Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 3

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychosomatic Complaints, Perceived Burdensomeness, and Suicidal Ideation in Girls with a History of Suicide Attempts

Bahram Mohammadrezaei[1], Rouhollah Samadi[2], Razieh Yousefi[3], Bahman Rostami[4], Elahe Sanami[5]

[1] *Department of Clinical Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.Email: bahram.mohammadrezaei@iau.ir*

[2] *Department of Theology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.*

[3] *Department of Educational Sciences, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.*

[4] *Department of Guidance and Counseling, Farhangian University, Bint al-Huda Sadr Campus, Rasht, Iran.*

[5] *Department of Clinical Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.*

Citation: Mohammadrezaei, B., Samadi, R., Yousefi, R., Rostami, B., Sanami, E. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychosomatic Complaints, Perceived Burdensomeness, and Suicidal Ideation in Girls with a History of Suicide Attempts. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (3):45-60 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on psychosomatic complaints, perceived burdensomeness, and suicidal ideation in girls with a history of suicide attempts. The study was applied research with a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population included young girls with a history of suicide attempts in Hamadan, Iran, in 2025. The sample consisted of 30 participants (15 in the experimental group and 15 in the control group) selected through convenience and purposive sampling. The research instruments included the Psychosomatic Complaints Scale (Takata & Sakata, 2004), the Interpersonal Needs Questionnaire (Van Orden et al., 2012), and the Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979). The experimental group received compassion-focused therapy in 8 sessions of 90 minutes, while the control group received no psychological intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and SPSS software.

The findings indicated that compassion-focused therapy significantly reduced psychosomatic complaints, perceived burdensomeness, and suicidal ideation in the experimental group compared to the control group.

Based on the results, compassion-focused therapy appears to be an effective approach in reducing psychological vulnerability related to suicide through decreasing self-criticism, increasing self-compassion, and improving emotion regulation, and can be applied in preventive and therapeutic interventions.

Key words

Compassion-focused therapy, psychological pain, Perceived burdensomeness, Suicidal ideation.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی

بهرام محمدرضائی[۱]، روح‌الله صمدی[۲]، راضیه یوسفی[۳]، بهمن رستمی[۴]، الهه صنمی[۵]

۱ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران bahram.mohammadrezaei@iau.ir

۲ گروه الهیات، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۳ گروه علوم تربیتی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۴ گروه آموزش راهنمایی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، پردیس بنت‌الهدی صدر گیلان، رشت، ایران

۵ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

تاریخ دریافت
1404/1/2
تاریخ پذیرش نهایی
1404/6/31

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی انجام شد. روش پژوهش کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دختران جوان دارای سابقه اقدام به خودکشی در شهر همدان در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شکایات روان‌تنی (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴)، مقیاس نیازهای بین‌فردی (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۲) و مقیاس افکار خودکشی (بک و همکاران، ۱۹۷۹) بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش معنادار شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

بر اساس نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت رویکردی مؤثر در کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با خودکشی است که از طریق کاهش خودانتقادی، افزایش خودشفقتی و بهبود تنظیم هیجان عمل می‌کند و می‌تواند در مداخلات پیشگیرانه و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی
درمان مبتنی بر شفقت ، درد روانی، احساس سربار بودن ادراک‌شده، افکار خودکشی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

مقدمه

خودکشی یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت عمومی در جهان است که علاوه بر از دست رفتن جان افراد، پیامدهای گسترده روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی برای خانواده‌ها، نظام سلامت و جامعه به همراه دارد (شارعی و همکاران، ۲۰۲۴). خودکشی به مرگ ناشی از رفتار آسیب‌رسان خودهدایت‌شده با قصد پایان دادن به زندگی اطلاق می‌شود، در حالی که اقدام به خودکشی به رفتار خودآسیب‌رسانی با نیت مرگ گفته می‌شود که الزاماً به فوت فرد منجر نمی‌شود (فلاحتی و همکاران، ۲۰۲۳). اگرچه همه افرادی که افکار خودکشی را تجربه می‌کنند اقدام به خودکشی نخواهند کرد، اما وجود این افکار یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام و مرگ ناشی از خودکشی محسوب می‌شود (شارعی و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که اختلالات روان‌پزشکی، به‌ویژه اختلالات خلقی، سهم قابل‌توجهی در افزایش خطر افکار و رفتارهای خودکشی دارند و در بسیاری از موارد زمینه‌ساز اقدام به خودکشی هستند (رسولی و همکاران، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، خودکشی به‌عنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی، مستلزم شناسایی عوامل خطر و به‌کارگیری مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد برای کاهش احتمال تکرار رفتارهای خودکشی است (فلاحتی و همکاران، ۲۰۲۳).

در میان گروه‌های در معرض خطر، دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها به شمار می‌روند؛ زیرا تجربه یک اقدام به خودکشی معمولاً به معنای پایان یافتن بحران روان‌شناختی نیست، بلکه اغلب بیانگر تداوم مشکلات هیجانی، شناختی و بین‌فردی است که همچنان سلامت روان فرد را تهدید می‌کند (ویلوکیس، ۲۰۲۳). این افراد معمولاً با ناامیدی، خودانتقادی، دشواری در تنظیم هیجان، کاهش احساس ارزشمندی و مشکلات ارتباطی مواجه هستند که می‌تواند احتمال بازگشت افکار خودکشی و اقدام مجدد را افزایش دهد (پرزا و همکاران، ۲۰۱۹). ازاین‌رو، پژوهشگران در سال‌های اخیر تلاش کرده‌اند علاوه بر بررسی عوامل شناختی و هیجانی، به پیامدهای جسمانی ناشی از فشارهای روانی نیز توجه کنند؛ زیرا بسیاری از افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی، رنج‌های روان‌شناختی خود را به صورت علائم جسمانی تجربه و گزارش می‌کنند. بر همین اساس، شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی از جمله متغیرهایی هستند که می‌توانند در تبیین تداوم آسیب‌پذیری این افراد نقش مهمی ایفا کنند.

یکی از پیامدهای شایع فشارهای روان‌شناختی در افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی، بروز شکایات روان‌تنی است. شکایات روان‌تنی به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی مانند سردرد، خستگی، دردهای عضلانی، مشکلات گوارشی، اختلالات خواب و سایر ناراحتی‌های بدنی گفته می‌شود که منشأ اصلی آن‌ها عوامل روان‌شناختی، هیجانی و استرس‌های مزمن است و معمولاً با بیماری جسمانی مشخصی قابل تبیین نیست(روانو و همکاران، ۲۰۲۲). این نشانه‌ها بازتاب تعامل پیچیده فرایندهای روانی و جسمانی بوده و در شرایطی که فرد قادر به تنظیم مناسب هیجان‌های منفی نباشد، شدت بیشتری پیدا می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی در مقایسه با سایر افراد، شکایات روان‌تنی بیشتری را تجربه می‌کنند و این علائم با افسردگی، اضطراب، استرس، کاهش کیفیت زندگی و افت عملکرد روزانه ارتباط دارد (ویلوکیس، ۲۰۲۳؛ پرزا و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، تداوم شکایات روان‌تنی می‌تواند احساس ناتوانی، درماندگی و کاهش سلامت روان را تشدید کرده و زمینه تداوم مشکلات هیجانی و آسیب‌پذیری نسبت به رفتارهای خودکشی را فراهم سازد؛ ازاین‌رو، کاهش این شکایات یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی در افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی محسوب می‌شود(لیمنز و همکاران، ۲۰۲۲).

احساس سربار بودن ادراک‌شده یکی دیگر از متغیرهای مهمی است که در سال‌های اخیر در تبیین رفتارهای خودکشی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این مفهوم به باور فرد مبنی بر این‌که وجود او برای دیگران موجب زحمت، دردسر یا تحمیل بار اضافی است و نبودنش می‌تواند زندگی اطرافیان را آسان‌تر یا بهتر کند، اشاره دارد (ژو و همکاران، ۲۰۲۴). این احساس لزوماً بر پایه واقعیت شکل نمی‌گیرد، بلکه بیشتر حاصل ارزیابی‌های منفی فرد از ارزشمندی خود و کیفیت روابط بین‌فردی است. افرادی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

که با شکست‌های مکرر، طردشدگی، بیماری‌های مزمن، وابستگی طولانی‌مدت یا مشکلات اقتصادی و خانوادگی مواجه هستند، بیش از دیگران مستعد تجربه چنین احساسی‌اند (آرکناو و همکاران، ۲۰۲۲). تداوم احساس سربار بودن می‌تواند عزت‌نفس را کاهش داده و هیجان‌هایی مانند شرم، گناه، ناامیدی و بی‌ارزشی را تشدید کند و در نتیجه، فرد را از دریافت حمایت اجتماعی و برقراری روابط مؤثر با دیگران بازدارد (لیبرمن و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این احساس با افزایش افسردگی، انزوای اجتماعی و خطر رفتارهای خودکشی ارتباط مستقیم دارد و یکی از مؤلفه‌های اصلی در نظریه‌های شناختی و بین‌فردی خودکشی محسوب می‌شود (رینباو و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، تقویت روابط حمایتی، اصلاح باورهای ناکارآمد درباره خود و افزایش خودشفقتی می‌تواند احساس سربار بودن را کاهش داده و زمینه ارتقای سلامت روان را فراهم آورد (گئولایوف و همکاران، ۲۰۱۹؛ رینباو و همکاران، ۲۰۲۳).

در ادامه این فرایند، افکار خودکشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیامدهای آسیب‌پذیری روان‌شناختی مطرح می‌شود. افکار خودکشی مجموعه‌ای از اندیشه‌ها، تصاویر ذهنی یا اشتغالات فکری درباره پایان دادن به زندگی است که شدت آن می‌تواند از تمایل گذرا به مرگ تا برنامه‌ریزی جدی برای اقدام به خودکشی متغیر باشد (شارعی و همکاران، ۲۰۲۳). این افکار معمولاً زمانی شکل می‌گیرند که فرد در مواجهه با مشکلات زندگی احساس درماندگی کرده، آینده را فاقد امید بداند و توانایی خود را برای تغییر شرایط ناکافی ارزیابی کند (فلاحتی و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افسردگی، اضطراب، ناامیدی، تجربه رویدادهای آسیب‌زا، کاهش حمایت اجتماعی، شکایات روان‌تنی و احساس سربار بودن از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افزایش افکار خودکشی هستند (شارعی و همکاران، ۲۰۲۴؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در چنین شرایطی، خودکشی ممکن است در ذهن فرد به‌عنوان راهی برای پایان دادن به رنج و فشارهای روانی تلقی شود؛ در حالی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند تقویت امید، افزایش احساس تعلق، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی تخصصی می‌تواند احتمال تداوم این افکار را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (لی، ۲۰۲۴؛ هیل، ۲۰۲۴).

مرور یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی، پدیده‌هایی مستقل از یکدیگر نیستند، بلکه در قالب چرخه‌ای از آسیب‌پذیری روان‌شناختی با یکدیگر تعامل دارند. فشارهای روان‌شناختی مزمن و ناتوانی در ابراز یا تنظیم هیجان‌ها می‌تواند به بروز و تداوم شکایات روان‌تنی منجر شود و هم‌زمان ارزیابی فرد از خود و روابطش با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد. در چنین شرایطی، احساس سربار بودن تشدید شده و فرد به تدریج این باور را در خود پرورش می‌دهد که حضورش برای اطرافیان ارزشمند نیست. تداوم این فرایند، همراه با کاهش امید و احساس تعلق، زمینه شکل‌گیری و تشدید افکار خودکشی را فراهم می‌کند و در صورت نبود مداخله مناسب، احتمال اقدام مجدد به خودکشی را افزایش می‌دهد (رینباو و همکاران، ۲۰۲۳؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). ازاین‌رو، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که بتوانند به‌طور هم‌زمان شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن و افکار خودکشی را هدف قرار داده و با اصلاح شیوه مواجهه فرد با هیجان‌ها، خودپنداره و روابط بین‌فردی، چرخه آسیب‌پذیری را تضعیف کنند.

در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت یکی از رویکردهایی است که با هدف کاهش خودانتقادی، شرم و هیجان‌های منفی و تقویت نگرشی مهربانانه، پذیرنده و حمایتگر نسبت به خود توسعه یافته است (فرانکو و کریستی، ۲۰۲۱). این رویکرد بر این دیدگاه استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی زمانی تداوم می‌یابند که افراد در مواجهه با رنج و شکست، به جای پذیرش و حمایت از خود، خود را سرزنش کرده و در چرخه‌ای از احساس گناه، شرم و ناایمنی هیجانی گرفتار می‌شوند (اردشیرزاده و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر شفقت با بهره‌گیری از فنونی مانند ذهن‌آگاهی، تصویرسازی شفقت‌آمیز، تمرین‌های تنفسی، گفت‌وگوی درونی مهربانانه و پرورش «خودِ شفقت‌ورز»، تلاش می‌کند احساس امنیت و آرامش درونی را تقویت کرده و از شدت فعالیت سامانه تهدید بکاهد (گالیانا و همکاران، ۲۰۲۲؛ میلارد و همکاران،

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

۲۰۲۳). انتظار می‌رود تقویت این فرایندها، از یک‌سو شدت درد روانی را از طریق افزایش تحمل هیجان‌های دشوار و کاهش خودانتقادی کاهش دهد و از سوی دیگر، با اصلاح ارزیابی‌های منفی فرد از ارزشمندی خویش و افزایش احساس پذیرش، احساس سربار بودن ادراک‌شده را تضعیف کند. در نتیجه، کاهش رنج روانی و اصلاح نگرش فرد نسبت به خود می‌تواند به کاهش افکار خودکشی نیز منجر با توجه به تعامل میان شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی، به‌کارگیری مداخلاتی که بتوانند به‌طور هم‌زمان بر جنبه‌های هیجانی، شناختی و بین‌فردی این افراد اثر بگذارند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان، درمان مبتنی بر شفقت یکی از رویکردهای نوین روان‌شناختی است که با هدف کاهش خودانتقادی، شرم و هیجان‌های منفی و تقویت نگرشی مهربانانه، پذیرنده و حمایتگر نسبت به خود توسعه یافته است (فرانکو و کریستی، ۲۰۲۱). این رویکرد بر این اصل استوار است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی زمانی تداوم می‌یابند که افراد در مواجهه با ناکامی‌ها و رنج‌های زندگی، به جای درک و حمایت از خود، خود را سرزنش کرده و در چرخه‌ای از احساس گناه، شرم و تهدید هیجانی گرفتار شوند (اردشیرزاده و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر شفقت با بهره‌گیری از فنونی مانند ذهن‌آگاهی، تصویرسازی شفقت‌آمیز، تمرین‌های تنفسی، گفت‌وگوی درونی مهربانانه و پرورش «خودِ شفقت‌ورز» تلاش می‌کند سامانه آرامش و ایمنی را فعال کرده و شدت فعالیت سامانه تهدید را کاهش دهد (گالیانا و همکاران، ۲۰۲۲؛ میلارد و همکاران، ۲۰۲۳). انتظار می‌رود فعال شدن این فرایندها موجب کاهش تنش‌های هیجانی و در نتیجه کاهش بروز شکایات روان‌تنی شود. همچنین، افزایش پذیرش و مهربانی نسبت به خود می‌تواند ارزیابی‌های منفی فرد از ارزشمندی خویش را اصلاح کرده، احساس سربار بودن ادراک‌شده را کاهش دهد و از شدت افکار خودکشی بکاهد (اردشیرزاده

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دختران جوان دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی حافظ و مرکز مشاوره و روان‌شناسی پندار نیک شهر همدان در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و در دسترس انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزارG*Power ، با در نظر گرفتن حجم اثر ۰.۵۰، سطح معناداری ۰.۰۵ و توان آزمون

شود(اردشیرزاده و همکاران، ۲۰۲۲). یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب، شرم، خودانتقادی و افکار خودکشی و همچنین در بهبود تنظیم هیجان، تاب‌آوری و سلامت روان اثربخش است (کیلیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ فریسر و گریگوری، ۲۰۲۴).

و همکاران، ۲۰۲۲). یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز اثربخشی این رویکرد را در کاهش افسردگی، اضطراب، شرم، خودانتقادی، افکار خودکشی و بهبود تنظیم هیجان، تاب‌آوری و سلامت روان تأیید کرده‌اند (کیلیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ فریسر و گریگوری، ۲۰۲۴).

با وجود شواهد امیدوارکننده درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات این رویکرد را بر متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، تنظیم هیجان، خودانتقادی و کیفیت زندگی بررسی کرده‌اند و پژوهش‌هایی که تأثیر آن را به‌طور هم‌زمان بر شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی ارزیابی کرده باشند، به‌ویژه در جامعه ایرانی، بسیار محدود است. از آنجا که شکایات روان‌تنی می‌تواند بازتابی از فشارهای روان‌شناختی حل‌نشده باشد و احساس سربار بودن و افکار خودکشی نیز از مهم‌ترین عوامل تداوم آسیب‌پذیری در این گروه به شمار می‌روند، بررسی مداخلاتی که بتوانند این سه متغیر را به‌صورت هم‌زمان تحت تأثیر قرار دهند، از اهمیت نظری و کاربردی بالایی برخوردار است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی انجام شد.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

۰.۸۰، ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) برآورد شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال، سابقه حداقل یک بار اقدام به خودکشی، تأیید وضعیت روان‌شناختی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس مرکز، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اختلالات روان‌پریشی)، نداشتن وابستگی به مواد یا مصرف هم‌زمان داروهای مؤثر بر وضعیت روانی، عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، انصراف از ادامه همکاری، بروز شرایط بحرانی روان‌پزشکی در طول پژوهش یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

پس از انتخاب افراد واجد شرایط و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در مرحله نخست، از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه گروهی درمان مبتنی بر شفقت (هر جلسه ۹۰ دقیقه، هفته‌ای یک جلسه) تحت مداخله قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای تمامی شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج صرفاً در قالب یافته‌های پژوهشی گزارش می‌شود. همچنین شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله می‌توانستند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون کولموگروف–اسمیرنوف، آزمون M باکس، آزمون لوین، آزمون همگنی شیب رگرسیون و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها در تمامی تحلیل‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	اهداف	شرح جلسه	تکالیف خانگی
جلسه اول	آشنایی با درمان، ایجاد اتحاد درمانی، آموزش مفاهیم پایه درمان مبتنی بر شفقت	معرفی اعضا، ایجاد رابطه درمانی، بیان قوانین گروه، معرفی درمان مبتنی بر شفقت، آموزش مفهوم شفقت و تفاوت آن با ترحم و خوددلسوزی، آشنایی با سه نظام تنظیم هیجان (تهدید، انگیزش و آرامش)	ثبت موقعیت‌هایی که در آن‌ها خودانتقادی، احساس ناایمنی یا هیجان‌های منفی تجربه می‌شود و یادداشت افکار و احساسات مرتبط
جلسه دوم	افزایش آگاهی نسبت به خودانتقادی و آموزش ذهن‌آگاهی	بررسی تکالیف، آموزش ذهن‌آگاهی، شناسایی صدای منتقد درونی، آشنایی با نقش خودانتقادی در تداوم درد روانی و هیجان‌های منفی	انجام روزانه تمرین ذهن‌آگاهی (۱۰ تا ۱۵ دقیقه) و ثبت موقعیت‌های خودانتقادی و واکنش‌های هیجانی
جلسه سوم	پرورش خودشفقتی، تقویت احساس امنیت و کاهش درد روانی	آموزش تنفس آرام‌بخش، تصویرسازی شفقت‌آمیز و مکان امن، معرفی مفهوم «خودِ شفقت‌ورز» و تمرین فعال‌سازی احساس امنیت	تمرین روزانه تنفس آرام‌بخش، تصویرسازی مکان امن و ثبت تجربه‌های حاصل از تمرین
جلسه چهارم	کاهش شرم و خودانتقادی و افزایش نگرش مهربانانه نسبت به خود	بررسی نقش شرم، احساس گناه و خودسرزنشی در تداوم مشکلات، آموزش پاسخ شفقت‌آمیز به افکار منفی و تمرین گفت‌وگوی درونی مهربانانه	نوشتن یک نامه شفقت‌آمیز به خود و تمرین گفت‌وگوی درونی مهربانانه در موقعیت‌های دشوار
جلسه پنجم	اصلاح باورهای منفی درباره خود و کاهش احساس سربار بودن ادراک‌شده	شناسایی باورهای ناکارآمد درباره ارزشمندی خود، بررسی احساس سربار بودن ادراک‌شده، آموزش بازسازی شناختی مبتنی بر شفقت و جایگزینی افکار واقع‌بینانه	ثبت افکار مرتبط با احساس سربار بودن و بازنویسی آن‌ها از دیدگاه خودِ شفقت‌ورز

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

جلسه ششم	افزایش تحمل درد روانی و بهبود تنظیم هیجان	آموزش پذیرش هیجان‌های دشوار، تمرین مواجهه شفقت‌آمیز با درد روانی، افزایش تحمل هیجان و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان	استفاده از تمرین‌های شفقت هنگام تجربه هیجان‌های دشوار و ثبت تغییرات هیجانی
جلسه هفتم	تقویت روابط بین‌فردی، افزایش احساس تعلق و کاهش افکار خودکشی	آموزش دریافت و ابراز شفقت در روابط بین‌فردی، بررسی نقش حمایت اجتماعی، تمرین درخواست کمک و تقویت احساس تعلق	انجام یک رفتار شفقت‌آمیز نسبت به خود یا دیگران و ثبت پیامدهای آن
جلسه هشتم	تثبیت مهارت‌ها، پیشگیری از عود و افزایش خودکارآمدی	مرور مهارت‌های آموخته‌شده، جمع‌بندی جلسات، تدوین برنامه پیشگیری از عود، شناسایی عوامل خطر و راهبردهای مقابله با آن‌ها	ادامه تمرین‌های آموخته‌شده، اجرای برنامه مراقبت از خود و ثبت موقعیت‌های پرخطر و نحوه مقابله با آن‌ها

ابزار پژوهش

الف) مقیاس شکایات روان‌تنی

به‌منظور سنجش شکایات روان‌تنی از مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا استفاده شد. این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط تاکاتا و ساکاتا در ژاپن طراحی و اعتباریابی شد و شامل ۳۰ گویه است که با هدف ارزیابی شدت شکایات جسمانی ناشی از تنش‌ها و فشارهای روان‌شناختی تدوین شده است. این ابزار دارای ساختار تک‌عاملی بوده و پاسخ به هر گویه بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای شامل «هرگز»، «به‌ندرت»، «گاهی اوقات» و «به‌طور مکرر» به‌ترتیب با نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ انجام می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۹۰ است و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر شکایات روان‌تنی است.

در مطالعه اولیه، تاکاتا و ساکاتا ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برای این مقیاس گزارش کردند. همچنین، حاجلو (۱۳۹۱) در هنجاریابی نسخه فارسی، ضریب پایایی بازآزمایی را با فاصله یک ماه ۰.۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰.۸۵ گزارش کرد که بیانگر همسانی درونی مناسب این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مقیاس شکایات روان‌تنی ۰.۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن در نمونه مورد مطالعه است.

ب) مقیاس احساس سربار بودن ادراک‌شده

برای سنجش احساس سربار بودن ادراک‌شده از خرده‌مقیاس احساس سربار بودن برگرفته از مقیاس نیازهای بین‌فردی استفاده شد. این ابزار توسط ون اوردن و همکاران (۲۰۱۲) طراحی و اعتباریابی شده و یکی از مؤلفه‌های اصلی نظریه بین‌فردی خودکشی را ارزیابی می‌کند. خرده‌مقیاس احساس سربار بودن شامل ۶ گویه (سؤالات ۱ تا ۶) است که میزان ادراک فرد از سربار بودن برای دیگران را می‌سنجد.پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً نادرست» (۱) تا «کاملاً درست» (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این خرده‌مقیاس بین ۶ تا ۴۲ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده احساس سربار بودن بیشتر است.ون اوردن و همکاران (۲۰۱۲) پایایی مطلوبی برای این ابزار گزارش کردند؛ به‌طوری‌که آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس احساس سربار بودن حدود ۰.۸۹ گزارش شده است. همچنین کیانی و همکاران (۲۰۲۰) روایی همگرا و پایایی مناسب نسخه فارسی این ابزار را تأیید کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس برابر با ۰.۹۳ به دست آمد.

ج) مقیاس افکار خودکشی بک

برای سنجش افکار خودکشی از مقیاس افکار خودکشی بک استفاده شد. این مقیاس توسط بک و همکاران طراحی شده و شامل ۱۹ گویه است که شدت نگرش‌ها، افکار و تمایلات مرتبط با خودکشی را ارزیابی می‌کند. هر یک از گویه‌ها بر اساس مقیاس سه‌درجه‌ای ۰، ۱ و ۲ نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین دامنه نمرات کل بین ۰ تا ۳۸ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر افکار خودکشی است.این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. بک و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار را بین ۰.۷۸ تا ۰.۸۴ گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی این مقیاس نیز توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۴) هنجاریابی شده و نتایج پژوهش آنان بیانگر برخورداری این ابزار از روایی و پایایی مناسب در

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

جامعه ایرانی است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افکار خودکشی ۰.۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها برابر با ۲۲.۴ سال با انحراف معیار ۳.۱ سال بود. از نظر تحصیلات، اکثر شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم و کارشناسی بودند و دو گروه از نظر سن و تحصیلات پیش از مداخله با استفاده از آزمون‌های همگنی، همسان‌سازی شدند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد. این امر نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بوده‌اند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای شکایات روان‌تنی، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	گروه	درمان شناختی رفتاری		گواه	
		M	SD	M	SD
شکایات روان‌تنی	پیش‌آزمون	۷۱/۴۰	۹/۴۱	۹/۲۰	۷۱/۰۹
	پس آزمون	۵۴/۶۷	۸/۵۸	۸/۴۵	۷۰/۰۳
احساس سربار بودن	پیش‌آزمون	۲۵/۲۰	۴/۵۲	۲۵/۹۶	۴/۰۴
	پس آزمون	۱۹/۶۷	۳/۶۴	۲۵/۳۷	۴/۰۲
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۲۵/۶۰	۴/۱۸	۲۵/۱۶	۴/۰۴
	پس آزمون	۱۹/۳۳	۳/۱۲	۲۴/۸۲	۳/۰۵

نتایج نشان می‌دهد که در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)، میانگین هر سه متغیر در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است، در حالی که در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی مشاهده نمی‌شود. این الگو بیانگر اثر مثبت مداخله بر متغیرهای وابسته است. برای بررسی امکان استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد.

جدول ۳-آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در فرضیه پژوهش

متغیرها	مرحله	درمان شناختی رفتاری		گواه	
		شاخص Z	معناداری	شاخص Z	معناداری
شکایات روان‌تنی	پیش‌آزمون	۰/۵۵۰	۰/۹۲۳	۰/۶۹۷	۰/۷۱۷
	پس‌آزمون	۰/۶۶۵	۰۰/۷۶۸	۰/۷۹۵	۰/۵۵۲
احساس سربار بودن	پیش‌آزمون	۰/۹۵۶	۰/۳۲۰	۰/۶۱۷	۰/۸۴۱
	پس‌آزمون	۰/۶۱۵	۰/۸۴۴	۰/۷۷۲	۰/۵۹۰
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۰/۷۸۷	۰/۵۶۶	۰/۴۷۴	۰/۹۷۸
	پس‌آزمون	۰/۷۱۹	۰/۶۷۹	۰/۶۰۳	۰/۸۶۰

نتایج نشان داد سطح معناداری در تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰.۰۵ است؛ بنابراین توزیع داده‌ها نرمال بوده و استفاده از آزمون‌های پارامتریک مجاز است.

جدول ۴- آزمون ام‌باکس (همگنی ماتریس کوواریانس)

متغیرها	باکس M	شاخص F	معناداری

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

شکایات روان‌تنی	۵/۵۶۳	۱/۷۰۵	۰/۱۶۴
احساس سربار بودن	۲۰/۶۱۱	۱/۰۹۵	۰/۳۵۵
افکار خودکشی	۶/۶۵۲	۱/۹۹۵	۰/۴۵۲

نتایج نشان داد مقدار آزمون ام‌باکس در سطح غیرمعنادار قرار دارد ، بنابراین فرض همگنی ماتریس کوواریانس تأیید شد.

جدول ۵- آزمون لوین (همگنی واریانس‌ها)

متغیر	شاخص F	معناداری
شکایات روان‌تنی	۱/۵۰۶	۰/۲۳۰
احساس سربار بودن	۱/۱۳۱	۰/۲۹۷
افکار خودکشی	۲/۲۲۱	۰/۱۰۱

یافته‌ها نشان داد سطح معناداری در همه متغیرها بالاتر از ۰.۰۵ است؛ بنابراین واریانس خطای گروه‌ها برابر است.

جدول۶- همگنی شیب رگرسیون

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	شاخص F	معناداری
شکایات روان‌تنی	۱/۹۹۳	۲/۵۲۱	۰/۱۲۵
احساس سربار بودن	۱/۱۶۹	۲/۱۱۳	۰/۱۵۸
افکار خودکشی	۹/۵۲۱	۱/۹۴۱	۰/۱۵۷

در جدول فوق، سطح معناداری مقدار **F** تعامل همپراش برای کلیه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که معنادار نمی‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده است و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. در نتیجه با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های مربوط به توزیع آزمون پارامتری برآورده شده است، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌توان از آزمون پارامتری استفاده کرد.

جدول ۷- بررسی آزمون‌های معناداری مانکوا در فرضیه پژوهش

متغیر	آزمون	ارزش	آماره F	معناداری
شکایات روان‌تنی	اثرپیلایی	۰/۹۱۱	۱۲۲/۶۳۸	۰/۰۰۱**
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۹	۱۲۲/۶۳۸	۰/۰۰۱**
	اثر هتلینگ	۱۰/۲۲۰	۱۲۲/۶۳۸	۰/۰۰۱**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۲۲۰	۱۲۲/۶۳۸	۰/۰۰۱**
احساس سربار بودن	اثرپیلایی	۰/۷۳۷	۱۰/۰۹۵	۰/۰۰۱**
	لامبدای ویلکز	۰/۲۶۳	۱۰/۰۹۵	۰/۰۰۱**
	اثر هتلینگ	۲/۸۰۴	۱۰/۰۹۵	۰/۰۰۱**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۰۴	۱۰/۰۹۵	۰/۰۰۱**
افکار خودکشی	اثرپیلایی	۰/۸۵۲	۷۴/۷۵۲	۰/۰۰۱**
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷۲	۷۴/۷۵۲	۰/۰۰۱**
	اثر هتلینگ	۹/۳۴۵	۷۴/۷۵۲	۰/۰۰۱**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۹/۳۴۵	۷۴/۷۵۲	۰/۰۰۱**

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

نتایج نشان داد اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار است. این یافته بیانگر تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون است.

جدول ۸- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در فرضیه پژوهش

متغیر	منبع	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
شکایات روان‌تنی	پیش‌آزمون	۵۳/۰۲۶	۶۲/۰۳۸	۰/۰۰۱	
	گروه	۱۹/۰۸۰	۲۲/۳۲۲	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۴
	خطا	۰/۸۵۵			
احساس سربار بودن	پیش‌آزمون	۷۶/۴۰۷	۹۰/۵۹۴	۰/۰۰۱	
	گروه	۳۲/۱۷۰	۳۸/۱۴۴	۰/۰۰۱**	۰/۶۳۴
	خطا	۰/۸۴۳			
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۷۶۳/۵۴۱	۶۷۸/۵۴۴	۰/۰۰۱	
	گروه	۹/۶۰۴	۸/۵۳۵	۰/۰۰۸**	۰/۵۲۵
	خطا	۱/۱۲۵			

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۷، مقدار **F** تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر شفقت) بر متغیرهای شکایات روان‌تنی ، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی معنادار شده است (**P** < ۰/۰۱). در نتیجه، زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد ، معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود شکایات روان‌تنی ، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی دختران دارای سابقه خودکشی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیرهای شکایات روان‌تنی ، احساس سربار بودن ادراک‌شده و افکار خودکشی به ترتیب به اندازه ۰/۵۰۴، ۰/۶۳۴، ۰/۵۲۵ ناشی از اجرای متغیر مستقل (درمان مبتنی بر شفقت) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش معنادار شکایات روان‌تنی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی شد. این نتیجه با پژوهش‌های شارعی و همکاران (۲۰۲۴)، فلاحتی و همکاران (۲۰۲۳) و شارعی و همکاران (۲۰۲۴) همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر پذیرش، ذهن‌آگاهی و رویکردهای خانواده‌محور می‌توانند به کاهش نشانه‌های جسمانی ناشی از فشار روانی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای رفتارهای پرخطر منجر شوند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با کاهش درگیری فرد در چرخه‌های خودانتقادی و سرکوب هیجانی، زمینه را برای پردازش سالم‌تر تجربه‌های هیجانی فراهم می‌کند. هنگامی که فرد به جای مواجهه سخت‌گیرانه و قضاوت‌گرانه با رنج‌های درونی، رویکردی پذیرنده و مهربانانه نسبت به خود اتخاذ می‌کند، شدت برانگیختگی سیستم تهدید کاهش یافته و بدن از حالت آماده‌باش مزمن خارج می‌شود. این تغییر در تنظیم هیجانی می‌تواند به کاهش نشانه‌های جسمانی مرتبط با استرس مزمن منجر شود؛ نشانه‌هایی که در بسیاری از موارد بازتابی از تعارضات حل‌نشده روانی هستند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس سربار بودن ادراک‌شده در شرکت‌کنندگان شد. این نتیجه با پژوهش‌های ون اوردن و

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

همکاران (۲۰۱۲)، لیبرمن و همکاران (۲۰۲۳) و رینبو و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که بر نقش کلیدی احساس سربار بودن در تداوم افکار خودکشی و اهمیت مداخلات شناختی–هیجانی در کاهش این باور تأکید کرده‌اند. از منظر تبیینی، احساس سربار بودن ریشه در ارزیابی‌های منفی فرد از ارزشمندی خود در روابط بین‌فردی دارد و اغلب در بستری از تجربه‌های طرد، شکست و وابستگی مزمن شکل می‌گیرد. درمان مبتنی بر شفقت با تقویت مهارت خودمهربانی، فرد را از الگوهای خودسرزنشی و مقایسه‌های منفی با دیگران دور می‌کند و به او کمک می‌کند تا ارزشمندی خود را نه بر اساس عملکرد یا میزان وابستگی، بلکه بر اساس پذیرش بنیادین انسان بودن بازتعریف کند. در این فرآیند، ادراک فرد از اینکه «بار اضافی برای دیگران است» به تدریج تضعیف می‌شود و جای خود را به احساس پذیرش و شایستگی در روابط انسانی می‌دهد. این تغییر شناختی–هیجانی، نقش مهمی در کاهش چرخه‌های انزوا، شرم و کناره‌گیری اجتماعی دارد که در شکل‌گیری این احساس نقش محوری دارند.

همچنین یافته سوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش معنادار افکار خودکشی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی شد. این یافته با پژوهش‌های پارسا و همکاران (۲۰۲۳)، شارعی و همکاران (۲۰۲۳) و فلاحتی و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که اثربخشی رویکردهای مبتنی بر پذیرش، شفقت و تنظیم هیجان را در کاهش افکار و گرایش‌های خودکشی گزارش کرده‌اند. از نظر تبیینی، افکار خودکشی معمولاً زمانی شدت می‌گیرند که فرد در مواجهه با درد روانی شدید، احساس بن‌بست شناختی و هیجانی را تجربه کند و هیچ راه خروجی برای کاهش رنج خود متصور نباشد. درمان مبتنی بر شفقت با کاهش شدت درد روانی، افزایش ظرفیت تحمل هیجان‌های دشوار و ایجاد احساس امنیت درونی، این بن‌بست ادراک‌شده را تضعیف می‌کند. علاوه بر این، کاهش خودانتقادی و افزایش احساس ارتباط انسانی و تعلق، موجب می‌شود فرد به جای تمرکز بر پایان دادن به زندگی، توانایی بیشتری برای تحمل و عبور از رنج‌های روانی پیدا کند. در واقع، این رویکرد نه‌تنها محتوای افکار منفی را تغییر می‌دهد، بلکه رابطه فرد با افکار و هیجان‌های خود را نیز تعدیل می‌کند؛ به‌گونه‌ای که افکار خودکشی به جای تبدیل شدن به راه‌حل ادراک‌شده، به عنوان تجربه‌ای ذهنی قابل مشاهده و گذرا در نظر گرفته می‌شوند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند از طریق مداخله هم‌زمان بر سطوح شناختی، هیجانی و بین‌فردی، نقش مؤثری در کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی در دختران دارای سابقه اقدام به خودکشی ایفا کند. این رویکرد با کاهش شکایات روان‌تنی، کاهش احساس سربار بودن و کاهش افکار خودکشی، نشان می‌دهد که توجه به شیوه رابطه فرد با خود و تجربه درونی‌اش، در کنار کاهش علائم، اهمیت اساسی در بهبود وضعیت روانی دارد.

با وجود این نتایج امیدوارکننده، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از جمله استفاده از نمونه در دسترس، حجم نمونه محدود و نبود پیگیری بلندمدت که تعمیم‌پذیری و تداوم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین اتکا به ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد و دقت یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در نمونه‌های بزرگ‌تر و گروه‌های مختلف سنی و بالینی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری می‌تواند به روشن شدن پایداری اثرات درمان کمک کند. در نهایت، به کارگیری این رویکرد در کنار سایر مداخلات مبتنی بر شواهد در مراکز مشاوره و خدمات سلامت روان می‌تواند به عنوان یک راهبرد مکمل در کاهش رفتارهای خودکشی مورد توجه قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

References

Ardeshirzadeh, M., Bakhtiarpour, S., Homaei, R., & Eftekhar, S. Z. (2022). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Post-Divorce Adjustment in Divorced Women Referred to Counseling Center in Ahvaz.

Arkenau, R., Bauer, A., Schneider, S., & Vocks, S. (2022). Gender differences in state body satisfaction, affect, and body-related attention patterns towards one's own and a peer's body: an Eye-Tracking Study with Women and Men. Cognitive Therapy and Research, 46(4), 735-746.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 343–352.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Franco, P. L., & Christie, L. M. (2021). Effectiveness of a one day self-compassion training for pediatric nurses' resilience. Journal of Pediatric Nursing, 61, 109-114.

Fraser, M. I., & Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. Journal of Contextual Behavioral Science, 32, 100754.

Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A., & Larkin, P. J. (2022). Palliative care professionals' inner life: Exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing. Journal of Pain and Symptom Management, 63(1), 112-123.

Geulayov, G., Ferrey, A., Hawton, K., Hermon, C., Reeves, G. K., Green, J., ... & Million Women Study Collaborators. (2019). Body mass index in midlife and risk of attempted suicide and suicide: prospective study of 1 million UK women. Psychological medicine, 49(13), 2279-2286.

Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. Behavior therapy, 52(3), 607-625.

Leemans, L., Nijs, J., Antonis, L., Wideman, T. H., den Bandt, H., Franklin, Z., ... & Beckwee, D. (2022). Do psychological factors relate to movement-evoked pain in people with musculoskeletal pain? A systematic review and meta-analysis. Brazilian journal of physical therapy, 26(6), 100453.

Lieberman, A., Gai, A. R., Rogers, M. L., Jobes, D. A., Rudd, M. D., Chalker, S. A., ... & Joiner, T. E. (2023). Targeting perceived burdensomeness to reduce suicide risk. Behavior therapy, 54(4), 696-707.

Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 326, 168-192.

Parsa, B., Ariapooran, S., Haghayegh, S. A., & Ghorbani, M. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Levels of Self-Criticism and Suicidal Ideations in Adolescents with Self-Harm. Psychol Stud, 19(2).

Peraza, N., Smit, T., Garey, L., Manning, K., Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2019). Distress tolerance and cessation-related

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]

cannabis processes: The role of cannabis use coping motives. Addictive behaviors, 90, 164-170.

Rainbow, C., Baldwin, P., Hosking, W., Gill, P., Blashki, G., & Shand, F. (2023). Psychological distress and suicidal ideation in Australian online help-seekers: the mediating role of perceived burdensomeness. Archives of suicide research, 27(2), 439-452.

Rasouli, M., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Mediating Role of Reappraisal and Suppression of Emotional Experiences in the Relationship Between Personality Characteristics and Addiction Tendency. Journal of Research in Psychological Health, 18(3), 1-14.

Ruano, A., Garcia-Torres, F., Galvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Journal of pain and symptom management, 63(5), e505-e520.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. Preventive Counseling, 4(1), 31-44.

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48.

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study.

Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. Psychiatry and clinical neurosciences, 58(1), 3-7.

Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. Psychological assessment, 24(1), 197.

Veilleux, J. C. (2023). A theory of momentary distress tolerance: Toward understanding contextually situated choices to engage with or avoid distress. Clinical Psychological Science, 11(2), 357-380.

Zhang, Y., Li, X., Bi, Y., Kan, Y., Liu, H., Liu, L., ... & Gong, W. (2023). Effects of family function, depression, and self-perceived burden on loneliness in patients with type 2 diabetes mellitus: a serial multiple mediation model. BMC psychiatry, 23(1), 636.

Zhou, X., Guo, J., Wu, H., Chen, D., Wang, C., & You, J. (2024). The relationship between ambivalence over emotional expression and nonsuicidal self-injury among chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model. Archives of suicide research, 28(1), 90-106.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-06-30]