Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 5/ 2020
Page: 15-29

The relationship of self-compassion and rumination in prediction of chronic depression

Samad Khoramniya[1], Ali Akbar Foroughi[2], Golfam Goodarzi[1], Mehrdad Bahari Babadi[3], Amir Abbas Taheri[1]

1-MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran (Corresponding Author). E-mail: foroughi_2002@gmail.com
3- Master of Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

Received: 04/09/2020 **Accepted:** 28/10/2020

Abstract

Introduction: Depression is a common disorder that is associated with negative emotional states. In recent years, the main emphasis has been on identifying risk factors and mechanisms involved in individual differences in vulnerability to depression.

Aim: The aim of this study is to investigate the role of self-compassion and rumination in predicting chronic depression.

Method: This study is a descriptive-analytical and cross-sectional study and the study population was people over 15 years old with a diagnosis of chronic depression who referred to the psychiatric clinic of Farabi Hospital in Kermanshah in 2017-2018. Sampling was a convenient method. A total of 360 people were evaluated, of which 300 were included in the study. Data were collected using Beck Depression Inventory (1961), Self-Compassion Questionnaire (2003) and Nolen-Hoxma and Murrow (1993) and Kolmogorov-Smirnov tests, Pearson correlation and multiple game regression analysis and SPSS 21 software were analyzed and reviewed.

Results: There is a negative and significant relationship between self-compassion (-0.490) and subscales of kindness to oneself (-0.482), human commonalities (-0.790) and mindfulness (-0.457) with chronic depression, between the subscales of judgment There is a positive and significant relationship between self (0.511), isolation (0.542) and assimilation (0.550) with chronic depression. There is a positive and significant relationship between rumination (0.299) and subscales of ruminant responses (0.277) and distracting responses (0.315) with chronic depression.

Conclusion: Self-compassion and rumination are among the predictors of chronic depression. As a result, chronic depression can be reduced by increasing self-compassion and reducing rumination.

Keywords: Self-compassion, Rumination, Chronic depression

How to cite this article : Khoramniya S, Foroughi AA, Goodarzi G, Bahari Babadi M, Taheri AA. The relationship of self-compassion and rumination in prediction of chronic depression. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (5): 15-29 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-935-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۵، ۱۳۹۹
صفحات: ۲۹-۱۵

بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن

صمد خرم نیا[۱]، علی اکبر فروغی[۲]، گلفام گودرزی[۱]، مهرداد بهاری بابادی[۳]، امیرعباس طاهری[۱]

۱.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (مولف مسئول). ایمیل: foroughi_2002@gmail.com
۳. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۱۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۸/۰۷

چکیده

مقدمه : افسردگی، اختلالی شایع است که با حالات هیجانی منفی همراه است. در سال‌های اخیر، تأکید عمده روی شناسایی عوامل خطر و مکانیسم‌های درگیر در تفاوت‌های فردی آسیب‌پذیری به افسردگی بوده است.

هدف: هدف این پژوهش، بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن است.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی –تحلیلی و مقطعی بوده و جامعه پژوهش، افراد بالای ۱۵ سال، با تشخیص افسردگی مزمن بودند که به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال‌های ۹۷- ۱۳۹۶، مراجعه کردند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. در مجموع ۳۶۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد، ۳۰۰ نفر وارد پژوهش شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی بک (۱۹۶۱)، شفقت بر خود نف (۲۰۰۳) و نشخوار ذهنی نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۳) و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرونوف، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به‌گام و نرم‌افزار SPSS۲۱، تحلیل و بررسی شدند.

یافته‌ها: بین شفقت به خود (۰/۴۹۰-) و خرده مقیاس‌های مهربانی با خود (۰/۴۸۲-)، اشتراکات انسانی (۰/۷۹۰-) و ذهن آگاهی (۰/۴۵۷-) با افسردگی مزمن رابطه‌ی منفی و معناداری، بین خرده مقیاس‌های قضاوت در مورد خود (۰/۵۱۱)، انزوا (۰/۵۴۲) و همانندسازی (۰/۵۵۰) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بین نشخوار فکری (۰/۲۹۹) و خرده مقیاس‌های پاسخ‌های نشخواری (۰/۲۷۷) و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (۰/۳۱۵) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: شفقت به خود و نشخوار فکری از جمله پیش‌بینی کننده‌های افسردگی مزمن می‌باشند. در نتیجه با افزایش شفقت به خود و کاهش نشخوار فکری می‌توان افسردگی مزمن را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: شفقت به خود، نشخوار فکری، افسردگی مزمن

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

مقدمه

افسردگی[1]، اختلالی شایع است که با حالات هیجانی منفی همراه است. در سال‌های اخیر، تأکید عمده روی شناسایی عوامل خطر و مکانیسم‌های درگیر در تفاوت‌های فردی آسیب پذیری به افسردگی بوده است. (نظامی‌پور، ضرغامی حاجیی و عبدالمنافی، ۱۳۹۱). شیوع جهانی افسردگی و علائم آن در دهه‌های اخیر افزایش یافته و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد در زنان و ۷ تا ۱۲ درصد در مردان گزارش شده است (ووس، آلن، آرورا، باربر، بوتا و براون[2]، ۲۰۱۶). افسردگی یک همبود معنادار برای اختلالات روان‌پزشکی مزمن محسوب می‌شود و طیفی از ۵ تا ۳۰ درصد همبودی با اختلالات پزشکی مختلف، برای این اختلال مطرح شده است (لیم، تی، پان و لیم[3]، ۲۰۱۶ و ماک، تانگ، چان، چیک و داماج[4]، ۲۰۱۳).

هر چند افسردگی تا حدود زیادی قابل درمان است؛ اما حدود ۲۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی اساسی، به افسردگی مزمن دچار می‌شوند (آدیمو[5]، ۲۰۱۸). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن، ۲۰ سالگی است و در صورت اقدام به خودکشی و یا بستری شدن بیشتر به افسردگی غیر مزمن شباهت دارد (عزیزی و لطفی، ۱۳۹۲). راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی[6] افسردگی مزمن را به دو شکل کلی تقسیم می‌کند: ۱- نوع مزمن اختلال افسردگی اساسی[7] و ۲- اختلال افسرده خویی[8]. دو شکل فرعی‌تر آن نیز شناخته شده است که عبارت از: ۱- اختلال افسرده خویی به همراه اختلال افسردگی اساسی[9] (افسردگی مضاعف)، ۲- اختلال افسردگی اساسی بدون بهبودی کامل[10] (رابون[11]، ۲۰۱۸). افسردگی به عنوان بیماری سرما خوردگی در میان اختلالات روان‌پزشکی لقب گرفته است (دیجونگ[12]، ۲۰۱۶). این استعاره به شیوع گسترده افسردگی اشاره دارد. خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه‌های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه بیماران افسرده، از کم شدن انرژی، شکایت دارند. هشتاد درصد از بیماران نیز از مشکلات خواب شکایت دارند. کاهش اشتها، عدم تمرکز، احساس بی ارزشی، بلا تصمیمی، افکار مرتبط با مرگ یا تمایلات خودکشی نیز شایع هستند (نوربالا، برجعلی و نوربالا، ۱۳۹۲). آشفته کننده ترین علامت افسردگی که به صورت بالقوه مهلک‌ترین آن‌ها نیز است، گرایش به ایده ها و رفتارهای خودکشی‌گرایانه است. با توجه به آن که افسردگی، ناتوان کننده و غالباً مزمن و عود کننده است، شناخت عوامل خطرزا و مداخله زودهنگام در آن اهمیت دارد (دوان[13]، ۲۰۱۸). در سال‌های اخیر مطالعه الگوهای تفکر در اختلالات افسردگی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از این الگوهای تفکر، نشخوار فکری[14] است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (بارناد[15]، ۲۰۱۱).

نشخوار فکری عبارت است از فرایند تکرار شونده و غالباً اجتناب ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه‌های گذشته، که

[1]- Depression
[2]- Vos, Allen, Arora, Barber, Bhutta & Brown
[3]- Lim, Tee, Pan & Lim
[4]- Mak, Tang, Chan, Cheak & Damage
[5]- Adamu
[6]- Diagnostic and statistical manual of mental disorders
[7]- Chronic major depressive disorder
[8]- Dysthymic disorder
[9]- Double depression
[10]- Major depressive disorder with poor interepisodic recovery
[11]- Rabon
[12]- DeJong
[13]- Douven
[14]- Intellectual rumination
[15]- Barnard

اغلب با افکار منفی در رابطه است و مانع از شیوه‌های حل مسئله به شیوه سازگارانه می‌شود (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰). نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف می‌شود که گِرد یک موضوع معمول دور می‌زند. مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین افکار نشخواری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند (نولن هوکسما، ماررو[1] و فریدریکسون[2]، ۱۹۹۶). ۱۹۹۶). با وجود این، رابطه افکار نشخواری با افسردگی نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم نشخوار فکری بوده است (پاپاگئورگیو و ولز، ۲۰۰۴). نولن هوکسما در نظریه سبک‌های پاسخ (۱۹۹۶) به تبیین مفهوم نشخوار فکری در افسردگی پرداخته است. در نظریه سبک‌های پاسخ[3]، تأثیر دو نوع سبک پاسخی، نشخواری و منحرف‌کننده حواس در خلق افسرده با یکدیگر مقایسه شده‌اند. چن[4] (۲۰۱۳) دریافت که یک رابطه مثبت معناداری بین نشخوار فکری و افسردگی در افراد وجود دارد (آقایوسفی، خاربو و حاتمی، ۱۳۹۳). وقتی فرد در نشخوار فکری غرق می‌شود، احساس می‌کند که دچار وضعیت غیر قابل کنترل شده که خطرناک است؛ یعنی باورهای منفی در مورد نشخوار فکری به وجود می‌آید و منجر به افسرده شدن فرد می‌شود. بر اساس این مدل برای کاهش افسردگی بایستی ابتدا با باورهای فراشناختی منفی مثل غیر قابل‌کنترل بودن نشخوار فکری مقابل کرد و سپس باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری را به چالش کشید؛ زیرا توجه بیش از حد فرد به درون خود و فاصله گرفتن از بیرون موجب تکرار افکار منفی به خصوص در مورد گذشت می‌شود و فرد را در حالت خلق منفی قرار می‌دهد و این وضعیت باعث پایداری افسردگی می‌شود (رایس[5]، ۲۰۱۰). با توجه به رابطه نشخوار فکری با افسردگی پاپاگئورگیو و ولز (۲۰۰۴) پیشنهاد می‌کنند باید مقدمه درمان شناختی، درمان فراشناختی باشد و در آن باورهای منفی و مثبت پیرامون نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد، سپس از طریق آموزش توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا گردد (پاپاگئورگیو و ولز، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از متغیرهایی که در ارتباط با افسردگی مورد توجه قرار گرفته، شفقت به خود[6] است. نف[7] و داهم (۲۰۱۵)، شفقت بر خود را به عنوان یک شیوه پاسخ دهی مطلوب به شکست‌ها و پریشانی‌ها توصیف کرد که مهربانی معطوف به خود را به هنگام مواجهه با پریشانی (خود- مهربانی در برابر خود- قضاوتی)، درک این که افراد در تجربه دشواری‌ها تنها نیستند تجربه مشترک بشری در برابر انزوای ادراک شده) و توجه و دقت به هر احساس پریشان کننده‌ای بدون گم شدن در آن (ذهن آگاهی در برابر همانندسازی بیش از حد)، به عنوان مؤلفه‌های دو بخشی که ارتباط درونی با هم دارند، در نظر می‌گیرد و از سوی دیگر این ویژگی‌ها بی‌ارتباط با ویژگی‌های شخصیت نمی‌توانند باشند (نف و داهم، ۲۰۱۵). هافمن، گروسمان و هینتن[8] در پژوهشی نشان دادند که توسعه‌ی شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی افراد از جمله افسردگی، اضطراب و استرس کمک شایان توجهی کرده است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین تحقیقات دیگری

[1]- Morrow
[2]- Fredrickson
[3]- Response Style Theory
[4]- Chena
[5]- Raes
[6]- Compassion for yourself
[7]- Neff & Dahm
[8]- Hoffmann, Grossman & Hinton

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

نشان دادند که شفقت به خود به طور مثبت با سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی رابطه دارد. به طور مثال سطوح بالاتری از شفقت به خود با رضایت بیشتر زندگی، پذیرش مشکلات، هوش هیجانی، ارتباط اجتماعی بهتر همراه است و از سوی مقابل سطوح پایین آن با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، شرم، انتقاد از خود، ترس از شکست همراه است (فراری، یاپ، اسکوت، اینستین و کیاروچی[1]، ۲۰۱۸). در این راستا کریگر، برگر و هالفورث[2] (۲۰۱۶) در تحقیقی که در آن به بررسی رابطه شفقت به خود و افسردگی پرداختند، نشان دادند که عدم شفقت ورزی فرد به خود می تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی عمل کند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۶). کریگر، آلتنستین، بیتیج، دیوریج و هالفورث[3] (۲۰۱۳) نشان دادند که افراد افسرده سطوح پایین‌تری از شفقت به خود را نسبت به افراد غیر افسرده دارا هستند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۳). از این‌رو، با توجه به آنچه که گفته شد شناسایی متغیرهایی که زمینه‌ی بروز یا پیشگیری از افسردگی را فراهم می‌نماید می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از ابتلا افراد به افسردگی مزمن داشته باشد. از این‌رو با توجه به مطالعات انجام شده کمتر به بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار فکری در پیش‌بینی افسردگی مزمن پرداخته است؛ پژوهش حاضر، با هدف بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی–تحلیلی و مقطعی بوده و جامعه پژوهش، افراد با تشخیص افسردگی مزمن بودند که به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال‌های ۹۷- ۱۳۹۶، مراجعه کرده و توسط روان‌پزشک شناسایی شدند. در مجموع ۳۶۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد، ۶۰ نفر از آن‌ها دچار ریزش شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به این صورت که به وسیله تبلیغات انجام شده، ابتدا این افراد پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل نمودند و بعد از کسب نمره در سطح افسردگی متوسط به بالا (حداقل نمره ۲۰) و انجام مصاحبه روان‌پزشکی توسط یکی از نویسندگان اصلی این مقاله و دریافت تشخیص افسردگی مزمن و دارا بودن شرایط سنی بالای ۱۵ سال، اقدام به تکمیل مقیاس‌های شفقت به خود، نشخوار ذهنی و افسردگی نمودند. شرکت در پژوهش برای آزمودنی‌ها داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود و راهنمایی‌های لازم برای آنان هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها، ارائه گردید. به منظور تحلیل یافته‌ها و داده‌های آماری از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. به منظور بررسی بهنجار بودن داده‌ها، آزمون کولموگروف- اسمیرنوف انجام شد و مفروضه‌ی بهنجاری داده‌ها تأیید شد. همچنین به‌وسیله نرم افزار SPSS۲۱، مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

مقیاس افسردگی بک[4] (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک که شامل ۲۱ گروه سؤال است، در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف[5] تدوین شد. این پرسشنامه شدت علائم افسردگی را می‌سنجد. هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه

[1]- Ferrari, Yap, Scott, Einstein & Ciarrochi
[2]- Krieger, Berger& Holtforth
[3]- Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth
[4]- Beck depression inventory
[5]- Aaron Beck

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. نمره صفر نشان دهنده پائین‌ترین میزان و نمره ۳ نشان‌دهنده بالاترین میزان شدت تجربه یک نشانه افسردگی است. جمع نمرات هر پرسشنامه می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. این پرسشنامه قابل استفاده برای افراد ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برشی برای آن تعیین شده است: افسردگی جزئی، نمره ۰ تا ۱۳؛ افسردگی خفیف، نمره ۱۴ تا ۱۹؛ افسردگی متوسط، ۲۰ تا ۲۸؛ افسردگی شدید، ۲۹ تا ۶۳. این مقیاس از پایایی درونی و ثبات باز آزمایی بالایی برخوردار بوده است. برای بررسی نتایج، آزمونگر باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است، با یکدیگر جمع کند. باید یادآور شد که فقط یک جمله از هر ماده که بالاترین ارزش را دارد، مورد قبول در محاسبات است. جمع نمرات از ۰ تا ۶۲ می‌تواند نوسان داشته باشد، نمره منفی منظور نمی‌گردد. این درجات در تشخیص افسردگی پیشنهاد شده است (بک، شاو، راش و کاگنیتیو[1]، ۱۹۸۸). کاپسی، یوزلا، تورکساپر و کاروگلان[2] (۲۰۱۸) در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیر بالینی و بالینی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۴ و ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش برزگری دهج، جهانداری، محمودپور و نادری (۱۳۹۷) پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۸٪ به دست آمد. برای بررسیروایی نیز ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج نشان داد تمام سؤال‌ها با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی معناداری دارند. ضرایب همبستگی بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۵ متغیر بود. نمره زیرمقیاس‌ها با نمره کل آزمون برای زیرمقیاس‌های موفقیت و وابستگی و خودکنترلی، ۰/۵۳ و ۰/۶۰ و ۰/۵۷ حاصل شد. در مجموع پایایی و روایی این مقیاس در حد متوسط ارزیابی شد (برزگری دهج و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس شفقت بر خود[3] (SCS): این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که توسط نف (۲۰۰۳) به منظور سنجش میزان خود شفقت ورزی ساخته شده است. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و به منظور سنجش ۳ مؤلفه دوبُعدی این سازه یعنی خود مهربانی (۵ گویه)/ خود- قضاوتی (۵ گویه)، تجربه مشترک بشری (۴ گویه)، انزوای ادراک شده (۴ گویه) و ذهن آگاهی (۴ گویه)، همانندسازی بیش از حد (۴ گویه) طراحی شده است. به صورت لیکرت ۵نمره‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره‌گذاری می‌شود. میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره‌ی کلی شفقت بر خود حاصل می‌شود. خرده مقیاس‌های منفی یعنی خود–قضاوتی، انزوای ادراک شده و همانندسازی بیش‌ازحد، بر عکس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۰). این مقیاس از پایایی درونی و ثبات بازآزمایی بالایی برخوردار بوده است (بری، کوالسکی، فرگوسن و مکهوگ[4]، ۲۰۱۰).

پژوهش انجام شده توسط نف (۲۰۱۵)، پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ کلی به دست آمد. همچنین هر کدام از زیر مقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی باز آزمایی به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی دارد (نف و همکاران، ۲۰۱۵). در

[1]- Beck, Shaw, Rush & Cognitive
[2]- Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan
[3]- Self-compassion
[4]- Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

تحقیق مؤمنی، شهیدی، موتایی و حیدری (۱۳۹۲) همسانی درونی مقیاس خود شفقت ورزی برحسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب همبستگی ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز، حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۲).

مقیاس پاسخ نشخوار ذهنی[1](RRS): این مقیاس توسط نولن- هوکسما و مارو[2] (۱۹۹۶) ساخته شده است. ۲۲ ماده دارد و به ۲ زیرمقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس، تقسیم می‌شود (۱۷). در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» قرار می‌گیرد. دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمرات بالاتر با نشخوار فکری بالاتر همراه است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (۱۷ و ۱۳). در پژوهش برزگری دهج و همکاران (۱۳۹۷) در طول سه هفته همسانی درونی و پایایی آزمون-باز آزمون به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۷۰ به دست آمد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد همبستگی باز آزمایی برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است (لیومنت[3]، ۲۰۱۴). باقری نژاد و همکاران برای نخستین بار این مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردند (باقر زاده و صالحی فرهادی و طباطبایی، ۲۰۱۰). آن‌ها پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی، همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج حاکی از آن است که تمام سؤال‌ها با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی معناداری دارند. ضرایب همبستگی بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۲ متغیر بود. در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل شفقت به خود ۰/۹۴۹، مهربانی با خود ۰/۷۱۸، قضاوت در مورد خود ۰/۷۹۸، اشتراکات انسانی ۰/۶۸۰، انزوا ۰/۷۵۹، ذهن آگاهی ۰/۷۸۳ و همانندسازی ۰/۷۳۳، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل نشخوار فکری ۰/۸۱۵، پاسخ‌های نشخواری ۰/۷۵۴ و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس ۰/۷۴۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۷۲ است.

یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد که از بین اعضای نمونه ۵۶/۷٪ مرد و ۴۳/۳ زن می‌باشند. ۵۸/۳٪ مجرد و ۴۱/۷ متأهل می‌باشند، ۱۷/۷ دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۲/۳ دارای مدرک تحصیلی کاردانی، ۳۵/۰ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۲۵٪ دارای تحصیلات کارشناسی ارشد می‌باشند. وضعیت سنی پاسخگویان نشان داد که ۴۸/۳٪ کمتر از ۳۰ سال سن دارند، ۳۴/۷ بین ۴۰-۳۱ سال، ۸/۰ بین ۵۰-۴۱ سال و ۹/۰ بیشتر از ۵۰ سال سن دارند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد شفقت به خود، نشخوار فکری و افسردگی مزمن را نشان می‌دهد.

[1]- Ruminative response scale
[2]- Nolen-Hoeksema & Morrow
[3]- Luminet

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق در بین افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
مهربانی با خود	۱۵/۰۱	۵/۱۱
قضاوت در مورد خود	۱۵/۲۶	۵/۲۵
اشتراکات انسانی	۱۲/۳۶	۴/۰۳
انزوا	۱۲/۳۵	۴/۲۵
ذهن آگاهی	۱۲/۳۴	۴/۴۸
همانندسازی	۱۲/۶۹	۴/۰۱
شفقت به خود	۸۰/۰۳	۲۴/۴۸
پاسخ های نشخواری	۲۶/۰	۵/۸۰
پاسخ های منحرف کننده حواس	۲۵/۳۷	۵/۰۹
نشخوار فکری	۵۱/۳۵	۸/۸۰
افسردگی	۵۲/۴۶	۸/۵۲

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد شفقت به خود ۵/۱۱±۱۵/۰۱، میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری ۸/۸۰±۵۱/۳۵ و میانگین و انحراف استاندارد افسردگی مزمن ۸/۵۲±۵۲/۴۶ است. برای بررسی هدف پژوهش، درباره‌ی نقش شفقت به خود و نشخوار فکری در پیش‌بینی افسردگی مزمن، از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شده تا بدین سؤال پاسخ داده شود که آیا بین شفقت بر خود و نشخوار فکری با افسردگی مزمن رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ و متغیرهای شفقت بر خود و نشخوار فکری می‌توانند افزایش در میزان افسردگی مزمن را پیش‌بینی کنند؟ قبل از استنباط‌های آماری، به منظور بررسی بهنجار بودن داده‌ها، آزمون کولموگروف- اسمیرنوف انجام و مفروضه‌ی بهنجاری داده‌ها تأیید شد. جدول ۲ میزان همبستگی بین شفقت به خود و خرده مقیاس‌های آن را با افسردگی مزمن را نشان می‌دهد.

جدول ۲ تعیین میزان همبستگی شفقت به خود و خرده مقیاس‌های آن با افسردگی مزمن

متغیر	افسردگی	
	ضریب همبستگی	معناداری
مهربانی با خود	-۰/۴۸۲	۰/۰۰۴
قضاوت در مورد خود	۰/۵۱۱	۰/۰۰۸
اشتراکات انسانی	-۰/۷۹۰	۰/۰۰۳
انزوا	۰/۵۴۲	۰/۰۰۴
ذهن آگاهی	-۰/۴۵۷	۰/۰۰۰
همانندسازی	۰/۵۵۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

شفقت به خود	-۰/۴۹۰	۰/۰۰۰

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین شفقت بر خود و ابعاد آن با افسردگی مزمن رابطه‌ی معناداری وجود دارد. بدین صورت که از بین خرده مقیاس‌های شفقت به خود، مهربانی با خود (r=-۰/۴۸۲)، اشتراکات انسانی (r=-۰/۷۹۰) و ذهن آگاهی (r=-۰/۵۴۷) با افسردگی مزمن رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و بین خرده مقیاس‌های قضاوت در مورد خود (r=۰/۵۱۱)، انزوا (r=۰/۵۴۲) و همانندسازی (r=۰/۵۵۰) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بین شفقت بر خود با افسردگی رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و ضریب همبستگی بین شفقت بر خود با افسردگی مزمن (-۰/۴۹۹) است. مدل رگرسیون انجام شده برای آزمون فرضیه اول پژوهش، یک مجموعه از پیش‌بینی کننده‌ها را در یک گام شامل شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ قابل مشاهده است. جدول ۳ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام افسردگی مزمن برحسب ابعاد متغیر شفقت بر خود را نشان می‌دهد.

جدول ۳ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام افسردگی مزمن برحسب ابعاد متغیر شفقت بر خود

گام‌ها	متغیرها		B	ضریب بتا	خطای استاندارد		سطح معناداری
۱	**اشتراکات انسانی**	۰/۱۷	-۰/۲۷۸	۰/۱۲۱	-۰/۱۳۱	-۲/۲۸۸	۰/۰۰۰

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد متغیر اشتراکات انسانی، متغیری بود که وارد تحلیل رگرسیون شد و اثر آن بر میزان افسردگی محاسبه شد؛ که این متغیر ۱/۷ از تغییرات در واریانس افسردگی مزمن را محاسبه کرد. جدول ۴ میزان همبستگی بین نشخوار فکری و خرده مقیاس‌های آن را با افسردگی مزمن را نشان می‌دهد.

جدول ٤ تعیین میزان همبستگی نشخوار فکر ده و خرده مقیاس‌های آن با افسردگی مزمن

متغیر	افسردگی	
	ضریب همبستگی	معناداری
پاسخ های نشخواری	۰/۲۷۷	۰/۰۰۲
پاسخ های منحرف کننده حواس	۰/۳۱۵	۰/۰۰۰
نشخوار فکری	۰/۲۹۹	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین نشخوار فکری (r=۰/۲۹۹) و خرده مقیاس‌های آن یعنی پاسخ‌های نشخواری (r=۰/۲۷۷) و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (r=۰/۳۱۵) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. جدول ۵ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به‌گام افسردگی مزمن برحسب ابعاد متغیر نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

جدول ۵ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به‌گام افسردگی مزمن برحسب ابعاد متغیر نشخوار فکری

گام‌ها	متغیرها		B	ضریب بتا	خطای استاندارد	t	سطح معناداری
۱	پاسخ های منحرف کننده حواس	۰/۰۹۹	۰/۵۲۷	۰/۰۹۲	۰/۳۱۵	۵/۷۲۴	۰/۰۰۰

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گام به‌گام در مورد قدرت پیش‌بینی افسردگی توسط خرده مقیاس‌های نشخوار فکری را نشان می‌دهد که از بین این دو خرده مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس به تنهایی ۹/۹ افسردگی مزمن را پیش‌بینی می‌کند. جدول ۶ پیش‌بینی افسردگی مزمن بر اساس دو متغیر شفقت به خود و نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

جدول ٦ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به‌گام افسردگی مزمن بر حسب شفقت به خود و نشخوار فکری

گام‌ها	متغیرها		B	ضریب بتا	خطای استاندارد	t	سطح معناداری
۱	نشخوار فکری	۰/۰۸۹	۰/۲۹۰	۰/۲۹۹	۰/۰۵۴	۵/۴۰۳	۰/۰۰۰

جدول ۶ نتایج تحلیل رگرسیون گام به‌گام در مورد قدرت پیش‌بینی افسردگی توسط دو متغیر شفقت به خود و نشخوار فکری را نشان می‌دهد که از بین این دو متغیر نشخوار فکری به تنهایی ۸/۹ افسردگی مزمن را پیش‌بینی می‌کند.

بحث

هدف عمده مطالعه حاضر، بررسی نقش شفقت بر خود و نشخوار فکری در پیش‌بینی افسردگی در یک نمونه افراد با تشخیص افسردگی مزمن بودند که به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶، مراجعه می‌کردند، بود. اولین فرضیه پژوهش این بود که شفقت به خود و خرده مقیاس‌های آن یعنی بین مهربانی با خود؛ قضاوت در مورد خود؛ اشتراکات انسانی؛ انزوا؛ ذهن آگاهی و همانندسازی با افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش فرضیه اول را تأیید کرد. به طوری که از بین خرده مقیاس‌های شفقت به خود، مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی با افسردگی رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و بین خرده مقیاس‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و همانندسازی با افسردگی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بین شفقت به خود با افسردگی رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و این بدان معنی است که شفقت به خود و خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی می‌شوند و خرده مقیاس‌های قضاوت در مورد خود، انزوا و همانند سازی باعث افزایش افسردگی می‌شوند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کریگر و همکاران (۲۰۱۳) که بیان نمودند افراد افسرده سطوح پایین‌تری از شفقت به خود را نسبت به افراد غیر افسرده دارا هستند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۳)، کریگر، برگر و هالفورث (۲۰۱۶) که نشان دادند عدم شفقت ورزی فرد به خود می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

عمل کند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۶)، نف[1] و همکاران (۲۰۰۸) که نشان دادن شفقت به خود بالاتر پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی پایین‌تر است (نف و همکاران، ۲۰۰۸)، پنتو گویا[2] (۲۰۱۷)، گراسر[3] (۲۰۱۶) و بیومونت و مارتین[4] (۲۰۱۵) که نشان دادند شفقت ورزی به خود موجب کاهش افسردگی می‌گردد همسو و هم راستا است (رابون، ۲۰۱۸). در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان نمود شفقت به خود از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدی به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی - روانی عصبی تعبیر و تفسیر شود (براون[5]، ۲۰۱۴). افرادی که خود شفقتی بالایی دارند رنج‌های اجتناب ناپذیری که کمابیش در همه افراد تجربه می‌شود را به شیوه‌های ناکارآمد خودمحکوم‌یازی، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌های منفی شدت نمی‌بخشند. همچنین در شرایط سخت روانی این افراد به این موضوع توجه دارند که دچار خطا و اشتباه و حتی شکست می‌شوند. این آگاهی باعث می‌شود که بپذیرند فعالیت‌هایشان الزاماً کامل نیست؛ در نهایت این درک احساس مشترک بین انسان‌ها از منزوی شدن آن‌ها جلوگیری می‌کند و پیوندهای اجتماعی آن‌ها را گسترش می‌دهد که این به نوبه خود باعث تسکین خلق منفی و افسردگی می‌شود.

ذهن آگاهی که خود، متمرکز کردن توجه در زمان حال و مشاهده پذیرش افکار و احساسات بدون قضاوت را شامل می‌شود یکی از مؤلفه‌های اصلی خود شفقتی به شمار می‌رود که سبب می‌شود پذیرش و گشودگی افراد نسبت به تجارب ناخوشایند افزایش یابد. به علاوه مؤلفه‌های خود شفقتی با ایجاد گسلش شناختی باعث می‌شود که فرد به جای یکسان دانستن خود با افکار تکرار شونده، بدون هر گونه قضاوت به مشاهده آن‌ها بپردازد و از درگیر شدن و کنترل آن‌ها پرهیز کند. دلسوزی پایین به خود با خود انتقادی و خود محکوم‌سازی همراه می‌شود و عدم بخشش خود و دیگران نیز منجر به نشخوار گری ذهنی شده، علائم افسردگی را تداعی می‌کند. از بسیاری جهات شفقت به خود می‌تواند یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته شود (تیلور[6]، ۲۰۱۷). از آنجا که شفقت به خود، نیازمند آگاهی به هشیارانه از هیجانات خود است دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شوند؛ بنابراین، هیجانات منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد افسرده فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را، به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند. همچنین شفقت به خود به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند ؛ بنابراین، به کاهش اجتناب از هیجانات منفی در افراد منجر می‌شود (گیلبرت[7]، ۲۰۰۸).

دومین فرضیه پژوهش این بود که بین نشخوار فکری و خرده مقیاس‌های آن یعنی پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس با افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش فرضیه دوم را تأیید کرد. به طوری که بین نشخوار فکری و خرده مقیاس‌های آن یعنی پاسخ‌های منحرف کننده حواس و

[1]- Neff
[2]- Pento goya
[3]- Grasser
[4]- Biomonet & Martin
[5]- Brown
[6]- Taylor
[7]- Gilbert

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

پاسخ‌های نشخواری رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد و این بدین معنی است که با افزایش نشخوار فکری و خرده مقیاس‌های آن یعنی پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف کننده حواس افسردگی نیز افزایش می‌یابد.

نشخوار فکری توانست میزان معناداری از تغییر در افسردگی را پیش‌بینی کند. نتایج پژوهش، یافته‌های پیشین (برای نمونه، مولدز، کاندریس، استار و وانگ[1]، ۲۰۰۷) در مورد رابطه نشخوار فکری و افسردگی را تأیید می‌کند (مولدز و همکاران، ۲۰۰۷)؛ به عبارت دیگر، با وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، نشخوار فکری توانسته است، میزان افسردگی را پیش‌بینی کند. پیش از این نیز، رابطه نشخوار فکری و افسردگی در نمونه هایی غیر از جامعه آمریکا نیز نشان داده شده است. برای نمونه، مقیاس پاسخ‌های نشخواری به زبان آلمانی (کهنر[2]، وبر[3]،۱۹۹۱)؛ ژاپنی (ایتو[4]، اگری[5]۲۰۰۲)؛ و هلندی (ریس[6]، هرمن[7] و الن[8]، ۲۰۰۳؛ به نقل از نولن هوکسما و و همکاران، ۲۰۰۸) ترجمه شده و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفت. نولن هوکسما، ویسکو[9] ویسکو[9] و لیوبومیرسکی[10] (۲۰۰۸) با نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند، با کنترل سایر متغیرهای سهیم در افسردگی، افرادی که از سبک پاسخی نشخواری استفاده می‌کنند، بیشتر احتمال دارد در آینده، به یک دوره بالینی افسردگی مبتلا شوند و اختلال افسردگی وخیم‌تر شود (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت وقتی فرد در نشخوار فکری غرق می‌شود، احساس می‌کند که دچار وضعیت غیرقابل‌کنترلی شده که خطرناک است، یعنی باورهای منفی در مورد نشخوار فکری به وجود می‌آید و منجر به افسرده شدن فرد می‌شود. در اینجا فرد در رویارویی با رویدادهای منفی و رایج زندگی، به جای تعدیل‌کردن افکار غیرمنطقی خود و فراگیری راهبرد مسأله‌مدار، سعی می‌کند به پیامدهای باورها و نگرش‌های ناکارآمد خود متمرکز شود. در این صورت یا بر خود متمرکز می‌شود (فکر می‌کند که چرا مشکلاتی دارد که دیگران ندارند، یا چرا نمی‌تواند بهتر به اداره‌کردن امور بپردازد)، یا بر علائم منفی خُلق خود متمرکز می‌شود (فکر می‌کند تمرکز کردن دشوار است و احساس دردمندی و حذف ناتوانی می‌کند) و یا بر علل و پیامدهای احتمالی خُلق منفی متمرکز می‌شود (فکر می‌کند اگر در همین حالت باقی بماند، نمی‌تواند وظایفش را انجام دهد). حذف این‌ها موجب انزوای بیشتر فرد، انتقاد از خود، مرور احساسات ناشی از مشکل، نگرانی درباره حل نشدن مشکل، کاهش قدرت سازگاری، تجربه استرس بیشتر و از دست دادن انگیزه عمل و توانایی حل مسئله شده و در نتیجه فرد دچار افسردگی می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن است. این یافته می‌تواند تبیین و سبب‌شناسی نشانه‌های افسردگی را با توجه به متغیرهای آسیب‌پذیری شناختی تسهیل کند؛ مانند سایر پژوهش‌ها این پژوهش نیز خالی از محدودیت نبود. استفاده از روش خود گزارش دهی مانند پرسشنامه ممکن است با سوگیری همراه باشد و اطلاعات دقیقی

[1]- Moulds, Kandris, Starr & Wong
[2]- Kuehner
[3]- Weber
[4]- Ito
[5]- Agari
[6]- Raes
[7]- Hermans
[8]- Eelen
[9]- Wisco
[10]- Lyubomirsky

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

ارائه ندهد؛ بنابراین، بهتر است در پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی جهت گردآوری داده‌ها استفاده شود. علاوه بر این نتایج حاصل این پژوهش حاصل مطالعه‌ی گروهی از بیماران دارای افسردگی بوده است و تعمیم آن به سایر بیماران، نیازمند پژوهش در همان موقعیت‌ها است. با توجه به نتایج به دست‌آمده از پژوهش پیشنهاد می‌شود که در مواردی که افسردگی در افراد شدید است از درمان متمرکز بر شفقت به خود و برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت مدیریت نشخوار فکری استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطق دیگر کشور هم انجام و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر افسردگی را مورد مطالعه و بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

به منظور رعایت موازین اخلاقی، شرکت‌کنندگان از شرایط پژوهش آگاه شدند و از آن‌ها رضایت آگاهانه و کتبی پیش از شروع کار گرفته شد. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش بعد از اجرای طرح به منظور دریافت درمان‌های تکمیلی به روان‌پزشک یا روان‌شناس، در صورت لزوم، ارجاع داده شدند. این پژوهش، به تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (IR.KUMS.REC.1398.085) رسید.

References

Adamu AF, Adinew YM. (2018). Domestic Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Ethiopian Women: Facility Based Study. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 14:109.

Agha Yousefi A, Kharboo A, Hatami H. (2014). The role of rumination in mental well-being and anxiety in the spouses of cancer patients in Qom province, Health Psychology, 14,. 97-79. (In Persian)

Azizi A, Mohammadkhani P, Lotfi S, Bahramkhani M. (2013). The validity and reliability of the Iranian version of the Self-Compassion Scale. Practice in Clinical Psychology, 1(3):149-55.

Bagherinezhad M, Salehi Fadradi J, Tabataba'i M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students, Studies in Education & Psychology, 11(1):21-38. (In Persian)

Barnard LK, Curry JF. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. Review of general psychology, 15(4):289.

Barzegari Dehj A, Jahandari P, Mahmoudpour A, Naderi R. (2018). The mediating role of self-care in the relationship between rumination and depression in veterans with post-traumatic stress disorder, Nurse and Physician Quarterly In War, 19(6), 40-32. (In Persian)

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF. (1988). Cognitive Therapy of Depression, John Wiley & Sons.

Beck AT. (1961). Beck depression inventory-II. San Antonio, 78(2), 490-8.

Berry KA, Kowalski KC, Ferguson J, McHugh TLF. (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body self-compassion. Qualitative research in sport and exercise, 2(3), 293-312.

Besharat MA, Shahidi S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. International Journal of Psychology.

Brown KW. (2014). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being, Journal of personality and social psychology, 84(4), 822.

DeJong H, Fox E, Stein A. (2016). Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model. Behaviour research and therapy, 82:38-49.

Douven E, Staals J, Schievink SH, Van Oostenbrugge RJ, Verhey FR, Wetzels-Meertens S. (2018). Personality traits and course of symptoms of depression and apathy after stroke: Results of

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

the CASPER study. Journal of Psychosomatic Research. 111:69-75.

Ferrari M, Yap K, Scott N, Einstein DA, Ciarrochi J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. PloS one, 13(2):e0192022.

Gilbert P, Irons C. (2008). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking, Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy, 263-325.

Hoffmann SG, Grossman P, Hinton DE. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. Clinical Psychology Review, 13, 1126–1132. doi:10.

Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, & Karaoglan A. (2018). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, Depression and Anxiety, 25, 104–110.

Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Behavior therapy, 44(3), 13-50.

Krieger T, Berger T, Grosse Holtforth M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. Journal of affective disorders, 39: 45-202.

Lim VZ, Ho RC, Tee SI, Ho MS, Pan JY, Lim YL. (2016). Anxiety and depression in patients with atopic dermatitis in a Southeast Asian tertiary dermatological centre. Ann Acad Med Singapore, 45(10):451-5.

Luminet O. (2014). Measurement of depressive rumination and associated constructs. In Papageorgiou C, Wells A, editors. Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment. New York: Wiley & Sons.

Mak A, Tang CS-K, Chan M-F, Cheak AA-C, Ho RC-M. (2011). Damage accrual, cumulative glucocorticoid dose and depression predict anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. Clinical rheumatology, 30(6):795-803.

Momeni F, Shahidi S, Motaei F, Heidari M. (2013). Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-Compassion Scale, Contemporary Psychology, Volume 8, Number 2, 40-27. (In Persian)

Moulds MC, Kandris E, Starr S, Wong ACM. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. Behaviour research and therapy, 45, 251- 261.

Neff KD, Dahm KA. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness Handbook of mindfulness and self-regulation. 121-137.

Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. (2003). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. Journal of Cross-Cultural Psychology, 39(3), 267-285.

Neff KD. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and identity, 2(3), 223-50.

Nezamipour E, Zarghami Haji M, Abdolmanafi A. (2014). The moderating role of problem solving methods in the relationship between rumination and depression in students, Clinical Psychology and Personality, 22(12), 15-24. (In Persian)

Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. (1996). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. Journal of Abnormal Psychology, 102, 20-28.

Nolen-Hoeksema S, Morrow J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. Cognition and Emotion, 7,561-570.

Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. (2008). Rethinking Rumination. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400- 424.

Noorbala F, Borjali A, Noorbala A. (2013). The interactive effect of "self-compassion" and rumination of depressed patients in "compassion-based therapy", Daneshvar-e-Madeshi, 20(104), 84- 77. (In Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]

Papageorgiou C, Wells A. (2004). Depressive rumination: Nature, theory ,and treatment, New York: Wiley.

Rabon Kelliher J, Sirois FM, Hirsch JK. (2018). Self-compassion and suicidal behavior in college students: Serial indirect effects via depression and wellness behaviors. Journal of American college health, 66(2):114-22.

Raes F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Personality and Individual Differences, 48(6):757-61.

Taylor MK, Beckerley SE, Henniger NE, Hernandez LM, Larson GE, Granger DA. (2017). A genetic risk factor for major depression and suicidal ideation is mitigated by physical activity. Psychiatry research, 249:304-6.

Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet. 2016;388(10053):1545-602.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.7.2]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.15]