

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy Training on Levels of Self-Criticism and Co-Rumination in Students with Suicidal Thoughts

Ghodrati S, Taklavi S*, Kazemi R

Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989141538563, E-mail: staklavi@gmail.com

Received: Aug 06, 2023

Accepted: Dec 09, 2023

ABSTRACT

Background & aim: The presence of suicidal thoughts is a strong predictor of future successful suicide, which is related to psychological factors. Therefore, providing timely therapeutic/educational interventions may be effective in controlling psychological factors and thereby reducing suicide. The aim of this research was to investigate effectiveness of compassion-focused therapy training on levels of self-criticism and co-rumination in students with suicidal thoughts.

Methods: This semi-experimental study was conducted using a pretest-posttest with non-equivalent control group design. In this study, the research population consisted of all the students in Ardabil branch, Islamic Azad University during the educational year of 1401-1402. After screening, 40 of them were selected using convenience sampling and by simple randomization method they were divided into two equal experimental and control groups (20 experimental and 20 control). The implementation of the experimental group was carried out in 8 sessions, each session lasting 75 minutes as a compassion-focused therapy training. However, the control group received no training and remained on the waiting list. Data were collected using the levels of self-criticism scale and the co-rumination questionnaire. Data analysis was performed using descriptive (mean and standard deviation) and inferential (multivariate analysis of covariance) statistics in SPSS-24.

Results: Results indicated that compassion-focused therapy training significantly reduced the levels of self-criticism and co-rumination in students with suicidal thoughts ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results, it can be concluded that the compassion-focused therapy training can be used as an effective intervention in reducing the levels of self-criticism and co-rumination in students with suicidal thoughts.

Keywords: Compassion-Focused Therapy Training, Suicidal Thoughts, Levels of Self-Criticism, Co-Rumination, Student

اثر بخشی آموزش مبتنی بر خود دلسوزی بر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی

سولماز قدرتی، سمیه تکلوی*، رضا کاظمی

گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۵۳۸۵۶۳ ایمیل: staklavi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: وجود افکار خودکشی، یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای خودکشی موفق در آینده می‌باشد که با عوامل روانشناختی در ارتباط است. بر این اساس ارائه مداخلات درمانی / آموزشی به موقع می‌تواند در خصوص کنترل عوامل روانشناختی و به تبع آن کاهش خودکشی موثر باشد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که ۴۰ نفر بعد از غربالگری به روش در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل). گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر خوددلسوزی قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس‌های سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی به طور معناداری منجر به کاهش خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی می‌شود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، چنین به نظر می‌رسد که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر خوددلسوزی، افکار خودکشی، سطوح خودانتقادی، نشخوار فکری مشترک، دانشجو

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸

مقدمه

هر سال حدوداً یک میلیون نفر در سرتاسر جهان بر اثر خودکشی^۱ می‌میرند که باعث شده است به عنوان یک فوریت مهم پزشکی مطرح شود (۱). اگرچه به نظر می‌رسد میزان خودکشی‌های واقعی چند برابر این رقم باشد (۲). خودکشی به معنی

^۱ Suicide

آسیب‌رساندن به خود با هدف از بین‌بردن خویش است (۳). این پدیده، فرایند مستمری است که از افکار خودکشی شروع شده و به یک خودکشی موفق منتهی می‌شود (۴). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که وجود افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی، پیش‌بینی قوی برای خودکشی موفق در آینده است (۵). در این راستا یکی از اقشار مورد توجه که به سبب وجود

مشکلاتی مانند مشکلات تحصیلی، اجتماعی، فردی، مشکلات مرتبط با مصرف مواد و غیره بیشتر در معرض افکار و خطر خودکشی هستند، دانشجویان می‌باشند (۶-۱۰). به طوری که در این خصوص حشمتی‌جدا و همکاران، شیوع افکار خودکشی در دانشجویان را ۶/۱۲ درصد گزارش کردند (۷). علاوه، این میزان در مطالعه میرزایی و شمس‌علیزاده در دانشجویان ۷/۳۲ درصد گزارش شده است (۱۱). در واقع وجود عواملی مانند فقدان توان و انرژی روانی می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای پیدایش افکار خودکشی باشد. علاوه، وجود چنین فشارهایی موجب می‌گردد تا دانشجویان دچار افکار منفی و انتقاد از خود و به بیانی دیگر خودانتقادی گردند. چرا که افراد خودانتقاد دارای مشخصه‌هایی مانند احساس بی‌ارزشی، شکست و غیره می‌باشند. خودانتقادی، یک شکل ناپنجار برای تعریف خود است که با ارزیابی منفی از خود و احساس گناه و نگرانی در مورد کاهش رضایت از عدم توانایی برای زندگی کردن بر اساس استانداردها شناخته می‌شود (۱۲). بر اساس نظر تامپسون و زوروف^۱، خودانتقادی دارای دو نوع مقایسه‌ای و درونی است. خودانتقادی مقایسه‌ای به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در برابر دیگران و خودانتقادی درونی به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل استانداردهای شخصی، درونی خود تعریف می‌شود (۱۳). گیلبرت^۲ معتقد است که خودانتقادی باعث ایجاد ناامیدی، احساس حقارت، بی‌کفایتی، انزجار و تنفر از خود می‌شود (۱۴). نتایج مطالعات نشان دادند که خودانتقادی به عنوان یک عامل موثر در رفتارهای خودآسیبی افراد محسوب می‌شود (۱۵، ۱۶).

افزون براین، یکی از عوامل زیربنایی دخیل در رفتارهای خودآسیب‌رسان، وجود نشخوار فکری در خصوص آسیب است. چرا که نشخوار فکری، زیربنای

شناختی افراد را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روانشناختی و افزایش احساس‌های منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه مستقیم دارد (۱۷). افراد مبتلا به نشخوار فکری معتقدند که باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند. زیرا فکر می‌کنند چنین تمرکزی به آنان بینش می‌دهد تا بتوانند راه حلی برای مشکلات خود پیدا کنند، اما دچار نشخوار فکری می‌شوند که خود منجر به ایجاد مشکلات دیگر از جمله افسردگی و تنش می‌شود (۱۸). افزون بر این شدت مشکلات ناشی از نشخوار فکری، زمانی که منجر به نشخوار فکری مشترک شود، بیشتر می‌گردد. نشخوار فکری مشترک به بحث و بررسی گسترده مشکلات، گمانه‌زنی درباره مشکلات و تمرکز بر احساسات منفی با همسالان اشاره دارد (۱۹). نشخوار فکری مشترک بیشتر روی خود مشکلات تمرکز دارد و بنابراین می‌تواند ناسازگار باشد (۲۰). نشخوار فکری مشترک هم با خودافشایی و هم با سابقه اضطراب مرتبط است (۲۱). چرا که ممکن است نگرانی در مورد مشکل را بیشتر کرده و با تمرکز منفی روی موضوعات نگران‌کننده به جای حل مسئله، موجب افزایش مشکلات و اضطراب شود (۱۹). نتایج مطالعات وریونیک^۳ و همکاران، و نیکولای^۴ و همکاران نشان داد که نشخوار فکری مشترک، پیش‌بینی‌کننده افکار آسیب به خود و افکار خودکشی می‌باشد (۲۲، ۲۳).

نظر به روزافزونی معضل آسیب به خود و افکار مربوط به خودکشی و نقش متغیرهای روانشناختی در افزایش این رفتارها و افکار، انجام مداخلات روانشناختی به منظور کاهش نقش متغیرهای مطرح شده، از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی بر وضعیت روانشناختی داشته باشد، آموزش مبتنی بر خوددلسوزی است. مفهوم خوددلسوزی از جمله مفاهیمی است که در اثر تعاملات بین افکار فلسفه

³ Verónica⁴ Nicolai¹ Thompson & Zuroff² Gilbert

شرقی خصوصاً بوداییسم و روانشناسی غربی به وجود آمده است (۱۴).

خوددلسوزی، سازه‌ای سه مولفه‌ای است که مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی را شامل می‌شود (۲۴). اصول پایه در درمان مبتنی بر خوددلسوزی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۴). افزون بر آن، در درمان مبتنی بر خوددلسوزی، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس دلسوزی داشته باشند (۲۵). نتایج مطالعات حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر خوددلسوزی بر بهبود وضعیت روانی افراد می‌باشد (۲۶). بعلاوه واکلین^۱ و همکاران در تحقیقی نشان دادند که مداخله مرتبط با خوددلسوزی بر کاهش خودانتقادی و بهبود خودکنترلی تأثیر دارد (۲۷). همچنین خدري و همکاران در تحقیق خود بر اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک شده اشاره کردند (۲۸). با این حال مطالعه‌ای به صورت مستقیم به اثربخشی این روش درمانی در دانشجویان دارای افکار خودکشی نپرداخته است، لذا نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌تواند مورد توجه پژوهشگران و رواندرمانگران باشد. بعلاوه نظر به اینکه رویکرد درمانی مبتنی بر خوددلسوزی، روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به صورت نسبتاً محدود استفاده شده است. همچنین، با توجه به پایه‌های نظری این درمان مبنی بر اینکه بر جنبه‌های خودآگاهی افراد

^۱ Wakelin

(ذهن آگاهی، توجه به هیجانات، مهربانی با خود) متمرکز است، لذا به نظر می‌رسد می‌تواند برای افراد دارای افکار خودکشی، کمک کننده باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر انجام شد. از بین تمامی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ (۱۲۷۴۰ نفر)، تعداد ۴۰ نفر بعد از غربالگری انتخاب شدند. به منظور غربالگری ابتدا ۵۰۰ نفر از دانشجویان به صورت در دسترس بر اساس شیوع ۷ تا ۸ درصدی افکار خودکشی در بین دانشجویان ایرانی (۱۱۷) از طریق مقیاس افکار خودکشی بک مورد بررسی قرار گرفتند. سپس از بین افرادی که یک نمره بالاتر از نمره برش (نمره ۱۲) دریافت کرده بودند (۲۹)، ۴۰ نفر حائز ملاک‌های ورود و خروج به عنوان گروه نمونه آماری شناسایی و به طور تصادفی ساده در دو گروه آموزش مبتنی بر خوددلسوزی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی حاد (بر اساس گزارش خود افراد شرکت‌کننده و مصاحبه اولیه توسط پژوهشگر)، تحت درمان دارویی نبودن در خصوص افکار خودکشی و سکونت در شهر اردبیل و ملاک‌های خروج شامل: انصراف از همکاری در هر مرحله از پژوهش، غیبت دو جلسه متوالی از برنامه‌های درمانی و دریافت برنامه آموزشی/ درمانی دیگری در خصوص افکار خودکشی بود. از هر دو گروه با استفاده از مقیاس سطوح خودانتقادی و پرسشنامه نشخوار فکری مشترک، پیش‌آزمون به

عمل آمد. بعد گروه آزمایش ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر خوددلسوزی دریافت کردند. این آموزش در یکی از مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اردبیل و توسط خود پژوهشگر صورت گرفت و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. بعد از اتمام جلسات آموزشی و سپری‌شدن ۲ هفته از هر دو گروه، پس‌آزمون دریافت گردید. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل: دریافت‌کردن رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه‌ماندن تمامی اطلاعات افراد شرکت‌کننده در پژوهش و اجرای روش درمانی به صورت فشرده برای گروه کنترل بود. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس سطوح خودانتقادی و پرسشنامه نشخوار فکری مشترک استفاده شد.

مقیاس افکار خودکشی بک^۱ یک مقیاس خودسنجی ۱۹ سوالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی توسط بک و استیر^۲ در سال ۱۹۹۱ تهیه شده و براساس مقیاس سه درجه‌ای نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد براساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. نمره برش برای این مقیاس نمره ۱۲ در نظر گرفته شده است. همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ و حساسیت و دقت آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۹). بعلاوه اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس سنجش افکار خودکشی $r=0/69$ گزارش شده است (۳۰). در ایران نیز انیسی و همکاران اعتبار همزمان (روایی همزمان) این مقیاس با پرسشنامه سلامت عمومی^۳ را برابر با ۰/۷۶ اعلام

کردند (۳۱). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۷۳ به دست آمد. مقیاس سطوح خودانتقادی^۴ به وسیله تامپسون و زوروف^۵ تهیه شده و شامل ۲۲ سوال است و دو خرده مقیاس خودانتقادی درونی شده و خودانتقادی مقایسه‌ای را اندازه‌گیری می‌کند (۱۳). پاسخ هر سوال در یک طیف ۷ درجه‌ای «بسیار خوب توصیف کننده من است» (امتیاز ۶) تا «اصلاً توصیف کننده من نیست» (امتیاز صفر) نمره‌گذاری می‌شود. برخی از سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۳). همچنین یاماگچی و کیم^۶ در مطالعه خود آلفای کرونباخ خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای، درونی شده و کل را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۸ و ۰/۹۰ گزارش کردند (۳۲). در یک پژوهش دیگر، ضرایب کرونباخ برای مقایسه‌ای ۰/۸۸ و درونی ۰/۸۹ محاسبه شده که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب مقیاس می‌باشد (۳۳). در مطالعه دیگری ضریب همبستگی پیرسون با مقیاس خودانتقادی گیلبرت، ۰/۶۳ و معنی‌دار به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس خودانتقادی است (۳۴). در ایران، قربانی و موسوی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی‌شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۰ گزارش کردند (۳۵). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری مشترک^۷ دارای ۲۷ آیتم است که توسط رز^۸ طراحی شده و مربوط به سنجش رابطه افراد با دوستان همجنس است. این پرسشنامه، آیتم‌های سه‌گانه تداعی منفی، غوطه‌وری در افکار و

^۴ Levels of Self-criticism Scale

^۵ Thompson & Zuroff

^۶ Yamaguchi & Kim

^۷ Co-rumination Questionnaire

^۸ Rose

^۱ Beck Suicide Scale Ideation

^۲ Beck & Steer

^۳ General Health Questionnaire

تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل را اندازه گیری می کند. برای پاسخ دهی از شرکت کنندگان خواسته می شود تا بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از «کاملاً نادرست=۱» تا «کاملاً درست=۵» به هر گویه پاسخ دهند. دامنه نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ بود و نمره کلی نشخوار فکری مشترک با متوسط میانگین همه گویه ها محاسبه می شود که نمره بالاتر نشانگر میزان بالاتر نشخوار فکری مشترک است. رز و همکاران برای این پرسشنامه، همسانی درونی ۰/۹۰ را بر اساس آزمون آلفای کرونباخ گزارش کردند (۱۹). دیویدسون^۱ و همکاران نیز از طریق تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این پرسشنامه دارای سه عامل اصلی تداعی منفی، غوطه وری در افکار و تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل است. بعلاوه آلفای کرونباخ برای

مولفه های تداعی منفی ۰/۹۴، غوطه وری در فکر ۰/۸۵ و تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل، ۰/۸۴ به دست آمد (۳۶). جواهری رنانی و همکاران در ایران به تعیین ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه پرداختند و نشان دادند که این آزمون با پرسشنامه های افسردگی بک (ضریب همبستگی ۰/۷۷) و سبک پاسخ نشخوارگری (ضریب همبستگی ۰/۶۴) رابطه مثبت و معنی داری دارد. همچنین پایایی این پرسشنامه را براساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۸۱ گزارش کردند (۳۷). ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه برای کل پرسشنامه برابر ۰/۷۳ به دست آمد. آموزش مبتنی بر خوددلسوزی در این پژوهش مبتنی بر روش ارائه شده توسط گیلبرت بود که شامل ۸ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه ای بود که به صورت هفته ای یک بار برگزار شد (۳۸) (جدول ۱).

^۱ Davidson

جدول ۱. مراحل آموزش آموزش مبتنی بر خوددلسوزی شناختی گیلبرت

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه	آشنایی، ارزیابی میزان سطوح خودانتقادی، نشخوارفکری توصیف و تبیین این متغیرها و عوامل مرتبط نشانه های آن و مفهوم سازی آموزش خوددلسوزی شناختی
دوم	آموزش همدلی	آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با تکرش همدلانه دنبال کنند.
سوم	آموزش همدردی	شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	آموزش بخشایش	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود (به جای انتقاد از خود) به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
پنجم	آموزش پذیرش مسائل	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف (به جای احساس انتقاد از خویش)
ششم	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
هفتم	آموزش مسئولیت پذیری	آموزش مسئولیت پذیری، مولفه اساسی آموزش خوددلسوزی است که براساس آن آزمودنی ها یاد می گیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
هشتم	آموزش و تمرین مهارت ها	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

یافته‌ها

بودند. در بین گروه کنترل، ۳۰ درصد متاهل و در گروه آزمایش، ۲۵ درصد متاهل بودند. در بین گروه‌های مورد مطالعه، تنها ۱۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل دارای ۱ فرزند بودند.

بر اساس یافته‌ها، میانگین سنی گروه کنترل، $25/18 \pm 2/90$ و گروه آزمایش، $24/84 \pm 3/16$ سال بود. در هر دو گروه، کمترین فراوانی دانشجوی دکتری و بیشترین فراوانی دانشجوی کارشناسی

جدول ۲. میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	معنی داری
خودانتقادی مقایسه ای	کنترل	پیش آزمون	۴۴/۲۵	۶/۸۹	۰/۹۱۷	۰/۰۹۷
		پس آزمون	۴۴/۰۵	۷/۴۷	۰/۹۵۵	۰/۴۹۶
	آزمایش	پیش آزمون	۴۵/۴۱	۶/۱۸	۰/۹۲۰	۰/۱۳۴
		پس آزمون	۳۷/۷۵	۵/۱۴	۰/۹۶۰	۰/۳۰۴
خودانتقادی درونی	کنترل	پیش آزمون	۴۳/۶۵	۷/۶۱	۰/۹۵۷	۰/۴۹۹
		پس آزمون	۴۴/۹۱	۲۶۵	۰/۹۴۳	۰/۲۶۸
	آزمایش	پیش آزمون	۴۴/۴۰	۵/۲	۰/۹۲۴	۰/۱۱۷
		پس آزمون	۳۳/۵۵	۴/۵۷	۰/۹۱۷	۰/۰۸۸
تداعی منفی	کنترل	پیش آزمون	۳۴/۰۲	۵/۰۲	۰/۹۲۴	۰/۱۱۷
		پس آزمون	۳۳/۰۵	۳/۱۵	۰/۹۱۹	۰/۱۲۰
	آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۶۵	۴/۱۹	۰/۹۷۰	۰/۵۷۱
		پس آزمون	۲۷/۰۳	۴/۶۵	۰/۹۶۱	۰/۴۳۸
غوطه وری در افکار	کنترل	پیش آزمون	۳۰/۰۴	۵/۳۷	۰/۹۷۶	۰/۷۸۸
		پس آزمون	۳۰/۱۰	۳/۵۸	۰/۹۸۰	۰/۴۱۷
	آزمایش	پیش آزمون	۳۱/۱۱	۲/۴۸	۰/۹۱۰	۰/۲۱۹
		پس آزمون	۲۱/۷۰	۵/۸۷	۰/۹۷۹	۰/۵۲۸
تشویق به صحبت در مورد مشکل	کنترل	پیش آزمون	۲۹/۶۵	۳/۴۹	۰/۹۱۹	۰/۴۰۲
		پس آزمون	۳۰/۴۵	۵/۶۷	۰/۷۸۱	۰/۰۷۴
	آزمایش	پیش آزمون	۲۹/۰۱	۵/۵۳	۰/۹۰۹	۰/۴۱۰
		پس آزمون	۲۲/۳۰	۴/۶۵	۰/۸۳۵	۰/۰۶۶
نشخوار فکری مشترک	کنترل	پیش آزمون	۹۴/۶۹	۱۱/۵۵	۰/۹۱۱	۰/۳۱۰
		پس آزمون	۹۳/۲۰	۸/۷۲	۰/۸۸۹	۰/۴۰۹
	آزمایش	پیش آزمون	۹۵/۷۵	۹/۴۴	۰/۹۰۲	۰/۵۵۸
		پس آزمون	۷۱/۰۵	۱۰/۶۵	۰/۹۱۸	۰/۴۳۹

فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. همچنین نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$). بعلاوه برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر

در جدول ۲، میانگین متغیرهای سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع مولفه‌های تحقیق، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین،

وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل، برابر بود (خودانتقادی مقایسه‌ای، $F=۰/۷۵۴$ ، $p=۰/۳۹۱$ ؛ خودانتقادی درونی، $F=۰/۰۲۰$ ، $p=۰/۹۰۱$ ؛ نشخوار فکری مشترک $F=۲/۸۴$ ، $p=۰/۱۰۱$). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

(آزمون M-Box) برای متغیر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک ($M\text{-Box}=۲۰/۳۱$ ، $F=۶/۹۰$ ، $p=۰/۰۵۵$) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها بود ($M\text{-Box}=۳/۷۰$ ، $F=۲/۵۹$ ، $p=۰/۳۲۱$) بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود نداشت.

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
سطوح خودانتقادی	گروه	اثر پیلایی	۰/۶۴۸	۳۲/۱۹۳	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
		لامبدای ویلکز	۰/۳۵۲	۳۲/۱۹۳	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
		اثر هتلینگ	۱/۸۴۰	۳۲/۱۹۳	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
		بزرگترین ریشه روی	۱/۸۴۰	۳۲/۱۹۳	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۹۹۹
نشخوار فکری مشترک	گروه	اثر پیلایی	۰/۶۲۲	۱۲/۷۴۱	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹
		لامبدای ویلکز	۰/۳۷۸	۱۲/۷۴۱	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹
		اثر هتلینگ	۱/۶۴۴	۱۲/۷۴۱	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹
		بزرگترین ریشه روی	۱/۶۴۴	۱۲/۷۴۱	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹

بر اساس نتایج جدول ۴ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سطوح خودانتقادی، تفاوت معناداری وجود داشت. مجذور اتا، نشان داد که تفاوت بین دو گروه برای خودانتقادی درونی ($F=۱۷/۴۷$ ، $p<۰/۰۱$) و خودانتقادی مقایسه‌ای ($F=۵۲/۱۳$ ، $p<۰/۰۱$) بود؛ بدین معنا که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر کاهش سطوح خودانتقادی در دانشجویان دارای افکار خودکشی تاثیر گذار بوده است.

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیر سطوح خودانتقادی ($p<۰/۰۱$ ، $F=۱۱/۲۴$)، لامبدای ویلکز) و نشخوار فکری مشترک ($p<۰/۰۱$ ، $F=۱۲/۷۴$ ، $p<۰/۰۱$) معنی‌دار بود. بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مولفه‌های متغیر وابسته در مجموع، معنی‌دار بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری سطوح خودانتقادی

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
مدل تصحیح شده	خودانتقادی درونی	۹۷۰/۴۰۸	۳	۳۲۳/۴۶۹	۱۱/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵	۰/۹۹۹
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۳۳۱۱/۱۹۶	۳	۴۳۷/۰۶۵	۱۷/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۰/۹۹۹
	خودانتقادی درونی	۴۸۱/۲۲۷	۱	۴۸۱/۲۲۷	۱۷/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۸۲
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۱۳۰۲/۹۵۰	۱	۱۳۰۲/۹۵۰	۵۲/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۹۹۹
خطا	خودانتقادی درونی	۹۹۱/۱۹۲	۳۶	۲۷/۵۳۳				
	خودانتقادی مقایسه‌ای	۸۹۹/۷۷۹	۳۶	۲۴/۹۹۴				

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشخوار فکری مشترک و مولفه‌های آن

منبع	متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
مدل تصحیح شده	تداعی منفی	۴۴۲/۴۴۴	۵	۸۸/۴۸۹	۲/۶۳۶	۰/۰۴۱	۰/۲۷۹	۰/۷۳۶
	غوطه وری در افکار	۷۴۷/۶۳۳	۵	۱۴۹/۵۲۷	۳/۹۵۳	۰/۰۰۶	۰/۳۶۸	۰/۹۰۷
	تشویق به صحبت	۹۶۲/۸۸۷	۵	۱۹۲/۵۷۷	۹/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۰/۹۹۹
	نشخوار فکری مشترک	۶۵۹۰/۵۳۰	۵	۱۳۱۸/۱۰۶	۱۱/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	۰/۹۹۹
گروه	تداعی منفی	۳۴۲/۲۷۴	۱	۳۴۲/۲۷۴	۱۰/۱۹۵	۰/۰۰۳	۰/۲۳۱	۰/۸۷۳
	غوطه وری در افکار	۷۳۷/۶۲۹	۱	۷۳۷/۶۲۹	۱۹/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹
	تشویق به صحبت	۷۴۷/۶۳۳	۱	۷۴۷/۶۳۳	۳۵/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۰/۹۹۹
	نشخوار فکری مشترک	۵۸۱۷/۱۲۶	۱	۱۷۵۸/۱۲۶	۴۹/۲۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۰/۹۹۹
خطا	تداعی منفی	۱۱۴۱/۴۵۶	۳۴	۳۳/۵۷۲				
	غوطه وری در افکار	۱۲۸۵/۹۶۷	۳۴	۳۷/۸۲۳				
	تشویق به صحبت	۷۲۴/۴۴۸	۳۴	۲۱/۳۰۸				
	نشخوار فکری مشترک	۴۰۱۵/۳۷۰	۳۴	۱۱۸/۰۹۹				

بر اساس نتایج جدول ۵ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر نشخوار فکری مشترک و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت. مجذور اتا، نشان داد که تفاوت بین دو گروه برای تداعی منفی ($F=10/19$, $p<0/01$)، غوطه وری در افکار ($F=19/50$, $p<0/01$)، تشویق به صحبت در مورد مشکل ($F=35/08$, $p<0/01$) و نشخوار فکری مشترک ($F=49/25$, $p<0/01$) بود؛ بدین معنا که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر کاهش نشخوار فکری مشترک و مولفه‌های آن در دانشجویان دارای افکار خودکشی تاثیر گذار بوده است.

بحث

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر سطوح خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر کاهش سطوح خودانتقادی در دانشجویان دارای افکار خودکشی در گروه آزمایش تاثیر گذار بود. این یافته با نتایج مطالعات تکلوی و همکاران، و واکلین و همکاران مبنی بر تاثیر آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر کاهش خودانتقادی همسو

می‌باشد (۳۹،۲۷). در تبیین این نتیجه باید گفت که وجود فشارهای روانی در دانشجویان دارای افکار خودکشی باعث می‌شود دانشجویان دچار افکار منفی و انتقاد از خود گردند (۱۶،۱۵). این دید انتقادآمیز به خود باعث می‌شود که این افراد همواره نگرش شفقت‌آمیز کمی به خود داشته باشند. زمانی که این دانشجویان در معرض آموزش مبتنی بر خوددلسوزی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که مسئله پیش آمده (مشکلات موجود)، صرفاً یک پیشامد و تجربه است و لذا تمرکز خود را از ارزیابی منفی خویش، برداشته و روی تجربه یادشده متمرکز می‌شدند. چنانچه براساس رویکرد دایدریخ^۱ و همکاران، آموزش دلسوزی به خود همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند (۴۰). لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، میزان خودانتقادی فرد (چه انتقاد از سوی خویش و چه انتقاد بیرونی) کاهش می‌یابد.

بخش دیگر نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر خوددلسوزی بر کاهش نشخوار فکری مشترک و مولفه‌های آن در دانشجویان دارای افکار خودکشی،

^۱ Diedrich

تأثیر گذار بود. این یافته با نتایج مطالعات نیک بخت و همکاران (۴۱)، و خدری و همکاران (۲۸) مبنی بر تأثیر آموزش مبتنی بر خود دلسوزی بر کاهش نشخوار فکری همخوانی دارد. به اعتقاد یارنل و نف^۱، خود دلسوزی به عنوان پادزهر نشخوار فکری عمل می کند. اگرچه نشخوار فکری معمولاً برای فردی که آن را انجام می دهد مفید است، تحقیقات برعکس نشان می دهد که از تنظیم مؤثر هیجان جلوگیری می کند (۲۴). این موضوع به این دلیل است که نشخوار شامل یک اجتناب تجربی است، جایی که فرد از احساسات آزار دهنده مانند غم و اندوه از طریق سرکوب یا قطع ارتباط با آن اجتناب می کند (۴۲). از سوی دیگر، آموزش خود دلسوزی به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجان مؤثر در نظر گرفته می شود. براین اساس، زمانی که دانشجویان در معرض این آموزش قرار گرفتند، به جای اینکه بیشتر روی خود مشکلات تمرکز داشته باشند، یاد گرفتند که دیدگاه ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند که این موضوع کاهش نشخوار فکری مشترک را در آنان در پی داشت. همچنین با عنایت به اینکه نشخوار فکری مشترک ممکن است نگرانی در مورد مشکل را بیشتر کند و با تمرکز منفی روی موضوعات نگران کننده به جای حل مسئله، موجب افزایش مشکلات شود، بنابراین ارائه آموزش مبتنی بر خود دلسوزی موجب می شود دانشجویان تحت آموزش به این درک و فهم برسند که به جای بیان مشکلات خود (نشخوار فکری مشترک) بیشتر به صورت همدلانه امور خود را دنبال کنند.

این مطالعه دارای محدودیت هایی است. از جمله این محدودیت ها می توان به محدود بودن تعداد نمونه های پژوهش، عدم کنترل ویژگی های شخصیتی

¹ Yarnell & Neff

و هیجانی نمونه ها و استفاده از یک جنسیت (زنان) اشاره کرد. بنابراین جهت رفع محدودیت های حاضر پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، از هر دو جنسیت دارای افکار خودکشی استفاده شود. همچنین جهت افزایش تعمیم پذیری بهتر است این مطالعه در سایر شهرهای ایران با بافت فرهنگی، مذهبی و اجتماعی متفاوت انجام شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر خود دلسوزی می تواند باعث کاهش خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی شود. با توجه به اینکه خود دلسوزی به عنوان یکی از رویکردهای روانشناسی مثبت می تواند رشد مداخله ای و پژوهشی را در حوزه روان درمانی به دنبال داشته باشد؛ همچنین اهمیت مقابله با رویدادهای منفی برای ارتقاء سلامت روانشناختی را برجسته کند، بنابراین می توان از این درمان در جهت کاهش خودانتقادی و نشخوار فکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی در مراکز روان درمانی و کلینیک های خصوصی بهره گرفت.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.103 است. بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش به هر نحوی پژوهشگر را مساعدت نمودند، تشکر به عمل می آید.

References

- 1- Jang Y, Lee W, Kim Y. Suicide rate and social environment characteristics in south Korea: the roles of socioeconomic, demographic, urban city, general health behaviors, and other environmental factors on suicide rate. *Public Health*. 2022;22(1):419-28.
- 2- Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2018;225(1):438-48.
- 3- Evans R, White J, Turley R, Slater T, Morgan H, Strange H, et al. Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*. 2017;82(1):122-29.
- 4- Zhang J, Liu Y, Sun L. Psychological strain and suicidal ideation: a comparison between Chinese and us college students. *Psychiatry Research Journal*. 2017;255(1):256-65.
- 5- Wang YG, Chen S, Xu ZM, Shen ZH, Wang YQ, He XY, et al. Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide among college students. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;90(1):5-21.
- 6- Vossos H. Collaborative interprofessional practice to prevent college student suicide. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2017;12(2):42-46.
- 7- Heshmati A, Khakpoor S, Kosari Z, Mohammadi M, Zenoozian S. Prevalence of suicide ideation among students of Zanjan University of Medical Sciences. *Journal of Behavioral Science Research*. 2019;17(1):35-43 [Persian].
- 8- Taklavi S, Ghodrati S. Prediction of suicidal thoughts based on emotional failure and attachment styles among university students. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2019;19(2):204-15 [Persian].
- 9- Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C, Szatmari P, Bhutta ZA. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *International Health and Human Rights*. 2020;20(1):1-10.
- 10- Benton TD. Suicide and suicidal behaviors among minority's youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2022;31(2):211-21.
- 11- Mirzaie SN, Shams Alizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013;18(1):18-26 [Persian].
- 12- Blatt SJ, Zuroff DC, Hawley LL, Auerbach JS. Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*. 2010;20(1):37-54.
- 13- Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism scale: self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(2):419-30.
- 14- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):41-46.
- 15- You J, Lin MP. Predicting suicide attempts by time varying frequency of no suicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(3):24-33.
- 16- Zerkowicz RL, David A, Cole A. Self-criticism as a transdiagnostic process in no suicidal self-injury and disordered eating: systematic review and meta-analysis. *National Institutes of Health*. 2018;49(1):310-27.
- 17- Raines AM, Vidaurre DN, Portero AK, Schmidt NB. Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*. 2017;113(1):63-67.
- 18- Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: exacerbation by poor sleep quality? *Journal of Affective Disorders*. 2018;236(1):6-13.
- 19- Rose AJ. Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*. 2002;73(1):1830-43.
- 20- Bastin M, Amy H, Mezulis JT, Aldrich GB, Sabine N, Filip R. Problem talk in adolescence: temperament and attachment as predictors of co-rumination trajectories in boys and girls. *Brain Science*. 2021;11(9):10-23.

- 21- Stone LB, Uhrlass DJ, Gibb BE. Co-rumination and lifetime history of depressive disorders in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2010;39(4):597-602.
- 22- Verónica VA, Bravo A, Ortet-Walker J. Neuroticism, rumination, depression and suicidal ideation: a moderated serial mediation model across four countries. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2022;22(3):10-19.
- 23- Nicolai KA, Wielgus MD, Mezulis A. Identifying risk for self-harm: rumination and negative affectivity in the prospective prediction of non-suicidal self-injury. *National Institutes of Health*. 2016;46(2):223-33.
- 24- Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*. 2013;12(2):146-59.
- 25- Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies*. 2018;17(3):684-96.
- 26- Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychology Association*. 2017;3(1):47-57.
- 27- Wakelin K, Perman G, Simonds L. Effectiveness of self-compassion related interventions for reducing self-criticism: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;29(6):25-31.
- 28- Khedri M, Shiralinia K, Aslani K. Effectiveness of mindful self-compassion training on reducing rumination and perceived stress in adolescent girls. *Journal of Applied Psychology*. 2022;16(2):201-23 [Persian].
- 29- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(2):343-51.
- 30- Ducher J L, Dalery J. Concurrent validation of suicidal risk assessment scale (RSD) with the Beck's suicidal ideation scale. *Health Psychology*. 2004;30(9):249-54.
- 31- Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi H, Ahmadi Nodeh Kh. Assessing the validity and reliability of the Beck Suicidal Ideation Scale (BSIS) in soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2005;7(1):33-37 [Persian].
- 32- Yamaguchi A, Kim MS. Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*. 2013;5(1):18-25.
- 33- Shariati M, Hamid N, Hashemi ShaykhShabani E, Beshlideh K, Marashi A. The effectiveness of compassion focused therapy on depression and self-criticism of female university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016;17(1):43-50 [Persian].
- 34- Halamová J, Kanovský M, Gilbert P, Troop NA, Zuroff DC, Hermanto N, et al. The factor structure of the forms of self-criticizing/attacking & self-reassuring scale in thirteen distinct populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2018;1(1):16-23.
- 35- Mousavi A, Ghorbani N. Self-knowledge, self-criticism and mental health. *Psychological Studies*. 2004;2(4-3):75-91 [Persian].
- 36- Davidson CL, Grant DM, Byrd-Craven J, Mills AC, Judah MR, Lechner WV. Psychometric properties of the co-rumination questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2014;70(1):171-76.
- 37- Javaheri-Renani R, Finally A, Jokar S. Common rumination questionnaire: determination of psychometric characteristics in Iranian teenagers. 9th National Conference of Child and Adolescent Psychiatry. Tehran: Iran; 2018 [Persian].
- 38- Gilbert P. Handbook of Compassion-Focused therapy. Translated by: Mehrnoosh Taftani, Tehran: Ibn Sina Publications; 2018 [Persian].
- 39- Farzi F, Taklavi S, Gaffari O. Comparison of the effectiveness of parent management and self-compassion programs on the self-critical levels of mothers of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2021;10(4):104-24 [Persian].
- 40- Diedrich A, Grant M, Hofmann SG. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2014;58(1):43-51.

- 41- Foroughi AA, Reisi S, Montazeri N, Naseri M. The effectiveness of mindful self-compassion treatment on sleep quality, rumination and self-compassion in people with cardiovascular disease. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2022;9(4):137-52 [Persian].
- 42- Thomas J, Raynor M, Ribott D. Depressive rumination and experiential avoidance: a task-based exploration. *Personality and Mental Health*. 2015;9(1):57-63.