MEJDS. 2021; 11:165

Published online 2021 Dec. **Original Article**

The Effects of Compassion-Focused Therapy on Depression and Anxiety in Dezful County Teachers

Afshariyanzadeh A[1], *Bayat F[2], Esfahani Asl M[3]

Author Address
1. Masters of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran;
2. PhD in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran;
3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.
***Corresponding author's email:** a.afshariyanzadeh@gmail.com

Received: 2018 December 28; **Accepted:** 2019 February 16

Abstract

Background & Objectives: In an education system, the teachers' mental health is of importance. A teacher with problems like depression or anxiety may transmit such feelings to students and harm them. A student who cannot understand the teacher falls behind studies and may discontinue studying. If a teacher has the authority to reduce his anxiety and depression and affect students' learning process, one can expect more academic achievement. Several studies have supported the relationship between high levels of self-compassion and low levels of depression and anxiety, even with self-criticism. Several studies have generally been conducted on compassion psychology, particularly on Compassion-Focused Therapy (CFT). Thus, this study aimed to determine the effects of CFT on depression and anxiety in teachers.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The research sample consisted of 30 elementary school teachers in Dezful City, Iran, in 2018. They were selected by the convenience sampling method and randomly divided into the experimental and control (n=15/group) groups. The experimental group underwent eight 120-min CFT sessions (Germer & Neff, 2013). After completing the sessions, the posttest was conducted. The inclusion criteria of the research included the age over 20 years, a teacher in Dezful and suburban areas, and no mental health disorders. The exclusion criteria included irregular attendance in training classes, failure to perform homework, providing incomplete questionnaires and information. The methodology used in this study was to provide readiness for attending this course per the calls made in various schools in the city. After the volunteers were identified, they were all pretested. The tools used in this study were Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996) to measure depression and Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990) to measure anxiety levels. Furthermore, data analysis was conducted using descriptive statistics (including mean & standard deviation) and inferential statistics, including univariate and multivariate analysis of covariance in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results indicated that with pretest control, there was a significant difference between the experimental and control groups in the posttest concerning depression ($p<0.001$) and anxiety ($p<0.001$). Eta-squared values also revealed that 0.783 of the changes in depression and 0.801 of the changes in anxiety could be explained by the independent variable (CFT).

Conclusion: According to the present study results, therapists working with teachers with depression and anxiety are recommended to use CFT to reduce depression and anxiety.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Depression, Anxiety, Teachers.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۶۵.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر افسردگی و اضطراب معلمان شهرستان دزفول

اسداله افشاریان‌زاده[۱]، *فرزانه بیات[۲]، مریم اصفهانی اصل[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشجو دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** a.afshariyanzadeh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ دی ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ بهمن ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: شغل معلمان جزو مشاغل چالش‌برانگیز و پراسترس است و به همین دلیل معلمان با اختلالات شایع روان‌شناختی و افسردگی و اضطراب روبه‌رو می‌شوند؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر افسردگی و اضطراب معلمان شهرستان دزفول انجام گرفت.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونهٔ پژوهش را ۳۰ نفر از معلمان مقطع ابتدایی شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). صرفاً برای گروه آزمایش هشت جلسهٔ ۱۲۰دقیقه‌ای درمان مبتنی‌بر شفقت براساس راهنمای درمانی گرمر و نف (۲۰۱۳) انجام پذیرفت. ابزارهای استفاده‌شده در پیش‌آمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ‌ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) برای سنجش سطح افسردگی و پرسش‌نامهٔ اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) برای سنجش میزان اضطراب بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون از لحاظ افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین مقادیر مجذور اتا نشان داد که ۰/۷۸۳ از تغییرات افسردگی و ۰/۸۰۱ از تغییرات اضطراب ازطریق متغیر مستقل (درمان مبتنی‌بر شفقت) قابل تبیین بود.

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج این پژوهش، به درمانگران در حیطهٔ کار با معلمان دارای افسردگی و اضطراب توصیه می‌شود از درمان مبتنی‌بر شفقت به‌منظور کاهش افسردگی و اضطراب آنان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر شفقت، افسردگی، اضطراب، معلمان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

۱ مقدمه

در نظام آموزش‌وپرورش، باتوجه به رسالت و نقش مؤثر معلمان در رشد ابعاد وجودی دانش‌آموزان و تربیت نیروی انسانی و مسئولان آتی جامعه، به‌ویژه در دوره ابتدایی که زمینه‌ساز و اساس رشد در دوره‌های بعدی محسوب می‌شود، اهمیت و سلامت بهداشت روانی معلمان آشکار است. حال معلمی که دارای مشکلاتی چون افسردگی یا اضطراب باشد، ممکن است این حس را به دانش‌آموز منتقل کند و او را دچارآسیب کند. دانش‌آموزی که نمی‌تواند تدریس معلم را درک نماید، دچار افت تحصیلی می‌شود و درنتیجه ممکن است از ادامهٔ تحصیل بازماند (۱). اگر معلم در کاهش اضطراب و افسردگی خویش اقتدار به خرج دهد و بر روند یادگیری دانش‌آموزان تأثیر بگذارد، می‌توان انتظار پیشرفت تحصیلی بیشتری داشت. بدیهی است که عوامل گوناگونی بر پیشرفت تحصیلی تأثیرگذارند؛ از میزان انگیزش و سلامت جسمانی و بهرهٔ هوشی گرفته تا وجودنداشتن اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلالات حواس و فرصت‌های یادگیری (۲).

افسردگی در حال حاضر عامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان بیان شده است و ۳۵۰میلیون نفر را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳). امروزه از مسائل بسیار مهم مطالعه‌شدهٔ روان‌شناسان، استرس و اضطراب و افسردگی است و این امر توجه روان‌پزشکان و متخصصان علوم رفتاری را در سراسر جهان به خود جلب کرده است (۴). مسئلهٔ شمارهٔ یک دنیا در میان بیماری‌های جسمی و روانی، افسردگی است. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، افسردگی از اختلالات مهم‌تر خلقی است که با کاهش خلق، احساس گناه و بی‌ارزشی، ازدست‌دادن علاقه، اختلال در اشتها و خواب، ضعف تمرکز و کاهش انرژی همراه است (۴). از اختلالات شایع‌تر روان‌پزشکی اضطراب و افسردگی می‌باشد؛ با شیوع ۱۰تا۲۰درصد در سال در جمعیت عمومی می‌توان گفت به‌طور تقریبی ۱۵ درصد از کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (۴). اختلالات اضطرابی از اختلالات شایع‌تر روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است. بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰۰میلیون اروپایی و ۱۹میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند. میزان شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است. اختلال اضطرابی، در میان مراجعان به روان‌پزشک و نیز مراجعان به پزشکی‌های عمومی فراوان یافت می‌شود و تقریباً ۸درصد از همهٔ بیماران روانی سرپایی، مبتلا به این اختلال هستند (۵). طبق بررسی‌های صورت‌گرفته در زمینهٔ اختلالات روانی در ایران، مشخص شد که طیف این اختلالات بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان است و مانند اکثر بررسی‌های جهانی، در ایران نیز اختلال اضطرابی از اختلالات بسیار شایع به‌شمار می‌رود (۵).

در طی سال‌های اخیر تعداد پژوهش‌هایی که به‌طور عام دربارهٔ روان‌شناسی شفقت و به‌طور خاص دربارهٔ درمان متمرکز بر شفقت انجام شده است و همچنین پژوهش‌ها و مقالاتی که شفقت را بررسی کرده‌اند، رو به افزایش است (۶). نف و گرمر خودشفقتی را سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهرورزی به خویش دربرابرقضاوت‌کردن خود و مشترکات انسانی درمقابل انزوا و تنهایی و ذهن‌آگاهی درمقابل همانندسازی با افراط تعریف کردند (۷). اگر این سه مؤلفهٔ مرتبط را باهم ترکیب کنیم، به مشخصهٔ فردی دست می‌یابیم که به خود شفقت می‌ورزد. ازطرفی گیلبرت به استفاده از این نوع سازه در فضای جلسات درمان اقدام نمود و درنتیجه «درمان متمرکز بر شفقت» را مطرح کرد. اصول پایه در درمان مبتنی‌بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای آرام‌بخش بیرونی باید جنبهٔ درونی پیدا کنند که در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که دربرابر عوامل بیرونی از خود واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (به نقل از ۸). در راستای مداخلات روان‌شناختی یکی از روان‌درمانی‌ها، روان‌درمانی مبتنی‌بر شفقت است که توجه روان‌درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است. درمان مبتنی‌بر شفقت، با هدف کاهش درد، رنج، اضطراب و افسردگی، ایجاد شده است (۹)؛ برای مثال، آریمیتسو و هافمن در پژوهشی به بررسی نقش واسطهٔ شناخت در روابط بین خودشفقت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی در اعتمادبه‌نفس مردم ژاپن پرداختند. نتایج نشان داد که خودشفقت‌ورزی و اعتمادبه‌نفس با افزایش افکار مثبت و کاهش اضطراب ارتباط دارد (۱۰). در مطالعهٔ دیگری بویر و همکاران اثربخشی درمان ذهن شفقت‌ورز را بر افراد دچار ضربات روحی بررسی کردند. پس از پایان درمان، این افراد دوباره توانستند اعتماد و اطمینان ازدست‌داده‌شان را به‌دست آورند. همچنین افسردگی، حمله به خود، شرمندگی و اضطراب در آن‌ها بهبود پیدا کرد (۱۱). بیومونت و همکاران طی پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت را بر بیماران دچار ضربات روحی ارزیابی کردند. پس از پایان درمان به‌طرز چشمگیری میزان اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری و انزوا، تحریک شدید و افکار کنجکاوانه منفی کاهش یافتند (۱۲). همچنین لوکره و کورتن در پژوهشی واکنش و نتیجهٔ درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی و درمان متمرکز بر شفقت و درمان ذهن شفقت‌ورز را ارزیابی کردند. درنتیجهٔ ارزیابی مشخص شد که این بیماران در میزان افسردگی، استرس، اضطراب و ازخودبیزاری، کاهش و در اعتماد مجدد به خود، شفقت اجتماعی، خلق‌وخو و عملکردهای اجتماعی بهبود پیدا کرده‌اند (۱۳). جادج و همکاران زمانی به اهمیت درمان مبتنی‌بر شفقت پی بردند که در افسردگی، اضطراب، استرس، خودانتقادی، خجالت، رفتارهای حقارت‌گونه و ترحم اجتماعی افرادی که به‌صورت گروهی شرکت داشته، تغییرات مثبتی را مشاهده کردند (۱۴). دیدریچ و همکاران نیز در پژوهشی بر بیماران افسرده، دریافتند که تمرین‌های متمرکز بر شفقت همانند تنظیم هیجانی مثبت می‌تواند به کاهش افسردگی بیماران کمک کند (۱۵). برایانز و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و ازجمله نشانه‌های افسردگی مؤثر است (۱۶)؛ بنابراین انتظار می‌رود که درمان مبتنی‌بر شفقت با افزایش مهرورزی و بهوشیاری و کاهش قضاوت‌ها، به بهبود سلامت روانی معلمان کمک کند. باتوجه به تأثیر متغیرهای افسردگی و اضطراب بر راندمان و کارایی تدریس معلمان و طبق مطالعاتی که صورت گرفته است، اهمیت و بررسی بیشتر این متغیرها روشن می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر افسردگی و اضطراب معلمان بود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری را تمامی معلمان مقطع ابتدایی شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه‌ها در این پژوهش ۳۰ نفر از معلمان بودند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه شامل گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود معلمان به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن بیشتر از ۲۰ سال؛ معلم شهرستان دزفول و حومه‌بودن؛ نداشتن روان‌گسیختگی. ملاک‌های خروج معلمان از پژوهش، شرکت نامنظم در کلاس‌های آموزشی، انجام‌ندادن تکالیف منزل، تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه‌ها و ارائهٔ اطلاعات ناقص بود. روش اجرا در این پژوهش به این صورت بود که باتوجه به فراخوان‌هایی که در مدارس مختلف شهر نصب شد، معلمانی که تمایل به شرکت در این دورهٔ درمانی داشتند، آمادگی خود را برای شرکت در دورهٔ مذکور اعلام کردند. بعد از مشخص‌شدن افراد داوطلب از همهٔ آن‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. لازم به‌ذکر است که قبل از برگزاری آزمون، توضیحات راهنمای آزمون به آزمودنی‌ها ارائه شد و درنهایت تعداد ۳۰ نفر از کسانی انتخاب شدند که نتیجهٔ آزمون آن‌ها یک انحراف معیار بیشتر از میانگین بود. سپس آن‌ها در دو گروه گواه و آزمایش به‌صورت تصادفی تقسیم شدند. در ادامه روی گروه آزمایش که متشکل از ۱۵ نفر بود، پروتکل درمانی به‌مدت هشت جلسه اجرا شد. در پژوهش حاضر روش درمان مبتنی‌بر شفقت (CFT)[1] براساس راهنمای درمانی گرمر و نف استفاده شد (۱۷). آزمودنی‌ها هر هفته یک جلسه و در مدت زمان حدوداً ۱۲۰ دقیقه این درمان را دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات درمانی، برای دومین‌بار، آزمون‌های روان‌شناختی از آزمودنی‌های هر دو گروه گرفته شد. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش به‌شرح زیر بود: شرکت در این پژوهش بنا بر تمایل شرکت‌کننده‌ها بود و تمام افراد اطلاعاتی جامع دربارهٔ این پژوهش دریافت کردند؛ به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه است و فقط در امور پژوهشی استفاده می‌شود؛ همهٔ شرکت‌کنندگان حق انصراف از ادامهٔ شرکت در پژوهش در تمام مراحل شامل جمع‌آوری داده‌ها، اندازه‌گیری‌ها، آزمایش‌ها، معاینات و پیگیری‌ها را داشتند؛ به‌منظور رعایت حال شرکت‌کنندگان از درج نام ونام‌خانوادگی آن‌ها نیز خودداری شد.

در جدول ۱ خلاصهٔ ساختار و محتوای جلسات درمانی مداخلات مبتنی‌بر شفقت ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ ساختار و محتوای جلسات درمانی مداخلات مبتنی‌بر شفقت

جلسه	محتوای جلسات	اهداف
اول	معرفی و تشریح قوانین گروه، بیان مقدمه‌ای از شفقت و درمان مبتنی‌بر شفقت به‌منظور آشنایی و درک بیشتر آن.	درک شفقت به خود
دوم	شناخت اصول و نظریهٔ ذهن‌آگاهی، آموزش تنفس آرام‌بخش و توجه و تمرکزکردن ذهن به یک واحد مشخص.	ذهن‌آگاهی
سوم	شناخت ویژگی‌های شفقت به خود و نحوهٔ اثرگذاری آن بر حالات روان‌شناختی فرد، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجانات و چگونگی ارتباط و تعامل این سه سیستم با یکدیگر.	مهربانی و مهرورزیدن
چهارم	شناخت جایگاه شفقت به خود، آموزش و استفاده از تمام مهارت‌ها و تکنیک‌ها و رویارویی با مسائل و مشکلات.	یافتن جایگاه شفقت در خودتان
پنجم	توضیح و تشریح به‌منظور درک معنای عمیق زندگی‌کردن، آموزش برداشت موانع و ساخت ارزش و اصول از چیزهای مورد علاقه در زندگی.	عمیق زندگی‌کردن
ششم	آموزش کشف عناصر آرام‌بخش در بدن، تصمیم‌گیری درست و شناخت عواطف دشوار و کنترل آن‌ها، آموزش آرام‌کردن خود بر پایهٔ مهارت‌های مرتبط با آگاهی جسمانی.	مدیریت احساسات و عواطف دشوار
هفتم	بیان اهمیت و ضرورت مسئلهٔ ارتباط با دیگران، شناخت نقص‌ها در روابط، آموزش و ارائهٔ راه‌حل‌هایی مشفقانه برای درمان و تغییر در روابط فرد.	تغییر در روابط
هشتم	آموزش کشف تهدیدهای دارای جنبهٔ عاطفی و فیزیکی، ارائهٔ راهکارهای مقابله با آن، شناخت و کاهش تعصبات کورکورانه، آموزش مثبت‌نگری در زندگی و مقایسه‌نکردن خود با دیگران.	قبول و پذیرش زندگی

ابزارهای به‌کاررفته در پژوهش به شرح ذیل بود.

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب بک[2]: برای سنجش اضطراب از پرسش‌نامهٔ اضطراب بک استفاده شد که توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۰ ارائه شد (۱۸). این پرسشنامه به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ عبارت است که دربرابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ وجود دارد. شیوهٔ امتیازدهی به‌صورت اصلاً=امتیاز صفر، خفیف=امتیاز یک، متوسط=امتیاز دو و شدید=امتیاز سه را دربرمی‌گیرد؛ بنابراین دامنهٔ نمرات اضطراب از صفر تا۶۳ خواهد بود. درصورتی‌که نمرهٔ به‌دست‌آمده در دامنهٔ صفرتا۷ باشد، فرد بررسی‌شده هیچ اضطرابی ندارد. اگر نمرهٔ به‌دست‌آمده بین ۸تا۱۵ باشد، اضطراب خفیف است. اگر نمره بین ۱۶تا۲۵ باشد، اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶تا۶۳ باشد، نشان‌دهندهٔ اضطراب شدید است (۱۸). بک و استیر در دو مطالعه یافته‌های هنجاری و روان‌سنجی این پرسشنامه را ارائه دادند. اولین مطالعه بر ۱۶۰ بیمار صورت گرفت. در تکمیل این پژوهش، مطالعهٔ دیگری بر ۳۶۷ بیمار سرپایی انجام شد. هر دو تحقیق حاکی‌از معتبربودن پرسش‌نامه در سنجش اضطراب بود (به نقل از ۱۹). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ اضطراب بک در ایران در پژوهش رفیعی و سیفی با استفاده از روش آماری آزمون و

[1]. Compassion–Focused Therapy

[2]. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

بازآزمون بررسی شد که مقدار روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی آلفای کرونباخ ۹۲درصد به‌دست آمد (۱۹). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمد.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم[1]: برای سنجش افسردگی از ویرایش دوم پرسش‌نامهٔ افسردگی بک استفاده شد که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ارائه شد (۲۰). این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال است که هر پرسش آن چهار گزینه (به‌صورت صفر، ۱، ۲، ۳) دارد. پانزده عبارت پرسش‌نامه مربوط به علائم روان‌شناختی و شش عبارت دیگر آن مربوط به علائم جسمانی است. نمرهٔ کل افسردگی ازطریق جمع نمرات به‌دست‌آمده از تمام عبارت‌ها محاسبه می‌شود و دامنهٔ آن بین صفرتا۶۳ متغیر است. در این پرسش‌نامه، نمرهٔ صفرتا۹ نشانهٔ نبود افسردگی، نمرهٔ ۱۰تا۱۶ نشانهٔ افسردگی ضعیف، نمرهٔ ۱۷تا۲۹ نشانهٔ افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ گویای افسردگی شدید است (۲۰). کاپسی و همکاران در نمونه‌های غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه را به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و در نمونهٔ غیربالینی ضریب بازآزمایی پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۱). در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، برای این پرسشنامه روایی ۷۰/۰ و پایایی ۰/۷۷ بود (۲۲). پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱۷ به‌دست آمد.

در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره درنرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت، بر افسردگی و اضطراب معلمان بود. نتایج مربوط به نمرات میانگین و انحراف معیار در دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در جداول زیر آمده است. لازم به‌ذکر است درابتدا قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیرهای مطالعه‌شده با استفاده از آزمون کولموگروف–اسمیرنوف بررسی شد و نتایج نشان داد که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود (p>۰/۰۵). از طرفی برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، آزمون لون به‌کار رفت که برای متغیر افسردگی (F=۰/۳۹۶ و p=۰/۵۳۱) و اضطراب (F=۰/۳۲۲ و p=۰/۵۷۱) به‌دست آمد؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود؛ ازاین‌رو استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر بدون مانع بود. برای تفسیر نتایج اصلی پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات افسردگی و اضطراب معلمان شهرستان دزفول در گروه گواه و گروه آزمایش وجود داشت (لاندای ویلکز=۰/۱۴۵ و F= ۷۳/۶۸۹). برای بررسی بیشتر تفاوت میانگین نمرات افسردگی و اضطراب معلمان شهرستان دزفول بین گروه گواه و گروه آزمایش از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره (آنکوا) در متن مانکوا استفاده شد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای افسردگی و اضطراب به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	میانگین و انحراف معیار		آزمایش	گواه	مقایسهٔ پس‌آزمون		مجذور اتا
					مقدار F	مقدار p	
افسردگی	پیش‌آزمون	میانگین	۳۹/۴۰	۴۱/۵۳	۹۷/۳۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۳
		انحراف معیار	۲/۲۶	۲/۵۵			
	پس‌آزمون	میانگین	۲۳/۰۶	۴۰/۰۰			
		انحراف معیار	۴/۲۱	۵/۷۹			
اضطراب	پیش‌آزمون	میانگین	۳۴/۳۳	۳۳/۲۶	۱۰۸/۶۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
		انحراف معیار	۳/۹۰	۴/۷۵			
	پس‌آزمون	میانگین	۲۴/۰۰	۳۴/۸۶			
		انحراف معیار	۲/۹۲	۳/۲۴			

همان‌طورکه در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود داشت (F=۹۷/۳۶۸، p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، درمان مبتنی‌بر شفقت باتوجه به میانگین افسردگی گروه آزمایش درمقایسه با میانگین گروه گواه موجب کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش شده است. همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (F=۱۰۸/۶۵۲، p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، درمان مبتنی‌بر شفقت باتوجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش درمقایسه با میانگین گروه گواه موجب کاهش میزان اضطراب گروه آزمایش شده است. همچنین مقادیر مجذور اتا نشان داد که ۰/۷۸۳ از تغییرات افسردگی و ۰/۸۰۱ از تغییرات اضطراب ازطریق متغیر مستقل (درمان مبتنی‌بر شفقت) قابل تبیین است.

٤ بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر

[1]. Beck Depression Inventory-II

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

افسردگی و اضطراب معلمان شهرستان دزفول بود. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که بین گروه آزمایش که مداخلات را دریافت کردند و گروه گواه که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکردند، از نظر متغیرهای افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت. همان‌طور که در ادامه ذکر خواهد شد، یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات گذشته را مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب تأیید می‌کنند. در این مطالعه شاهد بودیم که درمان مبتنی‌بر شفقت موجب کاهش نمرات اضطراب معلمان شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطاالعات آریمیتسو و هافمن (۱۰)، بویر و همکاران (۱۱) و بیومانت و همکاران (۱۲) همسوست. در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کاهش اضطراب معلمان می‌توان گفت که خودشفقت‌ورزی و اعتمادبه‌نفس با افزایش افکار مثبت و کاهش اضطراب و افکار منفی ارتباط دارد؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر شفقت به‌خوبی می‌تواند با کاهش اضطراب باعث به‌وجودآمدن اعتمادبه‌نفس شود و درنهایت منجربه بروز افکار مثبت و حذف افکار منفی و آزاردهنده شود. درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی شکل گرفت که دارای مشکلات مزمن و پیچیدهٔ سلامت روان همراه با خودانتقادگری و شرم بودند و اغلب گذشتهٔ زندگی سختی را پشت سر گذاشتند. گیلبرت برپایهٔ روان‌شناسی رشد، نظریه تکاملی و علم عصب‌شناسی‌عاطفی، شکل جامعی از رفتاردرمانی تجربی را به‌عنوان درمان مبتنی‌بر شفقت ابداع کرد. این درمان برپایهٔ روان‌شناسی تکاملی است که بر اهمیت درک احساسات ما و مغزما در زمینهٔ نحوهٔ شکل‌گیری فرایندهایی با روند تکاملی بیشتر از میلیون‌ها سال تأکید دارد (۲۳). همچنین در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت که میزان اضطراب ارتباط مستقیمی با موقعیت موجود و پیش‌بینی‌های آیندهٔ فرد دارد. اگر به این پیش‌بینی‌ها و پیش‌داوری‌ها دامن بزنیم و راه‌های ورود افکار تنش‌زا را مسدود نکنیم، برای خود فضایی را به‌وجود می‌آوریم که زمینهٔ ایجاد تنش‌ها و اختلالات را در ما پدیدار می‌کند و در انتها منجربه بروز حمله به خود و شرمندگی و اضطراب می‌شود. درمان مبتنی‌بر شفقت افراد را تشویق می‌کند تا بر شناخت و درک احساس شفقت به خودشان در طول مدت فرایندهایی که منجربه تفکر منفی می‌شوند، با حفظ آرامش بر پرورش شفقت در خود تمرکز کنند (۲۴).

یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر شفقت موجب کاهش نمرات افسردگی معلمان شد. این یافته با نتایج مطالعات لوکره و کورتن (۱۳)، جادج و همکاران (۱۴)، دیدریچ و همکاران (۱۵) و برایانز و همکاران (۱۶) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که تمرین‌های متمرکز بر شفقت همانند تنظیم هیجانی مثبت، به کاهش افسردگی بیماران کمک می‌کند. همواره در درمان مبتنی‌بر شفقت مراجعان می‌آموزند از احساساتی که باعث رنجشان می‌شود دوری نکنند و اقدامی برای سرکوب آن‌ها انجام ندهند؛ بنابراین می‌توانند در مرحلهٔ نخست تجارب خود را شناسایی کنند و شفقت لازم را به آن احساس بروز دهند (۲۵). از طرفی درمان مبتنی‌بر شفقت با کاهش افسردگی، سطح مشکلات روان‌شناختی فرد را باتوجه به تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و درک عمیق از آنچه هستیم، کاهش می‌دهد. همچنین در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت که استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی باعث می‌شود تا فرد علاوه‌بر شناخت نقاط ضعف خود، درجهت مرتفع‌کردن آن‌ها تلاش کند و بتواند با بهوشیاری و کاهش قضاوت، به درک عمیق از خود و زندگی برسد. در این صورت سطح مشکلات فرد کم می‌شود و شاهد افزایش عملکرد مثبت و کاهش افسردگی خواهیم بود. درمان متمرکز بر شفقت، در کاهش مشکلات روان‌شناختی ازجمله نشانه‌های افسردگی مؤثر است و می‌تواند زندگی فرد را از یکنواختی و بی‌میلی خارج کند و منجربه بهبود خلق‌وخو و عملکردهای مثبت اجتماعی شود. باتوجه به مطالب مذکور، می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی‌بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب معلمان تأثیر داشته باشد.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: ۱. تحقیق حاضر بر معلمان شهرستان دزفول انجام شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد؛ ۲. پژوهش محدود به اختلالات افسردگی و اضطراب بود؛ ازاین‌رو در تعمیم این نتایج به دیگر اختلالات باید احتیاط شود؛ ۳. به‌علت اینکه جامعهٔ آماری این پژوهش محدود بود، در تعمیم نتایج باید احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود: ۱. تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت بر سایر اختلالات روان‌شناختی نیز انجام پذیرد؛ ۲. درمان مبتنی‌بر شفقت با درمان‌های دیگر ترکیب شود و مقایسهٔ درمان‌ها صورت گیرد. ۳. به‌منظور درک تأثیرات فرهنگی، این قبیل مطالعات در اقلیم‌هایی با فرهنگ متفاوت اجرا شود.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر شفقت موجب کاهش اضطراب و افسردگی معلمان شهرستان دزفول شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند برای کمک به افراد دارای مشاغل چالش‌برانگیز و پراسترس، مورد استفادهٔ درمانگران واقع شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که در این مطالعه ما را همراهی کردند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش عبارت بود از: شرکت در این پژوهش بنا بر تمایل شرکت‌کننده‌ها بود و تمام افراد اطلاعاتی جامع دربارهٔ این پژوهش دریافت کردند؛ به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه است و فقط در امور پژوهشی استفاده می‌شود؛ همهٔ شرکت‌کنندگان حق انصراف از ادامهٔ شرکت در پژوهش در تمام مراحل شامل جمع‌آوری داده‌ها، اندازه‌گیری‌ها، آزمایش‌ها، معاینات و پیگیری‌ها را داشتند؛ به‌منظور رعایت حال شرکت‌کنندگان از درج نام ونام‌خانوادگی آن‌ها نیز خودداری شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]

واحد اندیمشک با کد ۷۶ در تاریخ ۲۹خرداد۱۳۹۷ است. همچنین آموزش‌وپرورش با شماره نامهٔ ۱۴۰۴ صادر شده است. نویسندگان مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط سازمان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافع ندارند.

References

1. Rafiei N, Nainie MH, Fateminasab ZS. Anxiety and depression of elementary school teachers in Isfahan. World J Extensive Management. 2018;3(4):10–7. [Persian] http://wjem.ir/index.php/WJEM/article/view/95/150
2. Eskandari H, Darrodi H, Bahrami F. Teacher's authority: students' anxiety, depression, and achievement. Educational Psychology. 2015;11(35):105–21. [Persian] http://jep.atu.ac.ir/article_1575_1aee0468fa862aaaec415f57bb6896ca.pdf
3. Li A, Bo Peng Y. Comorbidity of depression and pain: a review of shared contributing mechanisms. J Neurol Neuromedicine. 2017;2(3):4–11. doi: 10.29245/2572.942X/2017/3.1116
4. Alipoor R, Ebrahimi A, Omidi R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Valiasr hospital in Fasa University of Medical Sciences in 2014. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):51–9. [Persian] http://psj.umsha.ac.ir/article-1-161-en.pdf
5. Zamani N, Barahmand A, Farhadi M. The effects of problem-solving training in reducing anxiety among a group of nursing students. J Nursing Education. 2017;6(3):56–61. [Persian] doi: 10.21859/jne-06038
6. Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: tools for fostering psychological flexibility. Daneshmandi S, Izadi R, Abedi MR. (Persian translator). Isfahan: Kavoshyar Publication; 2016.
7. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44. doi: 10.1002/jclp.21923
8. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion focused therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. Journal of Family Psychology. 2017;3(2):45–58. [Persian] http://ijfp.ir/article-1-148-en.pdf
9. Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on quality of life and happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. Journal of Nursing Education. 2018;7(2):53–61. [Perisan] http://jne.ir/article-1-920-en.pdf
10. Arimitsu K, Hofmann SG. Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. Pers Individ Dif. 2015;74:41–8. doi: 10.1016/j.paid.2014.10.008
11. Bowyer L, Wallis J, Lee D. Developing a compassionate mind to enhance trauma-focused CBT with an adolescent female: a case study. Behav Cogn Psychother. 2014;42(2):248–54. doi: 10.1017/S1352465813000362
12. Beaumont EA, Jenkins P, Galpin AJ. 'Being kinder to myself': a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. Counselling Psychology Review. 2012;27(1):31–43.
13. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. Psychol Psychother. 2013;86(4):387–400. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x
14. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An Exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. Inter J Cognitive Therapy. 2012;5(4):420–9. doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.420
15. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behav Res Ther. 2014;58:43–51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.006
16. Breines JG, Thoma MV, Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin–6 response to acute psychosocial stress. Brain Behav Immun. 2014;37:109–14. doi: 10.1016/j.bbi.2013.11.006
17. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. J Clin Psychol. 2013;69(8):856–67. doi: 10.1002/jclp.22021
18. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory manual. San Anto: Psychological Corporation; 1990.
19. Rafeie M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the University students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
21. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. Depress Anxiety. 2008;25:E104–10. doi: 10.1002/da.20371
22. Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak SH. Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. SSU_Journals. 2012;20(1):64–72. [Persian] http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-1910-en.pdf
23. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. doi: 10.1111/bjc.12043
24. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med. 2015;45(5):927–45. doi: 10.1017/S0033291714002141
25. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist. 2017;3(1):1743.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.33.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.32]