

مدل سازی معادلات ساختاری اثر احساس شرم و گناه بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) با میانجیگری خودانتقادی و شفقت خود در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون، بیماری های غیر اتوایمیون و افراد سالم در شهر بندرعباس

محمد رسولی ایسینی^۱، آریتا امیرفخرایی^۲، شعله نمازی^۳، عبدالوهاب سماوی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس.

^۲ استادیار روان شناسی سلامت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس.

^۳ استادیار روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان.

^۴ دانشیار روان شناسی و رییس دانشکده علوم انسانی دانشگاه هرمزگان، بندرعباس.

نام نویسنده مسئول:

محمد رسولی ایسینی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۹

چکیده

طرح این مطالعه از نوع همبستگی است. جامعه ی آماری پژوهش پس رویدادی حاضر، دربردارنده ۳۶۰ نفر شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به بیماری های اتوایمیون، ۱۲۰ بیمار مبتلا به بیماری های غیر اتوایمیون مراجعه کننده به مجتمع آموزشی درمانی پیامبر اعظم (ص) در شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۸، و ۱۲۰ فرد سالم، می باشد. هدف پژوهش حاضر آزمون و ارائه مدل علی خودتخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی و احساس شرم و گناه، با میانجیگری خودانتقادی و شفقت خود در سه گروه افراد سالم، بیماران اتوایمیون و بیماران غیر اتوایمیون در شهر بندرعباس است. در پژوهش حاضر، بیماران اتوایمیون با روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. همه آزمودنی ها پرسشنامه های خودانسجامی، احساسات شخصی (شرم و گناه)، شفقت و خودانتقادی را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و همبستگی) استفاده شد. برای تعیین روایی و پایایی از روشهای تحلیل عامل تأییدی، آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و تنصیف گاتمن به کار برده شد. سپس تحلیل های مربوط به مفروضه های زیربنایی الگویابی معادلات ساختاری و همچنین تحلیل های گسترده و پیچیده تر برای ارزیابی برازندگی مدل پیشنهادی انجام شد که همگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری، با روش آماری برآورد حداکثر درست نمایی اعمال شدند. روابط غیرمستقیم مسیرها نیز با روش پیشنهادی بارون و کنی و کوهن استفاده شد. برای تعیین معنی داری روابط میانجی از روش بوت استرپ استفاده شده است. تا نهایتاً مدل مفهومی پژوهش به درستی به دست آمد. تمام تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای بسته ی آماری برای علوم

اجتماعی (SPSS) ویراست 19 و تحلیل ساختارهای گشتاوری (AMOS) ویراست 16 انجام گرفت. در مدل پیشنهادی پژوهش حاضر، خودتخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی (متغیر وابسته) به صورت یک متغیر مکنون، متغیرهای احساس های شرم و گناه (متغیر مستقل)، به عنوان متغیر برونزا و متغیرهای شفقت خود و خودانتقادی، به عنوان متغیرهای درونزا یا میانجی تعریف شده است. نتایج حاکی از برازش نسبتاً خوب الگو با داده ها بود. همچنین اثر واسطه ای خودانتقادی و شفقت خود در رابطه بین خودتخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی و احساسات شرم و گناه در بیماران اتوایمیون مورد تأیید قرار گرفت. بر اساس یافته های پژوهش، احساسات شرم و گناه و خودانتقادی با خودتخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی رابطه مثبت معنی دار و شفقت خود با خودتخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی رابطه منفی معنی دار دارند. میانگین احساس شرم و خودتخریبگری روانشناختی بر پایه خودشناسی، در مردان بیشتر از زنان و میانگین خودانتقادی، در زنان بیشتر از مردان است. یافته ها با توجه به فرضیه همگونی غایی در کارکرد هماهنگ سامانه های ایمنی شناختی، عصب شناختی و روان شناختی و زمینه سازی برای طراحی درمانهای شناختی مناسب برای بیماران اتوایمیون مورد بحث قرار گرفتند.

واژگان کلیدی: بیماری های اتوایمیون، خودانسجامی، احساس شرم و گناه، خودانتقادی و شفقت.

مقدمه

از دهه ۸۰، تحقیقات گسترده ای به لزوم تجدیدنظر و بازنگری در مفاهیم دوگانگی جسم و روان، تأکید نمودند. عواقب و پیامدهای باور به درهم تنیده بودن جسم و روان، عبارتند از: گستردگی مفهوم اختلالات روان تنی و بروز گستره ی نوین روان شناسی سلامت^۱ و پزشکی رفتار^۲، درهم تنیدگی سلامت جسمی و روانی، و یکپارچگی و انسجام و نسبیت برابر علوم پزشکی و روان شناسی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۰). یکی از بخش های تقریباً جدید روان شناسی سلامت، ایمنی شناسی عصبی روانی^۳ است، که به این موضوع می پردازد که چگونه عوامل روان شناختی، رفتار و عملکرد دستگاه ایمنی را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت، خطر بروز بیماریها را افزایش می دهند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات در این زمینه، این فرض را مطرح می کنند که سازه های شخصیتی و هیجانی، همان طور که در سلامت روانی مؤثر هستند، پاسخ های ایمنی شناختی و فیزیولوژیکی را نیز تحت تأثیر قرار می دهند و در بروز و پیشگیری از بیماری ها نقش زیادی دارند (قربانی و همکاران، ۲۰۰۰). دیدگاه سنتی در مورد نقش دستگاه ایمنی به عنوان یک عامل محافظتی و دفاعی، حاصل بررسی هایی است که نشان می دهند متعاقب یک بیماری عفونی و التهابی در فرد، او نسبت به آن بیماری ایمنی پیدا می کند و چنین مصونیتی را می توان از راه واکسیناسیون هم بوجود آورد. در این رویکرد، دستگاه ایمنی را به عنوان سامانه ای در نظر می گیرند که پادتن های^۴ خاصی را در واکنش به عوامل بیماری زا تولید می کند. فرض اساسی این الگو این است که دستگاه ایمنی باید توانایی تشخیص و تمایز بین آنتی بادی های خودی (که از اجزاء طبیعی بدن هستند) و آنتی ژن های غیرخودی (که بطور معمول از اجزاء بدن نبوده، بیماری زا بوده و دشمن بدن هستند)، را داشته باشد. به علت داشتن چنین قابلیت و توانایی است که دستگاه ایمنی در برابر آنتی ژن های غیرخودی حساس و فعال

۱ . health Psychology

۲ . behavioral medicine

۳ . psychoneuroimmunology

۴ . antibodies

بوده و نسبت به آنتی بادی های خودی غیرفعال می باشد (بوث^۵ و اشبریج^۶، ۱۹۹۲). نظریه های عام روان شناسی همواره بر عدم وجود مرز میان ابعاد زیست شناختی و روان شناختی انسان تأکید کرده اند. بررسی های گوناگون ارتباط سطوح روان شناختی و زیست شناختی و به عبارت دیگر ذهن و بدن را نشان داده اند؛ آسیب پذیری به عفونت های تنفسی در افرادی که زندگی خود را فشارزا می دانند، بیشتر است (بوث و اشبریج، ۱۹۹۲) و بهبود زخم در افرادی که بصورت دائمی و مزمن در موقعیت های فشارزا به سر می برند، دیرتر صورت می پذیرد (بوث، ۲۰۰۱). یافته های پژوهشی نشانگر آن است که چگونگی فائق آمدن بر هیجان های وابسته به یک موقعیت، خلق مثبت و منفی، شوخی، گریه و خنده و راهبردهای حل مشکل همگی بر شدت و ضعف کارکرد سامانه ایمنی تأثیر می گذارند (بوث و پن بیکر^۷، ۲۰۰۰). بر اساس فرضیه «همگونی غایی»^۸ (بوث و اشبریج، ۱۹۹۲)، شاهد یک هم شکلی در کلیه سامانه های یک ارگانیسم اعم از سامانه عصبی، ایمنی، غدد درون ریز و روان شناختی هستیم. کلیه این سامانه ها می کوشند از طریق طی این فرایند شکل گیری به «هویت خود» به عنوان هدفی غایی دست یافته و آن را حفظ نمایند و همین هدف غایی است که ارتباط میان سیستم های مختلف ارگانیسم را روشن می کند. به اعتقاد بوث (۲۰۰۱، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷) ماهیت ارتباط میان سامانه های مختلف ارگانیسم تحت تأثیر الزام «هماهنگی اهداف» آنها قرار می گیرد؛ یعنی همه سامانه ها به منظور دستیابی به یک هدف می باشند: هویت خود و زمانی که هدف هر سامانه در جهت دستیابی به هویتی مستقل در کنار اهداف سایر سامانه ها قرار می گیرد، کارکرد هر سامانه بیشتر قابل پیش بینی و درک می گردد. بنابراین، بر اساس فرضیه «همگونی غایی» چنانچه مرز میان «خود» و «غیر خود» در یک سامانه از میان رود (به عنوان مثال سامانه ایمنی) به احتمال زیاد این مرز در سایر سامانه ها (نظیر سامانه روان شناختی) نیز از میان خواهد رفت و بالعکس. این فرضیه می تواند به این نتیجه گیری انجامد که سامانه های ایمنی شناختی و روان شناختی باید هدفی واحد داشته باشند. از این رو احتمال مشاهده بیماریهای اتوایمیون -که مرز «خود» و «غیر خود» در آنان تخریب شده است در افرادی که گرایش شخصیتی خود تخریبی دارند بیش از افرادی است که چنین گرایش شخصیتی ندارند و بالعکس. همچنین از آنجا که خودتخریبی نوعی ناهماهنگی خود است، می توان بر اساس فرضیه همگونی غایی این فرض را به میان آورد که فرایندهای خود هماهنگ کننده، نظیر خودشناسی انسجامی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳) و ذهن آگاهی (دسی^۹ و رایان^{۱۰}، ۲۰۰۳) در بیماران اتوایمیون آسیب دیده اند. بررسی ادبیات پژوهش در این زمینه نشان می دهد چندان مطالعه ای در زمینه بررسی فرایندهای خاص اثرگذاری متقابل سامانه ایمنی و روان شناختی و تبیین چرایی این اثرگذاری صورت نگرفته است. تنها مطالعات موجود مطالعه موسوی، قربانی و همکاران (۱۳۸۴) است که به بررسی احساس گناه و تمایلات خودانتقادی و خودشناسی بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و افراد سالم پرداخته اند و پژوهش طهباز، قربانی و نبوی (۱۳۹۰) که به مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی در بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و غیربیماران پرداخته اند. با توجه به گستردگی روز افزون پژوهش ها و مطالعات در زمینه ایمنی شناسی عصبی روانی و نیز اهمیت این حوزه در حیطه روان شناسی سلامت، محققان تلاش روز افزونی را در زمینه کشف ارتباطات متقابل سامانه های مختلف ارگانیسم بویژه سامانه ایمنی و سامانه روان شناختی به انجام رسانده اند. از این رو کشف هر گونه ارتباطی میان این دو سامانه که بتواند پژوهشگران و نیز متخصصان بالینی را در پیش بینی رفتار سامانه دیگر توانمند سازد، گام ارزشمندی در جهت فهم فرایندهای زیربنایی سامانه های ارگانیسم و نیز انجام مداخلات درمانی موثرتر به شمار می رود. از این رو پژوهش حاضر با آزمون فرضیه «همگونی غایی» و «هماهنگی اهداف» در سطح سامانه های مختلف ارگانیسم در صدد فراهم نمودن مبنایی نظری است که می تواند نتایج پژوهش های جزئی نگر انجام شده در حوزه روان شناسی -عصب شناسی -ایمنی شناسی و ارتباط سامانه ایمنی و روان شناختی را در سطحی وسیع تر و کلی نگرانه تر تبیین نماید. به این ترتیب با توجه به بررسی نظریه های مختلف در خصوص متغیرهای مرتبط با خودتخریبگری محقق ضرورت بررسی رابطه علی خود تخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی و احساس

۵ . Booth

۶ . Ashbridge

7 . Pennebaker

8 . Teleological Coherence

9 . Deci

10 . Ryan

شرم و گناه با میانجیگری خودانتقادی و شفقت خود در بیماران اتوایمیون، بیماران غیراتوایمیون و افراد سالم در شهر بندرعباس را احساس نموده است تا بر پایه مطالب بیان شده، با استفاده از مدل سازی معادله ساختاری، الگویی در این زمینه ارائه نماید. این مطالعه از این حیث که به بررسی رابطه علی خود تخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی و احساس شرم و گناه با میانجیگری خودانتقادی و شفقت خود در بیماران اتوایمیون، بیماران غیراتوایمیون و افراد سالم می پردازد، نوین است و علاوه بر این قصد دارد اثربخشی روشهای کاهش خود تخریبگری روان شناختی بر پایه خودشناسی را برای اولین بار در نمونه ایرانی مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش ها

این پژوهش این مطالعه از نوع همبستگی است. در پژوهش پس رویدادی حاضر، ۱۲۰ بیمار اتوایمیون، ۱۲۰ بیمار غیراتوایمیون و ۱۲۰ نفر از کارمندان ادارات مختلف و مراجعه کنندگان سالم که به مرکز آموزشی درمانی اعصاب و روان ابن سینا مراجعه کرده اند، به شیوه در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران اتوایمیون و بیماران غیراتوایمیون از مراجعان به درمانگاه فوق تخصصی و مجتمع آموزشی، درمانی و پژوهشی پیامبر اعظم (ص) بندرعباس انتخاب شدند. پس از نمونه گیری اولیه ی بیماران از جامعه ی پژوهشی، موافقت فرد بیمار مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شده و بررسی ملاکهای شمول و ملاکهای رد نمونه، افراد در نمونه ی نهایی پژوهش قرار گرفته و مورد آزمون واقع خواهند شد. اصلی ترین ملاکهای شمول در نمونه ی بیماران اتوایمیون پژوهش حاضر عبارت بود از: (۱) تشخیص قطعی بیماری های اتوایمیون توسط متخصصان استان هرمزگان و یا کشور، (۲) سپری شدن دست کم دو ماه از آغاز بیماری، (۳) قرار داشتن در محدودی سنی ۱۳ تا ۷۰ سال. همچنین اصلی ترین ملاکهای رد در نمونه ی پژوهش حاضر عبارت بود از: (۱) ابتلا به بیماری مزمن جسمی دیگر به غیر از بیماری های اتوایمیون، (۲) وجود دلیلی واضح به غیر از بیماری اتوایمیون، (۳) بی سواد بودن. در این پژوهش به منظور غربالگری ابتدایی از برگه مشخصات بیمار و سوابق بیماری و درمان های انجام شده و سپس برای جمع آوری اطلاعات از مقیاس خودشناسی انسجامی^{۱۱} (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸)، مقیاس احساسات شخصی^{۱۲} (احساس شرم و گناه) (هاردرد^{۱۳} و لويس^{۱۴}، ۱۹۸۷)، مقیاس شفقت خود^{۱۵} (نف، ۲۰۰۳)، و مقیاس سطوح خودانتقادی^{۱۶} (تامپسون^{۱۷} و زرووف^{۱۸}، ۲۰۰۴)، استفاده شد.

مقیاس خودشناسی انسجامی (ISK):

این مقیاس شامل ۱۲ گویه است. مقیاس خودشناسی انسجامی، دارای ۳ زیرمقیاس خودشناسی تأملی، خودشناسی تجربه ای و خودشناسی انسجامی می باشد. نمره ی هر گویه ی مقیاس خودشناسی انسجامی (ISK)، بر اساس پنج گزینه از صفر برای عمدتاً نادرست، ۱ برای تا حدودی نادرست، ۲ برای نه درست و نه نادرست، ۳ برای تا حدودی درست، و ۴ برای عمدتاً درست، صورت می پذیرد. نمرات کم و پایین در مقیاس خودشناسی انسجامی، نشان دهنده خودتخریبگری روان شناختی بر اساس خودشناسی است. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی سه نمونه ایرانی و سه نمونه آمریکایی، آلفای کرونباخ مقیاس را به ترتیب در نمونه اول ایرانی ۰/۸۲، نمونه دوم ایرانی ۰/۸۱ و نمونه سوم ایرانی ۰/۸۱ و به ترتیب در نمونه اول آمریکایی ۰/۷۸، نمونه دوم آمریکایی ۰/۷۸ و نمونه سوم ۰/۷۴ گزارش دادند. نمره بالا در این مقیاس با ارزیابی ویژگیهای رفتاری وابسته به

11 . ISK : Integrative Self-Knowledge Scale

12 . PFQ : Personal Feeling Questionnaire

13 . Harder

14 . Lewis

15 . SCS : Self-Compassion Scale

16 . LSCS : Levels of Self Criticism Scale

17 . Thompson

18 . Zuroff

خودشناسی در دگرسنجی ها در هر دو فرهنگ همراه بوده است. در مطالعه قربانی، کریستوفر^{۱۹}، کانینگهام^{۲۰} و واتسن^{۲۱} (۲۰۱۰) نیز آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. اعتبار این ابزار در مطالعاتی که شخصیت (قربانی، واتسون، حمزوی و وتینگتون^{۲۲}، ۲۰۱۰)، سلامت روانی (قربانی، موسوی، واتسون و چن^{۲۳}، ۲۰۱۱)، و مقابله و خودتنظیمی (قربانی، کریستوفر، کانینگهام و واتسون، ۲۰۱۰) را مورد آزمون قرار داده اند، تأیید شده است. خودشناسی در پیش بینی سلامت روان در قیاس با پنج عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی است و فراتر از این، عامل های شخصیتی توان تبیین سلامت روان را دارند (قربانی و واتسن، ۲۰۰۴).

مقیاس احساسات شخصی (PFQ):

مقیاس احساسات شخصی، توسط هارد و لویس (۱۹۸۷) ساخته شده است که شامل ۲۲ واژه است و دارای ۶ خرده مقیاس : شرم، گناه، برون سازی، جداسازی، غرور آلفا و غرور بتا است. پاسخ دهنده روی یک پیوستار پنج درجه ای شامل، صفر برای من این احساس را اصلاً تجربه نمی کنم، نمره ۱ برای من این احساس را به ندرت تجربه می کنم، نمره ۲ برای من این احساس را گاهی تجربه می کنم، نمره ۳ برای من مکرراً این احساس را تجربه می کنم، اما نه بطور دائم، و نمره ۴ برای من دائماً و بطور دائم این احساس را تجربه می کنم، به آن ها پاسخ می دهد. این مقیاس، ۱۶ واژه مربوط به احساسات شرم و گناه را در بر دارد، که از این تعداد، ۱۰ واژه مربوط به احساسات شرم بوده و ۶ واژه نیز مربوط به احساسات گناه می باشد. تانگنی و همکاران (۲۰۰۰)، فرم کوتاه نسخه ۳ آزمون TOSCA را ارائه کردند. مواد انتخابی در این مقیاس، برپایه ی نظریه ی تانگنی^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۰)، و با توجه به کلمات پرکاربرد مرتبط در زمینه ی شرم و گناه در فرهنگ ایران، از پرسشنامه ی احساسات شخصی (هارد و لویس، ۱۹۸۷) و مقیاس شرم و گناه سازگار شده (هابلیتزل^{۲۵}، ۱۹۸۲) انتخاب شده اند. آلفای کرونباخ برای هیجان شرم ۰/۸۴ و برای هیجان گناه ۰/۸۸ گزارش شده است (قربانی و همکاران، ۱۳۹۱). اعتبار آزمون- بازآزمون آن در مورد خرده مقیاس شرم ۰/۹۳ و در مورد احساسات گناه ۰/۸۵ گزارش شده است (هارد و زالمه^{۲۶}، ۱۹۹۰).

مقیاس شفقت خود (SCS):

توسط نف (b ۲۰۰۳) ساخته شده است که شامل ۲۶ ماده است. پاسخ دهنده روی یک پیوستار پنج درجه ای به آن ها پاسخ می دهد. این مقیاس سه مؤلفه ی ۲ قطبی را در قالب ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی (بزرگنمایی) (معکوس)، اشتراکات انسانی و انزوا (معکوس) اندازه گیری می کند. نف (a ۲۰۰۳)، اعتبار و پایایی آن را مناسب ارزیابی کرده است. پاسخ دهنده روی یک پیوستار پنج درجه ای به جملات مقیاس شفقت خود (SCS)، پاسخ می دهد. نمره ی هر گویه ی مقیاس شفقت خود (SCS)، بر اساس پنج گزینه از ۱ برای کاملاً مخالف، ۲ برای مخالف، ۳ برای بی نظر، ۴ برای موافق، و ۵ برای کاملاً موافق، صورت می پذیرد. مقیاس شفقت خود (SCS)، دارای سه ی مؤلفه ۲ قطبی در قالب ۶ زیر مقیاس ذیل می باشد : مهربانی با خود/ قضاوت خود، اشتراکات انسانی/ انزوا، و ذهن آگاهی/ همانندسازی افراطی (بزرگنمایی). نمره ی کلی در دامنه ی ۰ تا ۶۴ قرار می گیرد. نمره ی کلی عامل احساسات شرم، در دامنه ی ۰ تا ۴۰ قرار می گیرد. نمره ی کلی عامل احساسات گناه، در دامنه ی ۰ تا ۲۴ قرار می گیرد. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، آلفا کرونباخ مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، ذهن آگاهی ۰/۸۰، همانند سازی افراطی ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ گزارش شده است. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

-
- 19 . Christopher
20 . Cunningham
21 . Watson
22 . Weathington
23 . Chen
24 . Tangney
25 . Hoblitzelle
26 . Zalma

مقیاس سطوح خود انتقادی (LSCS):

مقیاس سطوح خودانتقادی (LSCS)، توسط لویس تهیه و تنظیم شده که شامل ۲۲ گویه است و نمره گذاری ۷ درجه ای از صفر تا ۶ شامل صفر برای کاملاً نادرست، ۱ برای تقریباً نادرست، ۲ برای تاحدودی نادرست، ۳ برای نه درست و نه نادرست، ۴ برای تاحدودی درست، ۵ برای تقریباً درست، و ۶ برای کاملاً درست، می گردد. مقیاس سطوح خود انتقادی (LSCS)، دارای دو مؤلفه خودانتقادی درونی شده و خودانتقادی مقایسه ای، می باشد. این پرسشنامه در ایران در پژوهش های متعددی استفاده شده است. پرویزی فرد و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهش رجبی و کارجو کسمایی (۱۳۹۱) روایی مقیاس با اجرا بر روی ۴۶۸ دانشجوی و با روش تحلیل عوامل و ضریب همبستگی گویه ها با نمره کل مطلوب بوده است. همچنین پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برآورد شده است. در این تحقیق نیز اعتبار مجدد آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ مشاهده شده است. آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است. همبستگی این دو خرده مقیاس با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده مقیاس ناپایداری هیجانی آزمون نئو، به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ به دست آمده است (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴).

اجرا

روش اجرای این تحقیق به این صورت بود که با همکاری پزشکان داخلی و یا متخصصان بیماری های اتوایمیون افراد مبتلا به بیماری اتوایمیون و غیراتوایمیون شناسایی شده و با دادن پرسشنامه خودشناسی انسجمی، پرسشنامه احساسهای شرم و گناه، پرسشنامه شفقت خود و پرسشنامه خودانتقادی، دعوت به همکاری شدند و از آنها خواسته شد که این پرسشنامه ها را پر نمایند. روش کامل کردن پرسشنامه، برای افراد مورد مطالعه بصورت شفاهی توضیح داده شد. اطلاعات دموگرافیک پرسشنامه پس از شرح اهمیت و اهداف پژوهش و شرح نحوه کار و اطمینان دادن از محرمانه بودن داده های مربوط به افراد و کسب رضایت آگاهانه، از آنان خواسته شد تا ابزار را مطالعه و تکمیل نمایند. بجای استفاده از نام، از روش کد گذاری استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و همبستگی) استفاده شد. برای تعیین روایی و پایایی از روشهای تحلیل عامل تأییدی (CFA)، آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و تنصیف گاتمن به کار برده شد. سپس تحلیل های مربوط به مفروضه های زیربنایی الگویابی معادلات ساختاری و همچنین تحلیل های گسترده و پیچیده تر برای ارزیابی برازندگی الگوی پیشنهادی انجام شد که همگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM)، با روش آماری برآورد حداکثر درست نمایی^{۲۷} اعمال شدند. روابط غیرمستقیم مسیرها نیز با روش پیشنهادی بارون^{۲۸} و کنی^{۲۹} (۱۹۸۶، به نقل از ارشدی، ۱۳۸۶) و کوهن و کوهن^{۳۰} (۱۹۸۳، به نقل از ظهیری، ۱۳۸۸) استفاده شده است. تمام تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای بسته ی آماری برای علوم اجتماعی^{۳۱} (SPSS) ویراست ۱۹ و تحلیل ساختارهای گشتاوری^{۳۲} (AMOS) ویراست ۱۶ انجام گرفتند.

یافته ها

در این نمونه، ۳۳/۳۳ درصد زن، ۶۶/۶۶ درصد مرد بودند. در گروه افراد سالم، ۷۰/۸۳ درصد زن، ۲۹/۱۷ درصد مرد بودند. در گروه بیماران غیراتوایمیون، ۶۸/۳۳ درصد زن، ۳۱/۶۷ درصد مرد بودند. در گروه بیماران اتوایمیون، ۶۰/۸۳ درصد زن، ۳۹/۱۷ درصد مرد بودند. در این نمونه، ۱۲۲ نفر (۳۳/۹ درصد) مجرد و ۲۳۸ نفر (۶۶/۱ درصد) متأهل بودند. در گروه افراد سالم، ۴۴ نفر (۳۶/۶۷ درصد) مجرد، و ۷۶ نفر (۶۳/۳۳ درصد) متأهل بودند. در گروه بیماران غیراتوایمیون، ۳۸ نفر (۳۱/۶۷ درصد) مجرد و ۸۲ نفر (۶۸/۳۳ درصد) متأهل بودند.

27 . Maximum Likelihood Estimation

28 . Baron

29 . Kenny

30 . Cohen, & Cohen

31 . Statistical Package for the Social Science (SPSS)

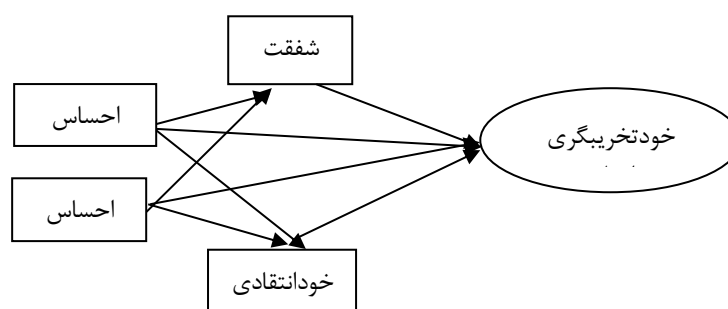
32 . Analysis of Moment Structures (AMOS)

نفر (۶۸/۳۳ درصد) متأهل بودند. در گروه بیماران اتوایمیون، ۴۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۸۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در این نمونه، ۲/۵۱ درصد زیر دیپلم، ۲۴/۷۲ درصد دیپلم، ۱۶/۹۴ درصد فوق دیپلم، ۴۸/۶۱ درصد لیسانس، ۷/۲۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در کل نمونه، بالا ۲/۵۱ درصد زیر دیپلم، ۲۴/۷۲ درصد دیپلم، ۱۶/۹۴ درصد فوق دیپلم، ۴۸/۶۱ درصد لیسانس، ۷/۲۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه افراد سالم، ۲۲/۲۲ درصد زیر دیپلم، ۱۶/۲۸ درصد دیپلم، ۱۹/۶۷ درصد فوق دیپلم، ۴۲/۲۹ درصد لیسانس، ۶۹/۲۳ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه بیماران غیراتوایمیون، ۲۲/۲۲ درصد زیر دیپلم، ۴۰/۴۵ درصد دیپلم، ۴۲/۶۲ درصد فوق دیپلم، ۲۹/۷۱ درصد لیسانس، ۱۵/۳۹ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه بیماران اتوایمیون، ۵۵/۵۶ درصد زیر دیپلم، ۴۳/۸۲ درصد دیپلم، ۳۷/۷۱ درصد فوق دیپلم، ۲۸ درصد لیسانس، ۱۵/۳۹ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۱- داده های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه

خودانتقادی	شفقت	گناه	شرم	خودشناسی		
۳/۲۰	۲/۳۶	۱/۷۴	۱/۲۵	۲/۵۷	میانگین	افراد سالم
۱/۲۸	۰/۷۶	۰/۵۶	۰/۶۶	۰/۶۶	انحراف معیار	
۰/۸۷	۰/۵۵	۰/۶۲	۰/۸۲	۰/۸۰	آلفای کرونباخ	
۳/۴۲	۲/۴۸	۱/۶۲	۱/۲۳	۲/۳۳	میانگین	بیماران غیراتوایمیون
۱/۲۱	۰/۸۲	۰/۷۱	۰/۶۵	۰/۵۷	انحراف معیار	
۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۶۸	۰/۷۸	۰/۶۹	آلفای کرونباخ	
۳/۵۸	۲/۴۳	۱/۶۳	۱/۲۰	۲/۰۹	میانگین	بیماران اتوایمیون
۱/۳۰	۰/۹۱	۰/۷۰	۰/۶۵	۰/۷۰	انحراف معیار	
۰/۸۱	۰/۵۱	۰/۶۶	۰/۷۸	۰/۷۲	آلفای کرونباخ	

مدل ساختاری در پژوهش حاضر، دربردارنده ی پنج متغیر است. دو متغیر برونزا (احساس شرم و احساس گناه)، متغیر میانجیگر (خودانتقادی، شفقت خود)، یک متغیر درونزا (خودتخریبگری روان شناختی). مدل مفهومی روابط بین متغیرهای پژوهش، در نمودار ۱ آمده است.



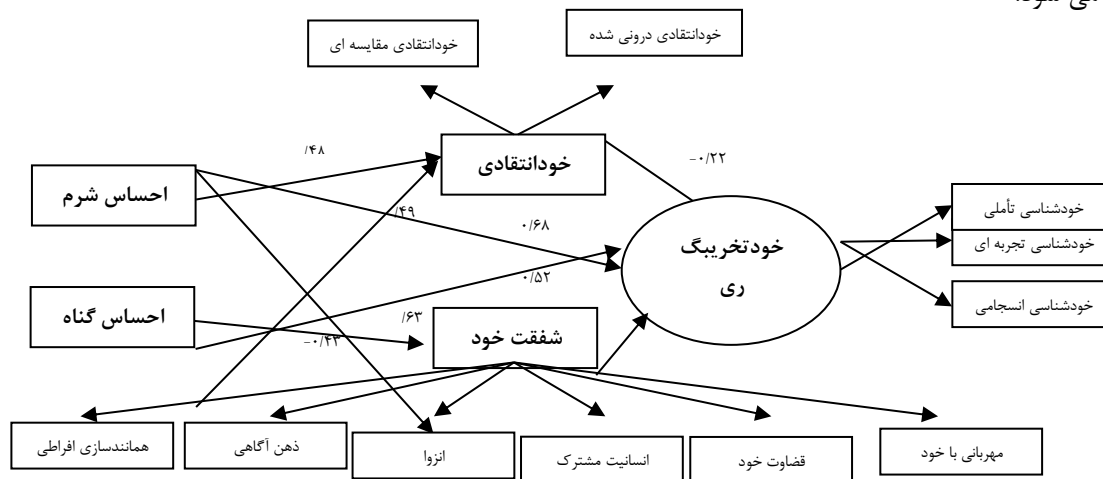
نمودار ۱- مدل مفهومی روابط بین متغیرهای پژوهش

پیش از بررسی ویژگی های برازندگی مدل پیشنهادی، ضرایب مسیر روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در این مدل مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول ۲، پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون ارائه شده است.

جدول ۲ - پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل اصلاح شده در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون

مسیر	برآورد استاندارد (β)	برآورد غیراستاندارد (B)	خطای استاندارد	نسبت بحرانی (CR)	سطح معنی داری (p)
احساس شرم به شفتت خود	-۰/۴۳	-۰/۲۳	۰/۰۴۲	-۵/۷۵	$\leq ۰/۰۰۱$
احساس شرم به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۶۸	۰/۱۸	۰/۰۱	۱۸	$\leq ۰/۰۰۱$
احساس شرم به خودانتقادی	۰/۴۹	۰/۱۹	۰/۰۲	۹/۵۰	$\leq ۰/۰۴۹$
احساس گناه به شفتت خود	-۰/۶۳	-۰/۱۲	۰/۰۹	-۱/۳۳	$\leq ۰/۰۰۱$
احساس گناه به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۵۲	۰/۲۵	۰/۰۴	۱۲/۵۰	$\leq ۰/۰۴۲$
احساس گناه به خودانتقادی	۰/۴۸	۰/۲۹	۰/۰۳	۹/۶۶	$\leq ۰/۰۴۸$
خودانتقادی به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۰۷	۴/۵۷	$\leq ۰/۰۵$
شفقت خود به تخریبگری روانشناختی	-۰/۲۲	-۰/۳۵	۰/۰۶	-۵/۸۳	$\leq ۰/۰۵$

همان گونه که از ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی متناظر مندرج در جدول ۲ بر می آید، تمامی مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح پیشنهادی معنی دار می باشند. در نمودار ۲، ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون مشاهده می شود.



نمودار ۲ - ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون

ویژگی های نکویی برازش مدل اصلاح شده ی در جدول ۳، بیان شده است.

جدول ۳- ویژگی های نکویی برازش مدل اصلاح شده در افراد مبتلا به بیماریهای اتوایمیون

مقدار	ویژگی های برازندگی
۸/۹۲	آزمون نکویی برازش مجذور کای (X^2)

۰/۱۶۵	سطح معنی داری
۷	درجه ی آزادی (df)
۱/۲۷	نسبت مجذور کای به درجه ی آزادی (X^2/df)
۰/۹۱	شاخص نکویی برازش (GFI)
۰/۸۶	شاخص نکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)
۰/۹۱	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
۰/۹۲	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۲	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)
۰/۹۱	شاخص توکر-لوپس (TLI)
۰/۰۷۹	جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، مقدار شاخص نکویی برازش مجذور کای (X^2) برابر ۸/۹۲ با درجه ی آزادی ۷ و در سطح معنی داری ۰/۱۶۵ می باشد که مقدار مناسبی است و سایر ویژگی های نکویی برازش مدل اصلاح شده نیز دارای مقدار مناسبی بوده و در واقع می توان بیان داشت که مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون برازنده ی داده ها است. در ضمن در مدل ۶/۶۰ درصد از واریانس خودتخریبگری روان شناختی براساس خودشناسی توسط متغیرهای حاضر در مدل پیش بینی می شود. در جدول ۴، پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های غیراتوایمیون مشاهده می شود.

جدول ۴ - پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماری های غیراتوایمیون

مسیر	برآورد استاندارد (β)	برآورد غیر استاندارد (B)	خطای استاندارد	نسبت بحرانی (CR)	سطح معنی داری (p)
احساس شرم به شفقت خود	-0/128	-۰/۰۳	0/026	-۱/۱۷۴	0/241
احساس شرم به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۱۶۲	0/13	0/072	1/761	0/078
احساس شرم به خودانتقادی	0/ 169	۰/۵۵	۰/۲۷۵	۲/۰۰۰	0/046
احساس گناه به شفقت خود	-۰/۱۳۳	-0/06	۰/۰۴۵	-۱/۴۴۶	۰/۱۴۸
احساس گناه به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۱۸۵	-۰/۰۳	0/019	-۱/۵۶۳	۰/۱۱۸
احساس گناه به خودانتقادی	۰/۱۵۰	۰/۱۲	۰/۰۷۰	۱/۶۵۴	0/098
شفقت خود به خودانتقادی	-۰/۲۱۷	-۱/۰۷	۰/۳۷۸	-۲/۸۱۷	۰/۰۰۵
خودانتقادی به تخریبگری روانشناختی	۰/۱۱۹	۰/۰۶	۰/۰۴۳	۱/۳۲۲	۰/۱۸۶
شفقت خود به خودتخریبگری روانشناختی	-۰/۱۱۴	-۰/۱۱	۰/۰۲	-۳/۲۱	۰/۰۷

در جدول ۵، پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در افراد سالم مشاهده می شود.

جدول ۵- پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی در افراد سالم

مسیر	برآورد استاندارد (β)	برآورد غیر استاندارد (B)	خطای استاندارد	نسبت بحرانی (CR)	سطح معنی داری (P)
احساس شرم به شفقت خود	-۰/۱۱۷	-۰/۰۲	0/019	-۱/157	0/240
احساس شرم به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۱۵۶	0/12	0/068	1/67	0/070
احساس شرم به خودانتقادی	۰/۱۴۵	۰/41	۰/246	1/879	0/040
احساس گناه به شفقت خود	-۰/۱۲۱	-0/04	۰/032	-۱/326	0/136
احساس گناه به خودتخریبگری روانشناختی	۰/۱۷۶	-۰/02	0/014	-۱/472	0/115
احساس گناه به خودانتقادی	۰/۱۴۲	۰/10	۰/047	۱/456	0/08
شفقت خود به خودانتقادی	-۰/۱۱۵	-۱/04	۰/340	-۲/726	0/004
خودانتقادی به تخریبگری روانشناختی	۰/۱۱	۰/04	۰/027	۱/232	0/167
شفقت خود به خودتخریبگری روانشناختی	-۰/۰۹	-۰/10	۰/01	-۳/13	0/05

همان طور که در جداول ۴ و ۵ مشاهده می شود، باتوجه به ضرایب برآورد استاندارد، مسیرهای مستقیم مدل پیشنهادی در افراد مبتلا به بیماریهای غیراتوایمیون و افراد سالم، ضریب برآورد استاندارد نسبتاً نامناسبی (کمتر از ۰/۳) را دارند و تمامی مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی معنی دار نمی باشند و بنابراین، مدل پیشنهادی، در افراد مبتلا به بیماری های غیراتوایمیون و افراد سالم، برازندگی لازم را ندارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مدل سازی معادلات ساختاری اثر احساس شرم و گناه بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) با میانجیگری خودانتقادی و شفقت خود در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون، بیماری های غیراتوایمیون و افراد سالم انجام شد. سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا احساسات شرم و گناه نه تنها مستقیماً بر خودتخریبگری روان شناختی براساس خودشناسی بیماران اتوایمیون تأثیر می گذارد، بلکه از طریق میانجی هایی همانند شفقت به خود، خودانتقادی نیز خودتخریبگری روان شناختی براساس خودشناسی بیماران اتوایمیون را تحت تأثیر قرار می دهد یا نه. برای بررسی این سؤال از روش معادله یابی ساختاری به منظور محاسبه ی شاخص های برازش برای مدل فرضی و برآورد روابط علی بین متغیرها استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که مدل مفهومی و فرضی براساس شاخص های محاسبه شده، داده های نمونه حاضر را در افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون بخوبی برازش داد. نتایج حاصل از برازش مدل نشانگر این است که رابطه بین خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) با احساس شرم، احساس گناه و خودانتقادی مثبت است، اما رابطه بین خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) با شفقت خود، منفی می باشد. بررسی برازش مدل های پیشنهادی و اصلاح شده ی و نشان داد که مدل اصلاح شده برازنده ی داده ها بود، ولی مدل پیشنهادی در مورد افراد مبتلا به بیماری های غیراتوایمیون و افراد سالم برازنده ی داده ها نبود. براساس نتایج این پژوهش، احساس شرم اثر مثبت مستقیم بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه

خودشناسی) در بیماران اتوایمیون دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس شرم بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که طبق فرضیه همگونی غایی، سامانه روانی و جسمانی بصورت موازی با یکدیگر عمل می کنند و احتمال وجود یک ارتباط علی دیالکتیکی در دو سطح روان شناختی و ایمنی شناختی در بیماران اتوایمیون وجود دارد؛ به عبارت ساده تر از آنجا که از یک سو بیماریهای اتوایمیون، مستلزم خودتخریبی جسمانی است و از سوی دیگر انتظار می رود در بیماران اتوایمیون، خودتخریبی جسمانی با خودتخریبی روانی، مانند، افسردگی، احساس شرم همراه باشد (طاهباز، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰؛ موسوی، قربانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ گرینفیلد^{۳۳} و همکاران، ۲۰۱۷؛ تاکاهاشی^{۳۴} و همکاران، ۲۰۱۸؛ میر^{۳۵} و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوپرتینو^{۳۶} و همکاران، ۲۰۱۷؛ عرفان^{۳۷} و همکاران، ۲۰۱۴؛ شارما^{۳۸} و باهاتیا^{۳۹}، ۲۰۱۷؛ ایرونز^{۴۰} و لاد^{۴۱}، ۲۰۱۷). نتایج این تحقیق نشان داد که احساس گناه اثر مثبت مستقیم بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس گناه بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که طبق نظریه همگونی غائی (بوث و اشبریج، ۱۹۹۳) که هماهنگی غایت را اصل بنیادین خود قرار داده است، سامانه روانی و جسمانی بصورت موازی با یکدیگر عمل می کنند و احتمال وجود یک ارتباط علی دیالکتیکی در دو سطح روان شناختی و ایمنی شناختی در بیماران اتوایمیون وجود دارد و به دلیل توازی اهداف، خودتخریبی ایمنی شناختی با خودتخریبی روان شناختی مانند، احساس گناه همراه باشد (طاهباز، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰؛ موسوی، قربانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). بر مبنای نظریه ی همگونی غایی می توان انتظار داشت فقدان همسانی درونی همراه با احساس گناه زیاد باعث افزایش آسیب های روان شناختی، مانند، افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و احساس گناه در بیماران مبتلا به بیماری های اتوایمیون شود (موسوی، قربانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). براساس نتایج این مطالعه، شفقت به خود اثر منفی مستقیم بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون دارد. در تبیین تأثیرگذاری شفقت به خود بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که طبق نظریه همگونی غائی (بوث و اشبریج، ۱۹۹۳)، خودتخریبی ایمنی شناختی با خودتخریبی روان شناختی همراه باشد و برعکس (طاهباز، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰؛ موسوی، قربانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). از آنجایی که شفقت خود، سازه ای انطباقی است که از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به افزایش خودشناسی انسجامی و کاهش مشکلات روان شناختی افراد کمک می کند (تیرچ^{۴۲}، ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده در مورد شفقت و پاسخ های دستگاه ایمنی به استرس، نشان داده که کسانی که از شفقت استفاده می کنند، پیامدها و نتایج مثبتی دارد (پیس^{۴۳} و همکاران، ۲۰۰۹؛ کیرنی^{۴۴} و هیکس^{۴۵}، ۲۰۱۶؛ تحقیق ورن^{۴۶} و همکاران، ۲۰۱۱؛ پرزیدزیک^{۴۷} و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهشها نشان می دهد که شفقت به خود می تواند به عنوان یک عامل محافظ کننده در برابر التهاب ناشی از استرس و بیماری ناشی از التهاب بر روی سامانه ایمنی به صورت افزایش غلظت پلاسمایی اینترلوکین ۶ (IL-6) عمل نماید

33 . Greenfield

34 . Takahashi

35 . Meyer

36 . Cupertino

37 . Erfan

38 . Sharma

39 . Bhatia

40 . Irons

41 . Lad

42 . Tirsch

43 . Pace

44 . Kearney

45 . Hicks

46 . Wren

47 . Przewdzicki

(برینس^{۴۸} و همکاران، ۲۰۱۴؛ هال^{۴۹} و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاروالهو^{۵۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ اتکینسون^{۵۱} و همکاران، ۲۰۱۷؛ هاسکینگ^{۵۲} و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج تحقیق فالکونر^{۵۳} و همکاران (۲۰۱۸)، نشان داد که شفقت به خود می تواند باعث کاهش افسردگی شدید و خودانتقادی شود. نتایج این تحقیق نشان داد که، خودانتقادی اثر مثبت مستقیم بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون دارد. در تبیین تأثیرگذاری خودانتقادی بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که بر مبنای نظریه ی همگونی غایی (بوث و اشبریج، ۱۹۹۳)، می توان انتظار داشت فقدان همسانی درونی همراه با خودانتقادی بالا، باعث بالا رفتن آسیبهای روان شناختی، در بیماران مبتلا به بیماری های اتوایمیون شود (موسوی، قربانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۹۳؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). خودشناسی انسجامی و خودانتقادی، دو فرایند روان شناختی متضاد و مستقل در تسهیل و اخلاص همسانی درونی سامانه روان شناختی هستند (موسوی و قربانی، ۱۳۸۵). نتایج این پژوهش نشان داد که، احساس شرم از طریق شفقت خود بر خودتخریبگری روان شناختی در بیماران اتوایمیون تأثیر دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس شرم از طریق شفقت خود بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که شفقت به خود یک سازه ی چند بعدی و مبتنی بر این موضوع است که رنج درماندگی و کامل نبودن، جزئی از شرایط طبیعی انسانی است و فرد را در پذیرش محدودیتهای خود، بدون احساس شرم و گناه، سازگارتر می کند (تانگنی، ۲۰۰۵؛ گیلبرت^{۵۴}، ۲۰۰۵؛ گیلبرت و پروکتر^{۵۵}، ۲۰۰۶؛ سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ دشت بزرگی، ۱۳۹۴؛ ریس^{۵۶}، ۲۰۱۱، ۲۰۱۰؛ موسوی^{۵۷} و همکاران، ۲۰۱۱؛ آلن^{۵۸} و همکاران، ۲۰۱۲؛ دمنوف^{۵۹}، ۲۰۱۳؛ گیلبرت، ۲۰۱۰، ۲۰۱۴؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ دیدریخ^{۶۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ دامسون^{۶۱}، ۲۰۱۵؛ اتکینسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ایرونز و لاد، ۲۰۱۷؛ کاراتزیاس^{۶۲} و همکاران، ۲۰۱۹؛ ژانگ^{۶۳} و همکاران، 2019). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، احساس گناه از طریق شفقت خود بر خودتخریبگری روان شناختی در بیماران اتوایمیون تأثیر دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس گناه از طریق شفقت خود بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که شفقت خود به تعدیل افکار و احساسات منفی فرد نسبت به خود منجر شده و او را در مقابل نشخوارهای فکری منفی، خودسرزنی، احساس گناه حفظ می کند (آلن و همکاران، ۲۰۱۲؛ دیدریخ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ایرونز و لاد، ۲۰۱۷؛ اتکینسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاراتزیاس و همکاران، ۲۰۱۹؛ ژانگ و همکاران، 2019). نتایج این بررسی نشان داد که، احساس شرم از طریق خودانتقادی بر خودتخریبگری روان شناختی در بیماران اتوایمیون تأثیر دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس شرم از طریق خودانتقادی بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که بر مبنای نظریه ی همگونی غایی می توان انتظار داشت فقدان همسانی درونی همراه با خودانتقادی بالا، باعث افزایش آسیبهای روان شناختی، مانند، احساس شرم شود (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به بیماری های اتوایمیون، غالباً یک تصویر بدنی منفی از خود دارند؛ عزت نفس آن ها پایین است و ممکن است نسبت به بدن خود احساس شرم کنند. احساس شرم، یک هیجانی خودآگاه است که به وسیله تأمل در خود و ارزیابی خود و خودانتقادی برانگیخته می شوند (تانگنی، ۲۰۰۵؛ ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). نتایج این تحقیق نشان داد که، احساس گناه از طریق خودانتقادی بر خودتخریبگری روان شناختی

48 . Breines

49 . Hall

50 . Carvalho

51 . Atkinson

52 . Hasking

53 . Falconer

54 . Gilbert

55 . Procter

56 . Raes

57 . Mosewich

58 . Allen

59 . Deminof

60 . Diedrich

61 . Damson

62 . Karatzias

63 . Zhang

در بیماران اتوایمیون تأثیر دارد. در تبیین تأثیرگذاری احساس گناه از طریق خودانتقادی بر خودتخریبگری روان شناختی (بر پایه خودشناسی) در بیماران اتوایمیون، می توان بیان داشت که خودانتقادی موجب می شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند؛ به گونه ای که درنهایت به دوری کردن او از شبکه های اجتماعی منجر می شود (جیمز^{۶۴} و همکاران، ۲۰۱۵). خودانتقادی بیش از سایر متغیرها، نقش پیش بینی کنندگی درخصوص شدت افسردگی داشته است (لویتن^{۶۵} و همکاران، ۲۰۰۷؛ دینگر^{۶۶} و همکاران، ۲۰۱۵). به اعتقاد بعضی از پژوهشگران شناسایی مجدد افسردگی به عنوان یک بیماری خود ایمنی می تواند روند حمله به خود و رفتار خودتخریبی را توضیح دهد (رایسون^{۶۷} و میلر^{۶۸}، ۲۰۱۲؛ آندرس^{۶۹} و همکاران، ۲۰۱۳؛ بنروس^{۷۰} و همکاران، ۲۰۱۳؛ استیگلitz^{۷۱} و همکاران (۲۰۱۵)؛ آرtsy^{۷۲}، ۲۰۱۸). نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به بیماری های اتوایمیون تفاوت معنی دار وجود دارد. براساس یافته های این پژوهش، میانگین سه متغیر احساس شرم، خودانتقادی و خودتخریبگری روانشناختی براساس خودشناسی، در مردان و زنان مبتلا به بیماری های اتوایمیون، تفاوت معنی دار دارد، به گونه ای که میانگین احساس شرم و خودتخریبگری روانشناختی براساس خودشناسی، در مردان بیشتر از زنان و میانگین خودانتقادی، در زنان بیشتر از مردان است.

64 . James

65 . Luyten

66 . Dinger

67 . Raison

68 . Miller

69 . Anders

70 . Benros

71 . Stieglitz

72 . Artsy

منابع و مراجع

- [۱] ارشدی، نسرین (1386). طراحی و آزمودن الگویی از پیش آیندها و پس آیندهای مهم انگیزش شغلی در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت خیز جنوب - منطقه ی اهواز. پایان نامه ی مقطع دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۲] پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ شاکر، جلال (۱۳۸۰). مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۷، شماره ۲-۱، پیاپی ۲۶-۲۵، ۴۵-۵۴.
- [۳] خانجانی، س.؛ فروغی، ع.ا.؛ صادقی، خ.؛ بحرینیان، س.ع. (۱۳۹۵). ویژگی های روانسنجی نسخه ی ایرانی پرسشنامه ی شفقت به خود (فرم کوتاه). مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (پژوهنده)، سال ۲۱، شماره ۵، پی در پی ۱۱۳، ۲۸۹-۲۸۲، آذر و دی ۹۵.
- [۴] خسروی، ص.؛ صادقی، م.؛ یابنده، م. (۱۳۹۲). کفایت روان سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش ها و مدل های روان شناختی، سال سوم، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۹۲، ۴۷-۵۹.
- [۵] دشت بزرگی، زهرا؛ گودرزی، احترام (۱۳۹۴). بررسی رابطه شفقت خود، هوش معنوی و همبستگی ارزش خود با تنظیم هیجانی دانشجویان دانشگاه آزاد. مجله روان شناسی اجتماعی، دوره ۴، شماره ۴۲، بهار ۱۳۹۶، صفحه 33-41.
- [۶] رجبی، غلامرضا؛ کارجوسمایی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II). نشریه اندازه گیری تربیتی، دوره ۳، شماره ۱۰، ۱۵۷-۱۳۹.
- [۷] سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا؛ شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه، روان شناسی معاصر، ۸، ۱۰۲-۹۱، ۱.
- [۸] طهباز حسین زاده، س.، قربانی، ن.، و نبوی، س.م. (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و افراد سالم. ۴۴-۳۵. دوفصلنامه روان شناسی معاصر، ۱۲.
- [۹] طهباز حسین زاده، سحر؛ قربانی، نیما؛ نبوی، سید مسعود؛ الماسی، سیمین؛ پورنقاش تهرانی، سعید؛ بوث، راجر (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی در بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و غیربیماران. پایان نامه دکترای روان شناسی سلامت، فروردین ۱۳۹۰.
- [۱۰] ظهیری، عبدالعباس (۱۳۸۸). روابط علی عملکرد تحصیلی قبلی و انجام تکالیف خانه با عملکرد تحصیلی بعدی با میانجیگری خودکارآمدی برای یادگیری و مسئولیت پذیری در دانشآموزان دختر و پسر دبیرستانهای اهواز. پایان نامه ی مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۱۱] موسوی، اشرف سادات؛ قربانی، نیما؛ لطفی، جمشید؛ دلاسوا، پاتریشیا (۱۳۸۴). بررسی احساس گناه، تمایلات خودانتقادی و خودشناسی در بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، مهر ۱۳۸۴.
- [۱۲] موسوی، اشرف سادات؛ قربانی، نیما؛ قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۹۳). مقایسه خودتخریبی روانشناختی برپایه خودشناسی، خودانتقادی و احساس شرم و گناه در سه گروه افراد سالم، بیماران اتوایمیون و بیماران غیراتوایمیون. مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۱، بهار ۱.
- [۱۳] هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. تهران، انتشارات سمت.
- [14] Allen, A. B.; Goldwasser, E. R.; Leary, M. R. (2012). Self-compssion and well-being among older adults. *Journal of Self and Identity*, 11, 4, 428-453.
- [15] Anders, S.; Tanaka, M. and Kinney, D. K. (2013). Depression as an evolutionary strategy for defense against infection. *Journal of Brain Behavior and Immunity*, 31, 4, 9-22.
- [16] Artsy, A.B. (2018). A reconceptualization of depression as a psychic autoimmune disease. *Journal of Depress and Anxiety*, 7, 55-56. <https://doi: 10.4172/2167-1044-C1-004>.
- [17] Atkinson, D. M. ; Rodman, J. L.; Thuras, P. D.; Shiroma, P. R. & Lim, K. O. (2017). Examining Burnout, Depression, and Self-Compassion in Veterans Affairs Mental Health Staff. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23, 7, 551-557. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0087>
- [18] Benros, M.E.; Waltoft, B.L.; Nordentoft, M.; Ostergaard, S.D.; Eaton, W.W.; Krogh, J.; Mortensen, P. B. (2013). Autoimmune Diseases and Severe Infections as Risk Factors for

- Mood DisordersA Nationwide Study. *JAMA Psychiatry*.70(8):812-820.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1111.5>
- [19] Booth, R.J. ; Ashbridge, K.R.(1992). Teleological coherence: exploring the dimensions of the immune system. *Scandinavian Journal of Immunology*, 36,6,751-759.
- [20] Booth, R.J. ; Ashbridge, K.R. (1993). A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: teleological coherence and harmony of purpose. *Journal of Mind Body Health*, 9: 4-23.
- [21] Booth, R.J., ; Pennebaker, J.W.(2000). Emotions and immunity. In: Lewis M, Haviland-Jones, J.M, editor. The handbook of emotions. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- [22] Booth, R.J. (2001). Mind-body common sense. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 1, 3-5.
- [23] Booth, R. J. (2005). Emotional disclosure and psychoneuroimmunology. In: K.Vedhara & M.
- [24] Irwin (Eds.), *Human Psychoneuroimmunology*, Oxford: Oxford University Press, 319-341.
- [25] Booth, R. J. (2007). Are there meaningful relationships between psychosocial self and physiological self? *New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2,165-178.
- [26] Breines, J.G. ; Thoma, M.V. ; Gianferante, D. ; Hanlin, L.; Chen, X. & Rohleder, N.(2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006>
- [27] Carvalho, S.A.; Pinto-Gouveia, J.; Gillanders, D. & Castilho, P. (2019). Pain and Depressive Symptoms: Exploring Cognitive Fusion and Self-Compassion in a Moderated Mediation Model. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 153, 2, 173-186. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1507990>
- [28] Cupertino, F.; Niemeyer-Corbellini, J.P. & Ramos-e-Silva, M. (2017). Psychosomatic aspects of vitiligo.
- [29] *Journal of Clinical Dermatology*, 35 ,3, 292-297.
- [30] Damson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 63, 2, 262-274.
- [31] Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The what and why of goal pursuit : Human needs and the self-determination of behavior. *Journal of Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- [32] Deminof, L. (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal Anxiety Disorder*, 11, 5, 279-315.
- [33] Dinger, U., Barrett, M.S., Zimmermann, J., Schauenburg,H., Wright, A.G., Renner, F., Zilcha-Mano, S., Barber,J.P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency,and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*,71, 1, 93-104.
- [34] Erfan G, Albayrak Y, Yanik ME, et al. (2014). Distinct temperament and character profiles in first
- [35] onset vitiligo but not in alopecia areata. *Journal of Dermatology*, 41, 8, 709-715.
- [36] Falconer, C. J.; Rovira, A. ; King, J. A. & Gilbert, P.(2018). Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. *British Journal of Psychology Open access* , 2,1, 74-80. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002147>
- [37] Ghorbani, N.; Watson, P.J.& Morris, R.(2000). Personality, Stress, and mental health : evidence of relationship in a sample of Iranian managers. *Journal of Personality and Individual Differences*, 28, 647-570.

- [38] Ghorbani, N.; Watson, P.J.; Bing, M.N.; Davison, H.K.; LeBreton, D.(2003). Two facets of self-knowledge: cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Journal of Genetic, Social General Psychology Monographs*, 129, 3, 238-68.
- [39] Ghorbani, N.; Watson, P. J.(2004). Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. *International journal of Social Behavior and Personality*, 32, 8, 769-776(8).
- [40] Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative self-knowledge scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *Journal of psychology: Interdisciplinary and applied*, 27, 169-176.
- [41] Ghorbani, N., Christopher, J., Cunningham, C. J. L., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 42, 2, 147-154.
- [42] Ghorbani, N.; Watson, P. J. ; Hamzavi, F. & Weathington, B. L. (2010). Self-Knowledge and Narcissism in Iranians: Relationships with Emphy and Self-Esteem. *Journal of Current Psychology* , 29, 2, 135-143.
- [43] Ghorbani, N.; Watson, P. J. ; Mousavi , A. ; Chen, Z. (2011). Integrative Self-Knowledge and the Harmony of Purpose Model in Iranian Autoimmune Patients. *Electronic Journal of Applied Psychology*. 7, 2, 1-8 .
- [44] Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.
- [45] Gilbert, P. (2005). Compassion: conceptualizations. Research and in psychotherapy. Hove : Brunner-Routledge.
- [46] Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 335-973.
- [47] Gilbert, P. (ed.). (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 97-201 .
- [48] Gilbert, P.; McEwan, K.; Irons, C.; Bhundia, R.; Christie, R.; Broomhead, C.; Rockliff , H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*. 49, 4, 563-576. <https://doi.org/10.1348/014466509X479771>
- [49] Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 1, 6-41.
- [50] Greenfield, J.; Hudson , M.; Vinet, E.; Fortin, P.R.; Bykerk, V.; Pineau, C.A.; Wang, M.; Bernatsky, S. & Baron, M. (2017). A comparison of health-related quality of life (HRQoL) across four systemic autoimmune rheumatic diseases (SARDs). *PLOS One, Open acess Journal*, 19, e0189840 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189840>
- [51] Hall , C.W.; Row , K. A.; Wuensch, K. L. & Godley, K. R. (2013).The Role of Self-Compassion in Physical and Psychological Well-Being.The Journal of Psychology: *Journal of Interdisciplinary and Applied*, 147, 4, 311-323. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.693138>
- [52] Harder, D.H.; Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal Personality Assessment*, 55(3-4), 729-45.
- [53] Harder, D.W.; Rockart, L.; Cutler, L. (1993). Additional validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ2): A measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 3, 345-348.

- [54] Harder, D.H. & Lewis, S.J. (1987). The assessment of shame and guilt. In Butcher, J.N. & Spielberger, C.D. (Eds). *Advances in personality assessment*, 6, 89-114. Hillsdale, N.J : Erlbaum.
- [55] Hasking, P. ; Boyes, M.E. ; Finlay-Jones, A. ; McEvoy, P.M. & Rees, C.S. (2018). Common Pathways to NSSI and Suicide Ideation: The Roles of Rumination and Self-Compassion. *Journal of Archives of Suicide Research* , 23, 2, 247-260. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1468836>
- [56] Hoblitzelle, W. (1982 a). Attempts to measure and differentiate shame and guilt : The relation between shame and depression. In Lewis, H. B. (Ed). *The role of shame in symptom formation* (pp. 207-235). Hillsdale , N.J.: Erlbaum.
- [57] Hoblitzelle, W. (1982 b). The measurement of shame and guilt and the role of shame in depression. Unpublished doctoral dissertation , Yale University, New Haven, CT.
- [58] Irons, C. & Lad, S. (2017). Using compassion Focused Therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Journal of Australian clinical Psychologist*, issues :Trauma, 3, 1, 6, 47-54.
- [59] James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). Selfcriticism as a mediator in the relationship between
- [60] unhealthy perfectionism and distress. *Journal of Personality and Individual Differences*, 79,123-128.
- [61] Karatzias, T.; Hyland, P.; Bradley, A. & Fyvie, C. (2019). Is Self-Compassion a Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47, 3, 257-269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- [62] Kearney, K. G., & Hicks, R. E. (2016). Early Nurturing Experiences, Self-Compassion, Hyperarousal and Scleroderma. The Way We Relate to Ourselves May Determine Disease Progression. *International Journal of Psychological Studies*, 8, 16-25. <https://doi.org/10.5539/ijps.v8n4p16>
- [63] Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S.J., Meganck, S., Jansen,B., De Grave, C.,Corveleyn, J. (2007). Dependency
- [64] and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Journal of Depression and Anxiety*, 24, 8, 586–596.
- [65] Meyer, G.; Hackemann, A.; Penna-Martinez, M. Badenhoop, K.(2013). What Affects the Quality of Life in Autoimmune Addison's Disease? *Thieme-E journal of Hormone and Metabolic Reaserch*,45, 2, 92-95. <https://doi: 10.1055/s-0032-1331766>
- [66] Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). Selfcompassion:A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 103-123.
- [67] Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Journal of Self and Identity*, 2, 3, 223–250. <https://doi: 10.1080/15298860309027>
- [68] Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Journal of Self and Identity*, 2, 85-101.
- [69] Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Journal of Self and Identity*, 2, 85-102.
- [70] Pace, T., Negi, L. T., Adame, D., Cole, S., Sivilli, T., Brown, T., Raison, C. L. et al. (2009). Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioural Responses to Psychosocial Stress. *Journal of Psychoneuroendocrinology*, 34, 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.011>

- [71] Przewdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My Changed Body: Breast Cancer, Body Image, Distress and Self-Compassion. *Journal of Psycho-Oncology*, 22, 1872-1879. <https://doi.org/10.1002/pon.3230>
- [72] Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between selfcompassion and depression and anxiety. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- [73] Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Mindfulness*, 2, 33-36.
- [74] Raison, C.L. & Miller, A. H. (2012). The evolutionary significance of depression in Pathogen Host Defense (PATHOS-D). *Molecular Psychiatry*, 18, 1, 15-37.
- [75] Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *Journal of American Psychologist*, 55, 5-14.
- [76] Sharma, V. & Bhatia, R. (2017). Vitiligo and the psyche. *British Journal of Dermatology*, 177, 3, 612-613.
- [77] Stieglitz, B.C. et al. (2015). Depression as sickness behavior? A test of the host defense hypothesis in a high pathogen population. *Journal of Brain, Behavior and Immunity*, 49, 130-139.
- [78] Takahashi, A.; Moriya, K.; Ohira, H.; Arinaga-Hino, T.; Zeniya, M.; Torimura, T.; Abe, M.; Takaki, A.; Kang, J.H.; Inui, A.; Fujisawa, T.; Yoshizawa, K.; Suzuki, Y.; Nakamoto, N.; Koike, K.; Yoshiji, H.; Goto, A.; Tanaka, A.; Younossi, Z.M.; Takikawa, H. (2018). Health-related quality of life in patients with autoimmune hepatitis: A questionnaire survey. *PLOS One, Open access Journal*, 13, 10: e0204772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204772>
- [79] Tangney, J. P. (2005). Self-Relevant Emotions. In M. R. Leary, & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 384-400). New York: Guilford Press.
- [80] Tangney, J. P.; Dearing, R.L.; Wanger, P.E.; Gramzow, R. (2000). The test of Self-conscious Affect-3 (TOSCA-3). Fairfax, VA. Georg Maon University.
- [81] Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36, 419-430.
- [82] Tirsch, D.D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 2, 113-123.
- [83] Wren, A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Keefe, F. J. et al. (2011). Self-Compassion in Patients with Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 759-770. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014>
- [84] Zhang, H.; Watson-Singleton, N.N.; Pollard, S.E.; Pittman, D.M.; Lamis, D.A.; Fischer, N.L.; Patterson, B.; Kaslow, N.J. (2019). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *Journal of Omega (Westport)*. 80, 2, 202-223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>