

رابطه خودانتقادی و خودشفقتی با نشانگان افسردگی در دختران نوجوان

سجادسعادت^۱، محسن مشکبید حقیقی^۲، فاطمه فدائی مهدی محله^{۳*}

موسسه آموزش عالی کوشیار (kooshyar higher education institute)، گیلان، رشت، ایران

(*نویسنده مخاطب: فاطمه فدائی مهدی محله: fatemehfadaie.ir@gmail.com)

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین خودانتقادی و خودشفقتی با نشانگان افسردگی در دختران نوجوان در شهر رشت انجام شده است. روش تحقیق در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، دختران نوجوان مدارس شهر رشت در سال ۱۴۰۱ بودند. با در نظر گرفتن جامعه آماری ۱۰۰۰ نفر و محاسبه مقدار خطا ۰,۰۵ تعداد ۲۸۰ نفر انتخاب و به پرسشنامه خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه خودانتقادی گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) پاسخ دادند. روش آماری مورد استفاده در این تحقیق آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون) بود که با استفاده از نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج یافته‌های این پژوهش نشان داد بین متغیرهای پیش بین پژوهش با متغیر ملاک رابطه معناداری وجود دارد. متغیر خودشفقتی به صورت منفی و معنادار ($t = -9/465$, $P < 0/01$) افسردگی را پیش بینی می‌کند. همچنین متغیر خودانتقادی به صورت مثبت و معنادار ($t = 1/993$, $P < 0/01$) افسردگی را پیش بینی می‌کند.

واژه های کلیدی: افسردگی-خودانتقادی-خودشفقتی

۱-مقدمه

انسان در مدت تحول و رشد روانی خود، دوره‌های مختلفی را می‌گذراند که برخی از این دوره‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نسبت به دیگر دوره‌ها توجه خاصی را می‌خواهد. این دوره مهم در زندگی هر فرد دوره نوجوانی محسوب می‌شود که بین کودکی و بزرگسالی قرار دارد و پایان دوره کودکی و آغاز پختگی را است. در این دوره گذار و انتقال تمام قابلیت‌های

^۱دکتری تخصصی روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

^۲دکتری مشاوره، استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی کوشیار، رشت، ایران

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی کوشیار، رشت، ایران

پنجمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

فکری و جسمی در بالاترین سطح هستند و افراد تغییرات بسیاری را در ابعاد مختلف جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجربه می‌کنند، مسائلی مانند بلوغ زیستی و اجتماعی، اضافه شدن نقش‌های بزرگسالی، هویت‌یابی، و ... زندگی فرد را با فرازها و فرودهایی مواجه می‌کند. فرازها و فرودهایی که برخورد و سازش با آن‌ها می‌تواند زندگی نوجوان و رضایت او از زندگی را تحت تأثیر بگذارد [۱].

نوجوانان در پایان نوجوانی، با گذران یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی فردی و اجتماعی خود، از یک سو سرعت بلوغ جسمی و جنسی را طی کرده و از سوی دیگر، تلاش می‌کنند تا انتظارات خانواده، فرهنگ و جامعه برای کسب استقلال، گسترش ارتباطات و کسب آمادگی‌ها و مهارت‌های لازم را جامه عمل بپوشانند، در گذار از مرحله است که جستجوی هویت منسجم می‌تواند نگرش وی را به زندگی تحت الشعاع خود قرار دهد؛ از این رو، توانایی‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی قادرست در شکل‌گیری هویت و مفهومی مثبت از زندگی به وی کمک کند.

دوره نوجوانی یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین و پراسترس‌ترین دوران زندگی افراد است [۲]. نوجوانی دوره‌ی خاص انتقال است که با تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی همراه می‌شود. علاوه بر این تغییرات که گفته شد کشف هویت از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های این دوره از زندگی فرد محسوب می‌شود [۳].

نوجوان‌ها به تدریج که در این دوره سنی پیش می‌روند نیازهایشان نسبت به دوران کودکی متغییر می‌شود، نیاز به استقلالشان بیشتر می‌شود و به دنبال ساختن خودپنداره و ارزش‌هایشان می‌روند که این فرایند منجر به تغییر در خانواده نیز خواهد شد [۴]. ورود به این دوره، نوجوانان و والدین را به چالش می‌کشد. نوجوانان ممکن است والدین را سختگیرتر و کنترل‌کننده‌تر از پیش ادراک کنند و والدین نوجوان‌ها را بی‌مسئولیت و سرکش بدانند و این نوجوان و والدین را با چالش‌هایی روبه‌رو می‌کند که چگونه مجدد به مسئولیت‌های خود سازمان داده و روابط خانوادگی خود را تنظیم کنند. والدین در آغاز نمی‌توانند درک کنند که چرا فرزند نوجوان آن‌ها دوست دارد از فعالیت‌های خانواده فرار کند تا با دوستانش باشد و از این رفتار نوجوان خود بسیار مضطرب می‌شوند. آن‌ها میان خود و نوجوان‌شان شکاف عمیقی می‌بینند و احساس خطر می‌کنند [۵]. این تعارضات اگر بیش از حد باشد برای بهزیستی و انطباق‌یابی روانی-اجتماعی نوجوانان خطر محسوب می‌شود، نوجوان تصور می‌کند، والدین درکی از او و نیازهایش ندارند و این موجب کاهش نزدیکی بین او و والدینش خواهد شد [۶]. از میان مشکلات حائز اهمیتی که نوجوانان در مدت دوره نوجوانی تجربه می‌کنند، اختلال افسردگی توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود. در حوزه روان‌شناسی مرضی تحولی در کودکان و نوجوانان، وجود یا فقدان افسردگی سال‌های متمادی مورد مناقشه بوده است. افسردگی به عنوان پدیده روان‌شناختی از عوامل ایجادکننده اختلال روانی در نوجوانان و دانش‌آموزان دبیرستانی است؛ زیرا نوجوانان در معرض رویدادهای مختلفی در محیط همسالان و دوستان، مدرسه و خانه قرار دارند که موجب نگرانی‌های متعددی در آن‌ها می‌شود همچنین موضوعاتی مانند هویت جنسی، جسمی، شغلی و تحصیلی موجب اشتغالات ذهنی متعددی در دوران بلوغ می‌شود که موجب تنش، اضطراب و افسردگی در نوجوانان می‌شود [۷].

نوجوانی دوره‌ای از رشد انسان است که تحولات عمیقی در ساختار جسمانی و روان‌شناختی فرد رخ می‌دهد. افسردگی از جمله مشکلات اساسی است که در طی سال‌های نوجوانی برای نوجوانان پیش می‌آید و توجه خاصی را می‌طلبد. تغییرات ساختاری و روان‌شناختی که در دوران بلوغ برای نوجوانان رخ می‌دهد، بحرانی اساسی رشدی محسوب می‌شود. در سال‌های اخیر مشکلات سلامت روان در کودکان و نوجوانان افزایش یافته است؛ از این رو توجه به تأثیرات منفی این مشکلات بر رشد روانی-هیجانی و اجتماعی کودکان، نگرانی‌هایی در سطح جامعه پدیدار شده است؛ به این ترتیب متخصصان سلامت کودک بر اهمیت و ضرورت تشخیص مشکلات کودکان و همین‌طور ارائه رویکردهای درمانی مناسب برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی آن‌ها بیش از پیش تأکید دارند. همچنین متخصصان عنوان کرده‌اند، از آنجا که در سنین بزرگسالی مشکلات سلامت روان و همین‌طور الگوهای شخصیتی و رفتاری افراد به سختی تغییر می‌کند، اقدامات به موقع برای تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است [۸].

افسردگی در کودکان و نوجوانان به علت ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف^۱، تحصیلی حرفه‌ای^۲، اجتماعی^۳، موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد و بر آینده نوجوانان تأثیر مخربی می‌گذارد، از طرفی مهم‌ترین نشانگان افسردگی نوجوانان شامل: کندی روانی - حرکتی، احساس بی‌ارزشی، بدبینی به آینده، سو مصرف مواد، عملکرد، تحصیلی پایین، خودکشی، خلق آشفته، لذت نبردن و مشکلات بین فردی است [۹].

عوامل زیادی می‌تواند باعث بروز این اختلال شود. در واقع عوامل درونی و عوامل محیطی مختلفی تأثیر گذار هستند. یکی از مدل‌هایی که در تبیین افسردگی مد نظر محققان قرار دارد؛ مدل آسیب پذیری شخصیتی است. براساس مدل آسیب پذیری شخصیتی سه ویژگی شخصیتی شامل وابستگی، خود انتقادی و کارآمدی، فرد را برای ابتلای به افسردگی آسیب پذیر خواهد کرد. در میان این متغیرها، خودانتقادی بیشتر از متغیرهای دیگر، نقش پیش‌بینی‌کنندگی در مورد شدت افسردگی دارد [۱۰]. خودانتقادی از جمله مولفه‌های اصلی و تعیین‌کننده در ایجاد مشکلات و مسائل نوجوانان است. خودانتقادی می‌تواند باعث شود که فرد عملکرد خود را ناقص و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند؛ به صورتی که در نهایت به عدم تعامل با جامعه و افراد منجر شود [۱۱].

خودانتقادی شامل خودسرزنشگری^۴، احساس دور شدن از استانداردهای خود و دیگران و تمرکز شدید بر روی پیشرفت است [۱۲]. خودانتقادی با بسیاری از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رابطه مثبت دارد. در هر دو رویکرد شناختی و تحلیلی، خودانتقادی در ابتدا به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی محسوب می‌شد. نوجوانان خودانتقادگر، مشکلات بیرونی سازی از قبیل قانون شکنی و رفتارهای خشونت‌آمیز^۵ دارند که آشکارا برای اطرافیان قابل مشاهده است [۱۳].

¹ social

² Professional

³ educational

⁴ Self -esteem

⁵ Aggressive

افرادی که سطح بالایی از خودانتقادی را تجربه می‌کنند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند. پس به نظر می‌آید که خودانتقادی با نشانگان افسردگی ارتباط دارد. به اعتقاد کاکس و همکاران [۱۴]. دو نوع خودانتقادی در افرادی هست؛ خودانتقادی مقایسه‌ای که به سبب مقایسه خویش با دیگرانی که احساس برتری دارند، ایجاد می‌شود و خودانتقادی درونی به دلیل مقایسه خود با انتظارات بالا و غیر قابل دسترس درونی ایجاد می‌گردد. وجود هر دو این‌ها باعث می‌شود فرد عملکرد خود را نادرست بسنجد.

در بررسی رابطه خودانتقادی و افسردگی، می‌توان به ویژگی‌های افراد خودانتقاد استناد داشت؛ این افراد، به دلیل آرمان‌های درونی و بیرونی بالایی؛ تلاش‌های خود را ناچیز و ناقص می‌دانند و در اینجا این اتفاق رخ می‌دهد: چرخه باطل شکست - انتظار^۱ که در نتیجه آن ناامیدی و افسردگی مشاهده می‌شود [۱۵]. خود انتقادی بر متغیرهای مبتنی بر حمایت اجتماعی، وقایع مثبت و منفی زندگی و رضایت در روابط نزدیک اثر دارد و به نوبه خود، شرایطی را برای کمک به ایجاد بروز نشانه‌های افسردگی فراهم می‌کند. افراد خودانتقادگر درگیر یک خودارزیابی نادرست هستند و نسبت به تجارب شکست و انتقاد، آسیب پذیر بالایی دارند [۱۶]. آن‌ها اقدامات خود را مساوی با شکست قلمداد کرده، فقط انتظار استانداردهای بالا و غیر قابل حصول را دارند و همین امر، به کنار کشیدن آن‌ها از شبکه‌های اجتماعی^۲ می‌انجامد [۱۷]. افراد خودانتقادگر نمی‌توانند که تحسین و تمجید دیگران را بپذیرند و از آن لذت ببرند، در مقابل آن‌ها دستاوردهای درمانی خود را کوچک و ناچیز می‌دانند. به دلیل مقاومت افراد خودانتقادگر نسبت به درمان‌های مرسوم توجه بیشتر به خود انتقادی ضروری به نظر می‌رسد [۱۸]. روان‌شناسان سال‌هاست بدنبال جایگزین برای مفهوم ارزش خود هستند که ایرادهای این سازه را نداشته باشد، در همین راستا مفهوم شفقت ورزی به خود را از فلسفه‌ی بودیم در فرهنگ شرق دریافتند [۱۹]. شفقت به خود اگر چه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی محسوب می‌شود، اما قرن‌هاست که در فلسفه شرقی وجود داشت. تعریف شفقت خود نیازمند تعریفی جامع‌تر از شفقت بود. اصولاً در فرهنگ غربی، اصطلاح شفقت^۳ در بستر تعریف این اصطلاح آمده: توانایی که در درک رنج‌های دیگران و گرایش فرد به کمک کردن به دیگران، اما در فرهنگ شرقی مثل بودیسم شفقت خود به همان میزان اهمیت دارد که شفقت به دیگران [۲۰].

افراد با شفقت به خود، تعارضات^۴ بین فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل [۲۱]. خودشفقتی پذیرفتن خود با وجود تمام درد‌ها و رنج‌ها معنا می‌شود. خود شفقتی شکل سالمی از خودپذیری است که نشان دهنده میزان پذیرش و جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی می‌باشد. شفقت خود نیز شامل مورد شفقت قرار دادن خود در مواقع دشوار است [۲۲].

داشتن شفقت به خود، سبب بخشیدن ضعف‌ها خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان است. در واقع شفقت خود یک انجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است، حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌بینند [۲۳]. شفقت شامل آگاه شدن از دیگر افراد و دوری نکردن از آن، احساس مهربانی نسبت به دیگران و

¹ Failure; Waiting

² Social networks

³ Compassion

⁴ Conflicts

تمایل برای کم کردن رنج آن‌هاست. شفقت به خود نیازمند درک بدون قضاوت از درد، نواقص و شکست‌های خود است، پس تجربه‌ی خود به عنوان بخشی از تجربه‌های بزرگتر انسانی در نظر گرفته می‌شود. در حالی که بسیاری از نظریات روان‌شناسی فرض می‌کند که افراد اساساً به خودشان علاقمنداند بیشتر نگران خودشان هستند تا دیگران. برعکس افراد نسبت به خود تا دیگری که برای آن‌ها اهمیت قائل هستند یا افراد غریبه سخت گیرترند [۲۴].

مشفق بودن نسبت به خود ختم به خود مرکز بینی نمی‌شود. بلکه، شفقت^۱ خود منجر به افزایش شفقت و دغدغه نسبت به دیگران می‌شود. شفقت خود باعث می‌شود فرد تجربیات خود را در منظر تجربیات مشترک انسانی ببیند و دریابد که رنج، شکست و نقص اقتصادی و... بخشی از انسان بودن است و همه افراد که من هم یکی از آن‌ها هستم ارزش شفقت کردن دارند کمتر قضاوت کردن نسبت به خود، منجر به کمتر قضاوت کردن نسبت به دیگران می‌شود، پس مانند مقایسه‌ی خود با دیگران نیازی به افزایش یا دفاع از ارزش خود وجود ندارد. شفقت به خاطر اینکه خود برتر یا شایسته‌تر است او را بزرگ نمی‌کند، بلکه افراد، ارتباطشان با یکدیگر و برابری‌شان را تشخیص می‌دهند [۲۵]. داشتن شفقت به خود، منجر به بخشیدن شکست‌ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان است. در واقع شفقت خود یک انجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است، حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند [۲۶]. در حالی که داشتن شفقت خود نیازمند این است که فرد به انتقاد سخت گیرانه از خود به خاطر شکست یا نرسیدن به استانداردها نپردازد، به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. بلکه، به این معناست که اعمالی که برای عملکرد بهینه و سلامتی لازم هستند. داشتن شفقت خود یعنی فرد به بهزیستی خودش تمایل دارد با ملایمت و شکیبایی پیگیری می‌شوند. بنابراین شفقت خود به علت توجه به ضعف خود منجر به انفعال و سکون نمی‌شود. بلکه نداشتن شفقت خود به احتمال بیشتری به انفعال می‌انجامد. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی ایگو^۲ برای تهدید نشدن ارزش خود فرد در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می‌کند.

پژوهشگران دریافته‌اند که سطوح بالاتر خود دلسوزی با سطوح پایین‌تر افسردگی ارتباط دارد. [۲۷]، همبستگی مستقیمی را بین خود شفقتی و طیفی از ابعاد مثبت روان‌شناختی نشان داده‌اند. پژوهش [۲۸] نشان داد که افرادی که خود شفقتی بالایی دارند کمتر در معرض علائم افسردگی و نشخوارفکری قرار می‌گیرند. شواهدی نیز وجود دارد که مداخله خود شفقتی می‌تواند منجر به بهبود نشخوار فکری در افراد افسرده شود. همچنین پژوهش‌ها ارتباط مثبت بین نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی را تأیید نموده‌اند. اختلال افسردگی اختلال روانی اغلب ناتوان کننده و فراگیری است که با سایر اختلالات روانی همراه است و به طور قابل توجهی باعث اختلال در عملکرد ذهنی، فیزیکی و روانی اجتماعی می‌شود.

هدف کلی و اصلی از انجام این پژوهش تعیین رابطه بین خودانتقادی و خودشفقتی با نشانگان افسردگی در دختران نوجوان است. بنابراین با توجه به نقش متغیر خودانتقادی و خودشفقتی در وضعیت روانی و واکنش روان‌شناختی به موقعیت‌های

¹ Compassion

² Ego

مختلف، و همچنین عدم وجود پژوهش در زمینه نقش این متغیرها در بروز افسردگی در سن نوجوانی به ویژه نوجوانان دختر، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که متغیرهای خودانتقادی^۱ و خودشفقتی و نقش این مولفه‌ها در پیش بینی تغییرات افسردگی چگونه است؟ رابطه معناداری با نشانگان افسردگی در دختران نوجوان دارند؟

۲- روش

۲-۱- جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر در طبقه مطالعات همبستگی بود. در این پژوهش متغیرهای خودانتقادی و خودشفقتی به عنوان متغیر پیش-بین و نشانگان افسردگی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش، دختران نوجوان مدارس شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ هستند.

باتوجه به شرایط موجود در جامعه و همگیری ویروس کرونا همچنین تعطیلی مدارس، در دسترس نبودن نوجوانان دختر و برقراری ارتباط حضوری، برای بدست آوردن حجم نمونه پژوهش، از فرمول کوکران استفاده شد. با در نظر گرفتن جامعه آماری ۱۰۰۰ نفر و محاسبه مقدار خطا ۰,۰۵، تعداد ۲۸۰ نفر بدست آمد. روش نمونه گیری به صورت در دسترس با رعایت اصول اخلاقی انجام شد. همچنین برای جمع آوری اطلاعات مربوط به ادبیات موضوع و پیشینه پژوهش از مجلات و کتاب‌ها و مقالات علمی-پژوهشی داخلی و خارجی جهت گردآوری اطلاعات برای تایید یا رد فرضیه‌های پژوهش از روش میدانی (پرسشنامه‌ها) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از شاخص‌های آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد داده‌ها و سپس از آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) برای بدست آوردن تحلیل همبستگی به کمک نرم افزار SPSS-20 استفاده شده است.

۲-۲- ابزار سنجش

پرسشنامه خودانتقادی:

از مقیاس حمله به خود قوت قلب، گیلبرت، کلارک، همپل، مایلز و آبرونز (۲۰۰۴) که شامل ۲۲ ماده است، گرفته شده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف ۵ رتبه ای از نوع لیکرتی (کاملاً مخالفم=۰ تا کاملاً موافقم=۴) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از ۰ تا ۸۸ در نوسان است. نمره بالا نشان دهنده خودانتقادی بالای فرد است. رجبی و عباسی (۱۳۹۳) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس خود انتقادی را در کل نمونه و در دانشجویان مرد و زن، به ترتیب ۰/۸۳ گزارش کردند.

پرسشنامه خود شفقتی:

¹ Self-indulgence

برای اندازه‌گیری متغیر خودشفقتی از پرسشنامه نف بهره گرفته شد. پرسشنامه‌ی خودشفقتی توسط نف در سال (۲۰۰۳) طراحی شد. این مقیاس ۲۶ گویه و ۶ خرده مقیاس است. اجزای سازنده‌ی این پرسشنامه اگرچه از لحاظ مفهومی با هم متفاوت هستند، اما به لحاظ نظری به هم مرتبط هستند: انسانیت مشترک، ذهن آگاهی و خودمهربانی. اگر چه ساختار اصلی با این سه جنبه تعریف شده بود اما تحلیل عاملی، شش خرده مقیاس را نشان داد که نشان‌دهنده‌ی جنبه‌های مثبت و منفی هر وجه می‌باشند.

این شش خرده مقیاس‌ها عبارتند از: خودمهربانی، خودانتقادی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و شناخت پیش از حد ماده‌ها برای پی بردن به اینکه پاسخ دهندگان در شرایط دشوار نسبت به خودشان چگونه عمل می‌کنند طراحی شده‌اند (به عنوان مثال هنگامی که شرایط واقعاً دشواری پیش می‌آید، به خودم سخت می‌گیرم) و با استفاده از مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی شده‌اند که نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود را نشان می‌دهد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند.

در تحقیق نف نتیجه‌ی روایی همزمان خودشفقتی با خرده مقیاس‌های انتقاد از خود پرسشنامه افسردگی رابطه منفی و معنا داری، و بین خودشفقتی و مقیاس ارتباط اجتماعی رابطه مثبت معناداری به دست آمد. پایایی این پرسشنامه نیز توسط نف که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ انجام شد ۰/۹۳ گزارش شده است.

در تحقیق نف (۲۰۰۳) نتیجه‌ی روایی همزمان خودشفقتی با پرسشنامه‌های دیگر اینگونه به دست آمد: بین خودشفقتی و خرده مقیاس انتقاد از خود پرسشنامه‌ی تجارب افسردگی بلات، دافلیتی و کواپنلن (۱۹۷۶) رابطه‌ی منفی و معناداری، بین خودشفقتی و مقیاس ارتباط اجتماعی (لی و رابین، ۱۹۹۵) رابطه‌ی مثبت و معناداری به دست آمد. در تحقیق ابوالقاسمی، تقیپور و نریمانی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۱ می‌باشد.

در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

پرسشنامه‌ی افسردگی بک:

پرسشنامه‌ی افسردگی برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش تدوین شد. این مقیاس دارای دو فرم بلند و کوتاه ۲۱ و ۱۳ ماده‌ای است که همبستگی دو فرم بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. در این پژوهش از فرم ۱۳ سؤالی استفاده شده است. نمره گذاری جملات منعکس کننده‌ی طیف وسیعی از شدت علائم از خنثی تا بسیار شدید است. به هر گروه از سوالات بین ۰ تا ۳ نمره داده می‌شود (از خنثی به شدید).

در مورد روایی پرسشنامه‌ی افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسشنامه‌ی افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روان‌پزشکی همیلتون؛ مقیاس خودسنجی زونگ، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. رجبی (۱۳۸۴) این پرسشنامه را بر روی جامعه دانشجویی اعتباریابی نمود. وی آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و

چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

۰/۸۲ و همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک ۰/۶۷ به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه‌ی افسردگی بک از طریق آلفای کرنباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از اجرای پژوهش با استفاده از آمار استنباطی (رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون) و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش خودشفقتی و خودانتقادی به عنوان متغیرهای پیش بین و افسردگی دانش آموزان به عنوان متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفت. هرچقدر میزان همبستگی بیشتر باشد نمرات به خط رگرسیون نزدیک‌تر و در نتیجه پیش‌بینی دقیق‌تر است.

کل نمونه‌ها در این پژوهش ۲۸۰ نفر می‌باشند که در محدوده‌ی سنی ۱۳-۱۲ سال فراوانی نمونه‌ها و درصد آن به ترتیب ۲۳ و ۷/۶۶ درصد می‌باشد. در محدوده‌ی سنی ۱۵-۱۴ سال فراوانی نمونه‌ها و درصد آن به ترتیب ۹۱ و ۳۴/۳۳ درصد می‌باشد. در محدوده‌ی سنی ۱۷-۱۶ سال فراوانی نمونه‌ها و درصد آن به ترتیب ۹۰ و ۳۲ درصد می‌باشد. در محدوده‌ی سنی ۱۹-۱۸ سال فراوانی نمونه‌ها و درصد آن به ترتیب ۷۸ و ۲۶ درصد می‌باشد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
۱ افسردگی	۹/۶۲	۱۰/۰۵	۰۰	۳۹
۲ خودانتقادی	۴۳/۱۲	۱۰/۸۱	۱۴	۸۴
۳ خودشفقتی	۸۶/۹۴	۱۰/۸۹	۳۵	۱۱۸

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است که میانگین افسردگی دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش ۹/۶۲ با انحراف استاندارد ۱۰/۰۵، میانگین خودانتقادی (۴۳/۱۲) با انحراف استاندارد (۱۰/۸۱) و میانگین خودشفقتی (۸۶/۹۴) با انحراف استاندارد (۱۰/۸۹) می‌باشد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین خودشفقتی و خودانتقادی با افسردگی

متغیر	۱	۲	۳
۱. افسردگی	-	۰/۴۴۷**	-۰/۶۲۱**
۲. خودانتقادی	-	-	-۰/۵۹۹**
۳. خودشفقتی	-	-	-

* $p < 0.05$ $p < 0.01$

چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مقادیر همبستگی بین خودشفقتی و خودانتقادی با افسردگی دانش‌آموزان از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0.05$).

همانطور که قبلاً گفته شد، برای نشان دادن رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده که در جدول (۲) گزارش شده است. چنانچه که ملاحظه می‌شود، بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش با افسردگی رابطه برقرار است. به منظور مشخص کردن سهم هر یک از مولفه‌ها در پیش‌بینی افسردگی از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی افسردگی نوجوانان بر اساس خودشفقتی و خودانتقادی.

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	SE
۱	خودشفقتی	۰/۶۲۱	۰/۳۸۶	۰/۳۸۴	۷/۸۹
۲	خودانتقادی	۰/۶۲۸	۰/۳۹۵	۰/۳۹۰	۷/۸۵

• متغیر ملاک: افسردگی

جدول (۳) نشان می‌دهد که در مرحله اول همبستگی خودشفقتی با افسردگی برابر ۰/۶۲۱ است به عبارت دیگر مولفه خودشفقتی به تنهایی ۳۸ درصد از متغیر افسردگی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2 = 0.386$). در مرحله بعد مولفه خودانتقادی وارد مدل شد و توانست با مولفه خودشفقتی ۳۹ درصد از افسردگی دانش‌آموزان را تبیین کند ($R^2 = 0.390$). بر اساس نتایج با توجه به قدرت تبیین ($R^2 = 0.395$) به عنوان مدل نهایی انتخاب شد که در جدول (۴) آزمون تحلیل واریانس برای معناداری آن نشان داده شده است.

جدول ۴: آزمون تجزیه و تحلیل واریانس برای معنی‌داری پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان بر اساس خودشفقتی و خودانتقادی

مدل	منابع تغییرات	مجموع مجزورات SS	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
۲	رگرسیون	۱۱۱۷۳/۸۷۹	۲	۵۵۸۶/۹۳۹	۹۰/۶۱۶	۰/۰۰۰
	باقی مانده	۱۷۱۴۰/۱۳۵	۲۷۸	۶۱/۶۵		
	کل	۲۸۳۱۴/۰۱۴	۲۸۰			

• متغیر پیش‌بین: خودشفقتی - خودانتقادی

• متغیر ملاک: افسردگی

چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

همان طور که جدول (۴) نشان می‌دهد متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیون یعنی خودشفقتی - خودانتقادی به طور معناداری ($P < 0.001$ و $F_{2,278} = 90.616$) متغیر افسردگی را پیش بینی می‌کنند. جدول (۵) ضرایب رگرسیون مدل ۲ را نشان میدهد.

جدول ۵: خلاصه نتایج رگرسیون پیش بینی افسردگی نوجوانان بر اساس خودشفقتی و خودانتقادی

مدل ۲	ضریب رگرسیون	SE	ضرایب استاندارد	t	سطح معناداری
	(B)		(β)		
مقدار ثابت	۳۳/۳۶۳	۴/۸۶۴		۶/۹۸۲	۰/۰۰۰
خودشفقتی	-۰/۳۵۱	۰/۰۳۷	-۰/۵۵۲	-۹/۴۶۵	۰/۰۰۰
خودانتقادی	۰/۱۰۸	۰/۰۵۴	۰/۱۱۶	۱/۹۹۳	۰/۰۰۴

باتوجه به نتایج جدول (۵)، متغیر خودشفقتی به صورت منفی و معنادار ($t = -9.465$, $P < 0.01$) افسردگی را پیش بینی می‌کند. همچنین متغیر خودانتقادی به صورت مثبت و معنادار ($t = 1.993$, $P < 0.01$) افسردگی را پیش بینی می‌کند. معادله رگرسیونی برای برآورد متغیر افسردگی به کمک متغیرهای ذکر شده، به این شرح است:

$$\text{خودانتقادی} \times (0.108) + \text{خودشفقتی} \times (-0.351) + 33.363 = \text{افسردگی}$$

فرضیه فرعی ۱: بین خودشفقتی با افسردگی نوجوانان دختر رابطه وجود دارد.

جدول ۶: همبستگی خودشفقتی با افسردگی نوجوانان

متغیر	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (sig)
خودشفقتی با افسردگی	-۰/۶۲۱**	۰/۰۱

همانطور که مشاهده شد بین خودشفقتی با افسردگی دانش آموزان همبستگی منفی و معنادار به میزان ($r = -0.621$, $P < 0.01$) وجود دارد که از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.01$)؛ به عبارتی دیگر می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که با افزایش خودشفقتی، افسردگی دانش آموزان کاهش می‌یابد.

فرضیه فرعی ۲: بین خودانتقادی با افسردگی نوجوانان دختر رابطه وجود دارد.

جدول ۷: همبستگی خودانتقادی با افسردگی نوجوانان

متغیر	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (sig)
خودانتقادی با افسردگی	۰/۴۴۷**	۰/۰۱

همانطور که در جدول (۷) مشاهده شد بین خودانتقادی با افسردگی نوجوانان همبستگی مثبت به میزان $(r = 0.447^{**})$ وجود دارد که از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.01$)؛ به عبارتی دیگر می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که با افزایش خودانتقادی، افسردگی دانش آموزان افزایش می‌یابد.

پس از تجزیه و تحلیل پژوهش حاضر به این نتیجه رسیده‌ایم که بین متغیرهای پیش بین با افسردگی که متغیر ملاک بوده است، رابطه برقرار است. و هرکدام از این متغیرهای خودانتقادی و خودشفقتی با درصد اطمینان ۹۹ درصد می‌توانند پیش بینی کننده برای بروز نشانگان افسردگی در نوجوانان دختر باشند.

۴- بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور تبیین و بررسی رابطه بین خودانتقادی و خودشفقتی با نشانگان افسردگی در دختران نوجوان شهر رشت انجام شد. با استفاده از یافته‌های فصل چهارم، مشخص شد که بین خودانتقادی و خودشفقتی با افسردگی نوجوانان دختر رابطه معنادار وجود دارد؛ و همچنین بین خودانتقادی و خودشفقتی نیز رابطه معنادار وجود دارد؛ و هرکدام از متغیرها به تنهایی نیز پیش بینی کننده نشانگان افسردگی در نوجوانان دختر بوده است.

نتایج تحقیقات مشابه با یافته‌های این تحقیق همخوان است. که در تبیین آن می‌توان گفت: نوجوانان خودانتقادگر دارای خودشفقتی بسیار پایین هستند و اغلب با خود نامهربان. از زندگی خود رضایت ندارند و تمام موارد زندگی خود را با نگاهی منتقدانه بررسی می‌کنند و اغلب اهل اجتناب هستند. این گروه از نوجوانان که خودشفقتی را نیاموخته‌اند و بسیار خودانتقادگر نیز هستند بیشتر از دیگر نوجوانان نشانه‌های اختلال افسردگی را بروز می‌دهند.

مفهوم خودشفقت ورزی به معنای تجربه پذیری و تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر ببیند. این تعریف به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرانه در رابطه با آنها مطرح می‌شود. خودشفقت ورزی با احساس دوست داشتن و پذیرش خویش و مراقبت از دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری یا نادیده گرفتن نیازهای دیگران نیست [۲۸]. برای اینکه تجربه خود شفقت ورزی، لازم است با ذهن آگاهی را بیاموزند، به عبارتی نباید از تجربه احساسات دردناک اجتناب کنند، چرا که این تجربه ضروری است [۲۹].

خودشفقت ورزی دربردارنده سه جز اساسی است: ۱- داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگر ۲- داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند. بدون داشتن احساسا دور بودن و متمایز بودن از دیگران؛ ۳- تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل نگریسته بدون این که آنها را بزرگ نمایی کند. این جنبه‌های خود شفقت ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و در برگیرنده نیز هستند. برای مثال، حالت پذیرا و باز بودن ذهن آگاهی باعث کاهش قضاوت در مورد خود می‌شود [۲۸].

با وجود اینکه داشتن احساس خودشفقتی، با این امر که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جز ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند. علاوه بر این

فرد خودشفقت ورز، دارای سلامت روان و بهزیستی بالاتری است. این امر به این معناست که فرد خود را با ملایمت برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری نامناسب خود را اصلاح می‌کند.

بنابراین می‌توان گفت: خودشفقت ورزی از مسیرهای متفاوت به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان محسوب می‌شود. که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. همانطور که گفته شد خودشفقتی با خودانتقادگر بودن در تناقض است. یعنی فردی که خودانتقادگری داشته باشد کمتر پیش می‌آید با خود مهربانانه رفتار کند. اما خودانتقادی دقیقاً به چه معناست؟

خودانتقادی با بسیاری از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رابطه مثبت دارد [۳۰]. در هر دو رویکرد شناختی و تحلیلی، خودانتقادی در ابتدا به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی محسوب می‌شود. خودانتقادی نه تنها باعث ایجاد نشانه‌های افسردگی می‌شود بلکه می‌توان آن را به صورت یک عامل خطر فراتشخیصی مانند افسردگی، می‌تواند موجب پدید آمدن اختلالات بیرونی‌سازی خودانتقادی علاوه بر ایجاد اختلالات درونی‌سازی شود. نوجوانان خودانتقادگر، مشکلات بیرونی‌سازی از قبیل قانون شکنی و رفتارهای خشونت‌آمیز دارند.

آنچه تا این بخش از پژوهش بیان شد نشان می‌دهد به چه میزان ارتباط بین متغیرها در زندگی افراد نقش دارد. شفقت به خود و آموزش آن به نوجوانان می‌تواند کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف شود [۳۰]. پس نتیجه می‌گیریم این آموزش به نوجوانان ضروری است. نتایج پژوهش‌های انجام شده، نشان داده است که نبود رفتار خود مهربانانه، عدم پذیرش خود و داشتن احساس ناکافی بودن، رفتارهای مقایسه‌ای و... باعث می‌شود نوجوان افسردگی و خلق بسیار پایین را تجربه کند.

مطالعات صورت گرفته در ارتباط با دانش‌آموزان، بیانگر این است که افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های متخصصان سلامت روان در دوره متوسطه می‌باشد. بنابراین با توجه به مشکلات روانی-هیجانی متعددی که دانش‌آموزان بعد از ناکامی در بخش‌های مختلف که بیشتر تحصیلی، روابط دوستانه و بین فردی همچنین با یکی از اعضای خانواده است. انجام مداخلاتی جهت تعدیل احساسات و حالات منفی نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. در این میان یکی از مهم‌ترین مداخلات موثر در کمک به افراد در مواجهه با سختی‌ها و نارسایی‌های ادراک شده، آموزش خودشفقت ورزی است.

شفقت به خود و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که خودشفقتی با کاهش علائم افسردگی و اضطراب مرتبط است. به طوری که مرور ادبیات پژوهشی موجود نیز موید این امر است. برای مثال، فتح‌الله زاده و دیگران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش شرم درونی شده و خودانتقادی در زنان آزاردیده عاطفی کمک کند.

خودشفقتی، سبب خواهد شد افراد چشم‌اندازی وسیع نسبت به مشکلات خود داشته باشند، چالش‌های و شکست‌های خود را به عنوان بخشی از زندگی خود بپذیرند، در هنگام درد و رنج به جای احساس انزوا بیش از پیش با دیگران ارتباط بگیرند و به جای سرکوب، قضاوت و اجتناب، از افکار، هیجانات و احساسات، آگاهی یابند. این عوامل به افراد کمک می‌کند که

ذهنی گشوده تر داشته باشند، توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب نمایند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری به کار ببرند که این امر، باعث می‌شود که حالات هیجانی ناسازگار مانند اضطراب، افسردگی و استرس کاهش یابد و بهزیستی هیجانی بهبود پیدا کند.

در نتیجه با بررسی‌های انجام شده و مطالعه پیشینه‌های علمی در داخل و خارج تایید شده است نوجوانی مهم ترین و بحرانی ترین مرحله زندگی هر فرد محسوب می‌شود که افزایش خودشفقتی می‌تواند میزان خودانتقادی را کاهش دهد و همچنین هر دو این متغیرها اگر در وضعیت مناسب باشند یعنی خودانتقادی کم یا اصلا وجود نداشته باشد، خودشفقتی در سطح بالا و مناسب باشد فرد مبتلا به اختلال افسردگی نخواهد شد.

به دست آوردهای پژوهش‌های گذشته و تحلیل محققین که نگاه کنیم درمی‌یابیم ۹۹ درصد، نبود شفقت نسبت به خود پیش بینی کننده اختلال افسردگی است. اما تحقیقاتی که تا به امروز انجام شده است بر روی گروه‌هایی به غیر از نوجوانان دختر بوده است. در پژوهش حاضر چندین بار به حساسیت این دوره مهم زندگی اشاره شده است و ضروری است در تبیین نتایج بدست آمده و در این فصل بار دیگر بگوییم، نوجوانان به دلیل بحران‌هایی که در حال تجربه هستند نسبت به دیگر دوران‌های زندگی با علامت سوال‌های فراوانی مواجهه می‌شوند و عزت نفس و اعتمادبنفس آنان به شدت در تزلزل است.

اگر در این سن به آنان آموزش‌های مهم همچون خودشفقتی، انعطاف پذیری، پذیرش خود، اعتمادبنفس، مهارت‌های زندگی و..... داده نشود با دنیایی از بحران، تنها رها می‌شوند و در این شرایط بیشتر از هر زمان دیگر در خطر مبتلا شدن به اختلالات روانی قرار می‌گیرند. آنچه اهمیت دارد در این مرحله از زندگی این است که والدین آگاهانه با نوجوان خود رفتار کنند و بیش از هر چیزی همدلی کردن با او را بیاموزند. برقراری ارتباط موثر با نوجوان از مهم‌ترین‌هایی است که باید مورد توجه والدین، معلم‌ها و روانشناسان قرار بگیرد. یکی از ضروری ترین‌ها در برقراری ارتباط موثر، پذیرش نوجوان است. و بعد از آن داشتن گفتوگویی توأم با همدلی است. به خاطر داشته باشیم محیط خانواده باید امن‌ترین مکان برای نوجوان باشد تا در زمان‌هایی که نمی‌تواند خودش را دوست بدارد از طرف خانواده مورد تایید و محبت قرار بگیرد. و با دادن مسولیت‌هایی متناسب سن نوجوان و یادآوری به او که به چه میزان می‌تواند توانمند باشد و همیشه حمایت والدین را دارد او را به سمت خودشفقتی هدایت می‌کنیم.

اگر افراد در سن نوجوانی شفقت به خود را بیاموزند و با سلامت روانی بالا این مرحله از زندگی خود را پشت سرگذارند درصد اینکه در بزرگسالی مبتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و.... شوند کاهش می‌یابد. این شفقت به خود سبب می‌شود افراد کمتر از خود منتقد باشند و با خود، مسائل زندگی و دیگران به پذیرش می‌رسند.

تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که در این پژوهش شرکت کردند و در انجام مراحل آن یاریگر بودند مراتب تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Mousavi, Seyyedeh Fatemeh; Naziripour, Siddiqa; Dabiri, Solmaz (2019) predicting teenagers' life satisfaction based on the positive development of adolescence and psychological capitals. *Roish psychology*, year 9, number 4, serial number 4.
2. Yadalhi Elaha, Pourhossein Reza, Sadat Mirsebahan (2019), "Stress and its consequences on the health of adolescents: a meta-analytical review". *Development of psychology*. Year 9, number 2
3. Shek, D. T., & Dou, D. (2020). Perceived parenting and parent-child relational qualities in fathers and mothers: Longitudinal findings based on Hong Kong adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4083.
4. Branje, S. (2018). Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176.
5. Aikin, N. & Aikin, P. (2019). Hold Me Tight/Let Me Go Enrichment Program for Families and Teens. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, pp. 1389- 1393.
6. Gittins, Catherine B. Hunt, Caroline. Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression? (2020). Published online .10.1371/journal.pone.0244182.
7. Batmaz S, Özdel K. Psychometric properties of the Turkish version of the Leahy Emotional Schema Scale-II. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16
8. Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A, López-Del-Hoyo Y, Montero-Marin J. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *Int J Clin Health Psychol*. 2021 May-Aug;21(2).
9. Jahangesht, Khadija; Asiri, Shahla; Pak Sarasht, Siddiqa, Kazem Nejad, Ehsan (2015), "Prevalence of symptoms of depression and factors related to it in students". *Jame Nagar Nursing and Midwifery*. Year 25, Number 81.
10. Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G., Renner, F., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1): 93-104.
11. James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). Selfcriticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79,123-128
12. Sherry, S. B., Stoeber, J., & Ramasubbu, C. (2016). Perfectionism explains variance in self-defeating behaviors beyond selfcriticism: Evidence from a cross-national
13. Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324-332.
14. Iancua, L., Bodnerb, E., Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and selfcriticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
15. Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and selfcriticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680.

16. Iancua, L., Bodnerb, E., Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and selfcriticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
17. Farsi Jani, Nilofar; Ebrahim Nejad Moghadam, Semane; Melhi, Elnaz (1400), "Review of self-criticism and self-compassion in mental health", *Roish psychology*, 10th year, number 11
18. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3):223-50
19. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *J Pers* 2009; 77(1):23-50.
20. Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
21. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3):223-50.
22. Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (2۰۰8). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
23. Jafargholi Zanjani, Sara; persistent, affectionate; Sepasi Ashtiani, Mitra; (2016), "The role of self-related variables (self-compassion, self-respect, self-criticism and self-efficacy) in predicting depression symptoms in students", Master's thesis, Al-Zahra University (S) Tehran
24. Bert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
25. Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (2۰۰8). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
26. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3):223-50.
27. Kaurin, A., Schönfelder, S., & Wessa, M. (2018). Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 453–462. <https://doi.org/10.1037/cou0000275>.
28. Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
29. James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). Selfcriticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79,123-128
30. Vandenkerckhove, B., Brenning, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., & Soenens, B. (2019). The explanatory role of basic psychological need experiences in the relation between dependency, self-criticism and psychopathology in adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(4), 574-588..