

## Research Paper

# Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Therapy on Selfcriticism and Depression Patient with Major Depression

Fatemeh Pirjavid<sup>1</sup>, Hassan Toozandehjani<sup>2\*</sup>, Zahra Bagherzadeh Golmakani<sup>3</sup>

1- Department Of Psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2- Department Of Psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

3- Department Of Psychology, Neyshabur branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Received: 2021/01/06

Revised: 2021/10/02

Accepted: 2022/01/25

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2022.27035.3293

## Keywords:

Selfcriticism, Depression, Compassion-Focused Therapy, Quality of life Therapy

## Abstract

**Aims:** Depression is one of the most common problems with various consequences in economic, social, psychological Fields. Thus, the present study aimed to Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and quality of life therapy on selfcriticism and Depression patient with major depression.

**Methods:** This study is a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The statistical population of this study comprises all patient with major depression who referred to counseling centers in Neyshabur during the first three months of 1398 SH (2018-2019) that 45 of these patient who were selected by available sampling and were randomly assigned into two experimental groups 1 and 2 (15 subjects) and one control group. The first experimental group underwent compassion-focused therapy, the second experimental group received quality of life therapy and the control group was placed on the waiting list. Data were collected using Gilbert selfcriticism Questionnaire and Beck Depression Questionnaire. For data analysis, repeated measures ANOVA was applied.

**Results:** compassion-focused therapy and quality of life therapy improves self-criticism and depression patient with major depression. Also, the effectiveness of compassion-focused therapy in reducing these psychological problems is more than quality of life therapy.

**Conclusion:** Both treatments have been shown to reduce self-criticism and depression, but compassion-focused therapy has been significantly superior to quality of life therapy.

**Citation:** Pirjavid, F. Toozandehjani, H. Bagherzadeh Golmakani, Z. Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Quality of Life Therapy on Selfcriticism and Depression Patient with Major Depression. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models. 2022; 12 (46): 53-68.  
DOI:10.30495/jpmm.2022.27035.3293

\*Corresponding author: Hassan Toozandehjani

**Address:** Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of psychology, Islamic Azad University, Neyshabur branch, Neyshabur, Iran.

**Tell:** 09151514027

**Email:** h.toozandehjani@ymail.com

## Extended bstract

### Introduction

One of the most important events in life is marriage. Marriage in today's society is mostly for reasons of love, affection, having a partner

and meeting emotional and psychological expectations (1).

One of the most important factors associated with adaptation and maturity is ego-development (14, 13). Ego-development is

very important to become an adult and to be able to function effectively in the family in adulthood (15).

Ego-centrism is one of the most important concepts in the field of social relations. (22) Believes that Ego-development is associated with a decrease in ego-centrism and an increase in self-differentiation, and one moves from dependence to independence from others. Perfect perfection moves; Thus, a person's personality goes from an incoherent organization that cannot distinguish between himself and others and is more self-centered to a cohesive organization that increases the distinction between self and others and decreases self-centeredness. Finally, the person succeeds in their relationships and the necessary social skills of adulthood, which is one of the most important relationships in this period of marital relationships.

Another concept related to marital relationships. It is self-differentiation (32). Self-differentiation individuals feel free to experience deep emotions and have the ability to regulate their emotions. Self-differentiation improves social adjustment and improves social relationships, and the relationship between individuals, spouses, family functioning, and marital adjustment is related to the degree of differentiation (34, 35). Given the importance and fundamental role of couple adjustment in maintaining the psycho-social balance of the family and ultimately society, and given the many problems and issues that couples face, the need for planning is felt to solve the problems facing them. Therefore, based on what has been said, the purpose of this study is to design and test a model of ego-strength relationship and marital compatibility through mediation of ego-centrism and self-differentiation among couples in Shiraz.

## Methods

The method of this research is descriptive-correlational in which the relationship between variables is investigated through structural equation modeling (SEM). The statistical population was all couple in Shiraz who were selected by convenience sampling method. The number of sample people was selected based on view (38). He suggests that the number of participants in the research to test

the structural equation model is 2.5 to 7 times the number of items. Therefore, 250 participants (125 females and 125 males) were selected in the present study. SPSS and AMOS software were used to investigate the relationships between Pearson correlation coefficient variables and structural equation model.

## Findings

In the present research model, marital compatibility was considered as an exogenous variable, ego-centrism variables between ego-strength and self-differentiation were considered as mediating variables, and ego-strength was considered as an endogenous variable. Self-differentiation ( $R = 0.53$ ) and ego-strength ( $r = 0.46$ ), new imaginary ( $r = -0.64$ ), personal fable ( $r = 0.35$ ) have a significant correlation.

To test the structural modeling assumptions, the results of initial data screening (review of missing data and review of outliers) are first examined. Then, the underlying assumptions of structural equation modeling (normality, linearity and linear alignment) are investigated.

The values GFI, IFI, CFI for all three were 0.99, which indicates a good fit of the model of this research. Shows the path coefficients. The results showed that 40% of the variance of marital compatibility is explained by the preceding variables GFI, IFI, CFI were 0.84, 0.88 and / 88, respectively, indicating poor fit of the original model. Which was accepted by correlating the error variances of the modified model. The amount of direct effects of variables in the modified model shows that it is significant at the level of 0.001.

The results showed that self-strength through self-centrism and self-differentiation affect marital compatibility. In other words, for an increase score in self-strength of 0.42 units is added to marital compatibility, and this amount is in addition to the direct effect of self-strength on marital compatibility. Also, the indirect effect of strength on marital compatibility through self-differentiation was 0.29 and self-strength on marital compatibility through self-centrism was 0.35. Thus, it shows that the role of the self-centrism as a mediating variable of marital compatibility is more than self-differentiation.

## Discussion

The purpose of this study was to model the relationship between self-strength and marital compatibility through its mediation between self-centrism and self-differentiation. Showed that the proposed model had a good fit and predictor and mediator variables have a significant direct and indirect effect on marital compatibility. Findings show that people who are self-centered because they consider themselves the center of everything and this makes them unable to consider other people's views and face many problems in interpersonal relationships. So when there is an ego-strong in a person, it causes the self-centrism in the person to decrease and people can consider the opinions and desires of others, so they can adapt their different relationships, including marital relationships.

The results showed that self-strength has a significant direct positive effect on self-differentiation. Therefore, it can be said that the ego-stronger a person is, the easier it is for a person to be able to be independent of others, and the independent self also plays an important role in marital compatibility. Therefore, the result of this research is in line with the research of (32) and (35). To explain these results, it can be argued that a man and a woman who have a low level of self-differentiation have a limited capacity for intimacy and oneness when they get married due to less emotional maturity. But strong self-differentiation causes them to have a more flexible role and a more intimate relationship, and to accept each other's differences negatively and experience less emotional reaction (42).

## Conclusion

The findings showed that self-strength is indirectly and meaningfully related to marital compatibility through self-centrism and self-differentiation, so it can be considered that the designed model was modified and accepted

with a few changes and in the sum of the variables of the previous variable, i.e. self-strength, can explain 40% of the variance of marital adjustment. Therefore, it is suggested that this model, considering that it attaches great importance to internal and personality-related variables and discusses the role of these factors more, can be independent of other environmental issues and only by emphasizing the enrichment of individual factors. Have a significant role in predicting marital compatibility. Because in many cases it is impossible to change environmental factors, especially in married life, so focusing on individual factors can be more important and significant in the current conditions of society. Therefore, this model can be a good guide for family therapists and Couple therapist in treatment and prevention.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

All subjects answered the questionnaires with complete satisfaction

## Funding

No funding.

## Authors' contributions

Design and conceptualization: Akram Malekzadeh and Alireza Agha Yusufi  
Methodology and data analysis: Akram Malekzadeh and Alireza Agha Yusufi  
Supervision and final writing: Akram Malekzadeh

## Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest

## مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خود انتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی

فاطمه پیرجاوید<sup>۱</sup>، حسن توزنده جانی<sup>۲\*</sup>، زهرا باقرزاده گل مکانی<sup>۳</sup>

۱- گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳- گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

### چکیده

**هدف:** افسردگی از جمله مشکلات شایع با پیامدهای گوناگون اقتصادی، اجتماعی و روان شناختی هستند. از این رو، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خود انتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی بود.

**روش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان شناختی شهر نیشابور سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (هر گروه ۱۵ نفر)، و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول درمان مبتنی بر شفقت، گروه دوم درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه خودانتقادی و عدم خود اطمینان بخشی گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴)، پرسش نامه افسردگی بک (۱۹۹۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل مالتی وریت استفاده شد.

**نتیجه گیری:** نتایج حاکی از آن بود که شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث بهبود خود انتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی می‌گردد. همچنین، اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش این مسائل روان شناختی، بیش تر از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد.

**بحث و نتیجه گیری:** هر دو درمان بر کاهش خود انتقادی و افسردگی موثر بوده است، اما شفقت درمانی نسبت به درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برتری معناداری داشته است ( $P < 0.05$ ).

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2022.27035.3293

واژه‌های کلیدی:

شفقت درمانی، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، خود انتقادی، افسردگی

\* نویسنده مسئول: حسن توزنده جانی

نشانی: دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

تلفن: ۰۹۱۵۱۵۱۴۰۲۷

پست الکترونیکی: h.toozandehjani@gmail.com

خودانتقادی یکی از عواملی می‌باشد که در بررسی‌های گسترده به عنوان عاملی مهم در شکل‌گیری افکار خودکشی در مبتلایان به افسردگی شناسایی شده است. خود انتقادی در رابطه با افسردگی، هم نقش زمینه ساز و هم نقش تداوم بخش دارند. خودانتقادی، از حمایت و رسیدگی بی کفایت در دوران کودکی ریشه می‌گیرد و باعث تقویت ارزیابی‌های منفی و سخت‌گیرانه از خود می‌شود که زمینه افسردگی را فراهم می‌آورد و هم‌چنین، در بیمار افسرده، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی را به وجود می‌آورد (۲۰). خودانتقادی، زیربنای شناختی بیماران افسرده را دچار ناهنجاری می‌کند و با خشم و فشار روانی رابطه دارد (۳۲). پژوهش‌های زیادی مشاهده می‌شود که دلالت بر تأیید نقش خودانتقادی در عملکرد روزمره مبتلایان به افسردگی، پیوندهای آن‌ها و علائم آسیب‌شناسی روانی آن‌ها دارد (۲۹). بنابراین، در درمان افسردگی، پرداختن به خودانتقادی از اهمیت بالایی برخوردار است (۳۵).

همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، افسردگی از جمله اختلالاتی هستند که همه جوانب زندگی فرد را در بر می‌گیرند و کیفیت زندگی فرد را پایین می‌آورند (۱). یکی از مداخلات کاربردی نسبتاً جدید که برای درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد، روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌باشد که از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش کیفیت و معنا در زندگی به جای آن که به طور مستقیم علائم افسردگی را هدف‌گیری نماید (۴۲). از میان درمان‌های برگرفته شده از این رویکردهای درمانی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است؛ در همین راستا؛ فریش (۱۵) تصریح می‌کند که آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از دربرگیرنده روش‌های روانشناسی مثبت‌نگر، شناخت درمانی و نظریه کیفیت زندگی است. این نظریه پنج شیوه یا الگو را برای رضایتمندی از زندگی به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد که آموزش و درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می‌شود. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود (۱۵). نظریه کیفیت زندگی بیش‌تر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت از زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد و هدف آن افزایش خود مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از افسردگی و فرسودگی. سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هفده حوزه اصلی از زندگی است که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند: ۱- اهداف و ارزش‌ها و زندگی معنوی ۲-

در جامعه امروز و با پیشرفت روز افزون علم و تکنولوژی، به نظر می‌رسد بسیاری از افراد به دلیل داشتن افکار خودآیند بدبینانه و خودانتقادی‌های دائمی، نسبت به آینده خود ناامید هستند و خطر ابتلا به بیماری‌های روانی نظیر اختلالات اضطرابی و افسردگی آن‌ها را تهدید می‌کند (۳۴). افسردگی اساسی یکی از رایج‌ترین مشکلات روانی بزرگسالان بشمار می‌رود. افسردگی، اختلالی شایع با میزان شیوع حدود ۱۵ درصد برای طول عمر می‌باشد. در زن‌ها میزان شیوع حدود ۱۰ تا ۲۵ درصد و در مردها ۵ تا ۱۲ درصد است (۷ و ۶). اهمیت پرداختن به اختلال افسردگی، به علت تأثیرات افسردگی بر وضعیت روان‌شناختی افراد می‌باشد. در افسردگی غم تمام وجود فرد را فرا گرفته است. فرد از ناامیدی به ستوه آمده، احساس بی‌ارزشی می‌کند. فعالیت‌هایی که برای او خوشایند بوده است بی‌تفاوت می‌شوند. افراد افسرده خود را از دوستان و فامیل جدا می‌کنند و به طور کلی وضعیت شغلی آن‌ها مختل می‌گردد (۴۰). از سوی دیگر، به دلیل این که تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این راه به زندگی خود خاتمه می‌دهند، پرداختن به اختلال افسردگی از اهمیتی بسزا برخوردار است (۳۱). به باور بلات دو ویژگی شخصیتی که احتمال ابتلا به افسردگی و خودکشی را بالا می‌برد، خودانتقادی و وابستگی بوده که از این میان، خودانتقادی با احساس بی‌ارزشی و گناه مشخص می‌شود (۱۳). بر اساس نظریه شناختی، افراد مستعد افسردگی خودشان را از یک دیدگاه منفی و انتقاد آمیز می‌نگرند (۴۰). جنگ و ترنر (۲۵)، نشان دادند که خودانتقادی، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود سرزنش کننده است که مانع حل مسئله سازگاران شده، به افزایش افکار منفی می‌انجامد و بهبودی افسردگی اساسی را در درمان به تأخیر می‌اندازد و دوره‌های خلق افسرده را طولانی‌تر و شدیدتر می‌کند (۳۵). خود انتقادی به بررسی مداوم و سخت خود، خودارزیابی‌های انتقادی بیش از حد از رفتار خود، ناتوانی در کسب رضایت از عملکرد موفق، دلواپسی‌های مداوم در مورد اشتباهات و واکنش‌های منفی به شکست‌های ادراک شده اشاره دارد (۳۴). خودانتقادی هم‌چنین، به عنوان ارزیابی آگاهانه از خود تعریف شده است که می‌تواند یک رفتار سالم و واکنشی باشد یا اثرات و پیامدهای منفی برای فرد داشته باشد. خودانتقادی می‌تواند مقایسه‌ای یا درونی شده باشد. اگرچه همه افراد خود انتقادی را تجربه می‌کنند، اما می‌تواند به لحاظ شکل، شدت و پیامدها در افراد متفاوت باشد (۲۶). آنان در ارزیابی کارهای خود شکست‌ها را بزرگتر و موفقیت‌های خود را ناچیز بشمار می‌آورند (۲۸). در این راستا،

عزت نفس ۳- بهداشت و سلامت جسمی؛ ۴- پول یا استانداردهای زندگی؛ ۵- کار؛ ۶- بازی و تفریح؛ ۷- یادگیری؛ ۸- خلاقیت؛ ۹- کمک؛ ۱۰- عشق؛ ۱۱- دوستان؛ ۱۲- فرزندان؛ ۱۳- اقوام و بستگان؛ ۱۴- همسر؛ ۱۵- خانه؛ ۱۶- همسایگان؛ ۱۷- جامعه (۱۵). بر اساس پژوهشی مشخص شد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند بر بازگشت پذیری بیماران دوقطبی موثر می‌باشد (۱۴). همچنین، در پژوهشی دیگر نشان داده شد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان دیالیز موثر است (۴۳). یکی از خصوصیات بارز افراد افسرده خلق پایین و نداشتن احساس خوب از خود است. نظریه کیفیت زندگی بر این فرض استوار است که مراجعانی که شادمانی خود را به بیش‌ترین حد می‌رسانند، فواید بی‌شماری را به دست می‌آورند. احساس خوب داشتن خود تقویت‌کننده است و یکی از خدمات بزرگ این درمان، ایجاد احساس خوب در افراد از راه پایین آوردن انتظارات و توقعات است. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در پیشگیری از عود نیز نقش دارد؛ درست همان‌گونه که کار روی طرحواره‌ها و نیز آموزش کنترل تفکر، امروزه در برنامه‌های پیشگیری از عود در شناخت درمانی به کار برده می‌شود (۱۲). با توجه به این اثر بخشی که در زمینه آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی گزارش شده است، ضرورت انجام پژوهشی در زمینه خود انتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی از مشکلات جدی جامعه کنونی ایران است احساس می‌شود.

یکی از آسیب‌های مهم افراد مبتلا به اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی، این است که نمی‌توانند به راحتی با خود و افراد دیگر، در حالت‌های شفقت ورزی درگیر شوند؛ در این حالت نه تنها هر نوع شفقت به خود ناممکن می‌شود، بلکه قضاوت و خودانتقادی نیز در آن‌ها تشدید می‌شود (۳۴)؛ بنابراین، یکی از درمان‌های که می‌تواند برای کاهش خود انتقادی و افزایش شفقت‌ورزی یا خود شفقت‌ورزی به کار گرفته شود، درمان مبتنی بر شفقت و خود شفقتی است (۳۰). گرلبرت<sup>۱</sup> به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه "درمان مبتنی بر شفقت" را مطرح کرد (۱۹). شفقت به خود توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی دارند، در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت گر دشواری‌هایی داشتند. نف و جرمر، شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل

<sup>۱</sup> -Gilbert

قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل همسان سازی افراطی. امروزه ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (۱۷). در همین راستا، مطالعات زیادی نشان داده اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین‌تر همراه است. به بیان دیگر، افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حالی که با خود مهربان هستند، کمتر خود را مورد انتقاد قرار می‌دهند، در برابر مشکلات‌شان مسئولیت‌پذیرتر هستند، وقایع پیش آمده را راحت‌تر می‌پذیرند در نتیجه کم‌تر افسردگی می‌گیرند (۳۴). بر اساس پژوهشی مشخص شد درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تنظیم شناختی افراد موثر است (۲). همچنین، بر اساس پژوهشی دیگر مشخص شد که درمان متمرکز بر شفقت یک مداخله گروهی موثر برای برخی از مشکلات مربوط به سلامت روان است (۸). با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع افسردگی و از آنجا که هر روز، افزایش مراجعان به کلینیک‌های مشاوره را مشاهده می‌کنیم و با توجه به اینکه مطالعات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت درمانی در داخل و خارج بیش‌تر بر روی مسائل گوناگون صورت گرفته است، کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر واقع شود بیش‌تر جلب توجه می‌کند. از آنجا که تاکنون مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خود انتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی صورت نگرفته بود بنابراین انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسید.

### مواد و روش کار

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی شهر نیشابور سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند، و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (هر گروه ۱۵ نفر)، و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در گام اول از میان کسانی که راجع به همکاری بودند و فرم رضایت شرکت در پژوهش را مطالعه و امضا کرده بودند، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس خود انتقادی گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) برای آن‌ها اجرا شده و بعد از اندازه‌گیری متغیرها، در گام بعد، آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی وارد مداخله گروهی شدند. گروه آزمایش اول درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، گروه دوم درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: گذشتن دست‌کم یک ماه از دریافت

نشانه‌های افسردگی به مراکز مشاوره روان‌شناختی شهر نیشابور مراجعه کرده بودند تکمیل شد و تعداد ۴۵ نفر از افرادی که در این پرسش‌نامه نمره بالاتر از ۱۸ کسب کرده بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس، مداخله آزمایشی شفقت درمانی طی ۸ جلسه دو ساعته برای اعضای گروه آزمایش ۱ و مداخله آزمایشی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طی ۱۰ جلسه دو ساعته برای اعضای گروه آزمایش ۲ اجرا گردید. در این مدت گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. در نهایت، پس از پایان جلسات درمانی و هم‌چنین، دو ماه بعد از آن، از هر سه گروه، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گرفته شد.

### خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر خود شفقت ورزی گیلبرت (۲۰۰۹):

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون برقراری رابطه درمانی با مراجع، تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان

جلسه دوم: آموزش تنفس آگاهانه، آموزش ذهن مشفق، تاکید بر همدلی برای درک و فهم همدلانه امور، حساسیت بیشتر در ارتباط با مسائل برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود

جلسه سوم: آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی

جلسه چهارم: کاربرد تمرین‌های "پرورش ذهن شفقت ورزی"، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت و به کارگیری این روش‌ها در جلسه پنجم.

جلسه پنجم: به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای دیگران، آموزش مهارت‌های شفقت در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از روش‌های خالی گشتالت پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار و رفتار شفقت ورز.

جلسه ششم: آموزش روش‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز

جلسه هفتم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات،

جلسه هشتم: اجرای جلسه هشتم پس‌آزمون می‌باشد.

تشخیص افسردگی اساسی، عدم مصرف داروهای روانگردان در زمان اجرای پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی، بالا بودن نمره پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس خود انتقادی، سکونت در شهر نیشابور، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی دیگر، دامنه سنی بین ۱۹ تا ۵۰ سال و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی بود. ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، ابتلا به بیماری حاد روانی یا جسمانی در زمان اجرای مداخله‌ها، داشتن هر یک از اختلال‌های بالینی، سوء مصرف مواد، تحت درمان روان‌شناختی یا دارویی هم‌زمان با پژوهش، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به صورتی که شرکت در گروه را با مشکل روبه‌رو کند.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس خود انتقادی: این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۱) تدوین شد و دارای ۲۲ آئتم است. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس خود بی‌کفایتی، بیزاری از خود و اطمینان بخشی به خود می‌باشد. بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند، تا ۴ = کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود. گیلبرگ و همکاران (۲۱) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. افزون بر این، ضرایب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی در کل نمونه ۰/۸۳ و در مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه رجیبی و همکاران (۳۹)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در کل نمونه ۰/۶۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است و ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. در این پرسش‌نامه شدت افسردگی را بر روی یک مقیاس از ۰-۳ درجه بندی می‌شود. نمره کل پرسش‌نامه دامنه ای بین ۰-۶۳ داشته و امتیاز ۰-۱۳- افسردگی جزئی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده توسط بک و همکاران (۴)، بر ویرایش دوم این پرسش‌نامه حاکی از ثبات درونی بین ۰/۹۲-۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ می‌باشد. هم‌چنین، دابسون و محمد خانی (۱۰) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و انجام هماهنگی‌های لازم، پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم توسط مراجعینی که با شکایت از

کیفیت زندگی درمانی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از ابعاد گوناگون زندگی است-

**جلسه هفتم:** ادامه آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی

درمانی.

**جلسه هشتم:** ادامه آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی

درمانی.

**جلسه نهم:** آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی در

تمامی ابعاد و بکارگیری این اصول در زندگی، جمع بندی مباحث آموزشی، اجرای پس آزمون.

**جلسه دهم:** اختتامیه و اجرای پس آزمون.

میانگین سنی آزمودنی های گروه شفقت درمانی ۳۴/۶۵

سال، میانگین سنی آزمودنی های گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی ۳۲/۷۶ سال و میانگین سنی آزمودنی های گروه شاهد، ۳۲/۱۹ سال بود. از میان آزمودنی های گروه شفقت درمانی، ۴۰ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۲۰ درصد فوق لیسانس داشتند. از میان آزمودنی های گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ۲۶/۷ درصد تحصیلات دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۳۳/۳ درصد فوق لیسانس داشتند. همچنین، ۲۶/۷ درصد از آزمودنی های گروه گواه تحصیلات دیپلم، ۴۶/۶ درصد لیسانس و ۲۶/۷ درصد فوق لیسانس داشتند. در هر دو گروه آزمایش و هم چنین، در گروه گواه، ۶۰ درصد اعضای نمونه را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می دادند.

## خلاصه جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فربش (۲۰۰۶):

**جلسه اول:** معارفه و آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر و انجام پیش آزمون.

**جلسه دوم:** آشنایی آنان با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی، مشخص کردن رضایت از زندگی هر یک از اعضاء در شانزده حیطه کیفیت زندگی.

**جلسه سوم:** معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی- کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش به منظور افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر پنج ریشه مطرح شده در کیفیت زندگی درمانی.

**جلسه چهارم:** ارائه خلاصه ای از بحث ها و قانون جلسه قبلی. نوشتن داوطلبانه افکار توسط چند نفر از اعضاء بر تابلو آموزشی جایگزین سازی افکار غیر منطقی با افکار منطقی بررسی اصول و قرصی های زیربنایی افکار، شناسایی باورهای محوری افکار غیر منطقی و به چالش کشیدن افکار غیر منطقی.

**جلسه پنجم:** مروری بر فنون و مباحث جلسه سوم و ارائه خلاصه ای از آن. تعیین اهداف واقع بینانه به عنوان سومین ریشه از پنج ریشه، کار بر روی تغییر اولویت یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در دیگر حوزه های زندگی که قبلا احساس می شده در آن رضایت پایین است.

**جلسه ششم:** آموزشی اصول کیفیت زندگی درمانی، آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تاکید بر این امر که

## یافته ها

### ۱- میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مولفه های خودانتقادی و افسردگی

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
SD	M	SD	M	SD	M		
۲/۵۸	۹/۷۳	۲/۵۸	۱۰/۸۶	۲/۷۲	۱۱	کنترل	خود بی کفایت پنداری
۲/۵۵	۸/۵۳	۲/۲۳	۶	۲/۴۱	۱۰/۵۳	شفقت درمانی	
۲/۷۳	۸/۷۳	۲/۶۵	۹/۰۶	۲/۴۹	۱۰/۹۳	کیفیت زندگی	خود بیزاری
۲/۲۲	۷/۴۰	۲/۰۹	۷/۴۰	۲/۰۲	۸/۴۰	کنترل	
۱/۹۵	۶/۵۳	۱/۵۳	۶/۹۳	۲/۵۵	۸/۵۳	شفقت درمانی	کیفیت زندگی
۲/۳۹	۶/۲۰	۲/۳۹	۸	۲/۷۳	۸/۷۳	کنترل	
۴/۴۱	۱۹/۲۰	۴/۴۶	۱۹/۳۳	۵/۹۱	۲۰/۲۰	کنترل	عدم خود

مولفه های خودانتقادی



پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		گروه	متغیر
SD	M	SD	M	SD	M		
۲/۸۶	۲۰/۲۶	۳/۲۷	۱۱/۴۶	۱۰/۸۰	۳/۱۸	شفقت درمانی	اطمینان بخشی
۳/۶۹	۲۰/۶۰	۳/۳۹	۱۵/۲۶	۱۴/۸۶	۲/۹۴	کیفیت زندگی	
۳/۳۲	۳۷/۲۰	۲/۸۹	۳۸/۰۶	۳۷/۵۳	۳/۴۴	کنترل	
۲/۸۵	۳۶/۱۳	۳/۶۸	۲۹/۴۶	۲۸/۵۳	۳/۴۴	شفقت درمانی	افسردگی
۲/۷۱	۳۶/۰۶	۲/۷۶	۲۹/۳۳	۳۲/۲۰	۳/۴۲	کیفیت زندگی	

میانگین در مرحله پس آزمون کاهش یافته است. لذا خودانتقادگری و افسردگی در گروه آزمایش که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را دریافت نموده‌اند اختلافی قابل توجه با پیش‌آزمون گروه آزمایش دوم داشته است و این‌گونه استنباط می‌شود که اختلاف گروه آزمایش مذکور و گروه کنترل محسوس می‌باشد.

باتوجه به این‌که آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ( $F(۲,۴۲) = ۱/۳۶۳$  و  $P=۰/۲۲۶$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که هر دو نوع درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث بهبود افسردگی و خودانتقادی می‌شود؛ در حقیقت میانگین خود بی‌کفایت‌پنداری، خود بی‌زاری و عدم خود اطمینان بخشی در گروه آزمایش (۱) متناظر با شفقت درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. همچنین، میانگین افسردگی در گروه آزمایش (۱) متناظر با شفقت درمانی در مرحله پس آزمون کاهش یافته است. بنابراین، اثربخشی شفقت‌درمانی بر خودانتقادگری و افسردگی افراد مبتلا به افسردگی اساسی به صورت مشهود است. میانگین در گروه آزمایش (۲) متناظر با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در خود بی‌کفایت‌پنداری، خود بی‌زاری و عدم خود اطمینان بخشی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است و در معیار افسردگی نیز

## ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون مولفه‌های خود انتقادی و افسردگی دو گروه درمانی و گروه کنترل

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری	ضریب ایما
اثر پیلائی	۱/۰۰۸	۸	۷۲	۹/۱۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰۴
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۷	۸	۷۰	۱۶/۸۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۸
اثر هتلینگ	۶/۴۸۸	۸	۶۸	۲۷/۵۷۲	۰/۰۰۰	۰/۷۶۴
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۶/۳۱۹	۴	۳۶	۵۶/۸۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۳

بی‌زاری ( $F(۲,۴۲) = ۰/۳۹۴$  و  $P=۰/۶۶۷$ )، عدم خود اطمینان-بخشی ( $F(۲,۴۲) = ۱/۷۷۷$  و  $P=۰/۱۸۲$ )، و افسردگی ( $F(۲,۴۲) = ۱/۰۰۳$ ) ( $F(۲,۴۲) = ۰/۳۳۱$  و  $P=۰/۳۳۱$ ) می‌باشد و به این معنی است اجرای ادامه آزمون بلامانع است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر وابسته ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلائی =  $۱/۰۰۸$ ،  $F(۸,۷۲) = ۹/۱۴۴$ ). بر اساس آزمون لون که برابری واریانس‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد، نمرات F پس‌آزمون متغیرهای خود بی‌کفایت‌پنداری ( $F(۲,۴۲) = ۱/۱۳۴$  و  $P=۰/۳۳۱$ )، خود



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

### ۳- نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

شاخص آماری متغیر	مجموعه مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار معناداری	ضریب ایتم
خودبی کفایت پنداری	۹۲۳/۱۲	۲	۶/۴۶۱	۵/۶۳۹	۰/۰۰۳	۰/۲۵۹
خودبیزاری	۷۶۰/۲۲	۲	۱۱/۳۸۰	۱۱/۶۳۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹۵
عدم خود اطمینان بخشی	۶۴۷/۳۰۲	۲	۱۵۱/۳۲۳	۳۴/۸۴۱	۰/۰۰۰	۰/۶۴۷
افسردگی	۵۸۸/۲۷۶	۲	۱۳۸/۲۹۴	۶۶/۴۸۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۸

متغیرهای خود بی‌کفایت‌پنداری، خودبیزاری، عدم خود اطمینان-بخشی و افسردگی، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر می‌باشد.

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). با توجه به شاخص‌های توصیفی موجود در جدول ۱ این تفاوت به‌گونه‌ای است که در

### ۴- میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی نمرات پس‌آزمون مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی

متغیر	گروه کیفیت زندگی ( $n=15$ )	گروه شفقت ( $n=15$ )	گروه کنترل ( $n=15$ )
خودبی کفایت پنداری	۸/۹۵۳	۷/۹۳۴	۹/۰۴۷
خودبیزاری	۷/۸۹۸	۶/۵۵۵	۷/۸۸۰
عدم خود اطمینان بخشی	۱۵/۰۹۳	۱۱/۵۳۰	۱۹/۴۴۴
افسردگی	۳۲/۵۷۳	۲۸/۹۸۸	۳۶/۵۷۲

باتوجه به اینکه آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ( $F(2,42) = 1/458$  و  $P=0/238$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای قسمت دوم مطالعه نیز بلامانع است.

جدول ۴ میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای خود بی‌کفایت‌پنداری، خودبیزاری، عدم خود اطمینان بخشی و افسردگی نشان می‌دهد. در مجموع نتایج فوق بیانگر آن است که هر دو گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی مؤثر است.

### ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه نمرات پیگیری مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی دو گروه درمانی و گروه کنترل

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری	ضریب ایتم
اثر پیلایی	۱/۲۸۶	۱۰	۷۰	۱۲/۶۲۰	۰/۰۰۰	۰/۶۴۳
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۱	۱۰	۶۸	۱۸/۷۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۳۳
اثر هتلینگ	۸/۰۳۷	۱۰	۶۶	۲۶/۵۲۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۷/۳۵۳	۵	۳۵	۵۱/۴۷۳	۰/۰۰۰	۰/۸۸۰

متغیرهای خودبی‌کفایت‌پنداری ( $F(2,42) = 1/341$ ) و خود‌بیزاری ( $F(2,42) = 1/426$ ) ( $P = 0/252$ )، عدم‌خوداطمینان‌بخشی ( $F(2,42) = 1/345$ ) ( $P = 0/271$ ) و افسردگی ( $F(2,42) = 0/876$ ) ( $P = 0/424$ ) می‌باشد و به این معنی است اجرای ادامه‌آزمون بلامانع است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر وابسته ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد (اثر پیلاپی =  $1/286$ ،  $F(10,70) = 12/620$ ). بر اساس آزمون لون که برابری واریانس‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد، نمرات  $F$  پس‌آزمون

### ۶- نتایج آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی‌ها جهت مقایسه مولفه‌های خودانتقادی افسردگی در دو گروه آزمایش و

#### گروه کنترل

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	ضریب ایتا
خودبی‌کفایت‌پنداری	7/923	2	3/961	2/271	0/117	0/107
خود‌بیزاری	12/760	2	6/380	6/639	0/003	0/259
عدم‌خوداطمینان‌بخشی	3/78	2	185/189	39/815	0/000	0/677
افسردگی	554	2	145/777	73/981	0/000	0/796
	291					

این تفاوت به‌گونه‌ای است که در کلیه متغیر، میانگین نمرات پیگیری گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر می‌باشد.

نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی‌ها در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های سه گروه در تمام متغیرها به غیر از متغیر خودبی‌کفایت‌پنداری، تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). با توجه به شاخص‌های توصیفی موجود در جدول ۱

### ۷- میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات پیگیری مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی

متغیر	گروه کیفیت زندگی ( $n=15$ )	گروه شفقت ( $n=15$ )	میانگین	گروه کنترل ( $n=15$ )
خودبی‌کفایت‌پنداری	8/051	7/521		8/741
خود‌بیزاری	6/842	6/020		7/891
عدم‌خوداطمینان‌بخشی	14/697	10/704		19/465
افسردگی	32/268	28/783		36/549

جدول ۷ میانگین تعدیل‌شده نمرات پیگیری آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی نشان می‌دهد؛ به این معنا که هر دو درمان مبتنی بر شفقت درمانی و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش مولفه‌های خودانتقادی و افسردگی مؤثر است.

شفقت درمانی نسبت به آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بهبود معناداری داشته است. بنابراین اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش این مسائل روانشناختی، بیش‌تر از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پیرسی و ریچاردسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، وادس ورث و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، گنزالز-هرناندز و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)، هریس<sup>۴</sup> (۲۰۱۹)، احمد پور دیزجی، زهراکار

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودانتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو نوع روش شفقت درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش خودانتقادی و افسردگی مؤثر بوده است. هم‌چنین، نمرات خودانتقادی و افسردگی در آزمودنی‌های گروه

<sup>1</sup> - Percy, & Richardson,

<sup>2</sup> -Wadsworth, et al.

<sup>3</sup> -Gonzalez-Hernandez, et al.

<sup>4</sup> -Harris

و کیا منش (۲۰۱۷) و الاین و هالینز<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، همسویی و همخوانی دارد.

در تبیین نتایج بالا می‌توان گفت، مدل شفقت درمانی در رابطه با تأثیرات خودشفقتی بر خودانتقادی و شکل‌گیری دیگر علائم آسیب‌شناسانه می‌دهد، مداخله شفقت درمانی برای از بین بردن نشانگان بالینی و خودانتقادی، سعی در تغییر نحوه برخورد افراد با هیجانات و افکارشان دارد (۳). مهم‌ترین گام در تغییر نحوه برخورد ناکارآمد افراد با هیجانات و افکار خودآیند، آموزش نحوه برخورد فرد به خودش می‌باشد. بررسی مولفه‌های خود شفقت‌ورزی نشان می‌دهد که مهربانی با خود شامل ملایمت، حمایت‌کننده بودن، گرمی، پذیرش غیرمشروط و فهم خود نقطه مقابل قضاوت و خودانتقادی‌های سختگیرانه برای نقایص بوده که در این درمان جایگزین آن می‌شود (۳۳). به بیان دقیق‌تر، در این درمان افراد می‌آموزند که با خود مهربان بوده و در همه جنبه‌های خود از جمله اعمال، احساس‌ها، افکار و تکان‌ها بخشنده، همدل، حساس گرم و صبور باشند. پذیرش این‌که همه انسان‌ها شکست می‌خورند، اشتباه می‌کنند، کامل نیستند و زندگی ناقصی دارند، بینشی است که درمانجویان در این درمان آن را درک و تمرین می‌کنند (۳۴). افزایش این نوع پذیرش و شفقت باعث می‌شود که فرد ضعف، شکست و مشکلات گذشته و حالش را بپذیرد، تلاشش را برای تغییر و جبران ضعف‌هایش بالا ببرد که خود منجر به کاهش افکار خودآیند انتقادگرایانه آن‌ها می‌شود (۵). در نهایت، افرادی که با شفقت بیشتری نسبت به خود و دیگران رفتار می‌کنند نسبت به موقعیت گشودگی بیشتری داشته و به گونه‌ای اغراق‌آمیز درگیر جنبه‌های منفی خود یا تجربه زندگی خود نمی‌شوند (۳۳). به بیان دیگر، به نشخوار کردن در مورد جنبه‌های منفی خود و زندگی خود نمی‌پردازند (۳۴). پس از آن‌که بیمار از عواقب منفی این الگوی نامناسب برخورد با رخداد‌های درونی آگاه شد، ترغیب می‌شود تا الگوی نوینی را که درمانگر در اختیار او قرار می‌دهد، به کار برد. به بیان دقیق‌تر، در این درمان 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 مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش دلسوزانه‌ای به خود داشته باشند (۱۸). در درمان متمرکز بر شفقت تأکید بر تجربه ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است که این پذیرش از افکار تکرارشونده خودانتقادگر کم کرده که این به نوبه خود کاهش نشانگان بالینی منجر می‌شود.

آنچه پیش‌تر گفته شده در صورتی حاصل می‌شود که افراد دامنه‌ای از راهبردهای مناسب را در اختیار داشته باشند تا بتوانند از آن‌ها برای مقابله با تجارب ناراحت‌کننده و ناخواسته به جای راهبردهای همیشگی استفاده کنند. این درمان، تمرین‌هایی در جهت کاهش آشفتگی هیجانی تجربه شده در زمان حال و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند، دارد که اینها به نوبه خود، باعث مجهز و تواناتر شدن فرد در مواجهه با افکار خودآیند خود انتقادگرایانه می‌شوند (۲۰)؛ روش‌های گوناگون این مدل درمانی برای درونی سازی شفقت به خود شامل، تصویرسازی، نوشتن نامه شفقت‌گونه به خود و یادگیری دانش روان‌شناختی شفقت به خود است (۳۶). افزون بر این، در تمرین‌های شفقت‌ورزی بر تن آرامی، ذهن آرام و شفقت ورز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی نقش بسیاری دارد (۳۳). بنابراین، فرد قادر می‌شود ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی به نوبه خود باعث می‌شود چرخه افکار خودآیند ناشی از افسردگی ایجاد نشده و تبدیل به خود انتقادی نشوند (۲۰).

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش حاکی از این بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث کاهش خودانتقادی و میزان افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی باشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های اکسو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، جان<sup>۳</sup> (۲۰۱۶)، رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی (۲۰۱۶)، سلطان نژاد (۲۰۱۸)، فرید حسینی و همکاران (۲۰۱۷)، هم‌سویی و هم‌خوانی دارد.

در تبیین نتایج بالا می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث بهبود کیفیت زندگی به طور کلی می‌شود. همانطور که پیش‌تر بیان شد، افراد افسرده و مضطرب رضایت‌مندی کمتری از زندگی دارند. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از رضایت‌مندی که قابل تغییر است، تقویت کنند به گونه‌ای که به شادکامی و موفقیت بیشتر دست یابند (۱۶). در همین راستا، پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر، درباره روش‌هایی است که عنوان می‌کند تغییرات محیطی، شناختی و رفتاری همچون بهبود شرایط عینی حوزه‌های گوناگون زندگی، تغییر در ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص، کنترل افکار غیرمنطقی،

<sup>۲</sup> -Xu, et al.

<sup>۳</sup> - Jang.

<sup>۱</sup> - Elaine, & Hollins,

بررسی ابعاد گوناگون زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیشرو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود افراد افسرده می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که افراد تحمل و تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند (۴۴). احتمالاً اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش خودانتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی اساسی شرکت کننده در جلسات نیز به خاطر متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش در محیط زندگی به واسطه کاهش عوامل استرس‌زا، افزایش آگاهی درونی به واسطه فنون آرام سازی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربه افکار و هیجانات ناخوشایند، افزایش رضایت از زندگی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی که از دلایل اصلی بروز علائم آسیب شناسی روانی هستند، می‌باشد. همچنین، به نظر می‌رسد از آنجا که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در حقیقت ترکیب درمان شناختی رفتاری و روان شناسی مثبت است؛ تمرین‌هایی برای بهبود ادراک و تفسیر افراد از جنبه‌های گوناگون زندگی شان و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثرات مفیدی می‌گذارد که منجر به کاهش خودانتقادی و علائم آسیب شناسی روانی می‌شود (۳۸). از این‌رو، برتری آموزش شفقت درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش خودانتقادی و افسردگی مبتلایان به افسردگی قابل تبیین است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان مدت زمان کوتاه اجرا پژوهش، دشواری در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر بجز جامعه آماری، اثر اجرای مکرر آزمون‌ها، عدم انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و ... اشاره کرد. بنابراین، توصیه می‌شود این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر در جوامع گوناگون با فرهنگ‌های متفاوت تر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود، با توجه به این که اثر آموزش‌ها و روش‌های آموزشی برای پاسخ‌دهی به زمان بیشتری نیاز دارند، به نظر می‌رسد که نتایج باید با احتیاط بیشتری تفسیر شوند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سطوح شناختی گوناگون به صورت مستقل مورد توجه قرار گیرند و طرح‌های پژوهشی مناسبی در این زمینه طرح‌ریزی گردد. توصیه می‌شود دوره آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و شفقت‌ورزی را به صورت برنامه ریزی شده در تمامی اختلالات اجرایی کنند. توصیه می‌شود کتابچه طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی را در بین خانواده‌ها انتشار دهند.

### نتیجه گیری

کاهش برانگیختگی، افزایش رضایت فرد از زندگی و آموزش روش‌های مبتنی بر آرام سازی و مهارت‌های حل مسأله، می‌تواند به افراد برای بهبود کیفیت زندگی کمک کند (۱۶).

بر اساس نظریه دینر<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، عواطف و هیجانات و قضاوت‌های مربوط به رضایت‌مندی جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. درحالی که عواطف مثبت و خوشایند از درک و شناخت این نکته حاصل می‌شود که فرد به نیازها، اهداف و آرزوهای خود رسیده و آن‌ها را محقق ساخته است. عواطف و هیجانات منفی موانع یا رکودها را در تحقق حیطه‌های ارزشمند زندگی نشان می‌دهد. بنابراین درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تمرکز بر شناخت‌های افراد که یکی از مولفه‌های مهم در درمان اضطراب و افسردگی می‌باشد، آزمودنی‌ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت و مرتبط با فضاهای گوناگون بنگرند. به این ترتیب، فرد قادر خواهد بود به تعریف بهتری از خود دست یابد و مشکل به عنوان یک تجربه فراگیر تلقی شده و با روش مناسبی به حل آن بپردازد (۹). درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با ایجاد تغییرات شناختی- رفتاری در پنج حوزه اصلی (شرایط زندگی، نگرش‌ها، معیارهای خرسندی، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی) انجام می‌شود. در رویکرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد آموزش داده می‌شود که زندگی از ابعاد متفاوتی تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند، باید به ابعاد دیگر توجه کنند، یعنی به جای اینکه فرد بر بعد ناراضی خود تمرکز کرده و به نشخوار فکری درباره آن بپردازد که منجر به افکارخودآیند و انتقادگری شود، از راه آموزش اصل غنای درونی به همراه تکالیف خاص آن می‌آموزند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و بالا بردن کیفیت روابط بین فردی برنامه‌ریزی کنند (۲). این درمان از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و چگونگی مقابله با آن‌ها، و برنامه‌هایی شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال- پرداززی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش کاهش هیجانات منفی و افکار خودآیند منفی می‌شود که آن به نوبه خود اثرات درمانی بر اختلال افسردگی دارد (۲۷).

از دلایل دیگر تبیین یافته‌های این مطالعه این است که چون در روش درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی به

<sup>۱</sup> -Diener,

این مطالعه حاصل پژوهش مصوب با کد اخلاقی IR.IAU. MSHD.REC.1399.119 در شهر نیشابور می‌باشد و مشتق از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور است که بدین وسیله از تمامی افرادی که در این طرح مشارکت داشتند سپاسگزاری می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد. همچنین، مقاله از حمایت مالی برخوردار نبود.

## References

- 1- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (7), 605-13.
- 2- Ahmad Poor Yazji, J., Zaharakar, K., & Kiamensh, A. (2017). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Well-Being Therapy on the Psychological Capital of Female Students with Emotional Failure. *Women and Culture Research*, 8 (21), 7-31.
- 3- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- 4- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.
- 5- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- 6- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260, 45-52.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر یک از رویکردهای شفقت درمانی و درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌توانند بر بهبود افسردگی و خود انتقادی موثر باشند. از اینرو، مقایسه اثربخشی این رویکردها در حوزه خود انتقادی و مبتلایان به افسردگی اساسی از نوآوری‌های این پژوهش می‌باشد.

## تقدیر و تشکر

- 7- Chukhraev, N., Vladimirov, A., Zukow, W., Chukhraiyeve, O., & Levkovskaya, V. (2017). Combined physiotherapy of anxiety and depression disorders in dorsopathy patients. *Journal of Physical Education and Sport*, 17(1), 414.
- 8- Cuppage, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240-254.
- 9- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of happiness studies*, 7(4), 397-404.
- 10- Dobson, K. S., & Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric properties of the BDI-II in a sample of patients with major depression disorder. *J Rehabilitation*, 8(2), 80-6.
- 11- Elaine, B. C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- 12- Emami, Z., Kajbaf, M. (2015). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(2), 89-102.
- 13- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive

- disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(8), 783-794.
- 14- Faridhosseini, F., Baniasadi, M., Bordbar, M. R. F., Pourgholami, M., Ahrari, S., & Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of psychoeducational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 12(1), 21.
- 15- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- 16- Frisch, M. B. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193-227.
- 17- Gilbert, P. (2009). The compassionate mind: A new approach to life challenge. London: Constable and The development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19, 3-13.
- 18- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 97-201.
- 19- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*, 53(1): 6-41
- 20- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108-114.
- 21- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.
- 22- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
- 23- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- 24- Jang, H. J. (2016). Comparative study of health promoting lifestyle profiles and subjective happiness in nursing and non-nursing students. *Adv Sci Technology Letter*, 128(7), 78-82.
- 25- Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 453.
- 26- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166-178.
- 27- Kennard, E. J., Lieberman, J., Saaid, A., & Rolfe, K. J. (2015). A preliminary comparison of laryngeal manipulation and postural treatment on voice quality in a prospective randomized crossover study. *Journal of Voice*, 29(6), 751-754.
- 28- Khandaker, G. M., Zuber, V., Rees, J. M., Carvalho, L., Mason, A. M., Foley, C. N., & Burgess, S. (2020). Shared mechanisms between coronary heart disease and depression: findings from a large UK general population-based cohort. *Molecular psychiatry*, 25(7), 1477-1486.
- 29- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2020). A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Compassion-Related Interventions for Individuals with Chronic Physical Health Conditions. *Behavior Therapy*.
- 30- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- 31- Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature reviews immunology*, 16(1), 22.



- 32- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness, 11*(1), 51-62.
- 33- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology, 69*(1), 28-44.
- 34- Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2020). Self-Compassion Scale (SCS).
- 35- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological. *The Oxford handbook of compassion science, 371*.
- 36- Noorbala, F., Borjali, A., & Noorbala, A. (2013). The interaction effect between " self-Compassion" and " Rumination" of depressed patients in " Compassion Focused Therapy", *Daneshvar Medicine, 20*(104), 77-84.
- 37- Percy, M., & Richardson, C. (2018). Introducing nursing practice to student nurses: How can we promote care compassion and empathy. *Nurse education in practice, 29*, 200-205.
- 38- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological bulletin, 141*(3), 655.
- 39- Rajabi, G., Malik Mohammadi, F., Amanallahifar, A., & Sudani, M. (2015). Self-criticism, internal religious orientation, depression, and feeling of loneliness with mediation of silencing the self among students involved in romantic relationships: A path analysis model. *Journal of fundamentals of mental health, 17*(6), 284-291.
- 40- Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology, 45*(1), 74-89.
- 41- Rostami, M., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2016). The effectiveness of quality-based treatment on the quality of life of incompatible couples. *Journal of Scientific Researchers. 15* (1). 19-27.
- 42- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford review of education, 35*(3), 293-311.
- 43- Soltannejad, S. (2013). The efficacy of quality of life training on Self-efficacy in patient under hemodialysis treatment. *Med Surg Nurs J, 2*(1-2), e87593.
- 44- Toghiani, M. (2011). The Effectiveness of Quality of Life Therapy on mental health, vitality and mental wellbeing of adolescent boys. *Master's thesis of clinical psychology: Isfahan University*.
- 45- Wadsworth, L. P., Forgeard, M., Hsu, K. J., Kertz, S., Treadway, M., & Björgvinsson, T. (2018). Examining the role of repetitive negative thinking in relations between positive and negative aspects of self-compassion and symptom improvement during intensive treatment. *Cognitive Therapy and Research, 42*(3), 236-249.
- 46- Xu, S., Zhang, Z., Wang, A., Zhu, J., Tang, H., & Zhu, X. (2018). Effect of self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. *Gastroenterology Nursing, 41*(4), 341.