رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی

The effectiveness of compassion focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences

مریم شهاب
دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر سمیه تکلوی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر فرشته پور محسنی کلوری
دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Maryam Shahab
Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Somayyeh Taklavi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. staklavi@gmail.com
Dr. Fereshte Pourmohseni Klouri
Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

چکیده
هدف این پژوهش بررسی تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال‌تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲بود که از بین آنها ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۳ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) قرار گرفتند. ابزارگردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی (ACE-Q، بلیس و همکاران، ۲۰۱۴)، پرسشنامه تکانشگری بارات (BIS-11، پاتون و همکاران، ۱۹۹۵)، مقیاس خود سرزنشگری گیلبرت (SBS، گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس هیجان‌های خوداگاه شرم و گناه (GASP) (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) بود. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. این نتایج بیان می‌کند که درمان مبتنی بر شفقت یک روش روان‌درمانی مناسب برای کاهش خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی است.

واژه‌های کلیدی: *احساس گناه، تجربیات ناگوار کودکی، خود سرزنشی، رفتارهای تکانش‌گرایانه، درمان مبتنی بر شفقت.*

Abstract
The purpose of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on self-blame. Guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences. The research method was semi-experimental with a pre-tested and post-tested design control group. The statistical population included all the Islamic Azad University of Ardabil branch in the academic year of 2022-2023, and 48 people were selected by the available sampling method and randomly replaced in two experimental (n=23) and control (n=25) groups. The experimental group underwent eight 75-minute session-based therapy. Data collection tools included the Adverse Childhood Experiences questionnaire (ACE-Q) (Bellis et al, 2014), The Barat impulsivity questionnaire(BIS-11) (Patton et al, 1995), The Gilbert self-blame scale (SBS) (Gilbert et al, 2004), and Self-conscious emotions scale of Shame and guilt (GASP) (Cohen et al, 2011). Data analysis was done by multivariate analysis of variance (MANCOVA). The findings showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the post-test mean of self-blame, guilt, and impulsive behaviors in the two experimental and control groups. These results state that compassion-focused therapy is a suitable psychotherapy method to reduce self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences.
Keywords: *Guilt, Adverse Childhood Experiences, Self-Blame, Impulsive Behaviors, Compassion Focused Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۳** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد انسان است. بلوغ باعث تغییرات فیزیولوژیکی، هیجانی، شناختی و اجتماعی در نوجوانان می‌شود و این تغییرات بر ابعاد مختلف زندگی نوجوانان تأثیر می‌گذارد (ابویی‌مهریزی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از عواملی که بر زندگی نوجوانان اثر می‌گذارد و سبب بروز اختلالات شناختی و هیجانی و رفتاری و روانی در آنها می‌شود، تجربیات ناگوار کودکی[1] است (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ پارک[2] و همکاران، ۲۰۲۱). اصطلاح تجربه‌های ناگوار کودکی را در سال ۱۹۹۸ مراکز کنترل و پیشگیری امراض[3] ایالات متحد امریکا مطرح کرد (جانسون[4] و همکاران، ۲۰۲۳). تجربه‌های ناگوار سوءرفتار و سوءاستفاده‌ها یا زندگی در محیط آسیب‌زا برای رشد و تحول کودک است. از جمله: سوءرفتار جسمانی، هیجانی یا غفلت توسط مراقبان اصلی، اعتیاد یا بیماری مزمن مراقبان، خشونت‌های شهری، ازدواج زودهنگام بدون رضایت و خشونت همسالان (سازمان بهداشت جهانی[5]، ۲۰۱۸). با توجه به شیوع موارد سوءرفتار بار اقتصادی ناشی از آن سالانه معادل ۱ میلیارد دلار در ایالات متحد امریکا برآورد شده است (کیم[6] و همکاران، ۲۰۱۸). دونی و کریومی[7] (۲۰۲۲) بیان کردند که وجود تجربیات ناگوار در دوران کودکی یکی از عوامل تاثیر گذار بررفتارهای خودسرزنشی[8] در دوران بزرگسالی است. خودسرزنشی به عنوان یک شکل نابهنجار برای تعریف خود تصور می‌شود، که با ارزیابی منفی از خود، احساس گناه و نگرانی در مورد کاهش رضایت از عدم توانایی برای زندگی کردن براساس استانداردها شناخته می‌شود (تد و رابیران[9]، ۲۰۲۲). خودسرزنشی روند ارزیابی و بررسی منفی خود است که با هیجانات منفی مانند خشم و تحقیر خود ترکیب می‌شود (جاکلی[10] و همکاران، ۲۰۲۳). نظریه‌های مبتنی بر شناخت اولیه تمایل داشتند تا خود سرزنشی را به عنوان یک فرایند واحد با شدت درجات متفاوت تصور کنند، با این حال بر تحقیقات بعدی توسط گیلبرگ[11] و همکاران (۲۰۱۴) دو شکل متفاوت از خودسرزنشی را پیشنهاد دادند. یکی به عنوان خود منفور و دیگری با عنوان خود ناکافی که هر کدام نقش منحصر به فردی را ایفا می‌کنند و تاثیر متفاوتی بر پریشانی روانی دارند. مدل خودمنفور بر پرخاشگری، نفرت از خود و میل به خلاص شدن از جنبه‌های نامطلوب درک شده از خود با عملکرد آزار و اذیت خود متمرکز است (گیلبرت، ۲۰۱۴). خودناکافی با عملکرد خود اصلاحی بر جلب توجه به نارسایی‌ها، چیزهایی که باید بهبود یابد و شکست‌ها متمرکز است (کیم[12] و همکاران، ۲۰۲۰). کودکان به دلیل سبک‌های فرزند پروری مانند، محیط محدود، ارتباط کمتر و قوانین غیرضروری بیشتر مستعد ایجاد حس خودسرزنشی هستند (واسیو[13] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعات چندی نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض استرس و تجربیات منفی زندگی منجر به خودسرزنشی و احساس حقارت می‌شود (بیودارتو و هیلمی[14]، ۲۰۲۱؛ لی[15] و همکاران، ۲۰۲۳).

بعلاوه همراه با پیشرفت در فعالیت‌های شناختی، نوجوانان در این سنین خودآگاه‌تر می‌شوند و همینطور نسبت به عقاید و ارزیابی‌های دیگران نیز حساس‌تر می‌شوند (مرکوریو[16] و همکاران، ۲۰۲۰) و این موضوع می‌تواند بر تجربه هیجانات خودآگاه مانند احساس گناه[17] در این دوران تاثیر گذارد. احساس گناه هم مثل سبک دلبستگی، الگوهای درونی هستند که تحت تاثیر جو خانواده اصلی فرد قرار می‌گیرد و اغلب در نتیجه‌ی سوء رفتار در دوران کودکی ایجاد می‌شود (چیونگ[18]، ۲۰۲۳). احساس گناه مربوط به ارتباطات میان فردی می‌شود که قطعا با تجربیات ناگوار کودکی در ارتباط است. در واقع احساس گناه، هیجانات ثانویه‌ای هستند که پس از شکل‌گیری ادراک خود به وجود می‌آید (لیاچ[19]، ۲۰۱۷). افرادی که آمادگی بیشتری نسبت به گناه دارند، در موقعیت‌هایی که مرتکب خطایی می‌شوند، اگر چه احساس منفی تجربه می‌کنند، اما تلاش می‌کنند رفتار خود را جبران کنند (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). براساس نتایج مطالعات داشتن تجارب نامطلوب کودکی گرایش به تجربه‌ی هیجانات خودآگاه مانند احساس گناه را افزایش می‌دهد (ووجیک[20] و همکاران، ۲۰۱۹).

1. adverse childhood experiences
2. Park
3. centers for disease control and prevention
4. Johnson
5. world health organization
6. Kim
7. Downey & Crummy
8. self-blame
9. Todd & Rabern
10. Jaeckle
11. Gilbert
12. Kim
13. Vasiou
14. Budiarto & Helmi
15. Li
16. Mercurio
17. Guilt
18. Cheung
19. Leach
20. Wojcik

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

افزون براین تجربیات ناگوار می‌تواند تهدیدی برای پیشرفت و تندرستی نوجوانان باشد و به مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، بزهکاری و سایر اختلالات و مشکلات رفتاری و روانی و شناختی دامن بزند (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹). یکی از این رفتارهای مشکل‌زا، بروز رفتارهای تکانشی است. رفتارهای تکانش‌گرایانه[1] را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش و زمان واکنش کوتاه فردی تعریف نمود (موری[2] و همکاران، ۲۰۲۲). تکانشگری به عنوان یک سازه‌ی شخصیتی چندبعدی که مکانیزم‌های زیربنایی نوروبیولوژی دارد، هسته آسیب‌شناسی بسیاری اختلالات است و نقش قدرتمندی در پیش‌بینی مشکلات در بین افراد دارد (یونگ[3] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات چندی نشان داده‌اند که بین تجربیات ناگوار کودکی با رفتارهای تکانش‌گرایانه ارتباط معناداری وجود دارد (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ هوک[4] و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی تجربیات اولیه‌ی زندگی به شدت بر بسیاری از فرایندهای دخیل در آسیب‌شناسی روانی تاثیر می‌گذارد و درک این مسیرها برای فرمول‌بندی مشکلات مراجعین و توسعه درمان‌های روانشناختی مهم است (نیازمیس[5] و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی در حیطه رواندرمانی ایجاد شده است که درمان‌های مبتنی بر شفقت[6] از جمله‌ی این روش درمانی است که در مطالعات مختلف بر کارایی و اثر بخشی آنها تایید شده است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸). مفهوم شفقت از جمله مفاهیمی است که در اثر تعاملات بین افکار فلسفه شرقی خصوصا بوداییسم و روانشناسی غربی به وجود آمده است. خودشفقتی سازه‌ای سه مولفه‌ای است که مهربانی با خود[7]، در مقابل قضاوت کردن خود[8]، اشتراکات انسانی[9] در مقابل انزوا[10] و ذهن‌آگاهی[11] در مقابل همانندسازی افراطی[12] را شامل می‌شود (نف و کانکس[13]، ۲۰۲۰). مهربانی با درک خود به جای قضاوت درباره خود و پذیرش کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اشتراکات انسانی نیز به معنی پذیرش این گزاره است که تمام انسان‌ها دارای نقص هستند و از طرفی، درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند. همچنین ذهن آگاهی به آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال منتهی می‌شود و به نادیده گرفتن جنبه‌های دردناک یک تجربه اشاره دارد (نف و سیپالا[14]، ۲۰۱۷).

اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. افزون بر آن، در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس دلسوزی داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیابی» افراد، رابطه افراد با «خودارزیابی» آن‌ها تغییر می‌یابد (نف و کانکس، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه نیاستی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر میزان رفتارهای تکانشی و تحمل پریشانی بود. نیک‌بخت و همکاران (۱۴۰۰) نیز در نتایج مطالعه خود به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری اشاره کردند. بعلاوه واکلین[15] و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی نشان دادند که مداخله مرتبط با شفقت بر کاهش خودزنشی و بهبود خودکنترلی تأثیر معناداری داشت. همچنین قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) نیز درمان مبتنی بر شفقت را یک گزینه مداخلاتی مناسب جهت کاهش هیجان شرم و گناه معرفی کردند.

با نظر بر ارتباط معنادار بین تجربیات ناگوار کودکی با بسیاری از مشکلات روانشناختی، هیجانی و رفتاری (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ ووجیک و همکاران، ۲۰۱۹؛ هوک و همکاران، ۲۰۲۱)، انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش مشکلات این افراد بسیار حائز اهمیت است. به ویژه اینکه ادبیات موجود نشان از کمبود و پراکندگی پژوهش‌های تجربی در مورد درمان و پیشگیری از مشکلات افراد دارای این تجربیات دارد. بدون شک در صورت تأیید اثربخشی مداخله مذکور و به کارگیری این نتایج در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این افراد، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده بر سیستم بهداشتی کشور و خانواده‌ها پیشگیری خواهد شد. براین اساس مطالعه حاضر به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی پرداخت.

---

1. impulsiveness
2. Moore
3. Young
4. Mersky
5. Naismith
6. self compassion therapy
7. Kindness– Self
8. gudgment-Self
9. humanity Common
10. Isolation
11. Mindfulness
12. Over Identification
13. Neff & Knox
14. Seppala
15. Wakelin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی دانشجویان نوجوان (سنین ۱۸ و ۱۹ ساله) دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال‌تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. تعداد نمونه مورد پژوهش ۵۰ نفر از دانشجویان دارای تجربیات ناگوار کودکی بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه ۲۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش، دانشجو بودن، ۱۸-۱۹ ساله بودن، داشتن تجربیات ناگوار کودکی (براساس سنجش با پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی)، دریافت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج شامل: غیبت دو جلسه متوالی از برنامه‌های درمانی، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، دریافت برنامه آموزشی/ درمانی دیگری در خصوص متغیرهای مرتبط با پژوهش حاضر بود. به منظور گردآوری داده‌ها ابتدا پژوهشگر با حضور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و کسب رضایت از دانشجویان واجد شرایط و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات از دانشجویان درخواست کرد تا پرسشنامه‌ی تجربیات ناگوار کودکی (بلیس و همکاران، ۲۰۱۴) را تکمیل کنند. سپس غربالگری انجام شد و یک انحراف معیار بالاتر از میانگین داشتن تجربیات ناگوار کودکی به عنوان معیار ورود به پژوهش شد و تعداد ۵۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد نمونه‌های انتخاب شده پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند. برای شرکت کننده در گروه آزمایش پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر شفقت هر هفته دو جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت کرد. بعد از اتمام جلسات درمانی شرکت کنندگان بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند. قابل ذکر است که در روند جلسات درمانی دو نفر از افراد از ادامه در جلسات درمانی انصراف دادند و در نهایت گروه آزمایش تعداد ۲۳ نفر لحاظ شد. از جمله ملاحضات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش دریافت مجوز اخلاق از کمیه اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه (IR.IAU.ARDABIL.REC.1402.062)، محرمانه ماندن اطلاعات تمانی افراد شرکت کننده در پژوهش، رعایت نمودن شئونات اخلاقی و اسلامی افراد شرکت کننده و اجرای روش درمانی (دو جلسه در هفته) برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی[1] (ACE-Q): این پرسشنامه توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های آمریکا و بنیاد کایزر (بلیس[2] و همکاران، ۲۰۱۴) طراحی شده است و شامل ۱۰ سوال بوده و پاسخگویی به سوالات به صورت «بلی» و «خیر» است. پاسخ مثبت نشانه وجود آن تجربه در فرد است. مجموع نمرات در دامنه بین صفر تا ۱۰ قرار دارد و نمره بالاتر نشانه وجود تجربیات ناگوار بیشتر در فرد است. همسانی درونی این پرسشنامه توسط سازندگان آن برابر ۰/۶۷ گزارش شد. همچنین مورفی[3] و همکاران (۲۰۱۶) روایی همگرای این پرسشنامه را با مقیاس آسیب‌های‌دوران کودکی[4] (CTQ) برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران نیز این پرسشنامه توسط لطفی و همکاران (۱۴۰۲) مورد روانسنجی قرار گرفت. براساس نتایج مقادیر همسانی درونی برای کل برابر ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از روایی سازه، همگرا (۰/۷۴) و واگرای (۰/۷۸) برخوردار است. در مطالعه حاضر نیز برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب کودر-ریچاردسون استفاده شد که برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه تکانشگری بارات[5](BIS-11): این پرسشنامه توسط پاتون[6] و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد. گزینه‌های این ابزار براساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از بندرت/هرگز (امتیاز ۱) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۴) نمره‌دهی می‌شود. در این ابزار ۱۱ عبارت منفی وجود دارد که امتیازبندی آن به صورت معکوس انجام می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر نمره ۱۲۰ است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ توسط سازندگان آن برابر ۰/۸۴ گزارش شده است. سالو و کاسترو[7] (۲۰۱۳) در بررسی خود روایی سازه این مقیاس را برابر ۰/۷۲ و پایایی آن به روش آلفای‌کرونباخ را برابر ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش جهانی و همکاران (۱۴۰۲) نیز ضریب‌آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای نوجوانان دختر ۰/۶۷، نوجوانان پسر ۰/۷۲ و کل نوجوانان ۰/۶۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب‌آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۰ به دست آمد.

1. Adverse Childhood Experience Questionnaire
2. Bellis
3. Murphy
4. Childhood Trauma Questionnaire
5. barratt impulsivity questionnaire- 11
6. Patton
7. Salvo & Castro

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقیاس خود سرزنشگری[1] (SBS): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۲ گویه و سه مولفه هست. دو مولفه به خود انتقادگری معروف است؛ خود بی‌کفایتی و بیزاری ازخود. یک مولفه دیگر نیز درباره اطمینان بخشی به خود است. پاسخ‌ها از مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملا در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب‌آلفای کرونباخ برای عامل بی‌کفایتی۰/۹۰، برای عامل بیزاری از خود ۰/۸۶ و برای عامل اطمینان بخشی ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس برابر ۰/۷۳ گزارش کردند که نشانگر مطلوب بودن این روایی است. در ایران سعادتی‌شامیر و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی (بعد از ۳ هفته) به ترتیب برابر ۷۷/۰ و ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین روایی واگرا این مقیاس را از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس خودکارآمدی (۰/۳۹۶-) و شادکامی (۰/۳۷۶-) مطلوب گزارش کردند. بعلاوه ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس آمادگی شرم و گناه [2] (GASP): این مقیاس توسط کوهن[3] و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بُعد شرم و گناه است. نمره گذاری این مقیاس روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از به ندرت= ۱ تا خیلی زیاد= ۵ مشخص کنند. کوهن و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند گرچه همبستگی بین زیرمقیاس‌های احساس گناه وجود دارد، ارتباط زیرمقیاس‌های شرم با یکدیگر ضعیف است آنها در دو بررسی جداگانه ضرایب آلفای کرونباخ مطلوبی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ را برای زیرمقیاس‌های این مولفه‌ها به دست آوردند. البرنیا-سگورا[4] و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس در اسپانیا پرداختند. براساس نتایج پایایی آن را به روش ضریب آلفای کرونباخ برای احساس گناه ۰/۷۶ و شرم ۰/۷۳ و روایی همگرای این مقیاس را با مولفه‌های شرم و گناه پرسشنامه هیجان‌های خودآگاه به ترتیب برابر ۰/۶۴ و ۰/۵۳ گزارش کردند. همچنین در ایران ورمقانی و همکاران (۱۴۰۱) با بررسی روانسنجی این مقیاس همسانی درونی مقیاس را با آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ گزارش کردند. بعلاوه روایی همگرای این مقیاس را با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (۰/۳۳) و روایی واگرای آن را با مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۰/۳۰-) گزارش کردند که نشانگر مطلوب بودن این دو روایی است. در این پژوهش سوالات مربوط به هیجان گناه مورد استفاده قرار گرفت. همچنین در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت: در این مطالعه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه براساس پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) برای شرکت کنندگان گروه آزمایش به شرح ذیل اجرا شد:

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر، آشنایی مراجعین و درمانگر با یکدیگر، شرح قوانین جلسات. توضیح مختصر مدل درمانی مبتنی بر شفقت و چارچوب‌های اصلی درمان، آموزش تمرین تنفس آرامشبخش ریتمیک. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک
دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنان با هم، و تعریف شفقت. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خود انتقاد گر
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تاثیرگذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. بحث درباره موقعیت‌های دشوار و واکنش‌های افراد در آن شرایط. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و پاسخ به سوال «چقدر شفقت می‌ورزید»؟
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب) معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش‌پذیری افراد گروه در موقعیت‌های مختلف و آموزش تمرین یوگا برای مقابله و کاهش آن. انجام تمرین تصویر سازی دلسوزانه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن جدول مربوط به مهارت‌های شفقت
پنجم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگذاری
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: نوشتن قسمت دوم نامه دلسوزانه. آموزش مفهوم به هشیاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمن و متعالی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت. انجام تمرین اسکن دلسوزانه در پایان جلسه. تمرین خانگی: انجام تمرین جلسه

1. Self-Blame Scale
2. Guilt and Shame Proneness Scale
3. Cohen
4. Alabèrnia-Segura

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت‌ورز و آموزش تاثیر افکار بر خشم، اضطراب و هیجان‌ها. تکلیف خانگی: تصویرپردازی ذهنی خود شفقت ورز
هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجانات، هدایت نحوه تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت‌های بین فردی و واکنش به طرد شدگی و به کار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنش‌ها. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت، به کار بستن و تداوم تکنیک‌ها در زندگی واقعی

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۴۸ نفر از دانشجویان نوجوان (سنین ۱۸ و ۱۹ ساله) در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۱۸/۲۷ ۰±۰/۴۸ و گروه آزمایش ۱۸/۳۶ ۰±۰/۵۱ بود. در بین گروه کنترل ۸ درصد و در گروه آزمایش ۴/۳۴ درصد متاهل بودند. همچنین در گروه آزمایش ۶۰/۸۷ درصد و در گروه کنترل ۵۲ درصد پسر بودند. در ادامه میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره z	معنی داری
خودسرزنشی	کنترل	پیش‌آزمون	۴۸/۸۵	۳/۸۷	۰/۹۷۹	۰/۸۱۴
		پس‌آزمون	۴۹/۱۲	۳/۹۱	۰/۹۶۴	۰/۶۶۵
	درمان مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۴۹/۰۸	۴/۹۷	۰/۹۷۱	۰/۵۶۰
		پس‌آزمون	۳۲/۶۷	۳/۸۱	۰/۹۶۰	۰/۵۳۱
احساس گناه	کنترل	پیش‌آزمون	۲۹/۰۵	۳/۳۷	۰/۹۵۶	۰/۴۵۸
		پس‌آزمون	۳۰/۲۰	۳/۲۹	۰/۸۷۲	۰/۰۳۷
	درمان مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۳۱/۱۵	۳/۹۵	۰/۹۳۰	۰/۱۰۴
		پس‌آزمون	۲۲/۸۴	۳/۱۳	۰/۹۲۱	۰/۱۶۸
رفتارهای تکانش‌گرایانه	کنترل	پیش‌آزمون	۹۰/۲۴	۶/۷۲	۰/۹۵۸	۰/۴۴۸
		پس‌آزمون	۹۱/۱۰	۷/۶۰	۰/۹۴۰	۰/۲۹۳
	درمان مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۹۱/۳۵	۶/۹۱	۰/۹۶۱	۰/۵۴۵
		پس‌آزمون	۶۷/۱۰	۶/۱۱	۰/۹۲۵	۰/۱۳۳

در جدول ۲ میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است.

بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (خودسرزنشی، F=۲/۴۷۱، P=۰/۱۲۲؛ احساس گناه F=۰/۹۰۷، P=۰/۴۳۱؛ رفتارهای تکانش‌گرایانه F=۰/۶۲۰، P=۰/۴۷۵). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها متغیرها است (M-Box =۱۰/۵۰۱، F=۱/۹۶۱، P=۰/۱۹۳). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	اثر پیلایی	۰/۷۹۰	۵۱/۴۱۹	۳	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

	لامبدای ویلکز	۰/۲۱۰	۵۱/۴۱۹	۳	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱
گروه	اثر هتلینگ	۳/۷۶۲	۵۱/۴۱۹	۳	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۷۶۲	۵۱/۴۱۹	۳	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰	۱

نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها (P<۰/۰۱، F=۵۱/۴۱، ۰/۷۹=لامبدای ویلکز) و معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی‌دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شد است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پیش آزمون	خودسرزنشی	۱۷/۳۱۵	۱	۱۷/۳۱۵	۰/۲۴۱	۰/۶۲۶	۰/۰۰۹	۰/۰۷۷
	احساس گناه	۱/۹۴۹	۱	۱/۹۴۹	۰/۰۲۷	۰/۸۷۰	۰/۰۰۲	۰/۰۵۳
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۱/۸۰۷	۱	۱/۸۰۷	۰/۰۲۵	۰/۸۷۵	۰/۰۰۲	۰/۰۵۳
گروه	خودسرزنشی	۶۷۷۹/۵۵	۱	۶۷۷۹/۵۵	۹۴/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷	۱
	احساس گناه	۶۵۲/۹۹۸	۱	۶۵۲/۹۹۸	۲۳/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۹۹۷
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۳۵۶۳/۷۹۷	۱	۳۵۶۳/۷۹۷	۶۳/۲۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
خطا	خودسرزنشی	۳۰۸۳/۲۷۷	۴۳	۷۱/۷۰۴				
	احساس گناه	۱۱۹۸/۳۰۳	۴۳	۲۷/۷۶۷				
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۲۴۲۲/۸۲۹	۴۳	۵۶/۳۵۴				

براساس نتایج جدول ۴ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای متغیر خودسرزنشی (F=۹۴/۵۴، P<۰/۰۱)، احساس‌گناه (F=۲۳/۴۳، P<۰/۰۱) و رفتارهای تکانش‌گرایانه (F=۶۳/۲۵، P<۰/۰۱) است. بدین معنا که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی تاثیرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش خودسرزنشی در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های این یافته با نتایج مطالعه خاموشی قلعه‌نویی و منصوری (۱۳۹۹) و واکلین و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در خصوص تاثیر آموزش مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشی، قابل بیان است که وجود فشارهای روانی ناشی از تجربیات ناگوار دوران کودکی موجب تا دانشجویان دچار افکار منفی و انتقاد از خود گردند (بیودارتو و هیلمی، ۲۰۲۱؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). وجود این دید خودسرزنشی باعث می‌گردد که این افراد همواره نوعی سخت‌گیری به خویش و به تبع آن نگرش شفقت‌آمیز کمی به خود داشته باشند. زمانی که این دانشجویان در معرض آموزش مبتنی بر خوددلسوزی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که مسئله پیش آمده (مشکلات موجود) صرف یک پیشامد و تجربه بوده و تمرکزشان را از ارزیابی منفی خویش، برداشته و بر تجربه یاد شده متمرکز می‌شدند (مانند آموزش پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف برای فرد طی جلسات درمانی ارائه شد). چنانچه براساس نظر فروستر و کانسکی[1] (۲۰۲۲) آموزش دلسوزی به خود همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند. لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، میزان خودسرزنشی فرد کاهش می‌یابد.

1. Forster & Kanske

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بخش دیگر نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش احساس گناه در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. این یافته با نتایج مطالعه قاسمی و همکاران(۱۳۹۸) و افشار و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این نتایج به ماهیت احساس گناه و نقش درمان مبتنی بر شفقت استناد می‌گردد. احساس گناه مربوط به ارتباطات میان فردی می‌شود که با تجربیات ناگوار کودکی در ارتباط است (لیاچ، ۲۰۱۷). افرادی که آمادگی بیشتری نسبت به گناه دارند، در موقعیت هایی که مرتکب خطایی می‌شوند، اگر چه احساس منفی تجربه می‌کنند، اما تلاش می‌کنند رفتار خود را جبران کنند (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). براین اساس وجود نگرش خودشفقتی در افراد مورد مطالعه، به آنها کمک نمود میان خود و دیگران احساس پیوند کنند (یعنی کمک به کاهش احساس شرم) و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (یعنی کمک به احساس گناه) (نف و کانکس، ۲۰۲۰). بعلاوه ارائه این درمان به نوجوانان کمک نمود تا در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصا تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند که کاهش چنین احساساتی تأثیر بسزایی بر کاهش احساس گناه دارد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. این یافته با نتایج مطالعه نیاستی و همکاران (۱۴۰۰) نیک‌بخت و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته قابل بیان است که در فرایند درمان مبتنی بر شفقت فرد یاد می‌گیرد تا در برخورد با مسائل زندگی هر چند ناراحت کننده و ناخوشایند، به جای واکنشی آنی و تکانشی نسبت به آن، با توجه و ذهن‌آگاهی کامل با آن موضوعات مواجهه شود و از رفتار عادتی و تکانشی خودداری کند. در واقع بخش عمده‌ای از درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن‌آگاهی تمرکز دارد. تمرینات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن، آگاهی فرد را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی از جمله افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک و محرک های بیرونی افزایش می‌دهد (نف و کانکس، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی به افراد می آموزد تا چطور به دنیاهای درونی به بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند و نسبت به ذهنیت خودآسیب رسان که منشأ بسیاری از الگوهای هیجانی و رفتاری ناسالم از جمله دوسوگرایی در ابرازهیجان و رفتارهای تکانشگرایانه هستند، آگاهی پیدا کند (لیانگ و وانگ[1]، ۲۰۲۴). به طوری که تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آنها، باعث تغییرات شناختی و هیجانی و رفتاری (رفتارهای تکانش‌گرایانه) در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی شد.

افزون بر این، قابل بیان است که مداخلات مبتنی بر شفقت از طریق مهارت‌های استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه، تصویرسازی مهربانانه، تجربه حسی و رفتار مهربانانه، به فرد کمک می‌کند تا یک رابطه مهربانانه درونی را با خود برقرار سازد و آن را جایگزین خودسرزنشی کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش خودسرزنشی در فرد می‌تواند زمینه‌ای برای کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه در نوجوانان تحت این درمان گردد. به طور کلی براساس نظر پژوهشگران قابل بیان است که با توجه به اینکه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی از طریق ارزیابی‌های منفی مداوم حاصل از تجربیات ناگوار و نقض امنیت دلبستگی، احساس‌های تهدید را تا دوران بزرگسالی حفظ می‌کنند، شفقت به خود پایینی گزارش می‌کنند و از این رو ارائه این رویکرد به نوجوانان کمک نمود تا با استفاده از سیستم تسکین و کاهش خودسرزنشی، تجربیات مثبت در مورد خود و دیگران افزایش و شرم و احساس گناه درونی را کاهش دهند که این عامل بر کاهش رفتارهای تکانشی نیز موثر بوده است.

در نهایت براساس نتایج قابل بیان است که درمان مبتنی بر شفقت تاثیر معناداری بر کاهش خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشته است و استفاده روانشناسان و مشاوران مراکز رواندرمانی از این مداخله درمانی می‌تواند در کاهش متغیرهای مذکور موثر باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌های مواجه بود که از جمله آن عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، عدم انجام دوره پیگیری و نیز بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور اطمینان از اثربخشی درمان در طولانی مدت دروه پیگیری نیز انجام گردد و نیز پیشنهاد می‌گردد تا با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

منابع

ابوئی‌مهریزی، و.، شفیع‌آبادی، ع.، خدابخشی‌کولایی، آ.، و خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تمایزیافتگی از خود دختران نوجوان. *پرستاری کودکان*، ۷(۳)، ۱۲-۲۰. http://jpen.ir/article-1-543-fa.html

احمدبوکانی، س.، قمری گیوی، ح.، کیانی، ا.، و رضایی شریف، ع. (۱۴۰۰). تجربیات دوران کودکی و نشانگان افسردگی-گرایش به خودکشی: بررسی نقش میانجی نشخوار فکری و تعلق پذیری خنثی. *طب انتظامی*، ۱۱(۱)، ۱-۴۱. http://jpmed.ir/article-1-1015-fa.html

1. Liang & Wang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

افشار، ا.، شهبازی، م.، و عباسپور، ذ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۶)، ۴۸-۶۹. http://irancounseling.ir/journal/article-1-1342-fa.html

باطنی، پ.، بیرامی، م.، و سیاوشی‌فر، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر افزایش خودتنظیم‌گری و کاهش احساس شرم و گناه مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری خاص. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۶)، ۱۲۹-۱۳۸. http://frooyesh.ir/article-1-2690-fa.html

پورنقاش‌تهرانی، س.، و امینی،تهرانی. م.ع. (۱۳۹۸). تأثیر تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی بر سلامت روانی دانشجویان. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۲)، ۲۴۴-۲۳۱. http://journal.ihepsa.ir/article-1-1134-fa.html

جاوید، م.، محمدی، ن.، و رحیمی، چ.. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۳۲-۲۱. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1

جهانی، ح.، اقبالی، م.، و جعفرزاده‌داشبلاغ، ح. (۱۴۰۲). پیش‌بینی قلدری سایبری براساس تکانشگری، بی‌تفاوتی‌اخلاقی و صفات تاریک شخصیت در نوجوانان دارای وابستگی به فضای مجازی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۴)، ۱۸۷-۱۹۶. http://frooyesh.ir/article-4576-1

خاموشی قلعه‌نویی، ص.، و منصوری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۳۷-۲۵۴. http://etiadpajohi.ir/article-1-2385-fa.html

خانی‌پور، ح.، تاراسی، ح.، حاتمی، ا.، و اکبری، م. (۱۳۹۸). رابطه سبک‌های مقابله دینی و آمادگی نسبت به شرم و گناه با هیجان ابرازشده در اعضای خانواده افراد با اختلالات روانی مزمن. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۵۷)، ۸۹-۱۰۴. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97736.html

رستمی، م.، رسولی، م.، و عبدلرحیم، ک. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۹(۱)۱۱۰-۸۷. https://journals.razi.ac.ir/article_1000.html

سعادتی‌شامیر، ا.، مذبوحی، س.، و مرزی، ش. (۱۳۹۷). اعتباریابی مقیاس خودانتقادی/خوداعتمادی در بین معلمان. اندازه‌گیری تربیتی، ۹(۳۴)، ۱۳۳-۱۴۷. https://doi.org/10.22054/jem.2019.20805.1520

شهاب، م.، و کیانی، ا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانشگری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان. *زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)*، ۱۱(۱)، ۲۶۱-۲۷۸. https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1399.11.41.12.6

قاسمی، ن.، گودرزی، م.، و غضنفری، ف. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. *فصلنامه مطالعات روانشناختی بالینی*، ۹(۳۴)۱۶۶-۱۴۵. https://doi.org/10.22054/jcps.2019.41020.2108

لطفی، م.، پورشهریاری، م.س.، و رضاییان، ح. (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بین المللی تجارب ناگوار کودکی در شهر مشهد. علوم روانشناختی، ۲۲، ۸۸۰-۸۶۵. https://www.doi.org/10.52547/JPS.22.125.865

نیاستی، ن.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج.، و تیزدست، ط. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۴)، ۱۰۷-۱۱۴. http://islamiclifej.com/article-1-968-fa.html

نیک بخت، ن.، دنیوی، ر.، و موسوی، م. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری در افراد متاهل با سابقه خودکشی*. پنجمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات جهانی در علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره، تهران. https://elmnet.ir/doc/21188449-12071

ورمقانی، ح.، پورشریفی، ح.، سلیمانی، ع.، و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۴۰۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس حالت شرم و احساس گناه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۲)، ۱-۱۰. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_694938.html

Alabèrnia-Segura, M., Feixas, G., & Gallardo-Pujol, D. (2022). Guilt and Shame Proneness Scale adaptation and psychometric properties in Spanish population.*Psychological Test Adaptation and Development*, *3*(1), 1–9. https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000019.

Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M, & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 641-655. https://doi.org/10.2471/blt.13.129247.

Budiarto, Y., & Helmi, A.F. (2021). Shame and self-esteem: A meta-analysis. *Europe's Journal of Psychology*, 17(2), 131-139. https://doi.org/10.5964/ejop.2115.

Cohen, T.R., Wolf, S.T., Panter, A.T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(5), 947–966. https://doi.org/10.1037/a0022641.

Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 100-107. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237.

Forster, K., & Kanske, P. (2022). Upregulating positive affect through compassion: Psychological and physiological evidence. *International Journal of Psychophysiology*, 176, 100-107. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.03.009.

Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208. http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Gilbert, S.E. (2014). *Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program*. http://docplayer.net/55220922.

Hook, R. W., Grant, J. E., Ioannidis, K., Tiego, J., Yücel, M., Wilkinson, P., & Chamberlain, S. R. (2021). Trans-diagnostic measurement of impulsivity and compulsivity: a review of self-report tools. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *120*, 455-469. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.007.

Jaeckle, T., Williams, S. C., Barker, G. J., Basilio, R., Carr, E., Goldsmith, K., .. & Zahn, R. (2023). Self-blame in major depression: a randomised pilot trial comparing fMRI neurofeedback with self-guided psychological strategies. *Psychological medicine*, *53*(7), 2831-2841. https://doi.org/10.1017%2FS0033291721004797.

Johnson, K. F., Cheng, S., Brookover, D. L., & Zyromski, B. (2023). Adverse childhood experiences as context for youth assessment and diagnosis. *Journal of Counseling & Development*, *101*(2), 236-247. https://doi.org/10.1002/jcad.12460.

Kim, H., Wildeman, C., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2018). Lifetime prevalence of investigating child maltreatment among US children. *American journal of public health*, *107*(2), 274-280. https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2016.303545.

Kim, J. J., Henderson, T., Best, T., Cunnington, R., & Kirby, J. N. (2020). Neural and self-report markers of reassurance: A generalized additive modelling approach. *Frontiers in psychiatry*, 11, 566-575. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2020.566141.

Leach, C. W. (2017). Understanding shame and guilt. In L. Woodyat, E. L. Worthington, Jr., M. Wenzel, & B. J. Griffin (Eds.), *Handbook of the psychology of self-forgiveness* (pp. 17–28). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60573-9_2.

Li, J., Jia, S., Wang, L., Zhang, M., & Chen, S. (2023). Relationships among inferiority feelings, fear of negative evaluation, and social anxiety in Chinese junior high school students. *Frontiers in Psychology*, 13, 101-117. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2022.1015477.

Liang, P., & Wang, H. (2024). Mindfulness and impulsive behavior: exploring the mediating roles of self-reflection and coping effectiveness among high-level athletes in Central China. *Frontiers in Psychology*, 15, 130-139. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2024.1304901.

Mercurio, E., García-López, E., Morales-Quintero, L.A., Llamas, N.E., Marinaro, J.A., & Munoz, J.M. (2020). Adolescent brain development and progressive legal responsibility in the Latin American context. *Frontiers in psychology*, 11, 627-633. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00627.

Moore, F.R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Medicine*, 45, 3201-3211. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101307.

Murphy, A., Steele, H., Steele, M., Allman, B., Kastner, T., & Dube, S. R. (2016). The clinical Adverse Childhood Experiences (ACEs) questionnaire: Implications for trauma-informed behavioral healthcare. *Integrated early childhood behavioral health in primary care: A guide to implementation and evaluation*,2, 7-16. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-31815-82.

Naismith, I., Zarate Guerrero, S., & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(3), 350-361. https://doi.org/10.1002/cpp.2357.

Neff, K. D., & Knox, M. C. (2020). Self-compassion. In *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 4663-4670). Cham: Springer International Publishing. DOI 10.1007/978-3-319-28099-8_1159-1.

Neff, K. D., & Seppala, E. (2017). *Compassion, well-being, and the hypo-egoic self*. In K. W. Brown & M.R. Leary (Eds.), The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena (pp. 189–203). Oxford University Press. https://psycnet.apa.org/record/2016-61506-013.

Park, E., Lee, J., & Han, J. (2021). The association between adverse childhood experiences and young adult outcomes: A scoping study. *Children and youth services review*, *123*, 105-116. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105916.

Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)* [Database record]. APA PsycTests. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t05661-000.

Todd, P., & Rabern, B. (2022). The paradox of self-blame. *American Philosophical Quarterly*, *59*(2), 111-125. https://doi.org/10.5406/21521123.59.2.01.

Vasiou, A., Kassis, W., Krasanaki, A., Aksoy, D., Favre, C.A., & Tantaros, S. (2023). Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. Journal of Children, 10(7), 11-26. https://doi.org/10.3390/children10071126.

Wakelin, K.E., Perman, G., & Simonds, L.M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. https://doi.org/10.1002/cpp.2586.

Wojcik, K.D., Cox, D.W., & Kealy, D. (2019). Adverse childhood experiences and shame-and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104-120. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233.

World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire.* In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). 2018. https://www.who.int/about/accountability/results/2018-2019.

Young, A.S., Youngstrom, E.A., Findling, R.L., Van Eck, K., Kaplin, D., Youngstrom, J.K., Calabrese, J., Stepanova, E., & LAMS Consortium. (2020). Developing and validating a definition of impulsive/reactive aggression in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *49*(6), 787–803. https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622121.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]