



اثربخشی درمان شفقت بر خود بر میزان تاب‌آوری، مهارت‌های مقابله‌ای و استرس زنان دارای سابقه خودکشی

سکینه رضانی پاسبندی : گروه روان‌شناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران.
سیده فاطمه طالب زاده خوشرودی : گروه تکنولوژی آموزشی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
معظم رحیمی اسکی : گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

عاطفه یوسفی : گروه جامعه‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران.

مریم سعیدی : گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (* نویسنده مسئول) saeidmaryam132@gmail.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

تاب‌آوری،
راهبردهای مقابله‌ای،
دارای افکار خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۰/۲۲

زمینه و هدف: خودکشی مسئله‌ای است که دارای اهمیت جهانی است چراکه جان فرد دارای بیشترین اهمیت است و زمانی که می‌توان با پرداختن به آموزش‌های لازم و درمان مناسب فرد را تقویت کرد می‌توان از جان انسان‌ها نیز محافظت کرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شفقت بر خود بر میزان تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای و استرس زنان دارای سابقه خودکشی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه آزمایشی جامعه آماری شامل تمام زنان دارای افکار خودکشی شهرستان ساری بودند که تعداد نمونه آماری ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش مورد آموزش در ۸ جلسه درمانی قرار گرفتند. نتایج به استفاده از پرسشنامه‌های پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس، تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بود و تعداد جلسات خودشفقت‌ورزی نیز به مدت ۸ جلسه در طی دو ماه به طول انجامید. از روش آماری تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) و چندمتغیره (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد درمان شفقت بر خود بر میزان تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای زنان دارای سابقه خودکشی تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که با استفاده از درمان شفقت بر خود می‌توان به افراد دارای افکار خودکشی بسیاری کمک کرد و نیز همچنین می‌توان کیفیت زندگی این افراد را افزایش داد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شيوه استناد به این مقاله:

Ramezani Pasandi S, Talebzadeh Khoshrody F, Rahimi Aski M, Yousefi A, Saeedi M. The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on the Level of Resilience, Coping Skills and Stress of Women with a History of Suicide. Razi J Med Sci. 2023;29(10): 495-504.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on the Level of Resilience, Coping Skills and Stress of Women with a History of Suicide

Sekineh Ramezani Pasandi : Department of Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.

Fatemeh Talebzadeh Khoshrody : Department of Educational technology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Moazam Rahimi Aski : Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Atefeh Yousefi : Department of Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran.

Maryam Saedi : Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (*Corresponding author) saeidimaryam132@gmail.com

Abstract

Background & Aims: Suicide in the literal sense is defined as behaviors that are conscious self-harm with the aim of self-destruction. The phenomenon of committing suicide is certainly a function of a complex and interconnected network of sociological, psychological, and other different factors and causes, which can be the end point of the development path of these factors and causes at a certain stage of a person's life, and sometimes planned or unexpectedly. It should also be known that a suicide attempt refers to an individual behavior and reaction that is self-injurious and with non-fatal consequences and results purposefully and consciously. Attempting suicide is the most important and strongest factor for death by suicide, and the risk of death for people who have already attempted suicide is 25 times higher than for other people. Since many factors play a role in people's personality, behavior, and life to commit suicide, it is possible to reduce suicidal acts by fixing and strengthening the person in these areas. It is necessary to face this incident and the factors leading to suicide, to acquire coping skills and flexibility. Adopting appropriate methods of dealing with them can reduce their negative impact on a person's mental health and, as a result, lead to greater adaptation. Coping is a set of behavioral and cognitive activities and processes to prevent, manage, and reduce stress. Coping strategies are cognitive-behavioral measures a person uses to manage his desires in stressful and difficult situations. They proposed two types of problematic and emotion-oriented coping. In the problem-oriented coping strategy, the person focuses on the problem or situation, and the effort is to change the problem or situation or avoid it in the future. In the emotion-oriented coping strategy, the person will focus on controlling negative emotions caused by stress. Therefore, this research was conducted to determine the effect of self-compassion therapy on the level of resilience, coping strategies, and stress of women with a history of suicide.

Methods: In this semi-experimental study, the statistical population included all women with suicidal thoughts in Sari City, the statistical sample number of 30 people was selected using the cluster sampling method and they were replaced in two experimental and control groups. The experimental group was trained in 8 treatment sessions. The results were based on the questionnaires of Billings and Moss coping strategies, Connor and Davidson resilience (2003), and the number of self-compassion sessions lasted for 8 sessions over two months. The statistical methods of one-way analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate (MANCOVA) were used to analyze the data.

Results: The results of the research showed that self-compassion therapy has an effect on resilience and coping strategies of women with a history of suicide. Descriptive index values for resilience variables and coping strategies separately for the control group and the experimental group are given in Table 1. As can be seen, based on the average resilience and coping strategies, in the control group and the experimental group, they are at a low and medium level in the pre-test stage. But in the post-test of the experimental group, these criteria have improved so that they have increased. The results of the MANCOVA analysis

Keywords

Resilience,
Coping
Strategies,
Suicidal Thoughts

Received: 11/08/2022

Published: 12/01/2023

on the resilience post-test scores in the experimental and control groups are presented in Table 6. As can be seen in Table 5, the significance levels of all tests indicate that there is a significant difference between the experimental group (compassion therapy) and the control group on the level of resilience. Therefore, there is a significant difference between the experimental group (compassion therapy) and the control group in improving resilience in women with a history of suicide. The amount of influence or difference is equal to 0.74. In other words, 74% of the individual differences in the resilience scores of the experimental group are related to the effect of compassion therapy.

Conclusion: In general, it can be said that by using self-compassion therapy, it is possible to help many people with suicidal thoughts, and it is also possible to increase the quality of life of these people. It can be said that women with a history of suicide attempts find it difficult to remain calm when problems arise and engage in emotional behaviors such as engaging in other behaviors, aggression, depression and withdrawal, taking revenge for their problems on others and in some cases are also neglected. The results of this type of dealing with problems lead to feelings of loneliness and frustration and strengthen the feeling of inadequacy in a person. In the approach of compassion therapy, a person realizes that he can be successful in solving his problems by using compassionate techniques and self-empowerment. By using self-compassion techniques, a person removes negative emotions and solves his problems with kind self-management and the use of correct methods. Therefore, compassion therapy has had an effect on the stress of these women. It can also be said that one of the methods that can be used in addition to problem-oriented approaches to problem solving is the use of the support of trusted experienced people. In the intervention of compassion therapy, a person learns to have a compassionate approach towards himself and his life problems. Compassionate therapy involves a kind of compassionate relationship with oneself, this therapy does more than resolve internal conflicts; It helps people change by creating caring, new attention to the self, and offering compassionate inner processes.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ramezani Pasandi S, Talebzadeh Khoshrody F, Rahimi Aski M, Yousefi A, Saeedi M. The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on the Level of Resilience, Coping Skills and Stress of Women with a History of Suicide. Razi J Med Sci. 2023;29(10): 495-504.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

مسئله و موضوع اقدام به خودکشی از جمله مهم‌ترین آسیب‌هایی است که در زمینه‌ی اجتماعی و روان‌شناسی در جهان و در تمام جوامع رو به رشد است به طوری که ۱/۴ دهم درصد از کل مرگ‌ومیرها را در بر می‌گیرد (۱). خودکشی در معنای لغوی به رفتارهایی گفته می‌شود که خودآزاری آگاهانه با هدف نابودی خویش است. پدیده اقدام به خودکشی مسلماً تابع شبکه‌ای پیچیده و به هم پیوسته‌ای از عوامل و دلایل جامعه‌شناختی، روان‌شناختی و دیگر علل متفاوتی است که می‌تولند به عنوان نقطه پایانی از مسیر تکوینی این زمینه‌ها و علل در یک مرحله‌ی معین از زندگی فرد آغاز و گاهی با برنامه‌ریزی یا به صورت غیرمنتظره و ناگهانی و نیز غیرقابل پیش‌بینی به شکل اقدام به خودکشی خودش را نشان دهد (۲). همچنین باید دانست که اقدام به خودکشی به یک رفتار و واکنش فردی گویند که خودآسیب‌رسان است و با پیامدها و نتایج غیرکشنده به صورت هدفمند و آگاهانه صورت می‌پذیرد، اشاره دارد (۳). اقدام به خودکشی مهم‌ترین و نیز قوی‌ترین عامل برای مرگ ناشی از خودکشی می‌باشد و همچنین خطر مرگ برای افرادی که قبلاً اقدام به خودکشی داشته‌اند تا ۲۵ برابر بیشتر از دیگر افراد است (۴). از آنجایی که عوامل متعددی در شخصیت و رفتار و زندگی افراد نقش دارد تا اقدام به خودکشی نمایند، می‌توان با رفع کردن و تقویت فرد در این زمینه‌ها اقدام‌های خودکشی در فرد را کاهش داد. لازمه مواجهه با این اتفاق و عوامل منجر به خودکشی، کسب مهارت‌های مقابله‌ای و انعطاف‌پذیری است (۵). اتخاذ شیوه‌های مواجهه مناسب در برابر آن‌ها، می‌تواند از تأثیر منفی آن بر بهداشت روانی فرد بکاهد و در نتیجه به سازگاری هرچه بیشتر او منجر شود. مقابله، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرآیندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت و کاهش استرس است. راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی- رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند. آنها دو نوع مقابله مسئله‌دار و هیجان‌مدار را مطرح کردند (۶). در راهبرد مقابله مسئله‌مدار، تمرکز شخص بر مسئله یا موقعیت پیش‌آمده است و تلاش پیرامون تغییر مسئله یا موقعیت و یا اجتناب از آن در آینده است. در راهبرد مقابله

هیجان‌مدار تمرکز شخص بر مهار هیجان‌های منفی ناشی از استرس خواهد بود (۷).

تاب‌آوری در میان زنان دارای افسردگی از درجه اهمیت بالایی برخوردار است؛ چراکه داشتن تاب‌آوری بالا در فرد می‌تواند احتمال اقدام به خودکشی را در فرد کاهش دهد و نیز می‌تواند بر کاهش دیگر اختلالات روان‌شناختی اثرگذار باشد (۸). تاب‌آوری می‌تولند به عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره‌هایی از به هم ریختگی تعادل فرد توصیف شود. برخی افراد که میزان تاب‌آوری بیشتری دارند بعد از مواجهه با موقعیت‌های سخت زندگی، دوباره به سطح معمول خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی از افراد بعد از روبه‌رو شدن با سختی‌ها و مشکلات و دشواری‌ها نسبت به قبل خودشان افزایش پیدا می‌کند (۹). افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در برابر آسیب‌ها و استرس‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه مقاومت بیشتری دارند و بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی از استرس‌هایی که تجربه می‌کنند پیدا کنند (۱۰).

در سال‌های اخیر توجه درمانگران به درمان مبتنی بر شفقت به خود و یا شفقت‌درمانی است. خودشفقتی به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به هوشیاری (ذهن‌آگاهی) در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است (۱۱). خودشفقت‌گری بر پذیرش خود یا پذیرش تجربه خود در چهارچوب مهربانی با خویشتن و به هوشیاری (ذهن‌آگاهی) تأکید دارد (۱۲). اصول مبتنی بر این نوع درمان به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات آرام می‌شود (۱۳). افرادی که خودشفقتی بالاتری دارند، مهارت‌های مقابله هیجانی بیشتری گزارش می‌کنند، همچنین در ایجاد تمایز میان احساساتشان و بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی توانمندتر هستند (۱۴). خودشفقتی تاب‌آوری هیجانی را نیز برای فرد به دنبال دارد، چنانکه افرادی که واجد درجات بالاتری از این خصیصه شخصیتی هستند، گرایش کمتری به افکار منفی دارند (۱۵). تحقیقاتی نیز به بررسی رابطه بین خودشفقتی و

پرسشنامه را به صورت بلی/ خیر تکمیل کنند. پاسخ‌های مقابله با توجه به روایی صوری به مطالعه رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی تقسیم شد. در این مورد اعتبارهای همسانی درونی برای سه خرده‌مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. با اینکه هیچ همبستگی معنی‌داری بین شدت و رویداد زندگی با مقابله به دست نیامد، اما نظرات مقابله به‌طور معناداری قدرت پیش‌بینی سطوح استرس را افزایش داد. آن دو در سال ۱۹۸۴ کار خود را با بررسی رفتارهای مقابله‌ای در گروهی از بیماران افسرده دنبال کردند.

تعداد پاسخ‌های مقابله‌ای را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/ خیر یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای به کار بردند. بر حسب این انتخاب ۰ تا ۳ نمره به پاسخ فرد تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه جدید ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای مشخص شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسئله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات می‌باشد. در پژوهش حاضر از این پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای استفاده شد. نمره‌گذاری ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس حل مسئله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است.

پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس

تحریفات شناختی پرداخته‌اند که نشان می‌دهند بین خودشفقتی بالا و تحریفات شناختی رابطه منفی وجود دارد (۱۶). با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده در خصوص این رویکرد درمانی و اثرات مثبت آن، که پژوهش‌های مختلفی نیز مؤید آن بوده است؛ لذا در این پژوهش سؤال اصلی این است که آیا درمان شفقت بر خود بر میزان تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای زنان دارای سابقه خودکشی تأثیر دارد؟

روش کار

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. طرح نیمه آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون- پس‌آزمون استفاده شده است. جامعه آماری را تمام زنان دارای اقدام به خودکشی شهرستان ساری تشکیل می‌دادند و تعداد نمونه آماری ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد و در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به این شرح بود که ابتدا شهرستان ساری را به سه منطقه حومه و مرکز شهر و قسمت‌های مانده به‌عنوان قسمت سوم تقسیم شد و سپس به کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها مراجعه شد و از کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها کسانی که همکاری داشتند اسامی اقدام‌کنندگان به خودکشی گرفته شد و سپس با زنان بالای ۲۳ سال تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد که در پژوهش شرکت داشته باشد و از بین کسانی که رضایت برای شرکت در پژوهش داشتند ۳۰ نفر انتخاب شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و

موس: بیلینگز و موس در پی دستیابی به روش آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله، مقطعی از بزرگسالان را مورد مطالعه قرار دادند. از پاسخ‌دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا یک حادثه استرس‌زا را که به‌تازگی تجربه کرده‌اند در نظر آورند و با توجه به اینکه چگونه با آن رویداد درگیر شده‌اند، ۱۹ ماده

بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بلینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است؛ کاملاً نادرست = ۰، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳، همیشه درست = ۴. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل؛ تصور شایستگی فردی، اعتماد به غریز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.

همان‌گونه که اشاره شد، شیوه‌ی درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی شفقته به خود بود. مداخلات درمانی مبتنی بر شفقته به خود یا شفقته درمانی، درمانی چندوجهی است که بر پایه طیف وسیعی از درمان‌های شناختی رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است، شناخته می‌شوند و در آنها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. سرفصل‌های جلسات درمانی مبتنی بر شفقته به خود در طی ۸ جلسه به شرح ذیل می‌باشد.

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با هم، تصریح نوع رابطه درمانی، برگزاری پیش‌آزمون (تکمیل پرسش‌نامه‌ها)، مقدمه‌ای بر مفاهیم شفقته به خود و اهمیت آن در زندگی، اهمیت زمان حال، خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، دادن تکلیف در خصوص مهم‌ترین نامهربانی‌های عضو گروه که از دیگران دیده، به خود روا داشته و به دیگران روا داشته است.

جلسه دوم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط

یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، انجام تمرین رنگ شفقته، صدا و تصویر شفقته و نامه‌نگاری بر اساس شفقته. ارائه تکلیف نامه‌نگاری بر اساس شفقته برای جلسه آینده.

جلسه سوم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها و بررسی هر یک از مثال‌های اعضای گروه. معرف خود مهربان در مقابل سایر خودهای نامهربان، تعریف مفاهیم مربوط به ابعاد و مؤلفه‌های اشتیاق، تکلیف مهم‌ترین استعدادهایی که عضو گروه دارد و نوشتن امکانات و داشته‌هایی که دارد.

جلسه چهارم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، معرفی مؤلفه‌های بعد التیام‌بخشی. متمرکز کردن اعضا به استعدادهای و امکاناتی که دارند و استفاده از آن برای مهربانی بیشتر با خود. تکلیف مهم‌ترین نامهربانی که تا جلسه آینده با خود و یا با دیگران داشتید چیست؟

جلسه پنجم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل و استفاده از مؤلفه‌های بعد اشتیاق و التیام‌بخشی برای افزایش مهربانی با خود در خصوص تکالیف اعضا. آموزش تصویرسازی شفقته‌آمیز، تشریح مفاهیم خودکنترلی، تکلیف استفاده از ابعاد اشتیاق و التیام در خصوص مسائلی پیش‌آمده در خصوص نحوه و میزان کنترل خود تا جلسه بعد و نحوه استفاده از خود مهربان در برخورد با آن.

جلسه ششم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، ارائه مفهوم تاب‌آوری و چگونگی استفاده از خود مهربان و ابعاد اشتیاق و التیام در برخورد با افکار تکراری. دادن تکلیف در خصوص افکار تکراری هفته و بعد و نحوه استفاده عضو از مهارت‌های مشفقانه در برخورد با این افکار.

جلسه هفتم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف‌ها، معرفی مهارت‌های مقابله‌ای،

جدول ۱- مقادیر شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار |
|------------------|-------|-----------|---------|--------------|--------|-----------|---------|--------------|
| تاب‌آوری | کنترل | پیش‌آزمون | ۶/۲۶ | ۱/۴۸ | آزمایش | پیش‌آزمون | ۶/۲۶ | ۱/۷۹ |
| | | پس‌آزمون | ۷/۳۳ | ۱/۶۳ | | پس‌آزمون | ۲/۰۵ | ۱۰/۲۶ |
| راهبرد مقابله‌ای | کنترل | پیش‌آزمون | ۴۹/۴۶ | ۴/۲ | آزمایش | پیش‌آزمون | ۴۸/۰۶ | ۳/۴۱ |
| | | پس‌آزمون | ۵۳/۲۶ | ۴/۴۷ | | پس‌آزمون | ۴/۰۶ | ۶۹/۸۶ |

است. لذا در ابتدا بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های این روش‌های آماری انجام شد که نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جدول ۲ حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌ها می‌باشد. همان‌طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مقدار

جدول ۲- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف

| متغیر | گروه | کولموگروف اسمیرنوف | معنی داری |
|---------------------|-----------|--------------------|-----------|
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون | ۰/۵۹ | ۰/۸۶ |
| | پس‌آزمون | ۰/۵۱ | ۰/۹۵ |
| راهبردهای مقابله‌ای | پیش‌آزمون | ۰/۸ | ۰/۵۴ |
| | پس‌آزمون | ۰/۷۵ | ۰/۶۲ |

F آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق، غیرمعنی دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز تأیید می‌شود.

نتایج آزمون لون در جدول ۴ بیانگر مقدار معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا این سطح معناداری نشان می‌دهد که از مفروضه یکسانی واریانس‌ها نیز تخطی نشده است.

جدول ۳- نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون

| متغیر | منبع تغییرات | مقدار F | معناداری |
|---------------------|-----------------|---------|----------|
| تاب‌آوری | پیش‌آزمون* گروه | ۱/۷۴ | ۰/۱۹۸ |
| راهبردهای مقابله‌ای | پیش‌آزمون* گروه | ۲/۰۰۲ | ۰/۱۶۹ |

جدول ۴- نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

| متغیر | درجه آزادی اول | درجه آزادی دوم | مقدار F | سطح معناداری |
|---------------------|----------------|----------------|---------|--------------|
| تاب‌آوری | ۱ | ۲۸ | ۰/۹۵ | ۰/۳۳ |
| راهبردهای مقابله‌ای | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۰۶ | ۰/۹۰۱ |

اهمیت و کاربرد هر یک از این مهارت‌ها در زندگی، چگونگی ارتباط استفاده از خود مهربان و مهارت‌های خودمهربانی در استفاده و برخورد با مهارت‌های مقابله‌ای به‌خصوص در موارد عدم تصمیم‌گیری درست. ارائه تکلیف در خصوص مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات پیش‌آمده و چگونگی استفاده عضو از خود مهربان در هنگام استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای آموخته شده.

جلسه هشتم: خواندن دعای مهربانی با خود توسط یکی از اعضا، سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، بررسی تکلیف‌ها، بحث و نتیجه‌گیری، ارائه احساسات مثبت همراه با مهربانی در مورد خود و اعضا و در پایان پس‌آزمون (پرسش‌نامه‌ها).

در راستای بررسی پژوهش از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها (کولموگروف- اسمیرنوف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) و چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. کلیه‌ی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها

مقادیر شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک گروه کنترل و گروه آزمایش در جدول ۱ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بر اساس میانگین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای، در گروه کنترل و گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در سطح پایین و متوسط قرار دارند. اما در پس‌آزمون گروه آزمایش این معیارها بهبود یافته‌اند به‌طوری‌که آنها افزایش یافته‌اند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) و چندمتغیره (مانکوا) استفاده گردیده

همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل تأثیر متغیر کمکی (پیش‌آزمون) بر روی متغیر وابسته، بین دو گروه از لحاظ راهبردهای مقابله‌ای (مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵) تفاوت معنادار وجود دارد یا به عبارتی شفق‌درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای در زنان دارای سابقه خودکشی تأثیر دارد. این بیانگر آن است که آموزش درمان راه‌حل‌محور توانسته است راهبردهای مقابله‌ای را بهبود دهد و باعث افزایش معنادار راهبردهای مقابله‌ای این افراد در گروه آزمایش شده است. از طرفی به دلیل اینکه مقدار مجذور اتا برای گروه برابر با ۰/۷۳ می‌باشد، می‌توان گفت ۷۳ درصد از کل واریانس و پراکندگی متغیر راهبردهای مقابله‌ای توسط اثرات گروه تبیین شده است.

بعد از اطمینان از عدم تخطی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی تأثیر شفق‌درمانی بر مؤلفه تاب‌آوری زنان دارای سابقه خودکشی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده می‌شود. ابتدا نتایج آزمون M باکس جهت اطمینان از عدم تخطی مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس بررسی شد. همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۰۱ است. لذا از این مفروضه تخطی نشده است.

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۶ ارائه شده است. همان‌طوری که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود

جدول ۵- نتایج آزمون مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس

| Box's M | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---------|------|--------------|--------------|--------------|
| ۳/۶ | ۱/۱۱ | ۳ | ۱۴۱۱۲۰ | ۰/۳۴۴ |

جدول ۶- نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمرات تاب‌آوری

| نام آزمون | مقدار | f | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-------------------|-------|--------|------------|----------------|--------------|-----------|------------|
| اثر پیلای | ۰/۹۴ | ۱۹۹/۱۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۵۹ | ۱۹۹/۱۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱ |
| اثر هنتلینگ | ۱۵/۹۲ | ۱۹۹/۱۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۱۵/۹۲ | ۱۹۹/۱۱ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱ |

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن آنکوا بر روی میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر | منبع تغییر | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---------------------|------------|---------------|-------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون | | ۴۵۵/۰۰۳ | ۱ | ۴۵۵/۰۰۳ | ۲۱۳/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| راهبردهای مقابله‌ای | گروه | ۲۳۶۵/۲۵ | ۱ | ۲۳۶۵/۲۵ | ۱۱۰۷/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ |
| | خطا | ۵۷/۶۶ | ۲۷ | ۲/۱۳ | | | |

سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها بیانگر آن هست که بین گروه آزمایش (شفق‌درمانی) و گروه گواه بر میزان تاب‌آوری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بنابراین بین گروه آزمایش (شفق‌درمانی) و گروه کنترل در بهبود تاب‌آوری در زنان دارای سابقه خودکشی تفاوت معنادار وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۴ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۷۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش مربوط به تأثیر شفق‌درمانی می‌باشد.

بحث

همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد شفق‌درمانی یا همان شفق با خود توانسته بود بر میزان تاب‌آوری و مهارت‌های مقابله‌ای تأثیر بگذارد و متغیرهای تاب‌آوری و مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود دهد. این نتیجه با نتایج تحقیقات گرین (Green) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۲) و ساپوژنیکوف (Sapozhnikov) و همکاران (۲۰۲۲) (۳) همسو بود. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت

در مداخله شفقت‌درمانی فرد یاد می‌گیرد که رویکردی مشفقانه نسبت به خود و مشکلات زندگی‌اش داشته باشد. شفقت‌درمانی دربرگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است، این درمان بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد؛ از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرآیندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند (۱۱). در واقع فرد یاد می‌گیرد با نگاهی مشفقانه به خود و اطرافیانش، همیشه افرادی چون پدر و مادر و نزدیکان می‌توانند در مواقع سختی حامی وی باشند. پیوند گسسته خود را دوباره با این نزدیکان ترمیم کنند. در واقع با ایجاد پیوند مشفقانه بین خود و اطرافیان دلسوزش، پایگاه امنی برایش ایجاد می‌شود تا بتواند در مواقع نیاز به این افراد مراجعه کند (۱۵).

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت با توجه به میزان فشار کاری و استرس وارد شده در محیط و تصمیم‌گیری‌های بعدی باعث ایجاد دردهای روان‌تنی چون سردردهای عصبی، اختلالات تنفسی، دردهای ایجاد شده در ناحیه سینه و قلب و همچنین تغییر در اشتها و خواب می‌شود. شفقت‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند.

References

1. Edgar L. Coping Skills for Oncology Patients: A Practical Guide. *Semin Oncol Nurs.* 2022;38(5):151335.
2. Zaheer J, Shera W, Sing Hong Lam J, Fung WLA, Law S, Links PS. "I think I am worth it. I can give up committing suicide": Pathways to recovery for Chinese-Canadian women with a history of suicidal behaviour. *Transcult Psychiatry.* 2019;56(2):305-326.
3. Sapozhnikov S, Golenkov A, Rihmer Z, Ungvari GS, Gazdag G. Weekly patterns of suicide and the influence of alcohol consumption in an urban sample. *Ideggyogy Sz.* 2022;75(3-04):99-104.
4. Cepeda A, Nowotny KM, Frankeberger J,

یکی از مواردی که در زنان دارای سابقه اقدام به خودکشی قابل توجه است که فشار موقعیت‌هایی که در آن قرار دارند و هجوم فشارهای اطراف و حتی گاهی فشارهای کوچک زندگی باعث می‌شود که تصمیم‌گیری برای آنها مشکل گردد (۳). وجود این مشکلات پیاپی باعث می‌شود شکست‌های پی‌درپی را تجربه کند و این احساس درماندگی سبب می‌شود تا احساس اضطراب، فلج شدن، سردرگمی، خشمگین بودن از خود در وی تقویت شود. با توجه به اینکه در شفقت‌درمانی شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که نسبت به خود دیدگاه مهربانانه‌تر داشته باشند، همچنین به این مسئله پی می‌برند که تمامی انسان‌ها در زندگی خود مشکلاتی دارند و تنها تفاوت موجود میان انسان‌ها در نحوه برخورد با این مشکلات است؛ لذا در هنگام به وجود آمدن مشکلات، خود را با سعه‌صدر می‌پذیرند. بنابراین مداخله شفقت‌درمانی منجر به افزایش استفاده این زنان از مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی شده است (۱۳).

همچنین می‌توان گفت زنان دارای سابقه اقدام به خودکشی در مواقع بروز مشکلات توانایی حفظ آرامش برای آنها سخت می‌شود و دست به رفتارهای هیجانی چون مشغول کردن خود به رفتارهای دیگر، پرخاشگری، افسردگی و گوشه‌گیری، تلافی کردن مسائل خود بر سر دیگران زده و در برخی از موارد نیز خود را به بی‌خیالی می‌زنند (۱۰). نتایج این نوع برخورد با مشکلات منجر به احساس تنهایی و سرخوردگی بیشتر شده و احساس بی‌کفایتی را در فرد تقویت می‌کند. در رویکرد شفقت‌درمانی فرد با استفاده از تکنیک‌های مشفقانه و تقویت خود مهربان در خود در می‌یابد که با استفاده از روش‌های مسئله‌مدار بهتر می‌تواند در حل مشکلاتش موفق باشد (۸). فرد با استفاده از تکنیک‌های شفقت به خود، هیجانات منفی را از خود دور کرده و با مدیریت خود مهربان و استفاده از روش‌های صحیح نسبت به حل مشکلات خود اقدام می‌کند (۴). بنابراین شفقت‌درمانی بر استرس این زنان تأثیر داشته است. همچنین می‌توان گفت یکی از روش‌هایی می‌تواند در کنار رویکردهای مسئله‌مدار حل مسئله استفاده شود استفاده از حمایت افراد باتجربه مورد اعتماد است (۹).

workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *J Nurs Manag.* 2021;29(7):1893-1905.

Ramirez E, Rodriguez VE, Perdue T, Valdez A. Examination of multilevel domains of minority stress: Implications for drug use and mental and physical health among Latina women who have sex with women and men. *PLoS One.* 2020;15(3):e0230437.

5. Argento A, Simundic A, Mettler J, Mills DJ, Heath NL. Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindfulness Activity in University Students With Non-Suicidal Self-Injury Engagement. *Arch Suicide Res.* 2022;26(2):871-885.

6. Zaheer J, Eynan R, Lam JSH, Grundland M, Links PS. "We Went Out to Explore, But Gained Nothing But Illness": Immigration Expectations, Reality, Risk and Resilience in Chinese-Canadian Women with a History of Suicide-Related Behaviour. *Cult Med Psychiatry.* 2018;42(3):504-534.

7. Namasaba M, Kazembe N, Seera G, Baguwemu AA. Broadening the scope of social support, coping skills and resilience among caretakers of children with disabilities in Uganda: a sequential explanatory mixed-methods study. *BMC Public Health.* 2022;22(1):690.

8. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol.* 2018;6(1):30.

9. Babić R, Babić M, Rastović P, Čurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub.* 2020;32(Suppl 2):226-232.

10. Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(5):131-204.

11. Neff KD. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu Rev Psychol.* 2023;74:193-218.

12. Green AA, Kinchen EV. The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs.* 2021;39(4):356-368.

13. Guo L, Zhang J, Mu L, Ye Z. Preventing Postpartum Depression With Mindful Self-Compassion Intervention: A Randomized Control Study. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(2):101-107.

14. Prescott DS. Self-compassion in Treatment and with Ourselves. *Curr Psychiatry Rep.* 2023;25(1):7-11.

15. Moran DJ, Ming S. The Mindful Action Plan: Using the MAP to Apply Acceptance and Commitment Therapy to Productivity and Self-Compassion for Behavior Analysts. *Behav Anal Pract.* 2020;15(1):330-338.

16. Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care