

# نقش تعدیل کننده مؤلفه های خود شفقتی در ارتباط بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی

احسان طولابی<sup>۱</sup>، بهمن پیرمردوند چگینی<sup>۲</sup>، توفیق آلبوغیش<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان شناسی و علوم تربیتی، دوره دوم، شماره پنجم، بهار ۱۳۹۹، صفحات ۵۵-۳۵

## چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی نقش تعدیلی مؤلفه های خود شفقتی در ارتباط بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی در نوجوانان بود. طرح پژوهش اکتشافی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش آموزان مدارس مقطع متوسطه دوره ی اول شهر خرم آباد در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می دادند که از میان آنها ۲۰۳ نفر در یک دوره ی ۳ ماهه به شیوه ی نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند که ابزارهای پژوهش حاضر یعنی پرسشنامه های شخصیت نوجوانان آیزنک (JEPQ)، مقیاس خود شفقتی (SCS) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برای جمع آوری اطلاعات به آنها داده شد. داده ها با استفاده از رگرسیون چند متغیره ی تعدیلی تحلیل گردیدند. نتایج نشان داد که روان رنجور خویی با علائم افسردگی همبستگی مثبت معنی دار دارد. همچنین مهربانی نسبت به خود، همبستگی منفی و بیش همانندسازی همبستگی مثبت با علائم افسردگی دارد. قضاوت خود و انزوا، همبستگی مثبت با علائم افسردگی دارد. علاوه بر این، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی، همبستگی منفی با علائم افسردگی دارند. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی تنها متغیرهایی هستند که توان تعدیل رابطه ی روان رنجور خویی با علائم افسردگی را دارند. بر اساس یافته های این پژوهش رابطه ی بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی، رابطه ی ساده ی خطی نیست و مؤلفه های خود شفقتی می توانند این رابطه را تعدیل نمایند.

واژه های کلیدی: خود شفقتی، علائم افسردگی، روان رنجور خویی.

## مقدمه

افسردگی<sup>۱</sup> یک مسئله عمده سلامت روان است که حدود ۱۷ درصد جمعیت بزرگسال به آن مبتلا هستند (کلاسر و همکاران، ۲۰۰۵). نشانه های افسردگی با چندین خطر سلامتی شامل بیماری قلبی-عروقی، چاقی، بی تحرکی، و سوء مصرف مواد و الکل در ارتباط است (یارث و همکاران، ۲۰۰۴؛ پندو و دان، ۲۰۰۵). به طور کلی علائم افسردگی در نوجوانی بروز می یابند که آن را به دوره ای حیاتی برای تثبیت بهزیستی روانشناختی تبدیل می کنند (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۶). شیوع طول عمر افسردگی در نوجوانی (دامنه ی سنی بین ۱۳ تا ۱۸ سال) ۱۱ درصد است (آونولی، سوئندسن، برستین و مریکانگس، ۲۰۱۵؛ مریکانگس، برستین و سوئندسن، ۲۰۱۰). افسردگی چهارمین عامل عمده بیماری ها در جهان است که به تنهایی بزرگترین سهم بار بیماری های غیر کشنده را به خود اختصاص می دهد (لوپز، مادرز، عزتی، جامیسون و موری، ۲۰۰۶). افسردگی شامل خلق افسرده، مشکلات شناختی، علائم جسمانی، بی ثباتی خلق و خو و افکار خودکشی است (سویکا و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس گزارشات بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می برند و سازمان جهانی بهداشت، افسردگی را در صدر علل مهم ناتوانی و ازکار افتادگی در جهان قلمداد نموده اند (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از پیشآیندهای افسردگی روان رنجور خویی<sup>۲</sup> است و روان رنجور خویی، صفت اساسی و بنیادی شخصیت است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۵) که خود خطری عمده برای علائم افسردگی در دوران نوجوانی قلمداد می شود (کارچر، رپی و ساچنیرینگ، ۲۰۰۹). در مطالعات طولی نمرات روان رنجور خویی در طی زمان افزایش می یابد به طوری که در دوره ی نوجوانی ثابت می ماند و در بزرگسالی افزایش می یابد (آلدینگر و همکاران، ۲۰۱۴). سطوح بالای روان رنجور خویی در شماری از نمونه های نوجوانان تأیید شده است (وانگکیست، لامب، فریسن و هاوانگ، ۲۰۱۵) و نشان داده شده است که افسردگی در بزرگسالی را پیش بینی می کند (هوز، هوروود و مولدر، ۲۰۱۵). صفت روان رنجور خویی، پایه ی ژنتیکی قوی دارد (ایسنگ، ۲۰۱۷) و در مرحله ی کودکی اولیه تثبیت می شود (بارلو، آلارد، زاوالا و بولیس، ۲۰۱۴). روان رنجور خویی با بی ثباتی هیجانی مرتبط است و به عنوان گرایش کلی به تجربه حالت های عاطفی منفی مانند ترس، غم، شرم و خشم و گناه است (دونگس، جاجمن، کرسٹینگ، اگلایف و سوسلو، ۲۰۱۵). روان رنجور خویی با تمایل اضطراب، ترس، غمگینی، نگرانی، حقارت، ناکامی، حسادت و تنهایی مشخص می شود (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). در این راستا بررسی پژوهش های انجام شده نشان می دهد روان

- 
- 1- Depression  
2- Neuroticism

رنجور خوئی یک عامل مهم و اساسی در اضطراب و افسردگی است (کاپاو، مارکوس، ۲۰۱۴؛ پولوس، وانوردن، نورتون و شارپ، ۲۰۱۶؛ یتس، مارتین، پرتی، ۲۰۱۷).

مکانیسم‌هایی که از طریق آن روان رنجور خوئی منجر به افسردگی یا علائم افسردگی می‌شود، تبیین نشده است (بارهونفر و چیتکا، ۲۰۱۰). مضاف بر این، با وجود رابطه میان روان رنجور خوئی و افسردگی، روان رنجور خوئی با بیشتر اشکال آسیب‌شناسی روانی شامل اضطراب و اختلالات جسمانی ساز در نوجوانی مرتبط هستند (هینک و همکاران، ۲۰۱۳). مکانیسم بالقوه‌ی اساسی تاثیر روان رنجور خوئی بر افسردگی شرم<sup>۱</sup> است، هیجانی که به عنوان پیامد ادراک افشای نواقص و عیوب فرد برای دیگران، رخ می‌دهد (دیرینگ، ستوویگو تانگنی، ۲۰۰۵). شرم با روان رنجور خوئی در بزرگسالان ارتباط دارد و به عنوان ویژگی کلیدی افسردگی توصیف شده است (گیلبرت و میلز، ۲۰۰۰؛ وین، ارنست، پاتوک پک هام و ناگوشی، ۲۰۰۳). و از طرف دیگر پژوهش در خصوص خود انتقادگری<sup>۲</sup>، توجه به علائم افسردگی را افزایش داده است (بالت، هرت، قویلن، لیدبتر و ارباچ، ۱۹۹۳؛ تامپسون، جوزف، ۲۰۰۴). افراد خود انتقادگر به عنوان افرادی رقابت‌گرا، خصومت‌گرا و دوسوگرا نسبت به دیگران توصیف می‌شوند و در کنترل و بیان خشم شان نسبت به دیگران دچار مشکل می‌شوند (کنستانینو و همکاران، ۲۰۰۸؛ بتمن و فونگی، ۲۰۱۲) و در همان زمان به خاطر معیارهای سرسختانه شخصی شان، خشم را به شکل خود انتقادگری به سمت خودشان بر می‌گردانند (بالت، ۲۰۰۸؛ لویتن و بالت، ۲۰۱۲). شرم و خود انتقادگری اغلب شامل اشتغال ذهنی فرد با افکار خود سرزنشی، هیجان خشم، اضطراب و یا نفرت است. سطوح بالای شرم و خود انتقادگری و سطوح پایین خود شفقتی<sup>۳</sup> با اضطراب و افسردگی در چندین اختلال همبستگی دارد. خود شفقتی همبستگی منفی نیرومندی با شرم و خود انتقادگری دارد. شفقت معنای دقیقی دارد: حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تسکین دادن و ممانعت از آن (کولتز، بل، بنت و آیرونز، ۲۰۱۸). خود شفقتی همبستگی منفی معنی‌داری با خلق منفی و روان رنجور خوئی دارد (نف، رود و کیرکپاتریک، ۲۰۰۷).

خود شفقتی نگرشی مثبت نسبت به خود است که به ما در عبور از شکست‌ها و رنج شخصی یاری می‌رساند (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۹). خودشفقتی شامل پاسخ به موقعیت‌های دشوار بر اساس مهربانی نسبت به خود به جای خود قضاوتی، دیدن رنج به عنوان تجربه مشترک انسانی که احساس ارتباط و پیوند با دیگران را ارتقا می‌دهد به جای انزوا و وقوف ذهن آگاهانه از پاسخ‌های منفی

3- Shame

4- Self critical

5- Self compassion

مان بدون بیش همانند سازی با آنها، می باشد (زسین و همکاران، ۲۰۱۵؛ مک بثو گیوملی، ۲۰۱۲). خود شفقتی یک سازه مهم نظری و عملی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی است. خود شفقتی سه بخش دارد: مهربانی نسبت به خویش<sup>۱</sup> در برابر خودقضاوتی<sup>۲</sup>، اشتراکات انسانی<sup>۳</sup> در برابر انزوا<sup>۴</sup>، و ذهن آگاهی<sup>۵</sup> در برابر بیش همانندسازی<sup>۶</sup> (ایفتزن و لوماس، ۲۰۱۶). همبستگی نیرومندی میان خود شفقتی و نشانگرهای مثبت بهزیستی روانشناختی مثل سطوح پایین علائم افسردگی و رضایت بالای از زندگی وجود دارد (فلیپس، ۲۰۱۸). اکثر مطالعات ارتباط میان علائم افسردگی و خود شفقتی را نشان داده اند. فراتحلیلی که توسط مک بث و گاملی<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) شامل ۴۰۰۰ آزمودنی انجام شد اندازه اثر  $r = -0/51$  را میان خود شفقتی و افسردگی نشان داد. چندین مطالعه نشان داده اند که خود شفقتی به طور منفی با اضطراب، استرس، افسردگی، نشخوار فکری<sup>۸</sup> (کاستیلهو، پیانتو و دارت، ۲۰۱۵، کریگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ رس، ۲۰۱۰؛ کریگر، برگر و گراس هانفورث، ۲۰۱۶)، شرم (گیلبرت، پروکتر، ۲۰۰۶)، افکار خودکشی، علائم وحشتزدگی<sup>۹</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۰</sup> (زیلر و همکاران، ۲۰۱۵) ارتباط دارد. و در مقابل، با بهزیستی روانشناختی<sup>۱۱</sup>، انعطاف پذیری روانشناختی<sup>۱۲</sup>، شادی، رضایت از زندگی، خوش بینی<sup>۱۳</sup>، هوش هیجانی<sup>۱۴</sup>، ارتباطات بین فردی همبستگی مثبت دارد (نف، ۲۰۱۶؛ لری، تیت، آدامز، باتز و هانکوک، ۲۰۰۷). به طور مثال، نمرات بالا در مقیاس خود شفقتی با نمرات پایین در مقیاس های افسردگی و اضطرابی ارتباط دارد. خود شفقتی نیازمند داشتن یک رویکرد متوازن در برابر تجارب منفی است به گونه ای که احساسات و افکار منفی نه سرکوب می شوند و نه اغراق (نف، مک گیهی، ۲۰۱۰). خود شفقتی می تواند گرایش به پاسخ های خود انتقادگرایانه به رویداد های منفی که سیستم تهدید را فعال می کند را مختل کند و منجر به کاهش علائم افسردگی گردد (جانسون و اوپرین، ۲۰۱۳).

<sup>1</sup>- Self-kindness

<sup>2</sup>- Self-judgement

<sup>3</sup>- Common humanity

<sup>4</sup>- isolation

<sup>5</sup>- Mindfulness

<sup>6</sup>- over identification

<sup>7</sup>- Gumly & Mcbath

<sup>8</sup>- Rumination

<sup>9</sup>- panic

<sup>10</sup>- Post-traumatic stress disorder

<sup>11</sup>- Psychological well-being

<sup>12</sup>- Psychological flexibility

<sup>13</sup>- optimism

<sup>14</sup>- Emotional intelligence

تکالیف عمده ی رشدی در حین انتقال از کودکی به نوجوانی شامل تشکیل هویت، ایفای نقش های گوناگون اجتماعی، استقلال از والدین، ضرورت تعلق و پذیرش توسط گروه همسالان، نوجوانی را به دوره ی حساس و با آسیب پذیری بالا مبدل می کند (استنبرگ و موریس، ۲۰۰۱). بنابراین خود شفقتی برای این رده ی سنی با ارائه ی شیوه ی ادراک شکست ها و اشتباهات شان به شکل متناسب و از زاویه ی متعادل می تواند در تجربه کردن احساس اشتیاق و صمیمیت و حمایتی نسبت به خودشان بدون درگیر شدن در فرآیند مشکل آفرین خود انتقادگری، ارزیابی و مقایسه های نامطلوب اجتماعی، کاملاً سودمند باشد (نف، مک گیهی، ۲۰۱۰). بنابراین پرداختن به خود شفقتی به عنوان یک راهبرد بازدارنده عمل می کند و می تواند یک هدف مداخله ای و پیشگیرانه برای نوجوانان به منظور پرورش دادن انعطاف پذیری و بهزیستی روانشناختی در بافت ها و موقعیت های گوناگون زندگی شان باشد و می تواند باعث کاهش سطوح روان رنجور خویی و به تبع آن کاهش علائم افسردگی گردد. مرور پژوهش های انجام شده در خصوص خود شفقتی نشان می دهد که مؤلفه های خود شفقتی از یک سو به شکل نیرومندی با افسردگی رابطه منفی دارند و از سوی دیگر با روان رنجور خویی رابطه نیرومند منفی دارند. اما پژوهش ها نقش تعدیلی آنها را در رابطه ی بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی بررسی نکرده اند. در همین راستا پژوهش حاضر با تکیه بر بنیان پژوهشی گسترده و همچنین با توجه به گستره بزرگ تاثیرگذاری مؤلفه های خود شفقتی در کنار سایر عوامل، در کاهش علائم افسردگی، این مؤلفه ها را به عنوان متغیرهای تعدیل کننده در رابطه با روان رنجور خویی و علائم افسردگی، لحاظ نموده است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیلی مؤلفه های خود شفقتی در رابطه با روان رنجور خویی و علائم افسردگی در دانش آموزان مقطع متوسطه می باشد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش آموزان سال اول دبیرستان های دولتی شهرستان خرم آباد در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می دادند. ۲۴۰ دانش آموز به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند که در نهایت ۲۰۳ پرسشنامه قابل تحلیل بود. به این صورت که از بین دبیرستان های دخترانه و پسرانه شهر خرم آباد هرکدام دو دبیرستان به شکل تصادفی انتخاب گردید. از هر دبیرستان دو کلاس به طور تصادفی انتخاب شدند که تعداد کل دانش آموزان این کلاس ها ۲۴۰ نفر بود. به منظور اجرای طرح، پس از انتخاب نمونه مورد مطالعه و آماده سازی پرسشنامه ها، با هماهنگی مسئولین دبیرستان های مربوطه ابزارهای پژوهش به صورت گروهی روی دانش آموزان منتخب اجرا گردید. به منظور جلب همکاری دانش آموزان بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات و بی نام بودن پرسشنامه های آنان تاکید شد. ۲۴۰ نفر از دانش آموزان

در این پژوهش شرکت کرده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. متوسط مدت زمان پاسخ دهی کل پرسشنامه‌ها ۶۰ دقیقه طول کشید. به منظور عدم تاثیر گذاری پاسخ دهی پرسشنامه‌ها بر یکدیگر ترتیب اجرای پرسشنامه‌ها به گونه‌ای تصادفی در هر کلاس تعیین شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از سه ابزار استفاده شد که همگی این پرسشنامه‌ها در ادامه به طور کامل تشریح شده‌اند:

**پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند<sup>۲۲</sup>:** پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سوالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ ماده است و هر ماده متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آن‌ها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهد. هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بنابراین فرد در این پرسشنامه می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. جهت سنجش پایایی پرسشنامه افسردگی بک، یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (گروث مارنات، ۲۰۰۹). پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح زیر بوده است: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ (بایازی، احدی، فتا و دانش، ۲۰۱۲). دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفا ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد. به علاوه در یک بررسی بر روی صد و بیست و پنج دانشجوی دانشگاه تبریز و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت اعتبار و روایی BDI-2 بر روی جمعیت ایران انجام شد نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۷۳ بود. برای روایی همگرا از طریق اجرای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک<sup>۱</sup> (۱۹۸۸)، مقیاس افکار خودکشی<sup>۲</sup> (۱۹۷۹)، سیاهه اضطراب بک<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۳۷ و ۰/۶۰ بدست آمده است (بک، ۱۹۹۶).

**پرسشنامه شفقت به خود نف فرم بلند<sup>۴</sup>:** پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای خود دلسوزی فرم بلند که گاهی اوقات مقیاس شفقت خود نیز خوانده شده است توسط نف<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل بیش همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان

<sup>۱</sup>- Beck depression inventory-II (BDI-II)

<sup>۲</sup>- Scale for Suicide Ideation (SSI)

<sup>۳</sup>- Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>۴</sup>- Self-compassion scale (SCS)

<sup>۵</sup>- Neff

می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. ضریب پایاییبازآزمایی مقیاس خود دلسوزی ۰/۹۳ است. (نف، ۲۰۰۳). در تحقیق ابوالقاسمی و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمده است (حسنی و پاسدار، ۲۰۱۳). همچنین در مطالعه‌ای پایایی کل مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های مهربانی نسبت به خود ۰/۷۸، قضاوت خود ۰/۷۷، اشتراکت انسانی ۰/۸۰، انزوا ۰/۷۵، ذهن آگاهی ۰/۷۵ و بیش همانند سازی ۰/۸۱ محاسبه شده است (نف، ۲۰۰۳).

۳- پرسشنامه شخصیتی نوجوانان آیزنک (JEPQ)<sup>۶</sup>: این پرسشنامه در سال (۱۹۶۹) توسط هانس آیزنک و بمنظور مقایسه‌ی افراد در زمینه تیپ‌های شخصیتی در کشور انگلیس مورد مطالعه و استفاده قرار گرفت. این آزمون ۹۰ سؤالی شخصیت نوجوانان دختر و پسر سنین ۱۲ تا ۱۸ سال را در چهار بعد دروغ سنجی، برونگرایی<sup>۷</sup>، روان رنجور خویی<sup>۸</sup>، روان پریشی<sup>۹</sup> مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آیزنک این چهار بعد پرسشنامه خود را با روش تحلیل عاملی کشف کرد. از سوی دیگر ویژگی‌های این پرسشنامه که نسبت به سایر پرسشنامه‌های شخصیت برتری دارد، سنجش شخصیت را در گروه‌های کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در همه سنین را انجام می‌دهد. این پرسشنامه از اعتبار بالایی در چهار بعد شخصیت برخوردار است و مهمتر اینکه این آزمون برای نهادهای وزارت آموزش و پرورش خصوصاً نهاد امور تربیتی به ویژه هسته‌های مشاوره و سازمان بهزیستی و سازمان زندان‌ها، مراکز خدمات مشاوره‌ای و هر نهاد دیگری که به شکلی در تربیت و بازسازی تربیت نقش داشته باشد قابل استفاده و کاربرد دارد. از تیپ‌شناسی شخصیتی آیزنک می‌توان برای پیش‌بینی رفتار در زمینه‌های مختلفی استفاده کرد. در این آزمون ابتدا فرم کلید E را بر روی پاسخنامه آزمودنی گذاشته و به تعداد پاسخ‌های متناسب با فرم E به او یک نمره داده می‌شود و نمرات وی را باهم جمع شده و حاصل در جایگاه مربوطه در پاسخنامه آزمودنی یادداشت می‌گردد. سپس همین کار برای فرم کلیدهای بعدی انجام می‌شود. در ایران این پرسشنامه را براهنی و همکاران (۱۳۷۰؛ به نقل از پور شهبازی، ۱۳۷۲) در مورد شماری از دختران و پسران ۱۲-۱۸ ساله (۱۰۱۹ دانش آموز پسر و ۱۱۷۱ دانش آموز دختر شهر تهران) هنجاریابی کرده‌اند. قابلیت اعتماد مقیاس‌های چهارگانه بالا به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۲ گزارش شده است (آتادخت و همکاران، ۲۰۱۸).

<sup>۶</sup>- Junior Eysenck Personality Questionnaire

<sup>۷</sup>- Extraversion

<sup>۸</sup>- Neuroticism

<sup>۹</sup>- Psychoticism

## یافته ها

در این قسمت ابتدا اشاره ای مختصر به یافته های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار نمره های روان رنجور خویی، مؤلفه های خود شفقتی و افسردگی) خواهد شد و در ادامه یافته های مربوط به آمار استنباطی (نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی مغیرهای پژوهش) بررسی و تشریح خواهند شد:

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های روان رنجور خویی، مؤلفه های خود شفقتی و افسردگی را در گروه پسران و دختران نشان می دهد:

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های روان رنجور خویی، مؤلفه های خود شفقتی و افسردگی

متغیر	زن		مرد		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روان رنجور خویی	۲۳/۰۳	۷/۲۸	۲۳/۳۸	۷/۵۴	۲۳/۲۱	۷/۳۹
مهربانی نسبت به خود	۱۵/۱۸	۳/۷۷	۱۴/۵۲	۴/۰۴	۱۴/۸۵	۳/۹۱
بیش همانند سازی	۱۱/۵۷	۳/۶۸	۱۴/۴۶	۳/۹۹	۱۱/۵۱	۳/۸۳
قضاوت خود	۱۳/۹۶	۳/۷۵	۱۳/۹۵	۴/۱۰	۱۳/۹۵	۳/۹۲
انزوا	۱۲/۳۱	۳/۵۹	۱۱/۰۷	۳/۷۲	۱۱/۶۹	۳/۷۰
ذهن آگاهی	۱۳/۰۶	۳/۳۶	۱۱/۹۲	۳/۷۵	۱۲/۴۹	۳/۶۰
اشتراکات انسانی	۱۱/۰۲	۳/۸۲	۱۱/۵۴	۴/۴۸	۱۱/۲۹	۴/۱۶
افسردگی	۱۵/۱۸	۹/۳۹	۱۳/۹۳	۱۲/۲۶	۱۴/۵۵	۱۰/۹۲

ماتریس همبستگی های پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲- ارائه شده است. بر اساس متغیرهای جدول ۲- روان رنجور خویی، قضاوت خود، ذهن آگاهی، مهربانی نسبت به خود، بیش همانند سازی افراطی، انزوا به ترتیب بیشترین تا کمترین ضریب همبستگی را با نشانگان افسردگی دارند. تمامی ضرایب همبستگی، معنی دار است:

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین مؤلفه های خود شفقتی، روان رنجور خویی و افسردگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
روان رنجور خویی	۱							
پیش همانند سازی	۰/۴۳	۱						
قضاوت خود	۰/۴۴	۰/۶۰	۱					
اشتراکات انسانی	-۰/۴۸	-۰/۵۱	-۰/۵۰	۱				
مهربانی نسبت به خود	-۰/۳۰۳	-۰/۱۱	-۰/۰۰۹	۰/۱۸	۱			
انزوا	۰/۲۳۵	۰/۰۹	-۰/۰۲	-۰/۰۴	-۰/۴۴	۱		
ذهن آگاهی	-۰/۳۱۳	-۰/۱۱	-۰/۰۶	-۰/۱۶	-۰/۴۵	-۰/۴۸	۱	
افسردگی	-۰/۴۱۴	۰/۴۱	۰/۳۶	-۰/۳۱	-۰/۲۷	۰/۲۳	-۰/۱۷	۱

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده اشتراکات انسانی در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	تغییر R <sup>2</sup>	FΔ	P
۱	۰/۴۳۲	۰/۱۸۸	۰/۱۷۹	۰/۱۸۸	۲۳/۰۸	۰/۰۰۱
۲	۰/۴۵۴	۰/۲۰۶	۰/۱۹۴	۰/۰۱۹	۴/۷۱۱	۰/۰۳۱

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده ی اشتراکات انسانی در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	B	SE	β	T	P
روان رنجور خویی	۰/۵۰۹	۰/۱۰۷	۰/۳۴۵	۴/۷۳۷	۰/۰۰۰
اشتراکات انسانی	۰/۳۷۸	۰/۱۹۸	۰/۱۴۴	۱/۹۸۳	۰/۰۴
نقش تعدیل کننده	۰/۰۴۳	۰/۰۲۰	۰/۶۲۷	۲/۱۷۰	۰/۰۳۱

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و اشتراکات انسانی

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و اشتراکات انسانی و اثر تعدیل کنندگی اشتراکات انسانی

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ی متغیرهای روان رنجور خویی و اشتراکات انسانی ۴۳ صدم بوده که ۱۷ درصد از واریانس نمرات افسردگی را به طور معنی دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای روان رنجور خویی و اشتراکات انسانی را پس از ورود اثر تعدیل کننده ی اشتراکات انسانی نشان می دهد با مقایسه ی مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که اشتراکات انسانی سبب افزایش میزان  $R^2$  به میزان یک صدم شده که این میزان معنی دار است ( $p=0.03, \Delta F=4.711, R=0.019$ ). مدل ۲ نشان می دهد که یک درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات افسردگی توسط اثر تعدیل کننده اشتراکات

انسانی تبیین می شود. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون در جدول ۵ ارائه شده است این ضرایب نشان می دهند که اثر تعدیل کننده ی اشتراکات انسانی ( $t=-2/170$ ,  $\beta=-0/62$ ) می تواند به طور معنی دار واریانس نشانگان افسردگی را تبیین کند. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ذهن آگاهی در رابطه بین روان رنجور خویی و افسردگی در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول ۵ - نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ی ذهن آگاهی در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	تغییر R <sup>2</sup>	FΔ	P
۱	۰/۴۱۶	۰/۱۷۳	۰/۱۶۵	۰/۱۷۳	۲۰/۹۷	۰/۰۰۱
۲	۰/۴۳۶	۰/۱۹۰	۰/۱۷۸	۰/۰۱۷	۴/۱۳۰	۰/۰۴۳

جدول ۶- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده ی ذهن آگاهی در در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	B	SE	β	T	P
روان رنجور خویی	۰/۵۹۱	۰/۱۰۰	۰/۴۰۰	۵/۹۱۱	۰/۰۰۰
ذهن آگاهی	۱/۱۸۰	۰/۳۰۷	۰/۸۰۰	۳/۸۴۹	۰/۰۰۰
نقش تعدیل کننده	۰/۰۴۸	۰/۰۲۳	۰/۴۶۴	۲/۰۳۲	۰/۰۴۳

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و ذهن آگاهی

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و ذهن آگاهی و اثر تعدیل کنندگی ذهن آگاهی

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ی متغیرهای روان رنجور خویی و ذهن آگاهی ۴ صدم بوده که ۱۷ درصد از واریانس نمرات افسردگی را به طور معنی دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای روان رنجور خویی و ذهن آگاهی را پس از ورود اثر تعدیل کننده ی ذهن آگاهی نشان می دهد با مقایسه ی مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که ذهن آگاهی سبب افزایش میزان R<sup>2</sup> به میزان یک صدم شده که این میزان، معنی دار است ( $R=0.017$ ,  $p=0.04$ ,  $\Delta F=4.130$ ). مدل ۲ نشان می دهد که یک درصد از واریانس مشاهده شده در نمرات افسردگی توسط اثر تعدیل کننده ذهن آگاهی تبیین می شود. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون در جدول ۵ ارائه شده است این ضرایب نشان می دهند که اثر تعدیل کننده ی ذهن آگاهی ( $t=-2/032$ ,  $\beta=-0/46$ ) می تواند به طور معنی دار واریانس نشانگان افسردگی را تبیین کند. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی

به منظور بررسی نقش تعدیل کننده مهربانی نسبت به خود در رابطه بین روان رنجور خویی و افسردگی در جدول ۷ ارایه شده است:

جدول ۸ - نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ی بیش همانندسازی در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	تغییر R <sup>2</sup>	FΔ	P
۱	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷	۰/۲۳۰	۰/۲۳۷	۳۱/۱۰۵	۰/۰۰۱
۲	۰/۴۹۰	۰/۲۴۰	۰/۲۲۹	۰/۰۰۳	۰/۸۱۰	۰/۳۶۹

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و بیش همانندسازی

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و بیش همانندسازی و اثر تعدیل کنندگی بیش همانندسازی

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ی متغیرهای روان رنجور خویی و بیش همانندسازی ۲۳ صدم بوده که ۲۲ درصد از واریانس نمرات افسردگی را به طور معنی دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای روان رنجور خویی و بیش همانندسازی را پس از ورود اثر تعدیل کننده ی بیش همانندسازی نشان می دهد با مقایسه ی مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که بیش همانندسازی سبب افزایش میزان R<sup>2</sup> نشده است و در نتیجه، معنی دار نیست (  $R^2 = 0.003$ ,  $p = 0.36$ ,  $\Delta F = 0.810$  ). مدل ۲ نشان می دهد که هیچ درصدی از واریانس مشاهده شده در نمرات افسردگی توسط اثر تعدیل کننده بیش همانندسازی تبیین نمی شود. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده انزوا در رابطه بین روان رنجور خویی و افسردگی در جدول ۹ ارایه شده است:

جدول ۹- نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ی انزوا در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	تغییر R <sup>2</sup>	FΔ	P
۱	۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۰/۱۸۴	۰/۱۹۲	۲۳/۷۳۶	۰/۰۰۱
۲	۰/۴۳۸	۰/۱۹۲	۰/۱۸۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۷	۰/۸۹۸

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و انزوا

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و انزوا و اثر تعدیل کنندگی انزوا

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ی متغیرهای روان رنجور خویی و انزوا ۲۱ صدم بوده که ۲۲ درصد از واریانس نمرات افسردگی را به طور معنی دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای روان رنجور خویی و انزوا را پس

از ورود اثر تعدیل کننده ی انزوا نشان می دهد با مقایسه ی مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که انزوا سبب افزایش میزان  $R^2$  نشده است و در نتیجه، معنی دار نیست ( $R^2 = 0.000$ ,  $p = 0.898$ ,  $\Delta F = 0.017$ ). مدل ۲ نشان می دهد که هیچ درصدی از واریانس مشاهده شده در نمرات افسردگی توسط اثر تعدیل کننده انزوا تبیین نمی شود. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده قضاوت خود در رابطه بین روان رنجور خویی و افسردگی در جدول ۱۰ ارایه شده است:

جدول ۱۰ - نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ی قضاوت خود در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی

مدل	R	$R^2$	$R^2$ تعدیل شده	تغییر $R^2$	F $\Delta$	P
۱	۰/۴۶۰	۰/۲۱۲	۰/۲۰۴	۰/۲۱۲	۲۶/۸۷۳	۰/۰۰۱
۲	۰/۴۶۹	۰/۲۲۰	۰/۲۰۸	۰/۰۰۸	۲/۰۱۹	۰/۱۵۷

مدل ۱- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و قضاوت خود

مدل ۲- متغیرهای پیش بین: روان رنجور خویی و قضاوت خود و اثر تعدیل کنندگی قضاوت خود

نتایج تحلیل رگرسیون در مدل ۱ نشان می دهد که رابطه ی متغیرهای روان رنجور خویی و قضاوت خود ۲۱ صدم بوده که ۲۲ درصد از واریانس نمرات افسردگی را به طور معنی دار تبیین می کند. مدل ۲ میزان رابطه بین متغیرهای روان رنجور خویی و قضاوت خود را پس از ورود اثر تعدیل کننده ی قضاوت خود نشان می دهد با مقایسه ی مدل ۱ و ۲ ملاحظه می گردد که قضاوت خود سبب افزایش میزان  $R^2$  نشده است و در نتیجه، معنی دار نیست ( $R^2 = 0.008$ ,  $p = 0.157$ ,  $\Delta F = 2.019$ ). مدل ۲ نشان می دهد که هیچ درصدی از واریانس مشاهده شده در نمرات افسردگی توسط اثر تعدیل کننده قضاوت خود تبیین نمی شود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مهربانی نسبت به خود، اشتراکات انسانی، ذهن آگاهی با افسردگی رابطه منفی معنادار و روان رنجور خویی، انزوا، قضاوت خود و همانندسازی افراطی با افسردگی همبستگی مثبت معنادار دارند. هم چنین نتایج پژوهش نشان داد اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی می توانند رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی را تعدیل کنند. این یافته ها که با نتایج پژوهش های قبلی مطابقت دارند (شارپ، نورتون، وانوردن، پاولوس، ۲۰۱۶؛ پتری، مارتین، ییتس، ۲۰۱۷؛ یاماگوچی، آکوتسو، ۲۰۱۴؛ رایس، ۲۰۱۰؛ مندلی و همکاران، ۲۰۱۲؛ کریگر، ۲۰۱۶، ۲۰۱۳؛ کاپلو، مارکوس، ۲۰۱۴؛ کاستیلیو، پیتو-گوویا، دورت، ۲۰۱۵؛ لی، ۲۰۰۹) بر حسب احتمالات زیر تبیین می شوند: روان رنجور خویی، از جمله ابعاد گسترده شخصیت، مقایسه سازگاری، ثبات عاطفی فرد، ناسازگاری، و عصبیت یا روان آزدگی فرد است که در زیر بنای بسیاری از رفتارها و اختلالات از جمله اضطراب و افسردگی

قرار دارد. روان رنجور خوئی که به معنای آمادگی بیشتر برای احساس گناه، غم، ناامیدی و تنهایی و گرایش افراد به تجربه خشم و حالت‌های وابسته به آن همچون احساس درماندگی و ناکامی و همین‌طور حالت‌های هیجانی شرم، خجالت و دستپاچگی ناشی از این حالت‌ها و ناراحتی در موقعیت‌های بین فردی و ناتوانی در کنترل تکانه‌ها و امیال و آسیب‌پذیری بالا نسبت به استرس می‌باشد باعث می‌شود که افراد به رویداد‌های استرس‌زای زندگی با پریشانی و درماندگی پاسخ دهند. پریشانی و درماندگی بر اساس پژوهش‌ها با اضطراب و افسردگی همبستگی نیرومندی دارند. بنابراین روان رنجور خوئی فرد را مستعد تجربه اضطراب و افسردگی می‌کند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۵؛ دنگس و همکاران، ۲۰۱۵؛ بارونفر، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی می‌توانند رابطه‌ی بین روان رنجور خوئی و افسردگی را تعدیل کنند. خود شفقتی همبستگی نیرومندی با روان رنجورخوئی دارد و میزان بالای خود شفقتی منجر به کاهش قابل ملاحظه سطوح روان رنجور خوئی می‌گردد. شخصیت، ادراک فرد از دنیای پیرامون را شکل می‌دهد و این گزاره به طور خاص با در نظر گرفتن روان رنجور خوئی درست است. روان رنجور خوئی منجر به استفاده از راهبردهای انطباقی ناکارآمد می‌شود و روان رنجور خوئی نگرشی منفی نسبت به رویدادهاست (آتادخت و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با روان رنجور خوئی بالا با شدت بیشتری به محرک‌های منفی پاسخ می‌دهند (گروس، ۱۹۹۸). با استفاده از خود شفقتی در رویارویی با رویداد‌های منفی بیرونی (مثل تجارب شکست، شرم و زورگویی)، احساسات دردناک و آشفته ساز سرکوب نمی‌شوند، از آنها اجتناب نمی‌شود و تداوم نمی‌یابند بلکه با نگرشی پذیرا، مهربانانه، مشفقانه و غیر قضاوتی، این تجارب به عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی قلمداد می‌شوند و رفتارهای موثر و کارآمد جایگزین می‌شوند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). نگرش شفقت‌گرا نسبت به خود، مستلزم داشتن رویکرد ذهنی متعادل که به عنوان ذهن آگاهی شناخته می‌شود- می‌باشد. ذهن آگاهی حالت ذهنی پذیرنده‌ی غیر قضاوتی است که در آن افراد افکار و احساسات را درست همان‌طور که هستند بدون تلاش برای تغییر یا گریز از آنها، مشاهده می‌کنند. به منظور اینکه افراد به طور کامل خود شفقتی را تجربه کنند، آنها نباید احساسات دردناک شان را سرکوب یا از آن اجتناب کنند (وودروف و ستینز، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی حالتی از توجه و آگاهی از آنچه که در حال حاضر رخ می‌دهد همراه با پذیرش و تصدیق هر دو جنبه‌ی خوب و بد که در زندگی رخ می‌دهد و قطب مخالف آن بیش همانند سازی قرار دارد که به معنای اشتغال ذهنی داشتن با، از توان افتادن توسط، و یا فاجعه‌آمیز تلقی کردن تجارب ناخوشایند است. از سویی دیگر، تجربه اشتراکات انسانی فهم و درک این موضوع است که فرد عضوی از جامعه‌ی بشری است که ما انسان‌ها شادمانی‌ها، ناامیدی‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌های بسیار شبیه به هم تجربه می‌کنیم. بنابراین درک

عمیق اشتراکات انسانی به عنوان ابزاری برای تجربه ی فقدان رنج از طریق پیوند خود با جامعه بشری، پذیرش پایدار همانندی همگانی در تمام جوانب در پذیرش خود شفقتی حقیقی موثر است (وودروف و ستینوز، ۲۰۱۸). تمام انسان ها در کارهایی که انجام می دهند دچار کاستی و ضعف می شوند، اشتباه می کنند و درگیر رفتار کژکارانه می شوند. تمام انسان ها به چیزهای می رسند که نمی توان نداشت و مجبور می شوند در معرض تجارب دشواری قرار بگیرند که به طور واضح می خواهند از آن اجتناب کنند. تمام انسان ها رنج می کشند. با این وجود ما احساس انزوا و بریدگی از دیگران می کنیم هنگامی که کاستی های شخصی و تلاش هایمان را در نظر می گیریم و به طور غیرمنطقی واکنش نشان می دهیم گویی که درد و شکست، نابهنجار و غیر عادی هستند. این موضوع یک پردازش منطقی نیست بلکه نوعی از تونل دیداری است که در آن تصویر وسیع تر بشری را از دست می هیم و بر ضعف و بی ارزشی خودمان متمرکز می شویم. به طور مشابه وقتی چیزهایی در زندگی بیرونی ما دچار عیب و کاستی می شوند که به خاطر خطای ما نبوده است تصور می کنیم که دیگران نوع ساده و راحت تری از آن را دارند و موقعیت ما نابهنجار یا غیرمنصفانه است. و ما احساس بریدگی و جدایی از دیگران می کنیم که احساس می کنیم از زندگی شاد عادی خویش برخوردارند. خود شفقتی به ما کمک می کند احساس پیوند و ارتباط بیشتر و انزوای کمتری با دیگران را تجربه کنیم هنگامی که ما در رنج هستیم (نف، تریچ، ۲۰۱۳). مطالعات رابطه بین مؤلفه های خود شفقتی و علائم افسردگی را در جمعیت غیر بالینی مورد پژوهش قرار داده اند (نف و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک بث و همکاران، ۲۰۱۲؛ کریگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ نف و مکگیهی، ۲۰۱۰). علائم افسردگی به طور منفی با مؤلفه های مثبت خود شفقتی و به طور مثبت با مؤلفه های منفی خود شفقتی همبستگی دارد (۳۴). خود شفقتی به عنوان یک قوت بشری ویژگی های مهربانی، آرامش و بردباری، و احساسات انسجام درونی را به کار می گیرد و به افراد در یافتن امید و معنای زندگی هنگامی که با دشواری ها و مشکلات زندگی روبرو می شوند، کمک می کند. خود شفقتی می تواند یک راهبرد تنظیم هیجان یا هوش هیجانی باشد که در آن احساسات دردناک سرکوب نمی شوند و از آنها اجتناب نمی شود بلکه به جای آن به شکلی آگاهانه همراه با مهربانی، درک و حس مشترک انسانی تجربه می شود. بنابراین هیجانهای منفی به احساسات مثبت تبدیل می شوند و درک واضح تر از موقعیت کنونی فرد را و اقداماتی که به شکل موثر و کارآمد فرد و محیط را تغییر می دهد، پدید می آورد و افراد دارای خود شفقتی از وضعیت سلامت روانی بهتری-میزان پایین افسردگی- نسبت به افراد فاقد خود شفقتی برخوردارند (آتادخت و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و تریچ، ۲۰۱۳). نتایج این پژوهش نشان داد مهربانی نسبت به خود نمی تواند رابطه ی بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی را تعدیل کند. نف، مهربانی نسبت به خود را به این

شکل توصیف می‌کند: درست همانگونه که عشق و حمایت خود را مشفقانه نسبت به دیگری که دارد رنج می‌کشد نثار می‌کنیم و همین‌طور برای تسکین دادن رنج و ناراحتی آن تلاش می‌کنیم، نسبت به خویش انجام دهیم. هنگامی که مهربانی نسبت به خود در خصوص خاطره ای دردناک به کار گرفته می‌شود، باعث می‌شود آن خاطره دردناک تعدیل شود و با ایجاد مهربانی، شفقت و گفت و گویی درونی به یک حس واقعی شفقت نسبت به خود منتج می‌گردد. در نتیجه مهربانی نسبت به خود یک مؤلفه اساسی خود شفقتی است (آتادخت و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و تریچ، ۲۰۱۳).

مهربانی نسبت به خود همچنین شامل پذیرش و فراموش کردن اشتباهات و شکست‌ها و تشخیص قوت‌ها، موفقیت‌ها و دستاوردها به یک اندازه بدون خود ارزیابی یا مقایسه‌های اجتماعی، می‌شود. که قطب مخالف آن خود قضاوتی می‌باشد که شامل ناسازگار بودن، ارزش زدایی و سرزنش خود و یا جنبه‌هایی از خویش است. افرادی که خود قضاوتی دارند افکار، احساسات، امیال، اعمال و ارزشمندی خودشان را رد می‌کنند (آتادخت و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و تریچ، ۲۰۱۳) هر چند تحلیل عاملی تاییدی نشان می‌دهد این سازه‌ها مجزا هستند از سویی دیگر آنها مؤلفه‌های همبسته و غیر متقابل هستند. بنابراین ممکن است فردی خود قضاوتی نداشته باشد اما در همان زمان نسبت به خود مهربان نباشد. بنابراین مهربانی نسبت به خود نیازمند مهربانی عاشقانه و نبود قضاوت نسبت به خود است (نف و تریچ، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی تشریح کرد: در سطح نظری، نتایج این پژوهش می‌توانند به شناخت هر چه بهتر عوامل ایجاد کننده و همبسته‌های علائم افسردگی کمک کنند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به رابطه‌ی روان رنجور خویی و علائم افسردگی و هم چنین رابطه‌ی این متغیرها با مؤلفه‌های خود شفقتی را تایید کند. و پرسش‌های جدیدی مطرح کند: چه متغیرهای دیگری می‌توانند نقش تعدیل‌کننده در رابطه‌ی بین روان رنجور خویی و علائم افسردگی داشته باشند؟ و در سطح عملی با توجه به آموزش پذیر بودن خود شفقتی و مؤلفه‌های آن به متصدیان آموزشی و هسته‌های مشاوره آموزش و پرورش توصیه می‌شود به منظور جلوگیری از بروز افسردگی و تعدیل شرم و خود انتقاد گری و روان رنجور خویی، خود شفقتی و مؤلفه‌های در کارگاه‌های آموزشی به دانش آموزان آموزش داده شود. در بیان محدودیت‌های این پژوهش باید بیان گفت از آنجا که روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد امکان تبیین علی در روابط بین متغیرهای پژوهش وجود ندارد. برای بررسی دقیق‌تر رابطه بین روان رنجور خویی و افسردگی، پیشنهاد می‌شود در زمینه‌ی بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله، شرم و خود انتقاد گری، در رابطه‌ی بین روان رنجور خویی

و افسردگی انجام شود. هم چنین به منظور شناخت هر چه بهتر نقش تعدیلی مؤلفه های خود شفقتی در رابطه ی بین روان رنجور خویی و افسردگی، رابطه ی این متغیرها در نمونه های بالینی شامل نمونه های بالینی مبتلا به اختلالات خلقی مورد بررسی قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان در انتهای این پژوهش بر خود لازم می دانند تا از کلیه ی کسانی که (مدیران و دانش آموزان دبیرستان های شهرستان خرم آباد - لرستان) در مراحل انجام این پژوهش با آنان همکاری کردند سپاسگزاری کنند. لازم به ذکر است که هیچ ارگان یا سازمان خاصی از این پژوهش حمایت مالی و غیره نکرده است و نویسندگان اعلام می دارند که هیچ تعارضی در منافع آنان وجود ندارد.

### منابع

- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 1, 62(6), 593-602.
- Barth, J., Schumacher, M., Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 1, 66(6), 802-13.
- Penedo, F.J., Dahn, JR. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 1, 18(2), 189-93.
- Birmaher, B., Ryan, ND., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J., Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 35(11), 1427-39.
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.P., Burstein, M., Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 54(1), 37-44.
- Merikangas, KR., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 49(10), 980-9.
- Lopez, AD., Mathers, CD., Ezzati, M., Jamison, D.T., Murray, CJ. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 27, 367(9524), 1747-57.
- Subica, A.M., Fowler, J.C., Elhai, JD., Frueh, B.C., Sharp, C., Kelly, E.L., Allen JG. (2014). Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: Comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychological Assessment*, 26(4), 1106.

- Wang, X., Xie, X., Wang, Y., Wang, P., Lei, L. (2017). Partner phubbing and depression among married Chinese adults: The roles of relationship satisfaction and relationship length. *Personality and Individual Differences*, 1, 110, 12-7.
- Costa, Jr PT., McCrae, RR. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of personality assessment*, 1, 64(1), 21-50.
- Kercher, A.J., Rapee, R.M., Schniering, C.A. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 37(7), 903-15.
- Aldinger, M., Stopsack, M., Ulrich, I., Appel, K., Reinelt, E., Wolff, S., Grabe, H.J., Lang, S., Barnow, S. (2014). Neuroticism developmental courses-implications for depression, anxiety and everyday emotional experience; a prospective study from adolescence to young adulthood. *BMC psychiatry*, 14(1), 210.
- Wängqvist, M., Lamb, ME., Frisén, A., Hwang, C.P. (2015). Child and adolescent predictors of personality in early adulthood. *Child development*, 86(4), 1253-61.
- Newton-Howes, G., Horwood, J., Mulder, R. (2015). Personality characteristics in childhood and outcomes in adulthood: findings from a 30-year longitudinal study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(4), 377-86.
- Eysenck, H. (2017). *The biological basis of personality*. Routledge.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J.R., Carl, JR. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-96.
- Donges, U.S., Jachmann, A., Kersting, A., Egloff, B., Suslow, T. (2015). Attachment anxiety and implicit self-concept of neuroticism: Associations in women but not men. *Personality and Individual Differences*, 1, 72, 208-13.
- Costa, P.T., McCrea, R.R. (1992). Revised neo personality inventory (neo pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi). *Psychological Assessment Resources*, 223-253.
- Capello, A.E., Markus, C.R. (2014). Differential influence of the 5-HTTLPR genotype, neuroticism and real-life acute stress exposure on appetite and energy intake. *Appetite*, 1, 77, 85-95.
- Paulus, D.J., Vanwoerden, S., Norton, P.J., Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*, 190, 376-85.
- Yeatts, P.E., Martin, S.B., Petrie, T.A. (2017). Physical fitness as a moderator of neuroticism and depression in adolescent boys and girls. *Personality and individual differences*, 1, 114, 30-5.
- Barnhofer, T., Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 48(4), 275-81.
- Hink, L.K., Rhee, SH., Corley, R.P., Cosgrove, VE., Hewitt, JK., Schulz-Heik, RJ., Lahey, BB., Waldman, ID. (2013). Personality dimensions as common and broadband-specific features for internalizing and externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 41(6), 939-57.
- Dearing, R.L., Stuewig, J., Tangney, JP. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors*, 1, 30(7), 1392-404.

- Gilbert, P., Miles, JN. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and individual differences*, 1, 29(4), 757-74.
- Woien, S.L., Ernst, HA., Patock-Peckham, JA., Nagoshi, CT. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and individual differences*, 1, 35(2), 313-26.
- Blatt, SJ., Hart, B., Quinlan, DM., Leadbeater, B., Auerbach, J. (1993). Interpersonal and self-critical dysphoria and behavioral problems in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1, 22(3), 253-69.
- Thompson, R., Zuroff, D.C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 1, 36(2), 419-30.
- Constantino, MJ., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D.C., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Thase, M.E., Arnow, B.A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 491.
- Bateman, A.W., Fonagy, P (2012). editors. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.
- Blatt, S.J. (2008). Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. American Psychological Association, Washington DC.
- Luyten, P., Blatt, SJ. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics*, 1, 35(1), 111-29.
- Kolts, R.L., Bell, T., Bennett-Levy, J., Irons, C. (2018). *Experiencing compassion-focused therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
- Neff, K.D., Rude, S.S., Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 1, 41(4), 908-16.
- Gilbert, P., Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, 1, 195-214.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-64.
- MacBeth, A., Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 1, 32(6), 545-52.
- Ivtzan, I., Lomas, T. (2016). *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*. Routledge.
- Phillips, WJ. (2018). Future-outlook mediates the association between self-compassion and well-being. *Personality and Individual Differences*, 1, 135, 143-8.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 856-70.

- Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 1, 44(3), 501-13.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 1, 48(6), 757-61.
- Krieger, T., Berger, T., Grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*, 15, 202, 39-45.
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-79.
- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., Bernstein, A. (2015). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of abnormal child psychology*, 1, 43(4), 645-53.
- Neff, KD. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-74.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Batts Allen, A., Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887.
- Neff, KD. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-50.
- Johnson, E.A., O'Brien, KA. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 939-63.
- Steinberg, L., Morris, AS. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52(1), 83-110.
- Neff, K.D., McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-40.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons
- Bayazi, M.H., Ahadi, H., Fata, L., Danesh, S.S. (2012). The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease: a randomized controlled trail. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2(54), 110-121. [in Persian]
- Norozpour, M., Gharraee, B., Ashouri, A., Habibi, M. (2015). A study on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent scores based on Marcia Identity Statuses in adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6), 292-299.
- Beck, AT., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, WF. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-97.
- Hasani, J., Pasdar, K. (2017). The Assessment of Confirmatory Factor Structure, Validity, and Reliability of Persian Version of Self-Compassion Scale (SCS-P) in Ferdosi University of Mashhah in 2013. *JRUMS*, 16 (8), 727-742

- Atadokht, A., zardi gigloo, B., Laleh, H. (2018). Psychometric properties of Big Five Questionnaire- Children-Short Form (BFQ-C-SF). *Educational Psychology*, 14(48), 103-126.
- Woodruff, C.C., Stevens, L. (2018). Where Caring for Self and Others Lives in the Brain, and How It Can Be Enhanced and Diminished: Observations on the Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion. In *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion 2018* (pp. 285-320).
- Gross, J.J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Neff, K., Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*, 78-106.
- Mandelli, L., Antypa, N., Nearchou, F.A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C.N., Serretti, A., Stefanis, NC. (2012). The role of serotonergic genes and environmental stress on the development of depressive symptoms and neuroticism. *Journal of affective disorders*, 15, 142(1-3), 82-9.
- Yamaguchi, A., Kim, M.S., Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 68, 65-70.

## The Moderating Role of Self-Compassion Components in the Relationship between Neuroticism and Depression Symptoms

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the moderating role of self-compassion components in the relationship between neuroticism and depressive symptoms in adolescents. This research was a correlational research. The statistical population of the study consisted of all high school students of Khorramabad's high school in the academic year of 2019-2020, out of which 203 students were selected through multi-stage cluster sampling in a 3-month period. The instruments of the present study were Eysenck Adolescents Personality Questionnaire (JEPQ), Self-Compassion Scale (SCS) and Beck Depression Inventory (BDI-II). Data were analyzed using multivariate regression analysis. The results showed that neuroticism had a significant positive correlation with depressive symptoms. Also, also kindness toward oneself has a negative correlation with depressive symptoms, and over-imitation has a positive correlation with depressive symptoms. Self-judgment and isolation are positively correlated with depressive symptoms. In addition, human shared and mindfulness have a negative correlation with depressive symptoms. The results of regression analysis showed that mindfulness and human shared are the only variables that can modulate the relationship between neuroticism and depressive symptoms. According to the findings of this study, the relationship between neuroticism and depressive symptoms is not a simple linear relationship and self-compassion components can moderate this relationship.

**Key words:** Self-Compassion, Depression Symptoms, Neuroticism.