

Research Paper



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Components of Self-Determination and Suicidal Ideation in Adolescent Girls with a History of Self-Harm



Shima Rashidi¹, Azadeh Choobforoushzadeh^{2*}, Shekoufe Mottaghi³

1. MSc Student in School Counseling Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15336

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.13.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15336)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15336.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Compassion-Based Therapy, Self-Determination, Suicidal Ideation, Self-Harm

Received: 2022/07/12
Accepted: 2022/07/28
Available: 2023/02/09

The aim of this study was to investigate the effect of compassion-focused therapy on the components of self-determination and suicidal ideation in adolescent girls with a history of self-harm. The design of the research was a semi-experimental pre-test and post-test with a control group. The statistical population of the research included all teenage female students of Folang-shahr city in Isfahan province in the academic year of 2018-2019, who had a history of self-harm and were referred to the education counseling center. 30 of these teenagers were selected by purposive sampling based on the inclusion criteria of the study and were randomly divided into two groups of 15 people, experimental and control. The experimental group underwent 8 sessions of Gilbert's compassion-focused therapy (2014). The instruments used included the Beck Suicide Scale Ideation (BSSI) by Beck (1961) and the Basic Psychological Needs Satisfaction Scale (BPNSS) by LaGuardia et al. (2000). The data were analyzed using the multivariate covariance analysis method in SPSS 26. The findings showed that compassion-focused therapy improves self-determination and reduces suicidal thoughts in adolescents with a history. Self-harm has been effective ($p < 0.01$). Also, the effectiveness of this treatment method on improving the perceived need for competence and perceived need for communication and autonomy was confirmed ($p < 0.01$). Based on the findings of this study, it can be concluded that the compassion-focused therapy is an effective strategy to help reduce the suicidal ideation of teenagers with a history of self-harm and improve self-determination and satisfy their basic psychological needs.



* Corresponding Author: Azadeh Choobforoushzadeh

E-mail: Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خود تعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی



شیما رشیدی^۱، آزاده چوب فروش زاده*^۲، شکوفه متقی^۲

۱. دانشجوی کارشناس ارشد، رشته مشاوره مدرسه، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15336

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.13.7

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15336.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

افکار خودکشی، خود تعیین‌گری، خودزنی، درمان متمرکز بر شفقت

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خود تعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان نوجوان دختر شهرستان فولادشهر در استان اصفهان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود، که دارای سابقه خودزنی بوده و به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. تعداد ۳۰ نفر از این نوجوانان به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۱۳۹۵) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس افکار خودکشی (BSSI)، بک (۱۹۶۱) و مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی (BPNSS) لاگاردیا و همکاران (۲۰۰۰) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در محیط SPSS²⁶ تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود خودتعیین‌گری و کاهش افکار خودکشی در نوجوانان دارای سابقه خودزنی موثر بوده است ($p < 0/01$). همچنین اثربخشی این روش درمانی بر بهبود نیاز به شایستگی ادراک شده و نیاز به ارتباط و خودمختاری ادراک شده مورد تایید قرار گرفت ($p < 0/01$). بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان متمرکز بر شفقت به خود، راهبردی موثر برای کمک به کاهش افکار خودکشی نوجوانان دارای سابقه خودزنی و بهبود خودتعیین‌گری و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در آنان می‌باشد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۵/۰۶

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: آزاده چوب فروش زاده

رایانامه: Azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

مقدمه

نوجوانی دوره‌ی پر کشمکش و دشوار زندگی است، فشار و نگرانی در این دوره فراوان است، چراکه نوجوان با تغییرات جسمی، روانی و شناختی زیادی روبرو شده و نسبت به این تغییر و تحولات طبیعی از خود واکنش نشان می‌دهد و در امور روانی، رفتاری، تحصیلی، شغلی و خانوادگی، با نوعی مشکل و تعارض همراه می‌شود که این عوامل، هر یک روح او را آزرده ساخته و منجر به فشار بر اعصاب و روان وی می‌شود (اوربن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)، گاهی این تنش و استرس‌ها باعث می‌شود آن‌ها به سمت رفتارهای آسیب‌رسان کشیده شوند (موگال^۲ و همکاران، ۲۰۱۹)، یکی از آسیب‌هایی که نوجوانان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند اصطلاح خون بازی است که با عنوان خودزنی رایج شده است (راث و هیث^۳، ۲۰۰۲). مطالعات نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از نوجوانان، ۱۳ درصد از بزرگسالان و ۶ درصد از بزرگسالان بالای ۲۵ سال درگیر خودآزاری هستند (گریتمیر و ساگیوگلو^۴، ۲۰۱۸).

خودزنی، نوعی بیماری رفتاری بالقوه است که افراد با بریدن رگ‌های دست، پا و خراشیدن قسمت‌های مختلف بدن به وسیله اشیای برنده، صدمات جسمانی به خود وارد می‌کنند. در تعریف خودزنی همیشه اختلاف نظرهایی وجود داشته است. به گونه‌ای که برخی متخصصان نظیر جاکوبسون^۵ و همکاران (۲۰۰۸)، از این رفتار با عنوان خودآسیب‌رسانی آگاهانه^۶ یاد می‌کنند و تفاوتی بین خودزنی با قصد خودکشی و خودزنی بدون قصد خودکشی قائل نمی‌شوند. در حالی که برخی دیگر نظیر گریتمیر و ساگیوگلو (۲۰۱۸)، خودزنی همراه با قصد خودکشی را متمایز از خودزنی بدون قصد خودکشی می‌دانند و هر کدام از آن‌ها را در دسته‌های جداگانه‌ای طبقه‌بندی می‌کنند. خودزنی یک خودویرانگری موضعی است که نتیجه عدم توانایی در برخورد با سایق‌های پرخاشگری، ناشی از میل ناخودآگاه برای تنبیه خود یا دیگران می‌باشد که درون فکنی شده است (فرنیکز^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). انگیزه رفتارهای خودجراحی غیرخودکشی‌گرا با تنظیم هیجان مرتبط است، درحالی که انگیزه افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند با هدف پایان دادن به زندگی خود یا به منظور ایجاد تغییر در دیگران است (کلونسکی^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). بسیاری از نوجوانان برای تخلیه هیجانی یا تخلیه خشم درونی خود اقدام به خودزنی می‌کنند. خودزنی یک خودویرانگری موضعی است که نتیجه عدم توانایی در برخورد با سایق‌های پرخاشگری، ناشی از میل ناخودآگاه برای تنبیه خود یا دیگران می‌باشد که درون فکنی شده است با توجه به اینکه دختران نسبت به پسران از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند و در امور شخصی و روابط خود با دیگران عواطف بیشتری صرف می‌کنند و همین امر موجب وابستگی بیشتر آن‌ها به دیگران شده که در صورت شکست

در روابط عاطفی‌شان، کارهای خطرناکی چون خودکشی و خودزنی انجام می‌دهند (خان‌پور و همکاران، ۱۳۹۵).

پژوهش‌های انجام گرفته در خاورمیانه نشان می‌دهد که از هر پنج خودکشی در جوانان و نوجوانان کمتر از سی سال چهار مورد آن خودزنی یا خودآزاری بوده است (شلیپا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود (مک لافلین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). افکار خودکشی‌گرایانه پیش‌بینی‌کننده‌ی مؤثری برای اقدام به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است (برنهام^{۱۱}، ۲۰۱۱). از جمله متغیرهایی که مرتبط با رفتارهای آسیب به خود است، خود تعیین گری^{۱۲} می‌باشد، به نظر می‌رسد منبع کنترل درونی و خودتعیین گری بتواند نقش محافظ در برابر افکار آسیب به خود داشته باشد. انگیزه‌های خود تعیین گری جزء یکی از رویکردهای انگیزشی، به نام نظریه خود تعیین گری می‌باشد که توسط دسی و رایان^{۱۳} (۱۹۸۵) مطرح شد. تمرکز عمده‌ی این نظریه بر انگیزه درونی، بیرونی و پرداختن به سه نیاز بنیادین؛ نیاز به استقلال^{۱۴}، نیاز به شایستگی^{۱۵} و نیاز به ارتباط^{۱۶} در انسان است. نیاز به استقلال به معنی حق انتخاب و اراده در انجام کارهای خود است. نیاز به شایستگی شامل توانایی فرد در کسب نتایج مطلوب و احساس مؤثر بودن و تسلط بر محیط است. سرانجام نیاز به ارتباط نشان‌دهنده احساس نزدیکی و ارتباط در تعاملات روزمره فرد است (میلواسکایا و کوستنر^{۱۷}، ۲۰۱۱). مداخلات متمرکز بر نظر خود تعیین گری نشان داده است افرادی که خودزنی می‌کنند فاقد انگیزه برای زندگی می‌باشند و علاقه‌ای به فعالیت‌های لذت‌بخش ندارند. با حمایت از نیازهای بنیادین این افراد، انرژی زندگی و انگیزه‌های درونی آنان افزایش می‌یابد و نمایانگر یک رویکرد مستقیم برای پایدار ماندن رفتار در زندگی می‌باشد (دسی و رایان، ۲۰۰۸). آموختن مهارت‌های خودتعیین گری به دانش‌آموزان، نقش مهمی در دستیابی آن‌ها به نتایج مثبت در بزرگسالی خواهد داشت. مهارت‌هایی که سبب می‌شود تا افراد بتوانند خود را عامل اصلی زندگی و ارادی دانستن اعمال‌شان بدانند که شامل حق انتخاب، حق تصمیم‌گیری، حل مسئله، تعیین هدف و دستیابی به آن، خود تنظیمی، خود حمایتی، رهبری، منبع کنترل درونی، دیدگاه‌های مثبت از کارآمدی و پیامدهای مورد انتظار و خودآگاهی هستند و مؤلفه‌های خود تعیین گری را تشکیل می‌دهند (وهمایر^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۲). امروزه عدم مدیریت هیجان در آسیب‌شناسی طیف وسیعی از اختلالات بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). شفقت به خود یک نوع راهبرد در بین انواع راهبردهای مختلف تنظیم هیجان است که در آن از تجربه کردن هیجان‌های نامطلوب و آزاردهنده جلوگیری نمی‌شود بلکه سعی می‌شود تا احساسات به صورتی

1. Orben
2. Mughal
3. Ross & heath
4. Greitemeyer & Sagioglou
5. Jacobson
6. Deliberate Self Harm
7. Fresnics
8. Klonsky
9. Shilpa

10. Mcloughlin
11. Burnham
12. Self_Determination
13. Deci & Ryan
14. autonomy
15. competence
16. relatedness
17. Milyavskaya & Koestner
1. Wehmeyer

دختران بیش از پسران در معرض خودزنی قرار می‌گیرند؛ چرا که پسران معمولاً خشم و پرخاشگری خود را برون ریزی می‌کنند مانند اینکه به دیوار کوبند، دعوا می‌کنند و مشت می‌زنند. در حالی که دختران خشم خود را درون ریزی می‌کنند و به دنبال آن تن خود را هدف پرخاشگری قرار می‌دهند و یا اینکه گرایش افسردگی یا اختلالات پیدا می‌کنند (قربانی و همکاران، ۱۳۹۷). بحث خودزنی و آسیب به خود از مسائل مهم در دوره نوجوانی خصوصاً در چند دهه اخیر بوده است. بطوریکه خودزنی در نوجوانان باعث نگرانی بین‌المللی شده است (برنز^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). از آنجایی که دانش‌آموزان، آینده‌سازان جامعه هستند، حفظ سلامتی آن‌ها مهم است؛ نوجوانانی که با خودزنی دست و پنجه نرم می‌کنند سلامت ذهنی‌شان در خطر افتاده است و احتمال در معرض دیگر خطرات دیگری نظیر خودکشی نیز می‌باشند (گورتین^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). لذا جهت درمان و پیشگیری از مشکلات روان شناختی بیشتر در این دسته از نوجوانان لازم است درمان‌های موثر روانشناختی شناسایی و مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اهمیت مولفه شفقت به خود در کاهش کاهش خود انتقادی، افکار خود تخریب و نشخوار فکری (لوکر و کورتین^۹، ۲۰۱۳)، و متأسفانه نرخ رو به رشد رفتار خودزنی در بین نوجوانان، در این پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر ارتقاء مؤلفه‌های خود تعیین‌گری و کاهش افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی بررسی شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول فولادشهر استان اصفهان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که دارای سابقه خودزنی بوده و به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. ابتدا با توجه به ملاکهای ورود به پژوهش یعنی دامنه سنی ۱۳ تا ۱۶ سال، سابقه آسیب به خود مانند بریدن رگ دست و پا، خراشیدن قسمت‌های مختلف بدن به وسیله اشیای برنده، کندن مو و در کل هر نوع صدمه جسمانی، داشتن تمایل به خودکشی بر اساس پاسخ به سوالات غربالگری مقیاس افکار خودکشی بک، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان و تمایل به شرکت در جلسات درمان و همچنین ملاکهای خروج یعنی شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی همزمان با اجرای پژوهش، ابتلای همزمان به اختلالات همبود نظیر اختلالات روانپریشی و هرگونه شرایط وخیم پزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی (حداقل از ۱ ماه قبل از ورود به پژوهش)، عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، تعداد ۳۰ نفر به‌طور هدفمند انتخاب شده و به تصادف در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

مهربانانه و مشفقانه موردپذیرش واقع شوند؛ بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر شکل می‌دهند و فرد راه‌هایی جدید برای مقابله پیدا می‌کند (نف^۱، ۲۰۱۵). افرادی که به درستی به خود شفقت بورزند از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردارند و این امر به این معنا است که فرد با ملامت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند (نف، ۲۰۰۸). همچنین شفقت به خود بالاتر با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس همبستگی دارد (گیلبرت، ۲۰۰۵؛ فلدمن و کایکن^۲، ۲۰۱۱). شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده شامل شکست، طرد، خجالت و خشم، است. وجود نگرش مشفقانه به افراد کمک می‌کند میان خود و دیگران یک حس مشترک احساس کنند و به واسطه‌ی آن بر ترس از طرد غلبه کنند (شاه‌سیاه و همکاران، ۱۳۹۹). درمان متمرکز بر شفقت توسط گیلبرت در سال (۲۰۰۵) به وجود آمد. در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند (اندرسون و راسموسن، ۲۰۱۷). بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش مشفقانه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام به‌هوشیاری است (فتح‌اله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). به‌هوشیاری یک حالت متعادل آگاهی است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همانطور که هستند نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به‌هوشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد؛ در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر "خود ارزیابی" افراد، رابطه افراد با خود ارزیابی آنان تغییر می‌یابد (بل و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج پژوهش شاه‌سیاه و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که خودتعیین‌گری در رابطه بین ذهن آگاهی و شفقت خود و همچنین در رابطه بین ذهن آگاهی و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دارای سابقه خودزنی نقش میانجی معنی‌دار دارد. اینوود و فراری^۳ (۲۰۱۸)، نیز نشان دادند که خطر خودزنی رابطه معکوس با شفقت به خود دارد. همچنین نف و داهم^۴ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که با خود شفقتی واکنش‌پذیری به فرآیندهای مخرب کاهش می‌یابد.

یکی از انگیزه‌های اصلی خودزنی در نوجوانان این است که در میان همسالان خود به عنوان فردی قوی و شجاع به حساب آیند (کروچ و رایت^۵، ۲۰۰۴). نوجوانانی که در درک، پذیرش و شفقت با خود مشکل دارند ممکن است برای متمایز کردن خود از دیگران، دستیابی به حسی پایدار از خود، رفتار خودزنی را انجام دهند (کلونسکی^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). در این بین

6. Klonsky
7. Burns
8. Guertin
10. Lucre & Corten

2. Neff
3. Feldman & Kaiken
4. Inwood & Ferrari
4. Neff & Dahm
5. Crouch & Wright

ابزار

ابزارهای پژوهش شامل ۲ پرسشنامه بود که شرکت‌کنندگان به آنها پاسخ دادند و در ذیل به شرح هر یک از این پرسشنامه‌ها می‌پردازیم:

مقیاس افکار خودکشی بک^۱: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که به منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه ریزی برای خودکشی در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک طراحی شده است. سوالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوهای مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای ۵ سؤال است که سوالات غربالگری نام دارند؛ در صورتی که پاسخ دهنده به ویژه به پرسش شماره ۵ (هیچ میلی به خودکشی ندارم - کمی تمایل به خودکشی دارم - ۱ - میل شدیدی به خودکشی دارم - ۲)، پاسخ مثبت یعنی ۱ یا ۲ بدهد و پاسخ‌ها، نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال باشند، لازم است که ۱۴ سؤال باقی مانده را نیز پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه نمی‌باشد. این مقیاس براساس طیف ۳ درجه نقطه‌ایی از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره ۰ یعنی هیچ، نمره ۱ یعنی تا حدودی و نمره ۲ یعنی زیاد، پاسخگو می‌بایست پاسخ خود را با تعیین یکی از این سه گزاره تعیین نماید، بنابراین، مجموع نمره هر یک از افراد دامنه بین ۰ تا ۳۸ خواهد بود. بین نمره ۱ تا ۵ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹، نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار معتبر و پایا جهت سنجش افکار خودکشی است که در مطالعه دانیتز و همکاران، همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده ها $r = 0.83$ گزارش شده است. همچنین در مطالعه داچر و دارلی اعتبار همزمان این آزمون در مقیاس سنجش خطر خودکشی معادل $r = 0.69$ به دست آمده است (لی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی را نشان داده است. به طوری که دامنه ضرایب همبستگی از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ بود. همچنین با پرسش مربوط به خودکشی در مقیاس افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ و با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی مشاهده شد. اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش بازآزمایی، بدست آمد (بک و استیر، ۱۹۹۱). این پرسشنامه به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی هم زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است (انیسی و همکاران (۱۳۸۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۲ بدست آمد.

مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روان شناختی^۳: این ابزار توسط لاگاردیا^۴ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران را می‌سنجد و دارای ۲۱ سوال و سه خرده مقیاس نیاز به شایستگی سوالات (۳-۵-۱۰-۱۳-۱۵-۱۹)، نیاز به استقلال و خودمختاری سوالات (۲۱-۱۸-۱۶-۱۲-۹-۷-۶-۲)، و نیاز به ارتباط سوالات (۲۰-۱۷-۱۴-۱۱-۸-۴-۱) می‌باشد. در این مقیاس پرسش‌های ۳، ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه بر روی طیف نمره‌گذاری ۷ درجه از ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۷ برای کاملاً موافقم قرار دارد. کمترین نمره ۲۱ و حداکثر نمره ۱۴۷ است. کسب نمره بین ۲۱ تا ۴۲ معرف حمایت ادراک شده از نیازهای بنیادی روانی اندک، کسب نمره بین ۴۲ تا ۱۰۵ متوسط و کسب نمره‌ی بیش از ۱۰۵ معرف حمایت ادراک شده بالا از نیازهای بنیادی روانی فرد است (عمارلو و شاره، ۱۳۹۷). ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی مادر، پدر، شریک رومانیتیک و دوستان آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۲ گزارش شده است (لاگاردیا و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش مدرسی حجت آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، نیز اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای خودمختاری ۰/۷۱، شایستگی ۰/۶۹ و ارتباط ۰/۷۵ به دست آمد. برای روایی ابزار نیز از تحلیل عاملی استفاده کردند که ساختار سه عاملی را با شاخصهای برازش مناسب تایید کرده است. بشارت (۱۳۹۱) نیز این مقیاس را در جمعیت عمومی ایران هنجاریابی کرده و ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای خودمختاری، شایستگی، ارتباط به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای سه مؤلفه‌ی نیازهای خودمختاری ۰/۷۵، شایستگی ۰/۸۰ و ارتباط با دیگران ۰/۸۳ به دست آمد.

فرایند درمان

گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله متمرکز بر شفقت برگرفته از پروتکل درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۱۳۹۵)، که توسط روان‌درمانگر آموزش دیده را دریافت نمودند. شایان ذکر است که بعد از اولین جلسه که به صورت حضوری برگزار گردید، جلسات بعدی به دلیل شیوع کووید ۱۹ به صورت آنلاین برگزار گردید. گروه کنترل در این مدت درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار بودند. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

3. Basic Psychological Need Satisfaction Scale (BPNSS)
4. La Guardia

1. Beck Suicide Scale Ideation (BSSI)
2. Lee

جدول ۱: پروتکل آموزش شفقت به خود (برگرفته از درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت، ۱۳۹۵)

| جلسه | موضوع | محتوا |
|------|--|---|
| ۱ | آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی | <ul style="list-style-type: none"> معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه تعیین هدف و فرمول بندی مراجع گوش سپردن به روایت های دانش‌آموزان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن توصیف مختصری در خصوص کمروبی و خودناتوان سازی - تحصیلی تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به دانش‌آموزان |
| ۲ | معرفی شفقت به خود و خود انتقادی | <ul style="list-style-type: none"> مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا) تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن تعریف شفقت تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟ بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر |
| ۳ | معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطبق آن. آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر) تکلیف: تمرین تصویر سازی ذهنی بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ پرورش خودشفقت- ورز و معرفی مفاهیم: خود، توانایی، گرمی و مسئولیت - پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه‌ی تصویر پردازی در مورد خودشفقت‌ورز تکلیف: تصویر پردازی ذهنی خود شفقت‌ورز |
| ۴ | معرفی تصویر سازی ذهنی | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطبق آن. آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر) تکلیف: تمرین تصویر سازی ذهنی بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ پرورش خودشفقت- ورز و معرفی مفاهیم: خود، توانایی، گرمی و مسئولیت - پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه‌ی تصویر پردازی در مورد خودشفقت‌ورز تکلیف: تصویر پردازی ذهنی خود شفقت‌ورز |
| ۵ | پرورش خود شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خود، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ پرورش خودشفقت- ورز و معرفی مفاهیم: خود، توانایی، گرمی و مسئولیت - پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه‌ی تصویر پردازی در مورد خودشفقت‌ورز تکلیف: تصویر پردازی ذهنی خود شفقت‌ورز |
| ۶ | آموزش نامه نگاری شفقت ورز | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل آموزش نامه نگاری شفقت ورز تکلیف: "تصور کنید خود شفقت ورتان به شما نامه ای می نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید" |
| ۷ | توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل ترس از شفقت به خود شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها |
| ۸ | جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات | <ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات درخواست از اعضا برای توضیح دست آورده‌هایشان از گروه تکلیف: ادامه به تمرین های تصویرپردازی |

داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون قبل از شروع درمان و پس‌آزمون، بلافاصله پس از اتمام درمان از هر دو گروه جمع‌آوری و سپس از با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در محیط SPSS26 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در این پژوهش دانش‌آموزان شرکت کننده، ۳۰ نفر از دختران گروه سنی ۱۶-۱۳ سال با سابقه خودرنی بودند که در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار داده شدند. میانگین سنی گروه کنترل ۱۴/۴۶ سال و میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۱۴/۷۳ سال بود. شاخص‌های آمار توصیفی افکار خودکشی، خود تعیین‌گری و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شده است و این اطلاعات در جدول ۲ فراهم آمده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی افکار خودکشی، خود تعیین گری و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌ها

| گروه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد | حداقل | حداکثر | چولگی | کشیدگی |
|-------------------------|---------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| گروه کنترل (پیش آزمون) | ۹/۹۳ | ۴/۹۶ | ۳ | ۱۷ | ۰/۰۳۴ | ۱/۴۱ |
| خودمختاری | ۱۷/۶۰ | ۷/۶۶ | ۷/۰۰ | ۳۲/۰۰ | ۰/۷۹ | -۰/۱۸ |
| شایستگی | ۲۵/۱۳ | ۹/۷۷ | ۶/۰۰ | ۳۸/۰۰ | -۰/۶۷ | -۰/۶۳ |
| ارتباط | ۲۳/۹۳ | ۱۰/۶۷ | ۹/۰۰ | ۵۱/۰۰ | ۱/۲۴ | ۱/۹۴ |
| خود تعیین گری | ۶۶/۶۷ | ۱۵/۶۳ | ۴۳/۰۰ | ۱۰۵/۰۰ | ۰/۷۳ | ۱/۳۱ |
| گروه آزمایش (پیش آزمون) | ۹/۳۳ | ۳/۹۲ | ۳ | ۱۶ | ۰/۵۱ | -۰/۴۳ |
| خودمختاری | ۱۸/۰۰ | ۷/۳۴ | ۷/۰۰ | ۳۴/۰۰ | ۰/۵۴ | -۰/۵۵ |
| شایستگی | ۲۰/۶۰ | ۱۱/۴۱ | ۶/۰۰ | ۴۲/۰۰ | ۰/۳۲ | -۱/۳۰ |
| ارتباط | ۲۳/۲۰ | ۱۳/۱۵ | ۸/۰۰ | ۵۶/۰۰ | ۱/۲۷ | ۱/۵۷ |
| خود تعیین گری | ۶۲/۵۳ | ۱۷/۶۶ | ۲۹/۰۰ | ۹۶/۰۰ | -۰/۱۳ | -۰/۲۱ |
| گروه کنترل (پس آزمون) | ۱۰/۳۳ | ۳/۳۳ | ۵ | ۱۵ | ۰/۲۹ | -۱/۱۶ |
| خودمختاری | ۱۸/۶۶ | ۶/۸۷ | ۷/۰۰ | ۳۰/۰۰ | -۰/۲۳ | -۱/۰۸ |
| شایستگی | ۲۵/۰۰ | ۱۱/۱۰ | ۶/۰۰ | ۴۳/۰۰ | -۰/۰۹ | -۰/۸۲ |
| ارتباط | ۲۲/۱۳ | ۱۰/۷۲ | ۸/۰۰ | ۴۴/۰۰ | ۰/۶۵ | -۰/۳۷ |
| خود تعیین گری | ۶۷/۴۶ | ۱۵/۹۹ | ۴۲/۰۰ | ۴۳/۰۰ | -۰/۰۴ | -۰/۸۵ |
| گروه آزمایش (پس آزمون) | ۵/۹۳ | ۲/۶۱ | ۲ | ۹ | -۰/۳۶ | -۱/۵۴ |
| خودمختاری | ۲۰/۶۰ | ۸/۱۵ | ۷/۰۰ | ۳۸/۰۰ | ۰/۶۶ | ۰/۲۳ |
| شایستگی | ۳۳/۴۶ | ۱۰/۲۳ | ۶/۰۰ | ۴۲/۰۰ | -۱/۹۰ | ۱/۲۷ |
| ارتباط | ۳۲/۸۶ | ۱۲/۶۷ | ۸/۰۰ | ۵۶/۰۰ | -۰/۰۸ | -۰/۱۱ |
| خود تعیین گری | ۸۱/۲۰ | ۱۸/۸۳ | ۴۲/۰۰ | ۱۱۴/۰۰ | -۰/۴۶ | -۰/۱۲ |

جدول ۳: نتایج آزمون لون و همگنی واریانس‌ها در گروه‌های کنترل و

آزمایش

| متغیر/ شاخص | F | درجه آزادی اول | درجه آزادی دوم | سطح معناداری |
|---------------|------|----------------|----------------|--------------|
| افکار خودکشی | ۱/۳۳ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۵ |
| خودمختاری | ۰/۴۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۵۰ |
| شایستگی | ۰/۶۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۴۲ |
| ارتباط | ۰/۰۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۷۹ |
| خود تعیین گری | ۰/۳۹ | ۱ | ۲۸ | ۰/۵۳ |

همانطور که مشاهده می‌شود، مقادیر بدست آمده از آزمون لون برای تمامی متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد. بنابراین با توجه به عدم معناداری این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش برقرار می‌باشد ($Sig > 0/05$). به عبارت دیگر فرض تساوی واریانس نمرات متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش مورد تایید قرار می‌گیرد. پس نمونه دلیلی برای رد فرض صفر (برابری واریانس‌ها) ارائه نمی‌دهد و از این رو، این پیش فرض نیز مورد تایید قرار می‌گیرد. نتایج آزمون باکس در مورد فرض تساوی کوارینانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته نیز معادل ($F = 2/480, p > 0/05$) بود که با توجه به اینکه سطح

با توجه به معیار تصمیم‌گیری در خصوص شاخص‌های چولگی^۱ و کشیدگی^۲ می‌توان دریافت که توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد. در واقع اگر مقدار کشیدگی و چولگی در بازه ۲- تا ۲+ قرار گیرد، داده‌ها نرمال هستند (بارشی و حسینی، ۱۳۹۱)؛ از این رو می‌توان فرض نرمال بودن داده‌ها را تایید کرد. به منظور بررسی دقیق نرمال بودن داده‌ها در جامعه آماری پژوهش با روش‌های عددی گیمست^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در طرح‌های تحلیل واریانس مطرح کرده‌اند که برای هر گروه حداقل ۱۲ نفر ضرورت دارد، این در حالیست که نمونه‌گیری در این مطالعه برای هر گروه ۱۵ نفر است که تعداد مطلوبی است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون را تایید کرد ($p > 0/05$). بدین ترتیب اولین پیش فرض آزمون تحلیل کوارینانس را مورد تایید قرار داد. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول زیر قابل مشاهده است.

3. Gamst

1. Skew
2. Kurtosis

از آنجا که نتایج تحلیل مانکوا حاکی از اثربخشی درمان بر حداقل یکی از عوامل می باشد، لذا جهت بررسی تاثیر درمان بر هریک از متغیرها در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه می گردد.

جدول ۶: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا افکار خودکشی، خود تعیین گری و مولفه های آن در مرحله پس آزمون

| شاخص آزمون | درجه آزادی | میانگین-مجدورات | F | سطح معناداری | میزان اثر | توان آماری |
|---------------------------|------------|-----------------|-------|--------------|-----------|------------|
| افکار خودکشی (پیش آزمون) | ۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵ |
| گروه | ۱ | ۱۴۴/۴۵ | ۱۶/۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۰/۹۸ |
| خودمختاری (پیش آزمون) | ۱ | ۲۳/۹۸ | ۰/۴۶ | ۰/۵۰ | ۰/۰۲ | ۰/۱۰ |
| گروه | ۱ | ۲۰۵/۲۲ | ۸/۹۹ | ۰/۰۳۶ | ۰/۲۳ | ۰/۵۶ |
| شایستگی (پیش آزمون) | ۱ | ۲۰/۲۱ | ۰/۱۷ | ۰/۶۸۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۷ |
| گروه | ۱ | ۵۵۷/۴۷ | ۵/۷۴ | ۰/۰۳۸ | ۰/۲۸ | ۰/۶۷ |
| ارتباط (پیش آزمون) | ۱ | ۳۴۴/۵۶ | ۲/۶۴ | ۰/۱۲ | ۰/۰۹ | ۰/۳۵ |
| گروه | ۱ | ۸۹۸/۰۵ | ۹/۸۹ | ۰/۰۱۴ | ۰/۳۲ | ۰/۸۲ |
| خود تعیین گری (پیش آزمون) | ۱ | ۱۸۳/۲۱ | ۰/۶۲ | ۰/۴۳۶ | ۰/۰۲ | ۰/۱۲ |
| گروه | ۱ | ۱۶۶۴/۲۰ | ۹/۹۸ | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۹ | ۰/۷۰ |

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری، همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می شود تفاوت بین میانگین نمرات مربوط به افکار خودکشی، خودتعیین گری و مولفه های آن بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون معنادار است ($P=0/001$). به عبارت دیگر نتایج نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت توانست موجب کاهش افکار خودکشی و بهبود خود تعیین گری در دانش آموزان با سابقه خودزنی گردد. میزان تاثیر درمان بر کاهش افکار خودکشی ۳۸ درصد و بر بهبود نیاز خود تعیین گری و زیرمقیاس های آن شامل خودمختاری، شایستگی و ارتباط ادراک شده به ترتیب ۲۹، ۲۳، ۲۸ و ۳۲ درصد بود.

بحث و نتیجه گیری

نوجوانی دوره ای حساس و پر تنش می باشد که افراد با ورود به آن دست به کارهای بزرگ و عجیبی می زنند. این افراد با نگاهی دیگر به جهان اطراف نگریسته و همیشه احساس می کنند که با دیگران متفاوت هستند. نوجوانان در مقاطع راهنمایی و دبیرستان، در سال های ۱۱ تا ۱۵ سالگی، با حفظ مفاهیم درسی و همچنین دوره بلوغ، زمانی پر استرسی را سپری می کنند. در این بین، دختران نوجوان با توجه به روحیه لطیفشان نسبت به پسران، در برابر مسائل و مشکلات اجتماعی آسیب پذیرتر هستند و فشار روانی عمیقی را تحمل می کنند. یکی از آسیب هایی که نوجوانان با آن دست و پنجه نرم می کنند خودزنی می باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان

معنی داری در آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است، فرض تساوی کواریانس های دو گروه در متغیرهای وابسته نیز تائید می شود.

به منظور بررسی تعامل بین گروه ها و نمرات پیش آزمون، فرض یکسانی شیب رگرسیون بررسی می شود که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. این فرض در واقع بدان معنی است که ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه ها یکسان باشد.

جدول ۴: یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

| متغیر/ شاخص | درجه آزادی | F | سطح معناداری |
|--------------------|------------|------|--------------|
| گروه*افکار خودکشی | ۲ | ۳/۰۵ | ۰/۰۶۴ |
| گروه*خودمختاری | ۲ | ۲/۱۳ | ۰/۱۴ |
| گروه*شایستگی | ۲ | ۱/۵۴ | ۰/۲۳ |
| گروه*ارتباط | ۲ | ۳/۰۴ | ۰/۰۸ |
| گروه*خود تعیین گری | ۲ | ۱/۸۶ | ۰/۱۷ |

همانطور که نتایج نشان می دهد، با توجه به ضرایب F بدست آمده برای تعامل گروه و پیش آزمون در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی باشد ($Sig > 0/05$). بنابراین تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیونی در گروه کنترل و آزمایش برای تمامی مقیاس ها برقرار است. با توجه به مجموع پیش فرض های مطرح شده مشاهده می شود که داده های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کواریانس را دارند و می توان تفاوت های دو گروه را در متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خودکشی و خودتعیین گری در مرحله پس آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانکوا متغیرهای افکار خودکشی و خود تعیین گری در مرحله پس آزمون

| آزمون | ارزش F | درجه فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------------------|--------|------------|----------------|--------------|------------|
| اثر پیلای | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۰ | ۲۵/۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸ |
| لامبداری ویلکز | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۰ | ۲۵/۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸ |
| اثر هنتلینگ | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۰ | ۲۵/۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸ |
| بزرگترین ریشه روی | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۰ | ۲۵/۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸ |

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از ابعاد اندازه گیری شده تفاوت معنادار وجود دارد ($P = 0/000$). میزان آماره F برابر با ۱۱/۳۳ و میزان تاثیر ۴۸ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۴۸ درصد کواریانس نمرات افکار خودکشی و خودتعیین گری در دو گروه مربوط به عضویت گروهی یا تاثیر درمان متمرکز بر شفقت می باشد.

به خود یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است، حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند. داشتن شفقت به خود مستلزم رها کردن رفتارهای آسیب‌زای فرد و ترغیب فرد برای انجام کارهایی است که برای بهزیستی فرد ضروری است. حال اگر شفقت به خود در فرد شکل بگیرد متعاقب آن شفقت نسبت به دیگران نیز تقویت می‌شود و در نتیجه فرد صمیمیت و همدلی بیشتری را تجربه خواهد کرد و احساس شایستگی بیشتری که ناشی از تعامل با محیط و استفاده از توانایی‌ها هست را ادراک می‌کند.

همچنین نتایج نشان از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر نیاز به ارتباط ادراک‌شده در نوجوانان دارای سابقه خودزنی دارد. بدین معنی که نوجوانانی که تحت این روش درمانی قرار گرفتند نسبت به نوجوانانی که این درمان‌ها را دریافت نکردند، به صورت معناداری نیاز به ارتباط ادراک‌شده آن‌ها بهبود یافته است. نتایج پژوهش‌های گورتین و همکاران (۲۰۲۰) و گرجین پور و همکاران (۱۳۹۹) همسو با این یافته پژوهش است. در تبیین این نتیجه باید بیان داشت که درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً برای درمان افرادی که بالاخص شرم، خجالت، خود انتقادگر و افسردگی زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران و ایجاد ارتباط مشکل دارند مناسب است. با استفاده از درمان متمرکز بر شفقت می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل ارتباط با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند. حال اگر شفقت به خود در فرد شکل بگیرد متعاقب آن شفقت نسبت به دیگران نیز تقویت می‌شود و در نتیجه فرد صمیمیت و همدلی بیشتری را تجربه خواهد کرد (گرجین پور و همکاران، ۱۳۹۹). رفتاری که شامل رفتار مهربانانه با خود و به دور از سرزنش و خودقضاوتی باشد می‌تواند احساس اطمینان بیشتری را در فرد هنگام داشتن رابطه با دیگران و نیاز به پذیرش فرد شایسته عشق و احترام توسط دیگران ایجاد کند. همچنین افرادی که درمان متمرکز بر شفقت را دریافت می‌کنند قادرند به خوبی خودشان را جای دیگران گذاشته و احساسات آن‌ها را بهتر درک کرده و نهایتاً با درکی متقابل، آن‌ها را بیشتر دوست داشته باشند.

یافته دیگر پژوهش نشان دهنده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود شایستگی ادراک شده در نوجوانان دارای سابقه خودزنی بود. این یافته با یافته‌های پژوهش گورتین و همکاران (۲۰۲۰)، صابریان و طباطبایی (۱۳۹۶) و خلج زاده و هاشمی (۱۳۹۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به نظر شناخت درمانگرها، عقاید شخصی در اوایل کودکی پدید می‌آیند. در طول زندگی پیدایش و تحول خود را ادامه می‌دهند. تجارب اولیه کودکی زمینه ساز عقاید بنیادی شخص درباره خودش و دنیا می‌شوند. انسان‌ها به طور معمول از سوی بزرگترها حمایت و دوست داشته می‌شوند و در نتیجه اعتقاداتی از این قبیل پیدا می‌کنند که «من دوست داشتنی هستم» و «من باعرضه ام». همین قضیه باعث می‌شود که در بزرگسالی نظر مثبتی نسبت به خود داشته باشند. داشتن شفقت به خود مستلزم رها کردن افکار و رفتارهای آسیب‌زای فرد و ترغیب فرد برای انجام کارهایی است که برای بهزیستی فرد ضروری است (خلج زاده و هاشمی، ۱۳۹۸). داشتن شفقت به خود، منجر به بخشیدن شکست‌ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان می‌شود (گورتین و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع شفقت

متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خودتعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی انجام شد. یافته پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت تأثیر مثبتی بر کاهش افکار خودکشی در نوجوانان دارای سابقه خودزنی داشت. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های اینوود و فراری (۲۰۱۸)، لوکر و کورتین (۲۰۱۳) و برزگری و همکاران (۱۳۹۷) است. احمدی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت برای کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در بیماران مبتلا به پیسی استفاده کرد. رضایی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بعد از گذشت ۹ جلسه درمان متمرکز بر شفقت، نشانه‌هایی از خود زنی در افراد دیده نشد و این درمان بر کاهش علائم خودزنی موثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حالی که با خود مهربان هستند، در برابر مشکلاتشان مسئولیت پذیرتر هستند و وقایع پیش آمده را راحت‌تر می‌پذیرند (لوکر و کورتین، ۲۰۱۳). درمان متمرکز بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه فنون شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و همچنین برطرف سازی موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات و افکار منفی محافظت می‌کند آموزش مهارت‌های درمان متمرکز بر شفقت به افراد باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود در نتیجه آن‌ها با خود مهربان‌تر می‌شوند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، افکار منفی خود را کاهش می‌دهند همچنین علائم اضطراب، افسردگی و خود انتقادی کاهش می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۵). و با تقویت حالات هیجانی مثبت احتمال افکار خودکشی را کاهش می‌دهد. افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند آسیب به خود و خودکشی می‌تواند مانند یک ضربه گیر عمل کند (اینوود و فراری، ۲۰۱۸). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت.

یافته دیگر این پژوهش نشان دهنده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود شایستگی ادراک شده در نوجوانان دارای سابقه خودزنی بود. این یافته با یافته‌های پژوهش گورتین و همکاران (۲۰۲۰)، صابریان و طباطبایی (۱۳۹۶) و خلج زاده و هاشمی (۱۳۹۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به نظر شناخت درمانگرها، عقاید شخصی در اوایل کودکی پدید می‌آیند. در طول زندگی پیدایش و تحول خود را ادامه می‌دهند. تجارب اولیه کودکی زمینه ساز عقاید بنیادی شخص درباره خودش و دنیا می‌شوند. انسان‌ها به طور معمول از سوی بزرگترها حمایت و دوست داشته می‌شوند و در نتیجه اعتقاداتی از این قبیل پیدا می‌کنند که «من دوست داشتنی هستم» و «من باعرضه ام». همین قضیه باعث می‌شود که در بزرگسالی نظر مثبتی نسبت به خود داشته باشند. داشتن شفقت به خود مستلزم رها کردن افکار و رفتارهای آسیب‌زای فرد و ترغیب فرد برای انجام کارهایی است که برای بهزیستی فرد ضروری است (خلج زاده و هاشمی، ۱۳۹۸). داشتن شفقت به خود، منجر به بخشیدن شکست‌ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به عنوان یک انسان می‌شود (گورتین و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع شفقت

پیامدهای رفتار می‌توان گفت که سطح خودمختاری ادراک شده هم افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری کلی از یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت توانست موجب کاهش افکار خودکشی و بهبود خودتعیین‌گری و حمایت ادراک شده از نیازهای روانشناختی در دانش‌آموزان با سابقه خودزنی گردد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش و محدود بودن جامعه به یک شهر خاص و غیرتصادفی بودن شیوه نمونه‌گیری اشاره کرد، که بهتر است تعمیم نتایج پژوهش با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی شیوه درمانی متمرکز بر شفقت در کنار سایر شیوه‌های درمانی و آموزشی مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مراکز و مراجع مسئول از جمله مشاوران و درمانگران حوزه کودک و نوجوان، جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی برای نوجوانان خودزن و اقشار آسیب‌پذیر اجتماع روش درمانی متمرکز بر شفقت را به کار گیرند.

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس و قدردانی خودمان را نسبت به کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ابراز می‌داریم.

منابع

- ابارشی، احمد. و حسینی، یعقوب (۱۳۹۱). *مدلسازی معادلات ساختاری*. چاپ اول، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- انبسی جعفر، فتحی آشتیانی علی، سلیمی سیدحسین، احمدی نوده خدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی یک در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۳۳(۲۳)-۳۷.
- احمدی مروی، ناهید، میرزاحسینی، حسن. و منیرپور، نادر. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان و گرایش به خودکشی براساس سبک‌های دل‌بستگی و سازمان شخصیت در نوجوانان دانش‌آموز: نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۰(۳)، ۱۰۱-۱۱۷.
- برزگری دهج، ابوالفضل، جهانداری، پیمان، محمدپور، عبدالباسط و نادری، رضا (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خود شفقتی در ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *پرستار و پزشک در رزم*، ۶(۱۹)، ۳۲-۴۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های سنجشی مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *علوم روانشناختی*، ۱۱(۴۱)، ۶.
- خانی پور، حمید؛ برجلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۵). خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۱)، ۵۹-۷۹.
- خلج زاده، مهدیه. و هاشمی، نظام. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خود شفقت ورزی بر ادراک شایستگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی دختران بد سرپرست، *روان‌شناسی تربیتی*، ۱۵(۵۴)، ۳۲-۱.
- رضایی، نازیلا؛ سهرابی، احمد؛ ذوقی پایدار، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۴)، ۴۴-۵۵.

شاه‌سیاه، نسیم، رضایور میرصالح، یاسر، صافی، محمد هادی. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری روابط ذهن آگاهی، خودتعیین‌گری، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۵(۶۰)، ۱۶۹-۱۴۹.

صابریان، سمیه و طباطبایی، سیدموسی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر روی رفاه ذهنی و خودارزشمندی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. *فصلنامه شناختی تحلیلی روانشناختی*، ۸(۳۱)، ۱۹-۲۹.

عمارلو، پروانه؛ شاره، حسین (۱۳۹۷). حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و اهمالکاری شغلی: نقش میانجی گرانه ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۲): ۱۷۶-۱.

فتح‌اله‌زاده، نوشین مظاهری زهرا رستمی مهدی نوایی نژاد شکوه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهراء(س)*، ۱۳(۲)، ۱۲۳-۱۴۲.

قربانی، سارا، سالمی خامنه، علیرضا. و متحدی، علیرضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۴(۳۶)، ۲۱۳-۲۲۰.

گرجین پور، فاطمه، علی پور، غلامرضا، جلوه، مازیار. و عبدی، منصور. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر حرمت خود و انعطاف‌پذیری کنشی نوجوانان طلاق. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۲)، ۱-۲۲.

گیلیرت، پائول (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه: مهنوش انبانی و علی فیضی. تهران: انتشارات ابن سینا (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).

مدرسی حجت‌آبادی، مرضیه؛ فرزاد، ولی‌الله و کوشکی، شیرین (۱۳۹۶). نقش خودتعیین‌گری بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مدارس متوسطه تهران: نقش میانجی درگیری تحصیلی و نگرش به یادگیری الکترونیکی، *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۳(۱۹): ۸۵-۱۰۰.

- Andersen B., & Rasmussen P.H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14): 1-11.
- Bell T., Montague J., Elander J., & Gilbert P. (2020). A definite feel-its moment”: Embodiment, externalization and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1); 143-153.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1991). Relationships between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223.
- Burnham, G. (2011). “Suicide Attacks-the Rationale and Consequences”. *The Lancet*, 378: 855-857.
- Burns, J., Dudley, M., Hazell, P., & Patton, G. (2005). Clinical management of deliberate self-harm in young people: The need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 121-128.
- Chen, K.C., & Jang, S.J. (2010). Motivation in online learning: Testing a model of self determination theory. *Journal of Computers in Human Behavior*, 26, 741-752.
- Crouch W, Wright J. (2004). Deliberate self-harm at an adolescent unit: a qualitative investigation. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9, 1359-1045.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. In: *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, 11-40. Springer, Boston, MA.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155.
- Fresnics AA, Wang SB, Borders A. The unique associations between self-compassion and eating disorder psychopathology and the mediating role of rumination. *Psychiatry research*. 2019; 274:91-7.
- Gamst, G., Meyers, L. S. & Guarino, A.J. (2008). *Analysis of Variance Designs: A Conceptual and Computational Approach with SPSS and SAS*. UK: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy*. New York: Rutledge Publication.
- Greitemeyer, T., & Sagioglou, C. (2018). Does low (vs. high) subjective socioeconomic status increase both prosociality and aggression? *Social Psychology*.
- Guertin, C., Barbeau, K., & Pelletier, L. (2020). Examining fat talk and self-compassion as distinct motivational processes in women’s eating regulation: A self-determination theory perspective. *Journal of health psychology*, 25(12), 1965-1977.
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Klonsky ED, May AM, Glenn CR. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*. 122(1):231.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 367.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Lee HS, Kim S, Choi I, Lee KU (2008). Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. *Psychiatry Investig*; 5:86-93.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and Practice*, 86(4), 387-400.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM* 2015; hcv026.
- Milyavskaya, M., & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50(3), 387-391.
- Mughal, F., Babatunde, O., Dikomitis, L., Shaw, J., Townsend, E., Troya, M. I., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in young people: the exceptional potential of the general practice consultation.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
- Neff, K.D. (2015). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-27.
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640.
- Ross, S. Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Shilpa A, Rohan B, George C. (2021). Tackling stigma in self-harm and suicide in the young. *the lancet public health*, Pages e6-e7.
- Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Palmer, S. B., Williams-Diehm, K. L., Little, T. D., & Boulton, A. (2012). The impact of the self-determined learning model of instruction on student self determination. *Exceptional Children*, 78(2), 135-153.