

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

Samad Khoramniya¹, Ali Akbar Foroughi², Gofam Goodarzi¹, Mehrdad Bahari Babadi³, Amir Abbas Taheri¹

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>

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

صادم خرم نیا^۱، علی اکبر فروغی^۲، گلfram 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 (مؤلف مسئول). ایمیل: foroughi_2002@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷

چکیده

مقدمه: افسردگی، اختلالی شایع است که با حالات هیجانی منفی همراه است. در سال‌های اخیر، تأکید عمدۀ روی شناسایی عوامل خطر و مکانیسم‌های در گیر 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 ۹۶-۹۷، 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 پرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام و نرم‌افزار SPSS ۲۱، 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 منحرف کننده 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 می‌باشد. 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

افسردگی اساسی^۹ (افسردگی مضاعف)، ۲- اختلال افسردگی اساسی بدون بهبودی کامل^{۱۰} (رایون^{۱۱}، ۲۰۱۸). افسردگی به عنوان بیماری سرما خوردگی در میان اختلالات روان‌پزشکی لقب گرفته است (دیجونگ^{۱۲}، ۲۰۱۶). این استعاره به شیوع گسترشده 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 تمايلات خودکشی نیز شایع هستند (نوربالا، برجعلی و نوربالا، ۱۳۹۲). آشفته کننده ترین علامت افسردگی که به صورت بالقوه مهلک ترین آن‌ها نیز است، گرایش به ایده‌ها و رفتارهای خودکشی گرایانه 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^{۱۳}، 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^{۱۴} است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (بارناد^{۱۵}، ۲۰۱۱).

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

مقدمه

افسردگی^۱، 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. (ظامی‌پور، 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^۲، 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^۳، ۲۰۱۶ و ماک، تانگ، چان، چیک و داماچ^۴، ۲۰۱۳).

هر چند افسردگی تا حدود زیادی قابل درمان است؛ اما حدود ۲۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی اساسی، به افسردگی مزمن چار می‌شوند (آدیمو^۵، 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^۶ افسردگی مزمن را به دو شکل کلی تقسیم می‌کند: ۱- نوع مزمن اختلال افسردگی اساسی^۷ و ۲- اختلال افسرده خوبی^۸. دو شکل فرعی‌تر آن نیز شناخته شده است که عبارت از: ۱- اختلال افسرده خوبی به همراه اختلال

⁹- Double depression

¹⁰- Major depressive disorder with poor interepisodic recovery

¹¹- Rabon

¹²- DeJong

¹³- Douven

¹⁴- Intellectual rumination

¹⁵- Barnard

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

می دهد و این وضعیت باعث پایداری افسردگی می شود (رایس^۵، ۲۰۱۰). با توجه به رابطه نشخوار فکری با افسردگی پاپاگنورگیو و ولز (۲۰۰۴) پیشنهاد می کنند 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 می شود تا نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان های رایج شناختی اجرا گردد (پاپاگنورگیو و ولز، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از متغیرهایی که در ارتباط با افسردگی مورد توجه قرار گرفته، شفقت به خود^۶ است. نف^۷ و داهم (۲۰۱۵)، شفقت بر خود را به عنوان یک شیوه پاسخ دهی مطلوب به شکست ها و پریشانی ها توصیف کرد که مهربانی معطوف به خود را به هنگام مواجهه با پریشانی (خود- مهربانی در برابر خود- قضاوتی)، در ک این که افراد در تجربه دشواری ها تنها نیستند تجربه مشترک بشری در برابر انزوای ادراک شده) و توجه و دقت به هر احساس پریشان کننده ای بدون گم شدن در آن (ذهن آگاهی در برابر همانندسازی بیش از حد)، به عنوان مؤلفه های دو بخشی که ارتباط درونی با هم دارند، در نظر می گیرد و از سوی دیگر این ویژگی ها بی ارتباط با ویژگی های شخصیت نمی توانند باشند (النف و داهم، ۲۰۱۵). هافمن، گروسمان و هینتن^۸ در پژوهشی نشان دادند که توسعه ای شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روان شناختی افراد از جمله افسردگی، اضطراب و استرس کمک شایان توجهی کرده است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین تحقیقات دیگری

اغلب با افکار منفی در رابطه است و مانع از شیوه های حل مسئله به شیوه سازگارانه می شود (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰). نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده تعریف می شود که گردد یک موضوع معمول دور می زند. مطالعات بسیاری از رابطه تنگاتنگ بین افکار نشخواری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می کند (نولن هو کسما، ماررو^۹ و فریدریکسون، ۱۹۹۶). با وجود این، رابطه افکار نشخواری با افسردگی نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم نشخوار فکری بوده است (پاپاگنورگیو و ولز، ۲۰۰۴). نولن هو کسما در نظریه سبک های پاسخ (۱۹۹۶) به تبیین مفهوم نشخوار فکری در افسردگی پرداخته است. در نظریه سبک های پاسخ^{۱۰}، تأثیر دو نوع سبک پاسخی، نشخواری و منحرف کننده حواس در خلق افسرده با یکدیگر مقایسه شده اند. چن^{۱۱} (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 می شود، احساس می کند که دچار وضعیت غیر قابل کنترل شده که خطرناک است؛ یعنی باورهای منفی در مورد نشخوار فکری به وجود می آید و منجر به افسرده شدن فرد می شود. بر اساس این مدل برای کاهش افسردگی بایستی ابتدا با باورهای فراشناختی منفی مثل غیر قابل کنترل 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 می شود و فرد را در حالت خلق منفی قرار

^۵- Raes^۶- Compassion for yourself^۷- Neff & Dahm^۸- Hoffmann, Grossman & Hinton^۱- Morrow^۲- Fredrickson^۳- Response Style Theory^۴- Chena

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 نویسنده‌گان 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 به وسیله نرم افزار SPSS^{۲۱}، مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

مقیاس افسردگی بک^۴ (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک که شامل ۲۱ گروه سؤال است، در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف^۵ تدوین شد. این پرسشنامه شدت علائم افسردگی را می‌سنجد. هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه

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 مقابله سطوح پایین آن با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، شرم، انتقاد از خود، ترس از شکست همراه است (فاری، یاپ، اسکوت، اینستین و کیاروچی^۱، ۲۰۱۸). در این راستا کریگر، برگر و هالفورث^۲ (۲۰۱۶) در تحقیقی که در آن به بررسی رابطه شفقت به خود و افسردگی پرداختند، نشان دادند که عدم شفقت ورزی فرد به خود می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی عمل کند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۶). کریگر، آلتنتین، بیتیج، دیوریج و هالفورث^۳ (۲۰۱۳) نشان دادند که افراد افسرده سطوح پایین تری 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 ابتلاء 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

¹- Ferrari, Yap, Scott, Einstein & Ciarrochi

²- Krieger, Berger & Holtforth

³- Krieger, Alenstein, Baettig, Doerig & Holtforth

زیرمقیاس‌های موافقیت 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 دهچ و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس شفقت بر خود^۳ (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 دو بعدی 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 ۵ نمره‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره گذاری 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 بیش از حد، بر عکس نمره گذاری می‌شوند (۲۰). این مقیاس از پایایی درونی و ثبات بازآزمایی بالایی برخوردار بوده است (بری، کوالسکی، فرگوسن و مکهوگ^۴، 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 ۰/۸۱ تا ۰/۸۵). 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

تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. نمره صفر نشان دهنده پائین ترین میزان و نمره ۳ نشان دهنده 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 بررشی 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، ۱۹۸۸). کاپسی، یوزلا، تورکسپیر و کاروگلان^۲ (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 ۰/۸۴ و ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آوردن. در پژوهش برزگری دهچ، جهانداری، محمودپور و نادری (۱۳۹۷) پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۸٪ به دست آمد. برای بررسی روایی نیز ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل پرسش نامه محاسبه شد. نتایج نشان داد تمام سؤال‌ها با نمره کل پرسش نامه همبستگی معناداری دارند. ضرایب همبستگی بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۵ متغیر بود. نمره زیر مقیاس‌ها با نمره کل آزمون برای

^۳- Self-compassion

^۴- Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh

^۱- Beck, Shaw, Rush & Cognitive

^۲- Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan

این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل شفقت به خود، ۰/۹۴۹، مهریانی با خود، ۰/۷۱۸، قضاوت در مورد خود، ۰/۷۹۸، استراکات 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 دپلم، 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 ۳۱-۴۰ سال، ۸/۰٪ بین ۴۱-۵۰ 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.

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 معنadar، 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^۱ (RRS): این مقیاس توسط نولن- هوکسما و مارو^۲ (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 بزرگ‌تری دهچ 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 بازآزمایی برای پاسخهای نشخواری ۰/۶۷ است (لیومنت، ۲۰۱۴). باقری نژاد و همکاران برای نخستین بار این مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردند (باقرزاده 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 معنadarی دارند. ضرایب همبستگی بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۲ متغیر بود. در

¹- Ruminative response scale

²- Nolen-Hoeksema & Morrow

³- Luminet

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
قضاؤت در مورد خود	۱۵/۲۶	۵/۲۵
اشتراکات انسانی	۱۲/۳۶	۴/۰۳
ازوا	۱۲/۳۵	۴/۲۵
ذهن آگاهی	۱۲/۳۴	۴/۴۸
همانندسازی	۱۲/۶۹	۴/۰۱
شفقت به خود	۸۰/۰۳	۲۴/۴۸
پاسخ‌های نشخواری	۲۶/۰	۵/۸۰
پاسخ‌های منحرف کننده حواس	۲۵/۳۷	۵/۰۹
نشخوار فکری	۵۱/۳۵	۸/۸۰
افسردگی	۵۲/۴۶	۸/۵۲

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.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد شفقت به خود $۱۵/۰۱ \pm ۵/۱۱$ ، میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری $۵۱/۳۵ \pm ۸/۸۰$ و میانگین و انحراف استاندارد افسردگی مزمن $۵۲/۴۶ \pm ۸/۵۲$ 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

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

متغیر	میانگین	ضریب همبستگی	معناداری	افسردگی
مهربانی با خود	-۰/۴۸۲	-۰/۰۰۴		
قضاؤت در مورد خود	۰/۵۱	۰/۰۰۸		
اشتراکات انسانی	-۰/۷۹۰	۰/۰۰۳		
ازوا	۰/۵۴۲	۰/۰۰۴		
ذهن آگاهی	-۰/۴۵۷	۰/۰۰۰		
همانندسازی	۰/۵۵۰	۰/۰۰۰		

شفقت به خود

-۰/۴۹۰

۰/۰۰۰

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 بر حسب ابعاد متغیر شفقت بر خود را نشان می‌دهد.

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، مهریانی با خود ($r = -0.482$)، اشتراکات انسانی ($r = -0.790$) و ذهن آگاهی ($r = -0.547$) با افسردگی مزمن رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد و بین خرده مقیاس‌های قضاویت در مورد خود ($r = 0.511$)، ارزوا ($r = 0.542$) و همانندسازی ($r = 0.550$) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بین شفقت

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

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

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.

همان طور 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

جدول ۴ تعیین میزان همبستگی نشخوار فکری و خرده مقیاس‌های آن با افسردگی مزمن

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

وجود دارد. جدول ۵ ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام افسردگی مزمن بر حسب ابعاد متغیر نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین نشخوار فکری ($r = 0.299$) و خرده مقیاس‌های آن یعنی پاسخ‌های نشخواری ($r = 0.277$) و پاسخ‌های منحرف کننده حواس ($r = 0.315$) با افسردگی مزمن رابطه‌ی مثبت و معناداری

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

افسردگی مزمن را پیش‌بینی می‌کند. جدول ۶ پیش‌بینی افسردگی مزمن بر اساس دو متغیر شفقت به خود و نشخوار فکری را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در مورد قدرت پیش‌بینی افسردگی توسط خرده مقیاس‌های نشخوار فکری را نشان می‌دهد که ازین دو خرده مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس به تنها ۹/۹

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

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 همانندسازی باعث افزایش افسردگی می‌شوند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کریگر و همکاران (۲۰۱۳) که بیان نمودند افراد افسرده سطوح پایین تری 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

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

بحث

هدف عملده 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 ۹۷-۹۶ 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

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 پردازد و از درگیر شدن و کنترل آنها پرهیز کند. دلسوزی پایین به خود با خود انتقادی و خود محکوم‌سازی همراه می‌شود و عدم بخشن 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^۶، 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 در ک دقيق‌تر 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^۷، 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 منحرف‌کننده حواس و

عمل کند (کریگر و همکاران، ۲۰۱۶)، نف^۱ و همکاران (۲۰۰۸) که نشان دادن شفقت به خود بالاتر پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی پایین تر است (نف و همکاران، ۲۰۰۸، پنتو گویا^۲، ۲۰۱۷)، گراسر^۳ (۲۰۱۶) و بیومونت و مارتین^۴ (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 عصی تعبیر و تفسیر شود (براون^۵، ۲۰۱۴). افرادی که خود شفقتی بالایی دارند رنج‌های اجتناب ناپذیری که کمایش در همه افراد تجربه می‌شود را به شیوه‌های ناکارآمد خودمحکوم‌یازی، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌های منفی شدت نمی‌بخشنند. همچنین در شرایط سخت روانی این افراد به این موضوع توجه دارند که دچار خطأ و اشتباه و حتی شکست می‌شوند. این آگاهی باعث می‌شود که پذیرند فعالیت‌هایشان الزاماً کامل نیست؛ در نهایت این در ک احساس مشترک بین انسان‌ها از متزوال 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

¹- Neff²- Pento goya³- Grasser⁴- Biomont & Martin⁵- Brown

فرضیه می‌توان گفت وقتی فرد در نشخوار فکری غرق می‌شود، احساس می‌کند که دچار وضعیت غیرقابل کنترل 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 تعديل کردن 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 اداره کردن امور بپردازد)، یا بر علاوه منفی خلق خود متمرکز می‌شود (فکر می‌کند تمرکز کردن دشوار است و احساس دردمندی و حذف ناتوانی می‌کند) و یا بر علل و پیامدهای احتمالی خلق 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 افسرددگی می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسرددگی مزمن است. این یافته می‌تواند تبیین و سبب‌شناسی شانه‌های افسرددگی 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

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 افسرددگی نیز افزایش می‌یابد.

نشخوار فکری توانست میزان معناداری از تغییر در افسرددگی را پیش‌بینی کند. نتایج پژوهش، یافته‌های پیشین (برای نمونه، مولدز، کاندريس، استار و وانگ^۱، ۲۰۰۷) در مورد رابطه نشخوار فکری و افسرددگی را تأیید می‌کند (مولدز و همکاران، ۲۰۰۷)؛ به عبارت دیگر، با وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، نشخوار فکری توانسته است، میزان افسرددگی را پیش‌بینی کند. پیش از این نیز، رابطه نشخوار فکری و افسرددگی در نمونه‌هایی غیر از جامعه آمریکانیز نشان داده شده است. برای نمونه، مقیاس پاسخ‌های نشخواری به زبان آلمانی (کهنه‌ر^۲، ویر^۳، ۱۹۹۱)؛ ژاپنی (ایتو^۴، اگری^۵، ۲۰۰۲)؛ و هلندی (ریس^۶، هرمن^۷ و الن^۸، ۲۰۰۳)؛ به نقل از نولن هو کسما و همکاران، ۲۰۰۸) ترجمه شده و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفت. نولن هو کسما، ویسکو^۹ ویسکو^۹ و لیوبومیرسکی^{۱۰} (۲۰۰۸) با نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند، با کنترل سایر متغیرهای سهیم در افسرددگی، افرادی که از سبک پاسخی نشخواری استفاده می‌کنند، بیشتر احتمال دارد در آینده، به یک دوره بالینی افسرددگی مبتلا شوند و اختلال افسرددگی وخیم‌تر شود (نولن هو کسما و همکاران، ۲۰۰۸). در تبیین نتایج این

^۱- Moulds, Kandris, Starr & Wong

^۲- Kuehner

^۳- Weber

^۴- Ito

^۵- Agari

^۶- Raes

^۷- Hermans

^۸- Eelen

^۹- Wisco

^{۱۰}- Lyubomirsky

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

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 متمن کر 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، شرکت کنندگان از شرایط پژوهش آگاه شدند و از آن‌ها رضایت آگاهانه و کتبی پیش از شروع کار گرفته شد. تمامی شرکت کنندگان در پژوهش بعد از اجرای طرح به منظور دریافت درمان‌های تکمیلی به روان‌پزشک یا روان‌شناس، در صورت لزوم، ارجاع داده شدند. این پژوهش، به تأیید 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

- 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 Madashi*, 20(104), 84-77. (In Persian)

- 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.