گیری مشکل دارند [۲۰]. افکار اضطرابی دیگر فرایند روانی است که کودکان و نوجوانان دارای افسردگی از آن رنج می‌برند [۲۱].

افراد مبتلا به اختلال افسردگی بر این باورند که به هنگام رویارویی با شرایط و افکار ناگوار می‌بایست از راهبردهای کنترل افکار (نظیر سرکوبی افکار) استفاده نمود تا بدین طریق سیستم‌های پردازش شناختی و فراشناختی خود را تحت کنترل کامل خود درآورند [۲۲]. روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال افسردگی به کار گرفته شده است. یکی از این روش‌ها، درمان شناختی خودشفقتی است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نظیر پژوهش‌های ورن و همکاران [۲۳]، کیونگ [۲۴] و سویسا و ویلکامپ [۲۵] نشان داده شده است.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

این پرسشنامه را گارنفسکی، ون دن کامر، کراج، تیزر، لیگرستی [۳۵] به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخداد‌های ناراحت کننده ابداع کردند. پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد که هر کدام براساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر ۴ عبارت یک خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۹ خرده مقیاس وجود دارد که هر کدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌سنجد. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، نشخوار فکری، باز ارزیابی مثبت، کم اهمیت شماری و فاجعه بار خواندن. نمرات هر زیر مقیاس در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. اعتبار این آزمون در پژوهش‌های مختلفی هم تأیید شده است. از جمله گارنفسکی و همکاران (۳۵) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش دادند. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر می‌گرفت که همگی معنادار بودند [۳۶]. در این پژوهش ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه گردید.

پرسشنامه افکار اضطرابی

پرسشنامه افکار اضطرابی توسط ولز در سال ۱۹۹۴ معرفی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه است و هدف آن سنجش افکار اضطرابی می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارتند از اضطراب اجتماعی (۸ سؤال شامل سؤالات ۸-۹-۱۲-۲۰-۱-۱۴-۱۷-۱۸)، اضطراب سلامتی (۷ سؤال شامل سؤالات ۲-۵-۷-۱۵-۴-۱۰-۱۹) و فرآنگرانی (۷ سؤال شامل سؤالات ۳-۶-۱۳-۱۶-۱۱-۲۱-۲۲). دو عامل نخست ماهیتی کاملاً شناختی دارند، اما عامل فرآنگرانی ماده‌هایی دارد که جنبه‌های فراشناختی ارزیابی خودنگرانی یا نگرانی درباره نگرانی را می‌سنجد. این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) نمره گذاری می‌شود [۳۷]. روایی همگرایی پرسشنامه افکار اضطرابی از روش میزان همبستگی آن مورد بررسی قرار گرفت. برای پایایی نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ بود [۳۸]. همسانی درونی عامل‌های نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامت و فرآنگرانی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای عامل نگرانی اجتماعی ۰/۷۶، برای نگرانی سلامتی ۰/۸۴ و برای عامل فرآنگرانی ۰/۸۱ بود [۳۸]. در این پژوهش ضرایب آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید.

مقیاس عزت نفس

کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظری که بر روی مقیاس " راجرز ودیموند" در سال ۱۹۵۴ انجام داد، تهیه کرد. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن یعنی شماره‌های ۵۵، ۴۸، ۴۱، ۳۴، ۲۷، ۲۰، ۱۳، ۶ دروغ سنج است. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی- همسالان، عزت نفس خانوادگی، و عزت نفس تحصیلی تقسیم شده است. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت ۰ و ۱ است،

شامل تمام کودکان دختر ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر شهرکرد از بین ۲ ناحیه، یک ناحیه آموزشی به صورت در دسترس انتخاب گردید (ناحیه دو). سپس کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دخترتری که توسط مسئولین مدارس به دلیل دارا بودن علائم افسردگی به مرکز مشاوره ناحیه منتخب ارجاع داده شده بودند، مشخص گردیدند. در گام بعد به این کودکان پرسشنامه علائم افسردگی بک ارائه داده شد و از بین کودکانی که نمره بالاتر از نمره برش پرسشنامه (۳۱/۵) کسب کرده بودند، ۳۰ کودک به صورت هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه) گمارده شدند. دلیل استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، اطمینان یافتن از وجود افسردگی در نزد این کودکان بود. ملاک انتخاب این تعداد به عنوان حجم نمونه مراجعه به منابع علمی مربوطه بود [۳۳].

گروه آزمایش مداخلات درمانی (آموزش خودشفقتی) را در طی دو ماه در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. لازم به ذکر است که این مداخله فقط برای کودکان اجرا گردید و والدین آنها در این پژوهش تحت آموزشی قرار نگرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال افسردگی، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و نداشتن بیماری روان شناختی حاد و مزمن دیگر بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی بود.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که هر سؤال یک بعد از افسردگی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دادند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست آمد. نمره‌های این آزمون به این شکل طبقه بندی شده‌اند: ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی‌های متعدد قرار گرفته است که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از ۰/۷۳ $r = 0.93$ تا $r = 0.86$ با میانگین $r = 0.86$ به دست آمده است. درجه روایی همزمان با درجه بندی‌های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است ($r = 0.55$ تا $r = 0.96$). همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگری که افسردگی را می‌سنجد همبستگی بالایی داشته است. از جمله همبستگی این آزمون با زیر مقیاس افسردگی آزمون چندوجهی شخصیتی مینه سوتا، $r = 0.74$ به دست آمده است [۳۴]. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش با مراجعه به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهرکرد و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. علاوه بر این، موضوع پژوهش حاضر تحت تأیید گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد بوده و فرایند نظارت بر آن توسط این گروه انجام شده است. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی درمان مبتنی بر خودشفقتی مطابق با **جدول ۱** انجام شد در حالی که گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید. برنامه مداخله‌ای درمان مبتنی بر خودشفقتی در هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم به شرح زیر اجرا گردید.

به این صورت که ماده‌های شماره ۵۷، ۳۶، ۴۵، ۴۷، ۳۲، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۴، ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۴، ۱۰، ۵، ۴، ۲، پاسخ بله یک نمره و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد و بقیه سؤالات معکوس است، یعنی پاسخ خیر نمره یک و پاسخ بله نمره صفر می‌گیرد. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد ممکن است بگیرد صفر و حداکثر نمره ۵۰ خواهد بود. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ‌سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معناست که نتیجه آزمون قابل اعتماد نیست و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد [۱۷]. پژوهش‌های متعددی روایی و پایایی این آزمون را تأیید کرده‌اند. روایی آزمون که از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون با معدل سال آخر ۲۳۰ دانش آموز دختر و پسر محاسبه شده بود، نمره همبستگی برای پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ به دست آمد. میزان پایایی نیز با روش آزمون-باز آزمون برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۹۲ به دست آمده بود [۳۹].

میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به وسیله آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌های عزت نفس کلی ۰/۸۳، عزت نفس اجتماعی ۰/۸۷، عزت نفس خانوادگی ۰/۸۶ و عزت نفس تحصیلی ۰/۸۴ محاسبه گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی درمان خودشفقتی [۴۰]

جلسات	خلاصه اقدامات انجام شده
جلسه اول	- ارائه مقدمه‌ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی؛ - آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل بین کارکرد مغز قدیم و مغز جدید)
جلسه دوم	- آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)، - آموزش مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت: شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته
جلسه سوم	- تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، - تصویرسازی مکانی امن، - تکنیک دو صندلی، برقراری رابطه شفقت آمیز و انعطاف پذیری بین جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش.
جلسه چهارم	- ایجاد هویت شفقت آمیز؛ - هدف اصلی این جلسه: چگونه از تکرار عبارات‌های مهربورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی ذهن شفقت ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه پنجم	- مدیریت احساسات و عواطف دشوار، - تمرینات شامل؛ آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده‌اند؛ - استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی‌تقصیری (گلسل از احساس شرمندگی)
جلسه ششم	- عمیق زندگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی، - بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد.
جلسه هفتم	- تغییر روابط؛ کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل، - تقویت رفتارهای شفقت آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال سازی رفتاری در فعالیت‌های دشوار و ترس‌آور.
جلسه هشتم	- تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل کردن فرم ۷ آیتی: خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامتی جسمی، معنویت، مشارکت اجتماعی، تفریح و سرگرمی

افراد در دوره دبستان و متوسطه اول مشغول به تحصیل بودند که بیشترین تعداد فراوانی مربوط به کلاس ششم بود (۴۹ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در هر سه متغیر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی برقرار است ($P > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری مقدار sig بود که نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای فوق رعایت شده است ($P > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۱۲ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۵۶ درصد). از طرفی این

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی مولفه‌های عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس از آزمون

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	عزت نفس	۲۵/۸۶	۳۲/۸۶	۳/۸۰
	تنظیم هیجان	۷۶/۷۳	۹۱/۸۶	۶/۵۴
	افکار اضطرابی	۵۱/۸۰	۴۲/۶۶	۴/۹۹
گروه گواه	عزت نفس	۲۵/۴۵	۲۵/۱۳	۳/۱۶
	تنظیم هیجان	۷۸/۷۳	۷۶/۱۳	۵/۳۴
	افکار اضطرابی	۵۳/۹۳	۵۱/۶۶	۵/۴۲

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی

گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عزت نفس	همپراش	۱	۲/۸۱	۰/۷۰	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۱۲
	گروه‌بندی	۱	۴۵۱/۱۳	۱۱۲/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
	خطا	۲۷	۴/۰۲				
تنظیم هیجان	همپراش	۱	۳۸/۶۶	۱/۰۸	۰/۳۰	۰/۰۴	۰/۱۷
	گروه‌بندی	۱	۱۷۱۴/۷۶	۴۸/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
	خطا	۲۷	۳۵/۵۸				
افکار اضطرابی	همپراش	۱	۲۳۶/۰۸	۱۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
	گروه‌بندی	۱	۴۶۰/۴۷	۳۱/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۲۷	۳۹۵/۵۸				

تبیین کارایی درمان شفقت به خود و تأثیر آن بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی نوجوانان دارای اختلال افسردگی باید اشاره کرد که نگرش‌های حمایت‌گرا نه نسبت به خود حاصل از آموزش خودشفقتی، تأثیر بسیاری بر پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات درون فردی حاصل از مشکلات روانی همچون افسردگی و حل مساله سازنده [۴۵]، آمادگی برای شرم کمتر، ترس از شکست کمتر، خوداربابی منفی کمتر [۴۶]، افسردگی و اضطراب کمتر [۴۷، ۴۸] و آسیب روان‌شناختی کمتر ناشی از استرس‌های آسیب‌زا دارد.

بر همین اساس آموزش رویکرد خودشفقتی به مراجع کمک می‌کند تا بر روی کسب شفقت، تمرین‌های تمرکز و اقدام مشفقانه تمرکز کند. شفقت به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به خود و دیگران مهربان باشند و اولین قدم برای نشان دادن مهربانی، حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران است، نه حساسیت به رفتار خود و دیگران [۴۱]. همچنین رویکرد شفقت به بیماران آموزش می‌دهد که هر چقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند کم کم ذهن آنها هم مهربان می‌شود. بنابراین به مراجع پیشنهاد می‌شود تا از طریق تحمل پریشانی که چگونه زندگی معنادار، غنی و کاملی داشته باشند. این فرایند منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود مولفه‌های روان‌شناختی مثبت می‌گردد. همچنین به کمک رویکرد شفقت به مراجعان مولفه‌های اشتیاق که شامل: حساسیت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی، غیر قضاوتی نبودن و مراقبت از بهزیستی آموزش داده می‌شود تا بتوانند رنجی که دارند را تحمل کنند و در راستای ارزش‌ها مشغول باشند و در عین حال

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (آموزش خودشفقتی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین می‌توان گفت نمرات متغیرهای عزت نفس و تنظیم هیجان دچار افزایش و نمرات متغیر افکار اضطرابی دچار کاهش معنادار شده است. همچنین با توجه به اندازه اثر متغیرهای فوق می‌توان گفت که به ترتیب ۰/۱۷۷، ۰/۶۴ و ۰/۵۳ تغییرات متغیرهای عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی توسط عضویت گروهی (آموزش خودشفقتی) تبیین می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی انجام گرفت. نتایج تحلیل نشان داد، آموزش خودشفقتی بر مولفه‌های عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی مؤثر بوده است ($P < 0.001$). پژوهش‌های پیشین نشان داده است که وقتی افراد دارای خودشفقتی بالا باشند، تعارضات درون فردی را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران برطرف می‌کنند [۴۱]. همچنین پژوهش‌های متعددی به نقش مؤثر شفقت به خود در حوزه سلامت جسمی و روان‌شناختی همچون مدیریت کردن پاسخ‌های متناسب برای استرس [۴۲]، کاهش اضطراب در بیماران [۴۳]، افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی [۴۴] و افزایش بهزیستی روان‌شناختی اشاره کرده‌اند. در

نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری صورت پذیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. بر

نتیجه‌گیری

با وجه به اثربخشی آموزش خودشفقتی بر عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دارای اختلال افسردگی پیشنهاد می‌شود که ترتیبی اتخاذ شود که از این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی جهت آموزش این روش برای مشاوران مقاطع مختلف ترتیب داده شود تا آن‌ها شیوه کاربست این روش درمانی را در بهبود عزت نفس، تنظیم هیجان و افکار اضطرابی کودکان و نوجوانان دارای اختلال افسردگی آموخته و به کار بندند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام کودکان شرکت کننده در پژوهش، والدین آنها و مسئولین مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهرکرد که همکاری کاملی جهت انجام پژوهش حاضر داشتند، قدردانی می‌گردد.

References

1. Tandon M, Giedinghagen A. Disruptive Behavior Disorders in Children 0 to 6 Years Old. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;26(3):491-502. doi: 10.1016/j.chc.2017.02.005 pmid: 28577605
2. Watts SJ, Markham RA. Etiology of Depression in Children. *J Instr Psychol.* 2005;32(3).
3. Asli Azad M, Arefi M, Farhadi T, Sheikh Mohammadi R. [The effect of play therapy of the child of depression and anxiety of the kids with Anxiety and depression disorder in the primary school]. *Psychol Methods Mod.* 2012;2(9):71-90.
4. Berck L. [Developmental psychology, from birth to old age]. Tehran: Arasbaran; 2008.
5. Amini Javid L, Zandi Pour T, Karami J. [The effectiveness of spiritual intelligence on happiness and depression female students]. *Women Commun Q.* 2015;6(2):141-69.
6. Habibpour G, Sharifi A. [Assessing depression in boys and girls]. *J Nurs Midwifery.* 2009;7(1):8-12.
7. Abela J, Hankin B. *Handbook of Depression in Adolescents.* New York: The Guilford press; 2008.
8. Salehi E, Mazaheri Z, Agha Jani Z, Jahanbazi B. [The role of cognitive emotion regulation strategies in predicting depression]. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2015;16(1):108-17.
9. Zemestani M, Davoodi I, Mehrabi H, Zargar Y. [Effectiveness of Behavioral activation and metacognition treatment in depression symptoms, anxiety and cognitive behavioral regulation strategies]. *J Psychol Achiev.* 2013;4(1):183-212.
10. Utsumi DA, Miranda MC, Muszkat M. Temporal discounting and emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res.*

خود را درک کنند [۲۶]. بر همین اساس در ابتدا از مراجعان خواسته شد که برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از رنج خود و دیگران تلاش کنند که این خود نقش اصلی را در مهربانی ایفا می‌کند. همچنین از آنها خواسته شد که نسبت به رنج خود و دیگران بدون اجتناب از آنها حساسیت نشان دهد که این حساسیت به آگاهی از زمان حال اشاره دارد. همچنین به مراجع آموزش داده شد که انگیزه درگیر شدن با رنج، حساسیت نسبت به رنج و همدردی با رنج نیازمند توانایی تحمل هیجانات، افکار و احساسات بدنی دشوار است و مراجع در تحمل پریشانی یاد می‌گیرد که توانایی ماندن با هیجان پدید آمده را داشته باشد بدون آنکه بخواهد نسبت به این هیجانات و رویدادهای ذهنی در دام سرزنش، قضاوت و شرم بیفتد چرا که خود انتقادگری منجر به اجتناب، درد هیجانی و تشدید رنج می‌گردد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی همانند محدود بودن نتایج پژوهش به دوره سنی، منطقه جغرافیایی خاص و یک گروه جنسیتی (کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله دختر شهر شهرکرد)، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری مواجهه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در دیگر دوره‌های سنی، جنسیت دیگر و سایر منطقه جغرافیایی با بهره‌گیری از روش

- 2016;246:730-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.056 pmid: 27817906
11. Trub L, Starks TJ. Insecure attachments: Attachment, emotional regulation, sexting and condomless sex among women in relationships. *Comp Hum Behav.* 2017;71:140-7. doi: 10.1016/j.chb.2017.01.052
12. Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: a cross-sectional and longitudinal study. *Child Dev.* 1994;65(6):1744-63. pmid: 7859552
13. Beauregard M, Lévesque J, Bourgouin P. Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion. *J Neurosci* 2001;21(18):RC165-RC. doi: 10.1523/JNEUROSCI.21-18-j0001.2001
14. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005;39(7):1249-60. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.004
15. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. [Relationship between cognitive emotional regulation strategies and emotional problems with attention to individual and familial factors]. *J Fam Counsel Psychother.* 2011;1(1):1-18.
16. Ghasemzade Nassaji S, Peyvastegar M, Hosseinian S, Mutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies in women. *J Behav Sci* 2010;4(1):35-43.
17. Lotfi Kashani F, Taheri A, Mirzaei H, Masoudi Moghadam Z. [The relationship between social support and self-esteem, depression and anxiety in patients with cancer]. *New Find Psychol.* 2012;8(25):101-5.

18. Harter S. The development of self-esteem and self-representation. *Hand book of child psychology*. J Behav Med. 2005;28:385-94.
19. Ciarma JL, Mathew JM. Social anxiety and disordered eating: The influence of stress reactivity and self-esteem. *Eat Behav*. 2017;26:177-81. doi: [10.1016/j.eatbeh.2017.03.011](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.011) pmid: 28441622
20. Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 2010;98(4):645-58. doi: [10.1037/a0018769](https://doi.org/10.1037/a0018769) pmid: 20307135
21. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):127-39. doi: [10.1016/j.cpr.2006.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003) pmid: 17084495
22. Wells A. The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Ther Res* 2005;29(1):107-21. doi: [10.1007/s10608-005-1652-0](https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0)
23. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(4):759-70. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014) pmid: 22071165
24. Woo Kyeong L. Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Pers Individ Dif*. 2013;54(8):899-902. doi: [10.1016/j.paid.2013.01.001](https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.001)
25. Soysa CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*. 2013;6(2):217-26. doi: [10.1007/s12671-013-0247-1](https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1)
26. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert P, editor. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge; 2005. p. 263-325.
27. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* 2007;41(1):139-54. doi: [10.1016/j.jrp.2006.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004)
28. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif*. 2010;48(6):757-61. doi: [10.1016/j.paid.2010.01.023](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023)
29. Tirch D. The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion-focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. USA: American institute for cognitive therapy; 2012. 6-29 p.
30. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6-41. doi: [10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043) pmid: 24588760
31. Elaine B, Hollins M. Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *Arts Psychother*. 2016;22:5-13.
32. Ferdinand RF, Stijnen T, Verhulst FC, Van der Reijden M. Associations between behavioural and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *J Adolesc*. 1999;22(1):123-36. doi: [10.1006/jado.1998.0205](https://doi.org/10.1006/jado.1998.0205) pmid: 10066336
33. Delavar A. [Methods in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: Virayesh; 2012.
34. Fathi E, Hatami Varzaneh A, Asli Azad M, Farhadi T. [The Effectiveness of Self-forgiveness group Training based on the Quran concepts on depression Of the adolescent boys]. *New Thoughts Educ*. 2017;12(3):109-39.
35. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers* 2002;16(5):403-20. doi: [10.1002/per.458](https://doi.org/10.1002/per.458)
36. Yousefi F. [Investigate the relationship between cognitive strategies excitement with depression and anxiety in students help centers Talent]. *Res Except Child*. 2003;6(4):871-92.
37. Fata L, Motabi F, Molodi R, Zeiaei K. [Psychometric adequacy Persian version control thought and anxiety thoughts questionnaire in Iranian students]. *Psychol Methods Mod*. 2010;1(1):81-104.
38. Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety Stress Coping*. 1994;6(4):289-99. doi: [10.1080/10615809408248803](https://doi.org/10.1080/10615809408248803)
39. Fathi E, Manshaei G, Hatami Varzaneh A, Asli Azad M, Farhadi T. [The Effectiveness of Self-forgiveness group Training based on the Quran concepts on self-esteem Of the adolescent boys]. *J Pos Psychol*. 2016;1(1):93-106.
40. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers*. 2007;41(1):139-54. doi: [10.1016/j.jrp.2006.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004)
41. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self Identity*. 2013;12(2):146-59. doi: [10.1080/15298868.2011.649545](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545)
42. Pace TW, Negi LT, Adame DD, Cole SP, Sivilli TI, Brown TD, et al. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(1):87-98. doi: [10.1016/j.psyneuen.2008.08.011](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011) pmid: 18835662
43. Kemppainen J, Johnson MO, Phillips JC, Sullivan KM, Corless IB, Reid P, et al. A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):477-86. doi: [10.1111/inr.12056](https://doi.org/10.1111/inr.12056) pmid: 24251940
44. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychol*. 2015;34(6):661-9. doi: [10.1037/hea0000158](https://doi.org/10.1037/hea0000158) pmid: 25243717

45. Baker LR, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *J Pers Soc Psychol.* 2011;100(5):853-73. doi: [10.1037/a0021884](https://doi.org/10.1037/a0021884) pmid: [21280964](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21280964/)
46. Mosewich AD, Kowalski KC, Sabiston CM, Sedgwick WA, Tracy JL. Self-compassion: a potential resource for young women athletes. *J Sport Exerc Psychol.* 2011;33(1):103-23. pmid: [21451173](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21451173/)
47. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(3):250-5. doi: [10.1002/cpp.702](https://doi.org/10.1002/cpp.702) pmid: [21584907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21584907/)
48. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships With Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *Int J Psychol Relig* 2012;22(2):106-18. doi: [10.1080/10508619.2011.638601](https://doi.org/10.1080/10508619.2011.638601)