

# پیش بینی سلامت عمومی براساس مؤلفه‌های خودشفتی در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاه‌های اهواز

عباس امان الهی<sup>۱</sup> - کوثر تردست<sup>۲</sup> - خالد اصلانی<sup>۳</sup>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت عمومی براساس مؤلفه‌های خودشفتی (خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد) در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاه‌های شهر اهواز بود. روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع پیش‌بین بود و آزمودنی‌های آن را ۱۹۰ دانشجوی دارای تجربه‌ی شکست عاطفی در طی یک سال گذشته تشکیل می‌دادند. انتخاب گروه نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی گلدنبرگ و خودشفتی نف بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای پژوهش قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاه‌های شهر اهواز است. همچنین در تحلیل ممیز به روش گام به گام مشخص گردید که کارآمدترین متغیرها در پیش‌بینی سلامت عمومی به ترتیب شناخت بیش از حد و انسانیت مشترک هستند. در بررسی متغیرها به صورت جداگانه نیز مشخص گردید که همه‌ی متغیرها شامل خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و

۱. استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز a.amanelahi@scu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

شناخت بیش از حد، پیش‌بین‌های معنی‌داری برای سلامت عمومی در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی در دانشگاه‌های شهراواز می‌باشند.  
**کلیدواژه:** خودشفقتی، سلامت عمومی، شکست عاطفی

## مقدمه

پایان رابطه‌ی عاشقانه یکی از ناراحت‌کننده‌ترین و مخرب‌ترین حوادث زندگی است. در واقع، پیامدهای منفی طلاق به خوبی ثبت شده‌اند (کیکلت - گلاسر، فیشر، اگروکی، استوت، اسپایکو و گلاسر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷)، فروپاشی روابط عاشقانه‌ی غیرزنانشویی نیز برای ایجاد غم و اندوه و خشم، به اندازه کافی قدرتمند است (اسبارا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) و عمیق‌ترین ناملنی افراد را آشکار می‌کند (دیویس، شیور و ورنون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

اکثر افراد سقوط در عشق را به عنوان یک فرایند خودکار و تا حد زیادی غیرقابل کنترل تجربه می‌کنند (مورگان<sup>۴</sup> و شیور، ۱۹۹۹). اکثر ادبیات اولیه مربوط به روابط عاشقانه بر نتایج آسیب‌زای منفی و بالقوه‌ی مرتبط با فروپاشی رابطه‌ی عاشقانه تأکید کرده‌اند (پرایمیو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). شکست در رابطه‌ی عاشقانه رویدادی است که فرد را از نظر سلامت عمومی<sup>۶</sup> در وضعیت بدی قرار می‌دهد. فروپاشی روابط عاشقانه با پاسخ‌های پریشانی‌تا واکنش‌های عاطفی شدید و بدبینانه (فیشر، براون، آرون، استرانگ، و ماشک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰)، متعاقب آن افزایش مصرف مواد (فلمینگ، وایت، آوسترل، هایرتی و کاتالانو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰)، و اقدام به خودکشی جدی (دونالد، داور، کوریه - ولزو جونز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶) همراه بوده است. فرد شکست‌خورده احساس گناه کرده و حتی علائم جسمانی مانند سردرد و بی‌نظمی در

1. Kiecolt-Glaser, Fisher, Ogrocki, Stout, Speicher, & Glaser

2. Sbarra

3. Davis, Shaver, & Vernon

4. Morgan

5. Primeau

6. general health

7. Fisher, Brown, Aron, Strong, & Mashek

8. Fleming, White, Oesterle, Haggerty, & Catalano

9. Donald, Dower, Correa-Velez, & Jones

خواب را تجربه می‌کند (اکت<sup>۱</sup>، سال ۱۹۹۸، به نقل از ایستوک، فنکل، کریشنیمورتی و لاونساین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). انحلال روابط عاشقانه از لحاظ تجربی با انواع پاسخ‌های منفی جسمی و روانی، اعم از اضطراب، افسردگی، آسیب‌شناسی روانی، تنهایی، سرکوبی سیستم ایمنی، بیماری‌های جسمی کشنده و غیرکشنده یا تصادفات، و کاهش طول عمر به وسیله‌ی مرگ فوری از طریق خودکشی و یا قتل همراه بوده است (کیکلت - گلاسر و نیوتن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). انحلال رابطه به عنوان یک رویداد منفی تجربه می‌شود که ممکن است به عنوان یک شکست شخصی ادراک شود و بر سلامتی افراد تأثیر بگذارد (راتو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

فروپاشی روابط عاشقانه را می‌توان به وسیله‌ی نشانه‌های قلب شکسته و سوگ تشریح کرد (رافائل، ماینکو و دابسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ پریجسن و جیکوبز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱) که معمولاً، این علائم با از دست دادن از طریق مرگ همراه بوده‌اند، هرچند که این علائم می‌توانند به دنبال از دست دادن‌های دیگری مانند طلاق و فروپاشی روابط عاشقانه نیز رخ دهند (پریجسن و جیکوبز، ۲۰۰۱، دیویس و همکاران، ۲۰۰۳). بررسی تحقیقات منابع مختلف عنوان می‌کند که فروپاشی روابط عاشقانه، همانند از دست دادن‌هایی به دنبال مرگ یا طلاق، می‌تواند به علائم سوگ از جمله افکار مزاحم، مشکل در کنترل افکار مزاحم و بی‌خوابی و همچنین سندرم دل شکستگی و به خطر افتادن عملکرد سیستم ایمنی بدن منجر شود (فیلد<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). اختلالات خواب توسط ۴۳٪ از افراد سوگوار در یک نمونه گزارش شده است (بیسکانتی، برگمن و بوکر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴)، و خواب کم در افسردگی مربوط به سوگ اشاره شده است (مک‌درموت، پریگرسون، رینولد، هاک، دو و همکاران<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). در یک مطالعه‌ی انجام شده، دانشجویان دانشگاه که فروپاشی روابط عاشقانه را تجربه کرده

1. Akert

2. Eastwick, Finkel, Krishnamurti, & Loewenstein

3. Newton

4. Ratto

5. Raphael, Minkov, & Dobson

6. Prigerson, & Jacobs

7. Field

8. Bisconti, Bergeman, & Boker

9. McDermott, Prigerson, Reynolds, Houck, Dew, & et all

بودند، نمرات بالا در افکار مزاحم، مشکل در کنترل افکار مزاحم و مقیاس بی‌خوابی کسب کرده بودند (فیلد، دییگو، پلایز، دیدس، و دلگادو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). همچنین انحلال در روابط غیرزناشویی با سطوح پایین‌تر رضایت از زندگی و افزایش ناراحتی‌های روانی (رویدز، کامپ‌داش، آتکینز، استنلی و مارکمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) و خشم و عصبانیت باقی مانده (اسبارا و ایمری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) همراه است.

وجود برخی از افرادی که اختلال روانی یا جسمانی کمی گزارش می‌کنند، و کسانی که غم و اندوه و خشم (اسبارا و ایمری، ۲۰۰۵)، شناخت‌های منفی (بوئلن و رینتس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹)، کاهش در رضایت زندگی (رویدز و همکاران، ۲۰۱۱)، سلامتی جسمی پایین (اسبارا، لاو و پورتلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱)، و بروز اختلالات روانی مانند افسردگی عمده (مونرو، روید، سیلی و لیونسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹) را تجربه می‌کنند نشان می‌دهد تفاوت‌های فردی گسترده‌ای در واکنش به فروپاشی روابط عاشقانه وجود دارد (فیلد، ۲۰۱۱).

یکی از عواملی که موجب ایجاد این تفاوت می‌شود خودشفقتی<sup>۷</sup> است. نف<sup>a</sup> (۲۰۰۳) (خودشفقتی (SC) را متشکل از سه جزء اصلی تعریف کرده است: خودمهربانی<sup>۸</sup> در مقابل خودقضای<sup>۹</sup>، انسانیت مشترک<sup>۱۱</sup> در مقابل انزوا<sup>۱۲</sup> و ذهن‌آگاهی<sup>۱۳</sup> در مقابل شناخت بیش از حد<sup>۱۴</sup>. خودمهربانی شامل مهربان بودن، مراقبت و درک نسبت به خود در هنگام احساس درد و رنج است، درد و رنجی که هم از حوادث غیرقابل کنترل زندگی و

1. Diego, Pelaez, Deeds, & Delgado
2. Rhoades, Kamp Dush, Atkins, Stanley, & Markman
3. Emery
4. Boelen, & Reijntjes
5. Law, & Portley
6. Monroe, Rohde, Seeley, & Lewinsohn
7. self compassion
8. Neff
9. self-kindness
10. self-judgment
11. common humanity
12. isolation
13. mindfulness
14. over-identification

هم از کاستی‌ها و شکست‌های شخصی سرچشمه می‌گیرد که در مقابل مؤلفه‌ی خودقضواتی قرار می‌گیرد (گیلبرت، بالدوین، آیرن، باسیوس و پالمر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). انسانیت مشترک شامل به رسمیت شناختن این موضوع است که همه انسان‌ها ناقص هستند، که همه افراد شکست می‌خورند و اشتباه می‌کنند و اینکه ما در درد و رنج‌هایمان تنها نیستیم که در مقابل مؤلفه‌ی انزوا قرار می‌گیرد. ذهن‌آگاهی شامل آگاه بودن از تجربیات لحظه‌ی حال به شیوه‌ای روشن و متعادل است (براون و رایان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳)، به طوری که نه جنبه‌های ناخوشایند خود و زندگی نادیده گرفته می‌شود و نه در مورد آن‌ها نشخوار می‌شود که در مقابل مؤلفه‌ی شناخت بیش از حد قرار دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که خودشفقتی به طور قوی با سلامت روانی مرتبط است. افراد با سطوح بالاتر خودشفقتی سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و سرکوب فکر را در مقایسه با افرادی که فاقد خودشفقتی هستند گزارش می‌دهند (نف، ۲۰۰۳b؛ نف، کریک پاتریک و ریود<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). افراد دارای خودشفقتی بالا شادی، خوش‌بینی، رضایت از زندگی، انگیزه‌ی درونی بیشتر و همچنین سطوح بالاتری از هوش هیجانی، مهارت‌های مقابله، هوش و انعطاف‌پذیری را نسبت به کسانی که به شدت خودشان را مورد انتقاد قرار می‌دهند گزارش می‌کنند (نف، ۲۰۰۳a؛ نف، هسیه و دیجیتیرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵، نف، کریک پاتریک و ریود، ۲۰۰۷، نف، ریود و کریک پاتریک، ۲۰۰۷). گیلبرت و پراکتر<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) خاطر نشان کرده‌اند که خودشفقتی بهبود سلامت روان شناختی را با گذشت زمان پیش‌بینی می‌کند. پژوهش یارنل<sup>۶</sup> و نف (۲۰۱۲) هم بیانگر این بود هرچه سطح خودشفقتی در فردی بالاتر باشد، آن فرد اصالت بیشتر و سطوح پایین‌تر آشفتگی عاطفی را در موقعیت‌های پراسترس نشان خواهد داد.

1. Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer
2. Ryne
3. Kirkpatrick, & Rude
4. Hseih, & Dejitterat
5. Procter
6. Yarnell

یکی از دلایل عمده‌ی مراجعه‌ی دانشجویان به مراکز مشاوره‌ی دانشگاه پایان رابطه‌ی عاشقانه است. دانشجویان با درجات متفاوتی از انعطاف‌پذیری با این حوادث مقابله می‌کنند. برخی نسبتاً راحت، از طریق یادگیری از تجربه‌ی خود، با این مسئله کنار می‌آیند، در حالی که افراد دیگر با اختلالات قابل توجهی در خلق و خو و عملکرد، به صورت حاد و مزمن، روبرو می‌شوند. ناامیدی برخی از دانشجویان آنقدر شدید است که در پی رد عاشقانه اقدام به خودکشی می‌کنند. بنابراین علاقه‌ی نظری و بالینی درک آن دسته از متغیرهای افتراقی است که باعث انعطاف‌پذیری بالا و پایین در از دست دادن روابط عاشقانه در اوایل بزرگسالی می‌شود. وجود متغیرهایی که به شناسایی آسیب‌پذیرترین افراد که به احتمال زیاد به سختی قادر به مقابله و سازگاری هستند جهت پیشگیری کمک خواهد کرد (گیلبرت و سیفرس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پیش‌بینی سلامت عمومی دختران دارای تجربه‌ی شکست عاطفی براساس مولفه‌های خودشفقتی به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصی می‌باشد.

### فرضیه‌های پژوهش

#### فرضیه‌ی اصلی:

ترکیب خطی متغیرهای خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد، افراد شکست‌خورده‌ی عاطفی دارای سلامت عمومی بالا را از افراد دارای سلامت عمومی پایین متمایز می‌نماید.

#### فرضیه‌های فرعی

۱- خودمهربانی به طور منفی سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.

۲- خودقضاوتی به طور مثبت سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.

۳- انسانیت مشترک به طور منفی سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.

۴- انزوا به طور مثبت سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.  
۵- ذهن‌آگاهی به طور منفی سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.

۶- شناخت بیش از حد به طور مثبت سلامت عمومی پس از شکست عشقی را پیش‌بینی می‌کند.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی از نوع پیش‌بین (تحلیل تمیز) بود و با هدف پیش‌بینی عضویت گروهی (افراد دارای سلامت عمومی بالا و سلامت عمومی پایین) و دستیابی به معادله‌ی ممیز طراحی شده بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهراہواز بودند که تجربه‌ی یک شکست عاطفی در یک سال گذشته را داشتند و حداقل سه ماه از شکست عاطفی آنها می‌گذشت. افراد دارای شکست‌های عاطفی ناشی از طلاق و پایان روابط زناشویی، وارد نمونه نشدند براین اساس به روش نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری گلوله برفی با مراجعه به خوابگاه‌های دانشجویی ۱۹۰ دختر انتخاب شدند براساس نمره‌ی برش پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۹۹) (نمره ۲۳) در دو گروه "نمره سلامت عمومی بالا" (۱۲۶ نفر) و "نمره سلامت عمومی پایین" (۷۴ نفر) قرار گرفتند.

شیوه اجرا، از آنجا که نمونه این پژوهش شامل افرادی می‌شد که شکست عاطفی را تجربه کرده باشند و شکست عاطفی نیز یک تجربه محرمانه است، پیدا کردن دانشجویان در مکان مناسبی که به راحتی بتوانند به تجربه شکستشان اذعان و

پرسشنامه‌ها را پرکنند اهمیت زیادی داشت. بنابراین برای جستجوی این افراد به خوابگاه‌های دانشجویی مراجعه شد و پس از جلب اعتماد آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعاتشان، افرادی که در سال گذشته شکست عاطفی را تجربه کرده بودند انتخاب شدند و پس از توضیح درباره نحوه پاسخدهی پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت. در پایان از شرکت کنندگان درخواست شد اگر افراد دیگری را می‌شناسند که شکست عاطفی را تجربه کرده‌اند معرفی کنند، سپس با مراجعه به این افراد و جلب همکاری آنها پرسشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ جهت تفکیک موارد مبتلا به اختلالات روانی ساخته شده است و می‌تواند وجود یک اختلال را در فرد تعیین کند. متن پرسش‌ها درباره‌ی وضع کسالت و ناراحتی‌ها و به طور کلی سلامت عمومی فرد با تأکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی او در زمان حال است و در همه‌ی سؤال‌ها آزمودنی باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال او بیشتر مطابقت دارد مشخص نماید و نیز یک ابزار کوتاه غربالگری است که اضطراب و مشکلات خواب، مسائل جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را نشان می‌دهد این تست مشتمل بر ۴ خرده‌مقیاس فرعی علائم جسمانی (۷-۱)، اضطراب و اختلال خواب (۸-۱۴)، اختلال در کنش اجتماعی (۲۱-۱۵) و افسردگی (۲۸-۲۲) است (حسینی، احقر، اکبری و شریفی، ۱۳۸۷).

تمام گویه‌های پرسشنامه‌ی سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. در یک روش گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. در نتیجه نمره‌ی فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم نمره‌گذاری، لیکرت است که براساس این شیوه‌ی نمره‌گذاری هر یک از سؤال‌های ۴



درجه‌ای آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) می‌باشد و در نتیجه نمره‌ی کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری نمره‌ی کمترین نگرهبه‌داشت روانی بهتر می‌باشد (تقوی، ۱۳۸۰). در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده است. در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) روایی همزمان پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با پرسشنامه‌ی بیمارستان میدلکس (کراون و کریسب<sup>۱</sup>، ۱۹۶۶) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار شد. روایی سازه‌ی این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شد. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کربناخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. آلفای کربناخ محاسبه شده در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ و در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۸۵ به دست آمد. براساس این پرسش‌نامه افرادی که نمرات بالا به دست می‌آورند دارای سلامت عمومی پایین‌تری هستند.

**ب- پرسشنامه‌ی خودشفقتی:** پرسشنامه‌ی ۲۶ ماده‌ای خودشفقتی برای ارزیابی کلی خودشفقتی توسط نف در سال ۲۰۰۳ (a) طراحی شد. اجزای سازنده‌ی این پرسشنامه اگرچه از لحاظ مفهومی با هم متفاوت هستند، اما به لحاظ نظری به هم مرتبط هستند: انسانیت مشترک (SCS-CH)، ذهن‌آگاهی (SCS-M) و خودمهربانی (SCS-SK). اگرچه ساختار اصلی با این سه جنبه تعریف شده بود (نف، ۲۰۰۳ آ)، اما تحلیل عاملی، شش خرده‌مقیاس را نشان داد که نشان‌دهنده‌ی جنبه‌های مثبت و منفی هر وجه می‌باشند (نف، ۲۰۰۳ ب). این شش خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: خودمهربانی، خودقضاتوی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت پیش از حد (نف، ۲۰۰۳ آ). ماده‌ها برای پی بردن به اینکه پاسخ‌دهندگان در شرایط دشوار نسبت به خودشان چگونه عمل می‌کنند طراحی شده‌اند (به عنوان مثال هنگامی که شرایط واقعاً دشواری پیش می‌آید،

به خودم سخت می‌گیرم) و با استفاده از مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی شده‌اند (نف، ۲۰۰۳، آ).

در تحقیق نف (۲۰۰۳ ب) نتیجه‌ی روایی همزمان خودشفقتی با پرسشنامه‌های دیگر این‌گونه به دست آمد: بین خودشفقتی و خرده‌مقیاس انتقاد از خود پرسشنامه‌ی تجارب افسردگی بلات، دافلیتی و کواینلان<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) رابطه‌ی منفی و معناداری، و بین خودشفقتی و مقیاس ارتباط اجتماعی<sup>۲</sup> (لی و رابین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵) رابطه‌ی مثبت و معناداری به دست آمد. در پژوهش حاضر همبستگی خودشفقتی با پرسشنامه‌ی افسردگی بک<sup>۴</sup> (بک، وارد، مندلسون، مک و اریسوج<sup>۵</sup>، ۱۹۶۱) ۰/۷۴- و با فرم صفت پرسشنامه‌ی اضطراب حالت- صفت اسپیل برگر<sup>۶</sup> (اسپیل برگر، گرسیوج و لیوشن<sup>۷</sup>، ۱۹۷۰) ۰/۷۶- به دست آمد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خودشفقتی در تحقیق نف (۲۰۰۳ ب) ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی خرده‌مقیاس خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد و همچنین کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۵۹، ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۸ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن گروه نمونه ۲۲.۵۴ و ۳.۱۴، و حداقل و حداکثر سن آنها ۱۸ و ۳۶ سال بود. فراوانی و درصد مقطع کاردانی ۲ و ۱/۱، مقطع کارشناسی ۱۲۲ و ۶۴/۲، مقطع کارشناسی ارشد ۵۰ و ۲۶/۳ و مقطع دکترا ۱۶ و ۸/۴ بود. اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. در این جدول میانگین

1. Blatt, D'Afflitti, and Quinlan's Depressive Experiences Questionnaire
2. Social Connectedness Scale
3. Robbins
4. The Beck Depression Inventory
5. Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh
6. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory
7. Gorsuch, & Lushene

و انحراف معیار برای گروه دارای سلامت عمومی پایین، گروه دارای سلامت عمومی بالا و کل به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین افراد دارای سلامت عمومی پایین، سلامت عمومی بالا و کل

کل		گروه دارای سلامت عمومی بالا		گروه دارای سلامت عمومی پایین		متغیرهای پیش‌بین
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴	۱۵/۶	۳/۵	۱۷/۰۷	۴/۰۳	۱۴/۶۷	خودمهربانی
۴/۰۱	۱۶/۳۸	۳/۵۵	۱۴/۱۴	۳/۶۴	۱۷/۸	خودقضاوتی
۳/۱۵	۱۱/۵۱	۲/۴۷	۱۳/۲۴	۳/۰۵	۱۰/۴	انسانیت مشترک
۳/۵۱	۱۳/۲۷	۳/۹۴	۱۱/۴۹	۲/۶۷	۱۴/۴۱	انزوا
۳/۵	۱۲/۲۱	۳/۰۲	۱۴/۰۷	۳/۲۷	۱۱/۰۲	ذهن‌آگاهی
۳/۳	۱۳/۳۹	۲/۹۹	۱۱/۴	۲/۸۴	۱۴/۶۶	شناخت بیش‌ازحد

اطلاعات به دست آمده‌ی مربوط به پیش‌فرض‌هایی که برای استفاده از آزمون تحلیل تمیز باید رعایت شود، نشان‌دهنده‌ی این بود که می‌توان در این پژوهش از روش تحلیل تمیز استفاده کرد. آزمون کالموگروف-اسمیرنف و سطوح معنی‌داری آن برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین به دست آمد که نشان داد تفاوت در همه‌ی متغیرها معنی‌دار نیست. به این معنی که توزیع مشاهده شده با توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری ندارد و می‌توان توزیع داده‌های مشاهده شده را نرمال تلقی نمود. براساس یکی از مفروضه‌های نرمال بودن توزیع در تحلیل تمیز، بین متغیرهای تحقیق نباید همبستگی بالا وجود داشته باشد. به منظور بررسی این مفروضه، ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق محاسبه گردید که نشان داد متغیرهای پژوهش از همبستگی بالایی با یکدیگر برخوردار نمی‌باشند. علاوه بر آن

کجی<sup>۱</sup> و کشیدگی<sup>۲</sup> توزیع‌ها نیز به دست آمد که شاخص دیگری برای تخمین نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشند. قدر مطلق ضریب کجی بزرگتر از ۳، تخطی از نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد. قدر مطلق ضریب کشیدگی بزرگتر از ۱۰ در تحلیل داده‌ها مسئله‌ساز است و قدر مطلق ضریب کشیدگی بزرگتر از ۲۰ مشکل جدی ایجاد می‌کند (کلاین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، به نقل از مروتی، (۱۳۹۰). با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ بودند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیزه روش همزمان و گام به گام استفاده شده است. در روش همزمان تمامی متغیرها در تفکیک دو گروه در نظر گرفته می‌شوند و در روش گام به گام همانطور که در جدول ۲ آمده است تعدادی از متغیرها حذف شدند و ۲ متغیر کارآمد باقی ماندند. در جدول ۲ اطلاعات مربوط به کارآمدترین متغیرها آمده است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های تحلیل ممیزه روش گام به گام همراه با لامبدای ویکلز ۳ متغیر پیش‌بین

F دقیق				درجه آزادی ۳	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	لامبدای ویکلز	متغیرهای وارد شده	مرحله
معنی داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره						
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۵۷/۱	۱۸۸	۱	۱	۰/۷۶	شناخت بیش از حد	۱
۰/۰۰۱	۱۸۷	۲	۴۱/۰۴	۱۸۸	۱	۲	۰/۶۹	انسانیت مشترک	۲

1. skewness  
2. kurtosis  
3. Klein

همانگونه که مشاهده می‌شود آماره‌ی F برای هریک از دو متغیر در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

برای دستیابی به تابعی که به بهترین نحو بتواند دو گروه افراد دارای سلامت عمومی بالا و پایین را از هم تفکیک کند از روش همزمان و گام به گام استفاده شده است. حال این سؤال به وجود می‌آید که بین تابع تشکیل شده با روش گام به گام و روش همزمان از نظر شاخص‌های آماری و صحت طبقه‌بندی چه میزان تفاوت وجود دارد؟  
برای پاسخ به این پرسش لازم است که نتایج حاصل از هر دو روش با یکدیگر مقایسه شوند که نتایج این مقایسه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. مقایسه‌ی شاخص‌های تابع ممیز متعارف به روش همزمان و گام به گام

شاخص‌ها	همزمان	گام به گام
تعداد تابع	۱	۱
مقدار ویژه	۰/۴۸	۰/۴۴
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۵۷	۰/۵۵۲
مجذوراتا	۰/۳۲	۰/۳۱
لامبدای ویکلز	۰/۶۷	۰/۶۹
مجذور کای	۷۳	۶۸/۰۵
درجه‌ی آزادی	۶	۲
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مرکز واره‌ها	در افراد دارای سلامت عمومی بالا	-۰/۸۶
	در افراد دارای سلامت عمومی پایین	۰/۵۵
درصد صحت پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۷۸	٪۷۵/۳

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود (هم در تحلیل همزمان که ۶ متغیر با هم وارد تحلیل شدند و هم در روش گام به گام که پس از وارد کردن همه متغیرها، تنها ۲ متغیر در مدل باقی ماندند)، با توجه به مقدار لامبدای کوچک و مجذور کای بالا و

معنی دار، نتیجه می‌شود تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی گروه دارای سلامت عمومی بالا و سلامت عمومی پایین برخوردار است. بنابراین، فرضیه‌ی اصلی تأیید می‌شود. برای فهم بهتر اطلاعات جدول ۳ توضیحات زیرارائه می‌شود:

۱- تعداد تابع: در پژوهش حاضر از آنجا که متغیر ملاک تنها از دو سطح برخوردار است، تنها یک تابع ممیز تشکیل می‌شود.

۲- مقدار ویژه: مقدار ویژه برای دو روش به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۴۴ بود.

۳- درصد واریانس: نشان دهنده‌ی درصد واریانس از متغیر ملاک است که توسط تابع ممیز برآورد شده است. بدیهی است که چون یک تابع ممیز وجود دارد مقدار واریانس ۱۰۰٪ می‌باشد.

۴- همبستگی متعارف و مجذور آن (مجذور اتا): این مقدار در تابع ممیز به روش همزمان ۰/۳۲ و به روش گام به گام ۳۱٪ می‌باشد.

۵- لامبدای ویلکز: هرچه مقدار لامبدای ویلکز کمتر باشد، تابع از قدرت تشخیصی بیشتری برخوردار است. با توجه به جدول ۳، این مقدار به روش همزمان برابر با ۰/۶۷ و به روش گام به گام ۶۹٪ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. در نتیجه فرضیه‌ی اصلی در هر دو روش تأیید می‌شود.

۶- مجذور کای: مجذور کای معنی داری تفاوت بین دو سطح از متغیر وابسته را بر اساس تابع ممیز نشان می‌دهد. هرچه مقدار مجذور کای بیشتر باشد ارزش تابع بیشتر است. با توجه به جدول ۳ این مقدار به روش همزمان ۷۳ و به روش گام به گام ۶۸/۰۵ است. با توجه به جدول این مقدار در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است که فرضیه‌ی اصلی تأیید می‌شود و می‌توان گفت که تابع ممیز به دست آمده به طور معنی داری از قدرت تشخیصی برای تفکیک دو سطح از متغیر ملاک برخوردار است.

۷- مرکزوارهی داده‌ها: مرکزوارهی داده‌های هر گروه، همان میانگین نمره‌های پیش بین

آن گروه می‌باشد. به عبارت دیگر مرکزوزاره‌ی داده‌های هر گروه، با قرار دادن میانگین متغیرهای پیش‌بین برای هر گروه در تابع ممیز به دست می‌آید. همانگونه که در جدول ۳ آمده است مرکزوزاره‌ی داده‌ها برای تابع ممیز به روش تحلیل همزمان ۰/۸۶- در گروه دارای سلامت عمومی بالا و ۰/۵۵ در گروه دارای سلامت عمومی پایین و به روش تحلیل گام به گام ۰/۸۲- در گروه دارای سلامت عمومی بالا و ۰/۵۳ در گروه دارای سلامت عمومی پایین می‌باشد.

۸- درصد صحت پیش‌بینی عضویت گروهی: در تحلیل تمیز صورت گرفته، مطالعه بر روی داده‌هایی انجام شده است که عضویت آن‌ها در گروه دارای سلامت عمومی بالا یا سلامت عمومی پایین از قبل مشخص بوده است. فرایند انجام تحلیل تمیز، منجر به تشکیل تابعی شده است که با استفاده از آن می‌توان عضویت گروهی داده‌ها را مشخص نمود. حال هر چه بین دسته‌بندی صورت گرفته به وسیله تابع به دست آمده، و دسته‌بندی واقعی افراد شکست خورده شباهت بیشتری وجود داشته باشد، تابع تشکیل شده دقیق‌تر و مفیدتر خواهد بود. با دقت در ردیف درصد صحت پیش‌بینی عضویت گروهی جدول ۳، آشکار می‌شود که تابع ممیز به دست آمده با روش همزمان، به طور کلی ۷۸ درصد از افراد شکست خورده را به درستی دسته‌بندی نموده است. در روش گام به گام صحت طبقه‌بندی ۷۵/۳٪ است.

در تحلیل تمیز تعداد زیادی متغیر مورد بررسی قرار می‌گیرند که البته تمام این متغیرها از ارزش یکسانی در پیش‌بینی عضویت گروهی داده‌ها برخوردار نمی‌باشند. جهت تشخیص میزان ارزش هر متغیر، دو دسته ضرایب استاندارد و ساختاری برای هر متغیر محاسبه و استفاده می‌شوند. همچنین برای تشکیل دادن تابع موردنظر به ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت نیاز خواهد بود. برای تشکیل دو تابع جهت محاسبه‌ی احتمال تعلق هر مورد به هر کدام از گروه‌ها نیز نیاز به محاسبه‌ی ضرایب طبقه‌بندی می‌باشد. مجموعه‌ی این ضرایب در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. ضرایب غیراستاندارد و استاندارد، ضرایب ساختاری و

ضرایب طبقه بندی به روش همزمان و گام به گام

روش گام به گام					روش همزمان					متغیرهای پیش‌بین
ضریب طبقه بندی		ضریب ساختاری	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	ضریب طبقه بندی		ضریب ساختاری	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	
دارای سلامت عمومی پایین	دارای سلامت عمومی بالا				دارای سلامت عمومی پایین	دارای سلامت عمومی بالا				
-	-	-	-	-	۱/۰۹	۱/۰۴	-۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۱۴	خودمهربانی
-	-	-	-	-	۱/۲	۱/۰۹	۰/۷۲	۰/۰۸	۰/۲۹	خودقضاوتی
۱/۸۳	۲/۰۹	-۰/۷۴	-۰/۲	-۰/۵۷	۰/۸۹	۱/۱	-۰/۷	-۰/۱۴	-۰/۴۱	انسانیت مشترک
-	-	-	-	-	۰/۶۳	۰/۵۷	۰/۶۴	۰/۰۴	۰/۱۳	انزوا
-	-	-	-	-	۰/۶۲	۰/۷۴	-۰/۶۷	-۰/۰۸	-۰/۲۶	ذهن آگاهی
۲/۱۷	۱/۸۵	۰/۸۳	۰/۲۴	۰/۶۹	۱/۱۲	۰/۹۴	۰/۷۹	۰/۱۳	۰/۳۸	شناخت بیش از حد
-۲۵/۹۴	-۲۵/۴۰	-	-۰/۸۸	-	-۴۰/۲۱	-۳۸/۷۷	-	-۱/۴۹	-	عدد ثابت

جدول ۵ پیش‌بینی احتمال عضویت گروهی و نمره‌های ممیز برای ۳ شکست خورده‌ی دارای سلامت عمومی بالا و ۳ شکست خورده‌ی دارای سلامت عمومی پایین را به روش همزمان نشان می‌دهد.

جدول ۵. پیش‌بینی احتمال عضویت گروهی و نمره‌های ممیز برای ۳ شکست خورده‌ی دارای سلامت عمومی بالا و ۳ شکست خورده‌ی دارای سلامت عمومی پایین به روش همزمان



ردیف	گروه واقعی	گروه پیش بینی شده	احتمال تعلق به گروه سلامت عمومی بالا	احتمال تعلق به گروه سلامت عمومی پایین	نمره ممیز
۲۱	سلامت عمومی بالا	سلامت عمومی بالا	۰/۶۹	۰/۳۱	-۱/۰۳
۴۵	سلامت عمومی بالا	سلامت عمومی پایین	۰/۴۳	۰/۵۷	-۰/۲۶
۶۸	سلامت عمومی بالا	سلامت عمومی بالا	۰/۵۷	۰/۴۳	-۰/۶۷
۹۴	سلامت عمومی پایین	سلامت عمومی بالا	۰/۷	۰/۳	-۱/۰۶
۱۶۶	سلامت عمومی پایین	سلامت عمومی پایین	۰/۰۶	۰/۹۴	۱/۵۳
۱۸۰	سلامت عمومی پایین	سلامت عمومی بالا	۰/۵۸	۰/۴۲	-۰/۷

برای آزمون فرضیه های فرعی شماره ی ۱ تا ۶ از آزمون برابری میانگین ها در دو گروه دارای سلامت عمومی بالا و سلامت عمومی پایین و همچنین آزمون تحلیل ممیز به صورت تفکیکی استفاده شده است. نتایج آزمون برابری میانگین ها در جدول ۶ و نتایج آزمون های تحلیل ممیز تفکیکی در جدول ۷ ارائه شده است. معنی دار بودن هر مقایسه در جدول ۶ نشان دهنده ی وجود تفاوت بین دو گروه در متغیر پیش بین مربوطه است و موجب تأیید فرضیه های فرعی شماره ی ۱ تا ۱۲ می شود.

جدول ۶. آزمون برابری میانگین گروه افراد دارای سلامت عمومی بالا و گروه سلامت عمومی پایین

معنی داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره F	لامبدای ویلکز	مقیاس‌ها
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۱۷/۶	۰/۹۱	خودمهربانی
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۴۶/۶۵	۰/۸	خودقضاوتی
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۴۵/۲۲	۰/۸	انسانیت مشترک
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۳۷/۱۲	۰/۸۳	انزوا
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۴۱/۴۸	۰/۸۱	ذهن‌آگاهی
۰/۰۰۱	۱۸۸	۱	۵۷/۱	۰/۷۶	شناخت بیش از حد

در آزمون برابری میانگین‌ها، ضریب لامبدای کوچک و مقدار F بزرگ و سطح معنی داری مربوطه، مشخص می‌سازد که تفاوت بین دو گروه افراد شکست خورده‌ی دارای سلامت عمومی بالا و سلامت عمومی پایین، در متغیرهای خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین همه‌ی فرضیه‌ها تأیید می‌گردند.

تحلیل ممیزه به صورت تفکیکی به این معناست که آیا هر کدام از متغیرها به تنهایی قادر به پیش‌بینی عضویت گروهی می‌باشند یا خیر.

جدول ۷. نتایج آزمون‌های تحلیل ممیز به صورت تفکیکی

متغیرهای پیش‌بین	خودمهربانی	خودقضاوتی	انسایت مشترک	انزوا	ذهن‌آگاهی	شناخت بیش ازحد	مکرزواره داده‌ها		درصد پیش‌بینی عضویت گروهی
							افراد دارای سلامتی عمومی بالا	افراد دارای سلامتی عمومی پایین	
تعداد تابع	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱/۳۵۲	۱/۷۴	۳/۷۵
مقدار ویژه	۰/۰۹	۰/۲۲۸	۰/۲۴۱	۰/۱۹۷	۰/۲۲۱	۰/۳۰۴	۱/۳۹۱	۱/۰۸۹	۷۸/۱/۶
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱/۳۸۷	۱/۳۸۷	۳/۶۸
همبستگی متغیر	۰/۲۹۳	۰/۲۴۶	۰/۴۴	۰/۴۰۶	۰/۲۲۵	۰/۴۸۳	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
لامبای ویکتز	۰/۹۱۴	۰/۸۰۱	۰/۸۰۶	۰/۸۳۵	۰/۸۱۹	۰/۷۶۷	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
مضروب کای	۱۶/۷۸۶	۴۱/۵۶۴	۴۰/۴۱۸	۳۳/۷۹۲	۳۷/۳۸۴	۴۹/۷۳۶	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
درجه آزادی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
معنی داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
ضریب غیراستاندارد	۰/۶۱/۰	۰/۲۸۷	۰/۳۵۲	۰/۳۱	۰/۳۱۴	۰/۳۴۴	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
عدد ثابت	-۴/۰۷	-۴/۵۴۱	-۴/۰۵۱	-۴/۱۱۹	-۳/۸۴	-۴/۶۱۳	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
ضریب کای	۰/۸۷۳	۰/۳۶۱	۰/۳۱۱	۰/۴۸۶	۰/۳۵۸	۰/۴۵۴	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
معنی داری ضریب کای	۰/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
مکرزواره داده‌ها	افراد دارای سلامتی عمومی بالا	۱/۶۱/۱	۱/۰۷۸	۱/۰۶	۱/۳۹۱	۱/۳۵۲	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
	افراد دارای سلامتی عمومی پایین	۰/۹۶/۰	۱/۳۶۶	۱/۷۸۷	۱/۳۸۷	۱/۰۸۹	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶
درصد پیش‌بینی عضویت گروهی	۲/۳۶/۲	۲/۷۰	۲/۶	۳/۶۸	۷۸/۱/۶	۳/۷۵	۰/۳۱۴	۰/۳۵۸	۷۸/۱/۶

با توجه به آنچه که در جدول ۷ آمده است مشخص است که با توجه به لامبدای کوچک و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ توابع خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و شناخت بیش از حد معنادار هستند و این توابع به صورت جداگانه از قدرت تشخیص و تفکیک برای تبیین متغیر وابسته یعنی عضویت گروهی در دو سطح افراد شکست‌خورده‌ی دارای سلامت عمومی بالا و سلامت عمومی پایین برخوردار هستند. توجه به نتایج آزمون برابری میانگین‌ها و نتایج آزمون تحلیل تمیز تفکیکی نشان می‌دهد که نتایج هر دو آزمون یکسان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

درست است که به طور مستقیم پژوهشی تحت عنوان رابطه‌ی خودشفقتی با وضعیت سلامت عمومی ناشی از شکست عاطفی انجام نگرفته است اما تحقیقاتی در رابطه با خودشفقتی و ابعاد مربوط به سلامت عمومی انجام شده است که با استناد به آن‌ها به خوبی می‌توان نتایج به دست آمده در این پژوهش را تبیین کرد.

پژوهش‌های گیلبرت و پراکتر (۲۰۰۶)، نف (۲۰۰۳ ب)، نف، کریک پاتریک و ریود (۲۰۰۷)، نف، ریود و کریک پاتریک (۲۰۰۷)، نف (۲۰۰۳ آ) نف و همکاران (۲۰۰۵) و یارنل و نف (۲۰۱۲) نتایجی را به دست آورده‌اند که به طور ضمنی هر کدام از این تحقیقات تأیید کننده‌ی نتایج به دست آمده در این پژوهش هستند. پژوهش یارنل و نف (۲۰۱۲) بیانگر این بود هر چه سطح خودشفقتی در فردی بالاتر باشد، آن فرد اصالت بیشتر و سطوح پایین‌تر آشفتگی عاطفی را در موقعیت‌های پراسترس نشان خواهد داد. گیلبرت و پراکتر (۲۰۰۶) نیز خاطر نشان کرده‌اند که خودشفقتی بهبود سلامت روان شناختی را با گذشت زمان پیش‌بینی می‌کند. پژوهش نف (۲۰۰۳ ب) و نف، کریک پاتریک و ریود (۲۰۰۷) نشان داد افراد با سطوح بالاتر خودشفقتی سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و سرکوب فکر را در مقایسه با افرادی که فاقد خودشفقتی هستند گزارش می‌دهند.

زمانی که فردی در روابط عاشقانه‌اش شکست می‌خورد نوع برخوردی که با خودش دارد و میزان گذشت و مهربانی‌اش نسبت به خودش وضعیت سلامت عمومی او را تعیین می‌کند. اشتغال ذهنی داشتن با خود قضاوتی‌هایی مانند: "همه این‌ها تقصیر من است، من شریکم را از دست داده‌ام، ای کاش می‌توانستم همان چیزی باشم که او می‌خواست، من باید متفاوت عمل می‌کردم" سلامت عمومی شخص را که بنا به پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ افسردگی، اضطراب، مشکل در خواب و اختلال در عملکرد اجتماعی را شامل می‌شود، تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتیجه‌ی این پژوهش نشان داد که افراد خودشفقت‌تر مواجهه بهتری با شکست عاطفی دارند و به تبع آن نیز سلامت عمومی بهتری دارند. افرادی که در این پژوهش نمره‌های بالایی در خودشفقتی کسب کردند در حقیقت افرادی هستند که با خودشان با مهربانی و توجه رفتار می‌کنند. دست به قضاوت و خودداوری نمی‌زنند و شکست‌شان را به عنوان تجربه‌ای مشترک که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید می‌بینند، احساس جدایی نمی‌کنند و احساس نمی‌کنند متفاوت از تمام دنیا هستند و تنها فقط خودشان هستند که دچار شکست شده‌اند. به طور متعادل به احساسات منفی‌شان توجه می‌کنند، نه آن را سرکوب می‌کنند و نه به طور کامل در آن غرق می‌شوند به گونه‌ای که آن را با خودشان به سراسر زندگی‌شان بکشانند که مجموعه‌ی این طرز فکر در این افراد باعث می‌شود اضطراب و افسردگی را تجربه نکنند و در پی آن هم به نشخوار فکری در مورد شکست، مشکل در خواب و مختل شدن روابط اجتماعی دچار نشوند. همین ویژگی‌های درونی افراد خودشفقت در این پژوهش، به آن‌ها کمک می‌کند تا با شکست عشقی‌شان کنار بیایند و در نهایت از نظر سلامت عمومی در وضعیت بهتری قرار داشته باشند. افراد شکست خورده که سلامت عمومی بهتری دارند، تشخیص می‌دهند که افکار و احساسات آن‌ها فقط - افکار و احساسات - هستند و به خودشان کمک می‌کنند از باورهای بی‌چون و چرا که آن‌ها را بی‌ارزش می‌کنند رها شوند، چون توانایی ذهن‌آگاه بودن این افراد آن‌ها را قادر می‌سازد که به افکار و احساسات دردناک خود توجه کنند و آن‌ها را همانطوری که هستند بدون سرکوب یا اجتناب آن‌ها

بینند (نف، ۲۰۰۳ آ). همچنین داشتن این عقیده که شکست جزء لاینفک زندگی و بخشی از طبیعت انسان است آن‌ها را در برابر صدمات ناشی از شکست عشقی مانند افسردگی، اضطراب، مشکل خواب و اختلال در عملکرد اجتماعی، بیشتر محفوظ نگه می‌دارد. دو خرده‌مقیاس انسانیت مشترک و شناخت بیش از حد نقش بیشتری در معادله گیش بینی داشتند. "انسانیت مشترک" نیاز به پذیرش این نکته را دارد که درد و رنج یکی از ویژگی‌های جهان شمول و تعریف‌کننده‌ی انسان است؛ انسان فانی، آسیب‌پذیر و در معرض ابتلا به کاستی‌هایی است. انسانیت مشترک هم در مقابل مؤلفه‌ی انزوا است. این ویژگی‌ها برای نشان دادن توانایی فرد برای مشاهده‌ی شکست‌ها و سختی‌های خود به عنوان بخشی از تجربه‌ی انسانی معمول با داشتن استعداد رجوع کردن به خود و قضاوت منصفانه‌ی احساسات، به خصوص در تجارب ناراحت‌کننده، با هم در تعامل هستند (نف، ۲۰۰۳ آ). همچنین شناخت بیش از حد تمایل به مبالغه در میزان درد و رنج شخصی است. به این معنی که فرد در واکنش‌های احساسی ذهنی خویش غرق می‌شود که برای او رهایی از این وضعیت و درپیش گرفتن دیدگاه عینی‌تر دشوار است (بنت - گلמן، ۲۰۰۱، به نقل از نف، ۲۰۰۳ ب). در نتیجه این ویژگی‌ها سلامت عمومی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

از جمله محدودیت‌های مورد نظر در این پژوهش می‌توان به پنهان بودن جامعه‌ی دانشجویان دارای شکست عاطفی که امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی را میسر نکرد اشاره کرد. از آنجا که این تحقیق بر روی دانشجویان دختر صورت گرفت، نمی‌توان آن را به پسران و حتی دیگر اقشار دختر جامعه تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود که نقش پیش‌بین بودن سایر ویژگی‌های شخصیتی مانند خوشبینی و اعتماد به نفس بر نشانه‌های ضربه‌ی عشق مورد بررسی قرار گیرد و همچنین پژوهش‌های بیشتری در زمینه‌ی شکست روابط عاشقانه در جامعه‌ی ما برای شناخت هر چه بیشتر مسائل پنهانی فرهنگی و دینی و دیگر ابعاد مؤثر در این واقعه انجام شود. از سوی دیگر برای استفاده‌ی کاربردی پیشنهاد

می‌شود که نتایج این تحقیق به صورت آزمایشی و به شکل آموزش متغیرهای تمیزدهنده‌ی مقابله با شکست عشقی در افراد دارای تجربه‌ی شکست انجام شود، تا تأیید قطعی اثربخشی این متغیرها صورت پذیرد و همچنین نتایج پژوهش توسط مشاوران مراکز دانشگاهی به منظور کار با افراد دارای شکست رابطه‌ی عاشقانه مورد استفاده قرار گیرد.

### منابع

- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه‌ی سلامت عمومی. *مجله‌ی روانشناسی*، ۳۰، ۳۸۱-۳۹۸.
- حسینی، نرگس؛ احقر، قدسی؛ اکبری، ابوالقاسم؛ شریفی، نسترن؛ زیرنظر پاشا شریفی، حسن (۱۳۸۷). *پرسشنامه‌های پژوهشی در زمینه‌ی روان‌شناسی، مشاوره، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی*. تهران: انتشارات سخن.
- مروتی، ذکراالله (۱۳۹۰). *رابطه‌ی علمی محیط یادگیری سازنده‌گرایی ادراک‌شده و عملکرد ریاضی با میانجی‌گری جهت‌گیری درونی هدف، ارزش تکلیف، نگرش نسبت به ریاضی و خودکارآمدی ریاضی در دانش‌آموزان پسر سال سوم دبیرستانی شهر اهواز*. پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Bisconti, T. L., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2004). Emotional well-being in recently bereaved widows: A dynamical systems approach. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 158-167
- Boelen, P. A., Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups. *Stress and Health*, 25, 11-19.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, Emotional, and Behavioral Reactions to Breaking Up: The Roles of Gender, Age, Emotional Involvement, and Attachment Style. *The Society for Personality and Social Psychology*, 7, 871-884.
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 87-96.
- Eastwick, P. W., Finkel, E. J., Krishnamurti, T., & Loewenstein, G. (2007).

- Mispredicting distress following romantic breakup: Revealing the time course of the affective forecasting error. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 800- 807.
- Field, T. (2011). Romantic Breakups, Heartbreak and Bereavement. *Psychology*, 2(4), 382-387.
  - Field, T., Diego, M., Pelaez ,M., Deeds, O., & Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence*, 44, 705-727.
  - Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, 104, 51-60.
  - Fleming, C. B., White, H. R., Oesterle, S., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F. (2010). Romantic relationship status changes and substance use among 18-to 20-year olds. *Journal of Studies on Alcohol and Drug*, 71, 847-856.
  - Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychotherapy*, 13, 353-379.
  - Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self- warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183-200.
  - Gilbert, S. P., & Sifers, S. K. (2011). Bouncing Back from a Breakup: Attachment, Time Perspective, Mental Health, and Romantic Loss. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25, 295–310.
  - Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127: 472-503.
  - Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E., & Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 49, 13–34.
  - McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds, C. F. III, Houck, P. R., Dew, M. A., Hall, M. Mazumdar, S., Buysse, D. J., Hoch, C. C., & Kupfer, D. H. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: An exploratory study. *Biological Psychiatry*, 41, 710-716.
  - Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for the onset of Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 606–614.
  - Morgan, H. J., & Shaver, P. R. (1999). Attachment Processes and Commitment to Romantic Relationships. *Handbook of Interpersonal Commitment and Relationship Stability*, edited by Jeffrey M. Adams and Warren H. Jones. Kluwer Academic plenum Publishers, New York.
  - Neff, K. D. (2003a). Self Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
  - Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
  - Neff, K. D., & Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality



- traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
  - Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
  - Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe and H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 613-645.
  - Primeau, J. E. (2013). Romantic Breakup and College Student Adjustment: Attachment Dimensions, Patterns of Grief, and Sex. A Dissertation Submitted to the Faculty of Purdue University. In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.
  - Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe and H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 587-612.
  - Ratto, N. (2007). *The role of attachment style with mother and father in adolescents' ways of coping with a romantic break up*. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts (Psychology) at Concordia University Montreal, Quebec, Canada. 1-79.
  - Rhoades, G. K., Kamp Dush, C. M., Atkins, D. C., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2011). Breaking up is hard to do: the impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology*; 25, 366-374.
  - Sbarra, D. A. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 298-312.
  - Sbarra, D. A., & Emery, R. E. (2005). The emotional sequel of nonmarital relationship dissolution: analysis of change and intraindividual variability over time. *Personal Relationships*, 12, 213-232.
  - Sbarra, D. A., Law, R. W., Portley, R. M. (2011). Divorce and death: A meta-analysis and research agenda for clinical, social, and health psychology. *Perspect Psychosis*, 6, 454-474.
  - Taylor, F., & Bryant, R. A. (2007). The tendency to suppress inhibiting thoughts, and dream rebound. *Behavior Research and Therapy*, 45, 163-168
  - Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2012). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 1, 1-14.