

اثر بخشی آموزش خود- دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۷

رضا گل پور*، عباس ابوالقاسمی**، بتول احدی***، محمد نریمانی****

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش خود- دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی انجام شده است.

روش: طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. نمونه آماری شامل تعداد ۴۸ نفر از دانش آموزان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر نوشهر با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در گروههای آزمایش (خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان) و کنترل گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر، شامل پرسشنامه افسردگی و کیفیت زندگی بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل در بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان افسرده مؤثر بود. همچنین آموزش خود-دلسوزی شناختی درمقایسه با درمان متمرکز بر هیجان، بر بهبود افسردگی دانش آموزان افسرده مؤثرتر بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، می توان گفت که آموزش خود-دلسوزی عامل تأثیرگذار مهمی بر کیفیت زندگی و افسردگی می باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش خود- دلسوزی شناختی ، درمان متمرکز بر هیجان، کیفیت زندگی، افسردگی

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده مسئول از دانشگاه محقق اردبیلی می باشد.

reza.golpour.ch@gmail.com

abolghasemi_44@Yahoo.com

b.ahadi@yahoo.com

narimai@uma.ac.ir

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** دانشیار، گروه روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ، ایران

*** دانشیار، گروه روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ، ایران

**** استاد، گروه روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

واژه کیفیت زندگی^۱ عموماً به تغییرپذیری در دامنه زندگی افراد براساس اندازه گیری واحدهای مختلف بدن می باشد؛ خصوصاً کیفیت زندگی ارتباط گسترده با موارد احساسی افراد و بهداشت روانی دارد و به بیان حالت‌های درمان افراد و بروز تغییرات و توانایی‌های افراد و حالت‌های رضایت مندی از عملکردهای چندگانه تأثیرات زندگی می‌پردازد [۱]. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی، از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی می‌باشد. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن است. عده‌ای از محققان این واژه را پیچیده تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف نمود. علیرغم اینکه در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد، ولی متخصصین در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آنها معتقدند کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و در برگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌نمایند؛ به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد [۲]. در گذشته اکثر پژوهش‌ها بر نقش متغیرهای روان‌شناختی منفی در بیماران، از جمله افراد مبتلا به افسردگی تأکید داشتند و براساس آن اغلب فعالیت‌های حرفه‌ای نیز با توجه به تأثیر متغیرهای روان‌شناختی منفی، مانند عاطفه منفی و نظایر آن در جهت سازگاری بیماران صورت می‌پذیرفت. اگر چه چنین رویکردهایی هنوز هم ادامه دارد و پاسخگوی مشکلات روان‌شناختی افراد است، اما در دهه‌های اخیر رشد روز افزونی در علاقه متخصصین به تأکید بر نقش جنبه‌های مثبت متغیرهای روان‌شناختی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی و از جمله افسردگی دیده می‌شود. یکی از سازه‌های مثبت و مهم رویکرد حاضر که

توجه اندیشمندان را به خود جلب نمود، خود-دلسوزی^۲ و آموزش آن می‌باشد که به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود [۳].

خود-دلسوزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا ناراحتی‌های ادراک شده است [۴]. خود-دلسوزی بالا با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از فرد در مقابل استرس حمایت می‌کند [۴] و به معنی پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک و فهم و نگرش غیر ارزیابانه نسبت به ناراحتی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات رایج فرد، تعریف می‌شود [۵]. شواهد نشان می‌دهد افرادی که از خود-دلسوزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند [۶،۷]. همچنین افراد خود دلسوز در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آنها خواسته می‌شود که تجربیات شکست خود را بیاد بیاورند از خودارزیابی هیجانی و منفی پایین‌تری استفاده می‌کنند [۴].

نتایج مطالعات بیانگر این است که در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، خود-دلسوزی با سلامت روانی و کیفیت زندگی بهتر همراه است [۹،۸،۶،۳]. آموزش خود-دلسوزی باعث افزایش بهزیستی می‌شود؛ چون موجب می‌شود افراد احساس مراقبت و ارتباط مناسب بکنند و در نتیجه به لحاظ هیجانی آرام شوند [۴]. همچنین خود-دلسوزی پیش‌بینی‌کننده قوی برای شدت نشانه‌ها و کیفیت زندگی است و در پیش‌بینی سلامت روانی، به ویژه اضطراب و افسردگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد [۱۰،۴]. نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که خود-دلسوزی پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب است [۱۱]. در مطالعه دیگر بیماران افسرده حتی در زمانی که نشانه‌های افسردگی آنها کنترل شد، سطوح پایین‌تری از خود-دلسوزی را نسبت به افراد غیر افسرده نشان دادند [۱۲]. مطالعات بعدی بیانگر این بود که خود-دلسوزی شناختی^۳ نقش مهمی در پیش‌بینی افسردگی دارد

2 -Self-compassion

3 - cognitive self-compassion training

1 -quality of life

قرار گرفتند، کاهش معنی‌داری را در نشانه‌های افسردگی نشان دادند [۲۲]. در بررسی تأثیر درمان متمرکز بر هیجان مشخص شد که روش مذکور بر پاسخهای فوری و مداخله‌های بعدی که برای نشانه‌های افسردگی و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه‌ای در نظر گرفته می‌شود، اثر مثبت دارد [۲۹] و درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های افسردگی زوجین اثر دارد و فرایند شیوه‌های مقابله‌ای مثبت با این آشفتگی‌ها را تسهیل می‌کند [۳۰]. درمان متمرکز بر هیجان دارای اصولی است که به بیماران کمک می‌کند تا بر احساس خجالت و شرمندگی ناسازگارانه خود فائق آیند و مبنایی برای درمان افسردگی است. در بررسی تأثیر درمان متمرکز بر هیجان معلوم شد که این درمان اثر معنی‌داری در تغییر طرحواره‌های خودآیند در افراد افسرده دارد [۳۰]. براساس شواهد، درمان متمرکز بر هیجان رویکردی پذیرفته شده در درمان اختلالات بویژه اختلال افسردگی است [۳۱]. بنابراین با توجه به یافته‌های فوق، عدم مطالعه نظام‌مند در ارتباط با متغیرهای مورد استفاده بویژه در داخل ایران، چند بعدی و کاربردی بودن شیوه‌های مداخله‌ای و آموزشی مورد استفاده بر کاهش مشکلات پیش روی دانش‌آموزان، از جمله مسائل قابل توجه جهت بررسی و مطالعه دقیق در این حوزه می‌باشد؛ همچنین شناسایی دانش‌آموزانی که در معرض ابتلا به مشکلات افسردگی، نشانه‌های مرتبط و چالش‌های متعددی در روند زندگی خود هستند و بهبود کیفیت زندگی آنها از نظر بسیاری از محققان، اندیشمندان و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت امری حیاتی است. کاربرد نتایج این پژوهش نیز در زمینه سلامت روان و کاهش ناراحتی‌های روانی و جسمانی افراد بویژه در دانش‌آموزان از اهمیت بسزایی برخوردار است و بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی روشهای آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر آزمایش گسترش یافته از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی بود. در پژوهش حاضر روشهای درمانی به عنوان متغیر مستقل در

[۱۳، ۱۴]. همچنین آموزش‌ها و تمرینهایی که به هدف افزایش مهارتهای خود-دلسوزی صورت می‌گیرد، می‌تواند در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشد [۱۵، ۱۶] و درمان متمرکز بر آموزش دلسوزی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می‌برند و در جلسات درمان دلسوزی شناختی شرکت کرده بودند، در کاهش مشکلات روان شناختی و از جمله نشانه‌های افسردگی مؤثر است [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰]. همچنین خود-دلسوزی به طور منفی با افسردگی همبسته است [۲۱]. درمان متمرکز بر هیجان^۱ نیز به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در فعالیتهای روان‌درمانی نظریه‌های روان‌شناختی معاصر مطرح است. این درمان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی برای اختلال افسردگی و کیفیت زندگی مؤثر است و شامل روشهای مبتنی بر فعال کردن هیجانهای خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود [۲۲]. در ارتباط با کیفیت زندگی، درمان متمرکز بر هیجان شرایطی را برای بیمار فراهم می‌کند تا بتواند از تجربیات و شرایط خود، دیگران و محیط اطراف در طی تعاملات اجتماعی با خیر شود [۲۳]. راهبرد درمان متمرکز بر هیجان، اثر مثبت و سازگارانهای بر ابعاد مختلف آشفتگی‌های کودکانی که تجربه سوء رفتار را داشتند، دارد و درمان متمرکز بر هیجان در بهبود آشفتگی‌های ارتباطی نقش عمده‌ای دارد [۲۴]. تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی بیانگر این است که درمان متمرکز بر هیجان که بر فرایندهای هیجانی-شناختی تأثیر گذار است، موجب تعدیل نشانه‌های آسیب روانی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود [۲۵، ۲۶]. درمان متمرکز بر هیجان به بیماران کمک می‌کند تا منابع هیجانی انطباقی جدیدی را کسب کنند و پاسخ‌های هیجانی سازگارانهای را برای خود فراهم نمایند [۲۷] و راهبردهای هیجانی-شناختی که در پاسخ به آشفتگی‌های نوجوانان مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرند، پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای کیفیت زندگی هستند [۲۸].

همچنین در ارتباط با تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های افسردگی در فراتحلیل انجام شده مشخص شد آزمودنی‌هایی که تحت آموزش درمان متمرکز بر هیجان

1 - emotion-focused therapy

ابزار

۱- پرونده تشخیصی: شامل اطلاعات مورد نیاز برای تشخیص اختلال افسردگی است که در پرونده‌های افراد مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات روان‌شناختی موجود بود. این اطلاعات شامل تاریخچه، شرح حال، بررسی وضعیت روانی و معیارهای تشخیصی براساس متن تجدید نظرشده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ می‌باشد.

۲- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه توسط آرون تی بک [۳۲] ساخت و اعتباریابی شد و در مراکز کلینیکی مورد استفاده فراوان است. دارای ۲۱ سؤال است و برای افراد بالاتر از ۱۳ سال مناسب است. جمع نمرات آزمودنی می‌تواند بین صفر تا ۶۳ نوسان داشته باشد. در این مقیاس: نمره صفر تا ۹ نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۹ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۳۰ و بالاتر نشانه افسردگی شدید به شمار می‌آیند بک و همکاران [۳۲] ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون^۲، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی، پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی، بیش از ۰/۶ است. در داخل کشور نیز توسط چگینی، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است [۳۲].

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط وار و شربون [۳۳] طراحی شد و اعتبار و پایانی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه نیز در ایران تأیید شده است (۰/۹). به منظور بررسی اعتبار ابزار از روش اعتبار همگرا و مقایسه گروه‌های شناخته شده استفاده گردیده است. دامنه همبستگی در اعتبار همگرا از ۰/۵۷ تا

دو سطح آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان و عدم آموزش (گروه کنترل) و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره آموزش و پرورش در شهرستان نوشهر تشکیل می‌دهند. بعد از مشخص شدن جامعه آماری، نمونه‌گیری در دو مرحله صورت پذیرفت: ۱- مرحله شناسایی که تعداد ۵۵ نفر از دانش‌آموزان بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و ارزیابی بالینی به عنوان افراد مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شدند؛ و ۲- مرحله نهایی که از میان این دانش‌آموزان تعداد ۴۸ نفر به عنوان نمونه نهایی در سه گروه ۱۶ نفری (گروه آموزش خوددلسوزی شناختی، درمان متمرکز بر هیجان و گروه کنترل) به تصادف جایگزین شدند.

ملاکهای ورود آزمودنی‌ها عبارت بود از: جنسیت پسر، پایه تحصیلی دوم و سوم دبیرستان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و نداشتن بیماری حاد، عدم مصرف داروهای روان‌شناختی و داشتن ویژگی تشخیص افسردگی براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی بک.

ملاکهای خروج آزمودنی‌ها عبارت بودند از: عدم همکاری دانش‌آموزان و والدین در هر یک از مراحل پژوهش، وجود اختلال روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی، مصرف دارو یا مواد مخدر و دارا بودن نشانه‌های افسردگی به دلیل سابقه بیماری جسمانی. برای گروه اول، آموزش خود-دلسوزی شناختی به مدت ۸ جلسه و هر جلسه یک ساعت و برای گروه دوم، درمان متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه و هر جلسه یک ساعت اجرا گردید. برای گروه سوم که به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد، هیچ گونه آموزشی ارائه نگردید. برای هر سه گروه قبل از اعمال مداخله پیش‌آزمون و بعد از اعمال مداخله پس‌آزمون اجرا شد.

1 - DSM-IVTR

2 - HRSD

دلیل محدودیت زمانی، ارائه آموزش در ماه اردیبهشت، شروع امتحانات و در ادامه آن تعطیلات تابستانی، مرحله پی گیری اجرا نگردید.

در این پژوهش روش های مداخله به صورت دو روش، درمانی آموزشی خود-دلسوزی شناختی [۱۶] و درمان متمرکز بر هیجان [۳۴] برای گروه های آزمایش یک و دو اعمال شد که شرح این روش ها در زیر آمده است:

الف- آموزش خود-دلسوزی شناختی: آموزش خود-دلسوزی شناختی یکی از روش های روان درمانی است که در آن همدلی، همدردی و دلسوزی، پذیرش و تحمل مسائل، مسئولیت پذیری و احساس ارزشمند بودن مورد آموزش قرار می گیرد [۱۶] مراحل روش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

۰/۹۵ متغیر بوده است و در مقایسه گروه های شناخته شده، نتایج مورد پیش بینی در تمایز کیفیت زندگی بین مردان و زنان به دست آمد [۳۳].

روند اجرای پژوهش: بعد از مراجعه به مراکز ارائه خدمات روان شناختی و مشاوره، در ابتدا تعداد افرادی که به این مراکز مراجعه نموده بودند و براساس ارزیابی بالینی دارای شاخص های تشخیصی اختلال افسردگی بودند، انتخاب شدند. سپس ۴۸ نفر از میان آنان به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفری جایگزین شدند. برای گروه اول آموزش خود-دلسوزی شناختی در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم، و برای گروه دوم آموزش درمان متمرکز بر هیجان در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم اجرا گردید. برای گروه سوم نیز هیچ آموزشی اعمال نشد. بعد از اتمام جلسات آموزشی برای هر سه گروه، در جلسه ی آخر پس از آزمون اجرا شد. در پژوهش حاضر به

جدول ۱) مراحل آموزش خود-دلسوزی شناختی

مراحل	محتوای جلسات
۱	ارزیابی میزان افسردگی، توصیف و تبیین افسردگی و عوامل مرتبط با نشانه های آن، مفهوم سازی آموزش خود دلسوزی شناختی و بیان هدف آموزش.
۲	آموزش همدلی: آموزش در جهت درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
۳	آموزش دلسوزی و همدردی: که شامل آموزش در جهت شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است.
۴	آموزش بخشایش: آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
۵	آموزش پذیرش مسائل: آموزش در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف.
۶	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی: شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
۷	آموزش مسئولیت پذیری: آموزش مسئولیت پذیری مؤلفه اساسی آموزش خود دلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی ها یاد می گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
۸	آموزش و تمرین مهارتها: مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته در جهت کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

برای جمع آوری داده ها در دوره پیش آزمون و پس آزمون از پرسشنامه های افسردگی و کیفیت زندگی استفاده شد. در ادامه داده های خام با نرم افزار SPSS و با آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ب- درمان متمرکز بر هیجان: براساس درمان متمرکز بر هیجان تغییر از طریق کمک به افراد براساس ایجاد هیجان و به واسطه بروز، تنظیم، بازخورد، انتقال و تجربه هیجان اصلاح شده و تغییر یافته در یک بافت ارتباطی که این فرایندها را تسهیل می کند، ایجاد می شود. مراحل درمان متمرکز بر هیجان در جدول ۲ ارائه شده است [۳۴].

جدول ۲) مراحل درمان متمرکز بر هیجان

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

یافته ها

آزمون (۲۹/۲۵ و ۴/۹۴) و مرحله پس آزمون (۲۳/۳۱ و ۷/۳۸) می باشد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) احراز شدن پیش فرض های این روش توسط آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون لوین نتایج حاکی از عدم برابری واریانس بود و برای متغیرهای کیفیت زندگی از جمله عملکرد جسمی ($P=0/26$) و $F(1/38)=41/38$ ، ایفای نقش هیجانی ($P=0/44$ و $F=1/85$)، سرزندگی ($P=0/83$ و $F=1/185$)، سلامت روانی ($P=0/53$ و $F=0/64$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/3$ و $F=1/23$)، سلامت عمومی ($P=0/94$ و $F=0/065$)، کیفیت زندگی ($P=0/937$ و $F=0/065$) و افسردگی ($P=0/19$ و $F=1/75$) معنی دار نبوده است. اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون واریانس چند متغیره در جدول ۵ ارائه شده است.

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

جدول ۳ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی آزمودنی ها در گروه خود-دلسوزی مرحله پیش آزمون (۷۳/۶۸ و ۶/۵۷) و مرحله پس آزمون (۸۶/۸۷ و ۸/۲)، در گروه درمان متمرکز بر هیجان مرحله پیش آزمون (۶۹/۹۴ و ۸/۹۳) و مرحله پس آزمون (۸۴/۹۳ و ۷/۷۴) و گروه کنترل مرحله پیش آزمون (۷۲/۹۴ و ۵/۵۳) و مرحله پس آزمون (۷۳/۶۸ و ۸/۲۵) می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه خود-دلسوزی مرحله پیش آزمون (۲۵/۹۳ و ۳/۳۴) و مرحله پس آزمون (۱۱/۷۵ و ۶/۲۳)، در گروه درمان متمرکز بر هیجان مرحله پیش آزمون (۲۶/۷۵ و ۳/۸۹) و مرحله پس آزمون (۱۷/۵۶ و ۹/۷۳) و گروه کنترل مرحله پیش

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی، مؤلفه های آن و افسردگی آن در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمی	خود-دلسوزی شناختی	۱۸/۱۲	۵/۲۲	۱۸/۱۳	۴/۴۱
	درمان متمرکز بر هیجان	۲۰/۵۶	۲/۸	۲۰/۱۹	۵/۹۸
	کنترل	۱۷/۳۱	۵/۱۷	۲۰/۶۸	۵/۳۹
ایفای نقش جسمی	خود-دلسوزی شناختی	۴/۶۲	۱/۲	۵/۳۱	۰/۹۵
	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۳۱	۱/۱۴	۴/۸۷	۰/۸۸
	کنترل	۴/۳۷	۱/۰۹	۴/۶۲	۱/۴۵
ایفای نقش هیجانی	خود-دلسوزی شناختی	۴/۸۱	۱/۲۲	۵/۱۲	۰/۸۸
	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۳۷	۰/۸	۵/۳۷	۱/۲۵
	کنترل	۴/۳۷	۱/۲	۴/۳۱	۱/۱۴
سرزندگی	خود-دلسوزی شناختی	۸/۴۳	۲/۴۴	۱۲/۱۹	۳/۴۱
	درمان متمرکز بر هیجان	۶/۸۱	۳/۰۸	۱۱/۸۱	۳/۰۴
	کنترل	۶/۶۲	۲/۹۸	۹/۵۶	۳/۱۶
سلامت روانی	خود-دلسوزی شناختی	۱۱	۱/۹۶	۱۸/۱۲	۲/۱۶
	درمان متمرکز بر هیجان	۱۱/۶۲	۳/۱۸	۱۶	۲/۸۳
	کنترل	۱۲/۵۶	۱/۹۳	۱۲/۹۴	۳/۱
عملکرد اجتماعی	خود-دلسوزی شناختی	۵/۵	۱/۵	۵	۲/۴۲
	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۸۷	۱/۴	۴/۸۷	۲/۷۲
	کنترل	۵/۸۱	۰/۹۱	۳/۱	۱/۹۵
درد بدنی	خود-دلسوزی شناختی	۴/۶۲	۱/۸۹	۵/۸۱	۲/۶۲
	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۵۶	۱/۷۸	۴/۹۴	۲/۹۹
	کنترل	۴	۱/۲۱	۴/۷۵	۲/۷۳
سلامت عمومی	خود-دلسوزی شناختی	۱۶/۵۶	۳/۶۱	۱۷/۱۸	۴/۳۵
	درمان متمرکز بر هیجان	۱۳/۸۱	۳/۱	۱۶/۸۷	۳/۷۹
	کنترل	۱۵/۸۷	۳/۵	۱۳/۸۱	۳/۵۶
کل	خود-دلسوزی شناختی	۷۳/۶۸	۶/۵۷	۸۶/۸۷	۸/۲
	درمان متمرکز بر هیجان	۶۹/۹۴	۸/۹۳	۸۴/۹۳	۷/۷۴
	کنترل	۷۲/۹۴	۵/۵۳	۷۳/۶۸	۸/۲۵
افسردگی	خود-دلسوزی شناختی	۲۵/۹۳	۳/۳۴	۱۱/۷۵	۶/۲۳
	درمان متمرکز بر هیجان	۲۶/۷۵	۳/۸۹	۱۷/۵۶	۹/۷۳
	کنترل	۲۹/۲۵	۴/۹۴	۲۳/۳۱	۷/۳۸

بررسی تفاوت گروههای مورد مطالعه استفاده شد که داده-های حاصل از آن در جدول ۶ ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۷ است که این مقدار در سطح $(P=۰/۰۱)$ معنی دار است. هر چقدر لامبدای ویلکز کوچکتر باشد بیانگر این است که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. از تحلیل واریانس چند متغیری برای

جدول ۴) اطلاعات مربوط به بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معنی داری
ام باکس	۳/۵۱	۰/۵۴۸	۶	۰/۷۷۲
بارتلت	۰/۷۳۵	۰/۵۶۵	۲	۰/۵۷۴

جدول ۵) اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۹۹	۲/۸۹	۹	۳۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۷	۰/۳۷	۹	۳۷	۰/۰۰۰
اثر هتینگ	۱۴۶/۱۴۵	۳/۸۶	۹	۳۷	۰/۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۱۴۶/۱۴۵	۲/۲۱	۹	۳۷	۰/۰۰۰

های مربوط به تحلیل واریانس چند عاملی در تحلیل حاضر رعایت شده است. از تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت گروههای مورد مطالعه استفاده شد که داده‌های حاصل از آن در جدول ۶ ارائه شده است.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار آزمون ام باکس برابر با ۰/۵۴۸ است که این مقدار ($P=۰/۷۷۲$) در سطح ($P=۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. همچنین مقدار آزمون بارتلت برابر با ۰/۵۶۵ است که این مقدار ($P=۰/۵۷۴$) در سطح ($P=۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. بنابراین پیش فرض

جدول ۶) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و افسردگی

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	ضریب ایستا
عملکرد جسمی	۵۹/۰۴۲	۲	۲۹/۵۲۱	۱/۰۵۱	۰/۳۸	۰/۰۴
ایفای نقش جسمی	۳/۸۷	۲	۱/۹۲۸	۱/۵۳۱	۰/۲۳	۰/۰۶
ایفای نقش هیجانی	۹/۸۷	۲	۴/۹۳۸	۴/۰۴۴	۰/۰۲۴	۰/۱۵
سرزندگی	۶۴/۵	۲	۳۲/۲۵	۳/۱۳۶	۰/۰۵	۰/۱۲
سلامت روانی	۲۱۷/۶۲	۲	۱۰۸/۸۱۳	۱۴/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹
عملکرد اجتماعی	۴۰/۱۶۷	۲	۲۰/۰۸۳	۳/۴۷۹	۰/۰۳۹	۰/۱۳
درد بدنی	۱۰/۲۹۲	۲	۵/۱۴۶	۰/۷۵۱	۰/۴۸۷	۰/۰۳
سلامت عمومی	۱۱۱/۲۹۲	۲	۵۵/۶۴۶	۳/۶۲۶	۰/۰۳۵	۰/۱۳
کل	۱۶۲۲/۵۴	۲	۸۱۱/۲۷۱	۱۲/۴۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۵
افسردگی	۱۰۶۹/۵۴۲	۲	۵۳۴/۷۷۱	۸/۵۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷

گروه گواه بهبود یافت. همچنین ۱۵ درصد واریانس ایفای نقش اجتماعی، ۱۲ درصد واریانس سرزندگی، ۳۹ درصد واریانس سلامت روانی، ۱۳ درصد واریانس عملکرد اجتماعی، ۱۴ درصد واریانس سلامت عمومی، ۳۵ درصد واریانس کیفیت زندگی و ۲۷ درصد واریانس افسردگی از طریق آموزش خود-دلسوزی و درمان متمرکز بر هیجان تبیین می‌شود.

جدول فوق نشان می‌دهد در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن یعنی ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش (یعنی خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). نتایج بیانگر این است که کیفیت زندگی دو گروه آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بعد از آموزش نسبت به

جدول ۷) نتایج حاصل از آزمون تعقیبی توکی برای بررسی مقایسه میانگین نمرات مؤلفه های کیفیت زندگی و افسردگی در گروه های آزمایش و گواه

متغیر	دوره	گروه	درمان متمرکز بر هیجان		کنترل	
			ارزش	تفاوت میانگین	ارزش	تفاوت میانگین
ایفای نقش هیجانی	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۴۳۷	۰/۵	۱/۴۳۷	۰/۵
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۱۱۱	۰/۹۹
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۲۵	۰/۷۹	۰/۸۱۲	۰/۱
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۱/۰۶۲	۰/۰۲
سلامت روانی	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۶۲۵	۰/۷۴	۱/۵۶۲	۰/۱۷
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۹۳۷	۰/۵۲
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۲/۱۲۵	۰/۰۸	۵/۱۸۷	۰/۰۰۰
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۳/۰۶۲	۰/۰۰۷
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۶۲۵	۰/۳۷	۰/۳۱۲	۰/۷۷
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۰/۹۳۷	۰/۱۱
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۱۲۵	۰/۹۸	۲	۰/۰۵
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۱/۸۷	۰/۰۸۱
سلامت عمومی	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۲/۷۵	۰/۰۷	۰/۶۸۷	۰/۸۳
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۲/۰۶۲	۰/۲۱
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۳۱۲	۰/۹۷	۳/۳۷۵	۰/۰۴
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۳/۰۶۲	۰/۰۸
کل	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۳/۷۵	۰/۳۱	۰/۷۵	۰/۹۵۳
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۳	۰/۴۶۸
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۱/۹۳۷	۰/۷۷	۱۳/۱۹	...
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۰/۸۱۲	۰/۸۴۲	۳/۳۱۲	۰/۰۷
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۲/۵	۰/۲۰۹
	پس آزمون	خود-دلسوزی شناختی	۵/۸۱	۰/۱۰۶	۱۱/۵۶	۰/۰۰۰
		درمان متمرکز بر هیجان	-	-	۵/۷۵	۰/۱۱۱

بحث

در پژوهش حاضر اثربخشی روشهای آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان، بر کیفیت زندگی دانش آموزان افسرده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که روشهای آموزش خود - دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان، در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان افسرده مؤثر بوده اند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های قبلی [۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰] همسو است که بیان کردند

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود، نتایج بیانگر این است که آموزش خود - دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی، بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه های آن در دانش آموزان افسرده مؤثر است. همچنین نتایج نشان داد آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود افسردگی دانش آموزان مؤثرتر است.

آموزش خود-دلسوزی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، با سلامت روانی و کیفیت زندگی بهتر همراه است. در تبیین یافته به دست آمده باید عنوان کرد که از طریق درمان مبتنی بر خود-دلسوزی شناختی، افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن فعالیت‌هایی، مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگاران‌تر می‌شود [۳۵]. خود-دلسوزی به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسأله منجر به بهزیستی و کیفیت بهتر زندگی می‌گردد. همچنین توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود (خود-دلسوزی) و احساس تعلق نسبت به دیگران (دلسوزی) عامل اصلی جهت‌گیری دل‌بستگی آنها در ارتباط با سلامت روانی است [۳۵]. خود-دلسوزی احتمالاً دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند [۳۶]. آموزش خود-دلسوزی شناختی موجب فراهم ساختن رویکرد و نگاهی جدید نسبت به آسیب می‌شود که می‌تواند به عنوان یک چارچوب مداخله‌ای مفید و مناسب برای افراد در موقعیت‌های بالینی و غیربالینی مختلف مورد استفاده قرار گیرد [۳۷].

اما در ارتباط با تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر روی افسردگی این عقیده وجود دارد که کارکرد عمده درمان متمرکز بر هیجان بر روی افسردگی، مستلزم نظریه هیجان است. هیجان اساس سازگاری است و به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات موقعیتی پیچیده را به صورت مکرر مورد پردازش قرار دهند و به صورت خودکار در جهت فعالیت متناسب با نیازهای مهم خود عمل نمایند [۳۴]؛ همچنین درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان یک رویکرد تجربی-فرآیندی^۱، تلفیقی است از روشهای درمانی گشتالتی و دیگر روشهای انسان‌نگری که در چارچوب روابط متمرکز بر اشخاص مطرح شده است [۲۲]. هدف درمان متمرکز بر هیجان کمک به بیمار افسرده است تا تجربه‌ی هیجانی خود را ارزیابی و پردازش کند و معنای جدیدی در زندگی خود ایجاد نماید. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران افسرده از این طریق می‌توانند به طور معناداری برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با

نتایج مثبت درمان مشکلات بیمار همراه است [۲۷]. استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی احساس‌های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با کیفیت زندگی داشته باشند. مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد و در این راستا، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگاران‌انه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی اش می‌شود [۳۴].

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که روش آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان و گروه کنترل، در کاهش افسردگی اثربخش‌تر بود. یافته‌های حاضر در راستای نتایج پژوهش‌های قبلی است [۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۱] که تأثیر خود-دلسوزی را در مؤلفه‌های سلامت روانی و از جمله افسردگی معنی‌دار یافتند. همچنین نتایج حاضر بر خلاف یافته‌های حاصل از پژوهش‌های دیگر [۱۸، ۱۵، ۳۱] می‌باشد. تأثیر روش خود-دلسوزی شناختی بر بهبود افسردگی به دلیل استفاده آن از مؤلفه‌هایی مهمی است که جهت تغییر در رفتار بیماران به کار می‌رود [۱۱]. خود-دلسوزی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است و خود-دلسوزی شناختی دارای قابلیت‌هایی است که افراد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی را کسب کنند [۳۸]. همچنین آموزش خود-دلسوزی شناختی یادگیری مهارت‌های دیگری، از جمله ذهن‌آگاهی که منجر به افزایش آگاهی از حال حاضر و کیفیت زندگی بهتر می‌شود را به دنبال دارد. به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های خود-دلسوزی موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی نیز شود [۳۹]. در این روش به افزایش خود-مهربانی که موجب تغییر عواطف مثبت و منفی می‌شود، توجه می‌شود؛ به بیمار کمک می‌شود تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار داده [۴۰]، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده در خود ایجاد کند و به صورت هشیارانه احساسات و

1-process-experiential therapy

- 4- Neff KD, Kirkpatrick KL & Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Personality*. 2007; (41):139-154.
- 5- Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *J Personal Individ Differ*. 2010; (48):757-761.
- 6- Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *J Self Ident*, 2003; (2):85-102.
- 7- Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. *J Personal Soc Psychol*. 2007; (92):887-904.
- 8- Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Personal*. 2007; (41):908-916.
- 9- Neff KD & Vonk R. Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *J personal Soc psychol*. 2009; 84(4):822-848.
- 10- VanDam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(1):123-130.
- 11- Neff KD, Germer CK. Self-Compassion Program. *J Clin Psychol*. 2013; 69 (1): 28-44.
- 12- Kreiger T, Altenstein D, Baetig I, Doering, N, Holtforth, MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013; 44(3):501-513.
- 13- Ozyesil Z, Akba M. Self-Compassion as a Protective Factor for Depression, Anxiety and Stress: A Research on Turkish Sample. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful. *J Couns and Educ*. 2013; 2(2):36-43.
- 14- Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health. *J Mindfulness*. 2013; (9):1-12.
- 15- Gilbert P. Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Hove, UK: Routledge; 2005. p. 9-74.
- 16- Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *J of Adv in Psychiatr treat*. 2009; (15): 199-208.
- 17- Gilbert P. Compassion Focused Therapy: Special Issue. *Int J Cogn Ther*. 2010; (3):97-201.
- 18- Neff KD, Pisits K, Hsieh YP. 2008. Self-Compassion and Self-Constraint in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross-Cult Psychol*. 2008; 39(3):267-285.

افکار خود را بپذیرد و تحمل بیشتری داشته باشد و موجب افزایش توان مقابله افراد افسرده با آشفتگی‌ها و تمایلات خود-انتقادی می‌شود [۴۱]. خود-دلسوزی قابلیت چگونگی تعامل با دیگران را بالا می‌برد و کیفیت سروکار داشتن با هیجانات را به روش روشن‌تر فراهم می‌سازد [۴۲]؛ اما با وجود این، ذکر این نکته مهم است که پژوهش‌های اندکی در خصوص اثربخشی خود-دلسوزی شناختی انجام شده است و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد تا تأثیر جنبه‌های مختلف این روش مشخص گردد. از نتایج مطالعات مختلف می‌توان استنباط نمود که دلایل کافی در خصوص انجام پژوهش‌های بیشتر در حوزه خود-دلسوزی وجود دارد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه دارد که از جمله آن، عدم اجرای پی‌گیری است تا بتوان اثربخشی روش‌های آموزشی مورد استفاده را در دراز مدت مورد بررسی قرار داد. همچنین در بررسی حاضر، آزمودنی‌های پژوهش فقط از دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه بودند و مشخص نیست که آیا روش‌های مداخله‌ای مورد استفاده برای گروه‌های دیگر، از جمله زنان و گروه‌های مختلف سنی مؤثر است. بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد؛ اما با توجه به یافته‌های به‌دست آمده، انجام مطالعات پی-گیرانه توسط پژوهشگران و یادگیری و به‌کارگیری آموزش خود-دلسوزی و درمان متمرکز بر هیجان، می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهتر شدن کیفیت زندگی دانش‌آموزان بویژه دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی باشد. همچنین اثربخشی رویکردهای مورد استفاده در پژوهش حاضر می‌تواند در نمونه‌های بالینی مبتلا به مشکلات روان‌شناختی مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- 1- Mehryar AH. Depression, Tehran: Roshed; 2003. p.12-32. [Persian].
- 2- Safaee A, Zeykhami B, Tabatabaee SH, Moghimi Dehkardi B. quality of life and Quality of life and its influencing factors in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Epidemiol Iran*. 2007; (3-4): 61-66. [Persian].
- 3- Wren A, Somers J, Melissa AW, Goetz, Mark C, Leary MR, Fras AM, Huh BK, Roger, Lesco LS, Keefe FJ. Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain Symptom Management. 2012; 43(4): 759-770.

- exersis on quality of life in Drug-dependent patients treated with metha done maintenance. *J pract psychol res.* 2012; 3(1):1-11. [Persian]
- 34- Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *J LifeLong Learn Psychiatry.* 2010; 8(1):32-42.
- 35- Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jacks on J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *J Couns Psychol.* 2011; 58(2):272-278.
- 36- Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, Stress and Coping. *Social and Personal Psychol Compassion.* 2010; 4(2):107-118.
- 37- Reddy SD; Negi LT, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Pace TW, Cole S P, Raison CL, Craighead LW. Cognitive-Based Compassion Training: A Promising Prevention Strategy for At-Risk Adolescents. *J Child fam stud.* 2013; 22(2): 219-230.
- 38- Neff KD, Hseih Y, Dejithirath K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *J Self Identit.* 2005; (4):263-287.
- 39- Halifax J. The Precious Necessity of Compassion. *J Pain Symptom Manag.* 2005; 41(1): 146-155.
- 40- Barnard LK, Curry JF. Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates & Interventions Review of General Psychology. *Am. J Psychol Assoc.* 2011; 15(4):289-303.
- 41- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *J Clin Psychol Psychother.* 2006; (13): 353-379.
- 42- Akin A. Self-compassion and Loneliness. *International Online. J Educ Sci.* 2010; 2(3):702-718.
- 19- Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety *Psychology and Psychotherapy. Theory Res Pract.* 2010; (83): 129-143.
- 20- Breines JG, Thoma MV; Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *J Brain Behav Immunol.* 2014; (37): 109-114.
- 21- Basharpour S, isazadegan A. Role of self-compassion and forgiveness in prediction of depression severity among university students. *J res behave Sci.* 2012; 10 (6):452-461. [Persian].
- 22- Elliott R, Emotion-Focus therapy. *PCCS. Book, Ross-on-Wye;* 2012. p. 103-130.
- 23- Ellison, J, Greenberg L. Emotion-Focused Experiential Therapy. *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy. Part I:* 2007. p. 65-83.
- 24- Dessaulles, A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study. *Am J Fam Ther.* 2003; 31(5): p. 345-53.
- 25- Greenberg L, Watson J, Goldman R. Process-experiential therapy of depression, *Handbook of experiential psychotherapy.* New York, NY: The Guilford Press; 1998. p. 227-248.
- 26- Rostami, M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. The Effectiveness of Instructing Emotion-focused Approach in Improving the Marital Satisfaction in Couples. *J Soc Behav Sci.* 2014; (114):693-698.
- 27- Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *J Contemp Psychother.* 2007; 37(1):25-36.
- 28- Garnefski N, Koopman H, tenCate R. Brief Report: Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Adjustment in Adolescents with a Chronic Disease. *J Adolesc.* 2009; 32(2):449-454.
- 29- Compare A, Calugi S, Marchesini G, Molinari E, DalleGrave R. Emotion Focused Therapy and Dietary Counseling for Obese Patients with Binge Eating Disorder: A Propensity Score-Adjusted Study. *J Psychother Psychosom.* 2013; (82):193-194.
- 30- Tie S, Poulsen S. Emotionally Focused Couple Therapy with Couples Facing Terminal Illness. *Contemp Fam Thera.* 2013; (35):1-11.
- 31- Greenberg, LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *J Couns Psychol.* 2008 ; 55(2):185-196.
- 32- Azkosh M. implication of mental test and clinical diagnosis. *Tehran: Ravan;* 2009. p.224-226. [Persian]
- 33- Rostami R, Moghadasetabrizi, Y, Darveeshpour KA, Montazeri A. efficacy of sport

The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder

Golpour, R. * Ph.D Student., Abolghasemi, A. Ph.D., Ahadi, B. Ph.D., Narimani, M. Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of present research was examined the effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on quality of life in students with depression disorder.

Method: This study deign was experimental with pre-test, post test using two experimental and one control groups. The study population consisted of 48 depressed students who came to Now-Shahr Counseling Centers in Education were selected by simple random sampling and were assigned to experimental (cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy) and control groups. The instrument were used in this study consisted of Depression and Quality of Life Inventory.

Results: The results of multivariate analysis of variance showed that cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy compared with the control group were affected on quality of life in students with depression disorder. Also cognitive self-compassion training compared with emotion-focused therapy and control group was more effective in improving depression in depressed students.

Conclusion: Based on the research findings, these results illustrate that self-compassion training is an important factor for quality of life and depression.

Keywords: Cognitive Self-Compassion Training, Emotion-Focused Therapy, Quality of Life and Depression

* Correspondence E-mail:
reza.golpour.ch@gmail.com