رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ورزی بر بلوغ عاطفی و احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی

The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional maturity and feelings of shame in girls with premenstrual syndrome

مریم فرنوش
دانشجوی دکترای مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر جواد کریمی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.
دکتر محسن رازانی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر حسن پیریائی
استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ورزی بر بلوغ عاطفی و احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه اول مدارس شهر مشهد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند؛ ۳۰ دانش‌آموز به روش هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بلوغ عاطفی (EMS؛ سینگ و بهارگاوا، ۱۹۸۸) و مقیاس احساس گناه و شرم (GASP؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. اعضای گروه مداخله طی ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری بلوغ عاطفی و احساس شرم تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) و درمان متمرکز بر شفقت دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود ($p<۰/۰۵$). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت یک درمان موثر بر بهبود بلوغ عاطفی و کاهش احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی بوده است.

واژه‌های کلیدی: *احساس شرم، بلوغ عاطفی، درمان متمرکز بر شفقت ورزی.*

Maryam Farnoosh
Ph.D Student of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Javad Karimi *
Associate Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran.
j.karimi@malayeru.ac.ir
Dr. Mohsen Razani
Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Hassan Piriaei
Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Abstract
The present study was conducted to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on emotional maturity and feelings of shame in girls with premenstrual syndrome. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of two months. The statistical population of this research included all female students of the first secondary schools of Mashhad city who were studying in the academic year of 2023; 30 students were selected in a judgmental sampling and were assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups by simple random sampling. Emotional Maturity Scale (EMS; Singh and Bhargava, 1988) and Guilt and Shame Proneness Scale (GASP; Cohen et al., 2011) were used to collect data. The members of the intervention group received compassion-focused therapy during 8 sessions. To analyze the data, repeated measurement variance analysis was used. The results showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of emotional maturity and feeling of shame ($p<0.05$) and the treatment focused on compassion had a lasting effect in the follow-up period ($p<0.05$). In general, it can be concluded that the treatment focused on compassion has been an effective treatment for improving emotional maturity and reducing the feeling of shame in girls with premenstrual syndrome.

Keywords: *Feeling of Shame, Emotional Maturity, Compassion-Focused Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۳** **پذیرش: شهریور ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی (PMS)[1] به ترکیبی از علائم جسمانی، عاطفی و رفتاری اطلاق می‌شود که در روزها یا هفته‌ها قبل از دوره قاعدگی رخ می‌دهد (گتا[2] و همکاران، ۲۰۲۰). دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ممکن است علائم جسمانی مختلفی از جمله نفخ، حساس شدن سینه‌ها، گرفتگی عضلات شکم، خستگی، سردرد، دردهای عضلانی و تغییر در اشت‌ها را تجربه کنند. همچنین سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند بر سلامت عاطفی دختران تأثیر بگذارد. آن‌ها ممکن است نوسانات خلقی، تحریک‌پذیری، اضطراب، افسردگی، افزایش حساسیت و مشکل در تمرکز را تجربه کنند. این تغییرات عاطفی می‌تواند بر روابط، عملکرد تحصیلی و کیفیت کلی زندگی تأثیر بگذارد (پیرس[3] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند باعث مشکلات مربوط به پوست مانند جوش‌های آکنه یا بدتر شدن شرایط پوستی موجود شود. نوسانات هورمونی در طول چرخه قاعدگی می‌تواند بر تولید چربی تأثیر بگذارد و منجر به مشکلات پوستی شود، که می‌تواند اعتماد به نفس دختران را تحت تاثیر قرار دهد (آرافا[4] و همکاران، ۲۰۲۱).

دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ممکن است تغییرات ناگهانی و شدید در خلق و خوی خود را تجربه کنند. آن‌ها ممکن است احساس تحریک‌پذیری کنند، به راحتی عصبانی شوند یا بیش از حد احساساتی شوند. این نوسانات خلقی می‌تواند تعادل عاطفی عادی آن‌ها را مختل کند و بر روابط آنها با دیگران تأثیر بگذارد (ین[5] و همکاران، ۲۰۲۳). سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند احساسات تحریک پذیری را تقویت کند و دختران را مستعد عصبانیت یا ناامیدی کند. آن‌ها ممکن است متوجه شوند که بر سر مسائل کوچک آشفته می‌شوند یا به موقعیت‌های استرس‌زا واکنش شدیدتری نشان می‌دهند (کاپن[6] و همکاران، ۲۰۲۲).

بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که سندرم پیش از قاعدگی با توانایی فرد در مدیریت عواطف و تنظیم هیجان ارتباط دارد؛ در واقع افرادی که بلوغ عاطفی[7] لازم را دارند که بتوانند به خوبی هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کنند، کمتر سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند (نصیری و همکاران، ۲۰۲۱؛ آزولای[8] و همکاران، ۲۰۲۰). بلوغ عاطفی که به عنوان شایستگی عاطفی نیز شناخته می‌شود، به توانایی درک، مدیریت و ابراز هیجان‌ها به شیوه‌ای سالم و سازنده اشاره دارد. این شامل داشتن آگاهی و درک توسعه یافته از هیجانات خود و دیگران و توانایی تنظیم و پاسخگویی مؤثر به آن‌ها است (بهاقات[9] و همکاران، ۲۰۱۶). بلوغ عاطفی با خودآگاهی آغاز می‌شود که شامل شناخت و درک هیجان‌ها، نقاط قوت، ضعف و محرک‌های خود است. این شامل هماهنگی با هیجان‌ها و توانایی تشخیص دقیق و برچسب زدن آن‌ها است. افراد بالغ از نظر عاطفی توانایی مدیریت و تنظیم هیجانات خود را به روش‌های مناسب دارند. آن‌ها می‌توانند واکنش‌های تکانشی را کنترل کنند، استرس را به‌طور موثر مدیریت کنند و از تحت الشعاع قرار گرفتن احساسات شدید اجتناب کنند. آن‌ها استراتژی‌هایی را برای آرام کردن خود و تصمیم‌گیری منطقی حتی در موقعیت‌های چالش برانگیز ایجاد کرده‌اند (گوپتا و سادهیش[10]، ۲۰۲۲).

همچنین مطالعات نشان داده است که دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ممکن است طیفی از احساسات را تجربه کنند و احساس شرم می‌تواند یکی از پاسخ‌های عاطفی احتمالی باشد (ریان[11] و همکاران، ۲۰۲۰). اگر فردی به طور کامل از سندرم پیش از قاعدگی آگاه نباشد یا ماهیت علائم را درک نکند، ممکن است نسبت به تغییرات و چالش‌هایی که تجربه می‌کند احساس سردرگمی، خجالت یا شرم کند. این فقدان دانش یا درک اجتماعی در مورد سندرم پیش از قاعدگی می تواند به احساس شرم منجر شود (اسشر[12]، ۲۰۰۴). همچنین در برخی فرهنگ‌ها یا جوامع، ممکن است انگ یا نگرش‌های منفی پیرامون قاعدگی و مسائل مربوط به آن وجود داشته باشد. این می‌تواند منجر به احساس شرم شود (چومپالووا[13] و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که توجه به رشد بلوغ

1 Premenstrual syndrome (PMS)
2 Geta
3 Pearce
4 Arafa
5 Yen
6 Kappen
7 Emotional maturity
8 Azoulay
9 Bhagat
10 Gupta & Sudhesh
11 Ryan
12 Ussher
13 Chumpalova

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

عاطفی و افزایش دانش در زمینه سندرم پیش از قاعدگی در جهت کاهش احساس شرم، نقش بسیار مهمی در سلامت روان و بهبود عملکرد این افراد دارد. بر این اساس لازم و حیاتی است که مداخلات درمانی و آموزشی مناسب برای این افراد ارائه گردد.

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند به بهبود عملکرد عاطفی و هیجانی (میلارد[1] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کرایج[2] و همکاران، ۲۰۲۰) و کاهش احساس شرم (کارتر[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ ماتوز و استیندل[4]، ۲۰۲۰) کمک کند؛ درمان متمرکز بر شفقت است. درمان متمرکز بر شفقت (CFT) یک رویکرد درمانی است که بر پرورش شفقت و مهربانی با خود برای ارتقای بهزیستی روانشناختی تمرکز دارد. در حالی که بلوغ عاطفی یک ساختار پیچیده و چند وجهی است، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در تقویت جنبه‌های خاصی مرتبط با بلوغ عاطفی مفید باشد. درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا درک دلسوزانه‌ای از احساسات، نقاط قوت و آسیب‌پذیری خود داشته باشند. انعکاس خود و پذیرش خود را که مؤلفه‌های مهم بلوغ عاطفی هستند، تشویق می‌کند. با پرورش شفقت به خود، افراد می‌توانند هیجانات خود را بهتر بشناسند و تنظیم کنند، که منجر به افزایش بلوغ عاطفی می‌شود (تربتی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا منشأ و عملکرد شرم را درک کنند و تشخیص دهند که این یک احساس همگانی است که توسط بسیاری از افراد تجربه می‌شود. با کاوش در باورهای اساسی و افکار خودانتقادی که به شرم کمک می‌کنند، افراد می‌توانند بینشی نسبت به تجربیات خود پیدا کنند و دیدگاه دلسوزانه‌تری نسبت به خود ایجاد کنند (ریبل[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهشی نشان داده شد که درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا افکار و باورهای خودانتقادی را شناسایی کرده و به چالش بکشند که به احساس شرم منجر می‌شود. با بررسی شواهد موافق و مخالف این افکار، افراد می‌توانند ادراکات خود را متعادل‌تر و دلسوزانه‌تر ایجاد کنند و از شدت و تأثیر شرم بکاهند (فتح‌الله زاده و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به مباحث مطرح شده؛ به‌نظر می‌رسد که توجه به بهبود بلوغ عاطفی دختران به منظور بهبود توانایی تنظیم هیجان و همچنین ارائه مداخلات روانشناختی در جهت کاهش احساس شرم در دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی از اهمیت بالایی برخوردار است. سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند به طور قابل توجهی بر بهزیستی روانشناختی تأثیر بگذارد و دخترانی که سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند ممکن است با چالش‌های منحصر به فردی مرتبط با بلوغ عاطفی و احساس شرم مواجه شوند (ریان و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بلوغ عاطفی و احساس شرم در دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند حمایت مبتنی بر شواهد را برای استفاده از این رویکرد درمانی ارائه دهد. با برجسته کردن مداخلات مؤثری که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تجربیات عاطفی خود را هدایت کنند و هرگونه احساس انزوا یا درماندگی را کاهش دهد، اعتبار و توانمندی را به دختران ارائه می‌دهد. بر این اساس این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ورزی بر بلوغ عاطفی و احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه اول مدارس شهر مشهد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند؛ ۳۰ دانش‌آموز به روش هدفمند پس از کسب معیارهای ورود به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. رضایت و علاقه جهت شرکت در پژوهش، مجرد بودن، تشخیص ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی به مدت حداقل ۶ ماه با استفاده از مصاحبه بالینی توسط متخصص روانشناسی، عدم تجربه سوگ و ترما در شش ماه اخیر و عدم ابتلا به بیماری‌های جنسی و زنان به‌عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شد. شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان، عدم شرکت در حداقل دو جلسه درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در پس آزمون و پیگیری به‌عنوان معیار خروج درنظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری و حفظ کرامت انسانی مشارکت‌کنندگان مورد توجه پژوهشگران بود. همچنین پیشنهاده این پژوهش با شناسه IR.IAU.B.REC.1402.049 در کمیته ملی اخلاق به ثبت رسیده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت

1 Millard
2 Craig
3 Carter
4 Matos & Steindl
5 Riebel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

درمان قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس بلوغ عاطفی[1] (EMS): این مقیاس توسط سینگ و بهارگاوا[2] (۱۹۸۸) ساخته شده و دارای ۴۸ گویه می‌باشد که پنج حیطه (عدم ثبات عاطفی، بازگشت عاطفی، سازگاری اجتماعی، فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال) را اندازه‌گیری می‌نماید. هر کدام از زیرمقیاس‌ها دربرگیرنده ۱۰ سوال است و ۸ سؤال آخر به اندازه‌گیری فقدان استقلال اختصاص داده شده است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به خیلی زیاد (نمره ۵)، زیاد (نمره ۴)، نامشخص (نمره ۳)، احتمالاً (نمره ۲) و هرگز (نمره ۱) داده می‌شود. دامنه این نمرات بین ۲۴۰-۴۸ است و نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده عدم بلوغ عاطفی است. روایی واگرای این مقیاس با پرسشنامه سازگاری عاطفی[3] با ضریب همبستگی ۰/۶۴ تایید شد و پایایی بازآزمایی با فاصله دو ماه استفاده شد که ضریب ۰/۷۵ به دست آمد (سینگ[4] و همکاران، ۲۰۱۲). این پرسشنامه که توسط منصورنژاد و همکاران (۱۳۹۲) در ایران اعتباریابی شد؛ روایی آن به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و ۵ عامل تایید شد که بار عاملی همه بالای ۰/۴۰ بود؛ همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای ۵ عامل بین ۰/۷۸ الی ۰/۹۰ محاسبه شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

مقیاس احساس گناه و شرم[5] (GASP): این مقیاس توسط کوهن[6] و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است که میزان تمایل افراد به هیجان شرم و احساس گناه را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای ۱۶ گویه است که ۸ مورد آن‌ها شرم و ۸ مورد دیگر احساس گناه را اندازه‌گیری می‌کنند، در این مطالعه زیرمقیاس احساس شرم اجرا شد؛ نمره‌گذاری در این آزمون به‌صورت لیکرت و در پنج گزینه (اصلاً=۱) تا (خیلی زیاد=۵) است. کمترین نمره‌ی اکتسابی در این آزمون ۸ و بیشترین نمره ۴۰ است که نشان دهنده سطوح بیشتر احساس شرم است. پایایی این آزمون را کوهن و همکاران (۲۰۱۱) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۰ گزارش کردند. همچنین روایی به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و دو عامل با ۴ زیرمقیاس شناسایی شد که در مجموع ۶۵٪ واریانس را تبیین کردند. قنبری طلب و خرمایی (۱۳۹۵) روایی این مقیاس را به روش واگرا با مقیاس رفتار کمک طلبی ۰/۵۳- و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۲ گزارش کردند. پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

برنامه درمانی: ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) طراحی گردیده است؛ این برنامه در ایران توسط شیخ محمدی و همکاران (۱۳۹۲) اجرا شده است. شرح مختصر محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت نیز در جدول ۱ ارائه شده است. برنامه درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی هر هفته یک جلسه در طول دو ماه برگزار شد.

جدول ۱: مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضاء، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
سوم	آموزش‌وپرورش خودشفقتی اعضاء	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.

1 Emotional Maturity Scale
2 Singh and Bhargava
3 Emotional Adjustment Inventory
4 Singh1
5 Guilt and Shame Proneness Scale (GASP)
6 Cohen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «بدون شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف.
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش »ثبت و یادداشت روزان موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند که در پایان مرحله پیگیری هر یک از گروه‌ها به ۱۰ نفر تقلیل یافتند.، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله (۱۴/۳۰±۰/۸۲) و کنترل (۱۴/۳۰±۱/۸۳) بر حسب سال همگون بود. در هر دو گروه به طور همگون دانش آموزان از پایه‌های هفتم الی دهم مشارکت داشتند. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای بلوغ عاطفی و احساس شرم به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای بلوغ عاطفی و احساس شرم به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
بلوغ عاطفی	پیش آزمون	مداخله	۱۴۰/۳۰	۳۶/۵۴	۰/۸۲	۰/۰۵
		گواه	۱۴۰/۷۰	۳۴/۲۰	۰/۸۷	۰/۱۱
	پس آزمون	مداخله	۸۹/۳۰	۳۵/۲۹	۰/۸۶	۰/۰۹
		گواه	۱۴۲/۴۰	۳۴/۹۲	۰/۹۱	۰/۳۱
	پیگیری	مداخله	۸۵/۴۰	۳۰/۵۵	۰/۸۶	۰/۰۸
		گواه	۱۴۳/۰۰	۳۰/۴۱	۰/۹۱	۰/۳۳
احساس شرم	پیش آزمون	مداخله	۲۷/۳۰	۶/۸۶	۰/۸۵	۰/۰۶
		گواه	۲۹/۴۹	۶/۶۸	۰/۹۹	۰/۹۹
	پس آزمون	مداخله	۱۸/۸۰	۵/۳۷	۰/۹۶	۰/۸۱
		گواه	۲۸/۸۰	۶/۶۴	۰/۹۳	۰/۵۳
	پیگیری	مداخله	۱۸/۲۰	۴/۸۲	۰/۸۹	۰/۲۰
		گواه	۲۸/۶۰	۶/۰۹	۰/۹۶	۰/۸۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای بلوغ عاطفی و احساس شرم داشته است؛ در واقع روند تغییرات هر دو متغیر در گروه مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر بلوغ عاطفی (P=۰/۰۵، W=۰/۷۸) احساس شرم (P=۰/۱۳، W=۰/۸۵) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای بلوغ عاطفی و احساس شرم

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۶	۱۰/۹۹	۴	۷۲	۰/۰۱	۰/۳۸	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۱۸/۰۹	۴	۷۰	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
	اثر هتلینگ	۳/۱۳	۲۶/۶۶	۴	۶۸	۰/۰۱	۰/۶۱	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۳/۱۳	۵۶/۴۶	۲	۳۶	۰/۰۱	۰/۷۶	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۰/۹۹، ۰/۷۶=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای بلوغ عاطفی و احساس شرم در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بلوغ عاطفی	زمان	۸۶۸۰/۲۳	۲	۴۳۴۰/۱۲	۱۸/۳۵	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
	زمان*گروه	۱۰۱۱۵/۶۳	۲	۵۰۵۷/۸۲	۲۱/۳۹	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۸۵۱۴/۱۳	۳۶	۲۳۶/۵۰				
احساس شرم	بین گروهی	۲۰۵۷۲/۰۲	۱	۲۰۵۷۲/۰۲	۶/۹۹	۰/۰۱	۰/۲۸	۱
	زمان	۳۰۲/۴۳	۲	۱۵۱/۲۲	۲۴/۶۲	۰/۰۱	۰/۵۸	۱
	زمان*گروه	۲۱۹/۱۰	۲	۱۰۹/۵۵	۱۷/۸۳	۰/۰۱	۰/۵۰	۱
	خطا	۲۲۱/۱۳	۳۶	۶/۱۴				
	بین گروهی	۸۴۳/۷۵	۱	۸۴۳/۷۵	۷/۴۱	۰/۰۱	۰/۳۲	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای بلوغ عاطفی (P=۰/۰۱، F=۶/۹۹، η=۰/۲۸) و احساس شرم (P=۰/۰۱، F=۷/۴۱، η=۰/۳۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی متغیرهای بلوغ عاطفی و احساس شرم در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه گواه	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
بلوغ عاطفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵۱/۰۰	۰/۰۱	۱/۷۰	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵۴/۹۰	۰/۰۱	۲/۳۰	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۹۰	۱/۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰
احساس شرم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۵۰	۰/۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۱۰	۰/۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۱/۰۰	۰/۶۰	۱/۰۰

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=۵۱/۰۰) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۵۴/۹۰) متغیر بلوغ عاطفی تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱،MD=۸/۵۰) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، MD=۹/۱۰) متغیر احساس شرم تفاوت وجود دارد. در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تاثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش عدم بلوغ عاطفی و احساس شرم موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ورزی بر بلوغ عاطفی و احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت ورزی بر بهبود بلوغ عاطفی دختران با سندرم پیش از قاعدگی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های میلارد و همکاران (۲۰۲۳)، کرایج و همکاران (۲۰۲۰) و تربتی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود؛ در واقع نتایج این پژوهش‌ها دلالت بر این دارد که درمان متمرکز بر شفقت ورزی نقش مهمی در بهبود تنظیم هیجان و بلوغ عاطفی افراد دارد؛ در تبیین این یافته می‌توان دلایل مختلفی ارائه نمود که این در درمان به واسطه چه مکانیزم‌هایی این تاثیر را دارد؛ درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق می‌کند تا با بررسی هیجان‌ها، افکار و الگوهای رفتاری خود، خودآگاهی را توسعه دهند. افراد از طریق خود بازتابی دلسوزانه، بینشی نسبت به تجربیات عاطفی، نقاط قوت و زمینه‌های رشد خود به دست می‌آورند (سلطانی و فاتحی‌زاده، ۱۴۰۱)؛ این افزایش خودآگاهی یک جنبه اساسی از بلوغ عاطفی است. همچنین درمان متمرکز بر شفقت بر پرورش شفقت به خود تأکید دارد که شامل رفتار با مهربانی، پذیرش و درک با خود است. با ایجاد شفقت به خود، افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را به شیوه‌ای سالم و سازنده تنظیم کنند. آن‌ها می‌توانند به جای اینکه تحت تاثیر قرار بگیرند یا واکنش نشان دهند، به احساسات خود با دقت و درک پاسخ دهند (حسنی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ که این توانایی برای تنظیم و پاسخگویی مؤثر به احساسات، جزء کلیدی بلوغ عاطفی است. همچنین درمان متمرکز بر شفقت نه تنها بر خود شفقت تمرکز می‌کند، بلکه همدلی و شفقت را نسبت به دیگران پرورش می‌دهد. با ایجاد دیدگاهی همدلانه و دلسوزانه، افراد می‌توانند احساسات و تجربیات دیگران را بهتر درک کنند و با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. این ظرفیت همدلی مهارت‌های بین فردی را افزایش می‌دهد، روابط سالم را ترویج می‌کند و به بلوغ عاطفی در زمینه‌های اجتماعی کمک می‌کند (تربتی و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین دیگر می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت بر اهمیت ارتباط دلسوزانه و همدلانه در روابط تاکید می‌کند. از طریق توسعه همدلی، درک و مهارت‌های ارتباطی مؤثر، افراد می‌توانند روابط سالم ایجاد و حفظ کنند. آن‌ها یاد می‌گیرند که درگیری‌ها و اختلافات را با شفقت و احترام هدایت کنند و بلوغ عاطفی را در تعاملات بین فردی تقویت کنند (کرایج و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین درمان متمرکز بر شفقت افراد را با استراتژی‌هایی برای مقابله با استرس، ناملایمات و چالش‌های هیجانی مجهز می‌کند. با توسعه تکنیک‌های خودآرام‌بخش و انعطاف‌پذیری، افراد می‌توانند به طور موثر در موقعیت‌های دشوار حرکت کنند، از شکست‌ها عقب نشینی کنند و تعادل عاطفی را حفظ کنند. این امر با ارتقای سازگاری، ثبات عاطفی و توانایی مدیریت و غلبه بر چالش ها به بلوغ عاطفی کمک می‌کند.

یافته دیگر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت ورزی کاهش احساس شرم دختران با سندرم پیش از قاعدگی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های ریبل و همکاران (۲۰۲۴)، کارتر و همکاران، (۲۰۲۳)، فتح‌الله زاده و همکاران (۲۰۲۳) و ماتوز و استیندل (۲۰۲۰) همسو بود؛ در واقع نتایج این پژوهش‌ها دلالت بر این دارد که درمان متمرکز بر شفقت ورزی نقش مهمی در کاهش احساس شرم افراد

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

دارد؛ در تبیین این یافته می‌توان دلایل مختلفی ارائه نمود که این در درمان به واسطه چه مکانیزم‌هایی این تاثیر را دارد؛ درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا منشاء و عملکرد شرم را درک کنند. این درمان باورهای اساسی و افکار انتقادی خود را که به شرم کمک می‌کنند، بررسی می‌کند و به روایت‌های خودانتقادی که احساس شرم را تداوم می‌بخشد، آگاهی می‌دهد. با به دست آوردن بینشی در مورد ماهیت شرم، افراد می‌توانند این باورها را به چالش بکشند و دوباره قالب‌بندی کنند و پاسخی دلسوزانه‌تر به محرک‌های شرم ایجاد کنند (فتح‌الله زاده و همکاران، ۲۰۲۳). در این درمان افراد یاد می‌گیرند که انسانیت مشترک خود را تشخیص دهند، و اذعان می‌کنند که همه آسیب‌پذیری و مبارزه را تجربه می‌کنند، که به کاهش احساس انزوا و ادراک شرم منجر می‌شود (کریمی آه و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین این درمان به افراد کمک می‌کند تا محرک‌ها و خاطرات خاصی را که باعث ایجاد احساس شرم می‌شوند کشف و پردازش کنند. از طریق کاوش و پردازش دلسوزانه این محرک‌ها، افراد می‌توانند واکنش دلسوزانه‌تری نسبت به خود و تجربیاتشان ایجاد کنند. این فرآیند باعث بهبود و تسکین شرم می‌شود و شدت و مدت آن را کاهش می‌دهد؛ همچنین درمان متمرکز بر شفقت پرورش احساسات مثبت و ایجاد حس ارزشمندی را تشویق می‌کند. با تمرکز بر ویژگی‌ها، نقاط قوت و دستاوردهای مثبت، افراد می‌توانند با ادراک منفی از خود مرتبط با شرم مقابله کنند. این تأکید بر احساسات مثبت و خود ارزشمندی، نگرش دلسوزانه‌تر و پذیرفته‌تر نسبت به خود را ترویج می‌کند (افشار و همکاران، ۱۳۹۹).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت نتایج امیدوارکننده‌ای را در بهبود بلوغ عاطفی و کاهش احساس شرم نشان داده است. اگرچه تحقیقات بیشتری برای اثبات اثربخشی آن به طور قطعی مورد نیاز است، مطالعات موجود نشان می دهد که این درمان می‌تواند در پرداختن به این زمینه‌ها مفید باشد. درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد درمانی است که ریشه در پرورش شفقت به خود و پاسخ‌های دلسوزانه به خود و دیگران دارد. با پرورش نگرش مهربان‌تر نسبت به خود، افرادی که تحت این درمان قرار می‌گیرند می‌توانند بلوغ عاطفی داشته باشند و احساس شرم را کاهش دهند. در نتیجه، درمان متمرکز بر شفقت نویدبخش افزایش بلوغ عاطفی و کاهش احساس شرم است. این فرصت را به افراد می دهد تا شفقت به خود را توسعه دهند، نگرش مشفقانه‌تری نسبت به خود پرورش دهند و افکار انتقادی خود را به چالش بکشند. با این حال، تحقیقات بیشتر و مطالعات بالینی برای تعیین میزان کامل اثربخشی و درک بهتر مکانیسم‌های خاص زیربنای نتایج مثبت آن ضروری است. این پژوهش همانند اکثر پژوهش‌های پیشین دارای محدودیت‌هایی است که به تعمیم‌دهی نتایج خدشه وارد می‌کند، عدم اجرای یک طرح کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده، مهم‌ترین محدودیت این مطالعه است که در این پژوهش به یک طرح نیمه آزمایشی اکتفا شد، همچنین این مطالعه در نمونه محدودی از دختران در یکی از شهرهای ایران انجام شده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این محدودیت‌ها پوشش داده شود. در حوزه کاربردی پیشنهاد می‌شود که از درمان متمرکز بر شفقت در جهت بهبود بلوغ عاطفی و کاهش احساس شرم در دختران با سندرم پیش از قاعدگی در موقعیت‌های بالینی استفاده گردد.

منابع

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

حسنی، ف.، رضازاده، م. ر.، قنبری‌پناه، الف.، و خوشخبر، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، *۷* (۳)، ۶۴-۵۲. https://ijrn.ir/article-1-596-fa.html

سلطانی، م.، و فاتحی‌زاده، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان پس از قطع رابطه عاشقانه(مطالعه تک‌موردی). *روان پرستاری*، *۱۰* (۳)، ۱۰۴-۱۱۶.http://ijpn.ir/article-1-2039-fa.html

شیخ محمدی، ف.، رضایی، الف.، برزگر، م، و بقولی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر روابط اجتماعی و درد عاطفی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *رویش روان شناسی*، *۱۲* (۴)، ۱۳۹-۱۴۸. http://frooyesh.ir/article-1-4473-fa.html

قنبری، م.، و خرمایی، ف. (۱۳۹۵). پیش‌بینی کمک‌طلبی تحصیلی توسط باورهای هوشی با واسطه‌گری احساسات شرم و گناه. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، *۵* (۲)، ۱۰۵-۱۲۸. https://pma.cfu.ac.ir/article_572.html

کریمی آه، ع. الف.، عباسی، ق. الف.،و قنادزادگان، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر گرایش به گناه و شرم زنان مبتلا به اختلال خوردن. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، *۱۳* (۱)، ۱۴-۲۴. http://jhpm.ir/article-1-1680-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

منصورنژاد، ز.، پورسید، س. ر.، کیانی، ف.، و خدابخش، م. ر. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر تحول بلوغ عاطفی دانشجویان دختر در آستانه ی ازدواج. *اصول بهداشت روانی، ۱۵* (۵۹)، ۱۵۸-۱۷۰. https://jfmh.mums.ac.ir/article_1826.html

Arafa, A., Mostafa, A., & Khamis, Y. (2021). The association of acne and menstrual symptoms among young women (18–25 years) in Egypt: a population-based cross-sectional study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *33*(6), 463-468. https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0220

Azoulay, M., Reuveni, I., Dan, R., Goelman, G., Segman, R., Kalla, C., ... & Canetti, L. (2020). Childhood trauma and premenstrual symptoms: the role of emotion regulation. *Child abuse & neglect*, *108*, 104637. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104637

Bhagat, V., Haque, M., Bin Abu Bakar, Y. I., Husain, R., & Khairi, C. M. (2016). Emotional maturity of medical students impacting their adult learning skills in a newly established public medical school at the east coast of Malaysian Peninsula. *Advances in medical education and practice*,*7*, 575-584. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072520/

Carter, A., Steindl, S. R., Parker, S., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2023). Compassion-Focused Therapy to reduce body weight shame for individuals with obesity: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *54*(5), 747-764. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001

Chumpalova, P., Iakimova, R., Stoimenova-Popova, M., Aptalidis, D., Pandova, M., Stoyanova, M., & Fountoulakis, K. N. (2020). Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of general psychiatry*, *19*, 1-7. https://doi.org/10.1186/s12991-019-0255-1

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

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, *20*(4), 385-400. https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184

Fatollahzadeh, S., Kianimoghadam, A. S., Bahri, R., Khesali, M., Aghaei, Z. P. S., & Arani, A. M. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resilience, Shame, Internal Self-criticism, and Quality of Life of Patients with Vitiligo. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *17*(4), e137483. https://doi.org/10.5812/ijpbs-137483

Geta, T. G., Woldeamanuel, G. G., & Dassa, T. T. (2020). Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the reproductive age group in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *15*(11), e0241702. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241702

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 6-41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043

Gupta, S., & Sudhesh, N. T. (2022). Emotional maturity and self-perception among adolescents living with HIV—need for life-skills intervention. *Illness, Crisis & Loss*, *30*(2), 157-174. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1054137319885261

Kappen, M., Raeymakers, S., Weyers, S., & Vanderhasselt, M. A. (2022). Stress and rumination in Premenstrual Syndrome (PMS): Identifying stable and menstrual cycle-related differences in PMS symptom severity. *Journal of Affective Disorders*, *319*, 580-588. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.052

Matos, M., & Steindl, S. R. (2020). "You are already all you need to be": A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(11), 2079-2096. https://doi.org/10.1002/jclp.23055

Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *326*, 168-192. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010

Nasiri, F., Sharifi, S., Mashhadi, A., & Sharp, R. (2021). Premenstrual syndrome: the role of emotion regulation strategies and trait meta-mood. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s10942-021-00412-4

Pearce, E., Jolly, K., Jones, L. L., Matthewman, G., Zanganeh, M., & Daley, A. (2020). Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP open*, *4*(3)1-12. https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101032

Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1281428. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1281428

Ryan, S., Ussher, J. M., & Perz, J. (2020). Women's experiences of the premenstrual body: Negotiating body shame, self-objectification, and menstrual shame. *Women's Reproductive Health*, *7*(2), 107-126. https://doi.org/10.1080/23293691.2020.1740482

Singh, D., Kaur, S., & Dureja, G. (2012). Emotional maturity differentials among university students. *Journal of physical education and Sports Management*, *3*(3), 41-45. https://doi.org/10.5897/JPESM11.076

Singh, Y., & Bhargava, M. (1988). *Emotional Maturity Scale*. Psychoeducational testing Centre, New Delhi. https://www.listeningears.in/psychological-assessment-in-delhi/

Torbati, A. G., Nejat, H., Toozandehjani, H., Samari, A. A., & Amarghan, H. A. (2020). Effect of compassion-focused therapy (CFT) on blood cortisol and cognitive-emotion regulation in drug abusers. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, *12*(1), e100148. https://doi.org/10.5812/jjhs.100148

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Ussher, J. M. (2004). Premenstrual syndrome and self-policing: Ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Social Theory & Health*, *2*, 254-272. https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700032

Yen, J. Y., Lin, P. C., Hsu, C. J., Lin, C., Chen, I. J., & Ko, C. H. (2023). Attention, response inhibition, impulsivity, and decision-making within luteal phase in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, *26*(3), 321-330. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01311-6.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]