



## The Mediating Role of Self-Criticism and Self-Compassion in the Relationship between Adverse Childhood Experiences and Students' Depression

Issa Hekmati <sup>1</sup>; Asra Karimi \*<sup>2</sup>

### Abstract

The current study aimed to explore the mediating role of self-criticism and self-compassion in the relationship between adverse child experiences (ACEs) and students' depression among university students. To this end, 324 students from the University of Maragheh city, Iran, were selected by volunteer sampling in 2021-2022 as a cross-sectional study. Participants completed the adverse childhood experience questionnaire, levels of self-criticism scale, self-compassion scale, and Beck Depression inventory-second edition. The Pearson correlation coefficient and multiple mediation analysis were utilized to analyze data. Results showed that ACEs was positively correlated with self-criticism, negatively with positive and positively negative dimensions of self-compassion, and positive correlation with depression. Moreover, self-criticism showed a positive correlation with depression; positive and negative dimensions of self-compassion indicated respectively a negative and positive correlation with depression. The mediation analysis revealed levels of self-criticism and self-compassion dimensions, except mindfulness, partially mediated the relationship between ACEs and depression. The findings suggest ACEs are not only a direct risk factor for depression, but also exacerbate depression by increasing self-criticism and negative dimensions of self-compassion such as self-judgment, isolation and over identification as well as decreasing positive dimensions of self-compassion such as self-kindness and common humanity.

**Keywords:** Adverse childhood experiences, depression, self-compassion, self-criticism

<sup>1</sup> Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Human science, University of Maragheh, Maragheh, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: M.A. student in Clinical psychology, Psychology Department, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. [asrakarimi79@gmail.com](mailto:asrakarimi79@gmail.com)

## نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با

### افسردگی در بین دانشجویان

عیسی حکمتی<sup>۱</sup>، اسرا کریمی<sup>۲\*</sup>

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی بود. در قالب یک طرح توصیفی-همبستگی، ۳۲۴ نفر از دانشجویان دانشگاه مراغه در سال تحصیلی ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات، شرکت‌کنندگان پرسشنامه تجارب ناگوار کودکی، مقیاس سطوح خودسرزنشگری، مقیاس خودشفقتی و مقیاس افسردگی بک را تکمیل کردند. برای تحلیل آماری داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل میانجی چندگانه استفاده شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که تجارب ناگوار کودکی با سطوح خودسرزنشگری همبستگی مثبت، با ابعاد مثبت و منفی خودشفقتی به ترتیب همبستگی منفی و مثبت و با افسردگی همبستگی مثبت داشت. همچنین خودسرزنشگری با افسردگی همبستگی مثبت و ابعاد مثبت و منفی خودشفقتی با افسردگی به ترتیب همبستگی منفی و مثبت دارد. نتایج تحلیل میانجی نشان داد سطوح خودسرزنشگری و ابعاد خودشفقتی، به استثنای ذهن آگاهی، ارتباط بین تجارب ناگوار کودکی و افسردگی را به صورت جزئی میانجی‌گری می‌کنند. این یافته‌ها حاکی از این هستند که تجارب ناگوار کودکی گرچه مستقیماً عامل خطری برای افسردگی هستند، اما همچنین منجر به افزایش خودسرزنشگری و نیز سه بعد منفی خودشفقتی مانند خودقضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی شده و برعکس منجر به کاهش دو بعد مثبت خودشفقتی مانند مهربانی با خود و انسانیت مشترک شده و آنها نیز به نوبه خود منجر به افزایش افسردگی می‌شوند.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، تجارب ناگوار کودکی، خودسرزنشگری، خودشفقتی

۱. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. پست الکترونیکی

[asrakarimi79@gmail.com](mailto:asrakarimi79@gmail.com)

## مقدمه

امروزه افسردگی<sup>۱</sup> از جمله مهم‌ترین اولویت‌های بهداشتی و نگرانی عمده بهداشت عمومی در سطح جهانی است (لیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در بروز آن عوامل مختلف زیستی، روانی و اجتماعی نقش داشته و موجب تغییر در فعالیت حرفه‌ای، زندگی شخصی و روابط اجتماعی فرد می‌شود (گلستانی فر و دشت‌بزرگی، ۱۴۰۰؛ کرینگ و جانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲). افسردگی با علائمی مانند خلق پایین، کاهش علاقه و لذت، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، پرتحرکی یا کم‌تحرکی روانی-حرکتی، کمبود انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بی‌دلیل، اشکال در تصمیم‌گیری و فکر خودکشی یا مرگ همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). سازمان جهانی بهداشت<sup>۵</sup> (۲۰۲۴) شیوع آن را در جمعیت کلی ۵ درصد گزارش کرده که شیوع آن در زنان، دو برابر بیشتر از مردان است؛ بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در ایران بین دانشجویان (۱۵/۲ درصد) بالا بوده و تأثیرات مخربی بر روند و عملکرد تحصیلی دارد (اصفهانی و همکاران، ۱۴۰۳).

تجارب ناگوار دوران کودکی<sup>۶</sup> یکی از عوامل دخیل در افسردگی است (کینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱؛ گیانو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). تجارب ناگوار دوران کودکی نشانگر نقض شدید احساس امنیت و بهزیستی کودکان در ۱۸ سال اول زندگی بوده و شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی و عاطفی، غفلت جسمانی، آموزشی و عاطفی و کژکاری خانوادگی است (وارمینگهام<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). سوءاستفاده جسمی به معنی تنبیه شدید بدنی یا درد کشیدن طاقت‌فرسای کودک و نوجوان در اثر آن، سوءاستفاده جنسی شامل هر نوع تماس و بهره‌برداری جنسی برای کسب لذت از کودک و نوجوان، سوءاستفاده عاطفی به معنی رفتارهای آزارنده کلامی و غیرکلامی مانند تحقیر، تمسخر، طرد، تنبیه و تمامی رفتارهایی است که عزت نفس و رشد عاطفی کودک را مختل می‌کنند؛ غفلت جسمانی به معنی چشم‌پوشی از نیازهای اولیه و اساسی کودک اعم از غذا، پوشاک و بهداشت، آموزش و هر نوع رفتار ضروری برای رشد و نمو وی؛ غفلت آموزشی به معنی اجازه‌دادن به کودک برای گریز از مدرسه به صورت مداوم و ناتوانی از ثبت‌نام در مدرسه؛ غفلت عاطفی مواردی مانند عدم تأمین عاطفی، اجازه به کودک برای مصرف مواد و الکل و عدم مراقبت روان‌شناختی از کودک را شامل می‌شود، و کژکاری خانوادگی مواردی همچون خشونت، مرگ یا طلاق والدین، مصرف مواد مخدر در خانواده، بیماری روانی اعضای خانواده، دعوا در خانه یا با همسایگان و زندانی شدن اعضای خانواده را در بر می‌گیرد (لیپارد و نمروف<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۴)، یک چهارم از بزرگسالان در جهان دچار تجارب ناگوار دوران کودکی شده‌اند که از این تعداد ۱ نفر از هر ۵ زن و ۱ نفر از هر ۱۳ مرد، این تجربه را گزارش کرده‌اند. پژوهش‌ها نیز از نقش تجارب ناگوار دوران کودکی در ظهور و تداوم افسردگی حمایت می‌کنند؛ این افراد زودتر به افسردگی مبتلا می‌شوند و

1. Depression

2. Liu

3. Kring & Johnson

4. American Psychological Association (APA)

5. World Health Organization (WHO)

6. Adverse Childhood Experiences (ACEs)

7. King

8. Giano

9. Warmingham

10. Lippard & Nemeroff

درمان آنها دشوارتر است (الرفای و الیزال<sup>۱</sup>، ۲۰۲۴؛ تائو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ هو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ لمون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مکانیسم‌های بالقوه همراه با تجارب ناگوار دوران کودکی، خودسرزنشگری<sup>۵</sup> شناسایی شده و پژوهش‌های مختلف حاکی از رابطه تجارب ناگوار دوران کودکی با افسردگی در سنین بالاتر بوده است (بیرنی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ مومنه<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ کینگ، ۲۰۲۱). بیرنی و همکاران (۲۰۲۵) نتیجه‌گیری کردند افرادی که در دوران کودکی مورد انتقاد افراطی یا نوعی سوءاستفاده عاطفی قرار می‌گیرند، در طول زمان دیدگاه انتقادی نسبت به خود را درونی کرده که در نهایت ممکن است در انواع نگرش‌ها و رفتارهای ناکارآمد در بزرگسالی همچون خود را افرادی بی‌ارزش بدانند که لایق محبت، درک و همدلی نیستند، بروز یابد. خودسرزنشگری را می‌توان به صورت یک سبک پاسخ به شکست ادراک شده در نظر گرفت که شامل خود قضاوتی و خود ارزیابی منفی است (گیلبرت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). مطابق نظر تامپسون و زوروف<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) خودسرزنشگری دارای دو طیف خودسرزنشگری مقایسه‌ای<sup>۱۰</sup> (CSC) و درونی<sup>۱۱</sup> (ISC) است؛ خودسرزنشگری مقایسه‌ای متکی بر استانداردهای بیرونی و مقایسه نامطلوب خود با دیگران به صورت برتر دیدن دیگران، خصومت و انتقاد نسبت به آنها و احساس ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران است. خودسرزنشگری درونی شامل نگرش منفی افراد به خود در مقایسه با استانداردهای درونی را نشان می‌دهد. این افراد، انتظارات زیادی از خود دارند، و تمرکز آنها بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خودش می‌باشد و در صورت عدم دسترسی به اهداف کمال‌گرایانه، خود را به شدت سرزنش کرده، اشتباهاتش را غیر قابل قبول می‌دانند و احساس تنزل شایستگی در آنها مشاهده می‌شود (آریازنگنه و همکاران، ۲۰۲۲؛ بیرنی و ساتیجی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۴). خودسرزنشگری عامل مخربی در اختلالات روانی و روابط بین‌فردی است و مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش خطر تجربه افسردگی به صورت مزمن و مکرر رابطه دارد (کلمن<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ کیم<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۴؛ لوی بلز و بلانک<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۳). پژوهش در زمینه نقش میانجی خودسرزنشگری در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی (مثل لمان و ارجندی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۳) نشان داد که خودسرزنشگری به طور قابل توجهی در افزایش سطح افسردگی در افراد دارای تجربیات ناگوار دوران کودکی نقش داشته است. بدین معنا که تجارب ناگوار دوران کودکی ممکن است منجر به نگرش منفی انتقادی و افزایش نارضایتی افراد نسبت به خود شده و زمانی که با بازخوردهای منفی روبه‌رو می‌شوند، احساس خودارزشمندی‌شان تهدید شده و هیجان‌های منفی مانند

1. Elrefaay & Elyzal

2. Tao

3. Hou

4. Lemon

5. Self-Criticism

6. Birni

7. Momeñe

8. Gilbert

9. Thampson & Zuroff

10. comparative self-criticism

11. Internalized self-criticism

12. Satıcı

13. Colman

14. Kim

15. Levi-Belz & Blank

16. Michl

۱۱۴ ..... نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی ...

افسردگی را تجربه می‌کنند؛ همچنین با پیشرفت افسردگی، افزایش افکار خودآیند منفی به شکل‌گیری دور باطل کمک کرده و در نتیجه افزایش افکار منفی، افسردگی بیشتری تجربه می‌شود.

عامل دیگری که می‌تواند در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی نقش داشته باشد، خودشفقتی<sup>۱</sup> است. خودشفقتی به تأثیر گرفتن و پذیرا بودن رنج خویش و رهاسازی خود از این درد بواسطه محبت و عشق به خود است (نف<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳). خودشفقتی بر روی یک طیف قرار داشته و شامل سه مؤلفه دو قطبی: مهربانی با خود<sup>۳</sup> در برابر خود قضاوتی<sup>۴</sup> (پذیرش خود به‌جای قضاوت یا سرزنش و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، انسانیت مشترک<sup>۵</sup> در مقابل انزوا<sup>۶</sup> (تأیید اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و شکست می‌خورند یا دچار اشتباه می‌شوند) و ذهن‌آگاهی<sup>۷</sup> در مقابل همانندسازی افراطی<sup>۸</sup> (آگاهی متعادل در لحظه حال نسبت به تجارب منفی خود که باعث می‌شود که جنبه‌های دردناک یک تجربه نه سرکوب شوند و نه مبالغه‌آمیز نمایان شوند) است (نف، ۲۰۰۳). مطابق مطالعات، خودشفقتی به‌طور منفی و معناداری نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای سطح بالاتر خودشفقتی، افسردگی و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و در زندگی از رضایت بیشتری برخوردارند (روزنباوم<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ تائو و همکاران، ۲۰۲۱؛ هوگز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از دیگر سو، قطب مثبت خودشفقتی با شادکامی، خوش‌بینی، گشودگی به تجربه و بهزیستی و قطب منفی با افسردگی و تنهایی در بیماران مرتبط است (السامان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، بر اساس نتایج سایر پژوهش‌ها (تائو و همکاران، ۲۰۲۱؛ لارسن<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ هو و همکاران، ۲۰۲۱) خودشفقتی نقش میانجی را در رابطه با تجارب ناگوار دوران کودکی با افسردگی دارد، یعنی خودشفقتی بالا در افراد دارای تجارب ناگوار کودکی منجر به کاهش افسردگی آنها می‌شود. در واقع افراد دارای سطوح بالاتر خودشفقتی، علیرغم تجارب ناگوار دوران کودکی، به جای ناامیدی یا افسردگی، با آگاهی با مشکلات و کمبودهای خود مواجه می‌شوند (وو<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعه توما<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که خودشفقتی میانجی رابطه بین بدرفتاری با کودک و آسیب روانی است و می‌تواند به‌طور مؤثری احساسات منفی را کاهش دهد و شدت علائم افسردگی را پیش‌بینی کند. همچنین مسمن-مور و بوپتانی<sup>۱۵</sup> (۲۰۲۰) در پژوهش خود نیز گزارش کرده‌اند که تجارب ناگوار دوران کودکی منجر به افزایش مؤلفه‌های منفی خودشفقتی در بین دانشجویان دختر شده و آن نیز به نوبه خود منجر به افزایش آشفستگی روان‌شناختی می‌گردد.

1. Self-Compassion

2. Neff

3. Self-Kindness

4. Self-Judgment

5. Common Humanity

6. Isolation

7. Mindfulness

8. Over Identification

9. Rosenbaum

10. Hughes

11. Alsamman

12. Larsen

13. Wu

14. Thoma

15. Messman-Moore & Bhuptani

چنانچه پژوهشگران اشاره کرده‌اند، بخش عمده پژوهش‌های مربوط به عوامل مؤثر بر افسردگی و به‌ویژه نقش خودشفقتی در کشورهای غربی انجام شده است و البته پژوهش‌ها نشانگر تأثیر فرهنگ بر خودشفقتی هستند (توت-کیرالی<sup>۱</sup> و نف، ۲۰۲۰). بنابراین لازم است به نقش خودشفقتی به‌عنوان عامل محافظتی و خودسرزنشگری به‌عنوان عامل خطر افسردگی در فرهنگ شرق نیز توجه کرد، به‌ویژه که تاکنون پژوهشی به‌صورت همزمان نقش میانجی این دو متغیر را در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی در بزرگسالی مورد پژوهش قرار نداده است. از این رو فرضیه اصلی پژوهش حاضر این است: خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی نقش میانجی دارند.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه مراغه به تعداد ۳۰۰۰ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G\*POWER و با در نظر گرفتن اندازه اثر پایین (۰/۱۵)، سطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵ و هفت متغیر پیش‌بین، ۱۵۳ به‌دست آمد. با توجه به تعداد گویه‌های پژوهش و نیز به خاطر افزایش اعتبار درونی و بیرونی یافته‌ها و در نظر گرفتن ریزش احتمالی داده‌ها، ۳۲۴ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری داوطلبانه که دارای برنامه تلگرام بودند، به صورت آنلاین به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، بدین‌صورت که ابزارهای پژوهش در پلتفرم پرس لاین (survey.porsline.ir) طراحی شده و لینک آن به‌صورت انفرادی و نیز از طریق کانال دانشکده‌های دانشگاه در تلگرام، به‌همراه دستورالعمل شرکت در پژوهش برای دانشجویان ارسال شد. ملاک‌های ورود شامل تمایل و رضایت آگاهانه، دانشجوی بودن و شرایط خروج بر اساس پاسخگو نبودن به‌صورت کامل به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان، فایل داده‌ها استخراج شده و مورد پردازش قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از همبستگی پیرسون و تحلیل میانجی بهره گرفته شد که برای بخش اول از نرم‌افزار SPSS-20 و برای بخش دوم از نرم‌افزار PROCESS استفاده شد. برای رعایت نکات اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سؤالات اختیاری بود.

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تجارب ناگوار دوران کودکی<sup>۲</sup> (ACEQ): این پرسشنامه توسط فلیتی<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۸) تدوین شده و دارای ۱۰ گویه است که به سؤالات به صورت «بله/نه» پاسخ داده می‌شود و مجموع تعداد پاسخ‌های بله نشان‌دهنده میزان تجارب ناگوار دوران کودکی است (فینکلهور<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش وینگنفلد<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۰) پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ بود. همبستگی بین این ابزار و پرسشنامه ترومای کودکی<sup>۶</sup> (CTQ) برابر با ۰/۸۳ بود که نشان‌دهنده روایی سازه

1. Tóth-Király

2. Adverse Childhood Experiences Questionnaire

3. Felitti

4. Finkelhor

5. Wingefeld

6. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

۱۱۶..... نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی ...

(همگرا) مطلوب است. این پرسشنامه توسط دینلی و همکاران (۱۳۹۹) به فارسی ترجمه و بومی‌سازی شده و میزان همبستگی سؤالات با پرسشنامه ترومای کودکی، مناسب و از ۰/۴۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۸ به دست آمد.

**پرسشنامه سطوح خودسرزنشگری<sup>۱</sup> (LOSCS):** این مقیاس توسط تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) طراحی شده و دارای ۲۲ گویه است که در طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف‌کننده من است (۶) تا اصلاً توصیف‌کننده من نیست (۰) نمره‌گذاری می‌شود. آزمون شامل دو خرده‌مقیاس؛ خودسرزنشگری درونی<sup>۲</sup> (مقیاسه خود با خود آرمانی) و دارای ۱۰ گویه و خودسرزنشگری مقایسه‌ای<sup>۳</sup> (مقیاسه خود با دیگران) و دارای ۱۲ گویه است. حداقل نمره، صفر و حداکثر نمره، ۱۳۲ است. تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) روایی سازه این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی کرده و ساختار دو عاملی آن را تأیید کرده‌اند؛ همچنین روایی همگرای پرسشنامه از طریق بررسی رابطه آن با پنج عامل شخصیتی، از جمله روان‌رنجوری (همبستگی خودسرزنشگری مقایسه‌ای برابر ۰/۶۰ و درونی ۰/۵۴) گزارش شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمده است. در زمینه نسخه فارسی این پرسشنامه، پژوهش شریعتی و همکاران (۱۳۹۵) همبستگی خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی<sup>۴</sup> (IPQ)، به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ و خودسرزنشگری مقایسه‌ای و درونی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ به دست آمد.

**فرم بلند مقیاس خودشفقتی<sup>۵</sup> (SCS):** این پرسشنامه ۲۶ گویه دارد و توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و شامل سه عامل دو وجهی مهربانی با خود/ خود قضاوتی<sup>۶</sup>، انسانیت مشترک/ انزوا<sup>۷</sup> و ذهن آگاهی/ همانندسازی افراطی<sup>۸</sup> است. شرکت‌کنندگان می‌بایست در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم، ۵= کاملاً موافقم) به گویه‌ها پاسخ دهند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۳۰ است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۹۲، برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و روایی آن با پرسشنامه جهت‌گیری زندگی-تجدید نظر شده<sup>۹</sup> (LOT-R)، ۰/۶۲ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس، ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، خود قضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ و روایی همگرا با

1. Levels of Self Criticism Scale

2. Internalized self-criticism

3. Comparative self-criticism

4. Interpersonal Problems Questionnaire (IPQ)

5. Self-Compassion Scale

6. Self-Kindness / Self-Judgment

7. Common Humanity / Isolation

8. Mindfulness / Over Identification

9. Life Orientation Test-Revised

مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۱</sup> (RSES)، ۰/۵۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس، ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۵ بود.

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI-II): این پرسشنامه توسط بک (استیر<sup>۳</sup> و بک، ۱۹۸۷) برای سنجش شدت افسردگی از ۲۱ گویه، به منظور سنجش بازخوردها و ابعاد شناختی، عاطفی، فیزیولوژیکی (جسمانی) در بیماران افسرده، ساخته شده است و بیشتر تأکید بر محتوای شناختی افسردگی دارد. شرکت کنندگان باید روی مقیاس چهار درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) به گویه‌ها پاسخ دهند. دامنه نمرات حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ می‌باشد؛ نمره بین ۰ تا ۱۳ بیانگر هیچ یا کمترین افسردگی و ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف و ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی بسیار شدید می‌باشد (ازخوش، ۱۴۰۲). پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی آن ۰/۴۸-۰/۸۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). پرسشنامه افسردگی بک در جامعه ایرانی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۴ محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افکار خودآیند<sup>۴</sup> (ATQ) ۰/۷۷ به دست آمد که روایی این ابزار را نشان می‌دهد (قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ به دست آمد.

## یافته‌ها

نتایج تحلیل متغیرهای جمعیت شناختی بر روی گروه نمونه (n=۳۲۴) نشان داد که میانگین سنی نمونه  $21/94 \pm 2/56$  بوده و از مجموع آنها، ۶۸ نفر مرد (۲۱ درصد) و ۲۵۶ نفر زن (۷۹ درصد)، ۲۷۷ نفر مجرد (۸۵/۵ درصد) و ۴۷ نفر متأهل (۱۴/۵ درصد) بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۲۹۴ نفر مدرک کارشناسی (۹۰/۷ درصد)، ۲۱ نفر مدرک کارشناسی ارشد (۶/۵ درصد) و ۹ نفر (۲/۸ درصد) دانشجوی مقطع دکتری بودند. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تجارب ناگوار کودکی	۱/۳۸	۱/۷۶	۱/۴۹	۲/۱۸
خودسرنشگری درونی	۳۱/۳۸	۱۳/۲۷	۰/۰۳	-۰/۷۵
خودسرنشگری مقایسه‌ای	۲۹/۵۵	۱۱/۰۷	۰/۳۰	-۰/۰۴
مهربانی با خود	۱۷/۴۹	۴/۰۳	-۰/۱۲	-۰/۱۴
انسانیت مشترک	۱۳/۸۶	۲/۹۹	-۰/۵۸	-۰/۰۷
ذهن آگاهی	۱۴/۱۶	۲/۷۸	-۰/۶۲	۰/۳۸
خود قضاوتی	۱۴/۳۸	۵/۲۹	۰/۳۹	-۰/۰۸

1. Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)

2. Beck Depression Inventory-II

3. Steer

4. Automatic Thought Questionnaire

۱۱۸ ..... نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی ...

انزوا	۱۰/۵۱	۲/۷۵	۰/۵۶	۰/۶۰
هماندسازی افراطی	۹/۵۰	۳/۲۶	۰/۷۲	۰/۳۶
افسردگی	۱۶/۲۹	۱۳/۵۳	۰/۸۱	-۰/۰۱

قبل از انجام تحلیل میانجی، برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ درج شده است. نتایج همبستگی نشان داد تجارب ناگوار با خودسرزنشگری درونی و مقایسه‌ای همبستگی مثبت نسبتاً پایین، با ابعاد مثبت و منفی خودشفقتی به ترتیب همبستگی منفی ضعیف و همبستگی مثبت ضعیف و با افسردگی همبستگی پایین‌تر از متوسط دارد. همچنین خودسرزنشگری درونی و مقایسه‌ای با افسردگی همبستگی مثبت بالاتر از متوسط و ابعاد مثبت و منفی خودشفقتی با افسردگی به ترتیب همبستگی منفی و مثبت متوسط دارد.

جدول شماره ۲. آمار توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. تجارب ناگوار	۱									
۲. سرزنشگری درونی	۰.۲۸**	۱								
۳. سرزنشگری مقایسه‌ای	۰.۳۴**	۰.۵۳**	۱							
۴. مهربانی با خود	-۰.۱۵**	-۰.۴۳**	-۰.۴۴**	۱						
۵. انسانیت مشترک	-۰.۲۱**	-۰.۳۳**	-۰.۴۳**	۰.۵۶**	۱					
۶. ذهن آگاهی	-۰.۱۱*	-۰.۲۷**	-۰.۳۶**	۰.۵۰**	۰.۵۵**	۱				
۷. خود قضاوتی	۰.۲۳**	۰.۴۸**	۰.۶۶**	-۰.۴۷**	-۰.۵۳**	-۰.۴۷**	۱			
۸. انزوا	۰.۱۴*	۰.۱۹**	۰.۲۱**	-۰.۲۳**	-۰.۳۹**	-۰.۳۰**	۰.۳۴**	۱		
۹. همانندسازی افراطی	۰.۱۳*	۰.۰۱	۰.۰۸	-۰.۱۵**	-۰.۲۹**	-۰.۲۶**	۰.۲۵**	۰.۴۸**	۱	
۱۰. افسردگی	۰.۳۴**	۰.۵۱**	۰.۵۳**	-۰.۵۱**	-۰.۵۶**	-۰.۴۵**	۰.۵۸**	۰.۵۲**	۰.۴۵**	۱

$p < .05 = *$   $p < .001 = **$

کلیه اعداد در ۱۰۰ ضرب شده است.

با توجه به این نتایج که نشانگر اثر میانجی بالقوه خودسرزنشگری است، از تحلیل میانجی چندگانه موازی برای تعیین نقش میانجی سطوح خودسرزنشگری استفاده شد، ولی قبل از آن، پیش فرض‌های تحلیل میانجی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پیش فرض‌های تحلیل میانجی نشان داد که شاخص چندم خطی VIF برای همه متغیرها در دامنه بالاتر از ۰/۱۰ (برای متغیرهای تجارب ناگوار دوران کودکی برابر با ۰/۸۵، خودسرزنشگری درونی ۰/۴۳، خودسرزنشگری مقایسه‌ای ۰/۵۲، مهربانی با خود ۰/۴۵، انسانیت مشترک

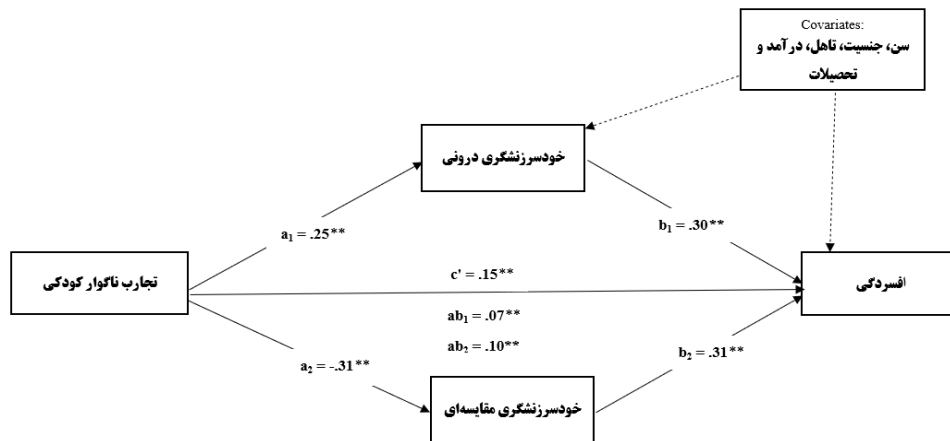
۰/۵۴، ذهن آگاهی ۰/۴۵، خود قضاوتی ۰/۴۶، انزوا ۰/۳۹ و همانندسازی افراطی ۰/۳۱) قرار دارد که نشانگر فقدان هم خطی چندگانه است؛ علاوه بر این نمودار پراکندگی متغیرها نیز حاکی از رابطه خطی بین متغیرهای پیش بین با متغیر وابسته بود و در نهایت، طبق شاخص های چولگی و کشیدگی (جدول شماره ۱) پیش فرض نرمال بودن همه متغیرها نیز رعایت شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ و شکل ۱ ارائه شده است. مطابق مندرجات جدول شماره ۳، تجارب ناگوار دوران کودکی پیش بین معنادار خودسرزنشگری درونی (۰/۲۵؛  $\beta=0.25$ ؛  $t(317, 6)=4.56$ ،  $p<0.01$ ) و مقایسه ای (۰/۳۱؛  $\beta=0.31$ ؛  $t(317, 6)=5.84$ ،  $p<0.01$ ) بوده و همچنین خودسرزنشگری درونی (۰/۳۰؛  $\beta=0.30$ ؛  $t(315, 8)=5.75$ ،  $p<0.01$ ) و مقایسه ای (۰/۳۱؛  $\beta=0.31$ ؛  $t(315, 8)=5.85$ ،  $p<0.01$ ) به ترتیب پیش بین افسردگی هستند. همچنین تأثیرات غیرمستقیم تجارب ناگوار دوران کودکی بر افسردگی از طریق میانجی گری خودسرزنشگری درونی ( $\beta=0.507$ ) و مقایسه ای ( $\beta=0.10$ ) با ثابت نگه داشتن دیگر میانجی ها معنادار است، از آنجایی که حد بالا و پایین متفاوت از صفر است و نیز مسیر مستقیم تجارب ناگوار دوران کودکی به افسردگی معنادار است ( $\beta=0.15$ ،  $t(315, 8)=3.30$ ،  $p<0.01$ ) حاکی از این است که سطوح خودسرزنشگری میانجی جزیی رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی هستند.

جدول شماره ۳. ضرایب تحلیل میانجی چندگانه موازی سطوح خودسرزنشگری در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی و افسردگی

اثر مستقیم خودسرزنشگری بر افسردگی				اثر مستقیم تجارب ناگوار بر خود سرزنشگری					
T	SE	$\beta$	B	t	SE	$\beta$	B		
۵/۷۵**	۰/۰۵	۰/۳۰	۰/۳۱	b <sub>1</sub>	۴/۵۶**	۰/۴۱	۰/۲۵	۱/۸۷	a <sub>1</sub> درونی
۵/۸۵**	۰/۰۶	۰/۳۱	۰/۳۹	b <sub>2</sub>	۵/۸۴**	۰/۳۳	۰/۳۱	۱/۹۵	a <sub>2</sub> مقایسه ای
اثر غیرمستقیم خودسرزنشگری بر افسردگی									
95% CI: LL-UL		SE	$\beta$	B					
۰/۰۳-۰/۱۲		۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۵۸	a <sub>b1</sub> درونی				
۰/۰۵-۰/۱۵		۰/۱۹	۰/۱۰	۰/۷۵	a <sub>b2</sub> مقایسه ای				

p < .05 = \* ; p < .01 = \*\*

۱۲۰ نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی ...



شکل ۱. نقش میانجی سطوح خودسرزنشگری در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی

همچنین با توجه به نقش بالقوه ابعاد خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی، از تحلیل میانجی چندگانه موازی برای تعیین نقش میانجی ابعاد خودشفقتی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ و شکل ۲ ارائه شده است. مطابق مندرجات جدول شماره ۴، تجارب ناگوار کودکی پیش‌بین معنادار مهربانی با خود ( $\beta = -.013$ ;  $t = 2.43$ ;  $p < .01$ )، انسانیت مشترک ( $\beta = -.020$ ;  $t = 3.17$ ;  $p < .01$ )، انزوای ذهن‌آگاهی ( $\beta = -.011$ ;  $t = 1.94$ ;  $p < .05$ )، خودقضاوتی ( $\beta = .020$ ;  $t = 3.17$ ;  $p < .01$ )، انزوا ( $\beta = .012$ ;  $t = 2.24$ ;  $p < .01$ ) و همانندسازی افراطی ( $\beta = .014$ ;  $t = 2.52$ ;  $p < .05$ ) بوده و علاوه بر این مهربانی با خود ( $\beta = -.020$ ;  $t = 4.31$ ;  $p < .01$ )، انسانیت مشترک ( $\beta = -.011$ ;  $t = 2.30$ ;  $p < .01$ )، خودقضاوتی ( $\beta = .023$ ;  $t = 5.09$ ;  $p < .01$ )، انزوای ( $\beta = .022$ ;  $t = 5.06$ ;  $p < .01$ ) و همانندسازی افراطی ( $\beta = .014$ ;  $t = 2.52$ ;  $p < .05$ ) به ترتیب پیش‌بین افسردگی هستند، ولی ذهن‌آگاهی اثر مستقیمی بر افسردگی ندارد.

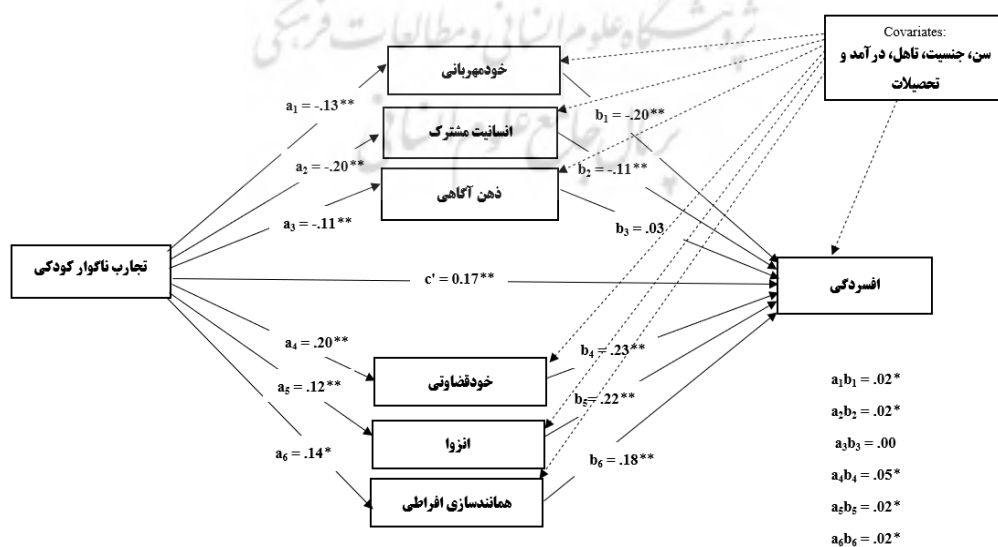
جدول شماره ۴. ضرایب تحلیل میانجی چندگانه موازی ابعاد خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی و افسردگی

اثر مستقیم تجارب ناگوار بر خودشفقتی				اثر مستقیم تجارب ناگوار بر افسردگی					
T	SE	$\beta$	B	t	SE	$\beta$	B		
۴/۳۱**	۰/۱۵	-۰/۲۰	-۰/۶۸	b <sub>1</sub>	۲/۴۳**	۰/۱۳	-۰/۱۳	-۰/۳۱	a <sub>1</sub> خودمهربانی
۲/۳۰**	۰/۲۳	-۰/۱۱	-۰/۵۳	b <sub>2</sub>	۳/۶۷**	۰/۰۹	-۰/۲۰	-۰/۳۵	a <sub>2</sub> انسانیت مشترک
۰/۶۵	۰/۲۲	-۰/۰۳	-۰/۱۵	b <sub>3</sub>	۱/۹۴*	۰/۰۹	-۰/۱۱	-۰/۱۷	a <sub>3</sub> ذهن‌آگاهی
۵/۰۹**	۰/۱۱	۰/۲۳	۰/۶۰	b <sub>4</sub>	۳/۷۱**	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۶۱	a <sub>4</sub> خودقضاوتی
۵/۰۶**	۰/۲۱	۰/۲۲	۱/۰۹	b <sub>5</sub>	۲/۲۴**	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۱۹	a <sub>5</sub> انزوا

هماندسازی افراطی	a <sub>6</sub>	۰/۲۶	۰/۱۴	۰/۱۰	۲/۵۲*	b <sub>6</sub>	۰/۷۸	۰/۱۸	۰/۱۷	۴/۴۳**
اثر غیرمستقیم خودشفقتی بر افسردگی										
		95% CI: LL-UL	SE	β	B					
خودمهربانی	a <sub>1</sub> b <sub>1</sub>	۰/۰۰-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۱					
انسانیت مشترک	a <sub>2</sub> b <sub>2</sub>	۰/۰۰-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۱۸					
ذهن آگاهی	a <sub>3</sub> b <sub>3</sub>	-۰/۰۰-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۲					
خودقضاوتی	a <sub>4</sub> b <sub>4</sub>	۰/۰۱-۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۳۷					
انزوا	a <sub>5</sub> b <sub>5</sub>	۰/۰۰-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۱					
هماندسازی افراطی	a <sub>6</sub> b <sub>6</sub>	۰/۰۰-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۰					

p < .05 = \* , p < .01 = \*\*

علاوه بر این اثر غیرمستقیم تجارب ناگوار دوران کودکی بر افسردگی از طریق میانجی گری مهربانی با خود ( $\beta=0/02$ )، انسانیت مشترک ( $\beta=0/02$ )، خود قضاوتی ( $\beta=0/05$ )، انزوا ( $\beta=0/02$ ) و هماندسازی افراطی ( $\beta=0/2$ ) با ثابت نگه داشتن دیگر میانجی ها معنادار است، از آنجایی که حد بالا و پایین کاملاً متفاوت از صفر است؛ علاوه بر این مسیر مستقیم تجارب ناگوار دوران کودکی به افسردگی نیز معنادار بوده ( $C' = 1/33, \beta = 0/17$ ).  $t(311, 12) = 4/59, p < 0/01$  و حاکی از این است که ابعاد خودشفقتی، به استثنای ذهن آگاهی، به صورت جزئی رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی را میانجی گری می کنند.



شکل شماره ۲. نقش میانجی ابعاد خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار دوران کودکی و افسردگی بود. یافته‌ها نشان داد بین تجارب ناگوار کودکی و افسردگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش تجارب ناگوار کودکی، شدت افسردگی نیز افزایش می‌یابد. در این راستا نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های (الرفای و الیزال، ۲۰۲۴؛ تائو و همکاران (۲۰۲۱)، هو و همکاران (۲۰۲۱) و لمون و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد به دلیل احساس تنهایی و عدم وجود حمایت در زمان وقوع تجارب ناگوار کودکی، با گوشه‌گیری و افسردگی سعی می‌کنند از رنج فاصله گرفته و کمتر به بروز احساسات منفی و سرکوب شده خود بپردازند و بدین جهت آنها پریشانی عاطفی بیشتری نسبت به افرادی که عواطف خود را بیان می‌کنند، نشان می‌دهند. وقوع تجارب ناگوار بویژه تجاربی چون سوءاستفاده جنسی موجب پرورش احساس شرم، حس بی‌لیاقتی و فقدان ارزشمندی، ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن و مسخره شدن می‌شود. عدم پاسخگویی مؤثر به نیازهای افراد قربانی، درگیری ضعیف والدین با مشکلات آنها و بی‌تفاوتی آنان در قبال وی و توانایی پایین خانواده در حل مشکلات به‌طور معناداری با درونی‌سازی مشکلات و در نتیجه افسردگی ارتباط دارد. از این رو، تجارب رشدی در محیط‌های تنبیه‌کننده و سوءاستفاده‌کننده شکل‌گیری هیجانات منفی افسردگی را تسهیل کرده و در بزرگسالی سلامت روانی را تهدید می‌کند (الرفای و الیزال، ۲۰۲۴).

علاوه بر این یافته‌ها نشان دادند که رابطه مثبت و معناداری بین هر دو سطح خودسرزنشگری و افسردگی در دانشجویان وجود دارد و به عبارت دیگر با افزایش خودسرزنشگری، میزان ابتلا به افسردگی نیز افزایش می‌یابد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های کلمن و همکاران (۲۰۲۴)، کیم، (۲۰۲۴) و لوی بلز و بلانک (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بدین نکته اشاره کرد که خودسرزنشگری با احساسات شدید حقارت، گناه، بی‌ارزشی و شکست در رسیدن به ایدئال‌های خود مشخص می‌شود و افراد با سطوح بالای خودسرزنشگری، به شیوه بی‌رحمانه خود را ارزیابی می‌کنند، استانداردهای بالایی برای خود در نظر می‌گیرند و ترس شدید از تأیید نشدن، انتقاد و طرد از سوی دیگران دارند. آنها به دلیل استانداردهای درونی و بیرونی بالایی که دارند، تلاش‌های خود را ناچیز و ناقص می‌شمارند و در نتیجه چرخه معیوب شکست-انتظار، ناامیدی و افسردگی پدیدار می‌گردد. همچنین افراد خودسرزنشگر بیش‌ازحد نیاز به تأیید و حفظ موقعیت و ارزش خود در نظر دیگران دارند و به دلیل بافت اجتماعی زیان‌باری که برای خود می‌سازند، منجر به تشدید و گسترش ناراحتی‌های عاطفی‌شان شده و به‌واسطه احساس گناه، شکست و حقارت، مستعد افسردگی می‌شوند (کیم، ۲۰۲۴).

بخش دیگر یافته‌ها نشان داد که ابعاد منفی خودشفقتی رابطه مثبت با افسردگی و ابعاد مثبت خودشفقتی رابطه منفی با افسردگی دارند که این یافته نیز با بیشتر پژوهش‌های پیشین به صورت کلی همسوست (روزن‌بام و همکاران، ۲۰۲۰؛ تائو و همکاران، ۲۰۲۱)، گرچه بیشتر این پژوهش‌ها نمره کل خودشفقتی را مدنظر قرار داده و از این طریق نشان داده‌اند که خودشفقتی با افسردگی به صورت منفی همبسته است، ولی معدودی از آنها (تائو و همکاران، ۲۰۲۱) رابطه خرده‌مقیاس‌ها را نیز تأیید کرده‌اند؛ که به صورت کلی حاکی از این است که سطوح بالای خودشفقتی با شدت افسردگی پایین‌تر همراه است. با توجه به ماهیت

خودشفقتی اعتقاد بر این است که سطوح بالای خودشفقتی با سطوح پایین عاطفه منفی و سطوح بالای عاطفه مثبت رابطه دارد. اهمیت این یافته در این است که سطح بالای عاطفه مثبت و سطح پایین عاطفه منفی در مقابل هیجان‌های منفی کارکرد ضربه‌گیر دارند. بنابراین می‌توان گفت که خودشفقتی قداست به واسطه افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی، با شدت پایین هیجان منفی افسردگی و ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت همچون ادراک خود، تعادل هیجانی در طول تجارب دشوار و یادآوری همگانی بودن این مشکلات، به عنوان یک سپر دفاعی در برابر افسردگی عمل کند (روزنباوم و همکاران، ۲۰۲۰).

بخش آخر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هر دو سطح خودسرزنشگری و نیز اغلب ابعاد خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار و افسردگی نقش میانجی جزئی دارد؛ این بدین معناست که تجارب ناگوار منجر به افزایش هر دو نوع خودسرزنشگری و نیز سه بعد منفی خودشفقتی (یعنی خود قضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی) شده و برعکس منجر به کاهش دو بعد مثبت خودشفقتی (یعنی مهربانی با خود و انسانیت‌مشترک) شده و آنها نیز به نوبه خود منجر به افزایش افسردگی می‌شوند، گرچه تجارب به صورت مستقیم نیز منجر به افسردگی می‌شوند. در تفسیر این یافته می‌توان گفت که گرچه تجارب ناگوار دوران کودکی عامل خطر مهمی برای افسردگی در بزرگسالی است، اما خودسرزنشگری و خودشفقتی را نیز می‌توان به عنوان عوامل خطر درجه دوم در این زمینه در نظر گرفت که می‌توانند اثرات تجارب ناگوار کودکی بر افسردگی را تشدید کنند. گرچه پژوهش‌های چندانی در زمینه نقش میانجی این دو متغیر (بویژه خودسرزنشگری) در رابطه بین دو متغیر یادشده انجام نشده است، ولی یافته‌های حاضر با مطالعات قبلی (مثل مسمن-مور و بوپتانی، ۲۰۲۰) همسو هستند. طبق مسمن-مور و بوپتانی (۲۰۲۰) تجارب ناگوار منجر به افزایش ابعاد منفی خودشفقتی در بین دانشجویان دختر شده و از این طریق منجر به افزایش آشفتگی روان‌شناختی می‌گردد. همچنین مطالعه دیگری که توسط تائو و همکاران (۲۰۲۱) انجام شده نیز حاکی از این است که سه بعد مثبت خودشفقتی (مهربانی با خود، انسانیت‌مشترک و ذهن‌آگاهی) در رابطه بین تجارب ناگوار و افسردگی نقش میانجی دارد. کیم (۲۰۲۴) گزارش کرده‌اند که نمره کل خودشفقتی در رابطه بین خودسرزنشگری و افسردگی نقش میانجی دارد.

باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه‌گرفت که تجارب ناگوار کودکی ممکن است منجر به نگرش منفی انتقادی و افزایش نارضایتی افراد نسبت به خود شده و زمانی که با بازخوردهای منفی روبه‌رو می‌شوند احساس خودارزشمندی‌شان تهدید شده و هیجان‌های منفی مانند افسردگی را تجربه می‌کنند؛ همچنین با پیشرفت افسردگی، افزایش افکارخودآیند منفی به شکل‌گیری دور باطل کمک کرده و در نتیجه افزایش افکار منفی، افسردگی بیشتری تجربه می‌شود. با این حال، از آنجایی که خودشفقتی قابلیت آموزش دارد از این رو به نظر می‌رسد می‌توان از طریق افزایش خودشفقتی و به تبع آن کاهش خودسرزنشگری و خود قضاوتی، به ارتقای سلامت روان افراد و به‌ویژه به کاهش افسردگی کمک کرد. آموزش خودشفقتی منجر به قضاوت‌سختگیرانه کمتر، پذیرش هیجان‌های منفی و مهربانی با خود، نگاه کردن به مشکلات خود با دیدگاهی وسیع و جامع‌تر شده و به درک این مسئله کمک می‌کند که تمام انسان‌ها رنج و درد را تجربه می‌کنند؛ که همگی اینها نیز به نوبه خود پادزهر افسردگی هستند. یک پاسخ همراه با مهربانی و شفقت به افکار یا احساسات ناخوشایند احتمالاً منجر به کاهش واکنش‌های عادت‌ی و افراطی انتقاد از خود خواهد شد که هدف آن پیشگیری از چیرگی و گسترش افراطی خودسرزنشگری بوده و به‌عنوان یک ترمز در زمینه افکار خود قضاوتی در بین افراد مستعد افسردگی عمل می‌کند (لارسن و همکاران، ۲۰۲۴؛ السامان و همکاران، ۲۰۲۴).

۱۲۴..... نقش میانجی خودسرزنشگری و خودشفقتی در رابطه بین تجارب ناگوار کودکی با افسردگی ...

با وجود نقاط قوت، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله اینکه مطالعه حاضر، پژوهشی در قالب طرح مقطعی بود، و یافته‌های آن را نمی‌توان به صورت علی تعبیر و تفسیر نمود. همچنین نقش برخی متغیرهای مؤثر بر افسردگی (مثل کمال‌گرایی و شرم) در تحلیل‌ها کنترل و تعدیل نشده‌اند که این مسئله می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر، نمونه پژوهش حاضر شامل افراد واجد علائم بالینی افسردگی نبودند و بنابراین تعمیم یافته‌ها به افراد دارای تشخیص افسردگی دشوار است. بنابراین پژوهش‌های آتی می‌توانند بر روی نمونه‌های وسیع‌تر، بویژه نمونه‌های بالینی، و با استفاده از روش‌های دیگری چون مطالعات طولی یا آزمایشی انجام گیرند. در نهایت با توجه به نتایج، مطالعات آتی می‌توانند اثربخشی مداخلات خودشفقتی بر افسردگی را در افراد دارای سطوح متفاوت خودشفقتی و خودسرزنشگری مورد بررسی قرار دهند.

### تشکر و قدردانی

از تمام دانشجویانی که در این مطالعه مشارکت داشتند؛ صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

### تعارض منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### منابع

- ازخوش، منوچهر (۱۴۰۲). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی. تهران. چاپ نهم، نشر روان، ۲۲۶-۲۲۴.
- اصفهانی، پروانه؛ سامانی، سمیه؛ بزی، عالیه؛ افشاری، مهناز؛ عباس زاده‌بزی، محمد. (۱۴۰۳). شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی در ایران: مرور نظام‌مند و فراتحلیل. پایش. ۲۳ (۵): ۷۲۷-۷۳۶. <https://doi.org/10.61186/payesh.23.5.727>
- خسروی، صدرالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹. <https://doi.org/20.1001.1.22285516.1392.4.13.3.2>
- دینلی، ستاره؛ بادامی، رخساره؛ مشکاتی، زهره؛ و فائق، سحر. (۱۳۹۹). روان‌سنجی نسخه تغییر یافته پرسشنامه تجارب نامطلوب کودکی برای ورزشکاران. پژوهش در علوم توانبخشی، ۱۶(۱)، ۸۷-۹۴. <https://doi.org/10.22122/jrrs.v16i0.3510>
- شریعتی، مریم؛ حمید، نجمه؛ هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل؛ بشلیده، کیومرث؛ و مرعشی، علی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودسرزنشگری دانشجویان دختر. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱)، ۴۳-۵۰. <https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/890926>
- گلستانی‌فر، سروش؛ و دشت بزرگی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. روان‌شناسی پیری، ۶(۳)، ۱۹۱-۲۰۳. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470>
- Alsamman, S., Dajani, R., & Al-Delaimy, W. K. (2024). Self-compassion and association with distress, depression, and anxiety among displaced Syrians: A population-based study. *Plos one*, 19(9), e0309051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309051>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

- Ariyazangane, E., Borna, M. R., & Johari Fard, R. (2022). Relation of anger rumination and self-criticism with social maladjustment with the mediating role of psychological flexibility in adolescent boys and girls. *Caspian Journal of Health Research*, 7(1), 5-14. <https://doi.org/10.32598/CJHR.7.1.381.1>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Inventory manual*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Birni, G., Erus, S. M., Satici, S. A., & Deniz, M. E. (2025). Psychological flexibility and self-critical rumination: A serial mediation between adverse childhood experiences and mental well-being in adulthood. *Personality and Individual Differences*, 232, 112861. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112861>
- Birni, G., & Satici, B. (2024). A compassion focused intervention for trait perfectionism in non-clinical settings: A pilot study. *Current Psychology*, 43(10), 9422-9431. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05118-7>
- Birni, G., Satici, S. A., & Deniz, M. E. (2023). Self-criticism and romantic relationship satisfaction as serial mediators of links between childhood psychological maltreatment and loneliness. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106112. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106112>
- Colman, R. D., Vione, K. C., & Kotera, Y. (2024). Psychological risk factors for depression in the UK general population: Derailment, self-criticism and self-reassurance. *British Journal of Guidance & Counselling*, 52(4), 645-662. <https://doi.org/10.1080/03069885.2022.2110214>
- Deinali, S., Badami, R., Meshkati, Z., & Faeghi, S. (2020). The Effect of Childhood Adverse Experiences on Change in Outlook and Hardiness of Athletes. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 16(1), 208-215. <https://doi.org/10.22122/jrrs.v16i0.3510>
- Elrefaay, S. M. M., & Elyzal, A. S. (2024). Adverse Childhood Experiences and Depression: The Mediating Role of Resilience and Emotional Regulation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 62(1), 45-54. <https://doi.org/10.3928/02793695-20230726-06>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child abuse & neglect*, 48, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhan, N. (2005). Psychometric properties of a persian -language version of the beck depression inventory second edition: BDI - II -Persian. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185 -192. <https://doi.org/10.1002/da.20070>
- Giano, Z., Ernst, C. W., Snider, K., Davis, A., O'Neil, A. M., & Hubach, R. D. (2021). ACE domains and depression: investigating which specific domains are associated with depression in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 122: 105335. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105335>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Golestanifar, S., DashtBozorgi, Z. (2021). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Well-being Therapy on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients. *Journal of Rafsanjan University of Medical Science*; 20 (3) :297-312. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470>
- Hou, X. L., Bian, X. H., Zuo, Z. H., Xi, J. Z., Ma, W. J., & Owens, L. D. (2021). Childhood maltreatment on young adult depression: A moderated mediation model of negative automatic thoughts and

- self-compassion. *Journal of health psychology*, 26(13), 2552-2562. <https://doi.org/10.1177/1359105320918351>
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12(7), 1597-1610. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
- Isfahani, P., Samani, S., Bazi, A., Afshari, M., Abbaszadeh Bezi, M. (2024). Prevalence of depression in medical students in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Payesh*. 23(5):727-736. <https://doi.org/10.61186/payesh.23.5.727>
- Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabandeh, M. (2013). Psychometric Properties of Self-Compassion Scale (SCS). *Psychological Models and Methods*, 4(13), 47-59. <https://doi.org/20.1001.1.22285516.1392.4.13.3.2>
- Kim, J. S. (2024). Mediating Effects of Self-Criticism Moderated by Compassion on the Relationship Between Job Burnout and Depression. <http://dx.doi.org/10.47116/apjcri.2024.05.22>
- King, A. R. (2021). Childhood adversity links to self-reported mood, anxiety, and stress-related disorders. *Journal of Affective Disorders*, 292, 623-632. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.112>
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2022). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. John Wiley & Sons.
- Larsen, J. M., Kothe, R., Helm, P. J., Bullman, M., & John-Henderson, N. A. (2024). Childhood trauma exposure, age and self-compassion as predictors of later-life symptoms of depression and anxiety in American Indian adults. *Child Abuse & Neglect*, 153, 106860. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106860>
- Leman, H. K., & Arjadi, R. (2023). Self-Criticism in Emerging Adulthood with Adverse Childhood Experiences Increases Depression, Anxiety, and Stress. *ANIMA Indonesian Psychological Journal*, 38(1), 129-148. <https://doi.org/10.24123/aipj.v38i1.4893>
- Lemon, E. D., Vu, M., Roche, K. M., Hall, K. S., & Berg, C. J. (2021). Depressive symptoms in relation to adverse childhood experiences, discrimination, hope, and social support in a diverse sample of college students. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(3), 992-1002. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01038-z>
- Levi-Belz, Y., & Blank, C. (2023). The longitudinal contribution of prolonged grief to depression and suicide risk in the aftermath of suicide loss: The moderating role of self-criticism. *Journal of affective disorders*, 340, 658-666. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.023>
- Lippard, E. T., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the global burden of disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2020). Self-compassion and fear of self-compassion: Mechanisms underlying the link between child maltreatment severity and psychological distress in college women. *Mindfulness*, 11, 1446-1459. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01361-2>
- Momeñe, J., Estévez, A., Griffiths, M. D., Macia, P., Herrero, M., Olave, L., & Iruarizaga, I. (2023). Childhood trauma and body dissatisfaction among young adult women: the mediating role of self-criticism. *Current Psychology*, 42(28), 24837-24844. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03495-z>

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Journal of Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Rosenbaum, D. L., Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2020). Feeling let down: An investigation of breastfeeding expectations, appreciation of body functionality, self-compassion, and depression symptoms. *Appetite*, 154, 104756. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104756>
- Shariati, M., Hamid, N., Hashemi, S. E., Beshlideh, K., & Marashi, A. (2016). The effectiveness of compassion focused therapy on depression and self-criticism of female university students. *knowledge & research in applied psychology*, 17(1 (63)), 43-50. SID. <https://sanad.iau.ir/Journal/jsrp/Article/890926>
- Steer, R. A., & Beck, A. T. (1987). *Beck Depression Inventory – 2nd Edition Manual*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Tao, J., He, K., & Xu, J. (2021). The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. *Journal of affective disorders*, 291, 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.019>
- Thoma, M. V., Bernays, F., Eising, C. M., Maercker, A., & Rohner, S. L. (2021). Child maltreatment, lifetime trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse & Neglect*, 113, 104925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104925>
- Thompson, R. & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Tóth-Király, I., & Neff, K. D. (2021). Is Self-Compassion Universal? Support for the Measurement Invariance of the Self-Compassion Scale Across Populations. *Assessment*, 28(1), 169-185. <https://doi.org/10.1177/1073191120926232>
- Warmingham, J. M., Rogosch, F. A., Cicchetti, D. (2020). Intergenerational maltreatment and child emotion dysregulation. *Child abuse and neglect*, 102, 104377. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104377>
- Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., ... & Spitzer, C. (2010). The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: first psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(1), e10-4. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263161>
- World Health Organization. (2024). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wu, J., Liu, S., Luo, J., Li, X., & You, J. (2023). The effects of childhood abuse, depression, and self-compassion on adolescent no suicidal self-injury: A moderated mediation model. *Child Abuse & Neglect*, 136, 105993. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105993>

