

Received: 2022/03/6
Accepted: 2022/06/12

How to cite:

Nikbakht N, Donyavi R, Mosavi SM.
The effectiveness of compassion-
focused therapy on ambivalence in
expressing emotion and impulsivity in
people with a history of suicide.
EBNESINA 2023;25(2):70-77.
DOI: 10.22034/25.2.70

Brief Report

The effectiveness of compassion-focused therapy on ambivalence in expressing emotion and impulsivity in people with a history of suicide

Nasimeh Nikbakht¹, Reza Donyavi^{2✉}, Seyed Mohammad Mosavi³

Abstract

Background and aims: Suicide is one of the risky behaviors that can lead to many negative personal and social consequences. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy on ambivalence in expressing emotion and impulsivity in people with a history of suicide.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. With the purposive sampling method, 30 people with a history of suicide referred to psychiatric centers of Sari city were selected and were divided into two experimental and control groups by simple random assignment (15 people in each group). In order to collect data, the ambivalence questionnaire and the impulsivity questionnaire were used. Subjects in the experimental group underwent compassion-focused therapy. Data analysis was done covariance analysis method.

Results: The scores of emotional expression ambivalence and impulsivity variables among the experimental group were respectively 111.06 and 106.13 in the pre-test, which decreased to 83.71 and 77.91 in the post-test. These scores among the control group were respectively 112.80 and 105.20 in the pre-test, and 110.18 and 103.51 in the post-test. The results of covariance analysis showed that compassion-focused therapy was significantly effective on the post-test scores of ambivalence in emotional expression and impulsivity at the level of 0.001.

Conclusion: Compassion-focused therapy can help to reduce emotional ambivalence and impulsivity in people with a history of suicide. Therefore, compassion-focused therapy can be used to reduce risk factors for suicide.

Keywords: Emotion, Impulsivity, Self Compassion, Suicide

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 25, No. 2, Serial 83 Summer 2023)

1. MSc, Islamic Azad University, Sari branch, Sari, Iran

2. Assistant professor, Department of Psychology, Neka Branch, Islamic Azad University, Neka, Iran

3. Assistant professor, Mazandaran University of medical sciences, Sari, Iran

✉ Corresponding Author:

Reza Donyavi

Address: Department of Psychology,
Neka Branch, Islamic Azad University,
Neka, Iran

Tel: +98 (21) 33259528

E-mail: Rezaadonyavi@gmail.com



Copyright© 2023. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

گزارش کوتاه

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی

نسیمه نیک بخت^۱، رضا دنیوی^۲، سید محمد موسوی^۳

چکیده

زمینه و اهداف: اقدام به خودکشی از جمله رفتارهای پرخطری است که می‌تواند تبعات منفی فردی و اجتماعی بسیاری را به دنبال داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی بود.

روش بررسی: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از افراد دارای سابقه خودکشی مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی شهرستان ساری انتخاب شده و با گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان و پرسشنامه تکانشگری استفاده شده است. آزمودنی‌های گروه آزمایشی تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس انجام گردید.

یافته‌ها: نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون در دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری ۱۱۱/۰۶ و ۱۰۶/۱۳ بود که در پس‌آزمون به ۸۳/۷۱ و ۷۷/۹۱ کاهش یافت. نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون در دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری ۱۱۲/۸۰ و ۱۰۵/۲۰ و در پس‌آزمون ۱۱۰/۱۸ و ۱۰۳/۵۱ بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، اثر گروه شفقت درمانی با بر نمرات پس‌آزمون دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است.

نتیجه گیری: بر این اساس، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی کمک کند. بنابراین می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت برای کاهش عوامل خطر مربوط به خودکشی سود جست.

کلمات کلیدی: هیجان، تکانشگری، خودشفقتی، خودکشی

۱. کارشناسی‌ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران
۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران

نویسنده مسئول: رضا دنیوی

آدرس: گروه روانشناسی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران

تلفن: ۳۳۲۵۹۵۲۸ (۱۱) ۰۹۸+

ایمیل: Rezaadonyavi@gmail.com

(سال بیست و پنجم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، مسلسل ۸۳)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۲

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

مقدمه

آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که میزان خودکشی در طی ۵۰ سال اخیر سیر صعودی داشته است و به عنوان دومین علت شایع مرگ و میر در سنین ۱۵-۲۹ معرفی شده است [۱]. بر همین اساس، پیشگیری از خودکشی به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از برنامه روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ هدف‌گذاری شده است [۲]. مصرف آفت‌کش‌ها، حلق آویز شدن و سلاح گرم از شایع‌ترین روش‌های خودکشی در سطح جهان هستند، اما بسیاری از روش‌های دیگر با توجه به گروه اجتماعی، فرهنگی، در دسترس بودن و حتی برحسب جنسیت استفاده می‌شوند [۳]. به طور فراوان، سابقه اقدام به خودکشی، یکی از قوی‌ترین پیشگویی‌کننده‌های شناخته شده برای اقدام به خودکشی است و خطر خودکشی را تا ۱۰ برابر بخصوص در سال اول وقوع افزایش می‌دهد [۲]. یافته پژوهش‌ها نشان دهنده این است که خودکشی یک کنش چند عاملی است که عوامل آن می‌تواند در پنج عامل روانشناختی، زیستی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی طبقه‌بندی شود [۳]. تکانشگری نوعی تمایل به انجام واکنش سریع و بدون برنامه‌ریزی است که ممکن است فرد بدون توجه به آثار و تبعات ناشی از اقدامی خاص، دست به آن اقدام بزند [۴]. رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمال را شامل می‌شوند که روی آنها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ و با وقوع آنی، بدون توانایی در تمرکز بر یک تکلیف خاص و در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند [۵]. تکانشگری به صورت یک بُعد شناختی مفهوم‌پردازی شده است؛ به این معنا که تکانشگری با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص همراه است [۴]، بنابراین افراد تکانشگر تمایل بیشتری به تجربه رویدادهای تحریک‌کننده و دردناک دارند و این وضعیت منجر به خوگیری آنها به ترس و درد شده و در نهایت موجب ایجاد ظرفیت برای درگیر شدن در رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شود

[۵].

پژوهشگران بر این باورند که بین مشکل در سازگاری هیجانی و مشکلات مرتبط با سلامت روان، رابطه وجود دارد [۶]. یکی از مفاهیم مهم مطرح در رابطه با سازگاری هیجانی، دوسوگرایی در ابراز هیجان^۱ است که برای اولین بار در دهه ۱۹۰۰ مطرح شد [۷]. دوسوگرایی در ابراز هیجان، به عنوان گرایش به تردید نسبت به ابراز هیجان تعریف می‌شود [۱۴]. اعتقاد بر این است که ابراز یا عدم ابراز هیجان به خودی خود، نمی‌تواند مشکل‌ساز باشد بلکه آنچه مشکل ایجاد می‌کند، تعارض یا دوسوگرایی است که فرد در ابراز هیجان تجربه می‌کند [۸] چرا که دوسوگرایی در ابراز هیجان به صورت هم تمایل به ابراز هیجان و هم تمایل به بازداری آن تجربه می‌شود. در واقع می‌توان گفت در حالت دوسوگرایی در ابراز هیجان بین سبک مورد علاقه فرد و سبک معمول وی در رابطه با ابراز هیجان، تعارض وجود دارد [۹]. یافته پژوهش‌ها از رابطه بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با طیفی از آسیب‌های روانی حکایت دارند. دوسوگرایی در ابراز هیجان با سطوح بالاتر جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی، گرایش به خودکشی، خصومت، هراس، عقاید پارانوئید، گرایش‌های وسواسی-جبری، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت بین‌فردی، ترس از صمیمیت و سردرگمی در درک و فهم حالات چهره‌ای دیگران و همچنین سطوح پایین عزت نفس، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی رابطه دارد [۱۰].

از روش‌هایی که امروزه در کنار درمان‌های پزشکی برای کاهش مشکلات روانشناختی به خصوص گرایش به رفتارهای پرخطر به کار می‌رود، درمان متمرکز بر شفقت است. شفقت به خود، به عنوان حساسیت به رنج خود و دیگران و تلاش برای کاهش یا جلوگیری از آن تعریف شده است و می‌تواند منجر به پایداری عاطفی گردد [۱۱]. خودشفقتی به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود،

1. ambivalence over emotional expression

بوده است [۱۶-۱۳].

خودکشی یکی از عمده‌ترین نگرانی‌های سلامت عمومی در بسیاری از جوامع است. در ایران نیز میزان خودکشی بالاست و در این رابطه، در جایگاه سوم از بین کشورهای سراسر جهان قرار دارد و بنابراین جامعه ایران هزینه سنگینی را از این بابت متحمل می‌شود [۱]. طبق یافته مطالعات، تکانشگری و مشکلات هیجانی از عوامل مهم و تعیین کننده در گرایش به خودکشی است [۳]. با این حال مطالعات مربوط به به کارگیری مداخلات روانشناختی به منظور اصلاح این ضعف و آسیب‌ها محدود است. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد دارای سابقه خودکشی بود که مشکل آنها توسط متخصص تشخیص داده شده و در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰ به مراکز روانپزشکی شهرستان ساری جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده بودند. از بین این افراد با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس شرایط ورود به مطالعه، ۳۶ نفر انتخاب شده و با گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۸ نفر). گروه آزمایش تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از سابقه خودکشی، تمایل افراد برای مشارکت در پژوهش، نداشتن بیماری حاد روانپزشکی مانند سایکوز، نداشتن بیماری جسمانی حاد مانند سرطان و دارا بودن حداقل تحصیلات در سطح سیکل. شرایط خروج عبارت بودند از عدم شرکت در بیش از دو جلسه درمانی و دریافت مداخله درمانی همزمان. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و توان مطالعه ۸۰٪ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه به دست آمد که با

اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است [۱۲]. خود مهربانی، به معنی داشتن نگرشی امیدوارانه و درک کننده نسبت به خود، به جای نگرش منفی است. ذهن آگاهی، در چارچوب خودشفقتی نیازمند آن است که شخص دیدگاهی متعادل نسبت به احساسات منفی داشته باشد. انسانیت مشترک شامل به رسمیت شناختن این است که انسان ناقص است و این که ما در درد و رنجهایمان تنها نیستیم [۱۳]. زمانی که درد و رنج بدون هیچ تقصیری از طرف خود شخص رخ می‌دهد و زمانی که درد و رنج ناشی از اشتباهات، شکست‌ها و یا ضعف شخصی خود شخص باشد، شفقت اهمیت پیدا می‌کند [۱۴]. با این حال اگر فرد نقاط ضعف خود را نادیده بگیرد و در تلاش برای جلوگیری از سرزنش خود باقی بماند، شفقت نتیجه عکس می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک مدل چندبعدی، متشکل از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین، تصویرسازی و مداخلات رفتاری است [۱۵]. این روش درمانی، مراجع را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طی فرایندهای تفکر منفی تشویق می‌کند. در این روش درمانی، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه درونی خود را بشناسند و نسبت به آن را احساس شفقت داشته باشند [۱۶]. اصول پایه این درمان به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای بیرونی که به افراد آرامش می‌دهند درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد و آرامش می‌یابد، در مواجهه با عوامل درونی نیز آرام شود [۱۳]. در تمرین خود شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در کاهش استرس، تجربه و تنظیم هیجانات، خود تنظیمی و کاهش واکنش‌های آنی دارند. طبق یافته مطالعات موجود، درمان متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودآسیب‌رسانی، خودانتقادگری و دشواری در تنظیم هیجان و افزایش سطح سلامت روان مؤثر

جدول ۱- شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف جلسه و مداخلات
۱	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت.
۲	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق.
۳	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش)
۴	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بُد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی؛ معرفی فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری). توضیح این موضوع که برای اینکه مراجع به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد.
۵	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل استفاده از ریتم تنفسی آرام بخش، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (با تکنیک سه صندلی).
۶	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل انجام ریتم تنفسی آرام بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه
۷	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل انجام ریتم تنفسی آرام بخش قبل از هر تمرین تمرین شفقت نسبت به دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین به او داده بنویسد. متمرکز کردن خود مشفق به سمت دیگران تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران، در پایان این تمرین مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین به او داده بنویسد. تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده آل و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت
۸	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی جلسات گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آنها.

سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ ماده است. فرد باید به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه که در یک مقیاس چهار درجه‌ای (از هیچ‌گاه تا همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. حداقل و حداکثر نمره در پرسشنامه تکانشگری به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تکانشگری بیشتر در فرد است. این ابزار دارای همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنک است که نشان‌دهنده روایی همگرایی آن است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ گزارش شده است [۴].

شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ آمده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، اهداف و اهمیت پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد، رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در فرایند پژوهش از آنها اخذ شد. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن

در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصد در هر گروه، حجم نمونه برای هر گروه به ۱۸ نفر افزایش یافت [۱۷].

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta\right)^2}{\Delta^2} + 1$$

در ابتدا و در طی یک جلسه توجیهی در رابطه با اهداف و روند پژوهش و نحوه برگزاری جلسات و تعداد آنها برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد. در ادامه برای گروه آزمایش، درمان متمرکز بر شفقت در قالب ۸ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای، به صورت دو جلسه در هفته اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در آغاز و پس از پایان درمان از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجانی و پرسشنامه تکانشگری را تکمیل کنند. جلسات درمان متمرکز بر شفقت به صورت گروهی توسط نویسنده اول این مقاله و با نظارت استاد راهنما و مشاور در اردیبهشت ۱۴۰۰ در بیمارستان اعصاب و روان شهید زارع شهرستان ساری برگزار شد. در نهایت به خاطر ریزش سه نفر در هر یک از گروه‌های کنترل و آزمایش، داده‌های به دست آمده از ۱۵ نفر در هر گروه مورد آنالیز قرار گرفت.

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجانی توسط کینگ و ایمنز^۱ (۱۹۹۰) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۸ ماده و دو خرده مقیاس است به طوری که مواد ۱ تا ۱۶ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و مواد ۱۷ تا ۲۸ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز استحقاق است. روش نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرت در دامنه ۱ تا ۵ درجه (از هرگز تا همیشه) است. نمره کل فرد از ۲۸ تا ۱۴۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان دوسوگرایی بیشتر در ابراز هیجان هستند. روایی سازه پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجانی با تحلیل عاملی تأییدی و تأیید ساختار دو بعدی آن مناسب گزارش شده است [۸].

پرسشنامه تکانشگری توسط فُساتی^۲ و همکاران [۴] در

1. King & Emmons
2. Fossati

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
دوسوگرایی در ابراز هیجان	کنترل	۱۱۲/۸۰±۳۱/۲۱	۱۱۰/۱۸±۲۲/۴۸
	آزمایش	۱۱۱/۰۶±۲۴/۰۸	۸۳/۷۱±۱۹/۹۵
تکانشگری	کنترل	۱۰۵/۲۰±۲۰/۸۹	۱۰۳/۵۱±۱۷/۷۸
	آزمایش	۱۰۶/۱۳±۱۸/۴۷	۷۷/۹۱±۱۹/۳۴

اطلاعات اطمینان داده شد و آنها در صورت تمایل می‌توانستند از نتایج پرسشنامه‌های خود مطلع شوند.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ شرکت کننده حضور داشت (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل). میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۳۰/۳۲±۵/۷۲ و گروه کنترل ۳۰/۸۰±۶/۱۲ سال بود که تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر سن وجود نداشت. در گروه آزمایش ۹ (۶۰٪) زن و ۶ (۴۰٪) مرد و در گروه کنترل ۱۰ (۶۶٪) زن و ۵ (۳۴٪) مرد حضور داشتند. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶٪) متأهل و ۸ نفر (۵۴٪) مجرد و در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰٪) متأهل و ۶ نفر (۴۰٪) مجرد حضور داشتند. نتایج به دست آمده از آزمون مجذور کای بیانگر این بود که بین گروه‌های پژوهش از نظر متغیر جنسیت و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد.

به منظور مقایسه تفاوت نمرات دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری بر حسب منبع اثرات مربوط به گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون شاپیرو و یلکز بر نرمال بودن توزیع نمرات دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری حکایت داشت ($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط همگنی واریانس در بین گروه‌ها از نظر هر دو متغیر برقرار است ($p > 0/05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار p	ضریب تا
پیش آزمون							
دوسوگرایی در ابراز هیجان	۱	۵۱۷/۲۹	۱	۵۱۷/۲۹	۱۲/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۱۶
تکانشگری	۱	۷۳۸/۴۱	۱	۷۳۸/۴۱	۱۵/۴۷	۰/۰۳۱	۰/۱۸
گروه							
دوسوگرایی در ابراز هیجان	۱	۴۶۲/۷۰۳	۱	۴۶۲/۷۰۳	۲۸۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
تکانشگری	۱	۱۷۲۴/۵۹۲	۱	۱۷۲۴/۵۹۲	۷۴۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶
خطا							
دوسوگرایی در ابراز هیجان	۲۸	۴۰/۰۵۰	۲۸	۱/۶۰۲			
تکانشگری	۲۸	۵۷/۸۷۹	۲۸	۲/۳۱۵			

نتایج در جدول ۳ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری معنادار است. به طوری که بعد از درمان متمرکز بر شفقت، دوسوگرایی در ابراز هیجانی و تکانشگری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی مؤثر بود. نتایج این یافته با پژوهش‌های قبلی مبنی بر تأثیر این مداخله همسو بود. مک‌لین^۱ و همکاران [۱۳] در بررسی خود بر روی زنان دارای تجربه بدرفتاری جنسی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی در این افراد مؤثر است. همچنین آنها نشان دادند که این مداخله در بهبودی علائم بالینی این افراد نیز مؤثر است. شهبازی و همکاران [۱۴] در بررسی خود بر روی نوجوانان مستعد برای اعتیاد نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در این افراد در کاهش افکار خود انتقادی و فرسودگی روانی اثربخشی بالایی دارد. دماوندیان و همکاران [۱۵] نیز در مطالعه خود بر روی نوجوانان بزهکار نشان دادند که در این افراد به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت در افزایش سطح خودتنظیمی هیجانی و کاهش میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان مؤثر است.

1. McLean

اساس درمان مبتنی بر شفقت، آموزش ذهن مشفق نسبت به خود و دیگران است. شفقت ورزی به خود به مثابه یک صفت روان شناختی مثبت در جهت بهبود شرایط پذیرش توانایی‌ها و بهزیستی روانی افراد عمل می‌کند [۱۳]. افرادی که از سطح بالاتری از شفقت‌ورزی برخوردارند، معمولاً از خود مهرورزی، حس اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی فزون‌تری بهره‌مند بوده و در تنظیم و تعادل هیجانات کارآمدتر هستند و اغلب در برخورد با مسائل و شرایط استرس‌زای زندگی از هیجان‌های مثبت و راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا نسبت به الگوها شناختی و هیجانی مشکل‌ساز خود بیشتر و عمیق‌تر آگاهی پیدا کنند و آنها را تغییر دهند [۱۴]. در همین رابطه در فرایند درمان مبتنی بر شفقت به فرد آموخته می‌شود تا تجارب و هیجانات درونی خود را بدون هرگونه سرکوبی ابراز بدارد. در واقع در بستر درمان مبتنی بر شفقت، فرد در وهله اول و در قالب حس مشترک انسانی، این را فرا می‌گیرد که نارسایی و نواقص و ضعف بخشی از وجود هر انسانی هستند و از مؤلفه‌های تفکیک‌ناپذیر زندگی هر انسانی تلقی می‌شوند. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت به فرد یاد می‌دهد تا در مواجهه با نارسایی‌ها و ضعف‌های خود و دیگران به گونه‌ای متفاوت ظاهر شود و بجای سرزنش و قضاوت خود یا دیگری، با دیدگاهی دلسوزانه و همراه با مهربانی به واقعیت موجود بنگرد [۱۵]. این نوع طرز برخورد موجب می‌شود تا فرد به جای انکار واقعیت دردناک، یا اجتناب و فرار از آن و یا سرزنش خود و دیگران، با موضعی انعطاف‌پذیر و پذیرا، با تمام ابعاد مسئله پیش رو مواجهه شود و بدون هرگونه ترس و نگرانی هیجانات مربوط به آن را تجربه نماید و بنابراین این فرایند با ترغیب فرد به مشاهده واقعیت موجود و ابراز تجارب درونی، به کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجانات کمک می‌کند. همچنین در فرایند درمان متمرکز بر شفقت است که فرد یاد می‌گیرد تا در برخورد با مسائل زندگی هر چند ناراحت‌کننده

و ناخوشایند، به جای واکنشی آنی و تکانشی نسبت به آن، با توجه و ذهن‌آگاهی کامل با آن موضوعات مواجهه شود و از رفتار عادت‌ی و تکانشی خودداری کند. در واقع بخش عمده‌ای از درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن‌آگاهی تمرکز دارد. تمرینات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن، آگاهی فرد را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی از جمله افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک و محرک‌های بیرونی افزایش می‌دهد [۱۶]. ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی به بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند و نسبت به ذهنیت خود آسیب‌رسان که منشأ بسیاری از الگوهای هیجانی و رفتاری ناسالم از جمله دوسوگرایی در ابراز هیجان و رفتارهای تکانشگرانه هستند، آگاهی پیدا کند [۱۵]. به طوری که تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آنها، باعث تغییرات شناختی و هیجانی و رفتاری و در نتیجه کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجانات و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی شد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد با سابقه خودکشی اثربخش است. بر همین اساس متخصصان حوزه سلامت روان می‌توانند برای پیشگیری و کاهش اقدامات خودکشی در جامعه، از مداخلات شفقت‌محور به منظور بهبود دوسوگرایی در ابراز هیجان و تکانشگری در افراد در معرض خطر به کار گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری محدود به افراد با سابقه خودکشی شهرستان ساری بود، بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر با محدودیت مواجهه است. همچنین به بررسی تأثیر متغیرهای مداخله‌گر از جمله جنس، سن و وضعیت تأهل و حذف اثر آنها پرداخته نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تا مطالعات بعدی بر روی جمعیتی بزرگتر و با در نظر گرفتن اثر متغیرهای مداخله‌گر انجام شوند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با مجوز اخلاق با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1400.038 تصویب شد. نویسندگان از کلیه عزیزانی که در پژوهش حاضر شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان این مقاله در تمامی مراحل انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند.

منابع مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه

References

1. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*. 2021;6(3):e164-e174. doi:10.1016/S2468-2667(20)30233-4
2. Ballard ED, Gilbert JR, Wusinich C, Zarate Jr CA. New methods for assessing rapid changes in suicide risk. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:1-9. doi:10.3389/fpsyt.2021.598434
3. McMahon K, Hoertel N, Olfson M, Wall M, Wang S, Blanco C. Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: a national study. *Psychiatry research*. 2018;269:386-393. doi:10.1016/j.psychres.2018.08.059
4. Cole AB, Littlefield AK, Gauthier JM, Bagge CL. Impulsivity facets and perceived likelihood of future suicide attempt among patients who recently attempted suicide. *Journal of affective disorders*. 2019;257:195-199. doi:10.1016/j.jad.2019.07.038
5. Reich R, Gilbert A, Clari R, Burdick KE, Szeszko PR. A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *Journal of affective disorders*. 2019;247:88-96. doi:10.1016/j.jad.2019.01.001
6. Van Denburg AN, Shelby RA, Caldwell DS, O'Sullivan ML, Keefe FJ. Self-efficacy for pain communication moderates the relation between ambivalence over emotional expression and pain catastrophizing among patients with osteoarthritis. *The journal of pain*. 2018;19(9):1006-1014. doi:10.1016/j.jpain.2018.04.001
7. Tsai W, Lu Q. Perceived social support mediates the longitudinal relations between ambivalence over emotional expression and quality of life among Chinese American breast cancer survivors. *International journal of behavioral medicine*. 2018;25:368-373. doi:10.1007/s12529-017-9705-9
8. Bryan JL, Young CM, Lucas S, Quist MC. Should I say thank you? Gratitude encourages cognitive reappraisal and buffers the negative impact of ambivalence over emotional expression on depression. *Personality and individual differences*. 2018;120:253-258. doi:10.1016/j.paid.2016.12.013
9. Radu-Lefebvre M, Randerson K. Successfully navigating the paradox of control and autonomy in succession: the role of managing ambivalent emotions. *International small business journal*. 2020;38(3):184-210. doi:10.1177/0266242619879078
10. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
11. Adibizadeh N, Sajjadian I. The effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety and emotion regulation in patients with coronary heart disease. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;61(supplement1):103-115. [Persian] doi:10.22038/MJMS.2019.13769
12. McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2018;27(2):161-175. doi:10.1080/10538712.2017.1390718
13. Shahbazi J, Khodabakhshi-Koolaei A, Davodi H, Heidari H. Effects of mindfulness-based self-compassion and attachment-based therapy on self-criticism and mental fatigue of male adolescents with addiction potential. *Journal of client-centered nursing care*. 2020;6(2):97-108. doi:10.32598/JCCNC.6.2.33.9
14. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and dialectic behavior therapy (DBT) on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in juvenile offenders of Tehran juvenile correction and rehabilitation center. *Quarterly social psychology research*. 2021;11(41):31-58. [Persian]
15. Ghodrati Torbati A, Nejat H, Toozandehjani H, Samari AA, Akbari Amarghan H. Effect of compassion-focused therapy (CFT) on blood cortisol and cognitive-emotion regulation in drug abusers. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2020;12(1):1-6. doi:10.5812/jjhs.100148
16. Morse JM. Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*. 2000;10(1):3-5. doi:10.1177/104973200129118183.