



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Somatic Symptom Disorder, Cognitive Emotion Regulation, and Self-Care Self-Efficacy in High School Girls with Somatic Symptom Disorder

Javad Dorudi¹, Kamran Yazdanbakhsh², Khodamorad Momeni³

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: Javaddrodi89@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi, Kermanshah, Iran. E-mail: Kh.momeni@razi.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 10 July 2025

Received in revised form 25

April 2026

Accepted 22 June 2026

Published Online 23

September 2026

Keywords:

somatic symptoms,
compassion-focused
therapy,
emotion regulation,
self-efficacy.

ABSTRACT

Background: Somatoform disorder is defined as a preoccupation with the fear of becoming ill or the belief that one has a serious illness, which is associated with cognitive, emotional, and behavioral symptoms. Cognitive emotion regulation is one of the important problems in girls with somatosensory symptom disorder, and compassion-focused therapy with an emphasis on emotion regulation, mindfulness, compassion for oneself and others, and increased wisdom, empathy, and responsibility can be effective in reducing symptoms in these individuals.

Aims: The aim of the present study was to investigate The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Somatic Symptom Disorder, Cognitive Emotion Regulation, and Self-Care Self-Efficacy in High School Girls with Somatic Symptom Disorder

Methods: The research method was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group and a two-month follow-up. The statistical population was all female high school students in Kamyaran city who were studying in the academic year 2024-2025 and had somatic symptom disorder. The statistical sample was selected through cluster sampling and included 30 of these students who were selected from among 58 people who had high scores on the somatic symptom questionnaire and after conducting a diagnostic interview, they were randomly placed in two experimental and control groups of 15 people. To collect data, the somatic symptom questionnaire of Lacourt et al. (2013), cognitive emotion regulation of Garnevsy et al. (2001), and self-care self-efficacy of Lowe and Owen (1996) were used. The experimental group received Paul Gilbert's (2009) compassion-focused therapy in 10 90-minute sessions over two months. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni test in SPSS26 software.

Results: The results showed that participants in the experimental group reported higher scores in cognitive emotion regulation and self-care self-efficacy ($p < 0/001$). Improvements in physical symptoms and emotion regulation were also seen in the experimental group at the follow-up stage ($p < 0/001$).

Conclusion: It seems that compassion-focused therapy, using techniques such as expressing compassion for oneself and others, empathy, acceptance, wisdom, and mindfulness, can have a significant impact on preventing and reducing the symptoms of somatic symptom disorder.

Citation: Dorudi, J., Yazdanbakhsh, K., & Momeni, Kh. (2026). The effectiveness of compassion-focused therapy on somatic symptom disorder, cognitive emotion regulation, and self-care self-efficacy in high school girls with somatic symptom disorder. *Journal of Psychological Science*, 25(163), 1-19. [10.66224/jps.25.163.9](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.9)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 163, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.163.9](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.9)



Corresponding Author: Kamran Yazdanbakhsh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

E-mail: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir, Tel: (+98)9188866617

Extended Abstract

Introduction

Somatic Symptom Disorder (SSD) is defined as a persistent preoccupation with the fear of having, or the belief in having, a serious illness for at least six months, typically arising from a misinterpretation of bodily symptoms or functions (Appel et al., 2022). It is characterized by prominent physical symptoms associated with psychological distress (Chauhan & Jain, 2024), and functional somatic symptoms such as unexplained palpitations, abdominal pain, dizziness, headaches, fatigue, and muscular weakness are common across many medical fields, particularly pediatrics (Bulut et al., 2024). The prevalence of SSD is estimated at 4–6% among general medical outpatients, with actual rates potentially reaching 15% (Wangler & Jansky, 2024), and it is more frequently observed in women and adolescents (Robles et al., 2024). Biological, psychological, and social factors contribute to its development (Faustini et al., 2025), while psychological disturbances, emotional suppression, alexithymia, and irritability have been shown to correlate with SSD symptoms (Paulus et al., 2021).

Cognitive emotion regulation, referring to cognitive approaches used after negative experiences to manage emotions (Gross, 2014), is a key factor associated with somatization symptoms (Petzke & Witthöft, 2024). Emotion regulation strategies are categorized as adaptive (acceptance, positive reappraisal, perspective-taking) and maladaptive (rumination, catastrophizing, self-blame) (Garnefski et al., 2009). Evidence suggests that emotion regulation can predict personal and social adjustment among adolescents (Vahedi, 2024), mediate between emotional over-arousal and somatic symptoms (Al-Saffar, 2023), and reduce SSD symptoms (Erbildem & Nowicki, 2025). Another relevant construct is self-care self-efficacy, derived from Bandura's social cognitive theory, which is linked to improved quality of life and health outcomes (Swarzer, 2014; Asadi et al., 2019). Higher self-care self-efficacy has been associated with better management of chronic diseases and moderating effects between symptoms

and psychological responses (Qiu & Yu, 2023; Peterson et al., 2024).

Compassion-focused therapy (CFT) is a psychotherapeutic approach emphasizing mindfulness, acceptance, and compassion toward oneself and others, aimed at reducing shame and self-criticism (Gilbert, 2009; Becker et al., 2019). By fostering a compassionate mindset, CFT encourages individuals to face rather than avoid their difficulties (Van Broekhuizen-Kloth et al., 2018), and extensive empirical evidence supports its effectiveness in improving treatment adherence, alleviating chronic pain, enhancing psychological flexibility, emotion regulation, and self-care (Amiri et al., 2023; Aqili et al., 2023; Kamali & Sajadian, 2024). Given the increasing prevalence of SSD in adolescents and the persistence of symptoms despite medical interventions, the present study aims to investigate the effects of compassion-focused therapy on cognitive emotion regulation, self-care self-efficacy, and somatization symptoms.

Method

This quasi-experimental study employed a pre-test–post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The target population comprised female high school students in the second cycle of secondary education who exhibited symptoms of somatic symptom disorder. Using cluster random sampling from eight female secondary schools, four schools and subsequently four classes from each were selected. Students completed the Somatic Symptom Disorder Questionnaire (PSQ; Lacourt et al., 2013) under the supervision of the researcher. Following initial screening and a diagnostic interview, thirty participants meeting the inclusion criteria—namely, informed consent from both students and parents, confirmation of symptoms through the questionnaire and interview, and no use of psychiatric medication in the past three months—were randomly assigned to experimental and control groups (15 in each). Exclusion criteria included more than two treatment absences, non-cooperation or non-completion of assignments, and gastrointestinal bleeding during the intervention period.

The instruments included the Somatic Symptom Disorder Questionnaire (39 items, unidimensional

structure, $\alpha=0.73$), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001) with nine positive and negative subscales ($\alpha=0.81$), and the Self-Care Self-Efficacy Questionnaire (SSQ; Lou & Owen, 1996) assessing four domains: adjustment, stress reduction, decision-making, and enjoyment of life ($\alpha=0.78$). The experimental group received compassion-focused therapy in ten 90-minute sessions, held twice weekly over two months, whereas no intervention was provided to the control group. Assessments were conducted at three points—pre-test, post-test, and two-month follow-up—for both groups. Data analysis was performed using descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance (ANOVA) with SPSS version 26.

Results

In this study, thirty female high school students diagnosed with somatic symptom disorder participated, with a mean age of 17.65 years in the

experimental group and 17.21 years in the control group, showing age equivalence between groups. Descriptive results indicated that, in the experimental group, mean scores for positive emotion regulation strategies and self-care self-efficacy increased from pre-test to post-test, whereas mean scores for negative emotion regulation strategies and the severity of somatic symptoms decreased. Prior to conducting the repeated-measures ANOVA, its assumptions were examined, including normality of score distributions (Kolmogorov–Smirnov test), homogeneity of variances (Levene’s test), identification of outliers (boxplot inspection), and sphericity (Mauchly’s test). The results confirmed that most assumptions were met; in the case of violated sphericity, Huynh–Feldt corrections were applied. Findings from the repeated-measures ANOVA revealed significant differences between the experimental and control groups, indicating that compassion-focused therapy had a positive effect on improving the study variables.

Table1. Results of Repeated-Measures ANOVA on Pre-Test, Post-Test, and Follow-Up Scores of Research Variables in Experimental and Control Groups

Source of Variation	Dependent Variable	SS	DF	MS	F	p	Effect Size	Statistical Power
Within-subjects (Time)	Somatic Symptoms	12847.95	2	6423.975	201.636	≤ 0.001	0.841	1
Between-subjects (Group)	Somatic Symptoms	20046.675	1	20046.675	83.416	≤ 0.001	0.687	1
Time $\times$ Group Interaction	Somatic Symptoms	11348.75	2	5674.375	178.108	≤ 0.001	0.824	1
Within-subjects (Time)	Negative emotion regulation strategies	867.65	2	433.825	45.25	≤ 0.001	0.544	1
	Positive emotion regulation strategies	4862.217	2	2431.108	108.877	≤ 0.001	0.741	1
Between-subjects (Group)	Negative emotion regulation strategies	13504.408	1	13504.408	109.149	≤ 0.001	0.742	1
	Positive emotion regulation strategies	3990.533	1	3990.533	18.879	≤ 0.001	0.332	0.988

Source of Variation	Dependent Variable	SS	DF	MS	F	p	Effect Size	Statistical Power
Time × Group Interaction	Negative emotion regulation strategies	1691.7117	2	845.858	88.227	≤0.001	0.699	1
	Positive emotion regulation strategies	1544.117	2	772.058	34.577	≤0.001	0.476	1
Within-subjects (Time)	self-care self-efficacy	803.217	2	401.608	6.477	≤0.003	0.146	0.895
Between-subjects (Group)	self-care self-efficacy	11388.008	1	11388.008	47.936	≤0.001	0.558	1
Time × Group Interaction	self-care self-efficacy	2536.217	2	1268.108	20.451	≤0.001	0.35	1

Table2. Bonferroni Test Results for Pairwise Comparisons of Pre-Test, Post-Test, and Follow-Up Scores in the Experimental Group

Variable	Comparison	Mean Difference	SD	P
Somatic symptoms	Post-test – Pre-test	23.175	1.46	≤0.001
	Follow-up – Pre-test	20.475	1.51	≤0.001
	Follow-up – Post-test	-2.7	0.559	≤0.001
	Pre-test – Follow-up	-23.17	1.46	≤0.001
Negative emotion regulation	Post-test – Pre-test	6.25	0.748	≤0.001
	Follow-up – Pre-test	4.92	0.82	≤0.001
	Follow-up – Post-test	-1.32	0.454	≤0.018
	Pre-test – Follow-up	-6.25	0.748	≤0.001
Positive emotion regulation	Post-test – Pre-test	11.9	1.2	≤0.001
	Follow-up – Pre-test	14.67	1.27	≤0.001
	Follow-up – Post-test	2.77	0.524	≤0.001
	Pre-test – Follow-up	-11.9	1.2	≤0.001
Self-care self-efficacy	Post-test – Pre-test	6.075	2.05	≤0.016
	Follow-up – Pre-test	4.6	2.18	≤0.025
	Follow-up – Post-test	1.47	0.559	≤0.036
	Pre-test – Follow-up	-6.075	2.05	≤0.016

Based on the data in Table 4 and Table 2, significant differences were observed between pre-test and post-test scores (intervention effect), pre-test and follow-up scores (time effect), and post-test and follow-up scores (intervention stability) across somatic symptom disorder scores ($p \leq 0.001$). In other words, the scores for somatic symptoms in the experimental group did not remain unchanged between pre-test and follow-up, indicating sustained improvement as a result of the intervention.

Conclusion

The present study aimed to examine the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on cognitive emotion regulation and self-care self-efficacy among students exhibiting symptoms of somatic symptom disorder. The findings indicated that CFT significantly increased positive emotion regulation strategies and reduced negative ones, aligning with the results of Elahimehr et al. (2024), Parandin (2024), and Izadi et al. (2025). This outcome can be attributed to CFT’s emphasis on self-acceptance,

mindfulness, self-kindness, and compassionate practices such as guided imagery and compassionate letter writing, which facilitate emotion regulation by reducing rumination and cognitive distortions, while increasing motivation to employ adaptive strategies. Additionally, by regulating emotional and hormonal systems, this approach enhances individuals' biological and psychological readiness to cope with challenges.

Moreover, the results showed that CFT improved self-care self-efficacy, consistent with the findings of Nouri Neystanak et al. (2024) and Schati & Malouf (2025). This effect may be explained by the therapy's capacity to increase acceptance, teach skills such as wisdom, warmth, and responsibility, and promote techniques including mindfulness and present-moment awareness. These processes strengthen individuals' abilities to reduce stress, enjoy life, resolve problems effectively, and take greater responsibility in facing adversity. By reducing self-blame and fostering flexibility, CFT enhances personal adaptation to challenging situations.

Finally, the findings demonstrated that CFT led to a reduction in somatic symptom disorder symptoms, in line with studies by Amiri et al. (2023), Aghaei et al. (2023), and Aghili et al. (2023). CFT appears to alleviate anxiety and excessive health-related concerns by fostering a compassionate mindset, encouraging acceptance of difficulties, and strengthening empathy, which in turn promotes responsible self-care behaviors. Limitations of this research include its sample restriction to female high school students in the second cycle, use of lengthy self-report questionnaires, and reliance on subjective measures. Based on these results, it is recommended that cognitive emotion regulation training programs and the application of CFT be implemented in schools, psychological clinics, and across different age groups and educational levels.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of Javad Doroudi in the field of psychology at the Faculty of Social Sciences, Razi University. In compliance with ethical research principles, data collection was conducted only after obtaining informed consent from the participants. Participants were assured of the confidentiality of

their personal information and that the results would be presented without including names or identifying details.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral dissertation and received no external financial support.

Authors' contribution: This article is based on the doctoral dissertation of Javad Doroudi, supervised by Kamran Yazdanbakhsh and advised by Khoda Morad Momeni.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the findings of this study.

Acknowledgments: The authors sincerely thank the dissertation supervisor and advisor, as well as the students who participated in this study, for their valuable contributions.



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال علائم جسمانی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود در دختران دبیرستانی مبتلا به اختلال علائم جسمانی

جواد درودی^۱، کامران یزدانبخش^۲، خدامراد مومنی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: Javaddrodi89@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: Kh.momeni@razi.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

علائم جسمی،

درمان متمرکز بر شفقت،

تنظیم شناختی هیجان،

خودکارآمدی.

زمینه: اختلال علائم جسمی به صورت اشتغال ذهنی فرد با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی تعریف شده است که با نشانه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارتباط دارد. تنظیم شناختی هیجان از جمله مشکلات مهمی است که در دختران مبتلا به اختلال علائم جسمانی وجود دارد و درمان متمرکز بر شفقت با تأکید بر تنظیم هیجان، توجه آگاهی، شفقت با خود و دیگران و افزایش خرد، همدلی و مسئولیت‌پذیری می‌تواند در کاهش نشانه‌های این افراد مؤثر باشد.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر علائم جسمانی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود در دختران دبیرستانی مبتلا به اختلال علائم جسمانی بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان کامیاران بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ مشغول به تحصیل و مبتلا به اختلال علائم جسمانی بودند. نمونه آماری به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شد و شامل ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان بودند که از میان ۵۸ نفر که دارای نمره بالا در پرسشنامه علائم جسمانی بودند انتخاب و پس از اجرای مصاحبه تشخیصی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و گواه به صورت تصادفی جایدهی شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه علائم جسمانی (لاکورت و همکاران، ۲۰۱۳)، تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و خودکارآمدی مراقبت از خود (لو و اون، ۱۹۹۶) استفاده شد. گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (پل گیلبرت، ۲۰۰۹) را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی دو ماه دریافت کردند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS26 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود نسبت به گروه گواه نمرات بالاتری گزارش کردند ($P \leq 0/001$) همچنین بهبودی نشانه‌های علائم جسمانی و تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مرحله پیگیری دیده شد ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت با بهره‌گیری از فوننی مانند ابراز شفقت‌ورزی برای خود و دیگران، همدلی، پذیرش، خرد و توجه آگاهی می‌تواند تأثیر بسزایی در پیشگیری و کاهش نشانه‌های اختلال علائم جسمانی داشته باشد.

استناد: درودی، جواد؛ یزدانبخش، کامران؛ و مومنی، خدامراد (۱۴۰۵). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال علائم جسمانی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود در دختران دبیرستانی مبتلا به اختلال علائم جسمانی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱-۱۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.163.9



✉ نویسنده مسئول: کامران یزدانبخش، استاد، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، رازی، کرمانشاه، ایران. رایانامه: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۸۸۸۶۶۶۱۷

مقدمه

اختلال علائم جسمانی^۱ به صورت اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی به مدت دست کم شش ماه تعریف شده است و این ترس یا اعتقاد زمانی ایجاد می شود که بیمار علائم یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر کند (اپل و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال علائم جسمانی از جمله اختلالاتی هستند که نشانه های جسمانی برجسته ای در رابطه با مشکلات و ناراحتی های روانی دارند (چاوهان و جین، ۲۰۲۴). علائم شبه جسمانی بسیار متداول هستند و تقریباً در تمام حوزه های پزشکی اطفال به ویژه تپش های قلبی نامشخص، دردهای شکمی، سرگیجه، سردرد، خستگی، تهوع، ضعف عضلانی و ترکیبی از هر کدام از این موارد مشهود هستند (بولوت و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع این اختلال در جمعیت مراجعین درمانگاه های پزشکی عمومی ۴ تا ۶ درصد است ولی مقدار واقعی این رقم بسیار بیشتر و ۱۵ درصد می باشد (وانگلر و جانسکی، ۲۰۲۴). روبلز و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که اختلال علائم جسمانی در زنان بیشتر از مردان و در نوجوانان شیوع بالاتری دارد. در واقع اختلالات علائم جسمانی به صورت اختلال بدنی که تحت تأثیر نشانه های روانی قرار دارند یا در شدیدترین حالت توسط نشانه های روانی ایجاد می شوند تعریف شده است (آندو، ۲۰۲۰). عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی به بروز علائم شبه جسمانی کمک می کنند. دیدگاه زیستی بیان می کند که بعضی افراد از لحاظ زیستی درگیر درد هستند در نتیجه بیشتر درد را حس می کنند، عوامل روانشناختی به نقش شرطی سازی ها، درونی سازی علائم دوران کودکی و نقش علائم ناخودآگاه و تجارب دوران کودکی در ایجاد بیماری علائم جسمانی و نقش تفکرات منفی و هیجانات می پردازد و عوامل اجتماعی به نقش عوامل محیطی، خانواده و سرمشق گیری و تأثیرات اجتماعی بر اختلالات شبه جسمانی می پردازد (فاستینی و همکاران، ۲۰۲۵). بدایع و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده اند که در تبیین علی اختلالات علائم جسمانی، آشفتگی های روانی نقش پررنگی ایفا می کنند. نتایج مطالعه پائولوس و همکاران (۲۰۲۱) و در خصوص سرکوب عاطفی و اختلالات علائم جسمانی نشان داد که سرکوب هیجانات، ناگویی هیجانی و خلق

تحریک پذیر و عصبانی با نشانه های اختلال علائم جسمانی همبستگی معناداری دارند.

متغیرهای مختلفی با نشانه ها و علائم اختلال علائم جسمانی مرتبط هستند که یکی از این متغیرها تنظیم شناختی هیجان است (پتزکه و ویتف، ۲۰۲۴). نظم بخشی شناختی هیجان^۲ به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب زا به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی اطلاق می گردد (گراس، ۲۰۱۴). راهبردهای تنظیم هیجان کنش هایی هستند که نشان دهنده راه های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش زا هستند. این راهبردها شامل دو دسته سازگارانه و ناسازگارانه می باشند (هیل و همکاران، ۲۰۲۵). راهبردهای سازگارانه پذیرش، دیدگاه پذیر، تمرکز مجدد برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت و راهبردهای ناسازگارانه سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه انگاری را شامل می شود (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعه سمینیا (۲۰۲۰) نشان داد که افکار منفی و عوامل هیجانی منفی در روند و شدت بیماری های علائم جسمانی تأثیر بسزایی دارند. مطالعه واحدی (۱۴۰۳) نشان داد که تنظیم شناختی هیجان می تواند سازگاری های فردی و اجتماعی نوجوانان را در زندگی پیش بینی کند. نتایج پژوهش الصفار (۲۰۲۳) نشان می دهد که تحریک پذیری بیش از حد عاطفی و برانگیختگی تأثیر مستقیم بر بیماری علائم جسمانی دارد و تنظیم هیجان می تواند بین این دو مولفه نقش میانجی داشته باشد. همچنین پزکه و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که تنظیم هیجان ارتباط معناداری با نشانه های علائم جسمانی ندارد. اما سیوندیان و فلاح زاده (۱۴۰۴) نشان دادند که تنظیم هیجان و درمان های هیجان مدار می تواند نشانه های اختلال علائم جسمانی را بهبود بخشد. همچنین اربیلدیم و نویکی (۲۰۲۵) نشان دادند که تنظیم شناختی هیجان نقش اساسی در کاهش نشانه های اختلال علائم جسمانی دارد و می تواند بین احساس گناه و احساس شرم با علائم جسمانی نقش واسطه ای داشته باشد.

یکی دیگر از متغیرهایی که با اختلال علائم جسمانی در ارتباط است خودکارآمدی مراقبت از خود^۳ می باشد که براساس نظریه شناختی اجتماعی بندورا بنا شده است. خودکارآمدی عبات است از توانایی انجام کاری که تأثیر زیادی در ثبات عاطفی افراد دارد (سوارزر، ۲۰۱۴).

³. Self-care self-efficacy

¹. Psychosomatic Symptoms disorder

². Cognitive regulation of emotion

خودکارآمدی به عنوان یک عامل انگیزشی منجر به افزایش عملکرد تحصیلی و کاهش استرس در فراگیران می‌شود (گانه و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از برزگر زرمهری و همکاران، ۱۴۰۳). کارول (۲۰۱۴) نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی در زندگی شود. بررسی‌های دیگر نشان می‌دهد که خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی منجر به افزایش لذت و کیفیت در زندگی می‌شود (اسدی و همکاران، ۲۰۱۹؛ بابازاده و همکاران، ۲۰۱۷). عوامل زیادی از قبیل دانش فردی، وضعیت جسمی، محیط بین فردی، پیچیدگی وظایف و استرس می‌توانند بر خودکارآمدی تاثیرگذار باشند (الر و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج مطالعه دوایرج و احمد (۲۰۲۲) نشان داد که در میان بیماران مبتلا به پرفشاری خون هرچه بیماران خودکارآمدی مراقبت از خود بالاتری داشتند بهتر می‌توانستند فشار خون خود را کنترل کنند. نتایج بررسی‌های کیو و یو (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که خودکارآمدی مراقبت از خود می‌تواند نقش تعدیل کننده بین علائم و نشانه‌های بیماری‌های قلبی و احساس ضعف و ترس در آنها ایجاد کند. همچنین لانجفورد و هگویست (۲۰۲۰) بر نقش خودکارآمدی به عنوان نقش میانجی و محافظتی در شرایط بحرانی تأکید کردند. همچنین تحقیقات پترسون و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند نقش حفاظتی بین استرس‌ها و سندروم روده تحریک‌پذیر و خستگی مزمن داشته باشد.

یکی از درمان‌هایی که در زمینه افزایش تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود و کاهش نشانه‌های اختلال علائم جسمانی می‌تواند مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است (دیوساران - وان در ون و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان با تأکید بر توجه آگاهی، همدلی، پذیرش، بخشش، خردورزی، شفقت به خود و دیگران و ذهنیت مشفقانه فرد را به جای اجتناب از مشکلات، به رویارویی با آنها مواجه می‌سازد (ون بروکخویسن - کلوت و همکاران، ۲۰۱۸). این پروتکل درمانی در ابتدا برای کمک به افرادی که در کشمکش با شرم و خودانتقادی بودند گسترش پیدا کرد. از دیدگاه گیلبرت شرم یک وضعیت حاد عاطفی دردناک وابسته به ارزیابی‌های منفی درباره خود است و شامل دو نوع شرم بیرونی شده - دیگران ما را به صورت منفی ارزیابی می‌کنند - و شرم درونی شده - ارزیابی‌های منفی که ما در مورد خود داریم می‌باشد

^۱. Compassion-Focused Therapy

(گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک رویکرد مشفقانه نسبت به خود وقتی که همه چیز بد است (بکر و همکاران، ۲۰۱۹). تابش مفرد و منصوریه (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در تنظیم هیجان افراد مؤثر است. نتایج پژوهش‌های امیری مقدم شیروان و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و ادراک استرس در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر معناداری دارد. عقیلی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش نشانه‌های درد مزمن در زنان خشونت دیده می‌شود. یافته‌های نوری و همکاران (۱۴۰۳) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، یافته‌های الهی مهر و همکاران (۱۴۰۳)، ایزدی و همکاران (۱۴۰۴) و پرندین (۱۴۰۳) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان، یافته‌های کمالی و سجادیان (۱۴۰۳) که نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت تأثیر بسزایی در خودمراقبتی افراد دارد و مطالعه اسپجانی و مالوف (۲۰۲۵) مبنی بر تأثیر شفقت‌ورزی بر سلامت روان و افزایش مراقبت از خود نیز در این راستا می‌باشد.

همانطور که مرور شد نتایج مستحکم برای بررسی متغیرهای اشاره شده باهم و تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر نشانه‌های اختلال علائم جسمانی، خودکارآمدی مراقبت از خود و تنظیم هیجان و تأثیر آن بر اختلال علائم جسمانی وجود ندارد و با توجه به ناتوانی افراد در تنظیم شناختی افکار و هیجانات مرتبط با نشانه‌های جسمانی خود افزایش روز افزون استرس‌ها و تشدید و شیوع بیشتر اختلالات علائم جسمانی در نوجوانان و نبود علت‌های پزشکی مانند عفونت، ضربه و آسیب‌های جسمانی و پایداری بسیاری از علائم و نشانه‌ها بعد از درمان‌های پزشکی، لازم است که تحقیقات بیشتری در زمینه شناسایی عوامل و نشانه‌ها و درمان‌های پایدار و تاثیرگذار صورت گیرد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود و بهبود نشانه‌های اختلال علائم جسمانی مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ انجام شد. جامعه این پژوهش تمامی دختران متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که دارای نشانه‌های اختلال علائم جسمانی بودند و نمونه پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه (گروه آزمایشی ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر) جای گرفتند. بدین صورت پس از اخذ مجوزهای لازم از میان ۸ دبیرستان دخترانه دوره دوم، ۴ دبیرستان و سپس از هر دبیرستان ۴ کلاس به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه اختلال علائم جسمانی در حضور پژوهشگر پاسخ دادند. سپس از میان ۵۸ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال علائم جسمانی، پس از انجام مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش رضایت آگاهانه دانش‌آموز و والدین، تایید نشانه‌های اختلال علائم جسمی از طریق پرسشنامه علائم جسمانی لاکورت و همکاران (۲۰۱۳) و مصاحبه پژوهشگر و عدم دریافت داروهای روان پزشکی طی سه ماه اخیر و ملاک خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و عدم انجام تکالیف و داشتن علائم خونریزی گوارشی طی فرآیند درمان بود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند.

ب) ابزار

مقیاس اختلال علائم جسمانی (PSQ):^۱ این مقیاس در سال ۲۰۱۳ توسط لاکورت و همکاران برای سنجش شکایات روان تنی اختلال علائم جسمانی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۹ گویه می‌باشد و از ساختار تک عاملی برخوردار است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم (با امتیاز ۱) تا خیلی زیاد (با امتیاز ۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات ممکن این مقیاس بین ۳۹ تا ۱۹۵ است. این پژوهش گران روایی محتوایی این مقیاس را مناسب ارزیابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ را بالای ۰/۷ گزارش نمودند. این پرسشنامه همچنین در ایران توسط حیدری، و همکاران (۲۰۲۱) اعتباریابی شده است و روایی محتوایی و صوری و ملاکی این

پرسشنامه مناسب و خوب ارزیابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش از ۰/۷ تا ۰/۹۵ برآورد شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه نظم بخشی شناختی هیجان (CERQ):^۲ این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال بوده و هدف آن سنجش خرده مقیاس‌های نظم جویی شناختی هیجان است. این مقیاس شامل ۹ خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: مقصر دانستن خود (سوالات ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)، مقصر دانستن دیگران (سوالات ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶)، پذیرش رخداد (سوالات ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، توجه مجدد برنامه‌ریزی (سوالات ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲)، تمرکز مثبت (سوالات ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)، نشخوار فکری (سوالات ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)، بازارزیابی مثبت (سوالات ۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳)، دیدگاه‌گیری (سوالات ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴) و مصیبت‌بار تلقی کردن (سوالات ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵). از میان این راهبردها، راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، مصیبت‌بار تلقی کردن رخداد راهبردهای منفی تنظیم هیجان هستند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، بازارزیابی مثبت و دیدگاه‌گیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. طیف پاسخگویی به سوالات از نوع لیکرت بوده و در محدوده هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) می‌باشد. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. در بررسی مشخصات روان-سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آوردند. در ایران نیز نتایج تحقیقات نشان داده است که این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (حسنی، ۱۳۸۹). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) در جمعیت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب

^۱. Psychosomatic Symptoms Questionnaire

^۲. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

ج) روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و هماهنگی‌های لازم با مدیریت آموزش و پرورش، با هماهنگی مسئولین مدارس پرسشنامه اختلال علائم جسمانی بر روی نمونه مورد نظر اجرا شد. برای همین منظور از نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد؛ لذا از ۸ دبیرستان دوره دوم دخترانه در سطح شهر ۴ دبیرستان و از هر دبیرستان ۴ کلاس به تصادف انتخاب شد و پس از مراجعه به کلاس و تبیین اهداف پژوهش و کسب رضایت و اعلام اختیاری بودن شرکت در پژوهش، پرسشنامه در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها خواسته شد در حضور پژوهشگر به آن پاسخ دهند. پس از بررسی پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن بعضی از آنها، در نهایت از میان ۵۸ نفر دانش آموز دارای نشانه‌های اختلال علائم جسمانی، ۴۰ نفر پس از مصاحبه تشخیصی براساس نسخه ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ و داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که دانش‌آموزانی که در دو جلسه درمانی شرکت نمی‌کردند از تحلیل کنار گذاشته می‌شدند. جلسات درمانی به‌صورت گروهی انجام پذیرفت و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای دوبار در دو ماه برای گروه آزمایشی برگزار شد و در این مدت هیچ جلسه‌ی درمانی برای گروه گواه اجرا نشد. شرکت‌کنندگان هر دو گروه در پژوهش در سه نوبت قبل از مداخله، پس از پایان مداخله و پس از گذشت دو ماه هنگام پیگیری پرسشنامه‌های اختلال علائم جسمانی، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود را تکمیل کردند. سرانجام پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تجزیه و تحلیل‌های آماری صورت پذیرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری توصیفی و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از نرم‌افزار spss26 استفاده شد.

آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی مراقبت از خود (SSQ): پرسشنامه خودکارآمدی مراقبت از خود اولین بار توسط لو و اون در سال ۱۹۹۶ طراحی شده است و توسط عزیزی فینی به نسخه فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال ۵ گزینه‌ای درمقیاس لیکرت در محدوده اطمینان کامل دارم (۵ نمره) تا اطمینان کمی دارم (۱ نمره) می‌باشد. این پرسشنامه شامل چهار بعد سازگاری (سوالات ۱۶ تا ۲۹)، کاهش استرس (سوالات ۱ تا ۱۰)، تصمیم‌گیری (سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳) و لذت‌بردن از زندگی (سوالات ۱۴ و ۱۵) است. سوالات این پرسشنامه، میزان اطمینان فرد را در انجام موارد ذکر شده در ابزار مورد بررسی قرار داده و مجموع امتیاز آن بین ۲۹ تا ۱۴۵ می‌باشد. این ابزار حالت خودگزارش‌دهی دارد و سازندگان این مقیاس میزان آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ و ضریب همبستگی نمرات حاصل از پرسشنامه با نمرات حاصل از مقیاس رفتار سلامتی ۰/۶۱۲ گزارش کردند. این پرسشنامه در پژوهش عزیزی فینی و همکاران (۱۳۹۰) برای اولین بار به فارسی ترجمه و روایی محتوای آن توسط ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار ترجمه شده نیز از روش آزمون و آزمون مجدد به فاصله یک هفته بر روی ده نفر از بیماران بخش پیوند مغز استخوان بررسی و ضریب همبستگی پیرسون برای دو نوبت ۰/۹۴ دست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه مسموعی و همکاران (۱۳۹۸) بررسی شد و با ضریب همبستگی ۰/۷۵ تأیید شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بدست آمد که نشانه همبستگی درونی مطلوب آن می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد.

3. DSM5

1. Self-care Self-efficacy Questionnaire

2. Health Behavior Scale

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف
جلسه اول	برقراری رابطه	معرفی افراد و شرح قوانین گروه، برقراری ارتباط، ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و همدلی اعضا با یکدیگر، بیان اهداف و انتظارات و ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، مفهوم سازی آموزش خود شفقتی	تمرین مهربان بودن
جلسه دوم	تنظیم هیجان	مرور جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و نحوه تأثیر گذاری آن بر افراد، بیان تفاوت ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق	بررسی سیستم هیجانی فعال تر در افراد در موقعیت های مختلف
جلسه سوم	رشد تکاملی مغز و تنفس عمیق	مرور جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم و مغز جدید، آموزش تنفس آرام بخش	توجه به فعال بودن مغز در موقعیت های مختلف و تمرین تنفس عمیق در طول روز
جلسه چهارم	مهارت توجه آگاهی	مرور جلسه قبل، آموزش مهارت توجه آگاهی، آموزش راه هایی برای افزایش تجربه های مثبت، توجه آگاهی روی تجربیات مثبت	افزایش دادن تجربیات مثبت و تمرین توجه آگاهی مانند خوردن توجه آگاهانه
جلسه پنجم	شناخت مولفه های شفقت به خود	مرور جلسه قبل، تعریف ذهن مشفق، توضیح خصوصیات خردمندی، همدلی، مهربانی، قدرت، مسئولیت پذیری، نگاه غیر قضاوتی، بیان تفاوت خود شفقت ورز با خود انتقادی، بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی و تأثیر آن بر زندگی	ثبت افکار و احساسات روزانه و فعال سازی خود شفقت ورز؟
جلسه ششم	یادگیری تکنیک صندلی مشفق	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، اجرای نشخوار فکری و بعد تمرین خود مشفق، اجرای خود انتقادگری و بعد تمرین صندلی مشفقانه	شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر و تمرین صندلی مشفق به صورت روزانه
جلسه هفتم	یادگیری تصویر سازی ذهنی	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین ریتم تنفسی آرام بخش، معرفی تصویر پردازی ذهنی و ارتباط آن با سیستم های تنظیم هیجانی، آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی های شفقت گر)	تمرین تصویر سازی ذهنی
جلسه هشتم	یادگیری نامه نگاری مشفقانه	بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل، آموزش نامه نگاری مشفقانه و بیان منطق آن	تصور کنید خود شفقت ورتان به شما نامه ای می نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید
جلسه نهم	یادگیری شفقت ورزی نسبت به دیگران	بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل، آموزش بخشش و پذیرش بدون قضاوت، آموزش ابراز شفقت به دیگران، تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران	تمرین بخشش، پذیرش و ابراز شفقت به دیگران
جلسه دهم	شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها، جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه	ادامه به تمرین های تصویر پردازی، نامه نگاری، تنظیم هیجان و مهربانی با خود و دیگران

بود و گروه ها از نظر سنی همتا بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۰ دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال علائم جسمانی شرکت کردند. میانگین سنی گروه آزمایش ۱۷/۶۵ و گروه گواه ۱۷/۲۱

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و گواه

گواه		آزمایش		موقعیت	
کشیده گی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	کشیده گی	کجی
۰/۶۲۸	۰/۲۷۵	۹/۶۲	۴۳/۷۵	۰/۳۲۷	۴/۰۴
۰/۱۱۶	۰/۶۰۵	۸/۹۳	۴۲/۳۵	۰/۶۸۲	۴/۴۷
۰/۴۴۱	۰/۴۵۴	۷/۵۸	۴۳/۹۰	۰/۶۸۵	۴/۴۲
۰/۸۸۳	۰/۳۰۳	۶/۴۳	۳۵/۹۰	۰/۲۱۷	۱۳/۶۳
۰/۵۴۴	۰/۴۲۷	۵/۶۵	۳۶/۷۵	۰/۶۰۷	۱۱/۰۵
۰/۸۰۵	۰/۳۸۴	۴/۶۰	۳۵/۵۰	۰/۳۱۶	۱۰/۴۶

گواه				آزمایش				موقعیت
کشی‌دگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	کشی‌دگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۵۶	۰/۱۸۹	۱۶/۰۱	۷۱/۹۰	-۱/۵۰	-۰/۰۴۸	۱۴/۴۳	۷۲/۵۰	پیش‌آزمون خودکارآمدی مراقبت از خود
-۰/۵۹۷	۰/۵۳۲	۸/۲۶	۷۰/۴۰	-۱/۵۶	-۰/۰۷۱	۸/۵۳	۷۶/۸۵	پس‌آزمون خودکارآمدی مراقبت از خود
-۱/۱۷	۰/۱۵۹	۷/۲۷	۷۱/۴۰	-۱/۷۳	-۰/۱۵۱	۷/۹۹	۷۶/۸۰	پیگیری خودکارآمدی مراقبت از خود
-۱/۱۰	۰/۲۰۸	۱۲/۶۱	۱۵۵/۹۵	-۱/۶۵	۰/۳۵۳	۸/۷۴	۱۵۷/۶۰	پیش‌آزمون اختلال علائم جسمانی
-۰/۷۷۴	۰/۴۱۷	۱۳/۵۵	۱۵۳/۱۵	۰/۴۲۶	۰/۹۰۲	۶/۹۴	۱۱۳/۴۰	پس‌آزمون اختلال علائم جسمانی
-۰/۸۳۴	۰/۱۳۶	۱۰/۹۵	۱۵۶/۳۵	-۱/۰۷	۰/۳۲۸	۶/۷۶	۱۱۵/۶۵	پیگیری اختلال علائم جسمانی

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد آورده شده است. با توجه به نتایج این جدول، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود در موقعیت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است. همچنین نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای راهبردهای منفی تنظیم و اختلال علائم جسمانی در موقعیت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دارای پیش‌فرض‌هایی است؛ لذا پیش از انجام تحلیل، مفروضات آزمون بررسی شد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگرووف - اسمیرنوف استفاده شد که عدم معناداری این آزمون برای متغیرهای اختلال علائم جسمانی ($Z = ۰/۴۱۵$)، خودکارآمدی مراقبت از خود ($Z = ۰/۳۸۹$)،

راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ($Z = ۰/۱۱۳$) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($Z = ۰/۶۰۹$) حاکی از رعایت این پیش‌فرض داشت ($P > ۰/۰۵$). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نمره F متغیرهای اختلال علائم جسمانی ($۰/۱۷۷$)، خودکارآمدی مراقبت از خود ($۰/۲۲۱$)، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ($۰/۳۴۸$) و راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($۰/۴۵۵$) بدست آمده که عدم معناداری ($P > ۰/۰۵$) آن نشان از برقراری این پیش‌فرض داشت. بررسی داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای صورت گرفت که داده پرتی بین داده‌ها وجود نداشت. همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون موچلی بررسی و نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه برای متغیرهای پژوهش بود و لذا بجای مقدار گرین هاوس گیسر، نتیجه آزمون هوین فلت گزارش خواهد شد. اثرات درون گروهی یافته‌های پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر اختلال علائم جسمانی

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	میزان خطا	P	اندازه اثر
درون آزمودنی (زمان)	اثر پیلایی	۰/۸۷۲	۱۲۶/۳۱۱	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۲
	لمبدای ویلکس	۰/۱۲۸	۱۲۶/۳۱۱	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۲
	اثر هتلینگ	۶/۸۲۸	۱۲۶/۳۱۱	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۲
	بزرگترین ریشه روی	۶/۸۲۸	۱۲۶/۳۱۱	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۲
بین آزمودنی (گروه)	اثر پیلایی	۰/۸۹۰	۱۴۶/۲۷۶	۲	۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۰
	لمبدای ویلکس	۰/۱۱۰	۱۴۶/۲۷۶	۲	۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۰
	اثر هتلینگ	۸/۱۲۶	۱۴۶/۲۷۶	۲	۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۰
	بزرگترین ریشه روی	۸/۱۲۶	۱۴۶/۲۷۶	۲	۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۰
تعامل زمان × گروه	اثر پیلایی	۰/۸۳۹	۹۶/۱۵۴	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۳۹
	لمبدای ویلکس	۰/۱۶۱	۹۶/۱۵۴	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۳۹
	اثر هتلینگ	۵/۱۹۷	۹۶/۱۵۴	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۳۹
	بزرگترین ریشه روی	۵/۱۹۷	۹۶/۱۵۴	۲	۳۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۳۹

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر اختلال علائم جسمانی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی هر یک از متغیرها مبادرت شد. جدول ۴ نتایج

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
درون آزمودنی (زمان)	علائم جسمانی	۱۲۸۴۷/۹۵۰	۲	۶۴۲۳/۹۷۵	۲۰۱/۶۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۴۱	۱
بین آزمودنی (گروه)	علائم جسمانی	۲۰۰۴۶/۶۷۵	۱	۲۰۰۴۶/۶۷۵	۸۳/۴۱۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۸۷	۱
تعامل زمان × گروه	علائم جسمانی	۱۱۳۴۸/۷۵۰	۲	۵۶۷۴/۳۷۵	۱۷۸/۱۰۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۲۴	۱
درون آزمودنی (زمان)	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۸۶۷/۶۵۰	۲	۴۳۳/۸۲۵	۴۵/۲۵۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۴۴	۱
بین آزمودنی (گروه)	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۴۸۶۲/۲۱۷	۲	۲۴۳۱/۱۰۸	۱۰۸/۸۷۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۱	۱
تعامل زمان × گروه	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۱۳۵۰۴/۴۰۸	۱	۱۳۵۰۴/۴۰۸	۱۰۹/۱۴۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۴۲	۱
درون آزمودنی (زمان)	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۳۹۹۰/۵۳۳	۱	۳۹۹۰/۵۳۳	۱۸/۸۷۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۳۲	۰/۹۹۸
بین آزمودنی (گروه)	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۱۶۹۱/۷۱۷	۲	۸۴۵/۸۵۸	۸۸/۲۲۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۹۹	۱
تعامل زمان × گروه	راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۱۵۴۴/۱۱۷	۲	۷۷۲/۰۵۸	۳۴/۵۷۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۶	۱
درون آزمودنی (زمان)	خودکارآمدی مراقبت از خود	۸۰۳/۲۱۷	۲	۴۰۱/۶۰۸	۶/۴۷۷	$P \leq ۰/۰۰۳$	۰/۱۴۶	۰/۸۹۵
بین آزمودنی (گروه)	خودکارآمدی مراقبت از خود	۱۱۳۸۸/۰۰۸	۱	۱۱۳۸۸/۰۰۸	۴۷/۹۳۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۵۸	۱
تعامل زمان × گروه	خودکارآمدی مراقبت از خود	۲۵۳۶/۲۱۷	۲	۱۲۶۸/۱۰۸	۲۰/۴۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۵۰	۱

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر زمان‌ها (از پس‌آزمون تا پیگیری) در متغیر اختلال علائم جسمانی معنی‌دار می‌باشند.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جسمانی سازی در گروه آزمایش

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	معنی داری
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۳/۱۷۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۰/۴۷۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۷۰۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۳/۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۲۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۹۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۳۲	$P \leq ۰/۰۱۸$
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۲۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۱/۹۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۴/۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۷۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۱/۹۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۰۷۵	$P \leq ۰/۰۱۶$
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۶۰۰	$P \leq ۰/۰۲۵$
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۷	$P \leq ۰/۰۳۶$
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۰۷۵	$P \leq ۰/۰۱۶$
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۰۵	$P \leq ۰/۰۱۶$
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۰۵	$P \leq ۰/۰۱۶$

بیماری‌های جسمی و روانی آماده می‌کند و افراد در طول زمان افراد با به کارگیری رفتارهای ذهن آگاهانه و خردمندانه چرخه‌های معیوب فکری و شناختی را قطع کرده و رفتار مسئولانه‌ای را در مقابله با بیماری خود به کار می‌گیرند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی مراقبت از خود تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های نوری نیستانک و همکاران (۱۴۰۳) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و مطالعه اسجانی و مالوف (۲۰۲۵) مبنی بر تأثیر ذهن آگاهی و شفقت‌ورزی بر سلامت روان و افزایش مراقبت از خود همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت از طریق بالا بردن توان پذیرش افراد در مواجهه با رویدادها و استفاده از روش‌های کارآمد مشفقانه مانند ذهن آگاهی و کسب تجربه در زمان حال مولفه‌های خودکارآمدی مراقبت از خود را که شامل روش‌های کاهش استرس و لذت از زندگی است بالا می‌برد. از طرفی دیگر درمان مبتنی بر شفقت از طریق آموزش مهارت‌هایی مانند خرد، گرمی و مسئولیت‌پذیری فرد را در مقابل رویدادها و تجارب زندگی مسئول کرده که برای مشکلات و استرس‌های زندگی راه حل پیدا کرده و احساس مسئولیت کند. به معنایی دیگر درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد ذهنیت مشفقانه در افراد و افزایش پذیرش سختی‌ها و دشواری‌های زندگی و همدلی و رفتارهای مهربانانه با خود، خودسرزنی را کاهش داده و فرد برای شرایط سخت و دشوار آماده می‌کند. تکنیک‌های شفقت‌ورزی منجر به انعطاف‌پذیری و خودکارآمدی بیشتر افراد در زندگی شده و سازگاری او را هنگام مواجهه با رویدادهای سخت زندگی افزایش می‌دهد.

در نهایت یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانه‌های اختلال علائم جسمانی تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های امیری مقدم شیروان و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانه‌های بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر، یافته‌های آقایی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه ای با عنوان اثربخشی درمان شناختی ذهن-آگاهی بر نشانه‌های اختلالات علائم جسمانی، نتایج عقلی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانه‌های درد مزمن زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد دچار اختلال علائم جسمانی، افکار بی‌تناسب و

بر اساس داده‌های جدول ۴ نتایج نشان داد که بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) و پس‌آزمون و پیگیری (ثبات مداخله) در نمرات اختلال علائم جسمانی تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$)، به عبارت دیگر نمرات متغیر علائم جسمانی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پیگیری تأثیر ثابتی را نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نظم بخشی شناختی هیجان و خودکارآمدی مراقبت از خود در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اختلال علائم جسمانی بود. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های الهی مهر و همکاران (۱۴۰۳) و پرندین (۱۴۰۳) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان و یافته ایزدی و همکاران (۱۴۰۴) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های الکسی تایمیا همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با تأکید بر پذیرش خود و ذهن آگاهی مسیر تنظیم هیجان را تسهیل می‌نماید. این درمان با تأکید بر مهربانی با خود بجای سرزنش کردن خود، ذهن آگاهی و انجام رفتارهای مشفقانه مانند تصویرسازی‌های مشفقانه و نامه مشفقانه به افزایش تنظیم هیجان کمک می‌کند. ذهن آگاهی با افزایش هشیاری نسبت به رویدادهای در حال گذار به فرد کمک می‌کند که نسبت به تمام جوانب مسائل آگاه باشد و جوانب منفی را در نظر گرفته با افزایش پذیرش و تمرکز مجدد روی مسائل مثبت نشخوار فکری را کاهش داده و خطاهای شناختی را به حداقل برساند. یعنی افراد با به کارگیری این تکنیک‌های درمانی رنج درونی و هیجانات منفی خود را کاهش داده و راهبردهای مثبت را جایگزین می‌نمایند. این درمان با تأکید بر حمایت بیشتر افراد نسبت به خود انگیزه افراد را برای ارزیابی و پیدا کردن راه حل درست بالا برده و سبب می‌شود که افراد کمتر به راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند سرزنش خود یا فاجعه‌انگاری گرایش پیدا کنند. از طرف دیگر در درمان مبتنی بر شفقت تأکید زیادی بر تنظیم سیستم‌های هیجانی و تنظیم هورمون‌های بدن از طریق انجام رفتارهای مشفقانه است که همین رفتارها فرد را از لحاظ بیولوژیکی برای مقابله با

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری جواد درودی و به راهنمایی کامران یزدانبخش و مشاوره خدامراد مومنی استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از استاد راهنما و استاد مشاور این تحقیق و دانش آموزشی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

آقای، مریم؛ ابراهیمی، امراه و انصاری شهیدی، مجتبی. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و علائم روان تنی دانش آموزان با اختلال های روان تنی. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۴(۱)، ۲۲۶-۲۱۱.

doi:10.22059/japr.2023.333973.644087

الهی مهر، سمانه؛ اکبری امرغان، حسین؛ نجات، حمید و ارمز، احسان. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱۲): ۲۳۴-۲۲۵.

doi:https://frooyesh.ir/article-1-5895-fa.html

امیری مقدم شیروان، آزاده؛ نیکوگفتار، منصوره و عظیم، حسن احدی. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیروی از درمان و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، *مجله پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۷۷-۱۶۳.

doi:10.22059/japr.2023.332122.644037

ایزدی، الهام؛ جاجرمی، محمود و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شفقت درمانی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان تنی. *مجله علوم روان شناختی*، ۲۴(۱۴۸): ۲۱۱-۲۲۷.

doi:10.52547/JPS.24.148.211

برزگر زرمهری، زینب؛ توکلی زاده، جهان شیر و پاکدامن، مجید. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش تلفیقی و حضوری مبتنی بر خودتنظیمی بر خودکارآمدی دانش آموزان مجله علوم روان شناختی، ۲۳ (۱۴۳): ۲۵۲-۲۳۵.

doi:10.52547/JPS.23.143.2805

بشارت، محمد. علی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. *فصلنامه پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.

https://doi.org/10.22037/anm.v24i84.7360

پرندین، شیما. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر پریشانی روان شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی.

اضطراب و نگرانی های بالایی در مورد سلامتی خود دارند و درمان مبتنی بر شفقت از طریق سهولت بخشیدن به تغییر از طریق ذهن مشفق بر کاهش نشانه ها تأثیر می گذارد. به این معنا که ذهن مشفق ایجاد شده می تواند به افراد کمک کند که مشکلات خود را پذیرا باشند و با شرایط پیش آمده خود همدلی کنند. یعنی درمان مبتنی بر شفقت از طریق ایجاد اشتیاق در افراد برای پذیرش مشکلات و مواجهه صحیح با آنها و ایجاد مهارت خردمندی به کاهش رنج افراد کمک می کند. در عین حال این درمان با تأکید بر شناخت ها و هیجانات و رفتارهای مشفقانه، افراد مبتلا به اختلال علائم جسمانی را ترغیب می کند که نسبت به خود مهربانانه تر رفتار نمایند چرا که شفقت ورزی به فرایندی اشاره دارد که در آن افراد با خود مهربان تر بوده و رفتارهای خودمراقبتی و مسئولانه تری نسبت به نشانه های خود انجام می دهند.

از محدودیت های پژوهش حاضر این بود که نمونه پژوهش فقط از میان دانش آموزان متوسطه دوم بود. همچنین محدود بودن نمونه پژوهش به دانش آموزان دختر، استفاده از پرسشنامه و طولانی بودن سوالات پرسشنامه ها از محدودیت های دیگر این پژوهش بود. براساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود جهت پیشگیری از ابتلای این دانش آموزان به اختلالات علائم جسمانی و اختلالات مرتبط و پیشگیری از عود و شدت این اختلالات، برنامه های پیشگیری و آموزشی مرتبط با تنظیم شناختی هیجان در مدارس ارائه گردد. همچنین با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش تنظیم هیجان، خودکارآمدی مراقبت از خود و کاهش نشانه های اختلال علائم جسمانی پیشنهاد می گردد این درمان در میان افراد با سنین مختلف در مقاطع مختلف که دارای اختلال علائم جسمانی هستند اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می گردد که این روش درمانی در کلینیک های روان شناختی و مراکز جامع وابسته به آموزش و پرورش به کار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

References

- Aghaei, M., Ebrahimi, A., & Ansari Shahidi, M. (2023). Mindfulness-Based Cognitive Therapy's Effects on Perceived Stress and Psychosomatic Signs in Students with Psychosomatic Disorders. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 211-226. (In Persian) Doi: 10.22059/japr.2023.333973.644087
- Alsaffar, K. F. (2023). Overexcitability and its Impact on Psychosomatic Disorders and the Role of "Cognitive Emotion Regulation" as a Mediating Variable. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2397392/v1>
- Amiri Moghadam Shirvan, A; Nikoogoftar, M; Ahadi, H. (2023). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Treatment Adherence and Perceived Stress in Irritable Bowel Syndrome Patients. *Journal of Applied Psychology Research*, 14(2), 163-177. (In Persian) Doi: 10.22059/japr.2023.332122.644037 .
- Ando, T. (2020). Psychosomatic disorder. In: Gellman, M.D. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_424.
- Apple, R. W., Patel, M., & Patel, K. (2022). Concepts of psychosomatic conditions. *Journal of Alternative Medicine Research*, 14(3). <https://psycnet.apa.org/record/2015-46796-020>
- Asadi, P., Ahmadi, S., Abdi, A., Shareef, O. H., Mohamadyari, T., & Miri, J. (2019). Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon*, 5(9).DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02493
- Azizi fini, I., Adib hajbaghery, M., Salahshoorian fard, A., Khachian, A. (2011). The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation. *jccnursing*; 4 (3):109-116. (In Persian) URL: <http://jccnursing.com/article-1-191-fa.html>
- Babazadeh, T., Dianatinasab, M., Daemi, A., Nikbakht, H. A., Moradi, F., & Ghaffari-Fam, S. (2017). Association of self-care behaviors and quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus: Chaldoran County, Iran. *Diabetes & metabolism journal*, 41(6), 449. (In Persian) DOI: 10.4093/dmj.2017.41.6.449
- روانشناسی خانواده، (۱۱)، ۱-۱۷
<https://doi.org/10.22034/ijfp.2024.2019277.1289>
- تابش مفرد، ندا و منصوریه، نسترن. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در تنظیم هیجان، خود انتقادی و خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۳۰): ۹۳-۱۱۰. Doi:10.52547/JPS.22.130.2041
- حسینی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روان سنجی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان. *روان شناسی بالینی*. ۳(۲)، ۷۳-۸۴. doi: 10.22075/jcp.2017.2031
- سیوندیان، مولود و فلاحزاده، هاجر. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای زنان دارای علائم جسمانی. *مجله آموزش و ارتقای سلامت*، ۲۰۵(۱): ۲۰۵. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1358_23
- عزیزی فینی، اسماعیل؛ ادیب حاج باقری، محسن؛ سلحشوریان فرد، آسیه و خاچیان، آلیس. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش استراتژی‌های ارتقای سلامت بر خودکارآمدی مراقبت از خود در بیماران تحت عمل پیوند مغز استخوان. *پرستاری مراقبت ویژه*، ۴ (۳): ۱۱۶-۱۰۹. <http://jccnursing.com/article-1-191-fa.html>
- عقیلی، سیدمجتبی؛ نیازی، سمیرا و بابایی، انیسه. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر صمیمیت زناشویی، کیفیت زندگی و درد مزمن زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، *نشریه روان شناسی فرهنگی زن*، ۱۵(۵۵)، ۱۱۲-۹۷. Doi: 10.22034/jwcp.2023.701779
- کمالی رونیزی، پریسا و سجادیان، پریناز. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت برادرک پیری، رفتارهای خودمراقبتی و فاجعه سازی درد در سالمندان افسرده. *نشریه طلوع بهداشت*، ۵(۲۳)، ۱-۱۷. Doi: 10.18502/tbj.v23i5.17663
- مسموعی، بهنام؛ خطیبان، مهناز؛ ورشویی، محمدرضا و سلطانیان، علیرضا. (۱۳۹۸). عوامل مرتبط با خودکارآمدی مراقبت از خود بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی. *نشریه مراقبت سرطان*، ۱ (۱): ۴۷-۴۰. Doi: 10.29252/ijca.1.1.40
- نوری نیستانک، آناهیتا؛ حبیبی، محمداقار و بیگدلی، حسین. (۱۴۰۳). تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی زنان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۷(۲)، ۵۴۷-۵۳۴. doi: 10.22038/mjms.2024
- واحدی، علی. (۱۴۰۳). رابطه بین سخت رویی و تنظیم شناختی هیجان با سازگاری فردی و اجتماعی نوجوانان. *نشریه دانش انتظامی خراسان شمالی*، ۱۱(۴۴)، ۱۲۴-۱۰۳. <https://civilica.com/doc/2201340/>

- Badaye, A., Vaziri, SH., & Lotfi Kashani, F. (2021). Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan Medical Journal*, 25(3), 98-103. (In Persian) doi: 10.34172/hmj.2021.11
- barzgar zarmehri, Z., tavakoli zadeh, J., & pakdaman, M. (2024). Comparing the efficacy of integrated and face-to-face education based on self-regulation on students' self-efficacy. *Journal of Psychological Science*. 23(143), 235-252. doi:10.52547/JPS.23.143.2805
- Baker, D. A., Caswell, H. L., Eccles, F. J. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 90:154-61. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.025>
- Besharat, MA., Bazzazian, S. (2014). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population, *Advances in Nursing & Midwifery*, 24(84), 61. [magiran.com/p1332176](https://doi.org/10.22037/anm.v24i84.7360). (In Persian) <https://doi.org/10.22037/anm.v24i84.7360>
- Bulut, S., Bukhori, B., & Bhat, R. H. (2024). The experience of psychosomatic disorders among adolescents: Challenges and coping strategies. *Journal of Personality and Psychosomatic Research*, 2(2), 19-25. <https://doi.org/10.61838/kman.jprr.2.2.4>
- Carroll, M. L., Armbruster, S., Frasure, H. E., Gothard, M. D., Gil, K. M., Kavanagh, M. B.,... & Von Gruenigen, V. E. (2014). Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecologic oncology*, 132(2), 397-402. (In Persian) <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.12.023>
- Chauhan, A., & Jain, C. K. (2024). Psychosomatic disorder: the current implications and challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry*, 22(4), 399-406. DOI: 10.2174/0118715257265832231009072953
- Dewsaran-van der Ven, C., van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V., & Geenen, R. (2018). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry research*, 262, 34-39. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.12.013
- Dwairej, L., & Ahmad, M. (2022). Hypertension and mobile application for self-care, self-efficacy and related knowledge. *Health Education Research*, 37(3), 199-212. Doi: <https://doi.org/10.1093/her/cyac012>
- Elahimehr, S; Akbariamarghan, H; Hamid Nejat, H; Ormoz, E. (2025). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and compassion-based training on emotion regulation in patients with coronary heart disease. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(12), 225-234. (In Persian) <https://doi.org/10.29252/rooyesh>
- Eller, L. S., Lev, E. L., Yuan, C., & Watkins, A. V. (2018). Describing self-care self-efficacy: Definition, measurement, outcomes, and implications. *International journal of nursing knowledge*, 29(1), 38-48 . DOI: 10.1111/2047-3095.12143
- Erbildim, E., & Nweke, G. E. (2025). The mediator role of difficulties in emotion regulation in the relationship between guilt and shame-proneness and somatic symptoms. *BMC psychology*, 13(1), 648. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02909-4>
- Fostini, A., Zaravinos-Tsakos, F., Kolaitis, G., & Giannakopoulos, G. (2025). Parents' Reflective Functioning, Emotion Regulation, and Health: Associations with Children's Functional Somatic Symptoms. *Psychology International*, 7(2), 31. DOI: 10.3390/psycholint7020031
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. T. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with achronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003>
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P.h. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*,

- 30, 1311-1327. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*, 2(1), 3-20. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001>
- Hasani J. (2010). [The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)]. *J Clin Psychol*;2(3): 73-84. (In Persian) doi: [10.22075/jcp.2017.2031](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031)
- Heidari, Z., Feizi, A., Rezaei, S., Roohafza, H., & Adibi, P. (2021). Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39): a psychometric study among general population of Iranian adults. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14. (In Persian) <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03278-z>
- Hill, P. L., Kwak, J. J., & Beatty-Wright, J. F. (2025). Sense of purpose and emotion regulation strategy use: A mini-review with directions for future research. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*, 11, 100133. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2025.100133>
- Homayooni, M., Moloud Keykhosrovani, M., Pouladi Reishchri, A. (2023). Evaluating the Effectiveness and Continuity of the Effect of Positive Mindfulness Therapy and Compassion Therapy on Experiential Avoidance and Emotion Dysregulation in Women Victims of Domestic Violence, *Journal of Woman and Study of Family*, 16(59), 177-199. Doi: [10.30495/jwsf.2022.1956883.1686](https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1956883.1686)
- Izadi, E., jajarmi, M., Bakhshipour, A. (2025). Comparing the effectiveness of compassion therapy (cft) and emotion-focused therapy (eft) on fear of loneliness and negative evaluation and dyslexia of teenage girls with psychosomatic problems. *Journal of Psychological Science*. 24(148), 211-227. (In Persian) Doi: [10.52547/JPS.24.148.211](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.211)
- Kamali, P., Sajjadian, P. (2024). The Effectiveness of Treatment based on Compassion for Aging, Self-care Behaviors and Pain Catastrophizing in Depressed Elderly People, *Tolooe Behdasht*, 23(5), 1-17. (In Persian) Doi: [10.18502/tbj.v23i5.17663](https://doi.org/10.18502/tbj.v23i5.17663)
- Lacourt, T., Houtveen, J., & van Doornen, L. (2013). "Functional somatic syndromes, one or many?" An answer by cluster analysis. *Journal of psychosomatic research*, 74(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>
- Lev, E. L., & Owen, S. V. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in nursing & health*, 19(5), 421-429. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199610\)19:5<421::AID-NUR6>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199610)19:5<421::AID-NUR6>3.0.CO;2-S)
- Lönnfjör, V., & Hagquist, C. (2020). The association of self-reported schoolwork pressure, family factors and self-efficacy with psychosomatic problems. *European Journal of Social Work*, 1-14. DOI: [10.1080/13691457.2020.1722944](https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1722944)
- Noori Neyestanak, A., Hobbi, M. B., Bigdeli, H. (2024). The effect of compassion-based therapy on social isolation, psychological flexibility and happiness of divorced women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 67(2), 520-528. (In Persian) Doi: [10.22038/mjms.2024.24652](https://doi.org/10.22038/mjms.2024.24652)
- Parandin, SH. (2024). The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy in Psychological Distress and Emotion Regulation Strategies of Female Victims of Domestic Violence, *Journal of Family Psychology*, 11(1), 1-17. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/ijfp.2024.2019277.1289>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 628252.
- Petersen, M. W., Carstensen, T. B. W., Wellnitz, K. B., Ørnbo, E., Frostholt, L., Dantoft, T. M.,... & Fink, P. (2024). Neuroticism, perceived stress, adverse life events and self-efficacy as predictors of the development of functional somatic disorders: longitudinal population-based study (DanFunD).

- BJPsych open, 10(1), e34.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2023.644>
- Petzke, Tara M. (2024). MSc; Witthöft, Michael PhD habil. The Association of Emotion Regulation and Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 86(6): p 561-568, 7/8 2024. | DOI: [10.1097/PSY.0000000000001310](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001310)
- Qiu, C., & Yu, S. F. (2023). The moderating effect of self-care self-efficacy and self-care behaviors on the relationship between symptom burden and frailty among heart failure inpatients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(Supplement_1), zvad064-110.
<https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad064.110>
- Robles, E., Angelone, C., Ondé, D., & Vázquez, C. (2024). Somatic symptoms in the general population of Spain: Validation and normative data of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Affective Disorders*, 362, 762-771.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.087>
- Schutte, N., & Malouff, J. (2025). The Link between Mindfulness and Self-Compassion: A Meta-Analysis. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 10(2), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s41042-025-00228-y>
- Schwarzer, R., (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. Taylor & Francis.
- Semenenya, I. N. (2020). Psychosomatic disorders: causes, development mechanisms, clinical manifestations and feasibilities of autopsychocorrection. Proceedings of the National Academy of Sciences of Belarus, *Medical series*, 17(1), 101-121. <https://doi.org/10.29235/1814-6023-2020-17-1-101-121>
- Settineri, S., Frisone, F., Alibrandi, A., & Merlo, E. M. (2019). Emotional suppression and oneiric expression in psychosomatic disorders: early manifestations in emerging adulthood and young patients. *Frontiers in psychology*, 10, 1897.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01897>
- Sivandian, M; Falahzade, H. (2025). The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation and coping strategies of women with somatic symptom. *Journal of Education and Health Promotion*, 14(1):205, May 2025. (In Persian) DOI: [10.4103/jehp.jehp_1358_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1358_23)
- Tabesh Mofrad, N., & Mansouriyeh, N. (2023). The effectiveness of compassion-based therapy in regulating emotion, self-criticism and anger in male students second secondary level. *Journal of Psychological Science*. 22(130), 93-110.
[doi:10.52547/JPS.22.130.2041](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.2041)
- Vahedi, A. (2025). The relationship between hardiness and cognitive emotion regulation with individual and social adjustment of adolescents, *Journal of North Khorasan Disciplinary Knowledge*, 11(44), 103-124. (In Persian) <https://www.magiran.com/p2831168>
- Wangler, J., & Jansky, M. (2024). Somatoform Disorders in Primary Care—An Exploratory Mixed-Methods Study on Experiences, Challenges and Coping Strategies of General Practitioners in the Federal Republic of Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 901. DOI: [10.3390/ijerph21070901](https://doi.org/10.3390/ijerph21070901)