

Comparison of the effectiveness of experience-based therapy package with compassion-based therapy on happiness and rumination in depressed Patients

Andalib, *S., Abedi, M.R., Neshat-Doost, H.T., Aghaei, A.

Abstract

Introduction: Considering the importance of happiness and rumination in increasing the level of mood, the present study was conducted to compare the effectiveness of experience-based therapy package with compassion-based therapy on happiness and rumination in depressed patients.

Method: The research method was a semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design and three groups. The statistical population of the study included depressed patients who had come to Sepahan Counseling Services Center in Esfahan city in the spring and summer of 2018 so that 45 of them were selected using convenient sampling method and randomly assigned into three groups including experimental groups 1 (experience-based therapy package), experimental groups 2 (compassion-based therapy) and the control group. Experimental group 1 received sixteen 45-minute sessions and experimental group 2 received ten 90-minute sessions treatment according to compassion-based therapy and experience-based therapy package. The research tools were Oxford Happiness Questionnaire, Response Styles Questionnaire and Self-Compassion Scale-short form. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The findings showed that in the post-test and follow-up after pre-test control, there was a significant difference between experimental groups 1, experimental groups 2 and the control group in happiness and rumination but there was no significant difference between experimental groups 1 and experimental groups 2.

Conclusion: Considering the effectiveness of experience-based therapy and compassion-based therapy in increasing happiness and reducing rumination, the use of either approach can be useful and effective. Given the number and length of sessions in each approach, the use of a concise approach depending on the situation can be considered by therapists.

Keywords: Compassion-based therapy, experience-based therapy package, happiness, rumination, depression.

مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده

سیما عندلیب^۱، محمدرضا عابدی^۲، حمیدطاهر نشاط‌دوست^۳، اصغر آقایی^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۲۵

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت شادکامی و نشخوار فکری در افزایش سطح خلق، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده صورت گرفته است.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مرکز خدمات بهزیستی سپاهان در شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در نهایت از بین آنها ۴۵ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (بسته درمانی مبتنی بر تجارب)، گروه آزمایش ۲ (بسته درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی) و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش ۱ طی ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایش ۲ طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و بسته درمانی مبتنی بر تجارب قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه سبک‌های پاسخ و پرسشنامه شفقت به خود فرم کوتاه بود و در نهایت به تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری پرداخته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش ۱، گروه آزمایش ۲ و گروه کنترل در شادکامی و نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد ولی تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲ وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر تجارب و درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی در افزایش شادکامی و کاهش نشخوار فکری از استفاده از هر یک از دو رویکرد می‌تواند مفید و اثربخش باشد. با توجه به تعداد و طول جلسات متفاوت در هر رویکرد استفاده از رویکرد خاص بسته به شرایط می‌تواند مدنظر درمانگران قرار گیرد. باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی، بسته درمانی مبتنی بر تجارب، شادکامی، نشخوار فکری، افسردگی.

مقدمه

بودن میزان افسردگی^۵ و میزان شادکامی پایین وجود دارد و نیز شیوع بالای افسردگی به عنوان یک اختلال روانی (۱۰). بنابراین یکی از نیازهای این حوزه در جهت ارتقای سطح عملکرد افراد، افزایش سطح شادکامی است.

متغیر دیگری که ارتباط نزدیکی با افسردگی دارد نشخوار فکری است، نشخوار فکری^۶ افکار منفعلانه‌ای هستند که متمرکز بر علت‌ها و نتایج علائم هستند و مانع از حل مسأله^۷ سازگاران می‌شوند و در نهایت افکار منفی را افزایش می‌دهند. در واقع نشخوار فکری افکاری پایدار و عودکننده هستند که پیرامون یک موضوع خاص دور می‌زنند و به صورت خودکار به حیطة آگاهی می‌رسد و توجه و تمرکز را از زمان حال و اهداف منحرف می‌سازد. در این زمینه می‌توان به ارتباط بین نشخوار فکری و خلق^۸ پایین اشاره داشت (۱۱). به علاوه این اعتقاد وجود دارد که نشخوار فکری می‌تواند به عنوان عامل ایجاد کننده افسردگی باشد و به طولانی‌تر شدن و یا حفظ آن می‌انجامد (۱۲). از طرفی پژوهش‌ها نشخوار فکری را به عنوان یک متغیر رابط بین افسردگی و شفقت تلقی کرده‌اند (۱۳).

بر اساس موارد بالا می‌توان نشخوار فکری را یکی از مؤلفه‌های شناختی^۹ افسردگی دانست (۱۴) به همین دلیل نشخوار فکری، تفکر افراد را در جهت منفی هدایت می‌کند (۱۵). در پژوهش‌ها به ارتباط منفی بین نشخوار فکری بالا و میزان شفقت به خود پایین اشاره شده است (۱۶) زیرا شفقت با توسعه سبک مقابله‌ای همراه با راهکارهای غیر اجتنابی (۱۷) منجر به کاهش سبک اجتنابی حاصل از نشخوار فکری می‌شود. در درمان افسردگی برای افزایش شادکامی و کاهش نشخوار فکری تا کنون رویکردهای درمانی مختلفی همچون درمان شناختی - رفتاری^{۱۰}، درمان بین فردی^{۱۱}، دارو درمانی به کار گرفته شده است که همگی به عنوان درمان های موج دوم شناختی - رفتاری مؤثر واقع شده‌اند، با این حال به علت شیوع بالای افسردگی نیاز به طرح درمانی است که با تمرکز بر موج سوم درمان های شناختی رفتاری

تحقیقات انجام شده در رابطه با افسردگی^۱ حاکی از آن است که تقریباً ۳۵۰ میلیون نفر از جمعیت دنیا به اختلال افسردگی مبتلا هستند (۱)، به صورتی که از هر شش نفر، یک نفر افسردگی را تجربه می‌کند (۲). افسردگی به طور منفی بر عاطفه، شناخت و رفتار تأثیر می‌گذارد و منجر به انواع مشکلات هیجانی و جسمانی می‌شود، همچنین افسردگی می‌تواند عملکرد فرد را در موقعیت‌های مختلف کاهش دهد (۳) بنابراین پرداختن به متغیرهایی که به تعدیل مشکلات هیجانی و افزایش خلق کمک کند ضرورت دارد. از جمله آنها می‌توان به متغیر شادکامی و نشخوار فکری اشاره کرد.

شادکامی^۲ به ارزیابی کلی از میزان رضایت از زندگی و قضاوت مثبت درباره زندگی اطلاق می‌شود، در این راستا رضایت‌مندی در همه ابعاد ذهنی و عینی مد نظر است که به درک از خوشبختی بیانجامد (۴). در ارتباط با بعد ذهنی شادکامی، دو مؤلفه عاطفه و شناخت حائز اهمیت است. در بعد عاطفه به تنظیم هیجانات^۳ می‌توان اشاره کرد و در بعد شناخت به ارزیابی میزان رضایت بر اساس حرکت در جهت ارزش‌ها دلالت دارد. در رابطه با شادکامی نظرات متفاوتی بیان شده است (۵). بعضی همچون ارسطو شادکامی را برابر با زندگی معنوی می‌دانند و علاوه بر این، در تعریف شادکامی به داشتن احساسات مثبت اشاره می‌کنند، احساسات مثبتی که معادل با احساسات خوب است، که داشتن حس خوب بر حسب ارزیابی افراد از شرایط منحصر به فردی که دارند دارای معانی متفاوتی است از جمله هیجانات خوشایند (۶). صاحب‌نظرانی همچون جان لاک و جرمی بنتام معتقدند که شادی بر تعداد وقایع لذت‌بخش زندگی استوار است (۷). جامع‌ترین و در عین حال عملیاتی‌ترین تعریف شادکامی را وینهوون^۴ ارائه می‌دهد. به نظر او شادکامی به قضاوت افراد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اطلاق می‌گردد (۸). از آنجایی که شادکامی یکی از هیجانانی است که در ارتباط مستقیم با خلق است (۹) و همچنین به دلیل ارتباط نزدیکی که بین بالا

5. Depression
6. Rumination
7. Problem solving
8. Mood
9. Cognitive
10. cognitive behavioral therapy
11. Interpersonal treatment

1. Depression
2. Happiness
3. Emotional regulation
4. Veenhoven

مدل استراوس^۷ و کریبن^۸ استفاده شد. هدف از این نظریه رسیدن به واقعیت است، همان واقعیتی که از داده‌ها استخراج شده و بر بینش و آگاهی ما از پدیده مورد بررسی می‌افزاید و در نهایت آن را می‌توان به کار برد و در نهایت بر اساس این مدل با توجه به نظر متخصصین یک بسته درمانی تهیه شد که توافق قابل ملاحظه‌ای بین داوران در رابطه با اعتبار بسته درمانی وجود داشت.

چون اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت ورزی در مقایسه با درمان مبتنی بر تجارب بیماران افسرده تاکنون در پژوهش‌های قبلی بررسی نشده است و علاوه بر این با توجه به اهمیت افسردگی و همبودی زیادی که با سایر اختلالات، مشکلات عاطفی و هیجانی دارد در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا این دو مداخله مورد مقایسه قرار گیرند. به همین دلیل با کاربرد درمان‌های فوق امید است خلأ پژوهشی موجود در این زمینه مرتفع شود.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش متشکل از زنان افسرده مراجعه کننده به مرکز خدمات بهزیستی سپاهان در شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۷ بود. از جامعه آماری مورد اشاره، در نهایت با توجه به اصل اخلاقی تمایل شخصی به شرکت در پژوهش و ریزش صورت گرفته در حجم نمونه، ۳۰ نفر برای شرکت در این پژوهش به صورت داوطلبانه در نظر گرفته شدند و سپس به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش ۱ (بسته درمانی مبتنی بر تجارب)، آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر شفقت ورزی) و گروه کنترل تقسیم شدند. هم‌تاسازی گروه‌ها بر اساس سن و پایه تحصیلی صورت گرفت. میانگین سنی گروه آزمایشی یک ۴۷/۵۰، گروه آزمایشی دو ۲۰/۴۴ و گروه کنترل ۵۰/۴۵ بودند. ۳۰ دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۰ تا ۵۵ سال بود.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از رضایت کامل شخصی برای مشارکت در پژوهش، تشخیص افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه، قرار نداشتن تحت

ضمن پذیرش و دوست شدن با رنج اجتناب‌ناپذیر با تبیین هیجانات به تعدیل میزان شادکامی و نشخوار فکری پرداخته شود (۱۸). با توجه به چنین ضرورتی به شفقت‌ورزی پرداخته شد.

در سال‌های اخیر با مطرح شدن درمان‌های موج سوم از جمله شفقت به خود و شفقت‌ورزی به پذیرش رنج و کاهش پریشانی روانشناختی با دیدگاهی غیرقضاوتی پرداخته شده است. واژه شفقت به معنای همدردی است. در تعاریف ارائه شده از شفقت به چندین فرآیند اشاره شده که عبارت است از: توجه ذهن‌آگاهانه نسبت به رنج و آگاهی از آن، انگیزه باقی ماندن در حالت گشودگی نسبت به رنج با هدف التیام بخشیدن آن است (۱۹). بر اساس تعریف نف شفقت به خود از سه مؤلفه تشکیل شده است که عبارت اند از مهربانی با خود^۱ در مقابل قضاوت در مورد خود^۲، احساس مشترکات انسانی^۳ در مقابل انزوا^۴ و آگاهی^۵ در مقابل فزون همانند سازی^۶. شفقت‌ورزی در مفهومی جامع‌تر یک درمان فراتشخیصی است که در درمان انواع اختلالات روانشناختی دارای کاربرد است که محور آن شرم، از خود بی‌زاری و حمله به خود است. این درمان بر پایه علم تکامل و یافته‌های مربوط به دلبستگی قرار گرفته است (۲۰).

علاوه بر آنچه ذکر شد، با توجه به اهمیت و شیوع بالای اختلال افسردگی، لزوم ارائه بسته درمانی ویژه بیماران افسرده با تمرکز بر تجارب وجود داشت. بنابراین جهت شناسایی سازه‌های شفقت به خود مبتنی بر تجارب از طریق یک پژوهش کیفی ضمن مصاحبه در جهت افزایش شادکامی و کاهش نشخوار فکری این بیماران در ابتدا مدلی تدوین شد، این مدل توسط عندلیب، عابدی، نشاط‌دوست و آقایی در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان بر اساس مقوله‌های مستخرج از مصاحبه و مقالات طراحی شد، سپس بر اساس مدل تدوین شده، بسته درمانی مبتنی بر شفقت به خود نف برای بیماران افسرده تدوین شد. در این راستا جهت کشف سازه‌های مربوط به تجارب بیماران افسرده از روش پژوهش کیفی استفاده شد. به منظور طراحی مدل، از نظریه زمینه‌ای

1. Self-kindness
2. Self-Judgment
3. Common humanity
4. Isolation
5. Mindfulness
6. Overidentification

7. Anselm Straus

8. Juliet Carbine

درجه‌بندی شده است. در این پرسشنامه نمرات دارای حد پایین، متوسط و بالا است که از مجموع امتیازات در دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد و دارای همبستگی باز آزمایشی، ۰/۶۷ است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۲ محاسبه شد.

۴. بسته درمانی مبتنی بر تجارب: بسته درمانی تدوین شده توسط عنذلیب و همکاران طی یک بررسی کیفی (براساس نظریه زمینه‌ای مدل استراوس و کربین) بر اساس تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و متون، مفاهیم، زمینه، فرآیند و پیامد شناسایی شدند. در مرحله کدگذاری اولیه مفاهیم شناسایی شدند. کلیه مفاهیم در بخش کدگذاری محوری پس از شناسایی اشتراکات و تفاوت‌های مفاهیم شناسایی شده با توجه به ویژگی‌های آنها در چندین زیرطبقه قرار گرفتند. در نهایت مقولات فرعی استخراج گشت. به دنبال شناسایی مؤلفه‌های مستخرج از آن و الگوی حاصله در سال ۱۳۹۷ طراحی گردید، و بر اساس الگو، بسته استخراج شد. نتایج آن بر اساس ضریب کاپا (به عنوان شاخص توافق بین داوران) تحلیل شد و در نهایت اندازه ضریب توافق داوران بر طبق فرمول ۰/۸۰ برآورد شد. بنابراین با توجه به Z محاسبه شده می‌توان نتیجه گرفت توافق قابل ملاحظه‌ای بین داوران در رابطه با اعتبار بسته درمانی وجود دارد. بسته تدوین شده در ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای که بر اساس صلاحیت متخصصان توسط پژوهشگر برگزار گردید. مشروح جلسات برای گروه اول در جدول ۱ آورده شده است.

۵. بسته درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی: درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی توسط پائول گیلبرت (۲۴) و بر اساس انواع وضعیت‌های ذهنی دارای بنیادهای اجتماعی و تکاملی مرتبط با علوم اعصاب می‌باشد. احساس شرم و سرزنش خود در زمره مسائل روانشناختی هستند. از آنجایی که سیستم‌های سه گانه نام برده: سیستم امنیت، سیستم دفاعی و سیستم انگیزشی در رابطه نزدیک با سیستم‌های دلبستگی هستند، بنابراین در این رویکرد تأکید بر آموزش ذهن مشفق است و بر این نکته تأکید دارد که برای خوشحالی خود و دیگران و در نتیجه افزایش خلق بر شفقت تمرکز کنید (۲۵). بنابر آنچه گفته شد در پژوهش حاضر در جهت کاهش

درمان پزشکی و روانشناختی. معیارهای خروج عبارت بود از نداشتن رضایت کامل از روند اجرای پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار

۱. پرسشنامه افسردگی بک - فرم کوتاه^۱: این پرسشنامه توسط بک و همکاران (۲۱) تدوین شد. مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه است که در این پژوهش از فرم کوتاه ۱۳ سؤالی که پاسخ‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای است استفاده گردید. نمره گذاری از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده، با هم جمع و نمره کل افسردگی به دست می‌آید. نمره کل در دامنه‌ای از صفر تا ۳۹ است.

بک و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش نمودند. ضرایب اعتبار حاصل از باز آزمایشی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۲ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲: این پرسشنامه توسط آرچیل و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه است. هر گویه متشکل از ۴ عبارت است و به ترتیب از عبارت اول تا چهارم نمرات صفر تا ۳ می‌گیرد. در این ابزار دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۷ است که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است. این پرسشنامه شامل شش زیرمقیاس است که عبارت‌اند از رضایت از زندگی، لذت، خودباوری، خونسردی، کنترل و خودکارآمدی است دارای سؤالات مشخص است. آرچیل و همکاران پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش علیپور و نوربالا (۲۲) پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد و در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۳ محاسبه شد.

۳. پرسشنامه سبک‌های پاسخ: این پرسشنامه توسط نولن هوکسما و مارو (۲۳) تدوین شد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) متشکل از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس^۳ است. دارای ۲۲ عبارت است که در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات)

1. Beck Depression short Inventory
2. Oxford Happiness Inventory
3. Distracting Response Scale

روند اجرای پژوهش: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS25 انجام شد. روش آماری استفاده شده در پژوهش حاضر استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

احساس شرم و تقویت سیستم امنیت از محتوای زیر در درمان استفاده شد. محتوای جلسات به شرح زیر ارائه شده است. این برنامه توسط پژوهشگر که صلاحیت او توسط اساتید راهنما تأیید گردیده بود، در سال ۱۳۹۷ در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. مشروح جلسات برای گروه اول در جدول ۲ آورده شده است.

جدول (۱) بسته درمانی تدوین شده مبتنی بر تجارب

جلسه	عنوان جلسه	محتوا	تکالیف
اول	مفهوم‌سازی مشکل (افسردگی)	معرفی، ارائه طرح و هدف درمان، بیان قوانین و اصول جلسات، گرفتن رضایت اخلاقی شرکت در پژوهش از مراجعان، اجرای پیش‌آزمون، تعریف افسردگی، معرفی ابعاد مختلف افسردگی، خلاصه کردن.	بدون تکلیف
دوم و سوم	سبک‌های دلبستگی	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بیان دستور جلسه، توصیف و تفسیر سبک‌های گوناگون دلبستگی، تشریح انواع هیجان. ارائه تکلیف گرفتن بازخورد.	تمرین خوردن کشمش و آگاهی از تنفس به صورت روزانه
چهارم و پنجم	ذهن آگاهی	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، بیان دستور جلسه، ایجاد ذهن آگاهی از طریق بیان مفهوم ماندن در زمان حال و مفهوم تمرکز توجه. ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد.	تمرین واریسی بدنی به صورت روزانه
ششم، هفتم و هشتم	تنظیم هیجان	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، تمرکز زدایی از تجربه هیجانی بلافصل، اجازه دادن به ورود هیجانات و پذیرش آنها و اداره توجه آگاهانه هیجانات دشوار. تعیین تکلیف، گرفتن بازخورد.	تمرین تجربه درونی و بیرونی
نهم	خود مهربان	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، ایجاد خود مهربان از طریق ایجاد انگیزه برای مراقبت از بهزیستی، آگاهی از رنج اجتناب‌ناپذیر انسانی، تعیین تکلیف، گرفتن بازخورد.	پرنمودن کاربرد روزانه شفقت جهت پرورش شفقت
دهم	ذهن مهربان	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، اتخاذ رویکرد مشاهده به جای واکنش فوری، تغییر نحوه برخورد با رنج، تغییر نحوه برخورد با هیجانات. ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد.	ارائه تمرینات تصویرسازی ذهنی جهت ذهن مهربان تربیت
یازدهم	بخشش	مرور جلسه قبل، ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی نارضایتی‌ها، بررسی فضای ذهنی درگیر نارضایتی‌ها، آگاهی از بازی سرزنش، ایجاد حکایت رنجش، ارائه تکلیف و بازخورد.	اتجام رفتارهای مشفقانه
دوازدهم	بخشش	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، ارزیابی خلق و هیجانات، توضیح چگونه کمتر شخصی به دل گرفتن، کمک به قبول مسئولیت در قبال احساسات خود، گفتن حکایت قصد مثبت، تعیین تکلیف و گرفتن بازخورد.	اتجام رفتارهای مشفقانه
سیزدهم	هوش اخلاقی	بررسی تکالیف و مرور جلسات قبل، آموزش هوش اخلاقی از طریق ایجاد مهارت‌های همدلی، وجدان، خودکنترلی، احترام، مهربانی، انصاف، تعیین تکلیف و گرفتن بازخورد.	تصویرسازی مشفقانه با استفاده از کاربرد ثبت تصویرسازی
چهاردهم و پانزدهم	حل مسأله	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، آموزش مهارت‌های حل مسأله از طریق تعریف و شناسایی مشکلات مربوط به دنیای واقعی، پیدا کردن راه‌های مختلف، تصمیم‌گیری و بازنگری. تعیین تکلیف، گرفتن بازخورد.	نوشتن نامه مشفقانه
شانزدهم	فعال‌سازی رفتاری	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، شناسایی و اصلاح رفتارهای اجتنابی از طریق پایش فعالیت، ارائه تکلیف.	مفهوم‌سازی ارزش‌ها
جمع بندی	مرور	گرفتن بازخورد	

جدول ۲) جلسات درمانی بسته درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی

جلسه	عنوان جلسه	محتوا	تکالیف
اول	فرمول‌بندی	معرفی، ارائه طرح و هدف درمان، بیان قوانین و اصول جلسات، گرفتن رضایت اخلاقی شرکت در پژوهش از مراجعان، اجرای پیش‌آزمون، تعریف افسردگی، معرفی ابعاد مختلف افسردگی، خلاصه کردن.	
دوم	تشریح شفقت	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بیان دستور جلسه، ایجاد نگرشی در رابطه با تفاوت شرم، احساس گناه و تقصیر: مسئولیت‌پذیری در برابر تقصیرجویی خودانتقادگرانه. ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد.	انجام ریتم تنفسی تسکین دهنده
سوم	تنظیم هیجان	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، بیان دستور جلسه معرفی سیستم‌های تنظیم عاطفه. ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد.	نام‌گذاری هیجانات
چهارم	آموزش ذهن	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، آموزش ذهن مشفق به همراه خصوصیت‌های مشفقانه و مهارت‌های مشفقانه. تعیین تکلیف، گرفتن بازخورد.	تمرکز روی خود مشفق
پنجم	معرفی تصویرسازی	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، آموزش تصویرسازی‌های متمرکز بر شفقت، تعیین تکلیف، گرفتن بازخورد.	تصویرسازی متمرکز بر شفقت
ششم	شفقت‌ورزی به خود	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی خلق و هیجانات، بررسی تکالیف، رشد و پرورش خود مشفق. ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد.	تمرکز روی خود مشفق
هفتم	شفقت‌ورزی به دیگران	مرور جلسه قبل، ارزیابی خلق و هیجانات، ایجاد شفقت نسبت به دیگران، ارائه تکلیف و بازخورد.	شفقت‌ورزی نسبت به دیگران
هشتم	توجه آگاهی	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، ارزیابی خلق و هیجانات، آموزش تمرینات ذهن آگاهانه، قبول و پذیرش زندگی، تعیین تکلیف و گرفتن بازخورد.	انجام تمرینات ذهن آگاهانه
نهم		جمع‌بندی و گرفتن بازخورد.	
دهم		اجرای پس‌آزمون	

یافته‌ها

اسمیرنوف ($Z = 0/147$ و $P = 0/097$) تشخیص نتایج برای نرمال سازی بررسی شد و معنادار نشد، به علاوه نتایج آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها انجام شد به صورت ($Z = 0/303$ و $P = 0/741$) و در سطح معناداری نبود. در نتیجه پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس برقرار می‌باشد. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر شادکامی و نشخوار فکری در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیان شده است.

نتایج نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در میزان شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس یکی از پیش‌فرض‌های مهم آزمون تحلیل واریانس این است که ماتریس‌های کوواریانس در هر یک از گروه‌ها باید همگن باشد. تشخیص همگن بودن توسط آزمون ام باکس انجام می‌شود. ام باکس محاسبه شده ($P = 0/07$, Box's $M = 23/48$) در سطح $0/05$ معنادار نمی‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف -

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیر شادکامی و نشخوار فکری به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش

گروه‌ها	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش ۱	شادکامی	۳۳/۴۰	۱۹/۷۰	۵۴/۵۰	۱۲/۱۳	۱۵/۱۶
	نشخوار فکری	۵۳/۱۰	۱۴/۸۹	۴۲/۵۰	۱۲/۱۴	۹/۸۴
آزمایش ۲	شادکامی	۳۶/۸۰	۱۱/۴۰	۵۲/۹۰	۱۳/۵۰	۱۱/۰۲
	نشخوار فکری	۵۴/۲۰	۱۲/۶۳	۴۳/۹۰	۷/۴۰	۷/۹۸
کنترل	شادکامی	۴۰/۶۰	۱۳/۷۵	۴۰/۸۰	۱۶/۸۷	۱۴/۰۴
	نشخوار فکری	۵۸/۳۰	۹/۵۵	۶۳/۶۰	۱۱/۷۵	۹/۵۲

برای گروه آزمایش ۱ برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۳۳/۴۰، ۵۴/۵۰ و ۱۵/۱۶ می‌باشد.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش ارائه شده است. به عنوان نمونه میانگین شادکامی

آزمون، از ۰/۰۵ کمتر و معنی‌دار است. به این معنی که براساس این چهارآزمون، تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با یکدیگر معنی‌دار است. این نتیجه نشان دهنده تأثیر روش آزمایشی بر شادکامی و نشخوار فکری بیماران افسرده می‌باشد. میزان تأثیر ۵۵ درصد، و توان آماری ۰/۹۹ می‌باشد.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی ماهیت و چگونگی تفاوت بین گروه‌های پژوهش به تفکیک پس‌آزمون و پیگیری در ادامه اقدام به مقایسه زوجی گروه‌ها به تفکیک پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون تعقیبی بنفونی شد که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس در هر یک از گروه‌ها باید همگن باشد. تشخیص همگن بودن توسط آزمون ام باکس انجام می‌شود. ام باکس محاسبه شده $(P= ۰/۰۷, \text{Box's } M= ۲۳/۴۸)$ در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف $(Z= ۰/۱۴۷)$ و $(P= ۰/۰۹۷)$ تشخیص نتایج برای نرمال‌سازی بررسی شد و معنادار نشد، به علاوه نتایج آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها انجام شد به صورت $(Z= ۰/۳۰۳)$ و $(P= ۰/۷۴۱)$ و در سطح معناداری نبود. در نتیجه پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس برقرار می‌باشد. نتایج آزمون‌های چند متغیره در مورد تأثیر روش آزمایشی در هر یک از اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و آزمون بزرگترین ریشه‌روی نشان داد سطح معنی‌داری در هر چهار

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس متغیر شادکامی و نشخوار فکری در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
گروه	شادکامی	پس‌آزمون	۱۸۰۱/۴۷۴	۹۰۰/۷۳۷	۸/۰۲۱	۰/۰۰۲	۰/۳۸۲	۰/۹۳۲
		پیگیری	۲۲۰۴/۱۷۲	۱۱۰۲/۰۸۶	۹/۴۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۰/۹۶۴
	نشخوار فکری	پس‌آزمون	۲۱۵۲/۵۹۳	۱۰۷۶/۲۹۷	۱۲/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹	۰/۹۹۴
		پیگیری	۱۸۰۱/۶۳۵	۹۰۰/۸۱۸	۱۷/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵	۰/۹۹۹

جدول ۵) مقایسه زوجی آزمون بنفونی متغیر شادمانی و نشخوار فکری در پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
پس‌آزمون	شادکامی	درمان ۱ و کنترل	۱۸/۳۰۷	۴/۸۳۵	۰/۰۰۲
		درمان ۲ و کنترل	۱۴/۵۳۱	۴/۷۶۶	۰/۰۱۶
		درمان ۱ و درمان ۲	۳/۷۷۵	۴/۷۶۱	۱/۰۰۰
	نشخوار فکری	درمان ۱ و کنترل	-۱۸/۷۰۶	۴/۱۴۱	۰/۰۰۱
		درمان ۲ و کنترل	-۱۷/۸۱۲	۴/۱۱۷	۰/۰۰۱
		درمان ۱ و درمان ۲	۰/۸۹۴	۴/۰۷۹	۱/۰۰۰
پیگیری	شادکامی	درمان ۱ و کنترل	۲۰/۵۲۹	۴/۹۳۶	۰/۰۰۱
		درمان ۲ و کنترل	۱۵/۴۷۴	۴/۸۶۶	۰/۰۱۱
		درمان ۱ و درمان ۲	۵/۰۵۶	۴/۸۶۰	۰/۹۲۳
	نشخوار فکری	درمان ۱ و کنترل	-۱۷/۸۶۸	۳/۲۵۲	۰/۰۰۱
		درمان ۲ و کنترل	-۱۵/۲۸۲	۳/۲۳۳	۰/۰۰۱
		درمان ۱ و درمان ۲	۲/۵۸۵	۳/۲۰۴	۱/۰۰۰

نتیجه درمان ۱ اثربخش بوده است و میزان تفاوت میانگین شادکامی و نشخوار فکری بین دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۲۰/۵۲۹ و ۱۷/۸۶۸- نمره است. همچنین؛ یافته‌های ردیف دوم این جدول در هر دو متغیر

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، یافته‌های ردیف اول در هر دو متغیر شادکامی و نشخوار فکری نشان می‌دهند که بین گروه درمان ۱ (بسته درمانی مبتنی بر تجارب) و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد $(P < ۰/۰۵)$ ، در

سوق می دهد (۳۶) بدین ترتیب افراد با داشتن شفقت به خود بالا صرف نظر از همه متعلقات خود را دارای اشتراک انسانی با دیگران دانسته و میزان تجربه هیجان مثبت از جمله شادکامی افزایش یافته و این مهم از طریق تنظیم هیجانی میسر می شود (۳۷). از طرفی از آنجایی که ذهن بیماران افسرده به علت بدبینی نسبت به گذشته، حال و آینده گرایش به نشخوار فکری دارد استفاده از فنون شفقت به خود می تواند با القای مشترکات انسانی و ذهن آگاهی بیشتر از میزان نشخوار فکری کم کند و از این طریق بتواند به افزایش خلق بیانجامد. افسردگی شناخت فرد را درگیر می کند علاوه بر کاهش علائق، به مرور افکاری می پردازد که در فرد هیجان هر چند ناچیزی را به وجود آورده بنابراین می توان از طریق درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شفقت به خود به کاهش این متغیر در بیماران افسرده کمک نمود.

در رابطه با شفقت ورزی در موارد فوق یافته ها نشان داده اند که شفقت ورزی از طریق تغییر فرآیندهای درونی که با افزایش سلامت روان همراه است به کاهش افسردگی منجر می شود (۳۸). با توجه به اینکه با وجود خلق پایین، میزان شادکامی در افراد بسیار پایین است و با علم به اینکه درمان مبتنی بر شفقت ورزی توانایی افزایش خلق را دارد در این راستا می توان اذعان داشت که با افزایش خلق سطح شادکامی درونی یا ذهنی افزایش یافته و در نتیجه شاهد ابراز شادکامی که بیرونی است خواهیم بود زیرا شفقت به تقویت سیستم امنیت در افراد کمک می کند و این مسأله به تعدیل هیجان می انجامد و این تعدیل، تنظیم هیجانی را به وجود آورده و از بدتنظیمی هیجان پیشگیری می کند و ایجاد نظم هیجانی با به وجود آوردن معنای جدید در موقعیت های هیجانی به جای سرکوب و انکار هیجان به افزایش سطح شادکامی در افراد افسرده کمک می کند.

بر همین اساس در تأیید ارتباط بین شفقت و شادکامی پژوهش های دیگری که بر سبک دلبستگی تأکید داشته اند معتقد به نفوذ هیجان مثبت از جمله امید، خوش بینی، عاطفه مثبت، رفتارهای نوع دوستانه ای که در نتیجه داشتن شفقت و سبک دلبستگی ایمن است، انجام شده است که از طریق خودمختاری رابطه، پذیرش خود، خودمهارگری، داشتن ارتباط مثبت با دیگران به احساس رشد مداوم و

نشان می دهند که بین گروه ۲ (بسته درمانی مبتنی بر شفقت ورزی) و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، در نتیجه درمان ۲ نیز اثربخش بوده است و میزان تفاوت میانگین شادکامی و نشخوار فکری بین دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۵/۴۷۴ و ۱۵/۲۸۲- نمره است.

در نهایت، یافته های ردیف سوم جدول مقایسه های زوجی بونفرونی نشان می دهند که بین گروه درمان ۱ (بسته درمانی مبتنی بر تجارب) و گروه درمان ۲ (بسته درمانی مبتنی بر شفقت ورزی) در هر دو درمان در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/05$)، در نتیجه در پاسخ به سؤال پژوهش می توان گفت که بسته درمانی مبتنی بر تجارب با بسته بسته درمانی مبتنی بر شفقت ورزی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در جمع بندی از یافته های بدست آمده می توان گفت که بسته درمانی مبتنی بر تجارب و بسته درمانی مبتنی بر شفقت ورزی بر افزایش شادکامی و کاهش نشخوار فکری اثربخش بوده اند، لذا این دو بسته در مقایسه با یکدیگر تفاوت معناداری با هم نداشتند.

بحث

چنانچه نتایج پژوهش نشان داد بسته درمانی مبتنی بر تجارب و درمان مبتنی بر شفقت ورزی بر شادکامی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اثربخش است. در ارتباط با شادکامی یافته پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات سجادیان (۲۵)، جزایری (۲۶)، صابریان و همکاران (۲۷)، قنوتی و همکاران (۲۸)، لیومیرسکی و همکاران (۲۹)، دالین و همکاران (۳۰) میلر و همکاران (۳۱)، وینون و همکاران (۳۲)، سلیگمن (۳۳)، پیترسون و همکاران (۳۴)، همسو می باشد. در تبیین یافته های به دست آمده از اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب بر اساس تحقیقات چنین استنباط می شود که شفقت به خود از طریق پذیرش رنج و شکست شخصی تا حد بسیار زیادی می تواند هیجان منفی را تحت تأثیر قرار دهد و هیجاناتی از جمله غم، ناخوشی و شکست را بخش طبیعی از تجربه قلمداد می کند (۳۵)، در نتیجه در غیر این صورت با مزمن شدن هیجان منفی، افسردگی فرد را به سمت تجربه علائم مختلف رفتاری، انگیزشی، فیزیولوژی، شناختی و عاطفی مختلف مانند ناامیدی، نداشتن معنا در زندگی، انزوا

این درمان مبتنی بر شفقت ورزی فراتر از این مورد رفته و علاوه بر رنج های شخصی، تحمل ابهام و رنج های دیگران را مد نظر قرار می دهد. علاوه بر تبیین فوق در رویکردهای مبتنی بر پذیرش ذهن آگاهی از اهمیت فراوانی برخوردار است که به نظر می آید بر اساس درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شفقت به خود به نوعی به تنظیم هیجان کمک نماید. تنظیم هیجانی که از ورای تمرینات شفقت حاصل می شود قادر به افزایش سطح شادکامی و کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده است. ولی در رابطه تعاملی بین دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت هایی بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر صرفاً بر روی زنان اجرا شد، پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی در صورت امکان از جامعه زنان و مردان با هم استفاده شود. از طرفی به دلیل اینکه در پژوهش حاضر از بسته درمانی مبتنی بر تجارب بیماران افسرده استفاده شده است بهتر است پژوهشگران بعدی از این بسته در جهت پیشگیری از عود علائم افسردگی در کنار سایر پروتکل های درمان های موج سوم شناختی رفتاری استفاده کنند. در پایان انجام مطالعات طولانی تر و با پیگیری های بلندمدت و چندمرحله ای، نتایج کامل تری را در زمینه میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل های درمانی را به پژوهشگران ارائه می کند.

سپاسگزاری: این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) دارای کد ۲۳۸۲۰۷۵۹۴۲۱۳۴ با شناسه کد اخلاق IR.IAU. KHUISF. REC۱۳۹۷.۰۶۱ می باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و تمامی افراد شرکت کننده در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Singhal G, neuroscience BB-F in cellular, 2017 undefined. Microglia: an interface between the loss of neuroplasticity and depression. frontiersin.org [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2017.00270/full>
2. Yirmiya R, Rimmerman N, neurosciences RR-T in, 2015 undefined. Depression as a microglial disease. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from:

توانایی مقابله با مسائل اجتماعی و در نتیجه بهزیستی روان شناختی منجر شده است (۳۹،۴۰).

در تبیین اثربخشی درمان شفقت ورزی در ارتباط با نشخوار فکری یافته ها با پژوهش سیموس و همکاران (۴۱)، رائس و همکاران (۱۳)، نوربالا و همکاران (۴۲)، گیلبرت و پروتکر (۴۳)، برقی ایرانی و همکاران (۴۴) همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت با توجه به اینکه نشخوار فکری یکی از سازه های مهم در تداوم خلق افسرده می باشد و شامل افکار آگاهانه ای می باشند که در رابطه با یک موضوع خاص تکرار می شوند که وابسته به مقتضیات محیطی هم نمی باشند، افکار منفی را افزایش داده. در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر تجارب بر نشخوار فکری با یافته های نف (۴۵)، نف، رودو کرک پاتریک (۴۶) و نف (۴۷) همسو است. با توجه به تأکید نف بر این که یکی از مؤلفه های سازه شفقت به خود اشتراک انسانی در مقابل انزوا است که به صورت آگاهی از اینکه همه انسان ها دارای نقص هستند و مرتکب اشتباه می شوند و همچنین مؤلفه بهوشیاری در مقابل همسان سازی افراطی که به صورت آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که به فرد کمک می کند تا جنبه های دردناک یک تجربه به طور مکرر ذهن او را اشغال نکند.

از آنجایی که ذهن بیماران افسرده به علت بدبینی نسبت به گذشته، حال و آینده گرایش به نشخوار فکری دارد استفاده از فنون درمان مبتنی بر شفقت ورزی می تواند با القای مشترکات انسانی و ذهن آگاهی بیشتر از میزان نشخوار فکری کم کند و از این طریق بتواند به افزایش خلق بی انجامد. افسردگی شناخت فرد را درگیر می کند علاوه بر کاهش علائق، به مرور افکاری می پردازد که در فرد هیجانات هر چند ناچیزی را به وجود آورده بنابراین می توان از طریق درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شفقت به خود به کاهش این متغیر در بیماران افسرده کمک نمود. در نتیجه همه موارد مذکور با اجرای بسته درمانی که مستخرج از تجارب بیماران افسرده است میزان شادکامی در افراد دارای این اختلال افزایش یافته و میزان نشخوار فکری کاهش یافته است در نتیجه شدت افسردگی کاهش می یابد. بنابراین یافته ها حاکی از این است که شادمانی و نشخوار فکری نه با حذف رنج بلکه با پذیرش رنج رابطه مثبت دارد. علاوه بر

- <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=207902>
10. Lopez A, Mathers C, Ezzati M, lancet DJ-T, 2006 undefined. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606687709?casa_token=wyMNFQJBqIgAAA:AAA:QRH-yc7oxETDnnGIKniXVh9P70xkHcsLyBx9f-IQou0mKiuDiA0Oh9gYBbpgS5-nW3ez41qSyA
 11. Martin K, Blair S, Clark G, Rock A, Mindfulness KH-, 2018 undefined. Trait mindfulness moderates the relationship between early maladaptive schemas and depressive symptoms. Springer [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-017-0753-7&casa_token=OV_u4k7RKKUAAAA:YWiEz3rZVZ8wA2oW1VTgdI7UBHYRjg7dXzR1pyzzVkNp7cDXlfxOcuI3VjsEoxQB7DV8GMPeSCfFZTnV
 12. Hasegawa A, Kunisato Y, Morimoto H, Nishimura H, Matsuda Y. How do Rumination and Social Problem Solving Intensify Depression? A Longitudinal Study. *J Ration - Emotive Cogn - Behav Ther.* 2018 Mar 1;36(1):28-46.
 13. Differences FR-P and I, 2010 undefined. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886910000413>
 14. Abramson J, Berger A, ... HK-A of I, 2001 undefined. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. *jamanetwork.com* [Internet]. [cited 2019 Oct 27]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/648694>
 15. Nolen H, Wisco E, Lyubomirsky S. Rethinking rumination .2008 [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=236269>
 16. Manavipour D, of AS-TNJ, 2016 undefined. Investigation of psychometric properties of rumination-reflection scale. *shefayekhatam.ir* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <http://shefayekhatam.ir/article-1-876-en.html>
 17. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, therapy ND-B, 2013 undefined. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S005789413000397?casa_token=0juKlcxybwgAAAA
 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166223615001769>
 3. Parekh A, Smeeth D, Milner Y, Healthcare ST-, 2017 undefined. The role of lipid biomarkers in major depression. *mdpi.com* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/5/1/5>
 4. Main M, Theory JS-A in the preschool years:, 1990 undefined. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *books.google.com* [Internet]. [cited 2019 Nov 6]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=WZHifiCXE8EC&oi=fnd&pg=PA121&dq=Main+M,+Solomon+J:+Procedures+for+identifying+infants+as+disorganized/disoriented+during+the+Ainsworth+Strange+Situation,+in+Attachment+in+the+Preschool+Years:+Theory,+Research+and+Intervention.+Edited+by+Greenberg+MT,+Cicchetti+D,+Cummins+EM.+Chicago,+IL&ots=WUufsHwtXl&sig=Cz9w9jyeELqeTyqr-TKxbywZFKs>
 5. Chan, D. W. Life satisfaction, happiness. happiness."... Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: [https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Chan%2C+D.+W.+Life+satisfaction%2C+happiness.+happiness."+Proceedings+of++the+National+Sciences+.+2012%3B+100%2819%29%3A+11176-11183&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Chan%2C+D.+W.+Life+satisfaction%2C+happiness.+happiness.)
 6. Tamir M, Schwartz S, ... SO-J of E, 2017 undefined. The secret to happiness: Feeling good or feeling right?. *psycnet.apa.org* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2017-34745-001>
 7. Mirshah Jafari E, Abedi M R, Drikvandi H. Happiness... - محقق Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Mirshah+Jafari+E%2C+Abedi+M+R%2C+Drikvandi+H.+Happiness+and+its+Effecting+Factors.+Advances+in+Cognitive++Science.+2002%3B+4+%283%29+%3A50-58+%5BIn+Persian%5D&btnG=
 8. Veenhoven R, research MH-S indicators, 2006 undefined. Rising happiness in nations 1946-2004: A reply to Easterlin. Springer [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11205-005-5074-x.pdf&casa_token=Surkmi-6sDAAAAA:gFxPAmvqxH7LqH6XLWSFv0SWmS1v81KM46v7xgeJkrhrTd2K3Dso5m-GnssVYaoQLGs9GGxjMgdzbhHi
 9. Kamyab Z, Hoseinpour M, Soudani M. A Survey Of Happiness Education Effective In Fordyce Method On Increasing Of Happiness Of Diabetic Patients In Behbahan City .2010 [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from:

- .ir/article_23171_fb854a43215d3b374df6a25d3e4667cf.pdf
26. Shafiee Z, Jazayeri R. Predicting Marital Happiness Based on self-compassion and Flourishing in Married women 2017 [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: http://www.iaujournals.ir/article_538042_c2b23566cab2f5477a8c0af3ddae4c0c.pdf
27. Saberian S, Tabatabaei M. Efficiency of self-compassion... Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Saberian+S%2C+Tabatabaei+M.+Efficiency+of+self-compassion+training+on+the+Mental+well-being+and+self-worth+of+female+students+with+stress+of+exam.+Journal+of+Analytical-Cognitive+Psychology.Vol.8%2FIssue31%2FWinter PP.2017%3B+19-29.+%5Bin+Persian%5D&btnG=
28. Alighanavati S, Bahrami F, ... KG-J of N, 2018 undefined. Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Quality of Life and Happiness of Females with Breast Cancer in Ahvaz City. *jne.ir* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: http://jne.ir/browse.php?a_id=920&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
29. Lyubomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S. Effects of Ruminative and Distracting Responses to Depressed Mood on Retrieval of Autobiographical Memories [Internet]. Vol. 75, *psycnet.apa.org*. Psychological Association, Inc; 1998 [cited 2020 Jul 29]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1998-04530-012>
30. Dulin PL, Dominy JB. The influence of feeling positive about helping among dementia caregivers in New Zealand: Helping attitudes predict happiness. *Dementia*. 2008 Feb;7(1):55–69.
31. Millar M, Millar K, Social AT-P and, 1988 undefined. The effects of helping and focus of attention on mood states. *journals.sagepub.com* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146167288143012>
32. Yinon Y, Landau MO. On the reinforcing value of helping behavior in a positive mood. *Motiv Emot*. 1987 Mar;11(1):83–93.
33. Lenzenweger MF. Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. *Am J Psychiatry*. 2004 May;161(5):936–7.
34. Peterson C, Park N, Seligman MEP. Orientations To Happiness And Life Satisfaction: The Full Life Versus The Empty Life. Springer [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10902-004-1278-z.pdf&casa_token=yOPa1H0pxoIAAAA:we_zbg
- A:vu1IDvyDhtyvZ455IPIGXTfUeOpaoHifUkKkGNWhne6zJ_a1ANnz5KnFald8FhkJ-g72QS11WQ
18. Maddux R, Riso L, Klein D, ... JM-J of A, 2009 undefined. Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709000081>
19. Neff KD, Neff K. Editor's Corner The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Hum Dev* [Internet]. 2009 [cited 2020 Jul 29];52:211–4. Available from: www.karger.com/hdeFax+41613061234E-Mailkarger@karger.chwww.karger.com
20. Gilbert P. Cronicon A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy [Internet]. Vol. 3, *EC Psychology and Psychiatry*. 2017 [cited 2020 Jul 29]. Available from: <https://derby.openrepository.com/handle/10545/622126>
21. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression The difficulties inherent in obtaining [Internet]. *jamanetwork.com*. [cited 2020 Jul 29]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>
22. Alipoor A, Noorbala A A. A Preliminary Evaluation... Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Alipoor+A%2C+Noorbala+A+A.+A+Preliminary+Evaluation+of+the+Validity+and+Reliability+of+the+Oxford+Happiness+Questionnaire+in+Students+in+the+Universities+of+Tehran.+IJPCP.+1999%3B+5+%281+and+2%29+%3A55-66.+&btnG=
23. Nolen-Hoeksema S, psychology CD and social, 1999 undefined. “ Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks.. *psycnet.apa.org* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1999-11645-011>
24. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Vol. 13, *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006. p. 353–79.
25. Rezvani M, Sajjadian I. The mediating role of self compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions among female university students [Internet]. Vol. 4, *Positive Psychology Research*. 2019 [cited 2020 Jul 29]. Available from: http://ppls.ui.ac.ir/article_21335.htmlhttp://ppls.ui.ac

43. Gilbert P, ... SP-: AIJ of T&, 2006 undefined. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Wiley Online Libr [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.507>
44. Kulemare B, Javad M, Psychology MB-, Iranian BJ of the, 2016 undefined. Effectiveness of cognitive therapy based on. bjcp.ir [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <http://bjcp.ir/article-1-518-en.html>
45. development KN-H, 2009 undefined. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. karger.com [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.karger.com/Article/PDF/215071>
46. Neff, K. D. The development and validation of a scale... Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Neff%2C+K.+D.+The+development+and+validation+of+a+scale+to+measure+self-compassion.+Self+and+Identity.2003%3B%28%29+%2C223-250.+&btnG=
47. Neff K, Kirkpatrick K, personality SR-J of research in, 2007 undefined. Self-compassion and adaptive psychological functioning. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092656606000353>
- HteZBMWwievtn_i7UDLsUQ6w-CrNEaBYRchePm8DtyOCQnV2ds-cNy0z_a5bjd33gV4-67JvgL5g
35. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Handbook of Mindfulness and Self-Regulation. Springer New York; 2015. p. 121–40.
36. Iverach L, Menzies R, review RM-C psychology, 2014 undefined. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814001354>
37. Diedrich A, Grant M, Hofmann S, ... WH-B research and, 2014 undefined. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Elsevier [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S005796714000758?casa_token=Om67Senm8e8AAA:fp4Ngyp-U19r_RQXbOIX0ImxrxzSapF2gSOPZjhCqInN9uF6Cm2cfJGAPhRc-5tmSLXdx5L1qhds
38. Alipour A, Farzad V, Pharmaceutical SS-AJ of M and, 2014 undefined. Effectiveness of mindfulness training in reducing of aggression and increasing self-esteem in women with breast cancer. Citeseer [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1045.1958&rep=rep1&type=pdf>
39. Kafetsios K, Sideridis GD. Attachment, social support and well-being in young and older adults. J Health Psychol. 2006;11(6):863–75.
40. Mikulincer M, social IO-J of personality and, 1995 undefined. Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories.. psycnet.apa.org [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1995-33050-001>
41. Simos G. Cognitive behavioral therapy, depressive... - Google [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q=Simos+G.Cognitive+behavioral+therapy%2C+depressive+ruminat+and+metacognition.+In%3A+Sin+G%2C+editor.+Cognitive+behavior+the+rapy%3A+A+guide+for+practicing+clinician.+New+York%3A+Routledge+publication%2C2009%3B18-33.&btnG=
42. Noorbala F, Borjali A, Noorbala A. The interaction effect between “self-compassion” and “rumination” of depressed patients in “compassion focused therapy”. 2013 [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=337194>