

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی
در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان

**The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological distancing
in students with depression symptoms in Isfahan city**

Mohammad Matin Zare

Clinical Psychology, Islamic Azad University,
Khomeini Shahr Branch.

Hasanali Bakhtiarnasrabadi

Department of Psychology, University Of Isfahan.

Email: h.nasrabadi@edu.ui.ac.ir

محمد متین زارع

روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.

حسنعلی بختیار نصرآبادی*

گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

Abstract

The research aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological distancing in students with depression symptoms in Isfahan city. The research method was a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a control group. The statistical population comprised all students enrolled in Isfahan city during the second semester of the 2024-2025 academic year. The sample size for both the experimental and control groups was a total of 36 individuals, who were selected purposefully and then randomly assigned to the control and experimental groups. To collect data, the Psychological Distance Scale by Sidenius and Prato (1999) was used. Compassion-focused therapy was administered over 8 one-hour sessions based on Gilbert's (2009) treatment protocol. Additionally, students with depression symptoms were screened using the second edition of the Beck Depression Inventory (1996). Statistical analyses were performed using SPSS-23 software. Findings indicated that compassion-focused therapy led to a reduction in psychological distancing among depressed students ($p < 0.05$). This therapy also influenced the reduction of the tendency to dominate others and the preference for inequality as components of psychological distance ($p < 0.05$).

چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان بود. روش پژوهش، طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در شهر اصفهان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴-۰۵ بود. تعداد افراد نمونه برای هر دو گروه آزمایش و کنترل جمعاً ۳۶ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه فاصله روانشناختی سیدانیوس و پراتو (۱۹۹۹) استفاده شد. درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه یکساعته اجرا شد. همچنین، غربالگری دانشجویان با نشانه‌های افسردگی با استفاده از ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) انجام شد. تحلیل‌های آماری، با نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش فاصله روانشناختی در دانشجویان افسرده شد ($p < 0.05$). همچنین این درمان بر کاهش گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری به عنوان مولفه‌های فاصله روانشناختی تاثیر داشت ($p < 0.05$).

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، فاصله روانشناختی، افسردگی، دانشجویان.

Keywords: Compassion-focused therapy, Psychological distancing, Depression, Students.

پذیرش: فروردین ۱۴۰۵

دریافت: بهمن ۱۴۰۴

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

دانشجویان به دلیل فشارهای ناشی از تطبیق با محیط دانشگاهی، انتظارات تحصیلی بالا، چالش‌های اقتصادی، تغییرات اجتماعی و شخصی، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی قرار دارند و بنابر پژوهش‌های انجام شده افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در بین دانشجویان است که می‌تواند به‌طور چشمگیری بر کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی آن‌ها تأثیر بگذارد (لیو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). افسردگی، احساس غم و اندوه و یا از دست دادن علاقه نسبت به کارهای لذت بخش است که می‌تواند منجر به مشکلات مختلفی از لحاظ احساسی و جسمی شود و توانایی فرد در انجام فعالیت‌ها را کاهش دهد، سیستم کنترل هیجانی افراد را مختل کرده و در صورت شدید بودن بر مهارت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی و توانایی افراد در تنظیم هیجانات خود تأثیر منفی گذارد (زیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال نه تنها بر سلامت روانی و عاطفی دانشجویان تأثیر منفی دارد، بلکه می‌تواند توانایی آن‌ها در انجام فعالیت‌های تحصیلی، برقراری روابط بین‌فردی افزایش دهد. به همین دلیل، شناسایی و درمان به‌موقع افسردگی در این گروه سنی اهمیت ویژه‌ای دارد، چرا که افسردگی بدون درمان می‌تواند منجر به پیامدهای منفی بلندمدت در زمینه‌های تحصیلی و شغلی شود (آرنولد و ریگوتی^۳، ۲۰۲۱).

در این میان، فاصله روان‌شناختی، مفهومی است که به تفاوت‌های ادراک شده افراد نسبت به موضوعات، رویدادها یا اشخاص دیگر در ابعاد فاصله زمانی (ادراک رویدادهای دورتر در زمان به صورت انتزاعی‌تر)، فاصله مکانی (درک انتزاعی‌تر رویدادها و افراد دورتر از نظر فیزیکی)، فاصله اجتماعی (ادراک کلی‌تر و انتزاعی‌تر افراد اجتماعی یا احساسی دورتر)، و فاصله احتمالی (درک انتزاعی‌تر رویدادهای با احتمال وقوع کمتر) است (کاندرات و روجکوا^۴، ۲۰۲۱). فاصله روان‌شناختی کاربردهای گسترده‌ای در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی از جمله قضاوت و تصمیم‌گیری، رفتار مصرف‌کننده و تعاملات اجتماعی دارد. فاصله روان‌شناختی در افراد مبتلا به افسردگی منجر به ناتوانی در تمایز میان خود و تجربیات هیجانی منفی است که اغلب منجر به غرق شدن در افکار و احساسات ناخوشایند می‌شود. این پدیده باعث می‌شود افراد نتوانند هیجانات خود را به‌صورت عینی و بدون قضاوت مدیریت کنند، که در نتیجه شدت علائم افسردگی افزایش می‌یابد (بوئن^۵، ۲۰۲۱).

براساس حساسیت موارد گفته شده، می‌بایست به دنبال راهی جهت بهبود شرایط این گروه از دانشجویان بود و به نظر می‌رسد یکی از مناسبترین راه‌ها استفاده از درمان‌هایی به منظور افزایش شفقت افراد با خود بود شاید بتوان بر میزان افسردگی آن‌ها تأثیر گذاشت. بنابراین در این پژوهش استفاده از درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد شده است. درمان متمرکز بر شفقت، رویکردی روان‌شناختی است که بر تقویت شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران تأکید دارد و هدف آن ارتقاء بهزیستی روانی و کاهش رنج‌های روانی از طریق پذیرش و محبت به خود است (پتروچی^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان بر اساس نظریه‌های تکاملی و شناختی-رفتاری بنا شده و به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از منابع درونی خود نظیر خودشفقت، به

1. Liu

2. Xiong

3. Arnold & Rigotti

4. Kundrát & Rojková

5. Boen

6. Petrocchi

مقابله با احساسات منفی، افکار انتقادی و خودانتقادگری بپردازند. در این رویکرد، با کمک تکنیک‌هایی مانند تمرینات ذهن‌آگاهی، بازسازی شناختی، و مهارت‌های عاطفی، فرد یاد می‌گیرد که احساسات خود را با دلسوزی و بی‌رحمی کمتر درک کند (کوتر^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). درمان متمرکز بر شفقت به‌ویژه در افرادی که با نشانه‌های افسردگی روبه‌رو هستند، می‌تواند تأثیرات مثبتی داشته باشد. افسردگی اغلب با احساسات منفی خود، مثل احساس گناه، شرم و خودانتقادی همراه است که می‌تواند به شدت بر عزت نفس و کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد. در این شرایط، افراد مبتلا به افسردگی ممکن است با خود به‌طور مستمر انتقاد کنند و به جای مواجهه با مشکلات به‌طور سازنده، خود را سرزنش کنند (کیربای^۸ و پتروچی، ۲۰۲۳). علاوه بر این، افراد افسرده معمولاً با هیجانات خود به‌طور سطحی و مملو از قضاوت‌های منفی برخورد می‌کنند، که باعث تشدید بحران‌های هیجانی و کاهش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. در این زمینه، درمان متمرکز بر شفقت ممکن است تأثیرات مثبتی بر فاصله روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به افسردگی داشته باشد. درمان متمرکز بر شفقت با تقویت خودشفقت و مهربانی نسبت به خود، به افراد کمک می‌کند تا به‌طور مؤثرتری با هیجانات منفی خود مواجه شوند و این هیجانات را بدون قضاوت و سرزنش پردازش کنند. در فرآیند درمان، افراد یاد می‌گیرند که به جای مقاومت در برابر احساسات ناخوشایند یا تلاش برای انکار آن‌ها، به پذیرش و درک آن‌ها پرداخته و از این طریق سطح فاصله روان‌شناختی را کاهش دهند. این پذیرش هیجانی نه تنها موجب کاهش تنش‌های درونی و استرس می‌شود، بلکه انعطاف‌پذیری روانی را نیز افزایش می‌دهد، به طوری که افراد قادر می‌شوند در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز هیجانی واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهند. پژوهش در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی از دغدغه‌های مهمی ناشی شده است که شامل کمبود رویکردهای درمانی مؤثر و جامع برای افرادی است که با مشکلات فاصله روان‌شناختی مواجه هستند. بسیاری از روش‌های درمانی موجود به‌طور عمده بر کاهش علائم افسردگی تمرکز دارند، اما توجه کمی به نحوه فاصله روان‌شناختی به‌عنوان عواملی که می‌توانند شدت افسردگی را افزایش دهند، دارند. در برخی از پژوهش‌ها همچون رودریگوز^۹ و همکاران (۲۰۲۴) تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بدتنظیمی هیجانی؛ کارنازی و بلوس^{۱۰} (۲۰۲۳) تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی بررسی و تایید شده است. اما، پژوهش در این زمینه می‌تواند اطلاعات جدید و کاربردی در اختیار متخصصان بهداشت روان قرار دهد و به بهبود مداخلات درمانی برای دانشجویان افسرده منجر شود. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر رسیدن به پاسخ این سوال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روان‌شناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان اثربخش است؟

روش

از منظر روش پژوهش، در این مطالعه از طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل بهره گرفته شد؛ به این معنا که یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در نظر گرفته شده که هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. در فاصله بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مداخله (متغیر مستقل) فقط برای گروه آزمایشی اعمال شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در شهر اصفهان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴-۰۵ بود. با توجه به این‌که در پژوهش‌های آزمایشی حداقل نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (کوهن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷) در این پژوهش تعداد افراد نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ۱۸ نفر و در مجموع ۳۶ نفر بود. افراد گروه نمونه با

7. Kotera

8. Kirby

9. Rodrigues

10. Karnaze & Bloss

11. Cohen

استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) غربالگری شدند. در این پرسشنامه نمرات بین ۰ تا ۱۳ میزان درجه افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان داد. به این منظور پرسشنامه مورد نظر در بین دانشجویان توزیع شد و دانشجویانی که در این پرسشنامه ذکر شده نمرات بیشتر از ۱۴ (یعنی افسردگی خفیف) کسب کردند از نمونه مورد نظر حذف شدند. به طور کلی نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

از سوی دیگر، شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از کسب حدنصاب نمره در پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) (نمره ۱۴ و بیشتر)، اشتغال به تحصیل در دانشگاه‌های اصفهان هنگام اجرای پژوهش، رعایت ملاک سنی (۱۸ الی ۴۰ سال و اعلام رضایت از شرکت در پژوهش. شرایط خروج از پژوهش عبارت بود از ابتلا به اختلالات مرتبط با مواد و داروهای روان‌گردان، اعلام نارضایتی از شرکت در پژوهش، حضور همزمان در کلاس‌ها و یا دوره‌های روان‌درمانی یا مداخله روانشناختی، سابقه ترک تحصیل به مدت بیش از ۱ ترم تحصیلی و نقص در پرسشنامه‌ها بود. در ادامه به بررسی ابزارهای پژوهش پرداخته می‌شود:

پرسشنامه فاصله روانشناختی سیدانیوس و پراتو (۱۹۹۹)

پرسشنامه فاصله روانشناختی توسط سیدانیوس و پراتو (۱۹۹۹) طراحی و تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۶ گویه بوده و در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. نمره بالا در این پرسشنامه به معنی فاصله روانشناختی بیشتر است. سازندگان این پرسشنامه متوسط ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. بنا بر ادعای سازندگان، این مقیاس از اعتبار سازه‌ای خوبی نیز برخوردار بوده و جهت‌گیری غلبه اجتماعی با تبعیض جنسیتی (۳۰/۵۱) = r پیشداوری قومی علیه گروه‌های اقلیت (۴۱/۰) = r ، ملیت‌گرایی (۵۱/۰) = r و میهن‌پرستی (۳۵/۰) = r در ارتباط است. در پژوهش باسط راد و همکاران (۱۳۹۹) روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۴ بدست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک^{۱۲} و ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی ویرایش اول است که جهت سنجش شدت افسردگی توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) تدوین شده است. این فرم در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است و همچنین تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش داده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که نحوه نمره‌گذاری آن در یک پیوستار از ۰ تا ۳ برای ۱۹ ماده و از ۰ تا ۶ برای ۲ ماده (۱۶ و ۱۸) بود و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۹ بوده است و نمرات بین ۰ تا ۱۳ میزان درجه افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ و بیشتر افسردگی شدید را نشان داد. بک و همکاران (۱۹۹۶) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش داده‌اند. کاسپی^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران و در پژوهش رجیبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱) نتایج به‌دست‌آمده از روش آماری تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) و چرخش واریماکس دو عامل شناختی - عاطفی و نگرش منفی - نشانه‌های بدنی را نشان داد. همچنین در پژوهش ذکر شده ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که در کل نمونه ۰/۸۶ گزارش شده است. استفان‌دابسون^{۱۴} و محمدخانی (۱۳۸۶) نیز

12. Beck

13. Kapci

14. Stefan-Dabson

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان

ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست‌آورده‌اند.

در پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روان‌شناختی در دانشجویان دارای نشانه‌های افسردگی انجام شد، گردآوری داده‌ها طی چند مرحله دقیق و نظام‌مند صورت گرفت. ابتدا پس از اخذ مجوز رسمی از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و هماهنگی با دانشگاه اصفهان، اطلاعیه‌ای مبنی بر اجرای پژوهش در میان دانشجویان این دو دانشگاه منتشر گردید. اطلاعیه شامل معرفی هدف مطالعه، ماهیت مداخله، زمان اجرای جلسات و شرایط شرکت در پژوهش بود. دانشجویان علاقه‌مند از طریق فرم ثبت‌نام الکترونیکی اعلام آمادگی کردند. در مرحله نخست، جهت شناسایی افراد واجد شرایط، پرسشنامه افسردگی بک و همکاران در میان ۱۲۰ نفر از داوطلبان توزیع شد. پرسشنامه به‌صورت حضوری و با رعایت اصول محرمانگی در محیط دانشگاه تکمیل گردید. پس از تحلیل اولیه پاسخ‌ها، افرادی که نمره‌ای بین ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف تا متوسط) کسب کردند، به‌عنوان جامعه هدف پژوهش در نظر گرفته شدند؛ افراد دارای نمره بالاتر از ۲۸ یا پایین‌تر از ۱۴ از مطالعه کنار گذاشته شدند. در نهایت ۳۶ نفر از داوطلبان معیارهای ورود را دارا بودند و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند.

پژوهشگر پیش از آغاز مداخله، جلسه‌ای توجیهی برای هر دو گروه در محل اجرای پژوهش، یعنی مرکز مشاوره حرکت نو واقع در اصفهان، خیابان چهارباغ بالا برگزار کرد. در این جلسه، اهداف مطالعه، ساختار کلی درمان متمرکز بر شفقت، تعهدات شرکت‌کنندگان و اصول محرمانگی داده‌ها به‌طور شفاف تشریح شد. همچنین از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی دریافت گردید. مرحله پیش‌آزمون در همین مرکز و در حضور پژوهشگر اجرا شد؛ در این مرحله، پرسشنامه فاصله روان‌شناختی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌های حاصل از این مرحله، مبنای مقایسه با پس‌آزمون قرار گرفت. مداخله درمانی طی چهار هفته متوالی و در قالب هشت جلسه گروهی (۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد (دو جلسه در هفته)). جلسات در روزهای شنبه و سه‌شنبه، ساعت ۱۶ تا ۱۷ برگزار گردید و توسط پژوهشگر آموزش‌دیده در زمینه درمان متمرکز بر شفقت هدایت شد. مداخله درمان متمرکز بر شفقت در پژوهش حاضر بر اساس طرح آموزشی گیلبرت (۲۰۰۹) اجرا شد. این پروتکل در ایران توسط کبیری نسب و همکاران (۱۴۰۲) به اجرا درآمده و اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته‌است. این مداخله به روش گروهی در ۸ جلسه ۱ ساعته در هر هفته ۲ جلسه برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش مربوطه اجرا شد. خلاصه طرح آموزش شفقت به خود در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه طرح درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	عنوان	محتوای جلسه
اول	معرفی و بررسی ساختار و قوانین گروه	جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی افکار و احساسات اعضا	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب‌گرایانه

چهارم	ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت شفقتی	مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش
پنجم	آموزش بخشایش و بردباری	مرور تمرین جلسه قبل، آس نایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)
ششم	تمرین‌های عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، و آموزش روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و...
هفتم	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	جمع‌بندی مطالب، پرسش و پاسخ	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه راه کارهایی جهت حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون

در طول جلسات، پژوهشگر نظارت مستمر بر اجرای صحیح تمرین‌ها داشت و سؤالات شرکت‌کنندگان را پاسخ می‌داد. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کرد. پس از اتمام دوره درمان، مرحله پس‌آزمون در همان محل و در شرایطی مشابه پیش‌آزمون برگزار شد. پرسشنامه فاصله روان‌شناختی مجدداً تکمیل شدند تا تغییرات ایجادشده در اثر مداخله مورد ارزیابی قرار گیرد. در راستای رعایت عدالت اخلاقی، پس از پایان پژوهش، خلاصه‌ای از محتوای درمان متمرکز بر شفقت در قالب دو جلسه آموزشی فشرده برای گروه کنترل نیز برگزار شد. بدین ترتیب، فرآیند گردآوری داده‌ها به‌صورت منظم و کنترل‌شده در مرکز مشاوره حرکت نو انجام گرفت و تمامی مراحل از شناسایی اولیه تا اجرای مداخله و پس‌آزمون، مطابق با اصول علمی، اخلاقی و استانداردهای پژوهش‌های آزمایشی در روان‌شناسی پیش رفت. داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی، معیارهایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای داده‌ها محاسبه شد تا به صورت کمی به توصیف وضعیت نمونه مورد نظر پرداخته شود. در سطح استنباطی، برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهشی، از آزمون شاپیرو-ویلک^{۱۵} استفاده شد و سپس، با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری^{۱۶} و تحلیل کواریانس تک‌متغیری^{۱۷}، فرضیه‌های پژوهش بررسی شدند. در این روش، تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته با کنترل کردن تأثیر متغیرهای دیگر بررسی شده است. برای انجام تحلیل‌های آماری، نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش از گزارش، اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان ارائه شده است. این داده‌ها شامل ویژگی‌های عمومی و پایه‌ای اعضای نمونه آماری است که شناخت دقیق‌تری از جامعه مورد بررسی فراهم می‌کند. شاخص‌هایی مانند سن، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان از جمله مواردی هستند که برای هر کدام، آمارهای توصیفی به‌صورت جداگانه بیان شده است. ارائه این اطلاعات موجب می‌شود ترکیب و توزیع نمونه پژوهش از نظر متغیرهای فردی کلیدی به‌طور دقیق‌تری مشخص شود. در گروه کنترل، ۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۴۴.۴۴ درصد) بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۷ نفر (۳۸.۸۹ درصد) بین ۲۶ تا

15. Shapiro-Wilk

16. multivariate analysis of covariance: MANCOVA

17. univariate analysis of covariance: ANCOVA

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان

۳۰ سال و ۳ نفر (۱۶.۶۷ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال سن داشته‌اند. در گروه آزمایش نیز ۶ نفر (۳۳.۳۳ درصد) در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۸ نفر (۴۴.۴۴ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۴ نفر (۲۲.۲۲ درصد) در محدوده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال قرار داشته‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که اکثریت شرکت‌کنندگان در گروه سنی بزرگسالی اولیه قرار دارند و از نظر توزیع سنی، تعادل نسبی میان دو گروه برقرار است. همچنین، در گروه کنترل، ۱۲ نفر (۶۶.۶۷ درصد) مجرد و ۶ نفر (۳۳.۳۳ درصد) متأهل بوده‌اند، در حالی که در گروه آزمایش ۱۴ نفر (۷۷.۷۸ درصد) مجرد و ۴ نفر (۲۲.۲۲ درصد) متأهل بوده‌اند. از نظر مقطع تحصیلی، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی بوده است. در گروه کنترل ۲ نفر (۱۱.۱۱ درصد) کاردانی، ۱۱ نفر (۶۱.۱۱ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۲۷.۷۸ درصد) کارشناسی ارشد بوده‌اند؛ در گروه آزمایش نیز ۵ نفر (۲۷.۷۸ درصد) در مقطع کاردانی، ۷ نفر (۳۸.۸۹ درصد) کارشناسی و ۶ نفر (۳۳.۳۳ درصد) کارشناسی ارشد تحصیل می‌کرده‌اند.

پیش از بررسی متغیر فاصله روان‌شناختی، شرکت‌کنندگان بر اساس نمرات حاصل از آزمون فقر تجربه هیجانی غربال شدند. فقط دانشجویانی که در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴-۰۵ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند و نمره‌ای بالاتر از ۱۴ در این آزمون کسب کرده بودند، وارد مرحله بعدی پژوهش شدند. کل نمونه شامل ۱۱۰ نفر بوده است که نمرات آنان بین ۹ تا ۳۵ متغیر بوده (میانگین ۲۲.۵۳۶ و انحراف معیار ۷.۶۶۶). پس از غربالگری، ۶۱ نفر با نمرات بین ۱۴ تا ۳۵ (میانگین ۲۴.۶۵۶ و انحراف معیار ۶.۳۲۴) باقی ماندند و در نهایت ۳۶ نفر با دامنه نمرات مشابه (میانگین ۲۵.۱۳۹ و انحراف معیار ۶.۵۳۰) برای ادامه پژوهش انتخاب شدند. این فرایند غربالگری، اطمینان حاصل کرد که فقط افرادی با ویژگی‌های مورد نظر در پژوهش حضور داشته باشند. در جدول ۲، آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه کنترل و آزمایش آورده شده است:

جدول ۲. آمار توصیفی نمرات متغیر فاصله روانشناختی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییر	تعداد	کنترل		آزمایش	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
نمره کل	پیش‌آزمون	۱۸	۵۶.۳۹	۲.۶۶	۵۴.۳۳
	پس‌آزمون	۱۸	۵۵.۳۳	۲.۸۳	۴۹.۸۳
گرایش به غلبه بر دیگران	پیش‌آزمون	۱۸	۲۸.۷۸	۱.۸۶	۲۷.۱۷
	پس‌آزمون	۱۸	۲۷.۵۰	۲.۰۷	۲۴.۶۷
ترجیح نابرابری	پیش‌آزمون	۱۸	۲۷.۶۱	۱.۹۴	۲۷.۲۲
	پس‌آزمون	۱۸	۲۷.۸۳	۱.۷۲	۲۵.۱۷

بر اساس جدول ۲، مشاهده می‌شود که میانگ توصیفی متغیر فاصله روان‌شناختی، مشاهده می‌شود که میانگین نمره کل گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۵۶.۳۹ با انحراف معیار ۲.۶۶ بوده و در مرحله پس‌آزمون اندکی کاهش یافته و به ۵۵.۳۳ با انحراف معیار ۲.۸۳ رسیده است. در مقابل، گروه آزمایش در پیش‌آزمون میانگین ۵۴.۳۳ با انحراف معیار ۰.۸۴ داشته که در پس‌آزمون به ۴۹.۸۳ با انحراف معیار ۲.۶۸ کاهش یافته است، که نشان‌دهنده تغییر محسوس در جهت کاهش فاصله روان‌شناختی پس از مداخله است. در مؤلفه گرایش به غلبه بر دیگران نیز گروه کنترل از میانگین ۲۸.۷۸ در پیش‌آزمون به ۲۷.۵۰ در پس‌آزمون رسیده، در حالی که گروه آزمایش از ۲۷.۱۷ به ۲۴.۶۷ کاهش یافته است. همچنین در مؤلفه ترجیح نابرابری، میانگین گروه کنترل از ۲۷.۶۱ به ۲۷.۸۳ تغییر یافته (افزایش جزئی)، اما در گروه آزمایش از ۲۷.۲۲ به ۲۵.۱۷ کاهش یافته است. این روندها بیانگر آن است که در حالی که تغییرات گروه کنترل ناچیز است، گروه آزمایش در تمامی شاخص‌ها کاهش معنادارتری را نشان می‌دهد که می‌تواند ناشی از اثر مداخله پژوهش باشد.

از سوی دیگر، آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها انجام شد. در گروه کنترل، برای نمره کل فاصله روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون (آماره $MV=0.969$ ، سطح معناداری $=0.788$) و پس‌آزمون (آماره $MV=0.938$ ، سطح معناداری $=0.269$)، فرض نرمال بودن توزیع رد نمی‌شود (سطح معناداری بزرگتر از 0.05). اما برای مؤلفه “گرایش به غلبه بر دیگران” در مرحله پیش‌آزمون، سطح معناداری 0.025 کوچکتر از 0.05 است، لذا فرض نرمال بودن رد می‌شود. در مؤلفه “ترجیح نابرابری” نیز در مرحله پیش‌آزمون (سطح معناداری $=0.018$) و پس‌آزمون (سطح معناداری $=0.091$)، نرمال بودن توزیع در پیش‌آزمون رد می‌شود ولی در پس‌آزمون قابل قبول است. در گروه آزمایش، برای نمره کل فاصله روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون (آماره $MV=0.875$ ، سطح معناداری $=0.022$) و پس‌آزمون (آماره $MV=0.940$ ، سطح معناداری $=0.290$)، نرمال بودن در پیش‌آزمون رد شده ولی در پس‌آزمون پذیرفته می‌شود. برای مؤلفه “گرایش به غلبه بر دیگران” در مرحله پیش‌آزمون (سطح معناداری $=0.006$) نرمال بودن رد می‌شود، اما در پس‌آزمون (سطح معناداری $=0.069$) قابل قبول است. در مؤلفه “ترجیح نابرابری” نیز در هر دو مرحله پیش‌آزمون (سطح معناداری $=0.102$) و پس‌آزمون (سطح معناداری $=0.094$) فرض نرمال بودن رد نمی‌شود. به طور کلی، در برخی موارد، به‌ویژه در مرحله پیش‌آزمون و برای برخی مؤلفه‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید نشده است که این امر ممکن است در تحلیل‌های بعدی لحاظ شود. در جدول ۳، کشیدگی و چولگی برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر فاصله روان‌شناختی آورده شده است:

جدول ۳: کشیدگی و چولگی برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر فاصله روان‌شناختی

منبع تغییر	تعداد	کنترل		آزمایش	
		کشیدگی	چولگی	کشیدگی	چولگی
		آماره	انحراف	آماره	انحراف
نمره کل فاصله	پیش‌آزمون	۰.۲۴۰	۰.۵۳۶	-۰.۴۱۸	۱.۰۳۸
		۰.۲۴۰	۰.۵۳۶	-۰.۴۱۸	۱.۰۳۸
روانشناختی	پس‌آزمون	۰.۲۸۵	۰.۵۳۶	-۰.۸۹۲	۱.۰۳۸
		۰.۲۸۵	۰.۵۳۶	-۰.۸۹۲	۱.۰۳۸
گرایش به غلبه	پیش‌آزمون	۰.۳۱۰	۰.۵۳۶	-۱.۴۲۶	۱.۰۳۸
		۰.۳۱۰	۰.۵۳۶	-۱.۴۲۶	۱.۰۳۸
بر دیگران	پس‌آزمون	۰.۱۸۰	۰.۵۳۶	-۰.۸۳۳	۱.۰۳۸
		۰.۱۸۰	۰.۵۳۶	-۰.۸۳۳	۱.۰۳۸
ترجیح نابرابری	پیش‌آزمون	۰.۱۳۵	۰.۵۳۶	-۱.۵۹۰	۱.۰۳۸
		۰.۱۳۵	۰.۵۳۶	-۱.۵۹۰	۱.۰۳۸
پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰.۲۵۴	۰.۵۳۶	-۱.۱۶۷	۱.۰۳۸
		۰.۲۵۴	۰.۵۳۶	-۱.۱۶۷	۱.۰۳۸

نتایج جدول ۳، وضعیت کشیدگی و چولگی متغیر پژوهش را نرمال نشان داده است. با توجه به اینکه شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی بدست آمده، برای متغیرهای پژوهش، خارج از محدوده ± 2 نیست، لذا توزیع این متغیرها نرمال است. این مفروضه مستلزم این است که رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحقیق، در هر یک از گروه‌ها یکسان باشد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های پژوهش، پیش فرض همگنی شیب رگرسیون است. این فرض توسط مقایسه شیب‌های خط رگرسیون بین دو گروه و محاسبه مقدار F و سطح معنی‌داری آن بررسی می‌شود. شیب‌های نابرابر حاکی از این است که تعاملی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد که موجب گمراه کننده بودن نتایج تحلیل کواریانس می‌گردد (استیونس^{۱۸}، ۱۹۹۶). نتایج بررسی این پیش‌فرض در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود:

جدول ۴: بررسی همگنی شیب رگرسیون

Sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییر
۰.۰۰۱	۶۰۴۵.۹۴۳	۵۳۸۹۷.۷۶۶	۱	۵۳۸۹۷.۷۶۶	عرض از مبدا
۰.۷۲۴	۰.۳۲۷	۲.۹۱۸	۲	۵.۸۳۶	گروه × فاصله روانشناختی
			۳۶	۱۰۰۰۷۱	کل

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میزان معناداری F برای متغیر فاصله روانشناختی با درجه آزادی ۱ و ۲ ($p > 0.05$)، $F_{(1,2)} = 0.33$ بیشتر از میزان ۰.۰۵ محاسبه شده است که این امر بیانگر این است که همگنی شیب رگرسیون متغیرها رعایت شده است. در ادامه به بررسی فرضیه پژوهش پرداخته می‌شود:

درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان اثربخش است. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. لذا قبل از اجرای آزمون به بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس و همگنی بین واریانس‌ها در گروه‌های مورد بررسی پرداخته شده است. برای بررسی این مفروضه آزمون M باکس یکسانی ماتریس کوواریانس را ارزیابی می‌کند. نتیجه این آزمون در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کوواریانس

Sig.	df 2	df 1	F	Box'M
۰.۷۱۰	۲۰۸۰۸۰	۳	۰.۴۶۰	۱.۴۷۴

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میزان معناداری F با درجه آزادی ۳ و ۲۰۸۰۸۰ برای مولفه‌های فاصله روانشناختی ($F_{(3,208080)} = 0.460$, $p > 0.05$) بیشتر از میزان ۰.۰۵ محاسبه شده است که این امر بیانگر این است که تفاوت معناداری در ماتریس کوواریانس متغیرهای مورد بررسی در گروه‌ها وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای مورد بررسی رعایت شده است. برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین متغیرها ترکیبی از بین آزمون‌های چندمتغیره، آماره چندمتغیره لامبدای ویلکز مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتیجه این آزمون در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون‌های چندمتغیره بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر مولفه‌های فاصله روانشناختی

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	η^2
پیلایی	۰.۴۷۲	۱۳.۸۸۳	۲	۳۱	۰.۰۰۱	۰.۴۷۲
لامبدای ویلکز	۰.۵۲۸	۱۳.۸۸۳	۲	۳۱	۰.۰۰۱	۰.۴۷۲
هوتلینگ	۰.۸۹۶	۱۳.۸۸۳	۲	۳۱	۰.۰۰۱	۰.۴۷۲
بزرگترین ریشه روی	۰.۸۹۶	۱۳.۸۸۳	۲	۳۱	۰.۰۰۱	۰.۴۷۲

با توجه به اطلاعات جدول ۶ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰.۵۳ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۱۳.۸۸ بود. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۲ و ۳۱ کمتر از ۰.۰۱ است که این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از مولفه‌های فاصله روانشناختی، تفاوت وجود داشته است ($p < 0.01$, $\eta^2 = 0.47$), $F_{(2,31)} = 13.88$, $\Lambda = 0.53$). در ادامه برای بررسی اثربخشی مداخله بر تک‌تک متغیرهای وابسته، از تحلیل کوواریانس

چندمتغیری استفاده شده است. لذا قبل از اجرای آزمون به بررسی همگنی بین واریانس‌ها در گروه‌های مورد بررسی پرداخته شده است.

جدول ۷: آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df1	df2	Sig.
گرایش به غلبه بر دیگران	۰.۶۶۵	۱	۳۴	۰.۴۲۰
ترجیح نابرابری	۰.۸۹۵	۱	۳۴	۰.۳۵۱

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، میزان معناداری F با درجه آزادی ۱ و ۳۴ برای مولفه گرایش به غلبه بر دیگران ($F_{(1,34)}=0.67, p>0.05$) و ترجیح نابرابری ($F_{(1,34)}=0.90, p>0.05$)، بیشتر از میزان ۰.۰۵ محاسبه شده است که نشان می‌دهد همگنی واریانس‌ها فقط در مولفه‌های گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری، رعایت شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
گرایش به غلبه بر دیگران	۵۸.۸۴۵	۱	۵۸.۸۴۵	۱۱.۶۱۰	۰.۰۰۲	۰.۲۶۶
	۵۳.۶۷۶	۱	۵۳.۶۷۶	۱۴.۶۱۴	۰.۰۰۱	۰.۳۱۴
گرایش به غلبه بر دیگران	۱۶۲.۱۹۱	۳۲	۵.۰۶۸			
	۱۱۷.۵۳۲	۳۲	۳.۶۷۳			
گرایش به غلبه بر دیگران	۲۳۴.۷۵۰	۳۵				
	۱۸۳.۰۰۰	۳۵				

نتایج تحلیل در جدول ۸ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین برای مولفه گرایش به غلبه بر دیگران برابر با ۱۱.۶۱ و برای مولفه ترجیح نابرابری برابر با ۱۲.۶۱، محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری F برای مؤلفه‌های گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری از مقدار مفروض ۰.۰۱ کمتر است؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش مؤلفه‌های گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری تاثیر داشته است. با توجه به ضریب اتا، درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش گرایش به غلبه بر دیگران به میزان ۰.۲۷ واحد ($F_{(1,32)}=11.61, \eta^2=0.27, p<0.01$) و ترجیح نابرابری به میزان ۰.۳۱ واحد ($F_{(1,32)}=14.61, \eta^2=0.31, p<0.01$) تاثیر داشته است. برای بررسی جهت اثرگذاری مداخله بر مولفه‌های فاصله روانشناختی، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۹ ارائه شد.

جدول ۹: میانگین تعدیل شده نمرات مولفه‌های فاصله روانشناختی

متغیر	گروه	گرایش به غلبه بر دیگران	ترجیح نابرابری
میانگین	کنترل	۲۷.۵۵۱	۲۷.۹۰۲
	آزمایش	۲۴.۶۱۵	۲۵.۰۹۸
انحراف معیار	کنترل	۰.۵۷۱	۰.۴۸۶
	آزمایش	۰.۵۷۱	۰.۴۸۶

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۹، میانگین تعدیل شده نمرات گرایش به غلبه بر دیگران (۲۴.۶۲ و ۲۷.۵۵) و ترجیح نابرابری (۲۵.۱ و ۲۷.۹۰)، در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت بر فاصله روانشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی شهر اصفهان اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری به عنوان مولفه‌های فاصله روانشناختی تأثیر داشته‌است. با توجه به ضریب اتا، درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش گرایش به غلبه بر دیگران به میزان ۰.۲۷ واحد و ترجیح نابرابری به میزان ۰.۳۱ واحد، اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات موسوی قیداری و خرم‌آبادی (۱۴۰۳)، کوهی خواجه‌ها و همکاران (۱۴۰۳)، رجبی و پورفرج عمران (۱۴۰۲)، کارنازی و بلوس (۲۰۲۳) و میلارد و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. موسوی قیداری و خرم‌آبادی (۱۴۰۳) در پژوهشی بر روی زنان دارای وسواس فکری-عملی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت با کاهش احساس تنهایی رابطه دارد. از آنجا که احساس تنهایی به‌عنوان یکی از جلوه‌های فاصله روانشناختی درونی شده تلقی می‌شود، این یافته را می‌توان در راستای تأثیر مداخلات شفقت‌محور بر تقلیل فاصله روانشناختی تفسیر کرد. همچنین کوهی خواجه‌ها و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با مشارکت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت‌به‌خود را در کاهش احساس تنهایی تأیید کردند. با توجه به اشتراکات نظری بین احساس تنهایی و فاصله روانشناختی در ادبیات روانشناسی بین‌فردی، این نتیجه نیز در تداوم یافته حاضر قابل ارزیابی است. رجبی و پورفرج عمران (۱۴۰۲) نیز در مطالعه‌ای بر روی بیماران افسرده، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت را در کاهش احساس تنهایی گزارش کردند که به‌طور خاص در جمعیت هدف مشابه با پژوهش حاضر انجام شده و بنابراین از منظر بالینی بسیار مرتبط است. کارنازی و بلوس (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای میان‌فرهنگی دریافتند که مداخله‌های مبتنی بر شفقت در کاهش احساس تنهایی مؤثر هستند، که این داده‌ها بر اعتبار برون‌نمونه‌ای نتایج کنونی تأکید می‌ورزد. در نهایت، میلارد و همکاران (۲۰۲۳) در یک فراتحلیل نظام‌مند نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت با کاهش خودانتقادی و افسردگی همراه است. از آنجا که خودانتقادی و افسردگی از خاستگاه‌های اصلی فاصله روانشناختی به‌شمار می‌روند، این تحلیل نیز به تقویت پشتوانه نظری یافته حاضر کمک می‌کند. مجموع این شواهد تجربی نشان می‌دهند که یافته پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش فاصله روانشناختی، از پشتیبانی پژوهشی معتبری برخوردار است.

در ارتباط با تبیین یافته حاضر که نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش گرایش به غلبه بر دیگران و ترجیح نابرابری به‌عنوان مؤلفه‌های فاصله روانشناختی اثربخش است، می‌توان گفت که اثرگذاری این درمان را باید در سطحی عمیق از بازسازی الگوهای درونی خود و دگر و نیز در بازتعریف نگرش فرد نسبت به ارزش، قدرت و وابستگی اجتماعی جست‌وجو کرد. درمان متمرکز بر شفقت که بر بنیان نظریه‌های تنظیم هیجان، دلبستگی ایمن و روان‌شناسی تکاملی استوار است، با تمرکز بر فعال‌سازی نظام مراقبت و مهربانی درونی، به‌صورت بنیادی به دگرگونی سازوکارهای دفاعی و رقابتی ذهن انسان می‌پردازد. افراد دارای گرایش به غلبه بر دیگران معمولاً در سطح هیجانی، از نایمینی عمیق، احساس بی‌کفایتی، و ترس از طرد یا تحقیر رنج می‌برند. این افراد برای جبران فقدان احساس ارزش درونی، از راهبردهای بیرونی‌سازی قدرت مانند کنترل دیگران، نمایش برتری یا سلطه استفاده می‌کنند. در واقع، گرایش به غلبه، نه از حس قدرت بلکه از احساس ضعف و آسیب‌پذیری نشئت می‌گیرد و کارکردی جبرانی برای محافظت از خود در برابر دردهای درونی دارد. درمان متمرکز بر شفقت با فراهم کردن فضایی امن برای مواجهه با هیجاناتی نظیر شرم، ناکامی، و احساس بی‌ارزشی، به افراد کمک می‌کند تا به جای انکار یا فرار از این هیجانات، آن‌ها را در چارچوب پذیرش و مراقبت درونی تجربه کنند. در نتیجه، نظام ارزشی درونی از محور مقایسه و برتری‌جویی

به محور پذیرش و تعلق تغییر جهت می‌دهد. این دگرگونی بنیادین موجب می‌شود فرد دیگر نیازی به تثبیت ارزش خود از طریق سلطه بر دیگران نداشته باشد، زیرا احساس ارزش درونی از دل خوددلسوزی و پذیرش بدون قید و شرط برمی‌خیزد. در همین راستا، ترجیح نابرابری نیز که بازتابی از تمایل به حفظ تفاوت‌های منزلتی، قدرتی یا ارزشی میان خود و دیگران است، در بستر درمان متمرکز بر شفقت به چالش کشیده می‌شود. این ترجیح معمولاً ریشه در درونی‌سازی الگوهای اجتماعی سلسله‌مراتبی دارد، جایی که ارزش و احترام به جای آنکه در انسانیت مشترک تعریف شود، در جایگاه و کنترل بیرونی جست‌وجو می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت از طریق تمرین‌هایی نظیر تصویرسازی مراقب درونی، بازنمایی صدای منتقد درونی، و مراقبه‌های ارتباط با دیگران، نظام معنایی فرد را از رقابت و تفکیک به همدلی و پیوند بازتعریف می‌کند. در این بازتعریف، فرد درمی‌یابد که انسان‌ها صرف‌نظر از تفاوت‌هایشان، در رنج، محدودیت و نیاز به تعلق اشتراک دارند؛ بنابراین احساس برتری یا تمایل به نابرابری جای خود را به درک متقابل و همدردی می‌دهد. افزون بر این، درمان متمرکز بر شفقت با فعال‌سازی نظام هیجانی مراقبت و ایمنی در برابر دو نظام تهدید و انگیزش پاداش، به فرد می‌آموزد که ارزش انسانی او به واسطه عشق، حمایت و تعلق شکل می‌گیرد نه از راه رقابت، کنترل یا تسلط. این دگرگونی هیجانی و شناختی، به کاهش فاصله روانشناختی می‌انجامد، زیرا احساس تمایز، رقابت و جدایی جای خود را به حس اشتراک، درک و همدلی می‌دهد. در چنین شرایطی، فرد به جای نگاه از بالا به پایین، به درک هم‌سطحی و هم‌ارز بودن با دیگران می‌رسد و این ادراک جدید، روابط بین‌فردی را از ساختار قدرت‌محور به ساختار مراقبتی و همدلانه تبدیل می‌کند.

افزون بر آن، تمرین‌های درمانی خاص در درمان متمرکز بر شفقت مانند نوشتن نامه‌های دلسوزانه خطاب به خود، گفت‌وگوی درونی حمایتی، و تصویرسازی از خود آسیب‌دیده، فرایند انتقال منبع ارزش را از بیرون به درون تسهیل می‌کند. فرد به تدریج درمی‌یابد که منبع احساس ارزش و امنیت در روابط بیرونی یا در جایگاه قدرت نهفته نیست، بلکه در ظرفیت پذیرش خویشتن، مراقبت از خود، و درک محدودیت‌های انسانی اوست. در این سطح از بازسازی روان‌شناختی، میل به برتری و سلطه‌جویی به صورت طبیعی فروکش می‌کند، زیرا ذهن دیگر نیازی به ایجاد فاصله روانی برای حفاظت از خود احساس نمی‌کند. بدین ترتیب، فاصله روانشناختی که در اصل حاصل اضطراب رابطه‌ای، ترس از آسیب‌پذیری و باور به تفاوت بنیادین میان خود و دیگران است، جای خود را به تجربه پیوند انسانی، همدلی و احترام متقابل می‌دهد. در چنین فرآیندی، حتی مفاهیمی چون موفقیت، منزلت و اعتبار، معنای تازه‌ای می‌یابند؛ آن‌ها دیگر ابزار برتری‌جویی نیستند، بلکه بسترهایی برای رشد مشترک و همکاری می‌شوند. در نهایت، می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت نه تنها با کاهش مؤلفه‌های سلطه‌محور و نابرابری‌خواه در ساختار شناختی هیجانی فرد، به بازسازی رابطه او با خود و دیگران می‌پردازد، بلکه از طریق تقویت همدلی، دلسوزی و پذیرش متقابل، به شکل‌گیری جامعه‌ای همدل‌تر، عادلانه‌تر و مبتنی بر برابری روان‌شناختی کمک می‌کند؛ فرآیندی که در آن، فاصله روانی فرو می‌ریزد و احساس انسانیت مشترک، جایگزین رقابت، کنترل و تمایز می‌شود.

از سوی دیگر، محدودیت‌های اصلی این پژوهش شامل حجم نمونه نسبتاً کم (۱۸ نفر در هر گروه) است که اگرچه با استانداردهای پژوهش‌های آزمایشی مطابقت دارد، اما توان آماری لازم برای تشخیص اثرات کوچک درمانی و تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین، انتخاب نمونه صرفاً بر اساس نمرات پرسشنامه افسردگی بک و عدم انجام ارزیابی بالینی رسمی، دقت در گزینش نمونه را تحت تأثیر قرار داده است. علاوه بر این، استفاده انحصاری از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیر وابسته (فاصله روانشناختی)، احتمال سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی را افزایش می‌دهد. دوره درمانی کوتاه مدت و فقدان پیگیری پس از درمان نیز امکان اظهارنظر قطعی درباره پایداری اثرات مداخله را سلب می‌کند. در نهایت، تمرکز پژوهش بر تنها دو متغیر وابسته و عدم سنجش سایر عوامل کلیدی مرتبط با افسردگی مانند خودانتقادی، شرم، یا تنظیم هیجان، درک جامع از سازوکار اثرگذاری درمان را محدود ساخته است.

در راستای گسترش دانش و رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهادهای پژوهشی متنوعی ارائه می‌گردد. با توجه به حجم محدود نمونه، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی حجم نمونه افزایش یابد تا قدرت آماری و قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج بهبود یابد. همچنین، برای غربالگری دقیق‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته مبتنی بر DSM-5 و ارزیابی بالینی توسط متخصص توصیه می‌شود. برای کاهش سوگیری ابزارهای خودگزارشی، پیشنهاد شده است که از داده‌های ترکیبی شامل ارزیابی بالینی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و تحلیل محتوای نوشتارها استفاده شود. همچنین، برای بررسی پایداری درمان، انجام ارزیابی‌های پیگیرانه در بازه‌های زمانی میان‌مدت و بلندمدت ضروری است. در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده، سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با افسردگی را نیز مورد سنجش قرار دهند تا الگوی جامع‌تری از سازوکار اثرگذاری درمان متمرکز بر شفقت ترسیم گردد.

بر اساس نتایج این پژوهش که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را بر کاهش فاصله روانشناختی در دانشجویان افسرده نشان می‌دهد، پیشنهادهای کاربردی متعددی مطرح می‌شود. توصیه می‌شود مراکز مشاوره دانشگاهی دوره‌های آموزشی با تمرکز بر ارتقاء سواد هیجانی، پذیرش هیجانات، معنابخشی به آن‌ها، کاهش خودانتقادی، تقویت خودپذیری، همدلی با خود، و کاهش گسست‌های درونی برگزار کنند. همچنین، دانشگاه‌ها می‌توانند در برنامه‌های توسعه فردی و کارگاه‌های سلامت روان، از رویکردهای مبتنی بر خودمهربانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بهره‌گرفته و بر پرورش نگرش‌های شفقت‌آمیز نسبت به خود و تجارب هیجانی تأکید ورزند تا پیوند ذهنی یکپارچه‌تری در تجربه خود شکل گیرد و دانشجویان با شیوه‌های پاسخ‌دهی غیرقضاوت‌گرانه به تجارب هیجانی آشنا شوند.

منابع

- [۱] استفان دابسون، ک. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توانبخشی. ۸ (شماره ویژه): ۸۰-۸۶.
- [۲] باسط راد، ن.، فاطمی، ز. و نوری، ع. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر بازاریابی حسی بر نیت رفتاری گردشگر با میانجیگری فاصله روان شناختی (مطالعه موردی: آژانس های مسافرتی شهر مشهد). پایان نامه کارشناسی ارشد بازاریابی جهانگردی، موسسه آموزش عالی شانديز.
- [۳] رجبی، غ. ر. و کارجو کسمایی، س. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۳ (۰)، ۱۳۹-۱۵۸.
- [۴] رجبی، م. و پورفرج عمران، م. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و رضایت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر.
- [۵] کبیری نسب، ی.، بحرینیان، س. ع.، آهی، ق. و منصوری، ا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳ (۲)، ۱۹۷-۱۷۷.
- [۶] کوهی خواجه‌ها، م.، شاکری، ن. و طاهر، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجان، احساس تنهایی و تکانشگری در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی. نشریه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۳۴ (۱)، ۸۸-۷۳.
- [۷] موسوی قیداری، م. و خرم‌آبادی، ی. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و احساس تنهایی در زنان دارای وسواس فکری - عملی شهر قیدار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور استان همدان، مرکز پیام نور کیبودرآهنگ.
- [8] Arnold, R., Alldredge, C. T., Cattani, K., Griner, D., Erekson, D. M., Burlingame, G. M., & Beecher, M. E. (2021). *Compassion focused therapy participant workbook*. Routledge.
- [9] Beck AT, Steer RA, Brown G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio.
- [10] Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*, 6th Edition. London: Routledge Falmer.
- [11] Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Adv psychiatr treat*. 15: 199-208.
- [12] Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population, *Depression and Anxiety*, 25, 104-110.
- [13] Karnaze, M., & Bloss, C. (2023). Protective roles of empathy and compassion against loneliness early in the SARS-CoV-2 pandemic. *Current Research in Behavioral Sciences*, (5), 100-130.
- [14] Kirby, J. N., & Petrocchi, N. (2023). Compassion focused therapy—What it is, what it targets, and the evidence. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Eds.), *Handbook of self-compassion* (pp. 417-432). Springer Nature Switzerland AG
- [15] Kotera, Y., Beaumont, J., Edwards, A. M., Cotterill, M., Kirkman, A., Tofani, A. C., McPhilbin, M., Takhi, S., Barnes, K., Todowede, O., Ingall, B. R., Asano, K., & Arimitsu, K. (2024). A Narrative Review of Compassion Focused Therapy on Positive Mental Health Outcomes. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 14(8), 643.
- [16] Kundrať, J., & Rojková, Z. (2021). Psychological distance as a means of evaluation. *New Ideas in Psychology*, (63), 100-900
- [17] Liu XQ, Guo YX, Zhang WJ, Gao WJ. (2022). Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. *World J Psychiatry*, 12(7):860-873.

- [18] Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
- [19] Rodrigues, T., Baenas, I., Coelho, C., Ramos, R., Fernandez-Aranda, F., Machado, P. (2024). Self-compassion, difficulties in emotion regulation and eating psychopathology: Findings from an eating disorders clinical sample and a college sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (33), 100-779.
- [20] Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge University Press.
- [21] Xiong, J., Hai, M., Wang, J., Li, Y., & Jiang, G. (2020). Cumulative risk and mental health in Chinese adolescents: The moderating role of psychological capital. *School Psychology International*, 41(5), 409–429.