فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

اثربخشی آموزش خود شفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان

آرزو باباخانی[۱] و بهمن کرد*[۲]
۱گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران
۲ گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران
ایمیل نویسنده مسئول: bahmankord@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی و روش آن از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به تعداد ۲۹۳۸ نفر بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). از هر دو گروه پیش از شروع مداخله پیش آزمون به عمل آمد. برنامه آموزش خودشفقت ورزی در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طی یک ماه به آزمودنی-های گروه آزمایش ارائه گردید. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس افکار خودکشی بک و استیر (۱۹۹۱) و پرسشنامه پذیرش اجتماعی کرون و مارلو (۱۹۶۰) بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس از SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد نتایج نشان داد که آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان دختر تاثیر معنی داری دارد و میزان اثر آن بر انگاره‌پردازی خودکشی بیشتر از پذیرش اجتماعی بود. بنابراین آموزش خودشفقت ورزی می-تواند از سوی روانشناسان و مشاوران مدارس به منظور کاهش انگاره‌پردازی خودکشی و افزایش پذیرش اجتماعی نوچوانان دختر استفاده گردد.

کلید واژه‌ها: خود شفقت ورزی، انگاره‌پردازی خودکشی، پذیرش اجتماعی .

مقدمه

نوجوانی از دوره‌های بسیار مهم زندگی فردی و اجتماعی است و بخش عمده شخصیت آدمی در این دوره شکل می‌گیرد (گنجه و همکاران، ۱۳۹۹). در دوره نوجوانی افراد ممکن است با مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روان شناختی مواجه شوند و این مشکلات به دیگر فرایندهای زندگی نوجوانان مانند حوزه‌های اجتماعی و بهداشتی آسیب برساند (تاج‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۹). نوجوانان به‌دلیل نقش مهمی که در آینده اداره کشور برعهده خواهند داشت، یکی از قشرهای مهم جامعه به‌حساب می‌آیند. در این دوره افراد با بحران رشد مواجه می‌شوند که از نظر جسمی و روان شناختی تحولات بسیار عمیقی را در آنان ایجاد می-کند و سبب می‌شود نظم جسمانی و روانی نوجوان تحول یابد و به‌مرور نظم جدیدی در آن پدید آید (جونز

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

و فولی[1]، ۲۰۱۸). ترنت و همکاران[2] (۲۰۱۹) و رایس و همکاران[3] (۲۰۱۹) بر این باورند دوره نوجوانی می‌تواند افراد را دستخوش تغییرات هیجانی، روانی و اجتماعی متعددی نماید (هیوا و میتینگ[4]، ۲۰۲۱).

در دوره نوجوانی، حمایت دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی و افکار خودکشی در نوجوانان می‌شود (مالکی و همکاران، ۱۴۰۱). خودکشی[5] یک عامل زمینه‌ساز مرگ و از کار افتادگی است و یک نگرانی مهم در مورد سلامت عمومی جامعه است که با عوامل مختلف اجتماعی، بیولوژیکی و روان شناختی مرتبط است. امروزه خودکشی به‌عنوان یکی از معضلات مهم سلامت روان به‌ویژه در جمعیت جوان و نوجوان به‌شمار می‌رود و دومین علت پیشتاز در مرگ افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله است. به‌طورکلی بیش از ۸۰۰ هزار انسان هرسال به‌وسیله خودکشی جان خود را از دست می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی[6]، ۲۰۱۴).

رفتار خودکشی‌گرا دارای طیفی از فکر خودکشی، برنامه خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است. در ابتدای این طیف افکار خودکشی نتیجه انگاره‌پردازی خودکشی[7] است؛ که اشاره به فردی دارای تفکراتی درباره گرفتن عمدی زندگی خود دارد و نشان دهنده وجود برنامه‌های فعلی و آرزوهایی برای اقدام به خودکشی در افرادی است که اخیراً هیچ اقدام به خودکشی آشکاری نداشته‌اند (فرناندس و همکاران[8]، ۲۰۱۸). انگاره‌پردازی خودکشی به‌عنوان پیش‌بین قوی مرگ بر اثر خودکشی، متغیر مهمی است که باید مورد مطالعه قرار گیرد (فینلای- جونز و همکاران، ۲۰۲۱). انگاره‌پردازی خودکشی شامل افکاری در رابطه با میل، قصد و روش‌هایی برای اقدام به خودکشی است، شیوع طول عمر انگاره‌پردازی خودکشی در سطح جهان ۹/۲ است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[9]، ۲۰۱۵).

افراد با انگاره‌پردازی خودکشی نسبت به افراد بدون انگاره‌پردازی خودکشی خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی دارند. انگاره‌پردازی خودکشی عمیقاً پریشان کننده بوده و با طیف وسیعی از مشکلات روانی

1 . Jones & Foli
2 . Trent et al
3 . Rice et al
4 . Hua & Meiting
5 .Suicide
6 . World Health Organization
7 . Suicide Ideation
8 . Fernandes et al
9 . Centers for Disease Control and Prevention

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

مرتبط است (چویی و همکاران[1]، ۲۰۱۷). میزان شیوع تمایل به رفتارهای خودکشی و انگاره‌پردازی خودکشی در جوامع مختلف در طول دهه‌های اخیر، رو به افزایش بوده است. نرخ شیوع اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی بین ۱/۸ تا ۳/۵ درصد و انگاره‌پردازی خودکشی بین ۶/۲ تا ۴۲/۷ درصد برآورد شده است؛ بنابراین مساله خودکشی در ایران نیز همچون سایر کشورها مساله‌ای حائز اهمیت است که نیاز به بررسی‌های علمی دقیق و جامع دارد. بر اساس پژوهش همتی و همکاران (۱۳۹۳) ۴۱ درصد دانش‌آموزان مدارس متوسطه دارای افکار خودکشی هستند که فکر خودکشی در ۲۱/۴ آنها شدید است. علیرغم پیشرفت‌های زیادی که در سال‌های اخیر در زمینه روان‌درمانی گرایش به خودکشی به دست آمده است، کاهش محسوسی در آمار جهانی خودکشی طی شصت سال گذشته ایجاد نشده است (اوگرین و همکاران[2]، ۲۰۱۵).

فرانکلین و همکاران[3] (۲۰۱۸) دلیل اصلی کمبود پیشرفت در زمینه جلوگیری از افکار و رفتار خودکشی را اظهارات نظری آزمون نشده و شناسایی عوامل خطر ضعیف دانستند و پیشنهاد دادند که برای توسعه مداخلات مؤثر باید از طرح‌های تجربی استفاده شود تا متغیرهای ضروری و حیاتی شناسایی شوند. همچنین، کاهش نشانه‌ها و علائم اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم به‌کارگیری مداخلاتی است که ویژگی‌ها و خصوصیات اقدام کنندگان به خودکشی از قبیل کنترل عاطفی و هیجانی، واکنش‌پذیری شناختی، سلامت اجتماعی و... در این افراد را هدف قرار دهد، تا مثمرثمر واقع شوند (برومند و همکاران، ۱۴۰۱).

علاوه بر این، یکی از تغییرات و دگرگونی‌های برجسته دوره نوجوانی در حوزه اجتماع و روابط اجتماعی به‌وقوع می‌پیوندد. نوجوانان در تلاش‌اند با نمایانگر کردن ارزشمندی خود و پذیرش اجتماعی، از طرد اجتماعی در امان بمانند (لی و جو[4]، ۲۰۲۰، و آلتو و همکاران[5]، ۲۰۱۸). پذیرش اجتماعی یکی از نیازهای روانی بشر به‌ویژه نسل نوجوان می‌باشد. نوجوانان به رفاقت و پذیرش در جمع دوستان، دوستی با همسالان و جذب گروهی اهمیت فراوانی می‌دهند. وقتی پذیرش و مقبولیتی را که در جستجویش بودند تا

1 . Choi et al
2 . Ougrin et al
3 . Franklin et al
4 . Lee & Joo
5 . Alto et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

حدودی دریافت کردند، احساس لذت می‌نمایند که این امر می‌تواند در کیفیت شکل‌گیری شخصیت آنها اثرگذار باشد. پذیرش اجتماعی برآیند چندین پدیده اجتماعی همچون نفوذ اجتماعی، همنوایی، قضاوت اجتماعی و نگرش‌های افراد می‌باشد (غلام‌پور گالشکلامی و همکاران، ۱۳۹۹). پذیرش اجتماعی فرایندی از اجتماعی شدن فرد در یک جامعه مدنی است که مشخصه اصلی آن پذیرش هنجارها و ارزش‌های خاصی است که توسط جامعه به فرد ارائه می‌گردد. پذیرش اجتماعی برآیند نفوذ اجتماعی، همنوایی، قضاوت اجتماعی و بازخوردهای دیگران است و طبق آن افراد دوست دارند که بر اساس هنجارهای فرهنگی خود رفتارهای مورد پسند دیگران را انجام دهند (بویر و همکاران[1]، ۲۰۲۱). همچنین، این پذیرش را می‌توان به‌عنوان یک قضاوت جمعی درک کرد که نه‌تنها ذهنی است، بلکه ترکیبی از برداشت‌ها و نظرات افراد مختلف است.

برخورداری از ادراک پذیرش اجتماعی سبب می‌شود فرد نگرش و احساس مثبتی به خودش و زندگی گذشته‌اش داشته باشد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌ها همه جنبه‌های خود را بپذیرد و در پی تعامل مثبت و سازنده با اطرافیان در محیط اجتماعی باشد (آنتونوپولو و همکاران[2]، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های مرتبط با پذیرش اجتماعی، حاکی از آن است که پذیرش اجتماعی اندک با بروز مشکلات هیجانی (ساگمن و همکاران[3]، ۲۰۲۰)، اعتیاد به اینترنت و پریشانی روان شناختی (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴) همراه است. برعکس، پذیرش اجتماعی زیاد به بهبود عملکرد تحصیلی مثبت و خودکارآمدی تحصیلی بالا و مهارت‌های اجتماعی (عظیمی و همکاران، ۱۳۹۷) نوجوانان منجر می‌شود.

در راستای بهبود مولفه‌های روانشناختی نوجوانان، روش‌های درمانی مختلفی به کار گرفته شده است که از جمله این روش‌ها می‌توان به خودشفقت ورزی اشاره کرد (صفاری بیدهندی و همکاران، ۱۴۰۰). خودشفقت ورزی از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته است. در طول دهه اول قرن بیست و یکم، کاربرد و تحقیق پیرامون مفهوم شفقت به خود به‌عنوان فرایندی فعال در جریان روان‌درمانی فزونی یافته است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). خودشفقت ورزی به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود، به طوری که به تازگی، روش‌های درمانی با هدف بهبود

1 . Boyer et al
2 . Antonopoulou et al
3 . Sagmen et al

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

خودشفقت ورزی توسعه داده شده است. آموزش مبتنی بر خودشفقت ورزی، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان شناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است.

خودشفقت ورزی یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است. بر اساس نظر نف[1] (۲۰۰۳) شفقت به خود شامل تعامل بین سه مؤلفه است: ۱) خودمهربانی در مقابل خودقضاوتی (تمایل به داشتن بینش در جهت مراقبت از خود در مقایسه با قضاوت-های آسیب‌زا در مورد خود)؛ ۲) نوع‌دوستی و حس اشتراک انسانی در مقابل انزوا (درک این‌که همه انسان‌ها ممکن است زمانی دچار شکست شوند و به خاطر این شکست نباید روابط خود با دیگران را قطع کنند)؛ ۳) ذهن‌آگاهی در مقابل تشخیص همانندسازی افراطی (نف و بریتوس[2]، ۲۰۱۳). خودشفقت ورزی موجب می‌شود وقتی فرد با سختی یا نقص انسانی مواجه می‌شود از نظر عاطفی نسبت به خود و دیگران حمایت کننده باشد (یانل و نف[3]، ۲۰۱۳).

داشتن خودشفقت ورزی نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سختگیرانه از خود نپردازد، در حقیقت یکی از ویژگی‌هایی که با پرورش خودشفقت ورزی در افراد ایجاد می‌شود، خردمندی است که این ویژگی به افراد اجازه می‌دهد بی‌فایده بودن خودانتقادی را درک کنند و مهربان بودن بیشتر با خود را انتخاب نمایند (کرد و باباخانی، ۱۳۹۵). کارآیی آموزش خودشفقت ورزی در بهبود مولفه‌های روان شناختی افراد مختلف تایید شده است. آموزش خودشفقت ورزی می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی آنها شود. علاوه بر این در پژوهش‌های متعدد کارآیی آموزش خودشفقت ورزی بر سلامت روان (فینلای- جونز و همکاران[4]، ۲۰۲۱)، استرس و درد مزمن (لاتز و همکاران[5]، ۲۰۲۰) و خودمراقبتی (لاترن و همکاران[6]، ۲۰۲۰) مورد تایید قرار گرفته است. همچنین الاین و هالینز[7] (۲۰۱۶) اثربخشی آموزش

1 . Neff
2 . Neff & Beretvas
3 . Yanell & Neff
4 . Finlay-Jones et al
5 . Lutz et al
6 . Lathren et al
7 . Elaine & Hollins

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

خودشفقت ورزی را بر خود توسعه‌ای؛ سویسا و ویلکامپ[1] (۲۰۱۵) بر افسردگی، اضطراب، استرس و بهزیستی؛ پورصالح و همکاران(۱۳۹۹) بر اضطراب اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی؛ خونساری و همکاران (۱۳۹۸) بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمدپنداری نشان داده‌اند.

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که پذیرش اجتماعی نقش مؤثری در عملکرد فردی و اجتماعی نوجوانان ایفا می‌کند و ضعف در پذیرش اجتماعی ممکن است آنان را با مشکلات فراوانی مواجه نماید. همچنین، با توجه به نقش پررنگ پذیرش اجتماعی در دوره نوجوانی و تاثیر گسترده آن بر روند زندگی فردی، اجتماعی و شغلی آینده نوجوانان، به‌کارگیری روش‌های آموزشی روانشناختی مناسب که به بهبود مهارت اجتماعی آن‌ها منجر شود، اجتناب‌ناپذیر است. علاوه بر این، از آنجایی که خودکشی یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی در نوجوانان و همچنین در سنین بالاتر جمعیت دنیاست، نه تنها مرگ‌های ناشی از خودکشی، بلکه افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، رویدادهایی فراوان در سنین نوجوانی و جوانی هستند (میری و همکاران، ۱۴۰۱)، بنابراین اهمیت توجه و پرداختن به این مهم دو چندان می‌شود. بر این اساس به‌کارگیری مداخلات روان شناختی کارآمد می‌تواند بستر تحول اجتماعی بهنجار نوجوان را فراهم کند. همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه معرفی درمان‌های جدید، یکپارچه و متمرکز روی انگاره‌پردازی خودکشی، به نظر می‌رسد کاربرد درمان‌های اثربخش در این زمینه، می‌تواند هم برای این افراد مثمر به ثمر باشد و هم از عواقب و پیامدهای بعدی انگاره‌پردازی خودکشی پیشگیری کند. بنابراین با توجه به موضوعات مطرح شده و تحقیقات انجام یافته در مورد اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی، و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی حاضر به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله و هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان است.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۳-۱۴۰۲ به تعداد ۲۹۳۸

1 . Soysa & Wilcomb

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (تعداد ۱۵ نفر گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر گروه کنترل). تعیین حجم نمونه با استفاده با فرمول کوکران بود. ملاک‌های ورود عبارت بود از: ۱) کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه انگاره‌پردازی خودکشی (نمره ۵)، ۲) کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در پرسشنامه پذیرش اجتماعی (نمره ۸)، ۳) عدم دریافت درمان‌های روان شناختی همزمان با انجام پژوهش، ۴) تمایل به شرکت در پژوهش، ۵) عدم سابقه بیماری‌های سایکوتیک، ۶) عدم اعتیاد به روان گردان‌ها و ۷) عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان درمانی تحت نظر روانپزشک یا روانشناس. ملاک‌های خروج عبارت بود از: ۱) غیبت بیش از دو جلسه، ۲) حضور نامنظم در جلسات آموزشی، و ۳) عدم تمایل به ادامه همکاری. جلسات آموزش خودمهربانی برای آزمودنی‌های گره آزمایش ارائه گردید و آزمودنی‌های گروه کنترل در آموزش شرکت نداشتند. پس از اتمام جلسات آموزشی، از آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون گرفته شد و در پایان کار میانگین نمرات پس آزمون گروه‌ها مقایسه شد تا مشخص شود که عمل آزمایشی موثر بوده است یا خیر. جهت رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام آموزش، جلسات آموزشی ارائه گردید.

برنامه آموزش خودشفقت ورزی در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طی یک ماه بر مبنای مراحل ارائه شده جرمر[1] (۲۰۰۹) به آزمودنی‌های گروه آزمایش ارائه گردید. جلسات بصورت بحث گروهی و توسط پژوهشگر رهبر شد و در پایان هر جلسه از اعضا در خصوص میزان مفید بودن جلسات آموزشی بازخورد گرفته شد.

جدول ۱. شرح مداخلات مربوط به آموزش خودشفقت ورزی (جرمر، ۲۰۰۹)

جلسات	موضوع	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی با مفهوم خودشفقت ورزی	تعیین اهداف جلسات، تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، آموزش مفهوم شفقت ورزی به خود. ارائه تعریفی از انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی، ارائه مثال در این زمینه برای روشن‌تر شدن مفهوم، تکلیف خانگی

[1] . Germer

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

جلسات	موضوع	شرح جلسات
جلسه دوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی	گفتگو در خصوص جلسه قبل و دریافت پسخوراند، ارائه اطلاعات کلی درخصوص ذهن آگاهی، تمرین ذهن‌آگاهی از صدا، تمرین ذهن‌آگاهی از تنفس، پسخوراند و بحث در مورد تمرین، ذهن‌آگاهی در خانه و در دنیای واقعی، اشاره به پیشایندها یا عوامل تأثیرگذار بر پذیرش اجتماعی، تمرین خانگی
جلسه سوم	پذیرش هیجانات	ارائه گزارش یک شرکت کننده در خصوص تمرین جلسه قبل، اطلاعات کلی در خصوص هیجانات و آگاهی از آنها با استفاده از ذهن‌آگاهی و برچسب زدن به هیجانات، تمرین برچسب‌زنی، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین، آموزش نیازهای بنیادین روان شناختی، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	رویارویی با هیجانات	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی در خصوص مراحل پذیرش هیجانات مشکل و چرخه هیجانات منفی، مایند فولنس بدنی، تمرین نرمش، رخصت و عشق، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین، ارائه دستورالعمل و راهکارهای افزایش انگیزش درونی که شامل قابلیت پیش‌بینی فعالیت‌ها، توازن میان تکالیف دشوار و آسان، تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مراقبت از خود	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی، مراقبت از خود، پرورش هیجانات مثبت و داستان تاذیه هیجان، مدیتیشن عشق و مهربانی برای خود، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین، آموزش یادگیری اکتشافی و مراحل آن شامل تعیین مسأله، انتخاب راه حل، آزمایش راه حل و نتیجه‌گیری، تکلیف خانگی
جلسه ششم	دگرگونی روابط	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی در خصوص انواع روابط بین فردی، متامدیتیشن برای خود و دیگران، آموزش بخشش (به خود و دیگران)، ارتباط با دیگران بدون از دست دادن فردیت، آموزش نحوه برنامه‌ریزی صحیح، مهارت مسئولیت‌پذیری فردی، مهارت خودآگاهی و مهارت خودتنظیمی تحصیلی، ارائه تکلیف یرای آزمودنی که یک مثال ارائه نموده و همه عوامل ذکر شده در آن رعایت شده باشد، برای آشنایی بیشتر آزمودنی با مسئولیت‌پذیری و کاربرد آن در تحصیل، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	در آغوش گرفتن زندگی	بازنگری تکالیف خانگی، بحث در خصوص اشتراکات انسانی، مرور تمرینات و مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته و گفتگو در خصوص مشکلات احتمالی در آینده. جمع‌بندی مطالب مربوط اشاره شده در شش جلسه قبل و اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

ابزار سنجش

مقیاس سنجش انگاره‌پردازی خودکشی بک[1]: مقیاس افکار خودکشی بک و استیر (۱۹۹۱) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است. این مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ شامل گزینه الف (۰)، ب (۱) و ج (۲) تنظیم شده است. در آزمون افکار خودکشی بک سؤال ۵ استفاده غربال‌گری دارد. در این پرسشنامه خطر خودکشی را می‌توان به شرح زیر تعیین کرد: نمره (۵-۰) خطر پایین خودکشی، نمره (۱۹-۶) خطر بالای خودکشی، نمره (۳۸-۲۰) خطر بسیار بالای خودکشی. در سؤال پنجم پرسشنامه بک نمره صفر برای هیچ میلی به خودکشی ندارم، ۱ برای کمی تمایل به خودکشی دارم و ۲ برای میل شدیدی به خودکشی دارم، اختصاص می‌یابد. لازم به ذکر است که در دستورالعمل پرسشنامه آمده است که اگر آزمودنی در پاسخ به این سؤال نمره صفر را اخذ کرده باشد (یعنی گزینه هیچ میلی به خودکشی ندارم را علامت زده باشد) نیاز نیست به ۱۴ سؤال باقی مانده پاسخ گوید. اگر پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد؛ آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. این مقیاس با سؤال خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت. به‌علاوه با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۹۴ تا ۰/۷۵ همبستگی دارد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به‌دست آمده است و با استفاده از روش بازآزمایی، پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (بک و استیر، ۱۹۹۱). پژوهش انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۳) نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی دارد. همچنین اعتبار مقیاس بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش اجتماعی[2]**:** پرسشنامه پذیرش اجتماعی را کرون و مارلو (۱۹۶۰) برای گروه سنی نوجوانان و بزرگسالان ساختند که دارای ۳۳ سؤال و شامل پاسخ بلی و خیر است و به‌صورت صفر و یک نمره‌گذاری شده است. نمره صفر حالت نامطلوب و نمره ۱ حالت مطلوب را نشان می‌دهد. پس از نمره-گذاری به سؤالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه شد. نمره پذیرش اجتماعی هریک از واحدهای مورد پژوهش بین صفر تا ۸ برای نداشتن پذیرش اجتماعی و ۹ تا ۱۹ برای

1 . Beck & Steer Suicide Ideation (BSIS)
2 . Social Acceptance Questionnaire (SAQ)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

داشتن پذیرش اجتماعی متوسط (افرادی که احتمال دارد رفتار آنها با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت داشته باشد) و نمره ۲۰ تا ۳۳ برای پذیرش اجتماعی فراوان درنظر گرفته شد (افرادی که از طردهای مردم در امان هستند و براساس قواعد و هنجارهای اجتماعی رفتار می‌کنند). براین اساس دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۳۳ و کسب نمره کمتر از ۲۰ نشان دهنده ادراک پذیرش اجتماعی اندک است. کرون و مارلو (۱۹۶۰) روایی سازه پرسشنامه پذیرش اجتماعی را مطلوب و میزان آن را ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (کرون و مارلو، ۱۹۶۰). ضریب پایایی کلی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آوردند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری اس‌پی‌اس‌اس ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش ۳۰ نفر بودند. یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان می‌دهد میانگین سنی دانش‌آموزان در گروه آزمایش ۱۷/۲۵ و در گروه گواه ۱۶/۷۰ بوده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری		گروه آزمایش			گروه کنترل		
		میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد
انگاره‌پردازی خودکشی	پیش آزمون	۱۹/۳۳۳	۰/۶۶۸	۳/۶۶۴	۱۹/۹۰۰	۰/۸۰۹	۵/۰۷۶
	پس آزمون	۱۰/۲۳۳	۰/۲۵۵	۲/۳۹۷	۱۸/۷۶۶	۰/۹۷۱	۴/۳۲۱
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۴۶۶	۰/۵۸۴	۳/۲۰۲	۱۶/۷۶۶	۰/۷۳۷	۴/۰۴۰
	پس آزمون	۱۹/۶۰۰	۰/۹۴۳	۵/۱۶۶	۱۷/۹۳۳	۰/۶۵۷	۳/۶۰۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

در مطالعه حاضر، با توجه به این‌که مقیاس اندازه‌گیری داده‌ها از نوع فاصله‌ای بود، مفروضه‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس بررسی گردید. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از دو آزمون شاپیروویلک استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلک

	شاپیروویلک	
	آماره (p)	معنی‌داری(sig)
انگاره‌پردازی خودکشی	۰/۰۹۱	۰/۱۳۳
پذیرش اجتماعی	۰/۰۸۶	۰/۱۰۷

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود مقدار P در هر دو آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود و توزیع داده‌ها نرمال هستند. همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون ام باکس مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	ام باکس
۰/۱۲۹	۵۸۱۴/۰۰۰	۶	۱/۸۰۱	۱۱/۵۱۴

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون ام باکس مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تایید گردیده و این بدین معنا است که شرط یکسانی واریانس‌ها رعایت شده است و می‌توان آزمون‌های پارامتریک را در این مورد به کار گرفت.

برای بررسی اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. البته رعایت شرط همگنی شیب‌های رگرسیون لازم است که نتایج آن گزارش شده است.

جدول ۵. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
انگاره‌پردازی خودکشی	عضویت گروهی	۴۸۲/۵۷۰	۱	۴۸۲/۵۷۰	۵۵/۸۵۸	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	۱۳۶/۳۴۵	۱	۱۳۶/۳۴۵	۱۵/۷۸۲	۰/۰۰۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

	گروه × پیش آزمون	۳۶/۶۴۲	۱	۳۶/۶۴۲	۲/۸۷۲	۰/۱۰۴
	خطا	۴۸۳/۷۹۲	۵۶	۸/۳۶۹	–	–
	کل	۱۷۳۶/۸۵۰	۵۹	–	–	–
پذیرش اجتماعی	عضویت گروهی	۳۷/۰۶۷	۱	۳۷/۰۶۷	۰/۵۱۶	۰/۴۷۶
	پیش آزمون	۳۶۱۴/۹۵۳	۱	۳۶۱۴/۹۵۳	۵۰/۳۲۵	۰/۰۰۰
	گروه × پیش آزمون	۱۱/۲۱۸	۱	۱۱/۲۱۸	۰/۱۵۶	۰/۶۹۴
	خطا	۴۰۲۲/۶۳۹	۵۶	۷۱/۸۳۳	–	–
	کل	۱۶۳۱۶/۷۳۳	۵۹	–	–	–

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون انگاره‌پردازی خودکشی معنی‌دار نیست و داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند (sig=۰/۱۰۴ و F=۲/۸۷۲). همچنین، تعامل بین گروه و پیش‌آزمون پذیرش اجتماعی معنی‌دار نیست و داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند (sig=۰/۶۹۴ و F=۰/۱۵۶).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره

منابع تغییرات	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۸۱۳	۱۱۹/۴۹۶	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	۱/۰۰۰
لامبدای ویکلز	۰/۱۸۷	۱۱۹/۴۹۶	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	۱/۰۰۰
آزمون هتللینگ	۴/۳۴۵	۱۱۹/۴۹۶	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	۱/۰۰۰
آزمون روی	۴/۳۴۵	۱۱۹/۴۹۶	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری هر چهار آماره معنادار است که نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (انگاره‌پردازی خودکشی، پذیرش اجتماعی) تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) جهت بررسی تفاوت متغیرهای وابسته بین گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس؛ بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل

		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
انگاره-پردازی	پیش آزمون	۳۱۷/۵۹۹	۱	۳۱۷/۵۹۹	۳۲/۳۰۲	۰/۰۰۰	۰/۳۶۲	۱/۰۰۰
	عضویت	۱۱۶۱/۱۲۹	۱	۱۱۶۱/۱۲۹	۱۱۸/۰۹۵	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴	۱/۰۰۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

خودکشی	گروهی							
	خطا	۵۶۰/۴۳۴	۵۷	۹/۸۳۲	–	–	–	–
	کل	۱۷۳۶/۸۵۰	۵۹	–	–	–	–	–
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	۴۴۸۵/۲۷۶	۱	۴۴۸۵/۲۷۶	۶۳/۳۷۹	۰/۰۰۰	۰/۵۲۶	۱/۰۰۰
	عضویت گروهی	۴۴۴۳/۷۱۰	۱	۴۴۴۳/۷۱۰	۶۲/۷۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۲۴	۱/۰۰۰
	خطا	۴۰۳۳/۸۵۷	۵۷	۷۰/۷۶۹	–	–	–	–
	کل	۱۶۳۱۶/۷۳۳	۵۹	–	–	–	–	–

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات جدول، در متغیر انگاره‌پردازی خودکشی میزان F مشاهده شده (۱۱۸/۰۹۵) در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱). میزان تاثیر این مداخله ۰/۶۷ بوده است. همچنین، در متغیر پذیرش اجتماعی میزان F مشاهده شده (۶۲/۷۹۱) در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد (P<۰/۰۱). میزان تاثیر این مداخله ۰/۵۲ بوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان دختر تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی و پذیرش اجتماعی نوجوانان بود. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقت ورزی بر انگاره‌پردازی خودکشی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مؤثر بوده است. با توجه به این نتایج، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در انگاره‌پردازی خودکشی تفاوت معنی دار وجود دارد. یافته حاضر با نتایج پژوهش لاتز و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی بر بهبود سازگاری از لحاظ اثرگذار بودن خودشفقت ورزی، همسو بود. علاوه بر این فینلای- جونز و همکاران (۲۰۲۱)، لاترن، بلاث و پارک[1] (۲۰۱۹) و برومند و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند که خودشفقت ورزی و آموزش آن می‌تواند منجر به کاهش استرس و

1 . Lathren, Bluth & Park

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

افسردگی و افزایش سلامت روان شناختی افراد شود. همچنین در پژوهش‌های همسوی دیگر الاین و هالینز (۲۰۱۶)، سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)، نشان داده‌اند که آموزش خودشفقت ورزی نقشی اثرگذار بر بهبود مولفه‌های روان شناختی، اجتماعی و هیجانی افراد دارد. فرایندهای اصلی درمان خودشفقت ورزی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این محرک‌های درونی نیز، آرامش خود را حفظ کنند و کمتر هیجانات و افکار منفی را نشان دهد (نف، ۲۰۱۱). افزون بر آن، در خودشفقت ورزی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بلکه تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس خودمهربانی داشته باشند (کرد و باباخانی، ۱۳۹۵). درمان شفقت‌محور در پی این است که فرد راهبرهایی مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی را فرا گیرد و این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. همچنین، در خودشفقت ورزی فرد یاد می‌گیرد تا در برخورد با مسائل زندگی هر چند ناراحت کننده و ناخوشایند، به جای واکنشی آنی و تکانشی نسبت به آن، با توجه و ذهن آگاهی کامل با آن موضوعات مواجهه شود و از رفتار عادتی و تکانشی خودداری کند. در واقع بخش عمده‌ای از درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن آگاهی تمرکز دارد. تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی 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 (قدرتی و همکاران، ۲۰۲۰). 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 انگاره‌پردازی خودکشی در دانش‌آموزان می‌شود (نف، ۲۰۱۱). افراد با خودشفقت ورزی بالاتر، روابط مثبت با دیگران دارند، خودمختارند و بر محیط تسلط بیشتری دارند و خودتخریبی، خودانتقادی و نشخوار فکری کمتری را نشان می‌دهند که این توانایی‌ها و مهارت‌ها در نتیجه منجر به تجربه کمتر هیجانات منفی، استرس، اضطراب، ناامیدی، افسردگی می‌شوند. بنابراین افراد با چنین خصوصیاتی انگاره‌پردازی خودکشی کمتری دارند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

دومین یافته پژوهش نشان داد آموزش خودشفقت ورزی بر پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مؤثر است. با توجه به این یافته، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در پذیرش اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش لاترن، اسلوان، زیمرمن و همکاران (۲۰۲۰) حسینی‌مهر و همکاران (۱۴۰۰)، حسینی برزنجی و کرد (۲۰۱۹)، آسایش و همکاران(۱۴۰۰)، ورمرزیاری و گل‌پور (۱۴۰۱)، عبداللهی بقرآبادی و کریمی (۱۴۰۱)، مولایی و همکاران (۱۴۰۱) از لحاظ اثرگذار بودن خودشفقت ورزی، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش خودشفقت ورزی به فرد کمک می‌کند که نسبت به گذشته جراتمندتر شده و چرخه معیوب تصور منفی از خود و انتقاد به خویش و نیز ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سوال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و توقعات دست یافتنی‌تری را باز طراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد. همچنین شفقت به خود، شکل سالمی از خودپذیری است که بیان کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است (آسایش و همکاران، ۱۴۰۰). شفقت ورزی به خود به‌مثابه یک صفت روان‌شناختی مثبت در جهت بهبود شرایط پذیرش افراد عمل می‌کند (شهبازی و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که از سطح بالاتری از شـفقت‌ورزی برخوردارند، معمـولاً 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 (دماوندیان و همکاران،۲۰۲۱ و کرد و باباخانی، ۱۳۹۵). علاوه بر این، خودشفقت ورزی به افراد کمک می‌کند تا از چنگ رفتارهای ناکارآمد رهایی یابند؛ به عبارتی، وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند و رفتار اجتماعی بهتری داشته باشند (نف و مک‌گهی[1]، ۲۰۱۰). درمان خودشفقتی به آن‌ها می‌آموزد به جای رفتار اجتنابی و فرار از روابط اجتماعی به پرورش خودکارآمدی پرداخته و با استفاده از تکنیک‌های شفقت‌درمانی، خودمهربانی را در خود پرورش دهند و از رفتارهای مخرب دوری کنند. دیگر این که در درمان خودشفقت ورزی به منظور تقویت شجاعت

1 . McGehee

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

افراد، جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش می‌یابد که این خود به کاهش فشار و کمک به افراد در جهت تعامل بهینه با دیگران کمک زیادی می‌کند.

انجام هر نوع تحقیق کاربردی به دلیل وجود متغیرهای خارجی و داخلی تاثیرگذار، محدودیت‌هایی را برای پژوهشگر ایجاد می‌کند که مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. محدودیت عمده پژوهش حاضر، به عدم نمونه‌گیری تصادفی بر می‌گردد که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین عدم پیگیری نتایج در بلندمدت و محدود بودن به دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه محدودیت دیگر این پژوهش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش روی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم نیز انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. بعلاوه مرحله پیگیری نیز انجام گیرد. افزون بر این براساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد روانشناسان مدارس در زمان کار با دانش‌آموزان دارای انگاره‌پردازی خودکشی و احساس عدم پذیرش اجتماعی، از این روش آموزشی/ درمانی به منظور کاهش انگاره‌پردازی خودکشی و بهبود احساس پذیرش اجتماعی بهره گیرند.

منابع

احمدی، ر.، سجادیان، ا.، و جعفری، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. پوست و زیبایی، ۱۰(۱): ۱۸-۲۹. http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5369-fa.html

آسایش، ع.، دخت محمد، س.، و سررشته‌دار، آ. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی. رویش روان شناسی، ۱۰(۵): ۱۲۸-۱۱۹. http://frooyesh.ir/article-1-2655-fa.html

برومند، ن.، نظیری، ق.، داودی، ا.، و فتح، ن.(۱۴۰۱). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی. رویش روانشناسی، ۱۱(۹): ۶۹-۷۸. http://frooyesh.ir/article-1-4030-fa.html

بیرامی، م.، موحدی، ی.، خرازی نوتاش، ه.، و آلبرت، س. (۱۳۹۴). مقایسه پذیرش اجتماعی و سلامت عمومی در دانشجویان با و بدون اعتیاد به اینترنت. مجله سلامت جامعه، ۹(۲): ۲۰-۲۸.

پورصالح، ع.، نجمه، ح.، و داوودی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و سرمایه های روان شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۴(۵۶): ۹۴-۸۳.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

تاج‌آبادی، ز.، دهقانی، ف.، و صالح‌زاده، م. (۱۳۹۹). نقش چشم‌انداز زمانی و طرد همسالان در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان شهر یزد. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۸(۲): ۱۲۹-۱۴۱. http://journal.ihepsa.ir/article-1-1275-fa.html

حسینی‌مهر، ن.، خضری‌مقدم، ن.، و پوراحسان، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۷(۲): ۳۶-۲۶.

خونساری، م. س.، تاجری، ب.، سرداری‌پور، م.، حاتمی، م.، و حسین‌زاده تقوایی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان. مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳): ۱۷-۲۸. doi: 20.1001.1.17357462.1398.18.73.4.9

عبداللهی بقرآبادی، ق.، و کریمی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودشفقت ورزی ذهن آگاهانه بر نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۱۲): ۱۷۳-۱۸۲. doi:20.1001.1.2383353.1401.11.12.16.5

عظیمی، د.، شریعتمدار، آ.، و نعیمی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش سرسختی روانشناختی بر خودکارآمدی تحصیلی و پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان. فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۱۴(۴۸):۸۷-۱۰۲. https://doi.org/10.22054/jep.2018.16103.1562

غلامپور گالشکلامی، ح.، میرزایی، خ.، قدیمی، ب.، و علی‌پور درویشی، ز. (۱۳۹۹). عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر تمایل جوانان به ورزش همگانی (با تاکید بر زنان). زن و جامعه، ۱۱(۱): ۱۵۱-۱۷۶. doi:20.1001.1.20088566.1399.11.41.7.1ی

کرد، ب.، و باباخانی، آ. (۱۳۹۵). نقش خوددلسوزی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر. مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۳(۲۴): ۱۰۹-۱۲۶. doi:10.22111/JEPS.2016.2951

گنجه، س.، ع. نامور، ه.، آقایوسفی، ع.، و نوابخش، م. (۱۳۹۹). تعیین کارکردهای اوقات فراغت در نوجوانان و جوانان و تاثیر عوامل روانشناختی بر آن. سلامت اجتماعی، ۷(۴): ۴۳۰-۴۴۵.

مالکی، گ.، حسن‌زاده، ر.، و فخری، م. ک. (۱۴۰۱). مدل‌یابی روابط ساختاری حمایت اجتماعی با افکار خودکشی با نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در دانش‌آموزان. مجله علمی پژوهان، ۲(۳):۱۶۹-۱۷۶. doi:10.61186/psj.20.3.169

مولایی، ج.، چرامی، م.، شریفی، ط.، و احمدی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر پذیرش و تعامل اجتماعی نوجوانان دختر شهرستان سرپل ذهاب. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳(۴): ۳۰۵-۳۱۷. doi:10.22059/JAPR.2023.328751.643945

میری، م.، رضائیان، م.، و قاسمی، س. ع. (۱۴۰۱). مروری نظام‌مند بر میزان شیوع و علل خودکشی (افکار و اقدام) در دانش-آموزان و دانشجویان ایرانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۱(۵): ۵۵۱-۵۷۴.

ورمرزیاری ز.، و گل‌پور ر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر خودانتقادی و خودکارآمدی اجتماعی دانش آموزان دختر مبتلا به اضطراب امتحان. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱۲(۱۶): ۱-۱۳. http://jnip.ir/article-1-709-fa.html

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

همتی، ن.، دانش‌آموز ب.، و پناغی، ل. (۱۳۹۳). فراوانی افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان استان ایلام. تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲): ۷۹-۸۶ http://icssjournal.ir/article-1-44-fa.html

Alto, M., Handley, E., Rogosch, F., Cicchetti, D., & Toth, S. (2018). Maternal relationship quality and peer social acceptance as mediators between child maltreatment and adolescent depressive symptoms: Gender differences. *Journal of Adolescence*, 63(2), 19-28. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.12.004

Antonopoulou, K., Chaidemenou, A., & Kouvava, S. (2019). Peer Acceptance and Friendships among Primary School Pupils: Associations with Loneliness, Self Esteem and School Engagement. *Educational Psychology in Practice*, 35(3), 339-351. doi.org/10.1080/02667363.2019.1604324

Boyer, B. P., Nelson, J. A., Holub, S. C. (2021). Sex differences in the relation between body mass index trajectories and adolescent social adjustment. *Social Development*, 213(36), 978-982. doi: 10.1111/sode.12516

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Fatal Injury Reports. *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control*. Retrieved from http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html

Choi, S. B., Lee, W., Yoon, J. H., Won, J. U., & Kim, D. W. (2017). Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 579. doi.org/10.1186/s12889-017-4491-5

Damavandian, A, Golshani, F, Saffarinia, M. & Baghdasarians, A. (2021). 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*, 11(41), 31-58. [Persian]

Elaine, BC, & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22: 5-13. doi.org/10.1186/s12889-017-4491-5

Fernandes, A. C., Dutta, R., Velupillai, S., Sanyal, J., Stewart, R., & Chandran, D. (2018). Identifying suicide ideation and suicidal attempts in a psychiatric clinical research database using natural language processing. *Scientific Reports*, 8(1), 7426. doi.org/10.1038/s41598-018-25773-2

Finlay-Jones, A., Strauss, P., Perry, Y., Waters, Z., Gilbey, D., Windred, M., Murdoch, A., Pugh, C., Ohan, G.L., & Lin, A. (2021). Group mindful self-compassion training to improve mental health outcomes for LGBTQIA+ young adults: Rationale and protocol for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 102, 106-110. doi: 10.1016/j.cct.2021.106268

Franklin, J. C., Huang, X., Fox, K. R., & Ribeiro, J. D. (2018). What suicide interventions should target. *Current opinion in psychology*, 22, 50-53. doi: 10.1016/j.cct.2021.106268

Ghodrati Torbati, A, Nejat, H, Toozandehjani, H, Samari, AA. & Akbari Amarghan, H. (2020). Effect of compassion-focused therapy (CFT) on blood cortisol and cognitive-emotion regulation in drug abusers. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 12(1), 1-6. doi:10.5812/jjhs.100148

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

Hosseini Barzanji A, & Kurd B. (2019). A Review Study on Self-compassion and Its Place in Psychological Health. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*, 6 (2), 57-66. ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-162-en.html

Hua, W. & Meiting, L. (2021). Dramaturgical perspective mediates the association between parenting by lying in childhood and adolescent depression and the protective role of parent-child attachment. *Child Abuse & Neglect*, 114(22), 1049-1054. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.104985

Jones, C. M., & Foli, K. J. (2018). Maturity in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 42(10), 73-80.

Lathren, C., Bluth, K., & Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41. doi: 10.1016/j.paid.2019.02.008

Lathren, C.R., Sloane, P.D., Zimmerman, S., Bluth, K., Silbersack, J., & Wretman, C.J. (2020). Mindful SelfCompassion Training for Nursing Assistants in Long-Term Care: Challenges and Future Directions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 708-714. doi: 10.1016/j.jamda.2019.12.017

Lee, W. K., & Joo, Y. S. (2020). Adolescent extracurricular activity participation: Associations with parenting stress, mother–adolescent closeness, and social skills. *Children and Youth Services Review*, 116(17), 105-109. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105110

Lutz, J., Berry, M.P., Napadow, V., Germer, C., Pollak, S., Gardiner, P., Edwards, R.R., Desbordes, G., & SchumanOlivier, Z. (2020). Neural activations during self-related processing in patients with chronic pain and effects of a brief self-compassion training – A pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 304, 111-115. doi: 10.1016/j.pscychresns.2020.111155

Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identty*, 2(2), 85-102. doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, KD. & Beretvas, S. (2013). The roll of self-compassion in romantc relaton ship. *Self and Identty*; 12(1), 78-98. doi: 10.1080/15298868.2011.639548

Neff, KD. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-40. doi: 10.1080/15298860902979307

Neff, KD. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009

Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(15), 175-181. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.015

Sagmen, S. B., Yildizeli, S. O., Baykan, H., Ozdemir, M., & Ceyhan, B. (2020). The effects of anxiety and depression on asthma control and their association with strategies for coping with stress and social acceptance. *Revue Française d'Allergologie*, 60(5), 401-406. doi: 10.1016/j.reval.2020.05.006

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

Shahbazi, J., Khodabakhshi-Koolaee, A, Davodi, H. & Heidari, H. (2020). Effects of mindfulness-based selfcompassion and attachment-based therapy on selfcriticism and mental fatigue of male adolescents with addiction potential. *Journal of client-centered nursing care*, 6(2), 97-108. doi:10.32598/JCCNC.6.2.33.9

Soysa, CK. & Wilcomb, CJ. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226. doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1

Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, 276(33), 18-24. doi: 10.1016/j.psychres.2019.04.009

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. *World Health Organization*.

Yanell, LM. & Neff, KD. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolu tons, and Well-being. *Self and Identty*, 12(2), 59-146. doi: 10.1080/15298868.2011.649545

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

The Effectiveness of Self-Compassion Training on Suicidal Ideation and Social Acceptance of Adolescents

Bahman Kord[1] and Arezoo Babakhani[2]
1Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran
2Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

Abstract
The present study was conducted in order to effectiveness of self-compassion training on suicidal ideation and social acceptance of adolescents.: This research is applied and its method is semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The population of female students of the second secondary school in Bukan city in the academic year of 2023-2024, that There were 2938 students. The sampling method was available and based on the entry and exit criteria, 30 people were selected as a sample and randomly replaced in two experimental and control groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group). Before starting the intervention, both groups were pre-tested. The self-compassion training program was presented to the subjects of the experimental group in 7 sessions of 60 minutes during one month. Research questionnaires included: Beck and Steer (1991) Suicidal Thoughts Scale and Kron and Marlowe (1960) Social Acceptance Questionnaire. To analyze the data, analysis of covariance was used in SPSS-26. The results showed that self-compassion training has a significant effect on the suicide Ideation and social acceptance of female students, and The effect of intervention on suicidal ideation was more than social acceptance. Therefore, self-compassion training can be effective for psychologists and counselors and can be used to reduce suicidal ideation and increase social acceptance of Adolescent girls.
Keywords: Self-Compassion, Suicidal Ideation, Social Acceptance.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-16]