مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، آذر ۱۴۰۳، ۷۶۳-۷۵۱

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی: یک مطالعه نیمه‌تجربی

حانیه باقری[۱]، مجید پورفرج عمران[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۷/۲۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از مشکلات شایع است. استفاده از شفقت درمانی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی در شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ بود که ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به‌وسیله پرسش‌نامه نشخوار فکری Nolen و Hoeksema (۱۹۹۳) و بهزیستی روان‌شناختی Ryff (۱۹۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان گروهی متمرکز بر شفقت را در طول دو ماه و به‌صورت یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از ارائه درمان، میانگین نمره نشخوار فکری (۱۱/۲۴±۳۹/۳۷) در گروه آزمایش کاهش (P<۰/۰۰۱) و میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی (۷/۰۷±۷۶/۰۱) در گروه آزمایش افزایش (P<۰/۰۰۱) یافت و در نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی تغییرات معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران افسرده مؤثر است. بنابراین استفاده از این رویکرد جهت کاهش نشخوار فکری و بهبود بهزیستی روان‌شناختی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: نشخوار فکری، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، شفقت درمانی

ارجاع: باقری ح، پورفرج عمران م. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۹، صفحات: ۷۶۳-۷۵۱

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاداسلامی، بهشهر، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاداسلامی، بهشهر، ایران.
تلفن: ۰۹۱۱۱۰۰۲۳۲۶، پست الکترونیکی: m.pourfaraj@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

مقدمه

افسردگی (Depression) که به عنوان اختلال افسردگی نیز شناخته می‌شود، شایع‌ترین اختلال روانی است (۱). سازمان بهداشت جهانی، اختلال افسردگی اساسی را به عنوان سومین بیماری بزرگ در جهان رتبه‌بندی کرده است و پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۳۰ به بیماری شماره یک تبدیل شود (۲). از سوی دیگر به دلیل این‌که تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی فکر می‌کنند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این راه به زندگی خود خاتمه می‌دهند، پرداختن به اختلال افسردگی از اهمیتی به‌سزا برخوردار است (۳).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد، نشخوار فکری (Rumination) است. نشخوار فکری را به عنوان وقوع افکار مزاحم آگاهانه و نفرت انگیز تعریف کرده‌اند (۴). نشخوار فکری مؤلفه‌ای است که در اختلالات افسردگی نقش به‌سزایی ایفا می‌کند (۵) و منجر به تداوم و تشدید علائم اختلال و زمینه‌ساز بروز سایر اختلالات روانی می‌شود (۷، ۶)؛ از این رو بدیهی است که راهبردهای درمانی برای درمان اختلال افسردگی که هسته اصلی آن نشخوار فکری است بر کاهش و تقلیل این سازه تمرکز ویژه‌ای داشته باشند (۴).

در رویکردهای نوین درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی از افسردگی، عوامل محافظت‌کننده شناسایی می‌گردد که از جمله این عوامل بهزیستی روان شناختی (Psychological well-being) می‌باشد. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی رشد می‌یابد (۸). Chan و همکاران نشان دادند افراد مبتلا به افسردگی، رویدادهای استرس‌زای بیشتر و در مقابل بهزیستی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند (۹). بنابراین بهزیستی روان‌شناختی در نحوه رفتار فرد تأثیرگذار است، لذا در درمان اختلال افسردگی، بهره‌گیری از روش‌های درمانی که مؤثر در افزایش بهزیستی روان‌شناختی باشد، ضروری و حائز اهمیت است (۱۰).

با توجه به سطح پایین بهزیستی روان‌شناختی و تجربه نشخوار فکری بیشتر در افراد دارای اختلال افسردگی، توجه به درمان‌های مؤثر و کارآمد در برابر این اختلال از اهمیت بالایی برخوردار است (۳). طبق پژوهش‌ها یکی از درمان‌های مؤثر که تأثیر قابل توجه ای بر بهزیستی روان شناختی و توان‌مندی افراد در شرایط‌های غیرقابل تغییر دارد، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-based treatment) می‌باشد (۱۱). اساس آموزش درمان متمرکز بر شفقت شامل مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگران به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن است (۱۲). در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد تأکید می‌شود؛ از این رو، ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد به آنان تا حدود زیادی می‌تواند انزوا، طرد و احساس تنهایی را در افراد مبتلا به افسردگی کاهش دهد (۱۳).

به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در حیطه سلامت، نتایج تحقیق Chan و همکاران نشان داد این درمان بر افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی اثر مثبت دارد (۹). Rahbaran و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اثرگذار است (۱۴). Alighanavati و همکاران نیز گزارش کردند که الگوی شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی است (۱۵). هم چنین، بررسی تحقیقات پیشین نشان داده که درمان متمرکز بر شفقت در طیف گسترده‌ای از اختلالات و انحرافات روانی به ویژه در زمینه اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب (۱۸-۱۶) اثرگذار بوده است و به عنوان یک رویکرد درمانی موجب افزایش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

بهزیستی روان‌شناختی (۲۰-۱۹) و کاهش نشخوار فکری (۱۵، ۱۴) می‌شود.

استفاده از شفقت درمانی و انجام پژوهش در این زمینه در سال های اخیر افزایش یافته است و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن این درمان در موقعیت‌ها و نمونه‌های مختلف است (۱۱). مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلفی از اثربخشی شفقت درمانی بر متغیرهای مختلفی از نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته (۱۲)، اما این‌گونه پژوهش‌ها با متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی انجام نشده است؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مبتلایان به اختلال افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در شش ماه دوم سال ۱۴۰۲ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، توان آماری ۰/۸، با گروه آزمایشی و کنترل، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power نسخه 3.1.9.4، تعداد ۳۲ نفر به‌دست آمد. برای انتخاب نمونه ابتدا با هماهنگی با کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان از طریق نمونه‌گیری هدف‌مند ۴ کلینیک خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان انتخاب و اعضای نمونه از طریق مراجعه‌کنندگان به مراکز تخصصی روان‌پزشکی و روان‌شناختی که توسط روان‌پزشک یا توسط مصاحبه ساختاریافته پژوهش‌گر تشخیص اختلال افسردگی دریافت کرده‌اند و ملاک های ورود را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی به گروه کنترل و گروه آزمایشی گمارش شدند.

معیارهای ورود شامل تشخیص ابتلاء به اختلال افسردگی، عدم ابتلاء هم‌زمان به دیگر اختلالات بالینی، عدم اعتیاد، عدم وجود بیماری‌های مزمن پزشکی نظیر صرع و سرطان و غیره و معیارهای خروج شامل غیبت در برنامه درمانی و مشکلات ناگهانی که امکان حضور مرتب اعضاء در جلسات و انجام تکالیف جلسات را تحت تأثیر قرار دهد، بود. پس از انتخاب نمونه از میان مبتلایان به اختلال افسردگی، اعضای نمونه با استفاده از روش جایگزینی تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایشی، درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. درمان متمرکز بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و به صورت درمان گروهی اجرا شد. بعد از دو ماه و اتمام جلسات، مجدداً از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد و گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. جلسات آموزشی به صورت گروهی و در هفته یک‌بار توسط متخصص آموزش دیده با مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی زیر نظر استاد راهنما و در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان (کلینیک معنا)، اجرا شد.

در این پژوهش بعد از انتخاب داوطلبانه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، سایر موارد اخلاق حرفه‌ای در پژوهش از جمله رازداری و صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان، حق انتخاب برای انجام پژوهش، حق انصراف از پژوهش هر زمان که خواهان آن هستند، تعهد اخلاقی جهت محرمانه بودن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها نیز رعایت شده است. پژوهش فوق با شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.318 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مصوب گردید. هم‌چنین، برای رعایت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله شفقت درمانی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت و سطح تحصیلات و بیماری‌های جسمانی در انتهای پرسش‌نامه‌ها مورد سؤال قرار گرفت. در این پژوهش از دو پرسش‌نامه خودگزارشی به‌منظور گردآوری داده‌ها به شرح زیر استفاده گردید.

پرسش‌نامه نشخوار فکری (The Ruminative Response Scale; RRS): این مقیاس توسط Nolen و Hoeksema ساخته شده و دارای ۲۲ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا اغلب اوقات (نمره ۴) است. این مقیاس شامل دو مؤلفه تعمق (۱۱ گویه) و در فکر فرو رفتن (۱۱ گویه) بوده که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر نشخوار فکری شدیدتر است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۲۲ و ۸۸ است. نمره ۲۲ تا ۳۳ میزان نشخوار فکری پایین است، نمره ۳۴ تا ۵۵ میزان نشخوار فکری متوسط است و نمره بالاتر از ۵۵ میزان نشخوار فکری بالا است. نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای پاسخ نشخواری بیشتر افراد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آور می‌باشد. در پژوهش Erdur-Baker و Bugay ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی مقیاس ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۱). در ایران Bagherinejad و همکاران در نمونه‌ای از دانشجویان آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ به‌دست آوردند. آنان همبستگی مثبت و معناداری را میان پاسخ نشخوارفکری با اضطراب و افسردگی گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ برای تعمق (۰/۸۵) و در فکر فرو رفتن (۰/۸۱) و برای نمره کل ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (Ryff Psychological Well-Being Scale; RPWS-18): این مقیاس توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و دارای ۱۸ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است. این مقیاس شامل شش خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران (۳ گویه)، پذیرش خود (۳ گویه)، تسلط بر محیط (۳ گویه)، خودمختاری (۳ گویه)، زندگی هدف‌مند (۳ گویه) و رشد فردی (۳ گویه) است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۱۸ و ۱۰۸ است که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. Ryff دامنه آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ذکر شده در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست آورد (۲۳). فرم ۱۸ سؤالی این ابزار در ایران اعتباریابی شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به‌دست آمده که از نظر آماری معنادار است (۲۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مورد بررسی در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و برای نمره کل ۰/۸۹ به‌دست آمد.

جلسات درمان متمرکز بر شفقت که در این مطالعه استفاده شد به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در این رویکرد درمانی، از فنون متمرکز بر شفقت Gilbert (۱۳) استفاده شد که خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت Gilbert (۱۳)

جلسات	عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	مفهوم‌سازی موردی	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت، تعریف شفقت، معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
جلسه دوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟
جلسه سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغزآگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغزآگاه، آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن، معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثال: تمرین خوردن کشمش). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
جلسه چهارم	آشنایی با خصوصیت های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بُعد اشتیاق) شامل حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد؛ مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
جلسه پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، استفاده از ریتم تنفسی آرامبخش، آموزش نحوه تصویرسازی خودِ مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق(یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: مراجع چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خودِمشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.
جلسه ششم	تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
جلسه هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از تمرین، تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفقِ ایده‌آل و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به‌کار برد.
جلسه هشتم	رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته، تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی آزمون مجذور کای، تحلیل کوواریانس چند متغیره و پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس شامل: آزمون Shapiro-Wilk، آزمون Levene، همگنی شیب خط رگرسیون، آزمون مجذور کای و آزمون Box's M تحلیل شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

اطلاعات جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. دامنه سنی نمونه مورد مطالعه در دامنه ۲۰ تا ۴۵ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۱۰ سال با انحراف معیار ۴/۰۸ سال و گروه کنترل ۳۳/۰۱ سال با انحراف معیار ۴/۱۷ سال بود (P=۰/۳۶۱). نتایج جدول ۲، نشان دهنده آن است که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و جنسیت بر اساس نتایج آزمون مجذور کای تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همگن بودند.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751] [Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه‌ها	آزمایش		کنترل		مقدار P
		فروانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۰	۶۲/۵۰	۸	۵۰	۰/۲۸۶
	مرد	۶	۳۷/۵	۸	۵۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۹	۵۶/۲۵	۹	۵۶/۲۵	۰/۳۷۱
	متأهل	۷	۴۳/۷۵	۷	۴۳/۷۵	
سطح تحصیلات	دیپلم	۷	۴۳/۷۵	۶	۳۷/۵	۰/۴۱۹
	لیسانس	۶	۳۷/۵	۶	۳۷/۵	
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۱۸/۷۵	۴	۲۵	

آزمون مجذور کای، ۰/۰۵ >P اختلاف معنی‌دار

اطلاعات توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب گروه‌های مورد بررسی در بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیرها	گروه	پیش آزمون (n=۱۶)		پس‌آزمون (n=۱۶)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روابط مثبت با دیگران	آزمایش	۱۱/۱۹	۳/۳۷	۱۳/۶۳	۲/۳۹
	کنترل	۱۱/۱۳	۳/۲۴	۱۲/۱۳	۳/۶۳
پذیرش خود	آزمایش	۱۰/۴۰	۲/۹۴	۱۳/۳۱	۳/۱۳
	کنترل	۱۰/۴۵	۲/۳۶	۱۰/۸۱	۲/۷۶
تسلط بر محیط	آزمایش	۸/۰۱	۳/۳۸	۱۱/۹۴	۲/۸۳
	کنترل	۸/۰۶	۲/۹۳	۸/۵۰	۲/۶۵
خودمختاری	آزمایش	۷/۲۵	۲/۷۹	۱۱/۷۵	۲/۴۰
	کنترل	۷/۱۳	۳/۴۲	۷/۳۸	۲/۹۱
زندگی هدف‌مند	آزمایش	۸/۱۹	۳/۸۵	۱۳/۳۱	۲/۵۷
	کنترل	۸/۳۸	۳/۱۶	۸/۷۵	۲/۹۵
رشد فردی	آزمایش	۸/۲۵	۳/۴۷	۱۲/۰۶	۳/۵۱
	کنترل	۸/۱۳	۳/۳۰	۸/۳۱	۳/۴۳
نمره کل بهزیستی روانی	آزمایش	۵۳/۸۸	۸/۱۸	۷۶/۰۱	۷/۰۷
	کنترل	۵۳/۲۵	۵/۱۷	۵۵/۸۸	۵/۱۳
تعمق در فکر فرو رفتن	آزمایش	۲۷/۷۵	۷/۳۵	۱۸/۵۶	۷/۰۹
	کنترل	۲۷/۸۱	۸/۱۳	۲۶/۴۴	۸/۴۰
	آزمایش	۲۸/۳۱	۷/۴۳	۲۰/۸۱	۵/۵۵
	کنترل	۲۶/۵۰	۷/۰۶	۲۶/۰۱	۶/۷۶
نمره کل نشخوار فکری	آزمایش	۵۶/۰۶	۱۱/۸۲	۳۹/۳۷	۱۱/۲۴
	کنترل	۵۴/۳۱	۱۱/۷۸	۵۲/۴۴	۱۳/۱۷

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

برای تجزیه نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل‌کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. نتایج آزمون Shapiro-Wilk حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). هم‌چنین، آماره‌های کجی و کشیدگی در دامنه مورد قبول (۲+ و ۲-) قرار داشت. بنابراین، داده‌های دو گروه از توزیع نرمال برخوردار بودند. هم‌چنین، گروه‌های آزمودنی از لحاظ پیش فرض‌های همگنی واریانس‌ها (از طریق آزمون Levene) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس (از طریق آزمون Box's M) بررسی شدند. نتایج غیرمعنادار آزمون ام باکس برای متغیرهای پژوهش، تأییدکننده همگنی ماتریس کوواریانس بود (Box's M=۲/۲۲۹، P=۰/۵۵۸). هم‌چنین، بر طبق آزمون Levene با توجه به مقدار P به‌دست آمده برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۲۵۵) و نشخوار فکری (P=۰/۱۴۱)، همگنی واریانس خطا در دو گروه مورد بررسی نیز تأیید شد. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

در ادامه، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در جهت تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. جدول ۴، خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۱ درصد تفاوت مشاهده شده در دو گروه، مربوط به عضویت گروهی بود (P<۰/۰۰۱).

جدول ٤- خلاصه نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۸۲	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
لامبدای ویکلز	۰/۱۷	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
اثر هتلینگ	۴/۸۰	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۸۰	۶۴/۹۱	۲	۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱

در ادامه، از آنالیز کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۵ گزارش گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۵، می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از واریانس نشخوار فکری و ۶۱ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی ناشی از شرایط آزمایشی است (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر گرگان در سال ۱۴۰۲

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱۴۱۴/۶۸	۱	۱۴۱۴/۶۸	۱۵/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
	گروه	۱۵۷۶/۷۹	۱	۱۵۷۶/۷۹	۱۷/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	خطا	۲۶۰۳/۰۰	۲۹	۸۹/۷۵			
	کل	۷۲۸۱۹/۰۰	۳۲				
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۸۵/۹۶	۱	۸۵/۹۶	۲/۳۵	۰/۱۳۶	۰/۰۷۵
	گروه	۲۶۸۵/۶۵	۱	۲۶۸۵/۶۵	۷۳/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۱۰۵۹/۷۸	۲۹	۳۶/۵۴			
	کل	۱۴۳۵۱۴/۰۰	۳۲				

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی انجام گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری سبب کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود. این مسئله نشان دهنده بهبودی معنادار در گروه درمان متمرکز بر شفقت بود. بر این اساس، درمان متمرکز بر شفقت سبب کاهش نشخوار فکری می شود و سطوح نشخوار فکری را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۱۵، ۱۴، ۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت، در بیماران مبتلا به افسردگی کاهش نشخوار فکری وجود دارد (۱۴). به عنوان نمونه‌هایی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در حیطه سلامت روان، نتایج تحقیق Alighanavati و همکاران نشان داد که الگوی شفقت به خود بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی است (۱۵). Rahbaran و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری در مبتلایان به افسردگی پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که این مداخله درمانی با تقویت نگرش مثبت نسبت به خود به طور معناداری در کاهش نشخوار فکری اثربخش است (۱۴).

با توجه به نتایج حاصل، می‌توان این‌گونه بیان نمود که درمان متمرکز بر شفقت به‌دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است و در این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی مانند خود ارزیابی‌ها و برچسب زدن‌های آزاردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند، تأکید می‌شود و پس از سپری کردن جلسات درمانی، ارزیابی منفی از خود تغییر می‌یابد و شناخت‌ها تصحیح و ترس و اجتناب از خود کاهش می‌یابد که این علائم نشان از کاهش نشخوار فکری در مبتلایان به افسردگی دارد. زمانی که افراد افسرده در جلسات درمان متمرکز بر شفقت قرار می‌گیرند و مهارت‌ها و تکنیک‌های این رویکرد درمانی را آموزش می‌بینند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آن‌ها مسلح به ذهن شفقت‌ورز می‌شود. در چنین شرایطی این افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی، مدت زمان برانگیختگی هیجان‌های خود را کنترل و تنظیم می‌کنند و تلاش می‌کنند معنای حالت‌های احساسی و ادراکی خود را تغییر دهند و نشخوار فکری کمتری داشته باشند. در چنین حالتی احساسات و هیجان‌های آن‌ها، دردناک و یا حالت اجتنابی ندارد و به نگاه بهتر و واقع‌بینانه‌تری نسبت به هیجان‌های خود دست می‌یابند و در کل نشخوار فکری کمتری دارند (۷).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

درمان متمرکز بر شفقت، روی تکنیک‌ها و راهبردهایی تمرکز دارد که احتمالاً می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی اثرگذاری بیشتری دارد. درمان متمرکز بر شفقت بر پایه‌ی دو فرایند اصلی بنیان شده است. اولین فرایند به تمامی فرایندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی با خود و دیگران است. هم‌چنین فرایندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرایندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است (۱۳). وقتی مراجعین در جلسات درمانی شفقت‌محور قرار می‌گیرند توجه شفیق، تصویرسازی شفیق، استدلال شفیق، رفتار شفیق، ادراک شفیق و احساس شفیق و دیگر فنون درمان متمرکز بر شفقت را می‌آموزند و ساختار روانی آن‌ها مجهز به ذهن شفیق می‌گردد، بعد از مدتی دیدگاه متعادل‌تری نسبت به خود پیدا می کنند و رخدادهای محیطی را ارزش‌گذاری و قضاوت نمی‌کنند و از لحاظ عاطفی و هیجانی در شرایط بهتر و مناسب‌تری قرار می گیرند (۱۳).

از طرفی، درمان متمرکز بر شفقت از طریق آموزش شفقت سبب گسترش مهربانی و عدم قضاوت در مورد اطرافیان می‌شود و هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات مخرب و منفی می‌کند. از این طریق با توجه به بیان مستمر احساسات درونی‌خود با نزدیکان بر افکار منفی و تکراری خود غلبه و از این طریق به صورت فعال تر در روابط اجتماعی و بین‌فردی حضور پیدا می‌کنند و در نتیجه نشخوار فکری آن‌ها به میزان زیادی می‌تواند کاهش پیدا کند (۱۴). طبق یک تبیین کلی می‌توان بیان نمود، درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از فنون ذکر شده، بر افکار منفی و نشخوار فکری تأثیر می‌گذارد و به این ترتیب می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی منجر گردد.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری سبب بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی می‌شود. این مسئله نشان دهنده بهبودی معنادار در گروه درمان متمرکز بر شفقت بود. بر این اساس، درمان متمرکز بر شفقت سبب بهبود بهزیستی روان شناختی می‌شود و بهزیستی روان شناختی را افزایش می‌دهد. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های (۲۰، ۱۹، ۹) در این زمینه همسو بود و حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر است و درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در لحظه حال بودن و نگاهی غیر قضاوتی را به مراجعان یاد می‌دهد. به عنوان مثال، در یکی از تمرین‌های این مداخله، با عنوان "مراقبه دلسوزانه"، افراد یاد می‌گیرند که نگاهی مهربان‌تر و سهل‌گیرانه‌تر نسبت به خود داشته باشند، زیرا این پیش‌نیاز برای دوست داشتن عزیزانشان است. خودشفقت‌ورزی به مردم می‌آموزد که افکار صرفاً افکار هستند نه واقعیت‌ها، و آنها یاد می‌گیرند که افکار منفی در مورد خود را نادیده بگیرند و درگیر این افکار که وارد ذهنشان می‌شود، نشوند (۸). در مجموع این تکنیک‌ها و اجرای آنها، این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد تا بهزیستی روانی، را افزایش دهند و نگاه مهربانانه به خود داشته باشند و استمرار و ارتقای این مهارت‌ها موجب می شود تا میزان بهزیستی روانی در مراجعان به طور معنی‌داری افزایش یابد.

از طرفی، می‌توان گفت که تکنیک‌های مورد استفاده در درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش تمایل ذهن به تشدید حالت های هیجانی منفی کمک کند و بهزیستی روانی را که عموماً در افراد مبتلا به افسردگی پایین است، افزایش دهد. هم‌چنین، تکنیک‌های استفاده شده در درمان متمرکز بر شفقت، به آزمودنی ها کمک می‌کند تا توجه و آگاهی بیشتری نسبت به احساسات، افکار، هیجانات و محیط اطراف خود داشته باشند و آموزش خودشفقت‌ورزی به افراد کمک می‌کند تا به این افکار و اعمال به گونه‌ای غیرقابل قضاوت، مهربانانه و مفیدتر پاسخ دهند. براین

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

اساس، افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند با سخت گیری کمتری خود را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را آسان‌تر می‌پذیرند و واکنش‌های‌شان دقیق‌تر و مبتنی بر عملکرد واقعی آن‌ها خواهد بود که این تحولات می‌تواند افزایش بهزیستی روانی را سبب شود.

کارشناسان نیز بر این باورند که شفقت به خود موجب بهبود احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به بی‌کفایتی و شکست‌های خود می‌شود و فرد می پذیرد که تجارب رنج‌آور از تجارب معمول بشری است (۲۰). هم-چنین، شفقت خود به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و بنابراین به افزایش بهزیستی روانی در افراد منجر می‌شود (۹). هم‌چنین، در فرایند این تمرین‌ها آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که به گونه‌ای متفاوت پاسخ دهند و اجازه ندهند افکار یا اعمال اجتنابی یا خود تخریب‌کننده بر زندگی آنها اثرگذار باشند. ارتقاء مهارت-های خودشفقتی نظیر مهربانی، همدلی، اعتماد و شفقت نسبت به خود را برای آنان فراهم می‌کند تا نگاهی مشفقانه به خود داشته باشند و از این طریق بهزیستی روانی در این افراد به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و عدم وجود مرحله پی‌گیری اشاره کرد. هم چنین، این پژوهش فاقد دوره پی‌گیری بود و در مورد تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و یکسان بودن پژوهش‌گر و درمان‌گر که که ممکن است سوءگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پی‌گیری جهت سنجش تداوم اثر درمان انجام شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کل نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اثربخش است. لذا، نتایج پژوهش حاضر ضمن تبیین ضرورت توجه به کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی از طریق مداخلات روان‌شناختی، اهمیت به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت را متوجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌کند. توصیه می‌شود درمان متمرکز بر شفقت به عنوان درمان مکمل، در کنار درمان دارویی برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع: از طرف نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی در مقاله گزارش نشده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان های دولتی یا خصوصی بوده است.

ملاحظلات اخلاقی: این پژوهش تحت شناسه اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.318 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ساری انجام شد.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** حانیه باقری
- **روش کار:** حانیه باقری
- **جمع‌آوری داده‌ها:** حانیه باقری
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها**: حانیه باقری
- **نظارت:** مجید پورفرج عمران
- **مدیریت پروژه:** مجید پورفرج عمران
- **نگارش- پیش نویس اصلی:** حانیه باقری
- **نگارش- بررسی و ویرایش:** حانیه باقری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Ross RE, VanDerwerker CJ, Saladin ME, Gregory CM. The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular Psychiatry* 2023; 28(1): 298-328.

2. WHO, CONSTITUTION OF. World health organization. *Air Quality Guidelines for Europe* 2020; 91.

3. Fried EI, Flake JK, Robinaugh DJ. Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology* 2022; 1(6): 358-68.

4. Wu Q, Feng X, Gerhardt M, Wang L. Maternal depressive symptoms, rumination, and child emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 29: 125–34.

5. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy* 2020; 127: 103-16.

6. Liu D, Liu S, Deng H, Qiu L, Xia B, Liu W, et al. Depression and suicide attempts in Chinese adolescents with mood disorders: the mediating role of rumination. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2023; 273(4): 931-40.

7. Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion–focused therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Studies in Medical Sciences* 2019; 30(2): 86-96. [Farsi]

8. Demehri F, Sardari Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Enriched with Compassion Acceptance and Commitment therapy (ACT) on Psychological Well-Being and Suicidal Tendency in Adolescents with Parents with Chronic Psychological Illness. *Socialworkmag* 2022; 10(4): 37-47. [Farsi]

9. Chan ASW, Lo IPY, Yan E. Health and social inclusion: The impact of psychological well-being and suicide attempts among older men who have sex with men. *American Journal of Men's Health* 2022; 16(5): 38-49.

10. Molinero O, Salguero A, Márquez S. Perceived health, depression and psychological well-being in older adults: physical activity and osteoarticular disease. *Sustainability* 2021; 13(15): 8157-69.

11. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy* 2017; 48(2): 207-21.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

12. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, et al. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness* 2020; 11(1): 51-62.

13. Gilbert P. Compassion focused therapy: special Issue. International. *Journal of Cognitive Therapy* 2016; 3(2): 197-201.

14. Rahbaran R, Karmi R, Shah Mohammadi Kalibar M. The effectiveness of behavioral activation therapy in reducing rumination and depression in adolescents. *Thought and behavior in clinical psychology* 2018; 13(52): 17-26. [Farsi]

15. Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology* 2018; 7(27): 152-68. [Farsi]

16. Asano K, Shimizu E. A case report of compassion focused therapy (CFT) for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: the importance of layered processes in CFT. *Case Reports in Psychiatry* 2018; 98: 213-25.

17. Jiang T, Chen Z. Meaning in life accounts for the association between long-term ostracism and depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *The Journal of Social Psychology* 2020; 160(5): 535-47.

18. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one* 2015; 10(7): 133-41.

19. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Meaning in Life of Mothers of Children With Intellectual and Developmental Disorders. *IJPCP* 2022; 28(1): 20-33. [Farsi]

20. Gheibee A, Tajeri B, Kooshki S, Sobhi Gharamaleki N. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment and Compassion Therapy on Psychological Well-being in Patient with Multiple Sclerosis. *IJRN* 2021; 7(2): 63-73. [Farsi]

21. Erdur-Baker Ö, Bugay A. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010; 1(5): 2178-81.

22. Bagherinejad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaei SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian university of students. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2010; 11(1): 21-38. [Farsi]

23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(6): 1069-81.

24. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factorial structure and psychometric properties of the short form (18 questions) of Ryff psychological well-being scale in male and female students. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2014; 9(32): 27-36. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Rumination and Psychological Well-Being of Patients with Depression: A Quasi-Experimental Study

Haniyeh Bagheri[1], Majid Pourfaraj Omran[2]

Received: 05/08/24 Sent for Revision: 20/10/24 Received Revised Manuscript: 15/12/24 Accepted: 17/12/24

Background and Objectives: Depression is one of the common problems. The use of compassion therapy and conducting research in this field has been increased in recent years. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion-focused treatment on rumination and psychological well-being of patients with depression.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research included all the people suffering from depression in Gorgan City in 2023, 32 people were selected by convenience sampling and randomly assigned into the experimental group (16 people) and control (16 people) groups. Then both groups were evaluated by Nolen and Hoeksema's (1993) Rumination Questionnaire and Ryff's (1989) Psychological Well-Being. The people in the experimental group received 8 sessions of group therapy focused on compassion during two months and as a 90-minute session per week, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that after treatment, the mean rumination score (39.37±11.24) in the experimental group decreased ($p<0.001$) and the mean psychological well-being score (76.01±7.07) in the experimental group increased ($p<0.001$).

Conclusion: The present study showed that compassion-focused therapy is effective on rumination and psychological well-being of depressed patients. Therefore, it is suggested to use this approach to reduce rumination and improve psychological well-being.

Key words: Rumination, Psychological well-being, Depression, Compassion therapy

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Behshahr Branch of Medical Sciences, approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1402.318).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Haniyeh Bagheri
- **Methodology:** Haniyeh Bagheri
- **Data collection:** Haniyeh Bagheri
- **Formal analysis:** Haniyeh Bagheri
- **Supervision:** Majid Pourfaraj Omran
- **Project administration:** Majid Pourfaraj Omran
- **Writing – original draft:** Haniyeh Bagheri
- **Writing – review & editing:** Haniyeh Bagheri

Citation: Bagheri H, Pourfaraj Omran M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Rumination and Psychological Well-Being of Patients with Depression: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (9): 751-63. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.751]

1- MSc Student in Clinical Psychology, Department of psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University،Behshahr،iran
2- Associate Prof., Department of psychology,Behshahr Branch,Islamic Azad University،Behshahr،iran, ORCIDE: 0000-0002-4964-2683
(Corresponding Author) Tel: 09111002326, E-mail: m.pourfaraj@gmail.com

CCBY-NC.4.0 DEED