SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/ 2026;13(4):540-553
DOI: 10.22034/13.4.540
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

# Developing a Structural Model of Fear of Compassion Based on Childhood Trauma: The Mediating Roles of Self-Disgust, Guilt, and Shame

**Shahryar Yarmohamadi Vasel*[1], Azin Gilandoust[2], Hossein Mohagheghi[3], Mohammad Reza Zoghi Paydar[4], Amirhossein Yavari[5]**

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
2. Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
5. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Ha. C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran

**Article History:**
**Received:** February 2, 2026
**Revised:** September 14, 2026
**Accepted:** September 21, 2026

***Corresponding Author:** Shahryar Yarmohamadi Vasel, Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

**E-mail:** yarmohamadivasel@basu.ac.ir

## Abstract

**Background and Aims:** Fear of compassion is one of the factors influencing mental health and may have negative consequences for individuals' social relationships. The present study aimed to examine a structural model of fear of compassion based on childhood trauma, with the mediating roles of self-disgust, guilt, and shame.

**Materials and Methods:** This descriptive–correlational study used structural equation modeling (SEM). The study population comprised all university students in Hamadan during the 2024–2025 academic year. Among them, 300 students (238 female and 62 male), with mean ± SD ages of 25.27 ± 6.46 and 23.65 ± 5.07 years for men and women, respectively, were selected as the study sample using convenience sampling. Research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire, the Fear of Compassion Scale, the Multidimensional Self-disgust Scale, and the Shame and Guilt Proneness Scale. Data were analyzed using regression analysis, structural equation modeling, and bootstrapping procedures with SPSS software (version 27) and LISREL version 20.10.

**Results:** Childhood trauma had significant positive direct effects on shame and guilt proneness ($\beta = 0.28$, $p < 0.01$) and self-disgust ($\beta = 0.57$, $p < 0.01$); however, the direct effect of childhood trauma on fear of compassion was not significant ($\beta = 0.09$, $p > 0.05$). Furthermore, the results indicated that guilt and shame proneness ($\beta = 0.42$, $p < 0.01$) and self-disgust ($\beta = 0.50$, $p < 0.01$) had significant positive direct effects on fear of compassion.

**Conclusion:** The findings suggest that shame, guilt, and self-disgust may increase individuals' vulnerability to the fear of compassion. Therefore, therapists are encouraged to consider reducing feelings of guilt, shame, and self-hatred as important therapeutic targets when implementing compassion-focused interventions. Accordingly, incorporating clinical interventions aimed at reducing these factors may contribute to alleviating the fear of compassion.

**Keywords:** Childhood Trauma, Fear of Compassion, Guilt and shame, Self–disgust, Students

**Please cite this article as follows:** Yarmohamadi Vasel SH, Gilandoust A, Mohagheghi H, Zoghi Paydar M, Yavari A. Developing a Structural Model of Fear of Compassion Based on Childhood Trauma: The Mediating Roles of Self-Disgust, Guilt, and Shame. SJPP. 2026;13(4):540-553.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

**Copyright** © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۵۴۰-۵۵۳
DOI: 10.22034/13.4.540
https://shenakht.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی اصیل

# تدوین مدل ترس از شفقت براساس ترومای کودکی با نقش میانجی نفرت از خود و احساس گناه و شرم

شهریار یارمحمدی واصل*[۱]، آذین گیلان دوست[۲]، حسین محققی[۳]، محمدرضا ذوقی پایدار[۴]، امیرحسین یاوری[۵]

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۵. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** ترس از شفقت یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان، می‌تواند پیامد منفی بر روابط اجتماعی افراد داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل ساختاری ترس از شفقت براساس ترومای کودکی، با میانجی‌گری نفرت از خود و شرم و گناه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر توصیفی-هم‌بستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیهٔ دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. که از میان آنان ۳۰۰ نفر (۲۳۸ زن و ۶۲ مرد) با نسبت میانگین و انحراف‌استاندارد سن مردان و زنان به‌ترتیب ۶/۴۶ ± ۲۵/۲۷ و ۵/۰۷ ± ۲۳/۶۵ به‌شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های ترومای کودکی، ترس از شفقت، مقیاس چندبعدیِ نفرت از خود و مقیاس گرایش به شرم و گناه بود. داده‌ها با روش‌های آماری رگرسیون، تحلیل معادلات ساختاری و بوت استراپ با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۷ و Lisrel نسخهٔ ۱۰/۲۰ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** ترومای دوران کودکی بر گرایش به شرم و گناه ($\beta = ۰/۲۸$ , $p< ۰/۰۱$)، نفرت از خود ($\beta = ۰/۵۷$ ,$p< ۰/۰۱$) اثرات مستقیم، مثبت و معنی‌دار دارد اما اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر ترس از شفقت ($\beta = ۰/۰۹$, $p> ۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. همچنین نتایج نشان داد که اثرات مستقیم گرایش به شرم و گناه ($\beta = ۰/۵۰$ , $p< ۰/۰۱$) و نفرت از خود ($\beta = ۰/۴۲$ $p<$ ۰/۰۱) بر ترس از شفقت مثبت و معنی‌دار است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد شرم و گناه و نفرت از خود می‌تواند افراد را نسبت به ترس از شفقت آسیب‌پذیرتر نماید. به درمانگران پیشنهاد می‌شود هنگام مداخلهٔ متمرکز بر شفقت، به کاهش احساس گناه، شرم و نفرت از خود به‌عنوان اهداف درمانی توجه شود. لذا، افزودن مداخلات بالینی برای کاهش این عوامل می‌تواند به بهبود ترس از شفقت کمک کند.

**کلیدواژه‌ها:** ترس از شفقت، ترومای کودکی، شرم و گناه، نفرت از خود، دانشجویان

**تاریخچه مقاله:**
**دریافت:** ۱۴۰۴/۱۱/۱۳
**ویرایش:** ۱۴۰۵/۰۶/۲۳
**پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۶/۳۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** شهریار یارمحمدی واصل، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

**ایمیل:** yarmohamadivasel@basu.ac.ir

**استناد:** یارمحمدی واصل، شهریار؛ گیلان دوست، آذین؛ محققی، حسین؛ ذوقی پایدار، محمدرضا؛ یاوری، امیرحسین. تدوین مدل ترس از شفقت براساس ترومای کودکی با نقش میانجی نفرت از خود و احساس گناه و شرم. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۵۴۰-۵۵۳.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

## مقدمه

در تمامی جوامع بشری، دانشجویان نقش حائز اهمیتی دارند؛ شیوع روزافزون و شدت مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان یک مسئلهٔ حیاتی برای جوامع به‌شمار می‌آید (بک، لارکومب، دبلیو و بروکر[1]، ۲۰۱۹). برخی از دانشجویان درخصوص شفقت[2] دچار مشکلاتی هستند که برخی از آنان ترس از شفقت[3] را تجربه می‌کنند (نادری پور، یعقوبی، کردنوقابی و یارمحمدی واصل، ۲۰۲۳). شفقت یعنی حساس‌بودن به درد و رنج خود و دیگران، همراه با تعهدی عمیق نسبت به تلاش برای رفع آنهاست. این احساس، به‌جای سردی و قضاوتگری، گرمی و مراقبتگری است و به‌جای آسیب‌رساندن، میل به کمک دارد (نف[4]، ۲۰۲۳). بااین‌حال، برخی افراد از شفقت به خود می‌ترسند و دربرابر دل‌سوزی نسبت به خود نیز مقاومت می‌کنند (جونگ، ترنر، کیم، چوی، لی و همکاران[5]، ۲۰۱۷).

ترس از شفقت به پاسخ اجتناب یا ترسی بازمی‌گردد که ممکن است فرد نسبت به شفقت‌ورزی احساس کند. ترس از شفقت شامل مقاومت و گرایش به اجتناب از تجربیات شفقت‌آمیز و همچنین پرهیز از رفتار موفقیت‌آمیز با خود و دیگران است و ترس از شفقت دیگران به خود را نیز در بر می‌گیرد (گیلبرت، مک‌ایوان، آیرونز، بوندیا، کریستی و همکاران[6]، ۲۰۱۰). این ترس می‌تواند در هر سه جهتِ گفته‌شده برای شفقت‌ورزی تجربه شود. به‌طور مثال، فردی که ترس در جهت شفقت‌ورزی خود-به-خود را احساس می‌کند، ممکن است از این بترسد که شفقت‌ورزی، یک ضعف یا لطف افراطی در حق خود قلمداد می‌شود؛ یا فردی که از شفقت‌ورزی در جهت خود به دیگری می‌ترسد، ممکن است نگران باشد که مردم، افراد شفقت‌ورز را به‌عنوان اشخاصی بی‌کفایت، بی‌فایده و مطرود تلقی کنند (گیلبرت و ماسکارو[7]، ۲۰۱۷؛ محققی، فرهادی و نبی‌زاده، ۲۰۱۷). ترس از شفقت در تعاملات انسانی تأثیرات چشمگیری می‌گذارد. افرادی که سطح بالایی از ترس از شفقت به خود دارند، هنگامی که با رویدادهای منفی و دشوار مواجه می‌شوند به‌جای شفقت‌ورزی به خود، به‌طور مداوم جملاتی با طرح موضوعاتی همچون «اگر با خود دل‌سوزانه برخورد کنم، توسط دیگران طرد می‌شوم»، «اگر با خویش مهربان باشم از استاندارد و معیارهایم عقب می‌مانم» و ... را بیان می‌کنند. در نهایت، این افراد برای جلوگیری از نشخوارهای فکری و ترس‌های ناشی از شکست، میزان درگیری خود را کاهش داده و از این موقعیت‌ها دوری می‌کنند (نادری پور و همکاران، ۲۰۲۳).

بیشتر سنت‌های دینی و معنوی ما را تشویق می‌کنند تا نسبت به یکدیگر دل‌سوزتر باشیم، اما بعضی افراد گاهی به‌علت مصلحت‌های شخصی خاص، شفقت را سرکوب و از آن دوری می‌کنند. منافع شخصی می‌تواند جلوی شفقت را بگیرد و این ترس نیز وجود دارد که شفقت و مهربانی برای منافع شخصی مضر است (باتسون، کلاین، هایبرگر و شاو[8]، ۱۹۹۵؛ گرهارت[9]، ۲۰۱۰؛ گیلبرت، مک ایوان، ماتوس و ریویس[10]، ۲۰۱۱). براساس نظریهٔ درمان متمرکز بر شفقت، تنظیم هیجان از تعامل سه سیستم تهدید و حفاظت از خود، تسکین‌دهندگی و امنیت و سیستم سائق-برانگیختگی، به‌دست می‌آید. عملکرد متعادل این سه نظام برای تنظیم هیجان و سلامت روان ضروری است. عوامل متعددی می‌تواند باعث تغییر در عملکرد این سیستم شود. در نتیجه، اگر تعامل هر یک از اعضای این سیستم دچار مشکل شود و یا هر یک از اجزای سیستم تنظیم هیجان کمتر یا بیشتر فعالیت کند اختلال روانی پدید می‌آید؛ گیلبرت توضیح می‌دهد که تجربه‌های اولیهٔ آسیب‌زا، سوءاستفاده، غفلت باعث شکل‌گیری دل‌بستگی ناایمن می‌شود و سپس باعث فعال‌شدن سیستم تهدید گشته و این مکانیسم موجب ترس از شفقت است (گیلبرت[11]، ۲۰۱۴؛ حکمتی و کریمی، ۲۰۲۵).

تروما[12] یکی از عواملی است که موجب ایجاد ترس از شفقت در افراد می‌شود (چویک و تانهان[13]، ۲۰۲۰). ترومای دوران کودکی[14] به‌عنوان ناملایمات اولیه و همچنین استرس اولیهٔ زندگی نیز شناخته می‌شود و به وضعیتی اطلاق می‌گردد که فرد در معرض یک یا چند رویداد فراتر از توانایی‌های مقابله‌ای در دوران کودکی خود قرار می‌گیرد. این وضعیت باعث می‌شود تا برای مدت طولانی در حالت استرس قرار گیرد؛ در نتیجه، درد عاطفی یا روانی زیادی را تجربه می‌کند (نورائی، گودرزی و افلاکسیر، ۲۰۲۴). قرارگرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا در دوران کودکی رایج است و عواقب آن بر سلامت جسمی و روانی می‌تواند شدید باشد (گرینمن، رنزی، موناکو، لوسیانی و دی ترانی[15]، ۲۰۲۴).

برخی از بزرگسالان نیز ممکن است در دوران کودکی مورد بد رفتاری‌هایی قرار گرفته باشند. این بدرفتاری‌های دوران کودکی می‌تواند شامل انواع مختلف سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی و جنسی باشد که به‌طور قطع سلامت روان و رشد آنان را مختل می‌سازد (سازمان بهداشت جهانی[16]، ۲۰۲۰). افرادی که در دوران کودکی ازنظر جسمی یا جنسی مورد آزار قرار گرفته باشند ممکن

1. Baik, Larcombe & Brooker
2. Compassion
3. Fear of Compassion
4. Neff
5. Joeng, Turner, Kim, Choi, Lee et al.
6. Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie et al.
7. Gilbert & Mascaro
8. Batson, Klein, Highberger, & Shaw
9. Gerhardt
10. Gilbert, McEwan, Matos & Rivis
11. Gilbert
12. Trauma
13. Çevik & Tanhan
14. Childhood trauma
15. Greenman, Renzi, Monaco, Luciani & Di Trani
16. World Health Organization

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

است ترس از شفقت داشته باشند. ترس از شفقت به خود ممکن است به‌طور منحصربه‌فردی با آسیب‌شناسی تروما برای بازماندگان سوءاستفادهٔ جنسی در دوران کودکی مرتبط باشد (میرون، سلیگوفسکی، بویکین و اورکات[1]، ۲۰۱۶). در نتیجه، تروما یکی از عواملی است که موجب ایجاد ترس از شفقت در افراد می‌شود؛ اما گزارشاتی منتشر شده است که نشان می‌دهد علاوه‌بر تروما، عوامل دیگری همچون افسردگی، انتقاد از خود، سبک‌های دل‌بستگی ناسالم در دوران کودکی، اضطراب، شرم[2]، عدم دریافت کمک از سمت بستگان و ایجاد ناامیدی می‌تواند باعث ترس از شفقت شود (چویک و تانهان، ۲۰۲۰).

ترومای دوران کودکی می‌تواند با نفرت[3] از خود رابطه داشته باشد (هلیول[4]، ۲۰۱۸). نفرت از خود نوعی انتقاد از خود به‌حساب می‌آید. نفرت می‌تواند با محرک‌های انتزاعی‌تر همچون، حقارت، پستی و زوال جسمی یا روانی همراه بوده و به‌سمت خود، جهت دهی شود؛ به‌ویژه هنگامی که فرد خود را مسئول حوادث منفی قلمداد می‌کند (بشرپور و خوش‌سرور، ۲۰۲۰). نفرتی که جهت‌گیری بیرونی ندارد و به‌سمت خود معطوف می‌شود، نفرت از خود یا بیزاری از خود نامیده می‌شود. نفرت از خود حاصل از فرایندهای تدریجاً درونی‌شده‌ای است که از تعامل میان گرایش تکاملی به تجربهٔ نفرت و فرایندهای مقایسهٔ اجتماعی در سال‌های اولیهٔ رشد شکل می‌گیرند. نفرت از خود نوعی انتقاد از خود به‌حساب می‌آید که دو مفهوم تنفر از خود و خودانتقادی را در بر می‌گیرد. این افراد هنگامی که با رویدادها و حوادث منفی و دشوار مواجه می‌شوند، به‌جای شفقت‌ورزی به خود، به‌طور مداوم خویش را از این فرایند محروم می‌کنند. در نتیجه، افرادی که خودانتقادی بالایی دارند، ممکن است خود دل‌سوزی و دریافت شفقت را دشوار بیابند و احتمالاً ترس از شفقت به خودِ بالایی داشته باشند. (نادری‌پور و همکاران، ۲۰۲۳؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). اما اینکه چگونه خودانتقادی به ترس از شفقت مربوط می‌شود، به‌خوبی شناخته نشده است. افرادی که از شفقت می‌ترسند، نسبت به خود بی‌رحم هستند، احساس ناکافی‌بودن می‌کنند و بی‌قرارند. آن‌ها همچنین مشکلات روانی مختلفی دارند و نمی‌خواهند شفقت دیگران را ببینند زیرا معتقدند که شفقت آن‌ها را تضعیف می‌کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش ها نشان می‌دهند برخی از بیماری‌های روانی، همانند روان‌رنجورخویی، با نفرت از خود رابطهٔ مثبت دارد و نفرت از خود می‌تواند باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد در طول زندگی شود (بشرپور و خوش‌سرور، ۲۰۲۰).

از دیگر متغیرهای مهم می‌توان به احساس گناه و شرم[5] اشاره کرد. احساس شرم و گناه دو هیجانِ خودآگاه بوده و مرتبط با «خود» هستند که تعامل افراد با محیط اطراف و بسیاری از رفتارهای اجتماعی اتخاذشده را در برخی از موقعیت‌های بین‌فردی تنظیم می‌کند. احساس شرم و گناه تأثیرات بسیاری بر رفتار انسان‌ها دارد و رفتار، افکار و احساسات آنان را کنترل می‌کند (ورمقانی، پورشریفی، سلیمانی و فتحی، ۲۰۲۲). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد احساس گناه و شرم در برخی از رویدادهای تروماتیک همانند اختلالات استرس پس از سانحه[6]، دیده می‌شود (لی، اسکراگ و ترنر[7]، ۲۰۰۱).

به‌نظر می‌رسد فرهنگ بر تفسیرهای فرد از وقایع تأثیر می‌گذارد و بنابراین آسیب روانی و آنچه که یک آسیب روانی را تشکیل می‌دهد، مبتنی‌بر سنت‌ها، آداب و رسوم و ارزش‌های یک جامعه خاص است (انگلبرشت و جابسون[8]، ۲۰۱۶). آبرو یک جهت‌گیری فرهنگی است که بر ارزش اجتماعی افراد و نیاز شخصی به دیگران برای به‌رسمیت شناختنِ آن ارزش تأکید می‌کند. علاوه‌براین، روایت‌ها و سنت‌های فرهنگی چهارچوبی برای تفسیر رفتار و انتقال نیات فراهم می‌کنند (وانگ، عطاری و اویسرمن[9]، ۲۰۲۴). افراد می‌توانند شرم و گناه مبتنی‌بر گروه را تجربه کنند. در هر دو سطح فردی و فرهنگی، انتظار داشتیم که ارزش‌های جمع‌گرایانه بتوانند به‌طور مثبت یا منفی با شرم، گناه و پشیمانی مبتنی‌بر گروه مرتبط باشند (دگروت[10] و همکاران، ۲۰۲۱). ترس از شفقت به خود می‌تواند به‌طور خاص با آسیب‌شناسی تروما در بازماندگان سوءاستفادهٔ جنسی در دوران کودکی مرتبط باشد، و ارزش بالقوهٔ پرداختن به ترس از شفقت به خود را به‌طور مستقیم در مداخلهٔ پس از سانحه برجسته کند (میرون و همکاران، ۲۰۱۶).

ترس از شفقت بر سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد و ممکن است باعث بدترشدن روابط اجتماعی او شود؛ این ترس نیز با مشکلات سلامتی مانند افسردگی[11]، استرس، همدلی، ناگویی هیجانی، اختلال خوردن، ترس از شادی، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب و اختلال هراس همراه است (چویک و تانهان، ۲۰۲۰). ترس از شفقت باعث کاهش مشارکت در زمینهٔ تحصیلی دانشجویان می‌شود ولی شفقت به خود برعکس عمل کرده و باعث افزایش مشارکت دانشجویان می‌شود (نادری پور و همکاران، ۲۰۲۳). افزون‌براین، احساس گناه و شرم نقش کارکردی مهم ارتباطی در دو سطح فردی و ارتباطی بین افراد را ایجاد می‌کند (دهقانی و خرمایی، ۲۰۲۲) و نفرت از خود، نتیجهٔ تعامل گرایش تکاملی به تجربهٔ نفرت و فرایندهای مقایسهٔ اجتماعی در اوایل

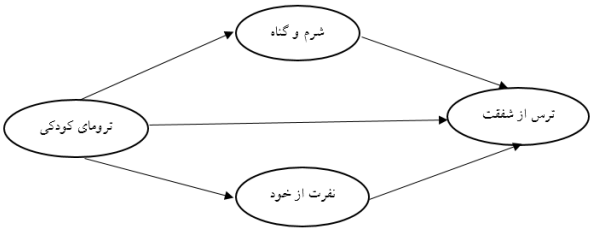
1. Miron, Seligowski, Boykin & Orcutt
2. Shame
3. Disgust
4. Helliwell
5. Guilt and shame
6. Post traumatic stress disorder
7. Lee, Scragg & Turner
8. Engelbrecht & Jobson
9. Wang, Atari, & Oyserman
10. de Groot
11. Depression

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

دوران رشد است که باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد در طول زندگی می‌شود (بشرپور و خوش‌سرور، ۲۰۲۰).

بنابراین، مطالعات پیشین عمدتاً رابطهٔ دومتغیرهٔ بین ترومای کودکی و ترس از شفقت یا نقش هر یک از متغیرهای نفرت از خود، شرم و احساس گناه را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند. تاکنون پژوهش‌های محدودی دربارهٔ نقش هم‌زمان این متغیرها در قالب یک مدل ساختاری یکپارچه وجود دارد. ازاین‌رو، نوآوری پژوهش حاضر بررسی این روابط در جامعهٔ ایرانی است. علاوه‌براین، ارائهٔ مدلی است که سازوکارهای روان‌شناختی زیربنای ارتباط ترومای کودکی و ترس از شفقت را تبیین می‌کند. بررسی هم‌زمان نقش میانجی نفرت از خود و هیجان‌های شرم و گناه این امکان را فراهم می‌آورد که سهم نسبی هر یک از این متغیرها در انتقال اثر ترومای کودکی بر ترس از شفقت مشخص شود و درک دقیق‌تری از مسیرهای شکل‌گیری ترس از شفقت حاصل گردد. این رویکرد می‌تواند مبنای نظری مناسب‌تری برای طراحی مداخلات درمانی هدفمند فراهم سازد.

ازآنجاکه متغیرهای میانجی مطرح‌شده در مدل حاضر در دستهٔ هیجان قرار دارند پس می‌تواند منظر درمانی جدید و سهل‌الوصول‌تری برای درمانگران فراهم آورد، چراکه بسیاری از منابع اشاره داشتند که مداخلات درمانی برای مسائل بنیادی و معطوف به گذشته دشواری‌های خاص خود را دارد (کلوتر، پتکووا، وانگ و لی[1]، ۲۰۱۲). آزادی، صالح زاده، نادری نوبندگانی و دستجردی (۱۴۰۴) به مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی رابطهٔ تجارب بدرفتاری در دوران کودکی با شرم و گناه در اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت مرزی» پرداختند. همچنین پژوهش حمیدی‌نژاد، دولتشاهی و باقری (۱۴۰۲) تحت عنوان «پیش‌بینی رفتارهای آشفته‌خوردن براساس کمالگرایی و ترومای دوران کودکی: ارائهٔ مدل تبیینی با نقش میانجی شرم درونی‌شده» انجام شد بااین‌حال، در این مطالعات نقش شرم و گناه در ارتباط میان تجارب دوران کودکی و ترس از شفقت بررسی نشد. همچنین ازآنجاکه علاوه‌بر ترومای کودکی عوامل متعدد دیگری نیز در ایجاد ترس از شفقت نقش دارند، بنابراین پژوهش حاضر با هدفِ تدوین مدل ساختاری ترس از شفقت براساس ترومای کودکی با میانجی‌گری نفرت از خود و گناه و شرم انجام شد. مدل مفهومی پژوهش در شکل زیر ارائه شده است.




**شکل ۱.** مدل مفهومی ارتباط بین ترومای کودکی و ترس از شفقت با میانجی‌گری نفرت از خود و شرم و گناه

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع بنیادی و ازنظر روش توصیفی- همبستگی مبتنی‌بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان و دانشگاه غیرانتفاعی گنجنامهٔ شهر همدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. ازآنجاکه کلاین (۲۰۲۳)، برای برآورد حجم نمونه نسبت ۲۰ به ۱ را پیشنهاد داده است و ازسوی‌دیگر نیز هومن (۲۰۰۹) حداقل ۱۰ آزمودنی به‌ازای هر متغیر آشکار در پژوهش‌های معادلات ساختاری را پیشنهاد داده است، لذا به‌نظر می‌رسد تعداد نمونهٔ پژوهش حاضر بیش از حدِ کفایت باشد. در مطالعهٔ حاضر نیز نمونهٔ مورد نیاز ۳۰۰ (۲۳۸ دانشجوی دختر و ۶۲ دانشجوی پسر) نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس (به‌صورت مراجعه به کلاس‌های درس در دسترس) انتخاب شدند. برای دستیابی به ۳۰۰ نفر، تعداد ۳۱۵ پرسش‌نامه پخش و در نهایت، ۳۰۰ پرسش‌نامه قابلیت تحلیل در پژوهش حاضر را داشتند.

قابل‌ذکر آنکه تفاوت در توزیع جنسیتی گروه نمونهٔ پژوهش، برگرفته از این تفاوت در جامعهٔ پژوهش و به‌تبع آن کلاس‌های مذکور بوده است.

ملاک‌های خروج شامل ترومای جسمی در دوران کودکی، همانند تصادف و قطع عضو (که از آزمودنی‌ها پرسیده شده بود) و نمرات بیشتر از دو انحراف‌معیار در پرسش‌نامهٔ ترومای کودکی (با توجه به نداشتن نقطهٔ برش ابزار مذکور) و مخدوش بودن پرسش‌نامه بود. روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که بعد از دریافت کد اخلاق از دانشگاه بوعلی سینا، پرسش‌نامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی ازجمله محرمانگی، اصل رازداری و رضایت کتبی شرکت‌کنندگان در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی ازجمله فراوانی، میانگین، انحراف‌استاندارد برای بررسی و توصیف متغیرها استفاده شد و از روش‌های آماری همبستگی پیرسون، رگرسیون، تحلیل معادلات

[1]. Cloitre, Petkova, Wang & Lu

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

ساختاری و روش بوت استراپ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ و lisrel نسخهٔ ۱۰/۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار

### پرسش‌نامهٔ ترومای کودکی کوتاه‌شده[1]

این پرسش‌نامه توسط برنستاین، استین، نیوکمب، والکر، پوگ و همکاران[2] (۲۰۰۳) به‌منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است، که پنج حوزهٔ ترومای کودکی را تحت پوشش قرار می‌دهد (سوءاستفادهٔ فیزیکی، سوءاستفادهٔ جنسی، سوءاستفادهٔ هیجانی، غفلت فیزیکی و غلفت هیجانی). این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال است که در طیف ۵درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، تا اکثر اوقات رخ داده=۵ ) نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از ۲۵-۵ است و دامنهٔ نمرات برای کل پرسش‌نامه ۱۲۵-۲۵ است.

در پژوهش برنستاین و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفادهٔ عاطفی، سوءاستفادهٔ جسمی، سوءاستفادهٔ جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنهٔ ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳).در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانهٔ آن گزارش کرده‌اند و روایی این پرسش‌نامه مناسب گزارش شده است (ابراهیمی، دژکام و ثقةالاسلام، ۲۰۱۴).

### پرسش‌نامهٔ ترس از شفقت[3]

این پرسش‌نامه توسط گیلبرت، مک ایوان، ماتوس و ریویس (۲۰۱۱) با هدف اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در سه نوع مختلف ترس از شفقت‌ورزی طراحی شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال با ۳ خرده‌مقیاس با عنوان شفقت خود به دیگری، شفقت دیگری به خود و شفقت خود به خود است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه با استفاده از طیف لیکرت ۵درجه‌ای است، به این صورت که به پاسخ اصلاً موافقم نیستم نمرهٔ صفر، موافق نیستم نمرهٔ ۱، نظری ندارم نمرهٔ ۲، موافقم نمرهٔ ۳ و کاملاً موافقم نمرهٔ ۴ تعلق می‌گیرد. پایایی نسخهٔ اصلی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر سه خرده‌مقیاس ترس از شفقت نسبت به خود، ترس از شفقت دیگران و ترس از شفقت نسبت به دیگران به‌ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ گزارش شد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). روایی نسخهٔ اصلی این پرسش‌نامه مناسب گزارش شده است (لانگ، ماراتوس، گیلبرت، ایوانز، ولکر و همکاران[4]، ۲۰۱۰). پایایی نسخهٔ ترجمه‌شدهٔ این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ترس از شفقت نسبت به خود، ترس از شفقت دیگران و ترس از شفقت نسبت به دیگران به‌ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۷۳ و روایی نسخهٔ ترجمه‌شدهٔ این پرسش‌نامه برای هر سه خرده‌مقیاس به‌ترتیب ۵۵/۸، ۹۸/۳ و ۹۶/۲ گزارش شد (صادق‌زاده و شاملی، ۲۰۲۱).

### مقیاس چندبعدی نفرت از خود[5]

این مقیاس توسط کاستلیو،کرایز و پینتو گوویا[6] (۲۰۱۴) به‌منظور اندازه‌گیری نفرت نسبت به خود از جنبه‌های مختلف رفتاری، شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی طراحی شد. این مقیاس دارای ۳۲ سؤال با ۴ خرده‌مقیاس تحت عناوین فعال‌سازی دفاعی، شناختی- عاطفی، اجتناب و حذف است. شیوهٔ نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت ۵درجه‌ای است، به این صورت که به پاسخ هرگز نمره صفر، به‌ندرت نمرهٔ ۱، گاهی اوقات نمرهٔ ۲، اغلب اوقات نمرهٔ ۳ و همیشه نمرهٔ ۴ تعلق می‌گیرد. پایایی نسخهٔ اصلی این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌های فعال‌سازی دفاعی (۰/۹۵)، شناختی - عاطفی (۰/۹۷)، اجتناب (۰/۸۴) و حذف (۰/۷۷) گزارش شد که بیانگر این است که از ثبات درونی خوبی برخوردارند. روایی نسخهٔ اصلی این مقیاس مناسب گزارش شد (کاستلیو و همکاران، ۲۰۱۴). پایایی این مقیاس در نسخهٔ ترجمه‌شده با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده. روایی مقیاس ترجمه‌شده مناسب گزارش شد (بشرپور و خوش‌سرور، ۲۰۲۰).

### مقیاس گرایش به شرم و گناه[7]

این مقیاس توسط کوهن، وولف، پانتر و اینسکو[8] (۲۰۱۱) با هدفِ سنجش میزان تمایل افراد به هیجان شرم و گناه طراحی شد. این مقیاس دارای ۱۶ سؤال با ۲ خرده‌مقیاس شرم و گناه است. نمره‌گذاری این مقیاس با استفاده از طیف لیکرت ۵درجه‌ای است، به این صورت که به پاسخ کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱، مخالفم نمرهٔ ۲، نظری ندارم نمرهٔ ۳، موافقم نمرهٔ ۴، کاملاً موافقم نمرهٔ ۵ تعلق می‌گیرد. برای خرده‌مقیاس‌های این مقیاس ضریب آلفای بالای ۰/۶۰ گزارش شده است. همچنین روایی نسخهٔ اصلی مناسب گزارش شد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱). در نسخهٔ ترجمه‌شده ضریب آلفای کرونباخ را برای گناه ۰/۸۳ و برای شرم ۰/۵۱ گزارش کردند. با توجه به تعداد نسبتاً محدود گویه‌های این خرده‌مقیاس، پایین‌بودن ضریب آلفا می‌تواند تا حدی ناشی از تعداد گویه‌ها باشد.

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2. Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge et al
3. Fear of Compassion Scales (FCS)
4. Longe, Maratos, Gilbert, Evans, Volker et al
5. Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS)
6. Castilho, Carreiras & Pinto-Gouveia
7. Guilt And Shame Proneness Scale (GASP)
8. Cohen, Wolf, Panter & Insko

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

روایی نسخهٔ ترجمه‌شده مربوط به احساس گناه بین دامنه ۰/۴ تا ۰/۶۹ و سؤالات مربوط به احساس شرم بین دامنه ۰/۴ تا ۰/۶۵ است (جوکار و کمالی، ۲۰۱۵).

## یافته‌ها

پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر (۲۳۸ زن و ۶۲ مرد) بود. میانگین و انحراف‌استاندارد سن مردان ۶/۴۶ ± ۲۵/۲۷ و زنان ۵/۰۷ ± ۲۳/۶۵ سال بود. نتایج سایر متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱.** فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه مورد پژوهش

| متغیر | شاخص | فراوانی | درصد | آماره ($\chi^2$) | p |
|---|---|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | ۲۳۸ | ۲۰/۷ | ۱۰۳/۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| | مرد | ۶۲ | ۷۹/۳ | | |
| | کارشناسی | ۲۰۳ | ۶۷/۷ | | |
| تحصیلات | کارشناسی ارشد | ۸۴ | ۲۸ | ۱۸۴/۳۴ | ۰/۰۰۱ |
| | دکترا | ۱۳ | ۴/۳ | | |
| | مجرد | ۲۴۷ | ۸۲/۳ | ۱۲۳/۷۰ | ۰/۰۰۱ |
| وضعیت تأهل | متأهل | ۵۳ | ۱۷/۷ | | |
| | بیکار | ۲۲۸ | ۷۶ | | |
| شغل | آزاد | ۴۴ | ۱۴/۷ | ۲۴۷/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| | کارمند | ۲۸ | ۹/۳ | | |

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که فراوانی متغیرهای جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل افراد مورد مطالعه از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری دارند ($p< ۰/۰۱$). در ادامه، میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش بررسی شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲.** میانگین، انحراف‌استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | مؤلفه | میانگین | انحراف‌معیار | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|
| | سوءاستفادهٔ عاطفی | ۷/۷۸ | ۳/۴۲ | -۰/۸۴ | ۰/۲۵ |
| | سوءاستفادهٔ جسمی | ۶/۳۱ | ۲/۸۱ | ۰/۳۸ | -۰/۴۶ |
| ترومای کودکی | سوءاستفادهٔ جنسی | ۷/۰۹ | ۳/۵۸ | ۰/۶۲ | -۰/۳۱ |
| | غفلت عاطفی | ۹/۸۲ | ۳/۵۸ | ۰/۱۸ | ۰/۵۱ |
| | غفلت جسمی | ۱۲/۷۶ | ۲/۴۱ | ۰/۲۹ | -۰/۸۲ |
| | کل ترومای کودکی | ۴۴/۰۶ | ۸/۴۱ | ۰/۴۳ | -۰/۷۹ |
| | گناه | ۲۴/۸۱ | ۹/۷۴ | ۰/۸۷ | ۰/۴۸ |
| گرایش به شرم و گناه | شرم | ۱۳/۰۶ | ۳/۴۳ | ۰/۲۵ | ۰/۶۸ |
| | کل گرایش به شرم و گناه | ۳۷/۸۷ | ۱۱/۶۲ | ۰/۱۲ | ۰/۹۴ |
| | فعالسازی دفاعی | ۱۶/۷۴ | ۷/۳۱ | ۰/۹۶ | ۰/۶۱ |
| | شناختی-عاطفی | ۱۰/۴۶ | ۶/۵۸ | ۰/۰۸ | ۰/۵۱ |
| نفرت از خود | اجتناب | ۵/۰۷ | ۳/۹۲ | ۱/۰۹ | ۰/۵۷ |
| | حذف | ۲/۵۹ | ۲/۶۱ | ۰/۸۲ | ۰/۱۱ |
| | کل نفرت از خود | ۳۴/۸۷ | ۱۷/۶۰ | ۱/۱۵ | ۰/۴۷ |
| | شفقت خود به دیگری | ۲۰/۲۱ | ۵/۳۶ | ۰/۱۷ | -۰/۴۳ |
| ترس از شفقت | شفقت دیگری به خود | ۲۲/۷۱ | ۹/۱۲ | ۰/۲۳ | -۰/۱۷ |
| | شفقت خود به خود | ۴۲/۱۷ | ۱۸/۳۷ | ۰/۳۸ | -۰/۱۸ |
| | کل ترس از شفقت | ۸۵/۱۰ | ۲۶/۸۳ | ۰/۴۶ | -۰/۲۲ |

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

در جدول ۲، میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای اصلی به‌همراه مؤلفه‌های آن‌ها مشخص شده است. میانگین و انحراف‌معیار ترومای کودکی ۴۴/۰۶ و ۸/۴۱، میانگین و انحراف گرایش به شرم و گناه ۳۷/۸۷ و ۱۱/۶۲، میانگین و انحراف‌معیار نفرت از خود ۳۴/۸۷ و ۱۷/۶۰ و میانگین و انحراف‌معیار ترس از شفقت ۸۵/۱۰ و ۲۶/۸۳ است. نتایج کجی و کشیدگی نیز نشان می‌دهد که توزیع متغیرها نرمال است (دامنهٔ کجی و کشیدگی بین ±۲).

**جدول ۳.** ماتریس هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
|---|---|---|---|---|
| ۱. ترومای کودکی | - | | | |
| ۲. گرایش به شرم و گناه | ۰/۵۲** | - | | |
| ۳. نفرت از خود | ۰/۵۸** | ۰/۳۷** | - | |
| ۴. ترس از شفقت | ۰/۴۹** | ۰/۴۶** | ۰/۵۶** | - |

p<۰/۰۱**

نتایج جدول ۳ ارتباط بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. طبق نتایج ترومای کودکی با گرایش به شرم و گناه (r=۰/۵۲ و P< ۰/۰۱)، نفرت از خود (r= ۰/۵۸ و P< ۰/۰۱) و ترس از شفقت (r= ۰/۴۹ و P< ۰/۰۱) رابطهٔ مثبت و معنی‌داری دارد. گرایش به شرم و گناه با ترس از شفقت (r= ۰/۴۶ و P< ۰/۰۱) رابطهٔ مثبت و معنی‌دار و همچنین بین نفرت از خود و ترس از شفقت (۰/۵۶ =r و P< ۰/۰۱) رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد. براساس این نتایج خطی بودن رابطهٔ بین متغیرها پذیرفته می‌شود.

قبل از اجرای تحلیل پیش‌فرض‌های معادلات ساختاری شامل نرمال بودن توزیع، استقلال خطاها و هم‌خطی چندگانه بررسی گردید. برای پیش‌فرض طبیعی‌بودن متغیرهای پژوهش از کجی و کشیدگی توزیع نمرات استفاده شد که نتایج آن نشان داد توزیع نمرات متغیرها نرمال است (جدول ۲). جهت بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین- واتسون[1] استفاده شد؛ مقدار این آماره برای کل متغیرهای پیش‌بین ۱/۶۳ به‌دست آمد که نشان از عدم هم‌بستگی بین خطاها داشت زیرا دامنهٔ قابل‌قبول بین ۱/۵ تا ۲/۵ است. برای بررسی هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین از عامل تورم واریانس[2] و تحمل[3] استفاده شد که نتایج نشان داد عدم هم‌خطی بین متغیرها برقرار است؛ زیرا دامنهٔ تورم واریانس کمتر از ۵ و تحمل بالاتر از ۰/۱ به‌دست آمد (جدول ۴). نرمال بودن توزیع خطاها با نمودار Q-Q پلات بررسی و نتایج نمودار نشان از نرمال بودن خطاها داشت.

**جدول ۴.** نتایج پیش‌فرض‌های استقلال خطاها و هم‌خطی چندگانه

| مدل | متغیر پیش‌بین | دوربین-واتسون | VIF | تولرانس |
|---|---|---|---|---|
| مدل اول: پیش‌بین‌ها: ترومای کودکی و گرایش به شرم و گناه و نفرت از خود- متغیر ملاک: ترس از شفقت | ۱. ترومای کودکی | | ۱/۲۵ | ۰/۷۹ |
| | ۲. گرایش به شرم و گناه | ۱/۶۳ | ۱/۳۴ | ۰/۷۴ |
| | ۳. نفرت از خود | | ۱/۳۸ | ۰/۷۲ |
| مدل دوم: پیش‌بین‌ها: ترومای کودکی و گرایش به شرم و گناه - متغیر ملاک: ترس از شفقت | ۱. ترومای کودکی | ۱/۷۲ | ۱/۱۹ | ۰/۸۴ |
| | ۲. گرایش به شرم و گناه | | ۱/۱۹ | ۰/۸۴ |
| مدل سوم: پیش‌بین‌ها: ترومای کودکی و نفرت از خود- متغیر ملاک: ترس از شفقت | ۱. ترومای کودکی | ۱/۵۸ | ۱/۱۶ | ۰/۸۶ |
| | ۲. نفرت از خود | | ۱/۱۶ | ۰/۸۶ |

برای آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. ابتدا شاخص‌های مدل اندازه‌گیری بررسی و نتایج آن در جداول ۵ و ۶ ارائه شد.

**جدول ۵.** شاخص‌های مدل اندازه‌گیری

| سازه | CR | AVE | نتیجه |
|---|---|---|---|
| ترومای کودکی | ۰/۸۲۴ | ۰/۴۹۴ | قابل قبول و در مرز مطلوب |

[1]. Durbin Watson
[2]. Variance Inflation Factor
[3]. Tolerance

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| احساس شرم و گناه | ۰/۵۷۶ | ۰/۴۰۶ | قابل‌قبول، با AVE نسبتا پایین‌تر از حد مطلوب |
| نفرت از خود | ۰/۹۲۷ | ۰/۷۶۱ | مطلوب |
| ترس از شفقت | ۰/۸۴۳ | ۰/۶۵۳ | مطلوب |

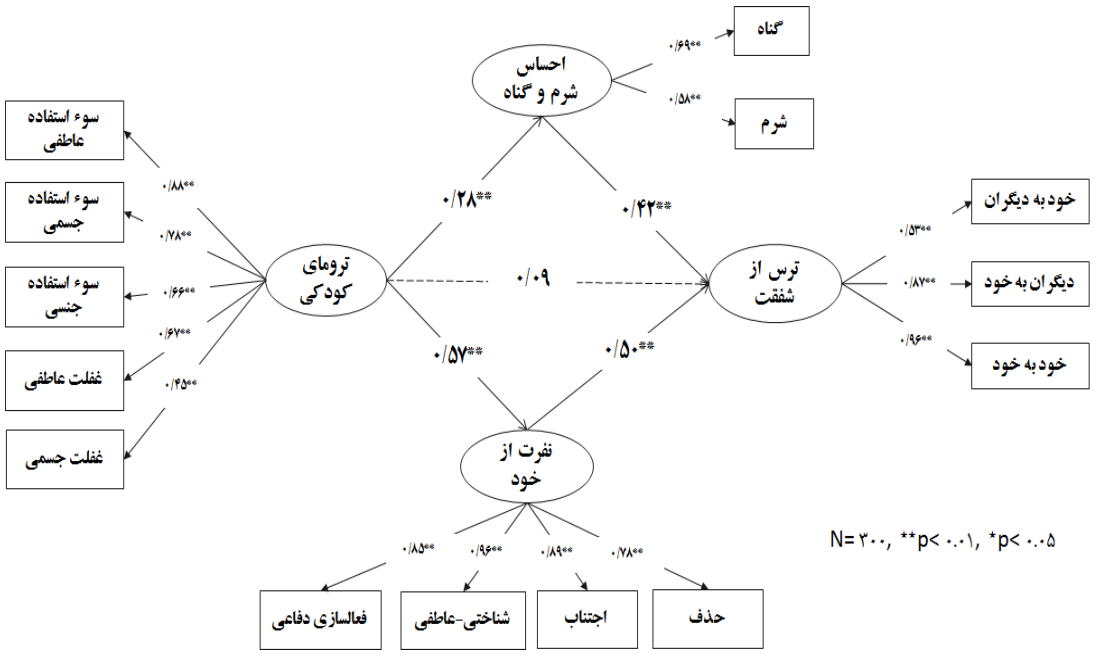
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پایایی ترکیبی همهٔ سازه‌ها در دامنه قابل‌قبول قرار دارد. مقدار CR برای همهٔ متغیرها از حد آستانهٔ ۰/۷ عبور کرده یا به آن نزدیک است و این امر بیانگر همسانی درونی مناسب شاخص‌هاست. همچنین، مقدار AVE برای دو سازهٔ نفرت از خود و ترس از شفقت به‌طور کامل از حد مطلوب ۰/۵۰ بالاتر است و روایی همگرا را به‌خوبی تأیید می‌کند. در مورد ترومای کودکی، مقدار AVE نزدیک به حد ۰/۵۰ است و در چهارچوب پژوهش‌های علوم رفتاری، با توجه به ماهیت چندبعدی سازه و تعداد شاخص‌ها، قابل‌دفاع محسوب می‌شود. برای احساس شرم و گناه نیز باوجود پایین‌تر بودن AVE نسبت به مقدار ایدئال، پایایی ترکیبی سازه در سطح قابل‌قبول قرار دارد و الگوی بارهای عاملی نشان می‌دهد که شاخص‌ها همچنان بازنمایی مناسبی از سازه دارند.

**جدول ۶.** جدول روایی واگرا[1]

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
|---|---|---|---|---|
| ۱. ترومای کودکی | ۰/۷۰ | | | |
| ۲. گرایش به شرم و گناه | ۰/۵۲ | ۰/۶۳ | | |
| ۳. نفرت از خود | ۰/۵۸ | ۰/۳۷ | ۰/۸۷ | |
| ۴. ترس از شفقت | ۰/۴۹ | ۰/۴۶ | ۰/۵۶ | ۰/۸۰ |

براساس معیار فورنل-لارکر، جذر AVE هر سازه در قطر اصلی ماتریس باید از ضرایب هم‌بستگی آن سازه با سایر سازه‌ها بیشتر باشد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، مقادیر قطر اصلی برای چهار سازه به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۶۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ است و همگی از هم‌بستگی‌های متناظر خارج از قطر بیشترند. بنابراین، روایی واگرا در مدل اندازه‌گیری تأیید می‌شود و سازه‌ها از یکدیگر متمایز هستند. این نتیجه نشان می‌دهد که هر سازه سهم بیشتری از واریانس شاخص‌های خود را نسبت به واریانس مشترک با سایر سازه‌ها تبیین می‌کند.

در مرحلهٔ بعد از برازش کلی مدل و در ادامه ضرایب مربوط به روابط ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت.




**شکل ۲.** ضرایب استاندارد و سطوح معنی‌داری روابط متغیرها در مدل (*p< ۰/۰۵، **p< ۰/۰۱)

[1]. Fornell-Larcker

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

جهت تعیین برازش کلی مدل، شاخص‌های برازش مدنظر قرار گرفت. برای شاخص نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی ($\chi^2/df$)، عدد ۲/۲۶ به‌دست آمد که مقادیر کوچک‌تر از ۳ مناسب و هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد، حاکی از برازش خوب الگو است. برای شاخص نیکویی برازش[1] ۰/۹۱، شاخص برازش افزایشی[2] ۰/۹۳، شاخص برازش تطبیقی[3] ۰/۹۴ به‌دست آمد که مقدار نزدیک به ۰/۹۰ و بالاتر به‌عنوان برازش نیکویی قابل‌قبول تلقی می‌شود که نشان‌دهندهٔ خوب بودن مدل است. در ارتباط با شاخص ریشهٔ میانگین مربعات خطاهای تخمین[4] مقادیر نزدیک به ۰/۰۵ یا کمتر نشان‌دهندهٔ برازش خوب الگو و مقدار ۰/۰۸ یا کمتر بیانگر خطای منطقی تقریب است؛ مقدار بالاتر از ۰/۱۰ نشان از الزام ردکردن الگو است (هومن، ۱۳۹۳). شاخص‌های برازش ارائه‌شده در جدول ۷ نشان از برازش مناسب مدل دارد.

**جدول ۷:** شاخص‌های برازندگی برای الگوی تدوین شده

| شاخص‌های برازندگی الگو | $X^2$ | df | $X^2$/ df | GFI | IFI | CFI | RMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| دامنهٔ پذیرش | - | - | ۳< | ۰/۹> | ۰/۹> | ۰/۹> | ۰/۰۸< |
| مقادیر به‌دست آمده | ۲۲۱/۸۳ | ۹۸ | ۲/۲۶ | ۰/۹۱ | ۰/۹۳ | ۰/۹۴ | ۰/۰۶۵ |

در ادامه، اثرات مستقیم در مدل برای همهٔ متغیرها به‌همراه سطح معنی‌داری آن‌ها بررسی شد که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

**جدول ۸.** ضرایب مستقیم متغیرها در مدل

| مسیر مستقیم | ضریب استاندارد | آماره t | P |
|---|---|---|---|
| ترومای کودکی ← گرایش به شرم و گناه | ۰/۲۸ | ۳/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| ترومای کودکی ← نفرت از خود | ۰/۵۷ | ۹/۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| ترومای کودکی ← ترس از شفقت | ۰/۰۹ | ۱/۱۸ | ۰/۱۳۱ |
| گرایش به شرم و گناه ← ترس از شفقت | ۰/۴۲ | ۴/۲۶ | ۰/۰۰۱ |
| نفرت از خود ← ترس از شفقت | ۰/۵۰ | ۶/۱۹ | ۰/۰۰۱ |

t> ۲/۵۸ در سطح ۰/۰۱ و t>۱/۹۶ در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از روابط متغیرها ازطریق مسیر ضرایب استاندارد در جدول ۸ نشان می‌دهد که اثرات مستقیم ترومای کودکی بر گرایش به شرم و گناه (β =۰/۲۸ , p< ۰/۰۱)، نفرت از خود (β = ۰/۵۷ ,p< ۰/۰۱) مثبت و معنی‌دار است اما اثر مستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت (β = ۰/۰۹ , p> ۰/۰۵) معنی‌دار نیست. همچنین نتایج نشان داد که اثرات مستقیم گرایش به شرم و گناه (β = ۰/۴۲ , p< ۰/۰۱) و نفرت از خود (β =۰/۵۰p< ۰/۰۱ , ) بر ترس از شفقت مثبت و معنی‌دار است. برای بررسی نقش واسطه‌ای گرایش به شرم و گناه و نفرت از خود در ارتباط بین ترومای کودکی با ترس از شفقت از روش بوت استرپ[5] استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۹ گزارش شده است.

**جدول ۹.** نتایج اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت

| مسیر | اثر غیرمستقیم | خطای استاندارد | فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪ | |
|---|---|---|---|---|
| | | | حد پایین (Lower) | حد بالا (Upper) |
| ترومای کودکی ← گرایش به شرم و گناه ← ترس از شفقت | ۰/۱۱** | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۷۱ | ۰/۱۴۳ |
| ترومای کودکی ← نفرت از خود ← ترس از شفقت | ۰/۲۸** | ۰/۰۲۷ | ۰/۲۴۷ | ۰/۳۱۹ |

*P< ۰/۰۵،**P< ۰/۰۱

[1]. Goodness of Fit Index (GFI)
[2]. Incremental Fit Index (IFI)
[3]. Comparative Fit Index (CFI)
[4]. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
[5]. bootstrap

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

جدول ۹، نتایج حاصل از بوت استرپ را نشان می‌دهد. فاصلهٔ اطمینان ۹۵ درصد و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۵۰۰۰ در نظر گرفته شده است. براساس نظر پریچر و هیز[1] (۲۰۰۸)، اگر مقادیر حد بالا و حد پایین (فواصل اطمینان) شامل صفر نشود، نقش متغیر میانجی معنی‌دار است. براساس نتایج بوت استرپ (فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪) در جدول ۶ مشخص شد اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت ازطریق گرایش به شرم و گناه (β= ۰/۱۱) با فاصلهٔ اطمینان ۰/۰۷۱ و ۰/۱۴۳ معنی‌دار است. اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت ازطریق نفرت از خود (β= ۰/۲۸) با فاصلهٔ اطمینان ۰/۲۴۷ و ۰/۳۱۹ معنی‌دار است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ترس از شفقت براساس ترومای کودکی نقش میانجی‌گری نفرت از خود و احساس گناه و شرم انجام شد. نتایج نشان داد که اثر مستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت در این مدل معنی‌دار نبود. نتایج پژوهش حاضر با یافتهٔ پژوهش‌های مسمن پور و بوپتانی[2] (۲۰۲۰)، صادق‌زاده و شاملی (۲۰۲۱) و ماتوس، دوارته و پینتوگویا[3] (۲۰۱۷) ناهمسو است. این یافته را می‌توان با نقش میانجی‌گرانه متغیرهای روان‌شناختی در تبیین پیامدهای ترومای کودکی همانند سوءاستفاده‌های جنسی توضیح داد. برخی عوامل روان‌شناختی ازجمله دل‌بستگی ناایمن، سبک اسناد منفی و طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند به‌عنوان میانجی در بروز پیامدهای شناخته‌شده سوءاستفاده‌های دوران کودکی عمل کنند؛ بنابراین، تأثیر عوامل فردی (مانند ویژگی‌های شخصیتی) و عوامل محیطی (مانند خانواده و فرهنگ) ازطریق این سازوکارهای میانجی، احتمال بروز پیامدهای نامطلوب و اختلال در رشد شخصیت را افزایش می‌دهد (کالینز، اورث، برانتون و درایر[4]، ۲۰۲۳). همچنین، ترس از شفقت تحت‌تأثیر عوامل متعددی ازجمله تجربه‌های بین‌فردی، ویژگی‌های شخصیتی و پیشینهٔ روابط دل‌بستگی قرار دارد. برای مثال، تجربهٔ ناامیدی از دریافت حمایت یا کمک ازسوی افراد مهم زندگی، به‌ویژه در شرایط دشوار، می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری ترس از شفقت شود. افزون‌براین، متغیرهایی مانند افسردگی، خودانتقادی، سبک‌های دل‌بستگی ناایمن، اضطراب، شرم و تجربه ناکافی دریافت حمایت ازسوی اطرافیان نیز در ایجاد و تداوم ترس از شفقت نقش دارند (چویک و تانهان، ۲۰۲۰).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطهٔ بین ترومای کودکی و ترس از شفقت به خود رابطه‌ای عمدتاً غیرمستقیم بوده و ازطریق هیجان‌های خودارزیابانهٔ منفی، به‌ویژه شرم، احساس گناه و نفرت از خود، منتقل می‌شود و پس از کنترل این متغیرهای میانجی، سهم مستقل ترومای کودکی در پیش‌بینی ترس از شفقت کاهش یافته و مسیر مستقیم آن دیگر معنی‌دار نیست. بنابراین، عدم معنی‌داری مسیر مستقیم در مدل ساختاری را می‌توان در چهارچوب میانجی‌گری کامل متغیرهای هیجانی تبیین کرد؛ یافته‌ای که با پیش‌بینی‌های نظریهٔ شفقت‌محور نیز همخوانی دارد. بررسی مسیر غیرمستقیم در مدل‌سازی باعث کاهش ضریب مسیر مستقیم می‌شود حتی تا عدم معنی‌داری مسیر مستقیم می‌شود (هیز[5]، ۲۰۱۷). این یافته با پیش‌بینی‌های نظریهٔ شفقت‌محور نیز همسو است؛ زیرا این نظریه تأکید می‌کند که تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی ازطریق شکل‌گیری هیجان‌های منفی مرتبط با خود، توانایی فرد برای تجربه و پذیرش شفقت را تضعیف می‌کنند.

دیگر یافته‌ها بیانگر اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت با میانجی‌گری گناه و شرم مثبت و معنی‌دار است. این یافته‌ها با پژوهش‌های حکمتی و کریمی (۲۰۲۵)، کربی، دی و ساگار[6] (۲۰۱۹)، ماتوس و همکاران (۲۰۱۷) و میرون و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت شرم و گناه با تأثیر بر رفتار انسان، افکار و احساسات آنان را کنترل می‌کند. برای تبیین این یافته می‌توان از نظریهٔ دل‌بستگی و اصول شرطی‌سازی کلاسیک بهره گرفت. براساس این دیدگاه، زمانی که کودک در شرایط پریشانی با پاسخ‌های گرم، حمایتگر و دل‌سوزانهٔ والدین مواجه می‌شود، نظام دل‌بستگی ایمن شکل گرفته و توانایی تنظیم هیجان در وی تقویت می‌شود. بااین‌حال، اگر کودک فرصت تجربهٔ رفتارهای محبت‌آمیز و مناسب والدین را نداشته باشد، سیستم دل‌بستگی ممکن است «خاموش» شود؛ یعنی، سیستم پاراسمپاتیک برای کاهش پردازش تهدید فعال نمی‌شود. علاوه‌براین، شیوه‌های تنبیهی والدین (مثلاً خشم واکنشی بیش از حد و انتقاد)، به‌ویژه هنگامی که کودکان شاد و پرسروصدا هستند، می‌تواند منجر به یک پاسخ شرطی‌شدهٔ کلاسیک برای فرد شود، به‌طوری که در آن احساسات مثبت (مثلاً شادی، خوشبختی) با نوعی مجازات (مثلاً فریاد زدن یا ضربهٔ فیزیکی برای آرام‌کردن) همراه می‌شوند؛ خاطراتِ شرطی‌شده می‌تواند شرم را فعال کند. همچنین وقوع تجارب ناگوار، به‌ویژه تجاربی همچون سوءاستفادهٔ جنسی، موجب شکل‌گیری احساس شرم، حس بی‌لیاقتی و فقدان ارزشمندی، ترس از مورد قضاوت قرارگرفتن و مسخره‌شدن می‌شود (حکمتی و کریمی، ۲۰۲۵). چنین آسیب‌های روانی‌ای اغلب منجر به یک خودانگاره و جهان‌بینی عمیقاً متزلزل شده که همراه باعث زیر سؤال بردن باورهای اخلاقی شخصی می‌گردد که در نهایت با احساس گناه و شرم در افراد همراه می‌شود؛ احساس گناه و شرم موجب مشکلاتی در توانایی ایجاد تصورات دل‌سوزانه با خود می‌شود

[1]. Preacher & Hayes
[2]. Messman-Moore & Bhuptani,
[3]. Matos, Duarte & Pinto-Gouveia
[4]. Collins, Orth, Brunton, & Dryer
[5]. Hayes
[6]. Kirby, Day & Sagar

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

(آلیگرهورن، زیمرمن و اشموکر[1]، ۲۰۱۶). در نتیجه هنگامی که سیستم دل‌بستگی «خاموش» شود. یعنی، سیستم پاراسمپاتیک برای کاهش پردازش تهدید فعال نمی‌شود. احتمال افزایش ترس وجود دارد. ممکن است سطوح بالای گناه و شرم باعث ایجاد ترس از شفقت شود (کربی و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه‌بر این نتایج، دیگر یافته‌ها نشان داد اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر ترس از شفقت با میانجی‌گری نفرت از خود مثبت و معنی‌دار است که با یافته‌های پژوهش کلارک، سیمپسون و وارسه[2] (۲۰۱۹) و دریا[3] (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت رابطهٔ میان نفرت از خود و ترس از شفقت را می‌توان در چهارچوب کارکردهای هیجانی و شناختی خودانتقادی تبیین کرد. نفرت از خود نوعی خودانتقادی شدید محسوب می‌شود که در آن فرد خود را بی‌ارزش و سزاوار سرزنش می‌داند. نفرت می‌تواند با محرک‌های انتزاعی‌تری همچون حقارت، پستی و زوال جسمی یا روانی همراه باشد و به‌سمت خود جهت‌گیری پیدا کند؛ به‌ویژه هنگامی که فرد خود را مسئول رویدادهای منفی قلمداد می‌کند (بشرپور و خوش‌سرور، ۲۰۲۰). افراد دارای نفرت از خود، به‌دلیل فعال بودن مداوم نظام تهدید، شفقت را با باورهای منفی دربارهٔ خود ناسازگار می‌دانند این الگو خودانتقادی و نفرت از خود می‌تواند از تعامل میان گرایش تکاملی به تجربهٔ نفرت و فرایندهای مقایسهٔ اجتماعی در سال‌های اولیهٔ رشد باشد. این افراد خود را سزاوار سرزنش یا محرومیت از شفقت می‌دانند. در نتیجه، تجربهٔ شفقت نوعی ناهمخوانی شناختی و هیجانی ایجاد می‌کند که با احساس ناراحتی، مقاومت و اجتناب از شفقت همراه می‌شود. ازسوی‌دیگر، این افراد هنگام مواجهه با شکست یا رویدادهای دشوار، به‌جای فعال‌کردن پاسخ‌های آرام‌بخش و شفقت‌ورزانه، الگوهای خودانتقادی و سرزنش خود را به‌کار می‌گیرند و بدین ترتیب، فرصت تجربهٔ شفقت نسبت به خود را از دست (نادری‌پور و همکاران، ۲۰۲۳؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیلبرت، ۲۰۱۸). همچنین، افرادی که از شفقت می‌ترسند معمولاً نسبت به خود بی‌رحم هستند، احساس ناکافی بودنِ شدیدی را تجربه می‌کنند و تصور می‌کنند که شفقت موجب ضعف، آسیب‌پذیری آنان خواهد شد. در نتیجه، حتی زمانی که از سوی دیگران با مهربانی و حمایت مواجه می‌شوند، این رفتارها را با تردید یا مقاومت ادراک کرده و از پذیرش آن اجتناب می‌کنند. بنابراین، نفرت از خود ازطریق تقویت خودانتقادی، فعال نگه داشتن نظام تهدید و ایجاد این باور که فرد شایسته دریافت شفقت نیست، زمینهٔ شکل‌گیری و تداوم ترس از شفقت را فراهم می‌کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیلبرت[4]، ۲۰۱۸).

## نتیجه‌گیری

بنابر یافته‌های پژوهش، افرادی که ترس از شفقت را تجربه می‌کنند، احساس گناه و شرم و نفرت از خود را نیز به‌صورت غیرمستقیم تجربه می‌نمایند. بنابراین، مداخلات بالینی در جهت کاهش احساس گناه و شرم و نفرت از خود می‌تواند به بهبود ترس از شفقت کمک کند. هر پژوهشی در بستر خود محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده است. محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به سه دستهٔ روش‌شناختی، آماری و تعمیم‌پذیری تقسیم نمود. محدودیت روش‌شناختی پژوهش حاضر، استفاده از پرسش‌نامه است، به همین دلیل، ممکن است پاسخ‌های شرکت‌کنندگان قابل‌اعتماد نباشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر با توجه به فقدان ابزار جایگزین در جامعهٔ ایرانی می‌توان به پایین بودن ضریب پایایی خرده‌مقیاس شرم اشاره کرد. به همین دلیل نتایج مربوط به شرم باید بااحتیاط تفسیر شوند. علاوه‌براین، روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس است و نمونهٔ پژوهش دانشجویان شهرستان همدان بوده‌اند؛ لازم است در تعمیم نتایج به جوامع دیگر این مسئله مدنظر قرار گیرد. با توجه به اینکه پژوهش بر روی دانشجویان انجام گرفت پیشنهاد می‌شود به نقش عوامل تأثیرگذار در این زمینه مانند وضعیت عاطفی، شغلی، شخصیتی و اقتصادی توجه داشته باشند و جهت تعمیم بهتر نتایج از نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. ازنظر محدودیت آماری نیز می‌توان به پایین بودن مقدار روایی همگرا سازه ترومای کودکی و گرایش به شرم و گناه در پژوهش اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، گویه‌های این ابزار بازبینی شوند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودیت در تعمیم‌پذیری است. ازآنجاکه این مطالعه در شهر همدان صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به مناطق دیگر باید احتیاط نمود. به پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده، نسخهٔ اصلاح‌شده یا ابزار جایگزین برای سنجش شرم استفاده شود. علاوه‌براین، به درمانگران پیشنهاد می‌شود هنگام مداخلهٔ متمرکز بر شفقت، به کاهش احساس گناه، شرم و نفرت از خود به‌عنوان اهداف درمانی میانجی توجه شود. با توجه به اینکه مفهوم متغیر پیش‌آیند پژوهش حاضر معطوف به دوران کودکی است، لذا پرداختن به آن برای بهبود شفقت به خود دشوار است. بنابراین به درمانگران پیشنهاد دهید که بر متغیرهای میانجی شرم و گناه و نفرت از خود در درمان بیشتر تمرکز کنند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مطالعه برای دانش‌آموزان مقاطع متوسطهٔ اول و دوم انجام شود. ذکر این نکتهٔ پایانی ضروری است که علاوه‌بر بررسی مؤلفه‌های شرم و گناه و نفرت از خود، بررسی نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی در پژوهش‌های آتی نباید مورد غفلت واقع شود.

## سپاس‌گزاری

[1]. Alliger-Horn, Zimmermann & Schmucker
[2]. Clarke, Simpson & Varese
[3]. Drea
[4]. Gilbert



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

پژوهش حاضر مستخرج از پژوهش فردی است. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل رضایت‌نامهٔ آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن و آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش بود. این پژوهش دارای کد اخلاق به‌شمارهٔ IR.BASU.REC. 1404.030 از دانشگاه بوعلی سینا است. در نگارش و ویرایش ادبی مقاله از هوش استفاده شد. نسخهٔ نهایی مقاله توسط نویسندگان بررسی و تأیید شد.

## تعارض منافع

تعارض منافعی در این تحقیق وجود ندارد و حمایت مالی از هیچ سازمانی دریافت نشده است.

## REFERENCE


1. Alliger-Horn C, Zimmermann PL, Schmucker M. Guilt, shame and compassionate imagery in war: traumatized German soldiers with PTSD, a pilot study. J Clin Med. 2016;5(10):90. DOI: 10.3390/jcm5100090
2. Azadi A, Salehzadeh M, Naderi Nobandegani Z, Dastjerdi G. The relationship between childhood maltreatment and shame and guilt in individuals with major depressive disorder and borderline personality disorder. Journal of Applied Psychology. 2026;19(4):85-108. Link
3. Baik C, Larcombe W, Brooker A. How universities can enhance student mental wellbeing: the student perspective. High Educ Res Dev. 2019;38(4):674-687. DOI: 10.1080/07294360.2019.1576596
4. Basharpoor S, Khoshsorour S. Psychometric properties of Persian version of the Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS). Social Cognition. 2020;9(18):59-78. Link
5. Batson CD, Klein TR, Highberger L, Shaw LL. Immorality from empathy-induced altruism: when compassion and justice conflict. J Pers Soc Psychol. 1995;68(6):1042-1054. DOI: 10.1037/0022-3514.68.6.1042
6. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003;27(2):169-190. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
7. Carreiras DRV. The toxicity of the self: developing a new measure and testing a comprehensive model of the nature of self-disgust [master's dissertation]. Coimbra: University of Coimbra; 2014. Link
8. Çevik Ö, Tanhan F. Fear of compassion: description, causes and prevention. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2020;12(3):342-351. DOI: 10.18863/pgy.626941
9. Clarke A, Simpson J, Varese F. A systematic review of the clinical utility of the concept of self-disgust. Clin Psychol Psychother. 2019;26(1):110-134. DOI: 10.1002/cpp.2335
10. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. J Pers Soc Psychol. 2011;100(5):947-966. DOI: 10.1037/a0022641
11. Collins S, Orth T, Brunton R, Dryer R. Child abuse and wellbeing: examining the roles of self-compassion and fear of self. Child Abuse Negl. 2023;138:106089. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106089
12. de Groot M, Schaafsma J, Castelain T, Malinowska K, Mann L, Ohtsubo Y, et al. Group-based shame, guilt, and regret across cultures. Eur J Soc Psychol. 2021;51(7):1198-1212. DOI: 10.1002/ejsp.2808
13. Dehghani S, Khormaei F. The relationship between moral characters and aggression among university students: the mediating role of shame and guilt emotions. Social Psychology Research. 2022;11(44):47-72. Link
14. Drea CA. Self-disgust in personality disorders: the role of childhood abuse and trauma, emotional invalidation and shame [doctoral thesis]. London: University College London; 2017. Link
15. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;19(4):275-282. Link
16. Engelbrecht A, Jobson L. Exploring trauma associated appraisals in trauma survivors from collectivistic cultures. Springerplus. 2016;5(1):1565. DOI: 10.1186/s40064-016-3043-2
17. Gerhardt S. The selfish society: how we all forgot to love one another and made money instead. London: Simon & Schuster; 2010. Link
18. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6-41. DOI: 10.1111/bjc.12043
19. Gilbert P. Self-disgust, self-hatred, and compassion-focused therapy. In: Powell PA, Overton PG, Simpson J, editors. The revolting self: perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust. London: Routledge; 2018. p. 223-242. DOI: 10.4324/9780429483042-12
20. Gilbert P, Mascaro JS. Compassion fears, blocks and resistances: an evolutionary investigation. In: Seppälä EM, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR, editors. The Oxford handbook of compassion science. New York: Oxford University Press; 2017. p. 399-418. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.29
21. Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, et al. Self-harm in a mixed clinical population: the roles of self-criticism, shame, and social rank. Br J Clin Psychol. 2010;49(Pt 4):563-576. DOI: 10.1348/014466509X479771
22. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. Fears of compassion: development of three self-report measures. Psychol Psychother. 2011;84(3):239-255. DOI: 10.1348/147608310X526511
23. Greenman PS, Renzi A, Monaco S, Luciani F, Di Trani M. How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. Healthcare (Basel). 2024;12(2):203. DOI: 10.3390/healthcare12020203
24. Hamidinejad N, Dolatshahi B, Bagheri F. Predicting disordered eating behaviors based on perfectionism and childhood trauma: presenting an explanatory model with mediated role of internalized shame. Journal of Applied Psychological Research. 2023;14(3):239-256. DOI: 10.22059/japr.2023.332315.644044
25. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2018. Link
26. Hekmati I, Karimi A. The mediating role of self-criticism and self-compassion in the relationship between adverse childhood experiences and students' depression. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2025;21(1):111-127. DOI: 10.22051/psy.2025.47758.2989
27. Helliwell B. The role of self-disgust in the relationship between childhood trauma and psychotic experience [doctoral thesis]. Lancaster: Lancaster University; 2018. DOI: 10.17635/lancaster/thesis/438
28. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL software application. 3rd ed. Tehran: SAMT; 2009. Link
29. Joeng JR, Turner SL, Kim EY, Choi SA, Lee YJ, Kim JK. Insecure attachment and emotional distress: fear of self-compassion and self-compassion as mediators. Pers Individ Dif. 2017;112:6-11. DOI: 10.1016/j.paid.2017.02.048
30. Jokar B, Kamali F. Relation between spirituality and the feeling of shame and sin. Culture in the Islamic University. 2015;5(1):3-21. Link
31. Kirby JN, Day J, Sagar V. The 'flow' of compassion: a meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. Clin Psychol Rev. 2019;70:26-39. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.03.001
32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 5th ed. New York: Guilford Press; 2023. Link
33. Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. Br J Med Psychol. 2001;74(Pt 4):451-466. DOI: 10.1348/000711201161109
34. Longe O, Maratos FA, Gilbert P, Evans G, Volker F, Rockliff H, et al. Having a word with yourself: neural correlates of self-


[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]

criticism and self-reassurance. Neuroimage. 2010;49(2):1849-1856. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
35. Matos M, Duarte J, Pinto-Gouveia J. The origins of fears of compassion: shame and lack of safeness memories, fears of compassion and psychopathology. J Psychol. 2017;151(8):804-819. DOI: 10.1080/00223980.2017.1393380
36. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. Self-compassion and fear of self-compassion: mechanisms underlying the link between child maltreatment severity and psychological distress in college women. Mindfulness. 2020;11(6):1446-1459. DOI: 10.1007/s12671-020-01361-2
37. Miron LR, Seligowski AV, Boykin DM, Orcutt HK. The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through self-compassion and fear of self-compassion. Mindfulness. 2016;7(3):596-605. DOI: 10.1007/s12671-016-0493-0
38. Mohagheghi H, Farhadi M, Nabizadeh S. The relationship between self-compassion and eating disorder behaviors through the mediation of perfectionism and body dissatisfaction. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2017;12(45):37-46. Link
39. Naderipour H, Yaghoobi A, Kord Noghabi R, Yarmohammadi Vasel S. Developing a causal model of academic engagement based on academic mindfulness with the mediation of fear of self-compassion, academic wising and core self-evaluations in the students. Educational Psychology. 2024;19(69):76-104. Link
40. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. Annu Rev Psychol. 2023;74:193-218. DOI: 10.1146/annurev-psych-032420-031047
41. Nouraei N, Goodarzi M, Aflakseir A. The mediating role of mentalization and self-emotion regulation in the relationship between childhood trauma and suicidal ideation. Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations. 2024;16(2):13-25. Link
42. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behav Res Methods. 2008;40(3):879-891. DOI: 10.3758/BRM.40.3.879
43. Sadeghzadeh M, Shameli L. Investigating the psychometric properties of Persian version of the Fear of Compassion Scale (FCS). Journal of Modern Psychological Researches. 2021;16(61):127-142. Link
44. Varmaghani H, Poursharifi H, Soleimani A, Fathi Ashtiani A. Psychometric properties of the Persian version of the State Shame and Guilt Scale (SSGS) among students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2022;23(88):1-10. Link
45. Wang P, Atari M, Oyserman D. Who can I count on: honor, self-reliance, and family in the United States and Iran. PLoS One. 2024;19(8):e0306460. DOI: 10.1371/journal.pone.0306460
46. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Link

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-19 ]