

Original

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Emotional Self-Awareness, Inner Self-Talk, and Self-Worth among Women with Prolonged Grief Disorder

Maryam Karimi¹, Asghar Noruzi^{*2}, Ghodratalah Abbasi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Corresponding Author: E-mail: Asg.noruzi@yahoo.com

(Received; 29 October 2025 Accepted; 5 April 2026)

Abstract

Background: Individuals with Prolonged Grief Disorder (PGD) experience a range of significant disturbances in emotional, cognitive, intrapersonal, and interpersonal functioning. Compassion-Focused Therapy (CFT), as a contemporary evidence-based therapeutic approach, has increasingly gained attention for improving psychological outcomes associated with this disorder. Although previous studies have examined the effectiveness of CFT on certain grief-related variables, a significant research gap remains regarding its impact on emotional self-awareness, inner self-talk, and self-worth among women with PGD.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group structure. The statistical population consisted of all female teachers diagnosed with PGD employed by the Department of Education in Qaemshahr, Iran. Using purposive sampling, 30 participants were selected and randomly assigned into two groups: an experimental group (n=15) and a control group (n=15). Data collection instruments included the Emotional Self-Awareness Questionnaire developed by Grant et al. (2002), the Internal Self-Talk Questionnaire by Brinthaup et al. (2008), the Self-Worth Scale by Crocker et al. (2003), the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13-R) developed by Prigerson et al. (2021), and the Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder (SCIP) developed by Prigerson et al. (2022). The intervention protocol consisted of CFT based on Gilbert's (2010) treatment model, delivered in eight 90-minute sessions. The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics, including multivariate analysis of covariance (MANCOVA), through SPSS software (version 26).

Results: The findings indicated significant differences between the experimental and control groups in emotional self-awareness ($F=49.55$, $P\leq 0.001$), positive inner self-talk ($F=241.048$, $P\leq 0.001$), negative inner self-talk ($F=62.610$, $P\leq 0.001$), and self-worth ($F=91.484$, $P\leq 0.001$). These results demonstrate that CFT had a statistically significant effect on emotional self-awareness, inner self-talk, and self-worth among women with PGD. Furthermore, based on the mean score differences, the intervention showed the greatest effect size on positive inner self-talk.

Conclusion: Compassion-Focused Therapy significantly improved emotional self-awareness, inner self-talk, and self-worth in women with PGD. Therefore, this therapeutic approach may serve as an effective and clinically valuable intervention for individuals suffering from PGD.

Keywords: *Compassion-Focused Therapy, Emotional Self-Awareness, Inner Self-Talk, Prolonged Grief Disorder, Self-Worth*

ClinExc 2026;15(102-118) (Persian).

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت

مریم کریمی^۱، اصغر نوروزی^{۲*}، قدرت اله عباسی^۳

چکیده

مقدمه: افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت با مجموعه‌ای از آشفتگی‌های قابل توجه در کارکردهای هیجانی، شناختی، درون فردی و بین فردی مواجه هستند. درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یکی از رویکردهای نوین و مبتنی بر شواهد، در بهبود پیامدهای روان شناختی این اختلال مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه اثربخشی آن بر برخی متغیرهای مرتبط با سوگ بررسی شده است اما در مورد اثربخشی آن بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت شکاف پژوهشی وجود دارد.

روش کار: روش انجام پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل معلمان زن دارای اختلال سوگ طولانی مدت شاغل در اداره آموزش و پرورش شهرستان قائم شهر بوده که به شیوه نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه خودآگاهی هیجانی گرنث و همکاران (۲۰۰۲)، پرسش نامه خودگویی درونی برین تاپت و همکاران (۲۰۰۸)، پرسش نامه خودارزشمندی کروکر و همکاران (۲۰۰۳)، مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال سوگ طولانی مدت پریگرسون و همکاران (۲۰۲۲) و برای مداخله درمانی از درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده کردیم و داده‌ها با نرم افزار SPSS26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد نسبت F تحلیل کوواریانس یک راهه در دو گروه آموزش و یک گروه کنترل در متغیرهای وابسته خودآگاهی هیجانی ($F=49/55$, $P\leq 0/001$)، خودگویی درونی مثبت ($F=241/048$, $P\leq 0/001$)، خودگویی درونی منفی ($F=62/610$, $P\leq 0/001$) و خودارزشمندی ($F=91/484$, $P\leq 0/001$) بوده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت تأثیر معناداری داشته است و همچنین با توجه به نمرات میانگین، این درمان بیشترین میزان اثرگذاری را بر متغیر خودگویی درونی مثبت داشته است.

نتیجه گیری: درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت تأثیر داشته و استفاده از این رویکرد درمانی می‌تواند یک روش کارآمد برای کار با افراد دارای اختلال سوگ طولانی مدت باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی، خودارزشمندی، اختلال سوگ طولانی مدت

۱. مریم کریمی، کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. اصغر نوروزی، استادیار، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳. قدرت اله عباسی، دانشیار، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: مازندران، ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان شناسی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۶

مقدمه

فقدان، تجربه‌ای جهانی و بنیادین است که با ازدست‌دادن افراد، موقعیت‌ها یا نقش‌های مهم زندگی همراه است و سوگ یک واکنش بهنجار به فقدان به حساب می‌آید (۱). هرچند پدیده سوگ در همه جوامع انسانی طبیعی و فراگیر است، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف واقعیت فقدان و داغیدگی و پیامدهای آن را به شیوه‌های متفاوتی می‌پذیرند (۲). اگرچه سوگ یک فرایند طبیعی و غیرپاتولوژیک است ولی این روند می‌تواند به صورت آسیب‌زا پیش رود و منجر به اختلال سوگ طولانی‌مدت شود (۳). حدود ۱۰٪ از افرادی که سوگ را تجربه می‌کنند، ممکن است به اختلال سوگ طولانی‌مدت^۱ مبتلا شوند (۴).

اختلال سوگ طولانی‌مدت اختلالی رسمی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم بازنگری شده^۲ و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامت، ویرایش یازدهم^۳ گنجانده شده است. این اختلال به عنوان یک اختلال جدید هنگامی که سوگ، حاد، آزاردهنده و ناتوان‌کننده باقی بماند، به شمار می‌آید. این اختلال زیرمجموعه اختلالات پس از سانحه^۴ قرار گرفته است.

اختلال سوگ طولانی‌مدت با تجربه پریشانی ناشی از جدایی و چند علامت همراه در فرد مشخص می‌شود، به طوری که اغلب روزها در ماه گذشته تجربه شده باشند، فرد بازمانده دل‌تنگی و درگیری شدید ذهنی به متوفی دارد و دائم به او فکر می‌کند و علائم بیش از ۱۲ ماه اخیر به طول می‌انجامند. این امر با اختلال عملکرد قابل توجهی همراه است (۵). اختلال سوگ

طولانی‌مدت، دارای اهمیت بالینی قابل توجهی در نظام‌های تشخیصی معاصر محسوب می‌شود (۶). یکی از عوامل خطری که به پیشرفت اختلال سوگ طولانی‌مدت کمک می‌کند جنسیت است. زنان بیشتر از مردان در معرض تداوم پیامدهای سوگ و به دنبال آن، طولانی‌شدن سوگ هستند (۷). سوگ به دلیل واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از تجربه ازدست‌دادن ایجاد می‌کند اهمیت بالایی دارد (۸). درد و رنج ناشی از رویدادهای آسیب‌زا همچون سوگ ناشی از فقدان از عواملی است که می‌تواند هیجانات را تحت تأثیر قرار دهد (۹). افرادی که به هیجان‌های خود، خودآگاهی مناسبی ندارند توانمندی کمتر در فرونشاندن برانگیختگی‌های هیجانی خود دارند و این مسئله وقتی تحت شرایط استرس‌زا قرار بگیرد شدیدتر می‌شود (۱۰).

خودآگاهی هیجانی^۵ به معنای آگاهی فرد از هیجانات خود، شناسایی و درک آنها است و این مسئله به آنها کمک می‌کند توانایی تشخیص و تفکیک هیجان‌های مختلف خود را داشته باشند (۱۱). درواقع، خودآگاهی هیجانی به معنای توانایی توجه به هیجان‌ها، درک انواع و علت آنها و توانایی تمایز بین هیجان‌های مثبت و منفی نیز تعریف می‌شود (۱۲). معمولاً افرادی که خودآگاهی هیجانی بالایی دارند و بر احساسات، عواطف، و هیجان‌های خود کنترل دارند، می‌دانند که حالات هیجانی آنها نقش بسیار مهمی در میزان عملکرد آنها در موقعیت‌های مختلف زندگی دارد و می‌توانند رفتارهای خود را بررسی کنند و واکنش‌های بهتری در برابر موقعیت‌های استرس‌زا و ناراحت‌کننده داشته باشند (۱۳). نشخوار ذهنی و افکار تکرارشونده و نگرانی با افزایش هیجان منفی به عنوان شکل‌های خودگویی درونی در سوگ طولانی‌مدت خود را نشان می‌دهند (۱۴). خودگویی درونی^۶ یک پدیده روان‌شناختی است که در آن، فرد آگاهانه یا ناخودآگاه درگیر یک

¹ Prolonged Grief Disorder/PGD

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR), American Psychiatric Association (APA)/DSM-5-TR

³ International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO)/ICD-11

⁴ Post-traumatic stress disorder/PTSD

⁵ Emotional Self-Awareness

⁶ Inner Self-Talk

گفت‌وگوی درونی می‌شود (۱۵). خود‌گویی‌های درونی دو بخش مثبت و منفی دارد. خود‌گویی مثبت، جملات مثبت هستند که بیان‌کننده عواطف مثبت بوده و دربردارنده تصمیم‌گیری‌های منطقی و راه‌حل‌های سازنده است. خود‌گویی منفی نوعی گفت‌وگوی درونی ناکارآمد است که در آن، فرد به تفسیر رویدادها و توانایی‌های خود به شیوه‌های منفی می‌پردازد. این فرایند شناختی می‌تواند با تردید در تصمیم‌گیری، احساس ناتوانی و کاهش کارآمدی در حل مسائل و مواجهه با چالش‌های زندگی همراه باشد (۱۶). این گفت‌وگوی درونی به‌طور قابل‌توجهی بر فرایندهای فکری، پاسخ‌های عاطفی و پیامدهای رفتاری تأثیر می‌گذارد و نقش برجسته‌ای در ارتباط رویدادها و احساسات دارد و می‌تواند به افراد کمک کند خود را آرام کنند، خشم خود را کنترل کنند، با شرایط دشوار کنار بیایند، و تمرکز و آمادگی ذهنی خود را حفظ کنند (۱۷).

یکی از مؤلفه‌هایی که در سوگ تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد خودارزشمندی^۷ است. سوگ طولانی مدت به‌شدت با سردرگمی در مورد ارزش فرد مرتبط است. فرد در این اختلال با نوعی خودانتقادی مواجه است که می‌تواند هویت فردی و احساس ارزش شخصی را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۸). خودارزشمندی به‌معنای ارزیابی، شناخت و درک و پذیرش کلی هر فرد از ارزش‌های شخصی خود و زندگی واقعی‌اش است و این امر نشان‌دهنده علاقه و احترامی است که فرد به خود دارد (۱۹). سطح بالای خودارزشمندی، سلامت روان‌شناختی را بهبود می‌بخشد و به ایجاد مکانسیم‌های مقابله‌ای بهتر در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند زندگی کمک می‌کند (۲۰). درمقابل، پایین بودن خودارزشمندی در مواجهه با حوادث ناگوار می‌تواند به‌طور معناداری نحوه تفسیر و واکنش فرد به رویداد را تحت‌تأثیر قرار دهد و سبب تشدید واکنش‌های منفی و دشواری در فرایند سازگاری روان‌شناختی شود (۲۱).

یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم برای اختلال سوگ

طولانی مدت شفقت به خود^۸ است (۲۲). پرورش شفقت به خود به‌عنوان یک سپر حیاتی در برابر تأثیرات شدید سوگ پدیدار شده است. این رویکرد درمانی به افراد کمک می‌کند بتوانند بهترین رفتار و واکنش را نسبت به غم و اندوه خود داشته باشند و به‌طور مثبت با مشکلات و چالش‌های پیش‌آمده روبه‌رو شوند (۲۳). شفقت به خود به‌عنوان نگرش مهربانانه و خودمراقبتی در هنگام وقوع رنج تعریف شده است (۲۴). در مفهوم‌بندی نف^۹ هر مؤلفه از شفقت، خود دو بخش را شامل می‌شود و در برابر هر جنبه مثبت یک مؤلفه، یک جنبه منفی قرار می‌گیرد؛ به این صورت که شفقت با خود در برابر قضاوت خود (خودسرزنشگری)، اشتراکات انسانی در برابر انزوا، و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی قرار می‌گیرد (۲۵). درمان متمرکز بر شفقت^{۱۰} یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم مبتنی بر شواهد است که در اوایل قرن ۲۱ توسط گیلبرت^{۱۱} پایه‌ریزی شد. درمان متمرکز بر شفقت از رویکردهای مختلفی شامل روان‌شناسی تکاملی، تحولی و اجتماعی، علم عصب‌روان‌شناختی و ذهن آگاهی پدید آمده است. عنصر اصلی این درمان، مهربانی به‌همراه آگاهی عمیق از رنج کشیدن خود و دیگران است که با آرزو و تلاش برای تسکین آن همراه می‌شود (۲۶). درمان متمرکز بر شفقت، رویکردی درمانی است که اصلی‌ترین هدف آن، پرورش ذهن شفقت‌ورز در افراد است. این درمان، به‌جای سرزنش و خودانتقادی افراد، به آنها کمک می‌کند نگرش مهربانانه و پذیرا به خود و دیگران را توسعه دهند و به‌طور مثبت با مشکلات و چالش‌های پیش‌آمده روبه‌رو شوند (۲۷).

اختلال سوگ طولانی مدت باعث اختلال قابل‌توجه در عملکرد فردی، خانوادگی، اجتماعی، آموزشی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی می‌شود (۲۸). یکی از گروه‌های اجتماعی که سوگ می‌تواند تأثیر مهمی در

⁸ Self-compassion

⁹ Kristin Neff

¹⁰ Compassion- Focused Therapy

¹¹ Paul Gilbert

⁷ Self-Worth

مواد و روش‌ها

این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل معلمان زن مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت شاغل در اداره آموزش و پرورش شهرستان قائم‌شهر بود. پس از هماهنگی لازم با دانشگاه، معاونت پژوهشی و دریافت معرفی‌نامه و همچنین هماهنگی با اداره آموزش و پرورش شهرستان قائم‌شهر، حجم نمونه با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند (غیرتصادفی) از معلمان زن مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. انتخاب این تعداد براساس اندازه اثر ۰/۴۵، آلفا ۰/۰۵، و توان ۰/۸۰ و با نرم‌افزار GPower بوده است.

برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مصاحبه بالینی اولیه و اجرای پرسش‌نامه اختلال سوگ طولانی‌مدت به صورت فردی اجرا شد و به افراد یادآوری شد. اطلاعات آنها در اختیار هیچ شخص دیگری قرار نخواهد گرفت. سپس افراد به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در نهایت، افراد گروه آزمایش اول، تحت آموزش پروتکل درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند و مداخله‌ای روی آنان صورت نگرفت. بعد از نمره‌گذاری، درحالی که گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند، آموزش برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شروع شد. بعد از پایان یافتن مداخله یا پس از اتمام مداخله، به منظور بررسی اثربخشی روش درمانی متمرکز بر شفقت، پرسش‌نامه‌ها به طور مجدد در هر دو گروه توزیع شد و نمره‌گذاری توسط یکی از پژوهشگران انجام گرفت. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و نمره‌گذاری، داده‌های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند.

عملکرد فردی، شغلی و آموزشی آنها بگذار معلمان هستند. معلمان سوگوار با چالش‌های متعددی ازجمله فشار پنهان‌سازی هیجانات منفی، هدایت نقش معلم، برجسته کردن نیازهای آموزشی و پرورشی دانش‌آموزان، تلاش برای ایجاد و حفظ روابط مثبت در محل کار و تداوم عملکرد در مدرسه مواجه هستند (۲۹). سوگ در میان معلمان و اساتید صرفاً یک تجربه فردی نیست بلکه در بستر ساختارهای سازمانی شکل می‌گیرد که می‌تواند عملکرد حرفه‌ای، سلامت روان و هویت شغلی معلمان را به طور معناداری تحت تأثیر قرار دهد و موجب تشدید فرسودگی شغلی شود. این یافته‌ها بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های سازمانی، توسعه حمایت‌های سوگ‌محور در محیط‌های آموزشی، و به رسمیت شناختن سوگ به عنوان بخشی از تجربه انسانی در نظام‌های کاری تأکید می‌کند، زیرا سوگ در محیط‌های آموزشی نه تنها یک تجربه روان‌شناختی، بلکه یک پدیده ساختاری-سیستمی است (۳۰). این موارد، اهمیت شناسایی و مداخله به موقع را برجسته می‌کند.

با وجود گسترش ادبیات پژوهشی در حوزه اختلال سوگ طولانی‌مدت، همچنان چندین شکاف اساسی در فهم سازوکارهای زیربنایی و مداخلات مؤثر این اختلال وجود دارد. نقش متغیرهای درون فردی بنیادین همچون خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی به صورت یکپارچه و در قالب یک مدل تبیینی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است و همچنان نقش این متغیرها در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت به عنوان یک خلأ مهم پژوهشی باقی مانده است. مطالعه روی این جامعه با استفاده از یک رویکرد درمانی جدید اهمیت دارد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت می‌باشد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل:

۱. داشتن رضایت آگاهانه،
۲. توانایی شرکت در جلسات درمانی گروهی،
۳. جنسیت زن و سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال،
۴. دارای تجربه سوگ حداقل در ۱۲ ماه گذشته،
۵. کسب نمره حداقل ۳۰ در پرسشنامه مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱)،
۶. انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال سوگ طولانی مدت،
۷. عدم سابقه تشخیص اختلالات شدید روان پزشکی

و معیارهای خروج از پژوهش شامل:

۱. حضور نداشتن بیش از دو جلسه در جلسات درمان،
۲. انجام ندادن تکالیف ارائه شده در جلسات،
۳. دریافت مداخلات روان شناختی دیگر، و
۴. سابقه مصرف داروهای روان پزشکی.

در راستای کاهش احتمال ریزش نمونه‌ها، از راهبردهای پیگیری فعال شامل تماس‌های منظم، یادآوری زمان بندی شده برای جلسات، زمان بندی منعطف جلسات و پیگیری منظم وضعیت مشارکت آنان از طریق کانال‌های ارتباطی در دسترس بود که باعث حفظ کامل نمونه‌ها و عدم وقوع ریزش آنها تا پایان پژوهش شد. در این پژوهش از چهار پرسشنامه و یک مصاحبه بالینی ساختاریافته به شرح زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه خودآگاهی هیجانی گرنِت و همکاران (۲۰۰۲)

پرسشنامه خودآگاهی هیجانی^{۱۲} گرنِت و همکاران در سال (۲۰۰۲) با هدف سنجش خودآگاهی هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۳ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس دارد که خرده‌مقیاس‌های آن شامل بازشناسی (۶ سؤال؛ برایم سخت است بگویم الان چه خلقی دارم؛ سؤالات ۴ و ۱۸ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۴)، شناسایی (۵ سؤال؛ برایم مشکل است خلق و خویم را توصیف کنم؛ سؤالات ۱ و ۳ و ۹ و ۱۷ و ۲۹)،

تبدیل سازی (۷ سؤال؛ بیان کردن هیجانات برایم آسان است؛ سؤالات ۶ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۲۷ و ۳۰ و ۳۱)، محیط گرایی (۱۰ سؤال؛ من شخصیتم را تحلیل می‌کنم تا سعی کنم علت ناراحتی‌ام را بفهمم؛ سؤالات ۵ و ۷ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۴ و ۱۶ و ۱۹ و ۲۸ و ۳۲ و ۳۳)، و حل مسئله (۵ سؤال؛ من احساساتم را ارزیابی می‌کنم و سپس برای انجام کاری تصمیم می‌گیرم؛ سؤالات ۲ و ۸ و ۲۳ و ۲۵ و ۲۶) هستند. مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد اندازه گیری می‌شود (هرگز: ۰، خیلی کم: ۱، گاهی اوقات: ۲، اغلب: ۳، خیلی زیاد: ۴). سؤال ۱ و ۴ و ۸ و ۱۰ و ۱۴ و ۱۶ و ۲۲ و ۲۵ و ۲۹ و ۳۱ معکوس نمره گذاری می‌شود (از ۴ تا صفر). دامنه امتیازات بین ۳۳ تا ۱۶۵ است. نمره بین ۳۳ تا ۵۵ یعنی میزان خودآگاهی هیجانی افراد در حد پایینی است. نمره بین ۵۵ تا ۱۰۵ یعنی میزان خودآگاهی هیجانی افراد در حد متوسطی است. نمره بالاتر از ۱۰۵ یعنی میزان خودآگاهی هیجانی افراد در حد بالایی است. در پژوهش کاتر، رید و کروک و همکاران (۲۰۱۲) علاوه بر سنجش روایی صوری و محتوایی آن، پایایی مقیاس خودآگاهی هیجانی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش شد (۳۱). در پژوهش مهنا و طالع پسند (۱۳۹۵) اعتبار مقیاس خودآگاهی هیجانی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ (۳۲) و در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودگویی درونی^{۱۳} برین تاپِت و همکاران (۲۰۰۸)

پرسشنامه خودگویی درونی برین تاپِت و همکاران در سال (۲۰۰۸) با هدف سنجش خودگویی درونی طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۶ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس دارد که خرده‌مقیاس‌های آن شامل ارزیابی اجتماعی (عبارات ۱۶، ۱۱، ۶، ۴)، خودمدیریتی (عبارات ۱۵، ۱۲، ۹، ۳)، خودتقویتی (عبارات ۱۳، ۸، ۵، ۲)، و خودانتقادی (عبارات ۱۴، ۱۰، ۷، ۱) است. مقیاس

¹³ STS

¹² ESAS

لیکرت هفت درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد اندازه‌گیری می‌شود. نمره‌گذاری در این آزمون به صورت هرگز: ۱، به ندرت: ۲، گاهی اوقات: ۳، معمولاً: ۴، اکثر اوقات: ۵، همیشه: ۶ است. دامنه نمرات برای خرده‌مقیاس ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی ۴ تا ۲۴، و برای خرده‌مقیاس خودانتقادی ۳ تا ۱۸ است. برین تاپت و همکاران (۲۰۰۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین اعتبار آزمون-بازآزمون این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای هر عامل به ترتیب ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی و خودانتقادی ۰/۵۴، ۰/۵۰، ۰/۵۲ و ۰/۶۲ گزارش شد (۳۳). خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس انجام دادند روایی همگرا و واگرایی این پرسش‌نامه را مناسب گزارش کردند (۳۴). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به دست آمده است.

۳. پرسش‌نامه وابستگی‌های ارزش-خود^{۱۴} کروکر و همکاران (۲۰۰۳)

پرسش‌نامه وابستگی‌های ارزش-خود توسط کروکر و همکاران در سال (۲۰۰۳) با هدف سنجش خودارزشمندی طراحی شده است. این پرسش‌نامه ۳۵ سؤال و ۷ خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس‌های آن شامل تأیید دیگران (عبارت ۶، ۹، ۱۵، ۲۳، ۳۵)، جذابیت ظاهری (عبارت ۱، ۴، ۱۷، ۲۱، ۳۰)، شایستگی تحصیلی (عبارت ۱۳، ۱۹، ۲۲، ۲۷، ۳۳)، رقابت (عبارت ۳، ۱۲، ۲۵، ۲۰، ۳۲)، حمایت خانواده (عبارت ۷، ۱۰، ۱۶، ۲۴، ۲۹)، عشق خدا (عبارت ۲، ۸، ۱۸، ۲۶، ۳۱)، و پرهیزکاری (عبارت ۱۱، ۱۴، ۲۸، ۳۴) است. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای (شدیداً مخالف: ۱، مخالف: ۲، تاحدی مخالف: ۳، خنثی: ۴، تاحدی موافق: ۵، موافق: ۶، شدیداً موافق: ۷) طراحی شده است. عبارات ۴، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۲۳، و ۳۰

به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۳۵ تا ۲۴۵ است و امتیاز بیشتر نشانه خودارزشمندی بیشتر است و برعکس. در پژوهش کروکر و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این مقیاس با ۱۳۴۵ آزمودنی ۰/۸۲ و در بین مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۳۵). همچنین در پژوهش زکی (۱۳۹۱) روایی صوری، محتوایی، سازهای و هم‌زمانی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شده است (۳۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ به دست آمد.

۴. مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱)

مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت^{۱۵} را پریگرسون و همکاران در سال (۲۰۲۱) با هدف سنجش اختلال سوگ طولانی‌مدت طراحی کرده‌اند. این مقیاس توسط پریگرسون و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه و سپس در قالب ۱۳ سؤال توسط پریگرسون و همکاران در سال ۲۰۲۱ براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تجدیدنظر و بازنگری شده است. در ابتدا ۲ سؤال از فرد پاسخ‌دهنده‌ای که یکی از نزدیکانش در ۱۲ تا ۲۴ ماه گذشته فوت کرده پرسیده می‌شود. اول، آیا کسی را از دست داده‌اید که برایتان مهم باشد؟ دوم، اگر پاسخ فرد «بله» باشد ذکر می‌کند که چندماه از فوت متوفی گذشته است و سپس به ۱۱ سؤال بعدی به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای پاسخ می‌دهد (اصلاً: ۰، اندکی: ۱، قدری: ۲، کمی زیاد: ۳، به شدت: ۴).

کسب نمره ۳۰ یا بیشتر نشان‌دهنده علائم اختلال سوگ طولانی‌مدت است. سازندگان این مقیاس برای تعیین همسانی درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضرایب در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است و برای تعیین پایایی زمانی (ثبات پاسخ) سؤالات از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد که ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای (درون گروهی) ۰/۸۶ و معنادار

¹⁵ Prolonged Grief Disorder – 13 – revised scale/PG-13-R

¹⁴ CSWS

در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است. علاوه بر این، ضریب توافق کاپا بین سؤالات و علائم DSM-5-TR محاسبه و ضریب توافق بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ بود (۳۷). در پژوهش یوسفی و حق نظری (۱۴۰۳) بررسی ضریب همسانی گویه‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و از طریق ضریب محاسبه دونیمه کردن ۰/۸۹ گزارش شد (۳۸). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال سوگ طولانی مدت^{۱۶} پریگرسون و همکاران (۲۰۲۲)

به منظور تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت در افراد برای شرکت در پژوهش حاضر، از مصاحبه بالینی ساختار یافته‌ای که براساس معیارهای اختلال سوگ طولانی مدت براساس DSM-5-TR طراحی شده، با هدف بررسی نشانه‌های تشخیصی فرد استفاده شده است. پریگرسون و همکاران (۲۰۲۲) یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته براساس معیارهای DSM-5-TR به منظور تشخیص دقیق تر اختلال سوگ طولانی مدت طراحی کردند. مصاحبه SCIP دارای بخش‌های مختلفی است که معیارهای مختلف تشخیصی را دربر گرفته و نهایتاً با توجه به نمره کسب شده فرد در هر بخش و مجموع نمرات دریافتی فرد، در مورد تشخیص

اختلال، تصمیم‌گیری می‌شود. این مصاحبه شامل ۹ بخش است که هر بخش سؤالات متفاوتی را مطرح می‌کند و یکی از معیارهای مربوط به اختلال سوگ طولانی مدت در DSM5-TR را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها براساس خفیف تا شدید (۴-۰) براساس مقیاس لیکرت سنجیده می‌شوند. در پایان مصاحبه، مصاحبه‌کننده به فرد در هر بخش نمره می‌دهد که در مجموع باعث تشخیص ابتلا یا عدم ابتلای فرد آزمودنی به اختلال سوگ طولانی مدت می‌شود (۳۹). اجرای پروتکل درمان متمرکز بر شفقت براساس پروتکل اجرایی گیلبرت (۲۰۱۰) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات این پروتکل درمانی ارائه شده است:

¹⁶ Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder/SCIP

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت برای افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت.

جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان و اجرای پیش آزمون	اجرای پیش آزمون: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه لازم است. بررسی انتظارات از برنامه جلسه اول درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت. آشنایی با سوگ، مراحل آن و هیجانات ناشی از سوگ.
جلسه سوم	آموزش و پرورش شفقت به خود	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی جهت آگاهی‌یافتن از هیجانات، احساسات، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و قضاوت نکردن.
جلسه چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان (شفقت‌ورز) یا (غیرشفقت‌ورز) با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی با خود و دیگران.
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	فعالیت‌ها: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، خودانتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیداکردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی آدم‌های مهم زندگی جهت بهبود گفت‌وگوی درونی.
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت	پرکردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیداکردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز جهت کاهش خودسرزشتی، خودانتقادی و به دنبال آن ارتقای خودارزشمندی.
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون	ارزیابی و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، کاربرد جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

همچنین میانگین سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۰/۴۳ و انحراف معیار آن ۵/۰۶ بود. حداقل و حداکثر سن شرکت‌کنندگان ۳۵ و ۵۰ بوده است. میان شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۲۰ نفر کارشناسی (۶۶/۷ درصد) و ۱۰ نفر کارشناسی ارشد (۳۳/۳ درصد) داشتند.

وضعیت هم‌تاسازی گروه‌ها

جهت هم‌تاسازی گروه‌ها براساس متغیرهای میانگین سنی، گروه سنی و مقاطع تحصیلی از آزمون‌های تی مستقل و مجذور کای استفاده شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (غیرتصادفی) انتخاب شدند. سپس به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. از نمونه‌ها، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن و سطح تحصیلات جمع‌آوری شد. از میان کل شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۸ نفر بین ۳۵ تا ۴۰ سال (۲۶/۷ درصد)، ۱۰ نفر بین ۴۱ تا ۴۵ سال (۳۳/۳ درصد)، و ۱۲ نفر بین ۴۶ تا ۵۰ سال (۴۰ درصد) قرار داشتند.

جدول ۲. وضعیت همتابودن شرکت کنندگان در پژوهش در متغیرهای سن و تحصیلات.

سطح معناداری	کل	گروه		متغیر	
		گروه کنترل	گروه آزمایش		
۱/۰۰	۴۳/۴۰	۴۳/۴۰	۴۳/۴۰	میانگین سن	سن
۱/۰۰	۸	۴	۴	۳۵-۴۰ سال	گروه سنی
	۱۰	۵	۵	۴۱-۴۵ سال	
	۱۲	۶	۶	۴۶-۵۰ سال	
۱/۰۰	۲۰	۱۰	۱۰	کارشناسی	مقطع تحصیلی
	۱۰	۵	۵	کارشناسی ارشد	

توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش، سپس مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، و در آخر یافته‌های استنباطی مربوط به فرضیه‌های پژوهش در جداول جداگانه ذکر شده است.

یافته‌های توصیفی

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی آماری را در دو گروه آزمایش و کنترل درباره خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی مثبت، خودگویی درونی منفی و خودارزشمندی در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید سطح معناداری گروه‌ها از نظر میانگین کل سن با استفاده از آزمون تی مستقل ۱/۰۰ به دست آمد. سطح معناداری متغیر گروه سنی و متغیر مقاطع تحصیلی نیز با استفاده از آزمون مجذور کای ۱/۰۰ محاسبه شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای سن و تحصیلات همتا هستند.

در این بخش، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش جهت بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی ذکر شده است. ابتدا شاخص‌های آمار

جدول ۳. شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

گروه	شاخص		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	متغیر		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	خودآگاهی هیجانی		۸۱/۸۰	۶/۷۷	۱۰۵/۸۶	۳/۳۱
	خودگویی درونی مثبت		۴۰/۲۶	۴/۸۷	۶۰/۲۶	۵/۲۰
	خودگویی درونی منفی		۱۴/۶۰	۱/۵۴	۱۱/۳۳	۱/۲۹
	خودارزشمندی		۱۴۲/۴۰	۶/۰۹	۱۶۳/۲۶	۴/۵۸
گروه کنترل	خودآگاهی هیجانی		۷۵/۶۶	۵/۳۵	۸۲/۳۳	۷/۳۲
	خودگویی درونی مثبت		۳۳/۴۰	۴/۶۸	۳۵/۷۳	۴/۳۶
	خودگویی درونی منفی		۱۳/۰۰	۲/۰۰	۱۴/۰۶	۱/۷۰
	خودارزشمندی		۱۳۹/۲۶	۴/۸۹	۱۴۱/۸۶	۴/۵۹

یافته‌های استنباطی

جهت بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش در متغیرهای خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی مثبت و خودارزشمندی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش و خودگویی درونی منفی کاهش یافته است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس.

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۹۵۴	۱۰۹/۲۱	۴	۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
لامبدای ویلکز	۰/۴۶	۱۰۹/۲۱	۴	۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۶
اثر هتلینگ	۲۰/۸۰	۱۰۹/۲۱	۴	۲۱	<۰/۰۰۱	۲۰/۸۰۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰/۸۰	۱۰۹/۲۱	۴	۲۱	<۰/۰۰۱	۲۰/۸۰۲

کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. بنابراین، می‌توان گفت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایش و گروه

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون روی نمرات پس‌آزمون.

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	P	اندازه اثر
گروه	خودآگاهی هیجانی	۱۴۸۳/۴۲	۱	۱۴۸۳/۴۲	۴۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	خودگویی درونی مثبت	۸۷۵/۱۴۲	۱	۸۷۵/۱۴۲	۲۴۱/۰۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹
	خودگویی درونی منفی	۳۱۶/۵۸	۱	۵۸/۳۱۶	۶۲/۶۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
	خودارزشمندی	۱۱۱۶/۷۴۳	۱	۱۱۱۶/۷۴۳	۹۱/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹۲
خطا	خودآگاهی هیجانی	۷۱۸/۳۹۴	۲۴	۲۹/۹۹۳			
	خودگویی درونی مثبت	۸۷/۱۳۴	۲۴	۳/۶۳۱			
	خودگویی درونی منفی	۲۲/۳۵۴	۲۴	۰/۹۳۱			
	خودارزشمندی	۲۹۲/۹۶۸	۲۴	۱۲/۲۰۷			
کل	خودآگاهی هیجانی	۰۰۰/۲۷۰۷۰۳	۳۰				
	خودگویی درونی مثبت	۰۰۰/۷۴۲۸۰	۳۰				
	خودگویی درونی منفی	۰۰۰/۴۹۵۹	۳۰				
	خودارزشمندی	۰۰۰/۷۰۲۳۲۳	۳۰				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد نسبت F تحلیل کوواریانس یک‌راهه دو گروه آموزش و یک گروه کنترل در متغیرهای وابسته خودآگاهی هیجانی ($F=49/55$ ، $P \leq 0/001$)، خودگویی درونی مثبت ($F=241/048$ ، $P \leq 0/001$)، خودگویی درونی منفی ($F=62/610$ ، $P \leq 0/001$) و خودارزشمندی ($F=91/484$ ، $P \leq 0/001$) به دست آمده‌اند که نشان‌دهنده تفاوت معنادار دو گروه در متغیرهای فوق است. همچنین، شاخص اندازه اثر نشان می‌دهد ۰/۶۷ درصد تغییر در نمرات خودآگاهی هیجانی، و ۰/۹۰ درصد تغییر در خودگویی درونی مثبت، ۰/۷۲ درصد تغییر در خودگویی درونی منفی، و ۰/۷۹ درصد تغییر در خودارزشمندی ناشی از اجرای مداخله است. همچنین پروتکل درمان متمرکز بر شفقت بیشترین تأثیر را بر متغیر خودگویی درونی مثبت داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی، خودگویی درونی و خودارزشمندی در زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر خودآگاهی هیجانی زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی‌مدت تأثیر معناداری دارد و فرضیه فوق تأیید شده است؛ این یافته با نتایج پژوهشی کیم و همکاران (۴۱)، سامرز و همکاران (۴۲)، و صادقی (۴۳) هم‌سو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت اختلال سوگ طولانی‌مدت با اجتناب هیجانی همراه است و این الگو نقش مهمی در تثبیت علائم دارد (۴۴). در پژوهش‌های جدید درمانی نیز کاهش اجتناب و افزایش پردازش هیجانی به‌عنوان مکانیزم کلیدی تغییر برای این اختلال گزارش شده است (۴۵). درمان متمرکز بر شفقت از تکنیک‌های تنفس عمیق، ذهن‌آگاهی، تمرینات توجه به حال و تمرینات تمرکز بر احساسات و هیجانات استفاده می‌کند. در این رویکرد درمانی، افراد یاد می‌گیرند از احساسات دردناک خود

دوری نکنند، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند و هیجانات خود را به‌درستی مدیریت کنند (۴۶). درواقع، پرورش ذهن شفقت‌ورز موجب می‌شود فرد از قابلیت و مواجهه بدون پیش‌داوری با هیجانات به‌صورت سازگارانه‌تری برخوردار شود زیرا محورهای اصلی شفقت‌ورزی، به‌وجودآوردن موقعیتی برای تسکین‌بخشی، مشارکت، ترغیب، و حمایت است. در نتیجه این روند منتهی به خودآگاهی هیجانی می‌شود (۴۷). درمان متمرکز بر شفقت با آموزش مهربانی به افراد سوگواری می‌آموزد هیجانات دردناک را به‌صورت ملایم‌تر ترجمه کنند و به آنها پاسخ دهد. این فرایند می‌تواند خودآگاهی هیجانی آنان را افزایش دهد، زیرا فرد تشویق می‌شود بدون توجه به قضاوت، احساسات و هیجانات خود را تشخیص دهد و آنها را بپذیرد (۴۸).

یافته دوم پژوهش نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر خودگویی درونی تأثیر معناداری دارد و فرضیه فوق تأیید شده است. این یافته با نتایج پژوهش گریزوفسکی و برینتاویت (۴۹) و ویدال و همکاران (۵۰) هم‌سو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت در اختلال سوگ طولانی‌مدت، شخص معمولاً درگیر الگوهای پایدار شناختی منفی، نشخوار فکری و ارزیابی‌های منفی درباره فقدان، خود و آینده و به‌دنبال آن، گفت‌وگوی درونی منفی می‌شود و این فرایندهای شناختی نقش مهمی در تداوم نشانه‌های سوگ دارند (۵۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت با آموزش تسلی به خود (که به‌عنوان جنبه‌ای از گفت‌وگوی درونی مثبت در نظر گرفته می‌شود؛ یعنی توانایی فرد در حمایت و آرام سازی خود در مواجهه با دشواری) به افراد کمک می‌کند در شرایط بحران، گفت‌وگوی درونی مهربانانه‌تر و حمایتی و بدون ارزیابی منفی از خود داشته باشند (۵۲). فرد با استفاده از خودگویی دلسوزانه می‌تواند از لحن احساسی «گفت‌وگوی درونی» خود در مواجهه با درد آگاه شود و آگاهانه با مهربانی، پذیرش و حس انسانیت با خود رفتار کند. این الگوی طرز فکر مثبت

ممکن است هم بر تجربه درد ذهنی و هم بر مؤلفه خودکار درد تأثیر بگذارد (۵۳). در فرایند شفقت‌ورزی، فرد با به‌کارگیری خودگویی‌های مثبت و کارآمد، علاوه بر تقویت نگرش مهربانانه به خود، زمینه ارتقای ارزشمندی خود را نیز فراهم می‌سازد (۵۴).

یافته سوم این است که درمان متمرکز بر شفقت بر خودارزشمندی زنان مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت تأثیر معناداری دارد و فرضیه پژوهش تأیید شده است؛ این یافته با نتایج پژوهش توماسن و مقدم (۵۵)، شهوندی و همکاران (۵۶)، و مرادحاصلی خامنه و همکاران (۵۷) هم‌سو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت در اختلال سوگ طولانی مدت، باورهای منفی درباره خود و هویت فردی پس از فقدان، از عوامل اصلی حفظ و تشدید علائم سوگ محسوب می‌شود (۵۸). افراد با نشانه‌های شدید اختلال سوگ طولانی مدت، سطوح بالاتری از خودپنداره منفی و اختلال در کیفیت زندگی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که این مسئله با کاهش احساس ارزشمندی شخصی همراه است (۵۹).

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت اغلب با ارزیابی‌های منفی از خود، احساس بی‌ارزشی و کاهش عزت نفس مواجه هستند؛ این الگوهای شناختی می‌توانند در تداوم نشانه‌های سوگ نقش داشته باشند (۶۰). درمان متمرکز بر شفقت از طریق کاهش شرم و خودانتقادی، به بازسازی ارزشمندی درونی کمک می‌کند (۶۱). درمان متمرکز بر شفقت بر این باور است که افراد معمولاً با خودانتقادی، احساس گناه، و شرم درگیر هستند که می‌تواند موجب تشدید مشکلات روان‌شناختی شود. به عبارت دیگر، هدف اساسی این درمان، ایجاد یک صدای درونی مهربانانه است که فرد را به پذیرش نقاط ضعف و اشتباهات خود تشویق می‌کند، به جای اینکه خود را با انتقادهای سخت و منفی محکوم نماید. این کار از طریق تکنیک‌هایی مانند تمرین ذهن‌آگاهی، تجسم شفقت و توسعه مهارت‌های همدلی انجام

می‌شود. به‌طور خاص درمان متمرکز بر شفقت بر تقویت سه بُعد اصلی تمرکز دارد: شفقت به خود، شفقت به دیگران، و شفقت به دنیای پیرامون. این رویکرد کمک می‌کند فرد در مواجهه با چالش‌ها و دردهای زندگی به جای انتقاد از خود یا احساس بی‌ارزشی، به خود فضای بیشتری برای تغییر بدهد (۶۲). علاوه بر این، یک رویکرد امیدوارکننده است برای پرداختن به احساسات منفی خودآگاه مانند خودانتقادی و شرم و همچنین نشخوار فکری که همگی می‌توانند پیامدهای منفی سوگ را تقویت کنند (۶۳). سوگ، به‌ویژه در شکل پیچیده و طولانی مدت آن، تنها یک تجربه هیجانی نیست؛ بلکه با تغییرات قابل توجه در شبکه‌های عصبی مرتبط با پردازش هیجان، دل‌بستگی، تهدید و تنظیم استرس همراه است. پژوهش‌های تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که در سوگ طولانی مدت، فعالیت آمیگدال و شبکه‌های مرتبط با تهدید افزایش می‌یابد. همچنین نواحی مرتبط با دل‌بستگی و مدار مزولیمبیک دوپامینی در مواجهه با یادآورهای فرد ازدست‌رفته فعال باقی می‌مانند. در شرایط فقدان، احساس طردشدگی و ناامنی فعال می‌شود. این وضعیت بیانگر آن است که مغز فرد سوگوار همچنان در حالت «جست‌وجوی دل‌بستگی» باقی مانده و فقدان را به‌صورت کامل پردازش نکرده است (۶۴). درمان متمرکز بر شفقت برپایه سیستم‌های دل‌بستگی و مراقبت شکل گرفته است و ظرفیت شفقت و خودآرام‌سازی از فرایندهای دل‌بستگی اولیه و روابط مراقبتی درونی شده منشأ می‌گیرد. از این منظر، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند با ایجاد احساس دل‌بستگی ایمن درونی و بازسازی تجربه امنیت هیجانی، چرخه وابستگی دردناک را کاهش دهد و به تدریج حافظه هیجانی فقدان را از حالت تهدیدآمیز به تجربه‌ای قابل تحمل‌تر تبدیل کند (۶۵).

ازسوی دیگر، یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های نوروساینتیفیک شفقت به خود فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی و پاراسمپاتیک است. شواهد نشان می‌دهند

تمرین شفقت با افزایش تون واگ، کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک، و بهبود تنظیم خودکار هیجان همراه است و نقش مهمی در کاهش برانگیختگی هیجانی ایفا می‌کند. این فرایند از طریق کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و کاهش ترشح کورتیزول به تعدیل استرس مزمن کمک می‌کند (۶۶).

نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که درمان متمرکز بر شفقت، فراتر از یک مداخله علامت‌محور، می‌تواند به عنوان فرایندی ترمیمی برای بازسازی رابطه فرد با خویشتن در اختلال سوگ طولانی مدت عمل کند. این رویکرد با کاهش خودانتقادگری، تعدیل شرم درونی و تقویت احساس ایمنی هیجانی، زمینه را برای شکل‌گیری رابطه‌ای مهربانانه‌تر و منسجم‌تر با خویشتن فراهم می‌سازد. از این منظر، بهبود افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت صرفاً در کاهش نشانه‌های سوگ خلاصه نمی‌شود، بلکه در بازیابی ظرفیت فرد برای تجربه خویشتن به عنوان موجودی ارزشمند، قابل‌پذیرش، و شایسته شفقت معنا پیدا می‌کند. این موضوع از نظر بالینی اهمیت بالایی دارد؛ زیرا در بسیاری از افراد با سوگ طولانی مدت، مسئله اصلی صرفاً فقدان نیست. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت را می‌توان رویکردی عمیقاً تحول‌آفرین دانست که نه تنها رنج ناشی از فقدان را کاهش می‌دهد، بلکه به بازسازی هویت روانی فرسوده در بستر سوگ کمک می‌کند و مسیر بازگشت فرد به زیستی معنادار و انعطاف‌پذیر را هموار می‌سازد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

باتوجه به گستره نظری موجود، یافته‌ها، و محدودیت‌های حاضر می‌توان پیشنهادهای پژوهشی زیر را ارائه داد که فراهم‌کننده زمینه‌های پژوهشی جدید هستند. این پژوهش همانند دیگر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است. ازجمله می‌توان به محدودبودن

جامعه آماری اشاره کرد که زنان دارای اختلال سوگ طولانی مدت بود. مانند تمامی پژوهش‌هایی که از پرسش‌نامه استفاده می‌شود، در این پژوهش نیز از مقیاس‌های خودگزارش شده استفاده شد که امکان سوگیری در پاسخ‌ها را مطرح می‌کند. همچنین نبود دوره پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است. با توجه به اینکه مسئله سوگواری یک مسئله فرهنگی نیز هست و در مناطق مختلف سبک سوگواری‌ها متفاوت است و با توجه به محدودبودن جامعه آماری به یک منطقه جغرافیایی، لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع و فرهنگ‌ها باید جوانب احتیاط را در نظر گرفت. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی برای گروه‌های سنی مختلف و در هر دو جنسیت زن و مرد بررسی انجام شود. همچنین در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری اضافه شود تا بتوان اثر روش آموزشی را درازمدت بررسی کرد. توصیه می‌شود با بهره‌گیری از روش‌های گوناگون آموزشی در قالب برگزاری کارگاه‌های آموزشی، سمینار و سخنرانی‌های علمی در مراکز و سازمان‌های مختلف از درمان متمرکز بر شفقت برای اختلال سوگ طولانی مدت استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت آگاهانه و اصل محرمانه‌بودن اطلاعات رعایت شده است. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1402.013 تصویب شده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه حامی مالی نداشته است.

سپاس گزاری

پژوهشگران از تمامی کسانی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند و همچنین از اداره آموزش و پرورش شهرستان قائم‌شهر که با همکاری خود به اجرای این پژوهش کمک کرده‌اند، کمال تقدیر و تشکر را دارند.

References

1. Eisma MC, Buyukcan-Tetik A. Prolonged grief symptoms predict social and emotional loneliness and depression symptoms. *Behav Ther.* 2025;56(1):121-32.
2. Hanauer DI. Mourning writing: a poetic autoethnography on the passing of my father. *Qual Inq.* 2021;27(1):37-44.
3. Sabucedo P, Andión O, Neimeyer RA, Soto-Angona O, Javkin J, Haro JM, et al. Ayahuasca-assisted meaning reconstruction therapy for grief: a non-randomized clinical trial protocol. *Front Psychiatry.* 2025;16:1590527.
4. Tur C, Campos D, Herrero R, Mor S, López-Montoyo A, Castilla D, et al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy (iCBT) for adults with prolonged grief disorder (PGD): a study protocol for a randomized feasibility trial. *BMJ Open.* 2021;11(7):e046477.
5. Boelen PA, Lenferink LI. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022;56(6):667-674.
6. Killikelly C, Smith KV, Zhou N, Prigerson HG, O'Connor MF, Kokou-Kpolou CK, et al. Prolonged grief disorder. *Lancet.* 2025;405(10489):1621-32.
7. Buur C, Zachariae R, Komischke-Konnerup KB, Marell MM, Schierff LH, O'Connor M. Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2024;107:102375.
8. McIvor DW, Hooker J, Atkins A, Athanasiou A, Shulman G. Mourning work: Death and democracy during a pandemic. *Contemp Polit Theory.* 2020;20(1):165.
9. Muslimah AH, Idris FP, Asrina A. Emotional focused coping on COVID-19 survivors during isolation in a rural area in Indonesia. *J Aafiyah Health Res.* 2021;2(2):14-21.
10. Bassi G, Embaye J, de Wit M, Snoek FJ, Salcuni S. The relationship between emotional self-awareness, emotion regulation, and diabetes distress among Italian and Dutch adults with type 1 diabetes. *Front Psychol.* 2023;14:1288550.
11. Huggins CF, Donnan G, Cameron IM, Williams JH. Emotional self-awareness in autism: A meta-analysis of group differences and developmental effects. *Autism.* 2021 Feb;25(2):307-21.
12. Smith R, Persich M, Lane RD, Killgore WD. Higher emotional awareness is associated with greater domain-general reflective tendencies. *Sci Rep.* 2022;12(1):3123.
13. Datko M, Schuman-Olivier Z, Brusaferrri L, Housman H, Tohyama S, Round K, et al. Insula response to interoception is inversely correlated with trait mindfulness, self-compassion, and migraine frequency in patients with episodic migraine. *J Pain.* 2022;23(5):45.
14. Eisma MC, Franzen M, Paauw M, Bleeker A, aan het Rot M. Rumination, worry and negative and positive affect in prolonged grief: A daily diary study. *Clin Psychol Psychother.* 2022;29(1):299-312.
15. Brinthaup TM, Morin A. Self-talk: Research challenges and opportunities. *Front Psychol.* 2023;14:1210960.
16. Rezaei S, SoltanMohammadi D, Zebardast A. The prediction of positive and negative self-talk based on enneagram personality types in university students. *Rooyesh Ravan J.* 2022;11(1):25-34.
17. Rezaee N, Afhami H, Navvabi-Rigi SD. The effects of positive self-talk on anxiety and grief among women with spontaneous abortion: a quasi-experimental study. *Shiraz E-Med J.* 2024;25(2).
18. Nazam A, Javed K, Din SS, Majid S, Aziz A. Sudden loss, lasting scars: how unexpected parental death impacts adult self-worth more deeply. *Pak J Soc Sci Rev.* 2025;4(3):82-97.
19. Fairlamb S. We need to talk about self-esteem: the effect of contingent self-worth on student achievement and well-being. *Scholarsh Teach Learn Psychol.* 2022;8(1):45.
20. Zarghami F, Sadegi R, Sarbakhsh P, Pakmehr S, Pakpour V. Association between self-worth and health promotion behaviors among older adults living in the community: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2025;25(1):2614.

21. Batchelder AW, Hagan MJ. The clinical relevance of a socioecological conceptualization of self-worth. *Rev Gen Psychol*. 2023;27(1): 62–79.
22. Szöcs H, Sandheden L, Horváth Z, Vizin G. The mediating role of state shame, guilt, and pride in the relationship between self-compassion and prolonged grief. *Eur Psychiatry*. 2022;65(S1):S179-80.
23. Uneno Y, Kotera Y, Fujisawa D, Kataoka Y, Kosugi K, Murata N, et al. Development of a novel COMPASSion focused online psyChoTherapy for bereaved informal caregivers: the COMPACT feasibility trial protocol. *BMJ Open*. 2022;12(12):e067187.
24. Vara H, Thimm JC. Associations between self-compassion and complicated grief symptoms in bereaved individuals: an exploratory study. *Nord Psychol*. 2020;72(3):235-247.
25. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol*. 2023;74(1):193-218.
26. Allan S, Morea C, MacLennan K, Schwannauer M, McLaughlin AL, Weinstein N, et al. A qualitative exploration of change processes relevant to compassion-focused therapy that occurs when people view both soothing and non-soothing images. *Psychol Psychother*. 2025;98(1):193-204.
27. Petrocchi N, Ottaviani C, Cheli S, Matos M, Baldi B, Basran JK, et al. The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: results of a series of meta-analyses. *Clin Psychol Sci Pract*. 2024;31(2):230-47.
28. Wilson DM, Darko EM, Kusi-Appiah E, Roh SJ, Ramic A, Errasti-Ibarrondo B. What exactly is "complicated" grief? a scoping research literature review to understand its risk factors and prevalence. *Omega (Westport)*. 2022;86(2):471-87.
29. Dunn MB. Teaching while grieving a death: navigating the complexities of relational work, emotional labor, and English language arts teaching. *Engl Educ*. 2022;54(4):315-32.
30. Mallinson DJ. Teaching through grief: an autoethnography and recommendations. *J Public Aff Educ*. 2026;15236803261440393.
31. Kauer SD, Reid SC, Croke AH, Khor A, Hearps SJ, Jorm AF, et al. Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):e1858.
32. Mohanna S, Talepasand S. The relationship between environmental supports and emotional self-awareness with academic engagement: the mediating role of educational well-being. *Iran J Med Educ*. 2016;16:31-42.
33. Brinthaup TM, Hein MB, Kramer TE. The self-talk scale: development, factor analysis, and validation. *J Pers Assess*. 2009;91(1):82-92.
34. Khodayarifard M, Akbari Zardkhaneh S, Zeinali S. Standardization of the self-talk scale for the Iranian student population. *J Appl Psychol Res*. 2011;2(2):33-54.
35. Crocker J, Luhtanen RK, Cooper ML, Bouvrette A. Contingencies of self-worth in college students: theory and measurement. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(5):894-908.
36. Zaki MA. Testing and validating the self-worth questionnaire among male and female high school students in Isfahan. *Q J Psychol Methods Models*. 2012;2(7):87-98.
37. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):96-106.
38. Yousefi H, Nazari Esfahlan A. Cross-validation of the Persian version of the revised prolonged grief disorder scale. *Clin Psychol Pers*. 2024;22(2):367-80.
39. Prigerson HG, Viola M, Lichtenthal W, Rogers M, Maciejewski PK, Derry HM, et al. Appendix B: structured clinical interview for prolonged grief disorder. In: *Grief and Prolonged Grief Disorder*. American Psychiatric Association Publishing; 2024:185-97.
40. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther*. 2010;3(2):97-112.
41. Kim JJ, Parker SL, Doty JR, Cunningham R, Gilbert P, Kirby JN. Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Sci Rep*. 2020;10(1):6789.
42. Sommers-Spijkerman M, Radstaak M, Chakhssi F. Effects of a brief compassion exercise on affect and emotion regulation in patients with personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2023;78:101803.
43. Sadeghi E. The effectiveness of compassion-based intervention (CFT) on emotional self-awareness and interpersonal problems of aggressive women. *Q J Soc Cogn*. 2023;12(23):31-40.
44. Vogel A, Comtesse H, Nocon A, Kersting A, Rief W, Steil R, et al. Feasibility of present-centered therapy for prolonged grief disorder: results of a pilot study. *Front Psychiatry*. 2021;12:534664.
45. Lechner-Meichsner F, Mauro C, Skritskaya NA, Shear MK. Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. *Psychother Res*. 2022;32(1):91-103.

46. Lanzaro C, Carvalho SA, Lapa TA, Valentim A, Gago B. A Systematic review of self-compassion in chronic pain: from correlation to efficacy. *Span J Psychol*. 2021;24:e26.
47. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, et al. A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(3):385-403.
48. Harris DL. An exploration of compassion focused therapy for grieving individuals. *OBM Integr Complement Med*. 2023;8(4):1-31.
49. Grzybowski J, Brinthaup TM. Trait mindfulness, self-compassion, and self-talk: a correlational analysis of young adults. *Behav Sci*. 2022;12(9):300.
50. Vidal J, Soldevilla JM. Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: a meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2023;62(1):70-81.
51. Smith KV, Ehlers A. Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: an investigation of cognitive and behavioural differences. *PLoS One*. 2021;16(4):e0248852.
52. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2023;326:168-92.
53. Luo X, Liu J, Che X. Investigating the influence and a potential mechanism of self-compassion on experimental pain: evidence from a compassionate self-talk protocol and heart rate variability. *J Pain*. 2020;21(7-8):790-7.
54. Carter S, Littlewood K, Cooper L, Spadola C, Rosenthal M, Bennett RL, et al. Time for me: development and results of an RCT of a kinship navigator self-compassion and care toolkit for caregivers by caregivers. *Child Youth Serv Rev*. 2023;152:107076.
55. Thomason S, Moghaddam N. Compassion-focused therapies for self-esteem: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother*. 2021;94(3):737-759.
56. Shavandi H, Veshki SK. Effectiveness of compassion-focused therapy on self-criticism of the women applying for divorce. *J Educ Health Promot*. 2021;10:15.
57. Morad Haseli Khameneh T, Khalatbari J, Tajeri Boyuk T, Kalthornia Golkar M. Comparing the effectiveness of positive approach therapy with compassion-focused therapy on self-esteem, well-being, responsibility, and self-care in patients with breast cancer. 2020;39-60.
58. Smith KV, Wild J, Ehlers A. Psychometric characteristics of the Oxford grief memory characteristics scale and its relationship with symptoms of ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder. *Front Psychiatry*. 2022;13:814171.
59. Maccallum F, Bryant RA. A network approach to understanding quality of life impairments in prolonged grief disorder. *J Trauma Stress*. 2020;33(1):106-15.
60. Cesur Soysal G, Durak Batıgün A. Prolonged grief, emotion regulation and loss related factors: an investigation based on cognitive and behavioral conceptualization. *Death Stud*. 2022;46(6):1316-28.
61. Brown N, Ashcroft K. The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: a systematic review. *Behav Sci*. 2025;15(8):1031.
62. Gilbert P, Simos G. Compassion focused therapy: an evolution-informed, biopsychosocial approach to psychotherapy: history and challenge. In: *Compassion Focused Therapy*. Routledge; 2022:24-89.
63. Hunter R, Pilling A, Warren H, Fox K, McCormack M. A preliminary evaluation of a group compassion-focused intervention for individuals affected by perinatal loss. *Front Psychiatry*. 2025;16:1642423.
64. Kim JJ, Cunningham R, Kirby JN. The neurophysiological basis of compassion-focused therapy. *Sci Rep*. 2020;10(1):3813.
65. Hill C, Vasiliou VS, Sirois FM, Hughes O, Thompson AR. A meta-analysis of self-compassion and attachment in adults. *Psychol Psychother*. 2025;98(4):833-58.
66. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother*. 2020;20(4):385-400.