مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۱۱. شماره ۲. تابستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی

علیرضا فلاح[۱]، شعبان حیدری[*۲]، سیده علیا عمادیان[۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افزایش نرخ رفتارهای خودجرحی در نوجوانان آن را به یک مشکل اساسی در جوامع تبدیل کرده است. هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی مداخلات با دو روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای خودجرحی می باشد.

روش‌ها: طی این مطالعه تجربی، ۴۵ دانش آموز دختر دارای رفتارهای خودجرحی وارد مطالعه شدند. افراد به صورت تصادفی ساده در سه گروه مداخله ۱ (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)، مداخله ۲ (درمان متمرکز بر شفقت)، و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله ۱ و ۲، به ترتیب درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه اجرا شد و در گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای انجام شد. بعد از اتمام جلسات، هر سه گروه پرسشنامه‌های تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی را تکمیل کردند و یک ماه بعد، مجددا پیگیری شدند.

نتایج: هر دو شیوه مداخله بر بهبود متغیر های تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر تاثیرگذار بود و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است ($P<۰/۰۱$). علاوه بر این، هر دو مداخله بر کاهش احساس تنهایی تنها در مرحله پس آزمون تاثیرگذار بوده و اثر آن در طول زمان حفظ نشده است ($P<۰/۰۵$). بین میانگین نمرات دو گروه مداخله‌ای در هر سه متغیر در هر دو مرحله اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: برگزاری جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش آموزان دارای رفتارهای خودجرحی می‌تواند موثر باشد.

کلید واژه‌ها:
کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی،درمان متمرکز بر شفقت ،خودجرحی ، دانش‌آموزان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

*آدرس نویسنده مسئول: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی عمومی
آدرس پست الکترونیک: Shaban.haydari@iausari.ac.ir

مقدمه

خودجرحی را می‌توان به عنوان رفتاری توصیف کرد که در آن فرد بدون قصد خودکشی عمدی، برای مقابله با احساسات منفی شدید و طاقت فرسا مانند خشم، اضطراب، و تنفر از خود، به بدن خود آسیب وارد می‌کند. تقریباً ۲۸ درصد از رفتارهای خودجرحی شامل رفتارهای متوسط تا شدید مانند بریدن، سوزاندن، خراشیدن یا کندن پوست می باشد. اغلب این رفتارها بین سنین ۱۳ تا ۱۵ سال شروع می‌شود و بیش از یک چهارم نوجوانانی که به خود آسیب می‌رسانند، به صورت هفتگی این کار را انجام می دهند (۱). رفتار خودجرحی با علائم روانپزشکی مختلف ارتباط زیادی دارد. مطالعات نشان داده اند که خودجرحی معمولا با علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی همراه است، به ویژه در افرادی که علائم اختلال شخصیت مرزی را از خود نشان می‌دهند (۲).

افرادی که اقدام به خودجرحی می‌کنند، معمولاً تلاشی برای گرفتن جان خود نمی‌کنند. عواملی که خودجرحی را از اقدام به خودکشی متمایز می کند عبارتند از هدف فرد، و پیامدهای بین فردی و درون فردی رفتار، شدت یا کشندگی روش های مورد استفاده، و تعداد روش های مورد استفاده (۳). با این حال، چنین رفتاری مستلزم مراقبت و توجه است، زیرا خودجرحی مکرر، فرد را نسبت به درد فیزیکی بی تفاوت می‌کند و می‌تواند خطر خودکشی را افزایش دهد. مطالعات کوهورت در مقیاس بزرگ که در ایالات متحده و بریتانیا انجام شد نشان داد که میزان خودکشی در بزرگسالانی که خودجرحی می‌کنند ۳۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (٤). نرخ های گزارش شده خودجرحی در جمعیت عمومی بسیار متفاوت بوده است. تخمین زده می‌شود که تقریباً دو میلیون آمریکایی دارای رفتار خودجرحی می‌باشند. بیشترین نرخ گزارش شده برای جمعیت عمومی ۷۵۰ در ۱۰۰۰۰۰ است (۵). با این حال، این تعداد به وضوح منسوخ شده است، زیرا مطالعات جدیدتر به میزان بسیار بیشتری در میان بیماران غیر روانپزشکی اشاره کرده است. در تحقیقات اخیر نرخ در جمعیت دانشگاهی از ١٤ تا ٤١ درصد متغیر بوده است (٦).

میزان رفتار خودجرحی به خود را می‌توان بر اساس شدت و فراوانی به‌عنوان خفیف یا متوسط طبقه‌بندی کرد. ویژگی های هر کدام متفاوت است و به تعداد روش های مورد استفاده یا سن شروع آن بستگی دارد. به طور کلی، با افزایش روش ها و دفعات خودجرحی و پایین بودن سن شروع این رفتار، شدت خودجرحی افزایش می‌یابد. مداخله زودهنگام با خودجرحی ضروری است، زیرا رفتارهای مکرر خودجرحی در مراحل اولیه رشد می‌تواند به راهبرد اصلی مقابله نوجوانان در هنگام مواجهه با احساسات یا موقعیت های ناخوشایند تبدیل شود (۷).

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)[1] یکی از مداخله های انجام شده در زمینه کاهش رفتارهای خودجرحی نوجوانان می‌باشد. این درمان برای اولین بار به منظور پیشگیری از افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. با این حال، مشاهده شد که باعث بهبود بیماری بالینی، کیفیت زندگی و وضعیت عاطفی در بیماری‌های بالینی مختلف مانند سرطان و بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود (۸). این مداخله بهبودهایی را در درد، تصویر بدن، سطح فعالیت، علائم پزشکی، خلق و خو، عاطفه، جسمی سازی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس نشان داده است (۹).

در درمان ذهن آگاهی، افراد تشویق می‌شوند که در هر لحظه به تجربیات درونی خود، احساسات جسمی، افکار و احساسات و همچنین به جنبه های محیطی مانند مناظر و صداها توجه کنند. در طول این درمان توصیه می‌شود که نگرش پذیرش امور بدون قضاوت در این افراد ایجاد شود که به معنای ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات شناخت ها، عواطف یا احساسات اما بدون قضاوت و ارزیابی خوب یا بد، درست یا نادرست، و سالم یا ناسالم است. در این مداخله فرد نسبت به افکار، احساسات، و هیجانات خود آگاهی می‌یابد و ظرفیت پذیرش آنها را در خود ایجاد می‌کند (۱۰). مطالعات متعددی اثربخشی این درمان را در

1.Mindfulness Based Stress Reduction

کاهش پریشانی روانی، ترویج تنظیم هیجان، بهبود فرزندپروری، بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه، افزایش خودکارآمدی و تحمل پریشانی و تاب آوری گزارش کرده‌اند (۱۱).

درمان متمرکز بر شفقت (CFT)[1] اولین بار برای کمک به افرادی که سطوح بالایی از شرم و انتقاد از خود را تجربه می‌کنند، ایجاد شد تا یک جهت گیری مراقبت دلسوزانه نسبت به خود و دیگران ایجاد کند (۱۲). این مداخله از طیف وسیعی از تکنیک‌های آموزش ذهن استفاده می‌کند که در مجموع به عنوان آموزش ذهن دلسوز شناخته می‌شوند. تمرینات شامل تمرینات تنفسی، تجسم و تمرینات رفتاری است. با ترویج ذهن‌آگاهی و متمرکز بر شفقت، فرد توانایی خود را برای تحمل، تعامل، تنظیم، تأیید و تسکین احساسات دشوار مانند اضطراب، خشم و شرم افزایش می‌دهد. ایجاد یک صدای درونی و لحن دلسوزانه برای افکار و انگیزه‌ها، می‌تواند به افراد کمک کند تا انتقادات خصمانه خود را کاهش دهند و بر اصلاح، رشد و بهبود تمرکز کنند (۱۳).

با توجه به افزایش نرخ رفتارهای خودجرحی در نوجوانان و تبدیل آن به یک مشکل اساسی در جوامع، هدف از این مطالعه مقایسه میان اثربخشی روش درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در دانش آموزان دارای رفتارهای خودجرحی می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، و آزمون پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. پروتکل این مطالعه در سامانه کمیته ملی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه (IR.IAU.SARI.REC.۱۴۰۱,۰۳۱) ثبت گردیده است. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر دارای رفتارهای خودجرحی مقطع دوم متوسطه شهرستان آمل که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل هستند، می‌باشد. در پژوهش حاضر, تخمین حجم نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور (G-power)انجام شد. بر این اساس, حداقل حجم نمونه برای تشخیص تفاوت بین گروه های همسان با اندازه اثر ۰/۳۵ =F, توان آماری ۰/۹۵ و میزان خطای α=۰/۰۵ شامل ۴۵ نفر براورد شد. از بین افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، در مجموع ۴۵ دانش آموز با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در سه گروه مداخله ۱ (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی)، مداخله ۲ (درمان متمرکز بر شفقت)، و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از داشتن سابقه رفتار خودجرحی (تشخیص بر اساس گزارش مشاور مدرسه و اولیا دانش‌آموزان)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم سابقه دریافت مداخلات روانشناختی و عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی (مانند اختلال شخصیت مرزی و اختلال سلوک، اختلال انفجاری متناوب، و اختلال کژتنظیمی خلق ایذایی در ۳ ماه اخیر). افرادی با دو غیبت متوالی از جلسات مداخله و همچنین کسانی که تمایل به ادامه شرکت در مطالعه نداشتند، خارج شدند.

ابزار سنجش

مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر[2] (DTS)[3]: این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (توافق کامل با گزینه‌ی مورد نظر) تا ۵ (عدم توافق کامل با گزینه‌ی مورد نظر) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۸۶ می‌باشد (۱۴).

مقیاس رفتارهای پرخطر (scale high-risk behaviors): زاده‌محمدی و همکاران این مقیاس ۳۸ سوالی را ساختند و هنجاریابی کردند. سؤالات این مقیاس با طیف لیکرت از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موفقم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و گرایش به

1. Compassion-Focused Therapy
2. Simons and Gaher
3. Scale Distress Tolerance

رفتار پرخطر در ۷ حوزه، سیگار (سؤالات ۱۵ تا ۱۹)، مشروبات الکلی (سؤالات ۹ تا ۱٤)، مواد مخدر (سؤالات ۱ تا ۸)، خشونت (۲۰ تا ۲٤)، رابطه و رفتار جنسی (سؤالات ۲۵ تا ۲۸)، رابطه با جنس مخالف (سؤالات ۲۹ تا ۳۲) و رانندگی خطرناک (سؤالات ۳۳ تا ۳۸) و یک حیطه کلی رفتار پرخطر ارزیابی می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۳۸ تا ۱۹۰ است و نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی خطرپذیری بیشتر است. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹٤ می‌باشد (۱۵).

مقیاس احساس تنهایی (feelings of loneliness inventory): پرسشنامه از ۲۰ ماده تشکیل شده است که ۱۱ ماده محتوای منفی و ۹ ماده محتوای مثبت دارد. سؤال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت روی طیف ٤ درجه‌ای «هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب» تنظیم شده‌اند. آزمودنی‌ها تک‌تک سوال‌ها را مطالعه و مناسب‌ترین گزینه‌ی مطابق با شرایط خود را انتخاب می‌کنند. دامنه‌ی نمرات به‌دست آمده از این پرسشنامه از ۲۰- ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی احساس تنهایی بیش‌تر است. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/٦۹ می‌باشد (۱٦).

سیاهه رفتارها و کارکردهای خودجرحی کلونسکی و گلن: از دو قسمت شامل فهرست رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی و ۳٦ سوال در مقیاس لیکرت که انگیزه‌ها و کارکردهای خودجرحی بدون خودکشی را می‌سنجد، تشکیل شده است. بخش دوم دارای دو عامل کارکردهای درون فردی و بین فردی است و ۱۳ نوع کارکرد را می‌سنجد. از شرکت کننده خواسته می‌شود با در نظر داشتن این سوال " زمانی که به خودم آسیب می‌زنم ..." پرسش‌های مرتبط با هر خرده مقیاس را از ۰ تا ۲ نمره گذاری کند. حداکثر نمره‌ای که شرکت کننده در هر مقیاس بدست می‌آورد ٦ می‌باشد. خرده مقیاس‌ها عبارتند از : تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضد تجزیه‌ای، ضد خودکشی، حس‌جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین‌فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام‌گیری و خودمختاری.

در گروه مداخله اول، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر مبنای طرح درمان Kabat-Zinn (۱۷) اجرا شد (جدول ۱). در گروه مداخله دوم، درمان متمرکز بر شفقت شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر مبنای طرح درمان Gilbert (۱۸) اجرا شد (جدول ۲).

بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و یک ماه پس از اتمام درمان، بیماران مجددا پیگیری شدند. طی این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و آمار استنباطی از طریق برنامه نرم‌افزاری SPSS 20 استفاده شد. برای توصیف وضعیت گروه‌های آزمودنی از نظر صفات مختلف، از روش‌های آمار توصیفی همچون فراوانی، درصد فراوانی، نمودار ستونی، شاخص‌های گرایش به مرکز (میانگین) و شاخص‌های پراکندگی(انحراف معیار) استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک و جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه پیری مکرر و آزمون شاپیرو ویلک انجام شد.

جدول ۱- جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول: هدایت خودکار	معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، خارج شدن از هدایت خودکار، تمرین مراقبه خوردن کشمش، تمرین مراقبه وارسی بدن.
جلسه دوم: مقابله با موانع	تمرین مراقبه وارسی بدن، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، معرفی سبک اجرایی یا سبک کنش در مقابل سبک بودن، دانستن قدر اینجا و اکنون با ثبت وقایع خوشایند.
جلسه سوم: رابطه ذهن و بدن	انجام مراقبه متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین و بازخورد انجام تکالیف خانگی، توضیح منطق تمرین‌های یوگا و رابطه نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه دقیقه‌ای.

جلسه چهارم: تعریف استرس، وقفه	تمرین ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بازنگری تمرین وبازخورد انجام تکالیف خانگی، تعریف استرس، رابطه استرس با سلامتی و عملکرد، اهمیت ارزیابی فرد در واکنش به موقعیت استرس‌زا، فن وقفه یا STOP
جلسه پنجم: پذیرش قاطعانه	مراقبه نشسته متمرکز بر تنفس، بدن، صداها و افکار، بازخورد انجام تکالیف خانگی، نحوه‌ی برخورد با هیجانات منفی، پذیرش قاطعانه، قرائت شعر مهمانسرای مولوی، انجام مراقبه رویارویی با مشکلات.
جلسه ششم: ذهن‌آگاهی ارتباطی	مراقبه آگاهی از تنفس، بدن و در نهایت مراقبه کوهستان، بازنگری تکالیف مربوط به تمرین‌های یوگا و مراقبه، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن‌آگاهی ارتباطی، انواع الگوهای رفتاری منفعلانه، پرخاشگرانه و جراتمندانه، مهارت گوش دادن فعال و مراحل اظهار نظر جرات‌مندانه
جلسه هفتم: ذهن‌آگاهی ارتباطی	مراقبه نشسته متمرکز بر بدن، صداها و افکار به همراه مراقبه مهربانی، بازنگری تمرین و تکالیف جلسه قبل، معرفی سبک‌های حل تعارض، آموزش مهارت نه گفتن، آموزش مهارت مذاکره.
جلسه هشتم: آغاز سبک زندگی جدید	تمرین مراقبه وارسی بدن، بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسه اول، بازخورد انجام تکالیف خانگی، بازنگری و جمع‌بندی جلسات گذشته، برنامه‌ریزی برای استفاده از مهارت‌های آموخته شده در آینده و آغاز سبک جدید زندگی

جدول ۲- جلسات درمان متمرکز برشفقت (CFT)

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تاسف برای خود، ارزیابی میزان خودجرحی، توصیف و تبیین خودجرحی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آموزش خود شفقتی
جلسه دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم این‌که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «پرورش ذهن مشتاقانه» (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت»

جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتا جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

نتایج

طی این مطالعه، ٤٥ دانش آموز دختر در مقطع متوسطه دوم به صورت تصادفی در سه گروه کنترل، مداخله ۱ (درمان با کاهش استرس مبتنی بر ذهن)، و مداخله ۲ (درمان متمرکز بر شفقت) قرار گرفتند. طبق جدول ۳، میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت وگروه کنترل به ترتیب ١٦/٤٢ ، ١٦/٧٥ ، و ١٦/٦٨ است (F =۰/۳٤، P =.۰/٤٥٦). شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به پیش‌آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه ها نیز در جدول ٤ ذکر شده است.

تایج جدول ٥ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات تحمل پریشانی، رفتار های پرخطر، و احساس تنهایی در سه گروه کنترل، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، و درمان متمرکز بر شفقت، حداقل در یکی مراحل اندازه‌گیری پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). اندازه اثر (مجذور اتا) در آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که ٢٤ درصد از واریانس متغیر وابسته برای متغیرهای مستقل به حساب آمده و توان آزمون (۰/۹۸) نشان دهنده کفایت حجم نمونه است.

نتایج جدول ٦ نشان می‌دهد، تفاوت در میانگین نمرات منبع بین گروهی آزمودنی‌ها در پس آزمون برای هر سه متغیر و پیگیری برای متغیرهای تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر بین گروه‌های آزمایش و کنترل پس از حذف اثرات پیش آزمون معنادار است. مجذور اتا (اندازه اثر) بیانگر آن است که ۳۸ درصد ازتفاوت‌های پس‌آزمون و ۳۲ درصد از تفاوت‌های پیگیری متغیر تحمل پریشانی، ٤٣ درصد ازتفاوت‌های پس‌آزمون و ٣٤ درصد از تفاوت‌های پیگیری متغیر رفتارهای پرخطر، و٤٠ درصد ازتفاوت‌های پس‌آزمون متغیر احساس تنهایی به تفاوت بین سه گروه مربوط و برای متغیر مستقل (اثربخشی دو درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) به حساب آمده است.

نتایج جدول۷در آزمون تعقیبی در میانگین گروه‌ها، نشان داد که بین میانگین نمرات تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر گروه کنترل با گروه‌های مداخله‌ای در دو مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰٥). علاوه بر این، میانگین نمرات احساس تنهایی نیز در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). این در حالی است که بین میانگین نمرات دو گروه مداخله در هر سه متغیر در هر دو مرحله اختلاف معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰٥). با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که هر دو شیوه به طور یکسان و موثری سبب افزایش تحمل پریشانی، کاهش رفتار های پرخطر و احساس تنهایی شده است. برای بررسی میزان ماندگاری اثر درمان در ابتدا جدول آزمون لامبدای ویلکز جهت ارائه شد. همانطور که نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بین نمره تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر در مراحل اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد و حداقل یکی از مراحل اندازه‌گیری با گروه اثر تعاملی معناداری دارد (P<۰/۰۱). به علاوه، بین نمره احساس تنهایی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر تعاملی مراحل اندازه‌گیری آنها با گروه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱).

طبق جدول ۹، با معنادار بودن زمان در درون گروه‌ها با F محاسبه شده برای هر سه متغیر، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح P<۰/۰۱ را تایید می‌نماید. همچنین با معناداری اثر تعاملی با F محاسبه شده و اندازه اثر می‌توان گفت که در حدود ۲۸ درصد از تغییرات تحمل پریشانی، ۲۹ درصد تغییرات رفتارهای پرخطر، و ١٤ درصد تغییرات احساس تنهایی در مراحل اندازه‌گیری توسط دو روش مداخله تبیین می‌شود (P<۰/۰۱).

نتایج جدول ۱۰ در آزمون تعقیبی در مراحل اندازه‌گیری نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در دو متغیر تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱) اما بین میانگین مراحل پس آزمون با پیگیری در این دو متغیر اختلاف معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). با این وجود، در متغیر احساس تنهایی بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱) اما بین میانگین مراحل پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری اختلاف معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که هر دو شیوه مداخله بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش رفتارهای پرخطر در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیرگذار بوده و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است. از طرفی، می‌توان گفت که هر دو شیوه مداخله بر کاهش احساس تنهایی تنها در مرحله پس آزمون تاثیرگذار بوده و اثر آن در طول زمان حفظ نشده است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی سن در گروه های مداخله و کنترل

گروه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف
گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۶	۱۸	۱۶/۴۲	۱/۰۸
گروه درمان متمرکز بر شفقت	۱۶	۱۸	۱۶/۷۵	۰/۹۸
گروه کنترل	۱۶	۱۸	۱۶/۶۸	۱/۰۲

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی در پیش‌آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه های مداخله و کنترل

متغیر	مرحله آزمون	گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی		وگروه درمان متمرکز بر شفقت ز بر شفقت تر بر شفقت		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیارمعیار
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۳/۸۰	۵/۱۹	۳۴/۱۶	۵/۹۸	۳۲/۹۱	۴/۸۷
	پس آزمون	۴۵/۰۹	۸/۳۳	۴۶/۱۲	۸/۶۳	۳۳/۲۳	۴/۷۹
	پیگیری	۴۴/۵۲	۷/۶۹	۴۳/۷۱	۶/۷۸	۳۳/۸۹	۵/۰۹
رفتارهای پرخطر	پیش آزمون	۹۶/۱۴	۱۷/۲۱	۹۸/۱۹	۱۷/۰۸	۹۵/۷۴	۱۶/۹۵
	پس آزمون	۷۸/۳۸	۱/۴۵	۷۶/۵۷	۱۸/۷۱	۹۷/۵۱	۱۷/۱۸
	پیگیری	۸۶/۲۷	۱۳/۵۲	۹۷/۷۳	۱۵/۸۱	۹۶/۳۴	۱۶/۱۲
احساس تنهایی	پیش آزمون	۶۶/۲۳	۹/۶۵	۶۸/۱۲	۸/۷۹	۶۷/۳۲	۹/۰۱
	پس آزمون	۵۷/۴۵	۸/۴۴	۵۵/۳۱	۷/۶۵	۶۹/۴۳	۱۰/۰۳
	پیگیری	۵۹/۰۹	۹/۱۲	۵۷/۵۴	۸/۰۹	۷۰/۰۸	۱۰/۶۹
	خطا	۷۶۴۷/۰۲۲	۴۲	۱۸۲/۰۷۲			

جدول ۵- آزمون های معناداری تحلیل کوواریانس جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین گروه‌ها

متغیر	آزمون	مقادیر	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل پریشانی	اثر پیلایی	۰/۴۲۳	۵/۵۰۶	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۹۷۰
	لامبدای ویلکز	۰/۵۷۸	۶/۲۹۷	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۸۵
	اثر هتلینگ	۰/۷۲۶	۷/۰۷۶	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	۰/۹۹۳
	بزرگترین ریشه‌اختصاصی	۰/۷۲۱	۱۴/۷۸	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	۰/۹۹۸
رفتار های پرخطر	اثر پیلایی	۰/۴۴۸	۵/۹۲	۴/۰۰	۸۲/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۲۴	۰/۹۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۵۵۲	۶/۹۲	۴/۰۰	۸۰/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۵۷	۰/۹۹۲
	اثر هتلینگ	۰/۸۱۲	۷/۹۱	۴/۰	۷۸/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۹	۰/۹۹۷
	بزرگترین ریشه‌اختصاصی	۰/۸۱۲	۱۶/۶۵	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۸	۰/۹۹۹
احساس تنهایی	اثر پیلایی	۰/۴۲۴	۵/۵۲	۴/۰	۸۲/۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۹۷۰
	لامبدای ویلکز	۰/۵۷۷	۶/۳۳	۴/۰	۸۰/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۱	۰/۹۸۶
	اثر هتلینگ	۰/۷۳۳	۷/۱۴	۴/۰	۷۸/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۸	۰/۹۹۳
	بزرگترین ریشه‌اختصاصی	۰/۷۳۱	۱۴/۹۸	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۴۲۲	۰/۹۹۸

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس بر نمرات متغیرها در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	بین گروهی	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
تحمل پریشانی	پس آزمون	۱۴۵۱/۰۴۲	۲	۷۲۵/۵۲۱	۱۲/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۳۸۲	۰/۹۹۵
	پیگیری	۱۰۵۵/۷۸۳	۲	۵۲۷/۸۹۱	۱۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۲	/۹۸۰
رفتارهای پرخطر	پس آزمون	۱۸۰۹/۴۹	۲	۹۰۴/۷۴۶	۱۵/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶	۰/۹۹۹
	پیگیری	۱۲۵۲/۷۱	۲	۶۲۶/۳۵	۱۰/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰	۰/۹۸۳
احساس تنهایی	پس آزمون	۱۸۹۸/۵۰	۲	۹۳۴/۲۵	۱۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۹۷
	پیگیری	۸۵۴/۷۲	۲	۴۲۷/۳۶	۲/۵۱	۰/۰۹۳	۰/۱۰۹	۰/۴۷۶

جدول۷- آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه ها در متغیرهای تحمل پریشانی، رفتارهای پرخطر، و احساس تنهایی

متغیر	مرحله	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین A-B	خطای-استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پس ازمون	کنترل	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۳/۵۸۰*	۲/۷۷۱	۰/۰۰۰
			شفقت درمانی	۹/۹۹۲*	۲/۹۳۴	۰/۰۰۴
		کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	شفقت درمانی	-۳/۵۸۸	۲/۸۷۶	۰/۶۵۸
	پیگیری	کنترل	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۱/۷۷۰*	۲/۶۳۴	۰/۰۰۰
			شفقت درمانی	۷/۷۰۵*	۲/۷۸۹	۰/۰۲۶

		کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی	شفقت درمانی	-۴/۰۶۶	۲/۷۳۴	۰/۴۳۴
رفتار های پرخطر	پس آزمون	کنترل	کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	-۱۲/۰۹۶*	۲/۷۷۴	۰/۰۰۰
			شفقت درمانی	-۱۴/۵۰۴*	۲/۷۷۷	۰/۰۰۰
		کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	شفقت درمانی	-۲/۴۰۸	۲/۸۳۲	۰/۰۰۰
	پیگیری	کنترل	کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	-۱۰/۱۷۲*	۲/۸۳۲	۰/۰۰۳
			شفقت درمانی	-۱۲/۰۰۳*	۲/۸۳۵	۰/۰۰۰
		کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	شفقت درمانی	-۱/۸۳۱	۲/۸۹۱	۱/۰۰۰
احساس تنهایی	پس آزمون	کنترل	کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	۱۰/۹۹۷*	۳/۰۱۸	۰/۰۰۲
			شفقت درمانی	۱۵/۳۲۷*	۲/۹۸۱	۰/۰۰۰
		کاهش استرس مبتنی برذهن آگاهی	شفقت درمانی	۴/۳۳۱	۳/۰۱۵	۰/۴۷۵

جدول ۸- آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی عامل زمان و اثر تعاملی زمان با گروه در متغیرها

متغیر	اثر	مقادیر	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل پریشانی	زمان	۰/۴۲۹	۲۷/۲۸	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۰/۶۳۴	۵/۲۵	۴/۰۰	۸/۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	۰/۹۶۳
رفتارهای پرخطر	زمان	۰/۵۷۰	۱۵/۴۷	۲/۰۰	۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳۰	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۰/۵۹۰	۶۰/۱۸	۴/۰۰	۸۲/۰	۰/۰۰۰	۰/۲۳۲	۰/۹۸۴
احساس تنهایی	زمان	۰/۵۶۸	۱۵/۶۱	۲/۰۰	۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳۲	۰/۹۹۹
	زمان*گروه	۰/۶۲۶	۵/۴۱	۴/۰۰	۸۲/۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹	۰/۹۶۸

جدول ۹- نتایج تحلیل واریانس مکرر در منبع درون گروهی در متغیرها

متغیر	منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان اماری
تحمل پریشانی	درون گروهی	زمان	۳۰۴۵/۵۱۱	۱/۷۲۰	۱۷۷۰/۵۰	۳۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
		اثر تعاملی	۱۳۳۱/۹۵۶	۳/۴۴۰	۳۸۷/۱۶	۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
		خطا	۳۳۳۰/۲۰۰	۷۲/۲۴۶	۴۵/۷۲				
رفتارهای پرخطر	درون گروهی	زمان	۱۲۷۸/۶۸۱	۲	۶۳۹/۳۴۱	۲۰/۴۵۰	۰/۰۰۰	۰/۳۲۷	۱/۰۰۰
		اثر تعاملی	۱۱۱۵/۸۵۲	۴	۲۷۹/۹۶۳	۸/۹۲۳	۰/۰۰۰	۰/۲۹۸	۰/۹۹۹
		خطا	۲۶۲۶/۱۳۳	۸۴	۳۱/۲۶۳				
احساس تنهایی	درون گروهی	زمان	۱۳۶۵/۵۷۰	۱۰/۶۵۹	۸۲۲/۹۵۶	۸/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۹۴۲
		اثرتعاملی	۱۰۷۰/۹۱۹	۳۰/۳۱۹	۳۲۲۲۰/۶۶۹۳	۳/۴۸۴	۰/۰۱۷	۰/۱۴۲	۰/۷۸۵
		خطا	۶۴۵۴/۸۴۴	۶۹۰/۶۹۳	۹۲/۹۱۳				

جدول۱۰- نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی مراحل اندازه گیری در متغیرها

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها	خطای‌استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۳۱*	۱/۵۰۲	۰/۰۰۰
		پیگیری	۹/۸۲*	۱/۳۸۵	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۸۹	۱/۰۳۴	۱/۰۰۰
رفتارهای پرخطر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۶۸۹*	۱/۲۱۷	۱/۰۰۰
		پیگیری	-۶/۳۵۶*	۱/۳۲۶	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳۳	۰/۹۶۳	۱/۰۰۰
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۵۵۶	۱/۳۷۵	۰/۰۰۰
		پیگیری	۴/۴۲۲	۱/۹۸۵	۰/۰۸۵
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۱۳۳	۲/۱۰۱	۰/۹۴۷

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

بحث

مطالعه فعلی با هدف مقایسه دو روش درمان با کاهش استرس مبتنی بر ذهن و درمان متمرکز بر شفقت بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داد که اعمال این مداخلات در مجموع باعث ۲۸ درصد از تغییرات تحمل پریشانی، ۲۹ درصد از تغییرات رفتارهای پرخطر، و ۱٤ درصد از تغییرات احساس تنهایی در میان داوطلبین شد. از طرفی، بین میانگین نمرات دو گروه مداخله‌ای در هر سه متغیر در هر دو مرحله اختلاف معناداری مشاهده نشد که با توجه به این مورد می‌توان گفت هر دو شیوه به طور یکسان و موثری سبب افزایش تحمل پریشانی، کاهش رفتار های پرخطر و احساس تنهایی شده است. به طور کلی، هر دو شیوه مداخله بر بهبود متغیر های تحمل پریشانی و رفتارهای پرخطر تاثیرگذار بوده و اثر آن در طول زمان نیز ثابت باقی مانده است. با این وجود، هر دو شیوه مداخله بر کاهش احساس تنهایی تنها در مرحله پس آزمون تاثیرگذار بوده و اثر آن در طول زمان حفظ نشده است.

به طور کلی، یافته های مطالعه حاضر با تعدادی از پژوهش ها مطابقت دارد که نشان داده اند این دو روش درمانی در تقویت ذهن آگاهی و شفقت به خود و در افزایش تحمل پریشانی، کاهش رفتارهای پرخطر و احساس تنهایی موثر هستند. برای مثال، نتایج به دست آمده از این پژوهش، هم راستا با مطالعه فروستادوتیر[1] و همکاران (۱۹) می‌باشد که به بررسی این دو روش درمانی بر تغییر علائم، ذهن آگاهی، شفقت به خود و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی، اضطراب و استرس پرداخت. یافته های مطالعه آن ها نشان داد که هر دو درمان منجر به افزایش قابل توجهی در ذهن آگاهی و شفقت به خود و کاهش نشخوار فکری، افسردگی، اضطراب و استرس شدند.

مطالعه مشابهی توسط امیرخانی و همکاران (۲۰) بر روی بیماران مبتلا به HIV صورت گرفت که نشان داد هر دو روش درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران HIV مؤثر بودند. با این وجود، مقایسه اثربخشی دو روش درمانی نشان داد که CFT باعث افزایش بیشتر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شده بود و این تغییرات در پیگیری ۳ ماه پس از درمان نیز ثابت ماند. علاوه بر این، پژوهش یانگ[2] و همکاران (۲۱) به بررسی نقش‌های تعدیل‌کننده متفاوت شفقت به خود و ذهن‌آگاهی در میزان استیگما و بهزیستی در میان افرادی که با بیماری روانی یا HIV زندگی

1 .Frostadottir AD

2.Yang X

می‌کنند پرداخت و نشان داد که در هر دو گروه، شفقت به خود و ذهن آگاهی با رضایت از زندگی ارتباط معناداری داشت. شفقت به خود رابطه بین محتوای استیگما زایی و رضایت از زندگی را در بین بیماران داری HIV تعدیل کرد، در حالی که ذهن آگاهی رابطه بین فرآیند استیگمازایی و رضایت از زندگی را در بین افراد دارای مشکلات روانی تعدیل کرد.

خودجرحی یک نگرانی سلامت روان با عواقب بالقوه شدید است. برای مؤثر بودن، مداخلات مشاوره باید به کارکردهای اساسی خودجرحی، که عموماً تنظیم احساسات، خود تنبیهی و نیاز به تأثیرگذاری بین فردی است، رسیدگی کند. در واقع، برای پیشگیری از چنین رفتارهایی، آموزش مهارت در جهت مدیریت عوامل بیرونی که منجر به یک زمینه اجتماعی یا پیامد معین می شود، سودمند است. این نشان دهنده استفاده از یک مداخله رفتاری مانند بازداری متقابل است؛ انجام یک رفتار منحصر به فرد متقابل که با غلبه بر شرم درونی در خود تداخل دارد. این اساساً هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت Gilbert است (۲۲). شفقت به خود نوعی هماهنگی کارکردی نسبت به نقش های برجسته ای است که عوامل زمینه ای در زندگی دیگران و خودمان ایفا می‌کنند و با وسواس درونی که نتیجه استیگا یا شرم است ناسازگار است. همانطور که Gilbert توضیح داد، CFT مجموعه ای از تکنیک ها است که ممکن است در انواع تکنیک های درمانی سازگار گنجانده شود. بنابراین، CFT به طور قابل‌توجهی شفقت به خود را افزایش می‌دهد. آموزش افرادی که با شرم، خودجرحی یا گناه زندگی می‌کنند برای بهبود عملکرد انطباقی آنها بسیار ضروری است (۲۳). در همین راستا، پژوهش کاشانیان و همکاران نشان داد که CFT بر بهبود تصویر بدنی، کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روانی در جوانان دختر با سابقه خودجرحی موثر است (۲٤).

تحمل پریشانی به عنوان یک ساختار اساسی متشکل از توجه، ارزیابی، جذب، تحمل، و تنظیم تجارب منفی می‌باشد تا از بروز واکنش های هیجانی جلوگیری شود. داشتن زندگی سالم و با کیفت تنها با پذیرش احساسات منفی و در درجه بعدی کاهش آنها امکان پذیر می‌باشد. در حقیقت تحمل پریشانی نشانه سازش یافتگی مطلوب در شخص است و فرد سالم یاد میگیرد که پریشانی را به عنوان یک واقعیت عادی زندگی بپذیرد. این همان موضوعی است که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و آن را به مداخله ای موثر در جهت افزایش تحمل پریشانی تبدیل کرده است (۲۵).

ذهن اگاهی ویژگی مثبتی است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین ها فکر کند و با شرایط جدید به راحتی انطباق پیدا کند. فرد ذهن آگاه از شیوه فراشناختی پردازش بهره می‌برد و در مواجهه با تهدید، انعطاف پذیری بیشتری از خود نشان می‌دهد. علاوه بر این، ذهن اگاهی چرخه تجارب منفی در گذشته را نیز متوقف می‌کند زیرا طی فرآیند ذهن آگاهی، فرد ثبات کارکردی خود را حفظ می‌کند و با انعطاف پذیری بیشتر، سازگاری روانشناختی خود را حفظ می‌کند. علاوه بر این، شفقت با خود ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد به طوری که اگر فرد سرزنش و قضاوت خود را متوقف کند، اثر تجارب منفی هیجانی کاهش پیدا می‌کند و پذیرش وقایع منفی راحت تر می‌شود (۲۰).

نتیجه‌گیری

افرادی که دارای رفتارهای خودجرحی می‌باشند، در ریسک بالاتری از اقدام به خودکشی در آینده می‌باشند. با وجود تاثیر مثبتی که روش های درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن و درمان متمرکز بر شفقت بر روی بهبود تحمل پریشانی، رفتار های پرخطر و احساس تنهایی در این دسته از دختران نوجوان داشت، توصیه می‌شود که از این تکنیک ها در درمان این افراد استفاده شود تا از اثرات مخرب این رفتارها در نوجوانان کاسته شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه قدردانی خود را از مسئولین محترم دبیرستان دخترانه در آمل و همچنین کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری جهت فراهم آوردن بستر مناسب برای اجرای این مطالعه، اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها : همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. Academic pediatrics. 2012;12(3):205-13.

2. Son Y, Kim S, Lee J-S. Self-injurious behavior in community youth. International journal of environmental research and public health. 2021;18(4):1955.

3. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. Journal of youth and adolescence. 2010;39:233-4.

4. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. American Journal of Psychiatry. 2017;174(8):765-74.

5. Polk E, Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. Personality and individual differences. 2007;43(3):567-77.

6. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. Child abuse & neglect. 2004;28(3):339-54.

7. Seong Y, Bae Y, Kim S. Non-suicidal self-injury in South Korea :a systematic review of studies from 2000 to 2018. Cogn Behav Ther Kor. 2019;19:251-80.

8. Gonzalez-Garcia M, Ferrer MJ, Borras X, Muñoz-Moreno JA, Miranda C, Puig J, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life, emotional status, and CD4 cell count of patients aging with HIV infection. AIDS and Behavior. 2014;18:676-85.

9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. 2003.

10. Gold E, Smith A, Hopper I, Herne D, Tansey G, Hulland C. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. Journal of child and family studies. 2010;19:184-9.

11. Chaleshtori MN, Heidari A, Asgari P, Bozorgi ZD, Hafezi F. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy and emotion regulation training on the distress tolerance of adolescent girls with a drug-dependent parent. Jundishapur Journal of Health Sciences. 2022;14.(۱)

12. Gilbert P. Compassion: Concepts, research and applications: Taylor & Francis.۲۰۱۷ ;

13. Bratt AS, Svensson I, Rusner M. Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2019;14(1):1684166.

14. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005;29(2):83-102.

15. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2011;17.(۳)

16. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of personality assessment. 1996;66(1):20-40.

17. Kabat-Zinn J. Where you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York, NY: Hyperion Laranjo, J, Bernier, A, & Meins, E(2008) Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity Infant Behavior and Development. 1994;31:688-95.

18. Gilbert P. 777a compassionate mind: A new approach to life's challenges. Oakland, CA: New Harbinger. 2009:15-23.

19. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. Frontiers in psychology. 2019;10:1099.

20. Amirkhani M, Ghorbanshiroudi S, Bahri MZ, Alinaghei SAS. A Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Flexibility of HIV Patients in Imam Khomeini Hospital. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2021.

21. Yang X, Mak WW. The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. Mindfulness. 2017;8:595-602.

22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British journal of clinical psychology. 2014;53(1):6-41.

23. Amirkhani M, Ghorbanshiroudi S, Bahri MZ, SeyedAlinaghi S. Mindfulness-Based Compassion-Focused Therapy and a Comparison of Effectiveness of Stress Reduction Program on Self-Compassion of HIV Positive Patients. Journal of Iranian Medical Council. 2021.

24. Kashanian F, Khodabakhshi-Koolaee A, Taghvaei D, Ahghar G. Effect of Two Therapies: Compassion-Focused and Positive-Oriented on the Body Image among Female Adolescents with a History of Self-Injury. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2023;13.(۱)

25. Mousavi SM, Khoshli AK, Asadi J, Abdollahzadeh H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. Journal of psychologicalscience. 2021;20(99):453-60.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2023, Volume 11, No. 2: 99-113

Original article

Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance, High-Risk Behaviors and Feelings of Loneliness in Students with Self- Injurious Behaviors

Alireza Falah[1], Shaban Heydari[*2], Seyedeh Olia Emadian [3]

1. PhD student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sari, Iran

3. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran

Corresponding author: Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sari, Iran

Keywords:

Mindfulness-based stress reduction, Compassion-focused therapy, Students, self-injurious behaviors

Abstract

Background & Aim: The increase in the rate of self- injurious behaviors in teenagers has turned it into a major problem in societies. The aim of this study is to compare the effectiveness of interventions with two methods of mindfulness-based stress reduction (MBSR) and compassion-focused therapy (CFT) on distress tolerance, high-risk behaviors, and feelings of loneliness in students with self-injurious behaviors.

***Methods*:** In this semi-experimental study, 45 female students with self- injurious behaviors were included. Samples were randomly divided into three groups (N=15): 1. mindfulness-based stress reduction group, 2. compassion-focused therapy group, and 3. control group. In the first and second group, 8 sessions of mindfulness-based stress reduction and compassion-focused therapy sessions were held, respectively. In the control group, no intervention was performed. After the sessions, all groups completed the distress tolerance, high-risk behaviors, and feeling of loneliness questionnaires and were followed up a month later.

***Results*:** The findings of this study revealed that both methods were effective in improving the variables of distress tolerance and high-risk behaviors, and its effect remained constant over time ($P<0.01$). In addition, both interventions were effective in reducing the feeling of loneliness only in the post-test phase and its effect was not maintained over time. No significant difference was observed between the average scores of the two experimental groups in all three variables in both stages ($P < 0.05$).

***Conclusion*:** Holding mindfulness-based stress reduction as well as compassion-focused therapy sessions is effective in improving distress tolerance, high-risk behaviors, and feeling of loneliness in students with self- injurious behaviors.

How to Cite this Article: Falah A, Heydari SH, Emadian SO. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance, High-Risk Behaviors and Feelings of Loneliness in Students with Self- Injurious Behaviors. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;11(2):99-113.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.