

Examining the Effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy on Feelings of Defeat, Thwarted Belongingness, and Perceived Burdensomeness in Suicidal Infertile Women

Azade Rezayati Zadeh¹   , Soodabeh Bassak Nejad^{2*}   , Zabihollah Abbaspour³   

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Received: 2025/07/09

Accepted: 2025/10/04

Abstract

Background: Infertility, especially when accompanied by repeated treatment failures, can lead to severe psychological distress and suicidal ideation. This study aimed to examine the effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy (MSCT) in reducing feelings of failure, social rejection, and perceived burdensomeness among infertile women with suicidal thoughts.

Materials and Methods: This research employed a single-subject design with multiple baselines. The study population included infertile women with suicidal ideation who visited infertility treatment centers in Tehran during the first half of 2024. Based on the inclusion criteria, six participants were selected. Data were collected at baseline, during the intervention, and follow-up stages using three instruments: the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), the Failure Scale, and the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). Data analysis was performed using SPSS and Excel, including visual graphs, the Reliable Change Index, and percentage improvement.

Results: The percentage improvement in feelings of defeat was 34.7% after treatment and 38.16% at follow-up. Social rejection demonstrated the greatest improvement: 57.18% after treatment and 63.33% at follow-up. Perceived burdensomeness also decreased by 42.15% after treatment, amounting to 44.83% at follow-up. Differences were observed among participants in their level of responsiveness to the intervention.

Conclusion: The results suggest that Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy is an effective intervention for reducing psychological risk factors associated with suicidal ideation in infertile women. By enhancing emotional resilience, strengthening social bonds, and fostering self-compassion, MSCT helps reduce feelings of failure, isolation, and burdensomeness.

***Corresponding Author:** Soodabeh Bassak Nejad

Address: Iran, Khuzestan, Ahvaz, Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Education and Psychology, Department of Psychology

Tel: +9809166149025

E-mail: s.bassak@scu.ac.ir

Keywords Mindfulness-Based Self-Compassion, Feeling of defeat, Belongingness, Perceived burdensomeness, Infertile women with suicidal thoughts.

How to cite this article: Rezayati A., Bassak Nejad S., Abbaspour Z., Examining the Effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy on Feelings of Defeat, Thwarted Belongingness, and Perceived Burdensomeness in Suicidal Infertile Women, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2026; 33(1):768-785. DOI: 10.30468/jsums.2025.8159.3282.

Introduction

According to the World Health Organization, infertility in women is defined as the inability to conceive or to deliver a live infant. Clinically, infertility is diagnosed when a married woman fails to conceive after one year of unprotected intercourse. Beyond its medical implications, infertility often leads to adverse psychological outcomes such as depression, hopelessness, and suicidal ideation. A significant proportion of infertile women report that life feels meaningless, highlighting the need to investigate underlying psychological risk factors. Three central constructs are strongly associated with suicide risk: perceived failure, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. Perceived failure refers to the inability to achieve important life goals; thwarted belongingness indicates the lack of meaningful social connection; and perceived burdensomeness reflects the belief of being a liability to others. Empirical studies demonstrate that these factors are reliable predictors of suicidal ideation and behavior. Infertile women, facing social stigma, isolation, and family conflict, often experience these vulnerabilities more intensely. Recent research emphasizes the protective role of self-compassion and mindfulness in counteracting such risks. Self-compassion is negatively associated with thwarted belongingness, burdensomeness, and suicidal ideation. Interventions that cultivate mindfulness-based self-compassion have been shown to reduce depressive symptoms, strengthen social connectedness, and buffer individuals against suicide-related thoughts. Joiner's interpersonal theory of suicide also suggests that targeting these three psychological factors may reduce suicidal risk.

Despite growing international evidence, few studies in Iran have examined suicide risk among infertile women in relation to these constructs. Addressing this gap, the present study evaluates the effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy (MSCT) in reducing perceived failure, thwarted

belongingness, and perceived burdensomeness among infertile women with suicidal ideation in Tehran, Iran. By focusing on this vulnerable population, the study seeks to contribute culturally relevant clinical evidence for suicide prevention and mental health promotion.

METHODOLOGY

This study employed a single-case experimental design (multiple baselines across subjects) involving six women with medically confirmed untreatable infertility and suicidal ideation. The participants were selected purposefully from infertility treatment clinics in Tehran, Iran in 2024. Eligibility was determined based on a diagnosis of infertility, unsuccessful fertility treatments, and the presence of suicidal thoughts confirmed via the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). Participants underwent eight weekly sessions of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy (MSC) individually. Data were collected during baseline, intervention, and a two-month follow-up using validated instruments: SBQ-R, the Brief Defeat Scale, and the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ), which measures perceived burdensomeness and thwarted belongingness.

RESULTS

The mean age of the participants was 38.3 years, with an average infertility duration of 9.8 years. All had a history of suicidal ideation, and one participant had previously attempted suicide. Post-treatment analysis revealed significant reductions across all three dependent variables. First, the average improvement post-intervention for defeat was 33.06%, increasing to 38.43% at follow-up. Second, improvement in thwarted belongingness was 57.18% post-treatment and 63.33% at follow-up. Finally, perceived burdensomeness decreased to 42.15% after treatment and 44.83% at follow-up. In addition, visual graph analyses confirmed downward trends in all measures during intervention and follow-up phases. Although the degree of

change varied across individuals, all six participants demonstrated clinical improvements. Notably, no adverse events, such as suicide attempts, were reported during or after the intervention.

DISCUSSION

This study aimed to examine the effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Therapy (MSCT) in reducing feelings of defeat, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness among infertile women with suicidal ideation, using a case study design. Overall, results showed that MSCT was effective in decreasing feelings of defeat, consistent with prior studies suggesting that self-compassion interventions help individuals cope with failure and related emotional reactions. By developing mindfulness, compassion, and acceptance skills, MSCT enhances emotion regulation and healthier responses to distressing thoughts such as perceived failure.

Participants initially presented weak and unstable belongingness. However, after treatment, all six women demonstrated notable improvements in belongingness. These findings align with Jeong, who reported that self-compassion enhances belongingness and social connectedness, and with Bianchini, who found that online self-compassion training significantly reduced thwarted belongingness in women. Case examples showed that practices such as thought-recording and compassionate self-reflection reduced feelings of rejection and isolation. Consistent with previous Iranian and international studies, self-compassion played a protective role in maintaining improvements during follow-up, despite the risks associated with social isolation and suicidal vulnerability.

In addition, improvements in perceived burdensomeness were less pronounced. Because this belief is deeply rooted in personal and social schemas, more extended or intensive interventions may be required for stronger effects. Nonetheless, MSCT facilitated shifts in how participants viewed themselves, teaching

them to accept shortcomings as part of common humanity rather than as signs of personal inadequacy. For example, participants who initially felt worthless or like a burden on family members began reframing these feelings, demonstrating reduced distress and self-criticism. Findings are consistent with Bianchini and Sahraian et al., who reported reductions in perceived burdensomeness and psychological distress following self-compassion interventions.

Finally, in line with the hopelessness model of suicide, perceived failure and burdensomeness amplify suicidal intent. MSCT helps buffer against this vulnerability by promoting security, constructive interpersonal responses, and psychological belonging. After treatment, all six participants reported reduced suicidal ideation, none attempted suicide, and improvements remained stable for most participants during follow-up.

This study concludes that MSCT meaningfully reduced defeat, thwarted belongingness, and burdensomeness among infertile women with suicidal ideation, with the strongest effect on belongingness. However, limitations include the small case sample ($N=6$), single cultural setting (Tehran, Iran), and possible expectancy effects, which limit generalizability. Future research should employ larger and more diverse samples, longer follow-up periods, and extend interventions to other high-risk groups such as depressed or impulsive individuals, hospitalized patients after suicide attempts, and their families. Clinically, MSCT shows promise as a safe and effective intervention for suicide prevention in infertile women, warranting integration into counseling and mental health services.

CONCLUSIONS

Mindful self-compassion therapy showed significant promise in reducing suicidal ideation-related risk factors (i.e., defeat, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness) in infertile women who had experienced repeated fertility treatment

failures. The greatest improvement was observed in belongingness, followed by burdensomeness, with more modest but meaningful changes in feelings of defeat. These improvements were largely maintained at follow-up. The study emphasized the importance of integrating self-compassion interventions in psychological support programs for women facing infertility-related distress. The results further underscored MSC's safety, effectiveness, and acceptability among a highly vulnerable population.

ACKNOWLEDGMENT

The authors express heartfelt gratitude to all the women who, despite emotional hardships, participated in this study. Sincere thanks are also extended to the medical and administrative staff at the infertility treatment centers in Tehran, Iran, for their cooperation.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest, financial or personal, related to the present study.

بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس شکست، کاهش حس تعلق ناکام‌مانده و ادراک سرباربودن در زنان نابارور دارای افکار خودکشی

آزاده رضایتی زاده^۱، سودابه بساک نژاد^{۲*}، ذبیح‌اله عباس‌پور^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری، به‌ویژه در صورت شکست‌های مکرر درمانی، می‌تواند منجر به پریشانی روانی و بروز تمایلات خودکشی شود. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش احساس شکست، طرد اجتماعی و سربار بودن در زنان نابارور با افکار خودکشی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش به روش تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان نابارور دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری تهران در نیمه نخست سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها ۶ نفر براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. داده‌ها در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری گردآوری شد. ابزارها شامل پرسش‌نامه رفتار خودکشی تجدیدنظر شده (SBQ-R)، مقیاس شکست و پرسش‌نامه نیازهای بین‌فردی (INQ) بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و Excel از طریق نمودارهای تصویری، شاخص تغییر پایدار و درصد بهبود انجام گرفت.

یافته‌ها: براساس نتایج این مطالعه درصد بهبود احساس شکست پس از درمان ۷/۳۴٪ و در پیگیری ۱۶/۳۸٪ بود. احساس طرد اجتماعی بیشترین میزان بهبود را به مقدار ۱۸/۵۷٪ پس از درمان و ۳۳/۶۳٪ در پیگیری نشان داد. احساس سربار بودن نیز پس از درمان ۱۵/۴۲٪ و در پیگیری ۸۳/۴۴٪ کاهش یافت. همچنین بین افراد مورد مطالعه اختلاف معناداری در میزان پاسخ‌دهی به درمان مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخله‌ای مؤثر برای کاهش عوامل خطر روان‌شناختی مرتبط با افکار خودکشی در زنان نابارور است؛ زیرا با افزایش تاب‌آوری هیجانی، تقویت پیوندهای اجتماعی و ارتقای شفقت به خود، احساس شکست، انزوا و سرباربودن را کاهش می‌دهد.

* نویسنده مسئول: سودابه بساک نژاد

نشانی: ایران، خوزستان، اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی
تلفن: +۹۸۰۹۱۶۶۱۴۹۰۲۵

رایانامه:

s.bassak@scu.ac.ir

شناسه ORCID:

0000-0002-7850-6525

شناسه ORCID نویسنده اول:

0009-0000-7944-7726

DOI:

10.30468/jsums.2025.81

59.3282

کلیدواژه‌ها:

حس شکست، حس تعلق ناکام‌مانده، سرباری ادراک‌شده، تمایل به خودکشی، زنان نابارور خودکشی‌گرا، درمان شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

۱. مقدمه

ناباروری^۱ در زنان از نظر سازمان بهداشت جهانی^[۱] به معنای ناتوانی در باردارشدن یا به دنیا آوردن نوزاد زنده تعریف می‌شود. زنانی که قادر به تولد جنین زنده نیستند، نیز نابارورند^[۲]. از نظر بالینی ناباروری زمانی تشخیص داده می‌شود که زنان متأهل پس از یک سال رابطه بدون پیشگیری، موفق به فرزندآوری نشوند^[۳]. این تشخیص با افزایش افکار خودکشی مرتبط است^[۴]. در نتیجه ناباروری به‌عنوان یکی از عوامل افسردگی و میل به خودکشی به‌شمار می‌رود^[۵،۶].

یکی از اثرات منفی ناباروری، بروز افکار و تمایلات خودکشی^۲ است. درصد قابل‌توجهی از زنان نابارور، احساس می‌کنند زندگی ارزش زیستن ندارد^[۷]. توجه به سه حس شکست^۳، حس تعلق ناکام‌مانده^۴ و ادراک سرباربودن^۵ ضروری است. ادراک منفی نازایی به‌تنهایی و شرمساری می‌انجامد^[۸]. احساس شکست به معنای ناتوانی در دستیابی به اهداف مهم زندگی است^[۹]. تعلق ناکام‌مانده ناتوانی در ایجاد پیوند اجتماعی رضایت‌بخش^[۱۰] و سرباری ادراک‌شده نیز احساس باربودن بر دیگران^[۹،۱۰] است.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که این سه عامل از پیش‌بین‌های مهم افکار و رفتارهای خودکشی محسوب می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس شکست و به دام افتادگی^[۱۱]، کاهش شفقت به خود^[۱۲] و نبود ذهن‌آگاهی^[۱۳] همگی از پیش‌بینی‌کننده‌های افکار خودکشی هستند. زنان نابارور که با تجربه شکست در باروری، احساس انزوا و ادراک سرباربودن مواجه‌اند، معمولاً روابط خانوادگی منفی‌تری را گزارش کرده^[۱۴] و عملکرد اجتماعی ناکارآمدی دارند^[۱۵]. از این‌رو، ناباروری به‌عنوان اختلالی ناتوان‌کننده، بخش مهمی از کارکردهای روانی، اجتماعی و خانوادگی آنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد^[۱۶].

بنابراین، مطالعه خودکشی در میان زنان نابارور، به‌ویژه بر مبنای سه عامل یادشده، اهمیت بالایی دارد. در این زمینه، درمان‌های جدیدی مانند شفقت به خود به‌عنوان عاملی

محافظتی در برابر تجارب منفی مطرح شده‌اند^[۱۷]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با کاهش تعلق ناکام، سرباری ادراک‌شده و میل به خودکشی ارتباط معکوس دارد^[۱۷-۱۹]. برای مثال برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شفقت به خود از طریق کاهش افسردگی و ارتقای مشارکت در رفتارهای سلامت، از افراد در برابر رفتارهای خودکشی‌گرا محافظت می‌کند^[۲۰،۲۱]. بنابراین فرض بر این است که افزایش شفقت به خود می‌تواند احساس شکست، تعلق ناکام و ادراک سرباربودن را کاهش دهد^[۱۲]. در این راستا جویئر معتقد است مداخلاتی که این سه عامل را هدف قرار دهند، می‌توانند افکار و رفتارهای خودکشی‌گرا را کاهش دهند^[۹].

نوآوری پژوهش حاضر در تمرکز بر زنان نابارور ایرانی است تا با پرکردن خلأ پژوهشی موجود، اثربخشی مداخله نوین «شفقت به خود ذهن‌آگاهانه» در کاهش گرایش به خودکشی را بررسی کند. این موضوع در فرهنگ ایرانی کمتر مطالعه شده و می‌تواند یافته‌های ارزشمندی برای پیشگیری فراهم آورد. بر این اساس، هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر احساس شکست، تعلق ناکام و ادراک سرباربودن در زنان نابارور با افکار خودکشی در تهران تأثیر بوده است.

۲. مواد و روش‌ها

روش پژوهش در این مطالعه از نوع آزمایشی تک‌موردی^۶ یا تجربی تک آزمودنی بود که از بین طرح‌های آزمایشی تک‌موردی، نوع طرح "خط پایه اولیه همزمان"^[۱۹] انتخاب شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان ناباروری در شهر تهران طی نیمه نخست سال ۱۴۰۳ بودند که از درمان ناباروری نتیجه نگرفته و بعد از ترخیص دارای گرایش به خودکشی بودند. نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت هدفمند بوده و درنهایت نمونه مورد مطالعه شامل ۶ زن نابارور بود که روش تعیین آن مبتنی بر نظریه بلانچارد انجام شد. برای دستیابی به این نمونه تعدادی پرسش‌نامه گرایش به خودکشی توزیع و جمع‌آوری شد که بعد از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های ناقص، ۶ زن که براساس ملاک‌های ورود (مانند دارا بودن تشخیص

¹ infertility

² suicide

³ defeat

⁴ thwarted belongingness

⁵ perceived burdensomeness

⁶ Single-case experimental design

ناباروری، داشتن سابقه فکر خودکشی، و تمایل به خودکشی با غربالگری از طریق پرسش‌نامه تمایل به خودکشی) وارد تحلیل شد. در نتیجه ۶ شرکت‌کننده به‌صورت همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و سپس تحت درمان خودشفقتی ذهن‌آگاهانه ۸ جلسه‌ای هفتگی به صورت انفرادی قرار گرفتند. ارزیابی متغیرها در طی جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم و در مرحله پیگیری تکرار شد.

پرسش‌نامه رفتارهای خودکشی‌گرا (تجدیدنظر شده) (SBQ-R): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۱ توسط عثمان و همکاران بازبینی شده و دارای ۴ گویه شش گزینه‌ای است که به‌ترتیب ۱ برای پاسخ هرگز یا اصلاً، ۲ برای به‌ندرت و بعید، ۳ برای گاهی، ۴ برای اغلب یا احتمالاً، ۵ برای اغلب محتمل، و ۶ برای به احتمال بسیار زیاد محاسبه شد و حداکثر نمره برابر ۲۴ محاسبه شد. نمره بیشتر در این پرسش‌نامه بیانگر احتمال بیشتر گرایش به خودکشی است. محاسبه روایی همگرا در این پرسش‌نامه در مطالعه اصلی^[۲۲] نشانگر حساسیت تشخیصی مطلوب در تمیز آزمودنی‌های خودکشی‌گرا از غیرخودکشی‌گرا بوده است. همچنین همسانی درونی آن نیز در سطح $(\alpha=0/80)$ گزارش شده است. در ایران نیز این پرسش‌نامه توسط کیانی چلمردی و همکاران^[۲۱] ترجمه و بررسی و پایایی آن تأییدکننده همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ $(0/80)$ بوده است. همچنین روایی پرسش‌نامه در ارتباط با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ضریب همبستگی $0/76$ به‌دست آورده است. بنابراین اعتبار درونی و روایی همزمان در این مقیاس وجود دارد^[۲۳].

مقیاس کوتاه احساس شکست^۱: این مقیاس توسط گیلبرت و آلان^[۲۴] برای ارزیابی شکست و به‌دام‌افتادگی ساخته شده و شامل ۴ سؤال با نمره‌گذاری لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵)) می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر احساس شدید شکست یا سطح بالاتری از شکست در کشمکش اجتماعی است. در مطالعه اصلی، همسانی درونی آن به‌صورت مناسبی از $0/88$ برای به‌دام‌افتادن تا $0/94$ برای احساس شکست گزارش شده است. پایایی مقیاس به‌طور تفکیک جنسیتی دارای همسانی درونی

بسیار بالا با ضرایب آلفای کرونباخ در دو گروه زنان $(0/94)$ و مردان $(0/93)$ بوده است. همچنین روایی همگرای مناسب و روایی بازآزمایی عالی در گروه‌های مختلف نشان داده است^[۲۵]. در ایران نیز توسط احمدبوکانی و همکاران^[۲۲] ترجمه شده و همانند پژوهش اصلی نشان داده است که پایایی خرده مقیاس شکست از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است $(\alpha=0/75)$. همسانی درونی مقیاس نیز از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر $0/91$ ، برای گروه زنان برابر $0/91$ و در گروه مردان برابر $0/92$ گزارش شده است. روایی مقیاس نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی یک برابر با $0/72$ گزارش شده است^[۲۵].

پرسش‌نامه نیازهای بین‌فردی (INQ): در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه نیازهای بین‌فردی^۳ به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای حس‌تعلق ناکام‌مانده و ادراک سرباربودن استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط وان آوردن و همکاران^[۲۶] ساخته شده و دارای ۱۵ سؤال و ۲ خرده مقیاس سرباری ادراک‌شده (سؤال ۱ تا ۶) و حس‌تعلق ناکام‌مانده (سؤال ۷ تا ۱۵) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه با لیکرت ۷ درجه‌ای (۱- اصلاً درست نیست تا ۷= کاملاً درست است) انجام شد. درحالی‌که نمره‌گذاری سوالات ۷، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ معکوس درج‌ات فوق می‌باشد. در مطالعه اصلی، محاسبه پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس حس‌تعلق از میان‌رونده بیانگر ضریب $0/84$ و برای ادراک سرباربودن برابر با $0/93$ به‌دست آمده است. علاوه‌براین محاسبه ضریب روایی همزمان این پرسش‌نامه با مقیاس افسردگی لایبوند، برابر $0/74$ بوده است که نشان‌دهنده روایی مطلوب پرسش‌نامه نیازهای بین‌فردی است. پرسش‌نامه نیازهای بین‌فردی در ایران توسط کیانی چلمردی و همکاران^[۲۳] ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن محاسبه شده است. در مطالعه آن‌ها به‌منظور محاسبه روایی پرسش‌نامه، ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه‌های دیگر برآورد شده است. به‌طوری‌که ضریب همبستگی تعلق‌پذیری از میان‌رونده با مقیاس‌های اضطراب برابر با $0/24$ ، با افسردگی برابر با $0/181$ و همبستگی با احساس به‌دام‌افتادن برابر با $0/28$ به‌دست آمده است. ضریب همبستگی ادراک سرباربودن

³ interpersonal needs scale

⁴ Van Orden, et al.

¹ feelings of defeat scale

² Gilbert & Allan

با مقیاس‌های اضطراب برابر با ۰/۴۳، با افسردگی برابر با ۰/۴۹، گزارش شده است؛ که نشان می‌دهد مقیاس از روایی همگرایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

علاوه بر پرسش‌نامه‌های فوق که بعد از رعایت مراحل خط پایه اجرا شد، برای اجرای دستورالعمل بالینی از برنامه درمانی درمان خودشفقتی ذهن آگاهیانه^[۲۵] استفاده شد. همچنین پس از اتمام مداخله، ۲ ماه بعد، پیگیری پرسش‌نامه‌ها بر روی ۶

آزمودنی تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور محاسبه آماره‌های توصیفی با نرم‌افزار SPSS و اکسل انجام گرفت.

مداخله درمانی

در این مطالعه از پروتکل خودشفقتی ذهن آگاهیانه (گرم و نف، ۲۰۱۳) استفاده شد که به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان خودشفقتی ذهن آگاهیانه

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	درک شفقت به خودآگاه	در این جلسه تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارد، را به هنگام مواجهه با دشواری‌های زندگی را شناسایی می‌کند. سپس ۳ عنصر شفقت به خود در یک محیط امن آموزش داده می‌شود.
دوم	یادگیری ذهن آگاهی	در جلسه دوم نظریه و اصول ذهن آگاهی به فرد آموزش داده می‌شود. همچنین به شرح چگونگی جستجوگری ذهن به دنبال مسائل و مشکلات گذشته و آینده، پرداخته می‌شود و تکالیف انجام ذهن آگاهی در منزل داده می‌شود.
سوم	تمرین مهربانی و مهرورزیدن	در جلسه سوم تمرین مهرورزیدن به مراجع آموزش داده می‌شود. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربان هستم، می‌باشد. درواقع این تمرین یا در جلسات و یا در طول روز انجام می‌شود.
چهارم	یافتن جایگاه شفقت به خود	هدف اصلی این جلسه چگونگی فراتر رفتن از تکرار عبارت‌های مهرورزی و تمرین خودشفقتی طبیعی در فرد آموخته می‌شود. درواقع شفقت به خود باهدف اینکه من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم رنج بکشی، انجام شود.
پنجم	عمیق زندگی کردن	در جلسه پنجم به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی معنا بخش به زندگی، پرداخته می‌شود. اگر مراجع ارزش واقعی خودش را کشف کند و تشخیص دهد چه چیزی برایش مهم است، می‌تواند با خود مهربان باشد. کمک این کشف به فرد این است که در صورت عدم تطابق زندگی با ارزش‌های اصلی، باز هم خودشفقتی را داشته باشد.
ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار	در این جلسه به بررسی اجزای جسمانی و عاطفی (افکار و واکنش‌های جسمی) پرداخته می‌شود. به طوری که در ابتدا چگونگی نام گذاری این عواطف دشوار به آزمودنی آموزش داده می‌شود (که با یک رویکرد آرام و مهربان از عواطف یاد کند) و سپس جایگاه آن عواطف را در بدن خود بیابد. تمرین اصلی که در این جلسه آموزش داده می‌شود (تمرین آرام کردن) براساس مهارت‌های مربوط به آگاهی‌های جسمانی می‌باشد. این تمرین شامل شفقت جسمی و روانی است.
هفتم	تغییر روابط	در این جلسه تمریناتی از قبیل تغییر درد، چه درد ذاتی و چه درد ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه، آموزش داده می‌شود. از آنجاکه بسیاری از دردها در زندگی در روابط شکل می‌گیرد، خودشفقتی ذهن آگاهیانه می‌تواند اولین گام در کاهش دردها و افزایش قدرت شفقت به خود و دیگران باشد. به مراجعین آموزش داده می‌شود که برای دردهایی که در روابط دشوار زندگی آن‌ها را تحمل کرده‌اند، از جملات و عبارات همراه با شفقت استفاده کنند.
هشتم	قبول و پذیرش زندگی	هدف این جلسه تمرکز بر خنثی سازی تعصبات منفی زندگی است. شرح اینکه اگرچه جستجوی تهدیدهای جسمی و عاطفی برای ادامه بقا ضروری است، اما در ظرفیت فرد برای شاد بودن، مشکل ایجاد می‌کند. درحقیقت با تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود فرد می‌تواند، تعصبات ذاتی خود را درک کند و بیشتر از زندگی لذت ببرد. به مراجع آموزش داده می‌شود تا بر نکات خوب زندگی و ویژگی‌های خوب وجود خویش تکیه کند.

براساس این درمان، هر مراجع ۸ جلسه انفرادی به مدت ۱ ساعت در هفته دریافت کرد و کل دوره مداخله تقریباً ۸ هفته به طول انجامید. ابتدا هر جلسه درمان با تمرین ذهن آگاهی شروع می‌شد که ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید. پس از ذهن آگاهی و ارائه تکنیک‌های آن در قالب آموزش‌های شفقت به خود و تمرین‌های تجربی آن به بررسی (الف) آگاهی و تمرکززدایی به عنوان راه‌هایی برای تغییر مسیر روندهای سرگردانی ذهنی، (۲) درک مبانی و اصول شفقت به خود، (۳)

انسان ناکامل اما شفقت‌ورز و (۴) مواجهه با نیازهای برآورده نشده و پیدا کردن ارزش‌های زندگی و نحوه ارتباط درست با خود و همکاران پرداخته شد.

۳. نتایج

یافته‌ها نشان داد که شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۶ زن ناباور خودکشی‌گرا بودند که میانگین سنی آن‌ها برابر با ۳۸/۳۳ سال با انحراف معیار ۴ سال ۴/۱ $\pm$ ۳۸/۳۳ بود.

میانگین مدت ازدواج کل نمونه برابر با $12/16 \pm 3/84$ سال بود. از لحاظ مدت ابتلا به نازایی نیز مشخص شد که میانگین کل مدت ابتلا به ناباروری برابر با $9/8 \pm 3/52$ سال بود. نتایج

مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

مراجعه‌ین	سن	وضعیت تأهل	مدت زمان ازدواج	سطح تحصیلات	سال‌های ناباروری	سال‌های تحت‌درمان
مراجعه اول	۳۹	متاهل	۹	فوق دیپلم	۶	۳
مراجعه دوم	۳۷	متاهل	۱۳	دیپلم	۱۰	۶
مراجعه سوم	۳۸	متاهل	۱۴	فوق دیپلم	۱۲	۱۰
مراجعه چهارم	۴۳	متاهل	۱۰	لیسانس	۹	۷
مراجعه پنجم	۳۸	متاهل	۱۱	فوق لیسانس	۱۰	۸
مراجعه ششم	۳۵	متاهل	۱۶	ابتدایی	۱۳	۹

از نظر تعداد دفعات فکر خودکشی، میل به خودکشی و اقدام به خودکشی، فراوانی متفاوتی در بین مراجعه‌ین وجود داشته است که بیشترین تعداد میل به خودکشی در مراجعه دوم و چهارم گزارش شده است. همچنین کمترین فراوانی میل به خودکشی نیز به تعداد ۴ بار توسط مراجعه‌ین سوم، پنجم و ششم گزارش شده است که حدود $0/50\%$ کل نمونه را شامل می‌شود. درحالی‌که دفعات ۷ و ۸ بار، توسط ۲ نفر و حدود $0/33$ از کل حجم نمونه و فراوانی اقدام به خودکشی با حداقل میزان یک بار توسط ۲ نفر و حداکثر ۲ بار توسط مراجعه‌ین دوم و چهارم گزارش مشاهده شد. در مجموع همگی حداقل ۱۰ بار فکر خودکشی را در طول عمر خود گزارش داده‌اند. بی‌میلی به زندگی، ناامیدی، یأس، پوچی و ... تقریباً در همه موارد دیده می‌شد که همسو با نمره پیش‌آزمون تست خودکشی بود.

یافته‌ها نشان داد درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه بر همه متغیرهای پژوهش شامل: احساس شکست، حس تعلق ناکام‌مانده و ادراک سرباربودن در تمام مراجعان مؤثر بوده است. همه آزمودنی‌ها در هر یک از این متغیرها کاهش نشان دادند؛ هرچند میزان تغییر بین مراجعان متفاوت بود.

در جدول ۱ وضعیت و نمره‌های ۶ زن نابارور خودکشی‌گرا در حس شکست در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان مشخص شده است. همچنین در مرحله خط پایه، مقدار نمرات احساس شکست در هر ۶ مراجعه بالا بود که در بین آن‌ها مراجعه دوم و ششم بیشترین احساس شکست را تجربه کرده بودند و مراجعه پنجم و سوم نسبت به بقیه سطح کمتری از

احساس شکست را تجربه کرده بودند. این تفاوت‌ها در ارزیابی‌های بین مراحل درمانی نیز مشاهده شد و در پایان درمان مشخص شد که مراجعه اول از کمترین میزان احساس شکست و برعکس مراجعه ششم بیشترین میزان احساس شکست را داشتند. بااین‌حال محاسبه مقدار شاخص تغییر پایای احساس شکست در مورد ۶ زن آزمودنی در مرحله درمان اختلاف معنی‌داری را نشان داد.

بیشترین درصد بهبودی پس از درمان از لحاظ کاهش حس شکست در مراجعه اول برابر با $41/31$ و پس از پیگیری ۲ ماهه $42/31$ بود. درصد بهبودی پس از درمان و پس از پیگیری در مراجعه دوم به ترتیب برابر با $41/01$ و $39/86$ بود. درصد بهبودی پس از درمان مراجعه سوم از نظر حس شکست به مقدار $34/00$ و برای پیگیری $34/00$ بود. بااین‌حال کمترین درصد بهبودی پس از درمان در کاهش حس شکست برای مراجعه چهارم و برابر با $21/00$ بود؛ ولی پس از پیگیری به $47/50$ رسیده بود که بیشترین درصد بهبودی را در مرحله پیگیری داشته است. درحالی‌که برای مراجعه پنجم درصد بهبودی پس از درمان برای حس شکست برابر با $32/00$ و پس از پیگیری نیز همان مقدار ثابت مانده بود. درنهایت درصد بهبودی پس از درمان مراجعه ششم از نظر کاهش حس شکست برابر $28/9$ و برای پیگیری $33/33$ بود. در مجموع درصد بهبودی کلی ۶ مراجعه در مرحله پس از درمان برابر با $33/06$ بود؛ درحالی‌که درصد بهبودی کلی ۶ مراجعه در مرحله پیگیری جمعاً برابر با $38/43$ بود.

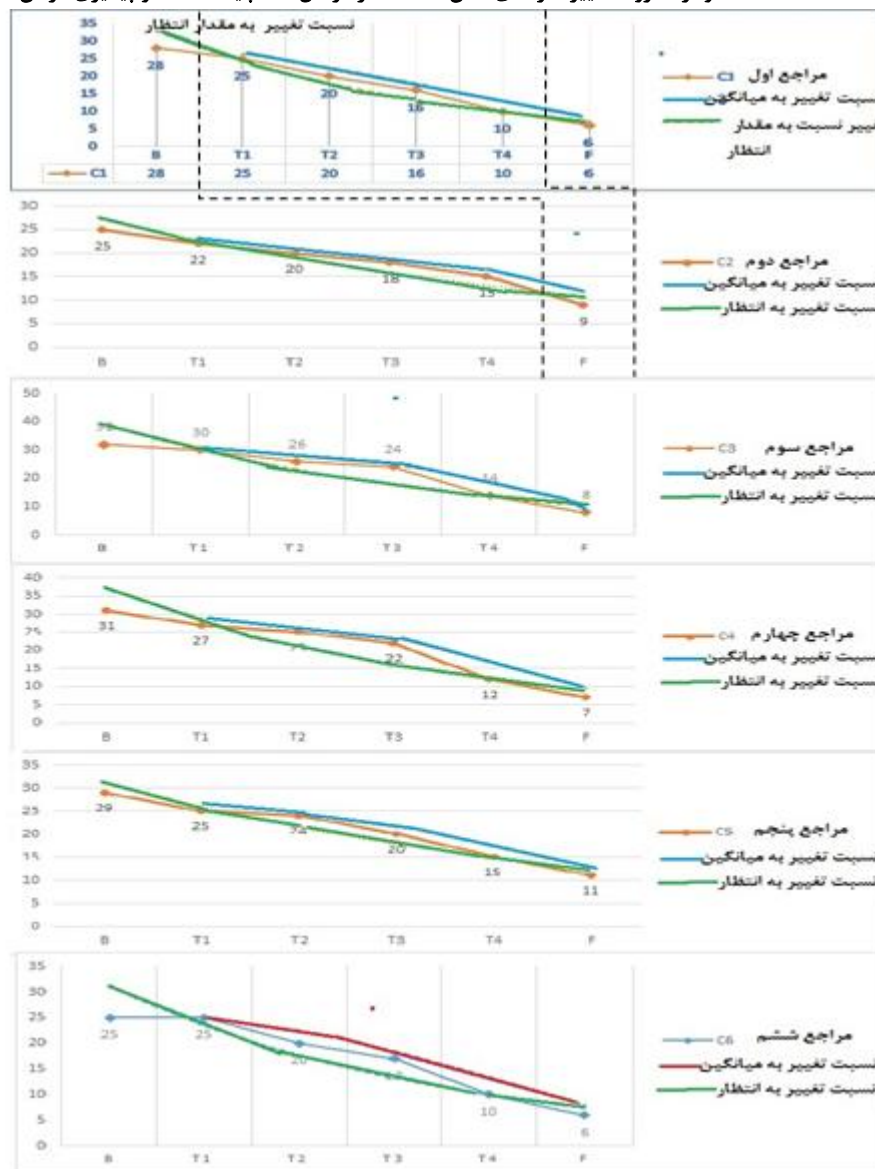
جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل حس شکست در میان ۶ مراجع طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراجعه‌ین و آزمودنی‌های پژوهش						مراحل سنجش و شاخص‌ها		
ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	مراحل سنجش		
۲۰	۱۶	۱۹	۱۷	۲۰	۱۸	پایه	خط پایه	پایه
۱۷	۱۴	۱۷	۱۵	۱۶	۱۵	جلسه دوم	ارزیابی مراحل درمان	۳-۳
۱۵	۱۲	۱۵	۱۲	۱۰	۱۰	جلسه چهارم		
۱۲	۱۰	۱۲	۱۰	۸	۶	جلسه ششم		
۷	۵	۷	۵	۵	۴	جلسه هشتم		
۱۲/۸۳	۱۰/۳۳	۱۲/۳۳	۱۱/۱۶	۱۰/۸۳	۹/۵	میانگین مرحله درمان		
-۲/۸۹	-۳/۲	-۲/۱۰	-۳/۴۰	-۴/۱	-۴/۲۳	شاخص تغییر پایا (درمان)		
۲۸/۹	۳۲/۰	۲۱/۰	۳۴/۰	۴۱/۰	۴۲/۳۱	درصد بهبودی پس از درمان		
۳۳/۰۶						درصد بهبودی کلی بعد از درمان		
۶	۵	۴	۵	۶	۴	مرحله پیگیری		
-۱/۲۴	-۱/۰۰	-۱/۷۵	-۱/۰۰	-۱/۸۶	-۱/۰۰	شاخص تغییر پایا (پیگیری)		
۳۳/۳۳	۳۲/۰۰	۴۷/۵	۳۴/۰۰	۳۹/۸۶	۴۲/۳۱	درصد بهبودی پس از پیگیری		
۳۸/۴۳						درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		

بر طبق نتایج فوق، براساس درصد بهبودی کلی حس شکست ۶ مراجع در مرحله پس از درمان (حدود ۳۳/۰۶) و در مرحله پس از پیگیری ۲ ماهه (حدود ۳۸/۴۳) بود. طبق طبقه‌بندی بلانچارد^[۱۲] میزان اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه در مرحله پس از درمان، در طبقه بهبودی نسبی و در مرحله پیگیری در طبقه مؤفقیت درمانی قرار داشت. به‌طورکلی نتایج حاکی از مؤفقیت مداخله شفقت به خود

ذهن‌آگاهانه بر حس شکست در زنان نابارور خودکشی‌گرا بود. در نمودار ۱ روند تغییر نمرات ۶ مراجع زن نابارور خودکشی‌گرا در حس شکست در ۶ مرحله سنجش که شامل یک مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری درمان است، مشخص شده است. همچنان که نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های حس شکست در ۶ زن در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است.

نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های حس شکست در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه



درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۲ وضعیت و نمره‌های ۶ زن نابارور خودکشی‌گرا در حس تعلق ناکام‌مانده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

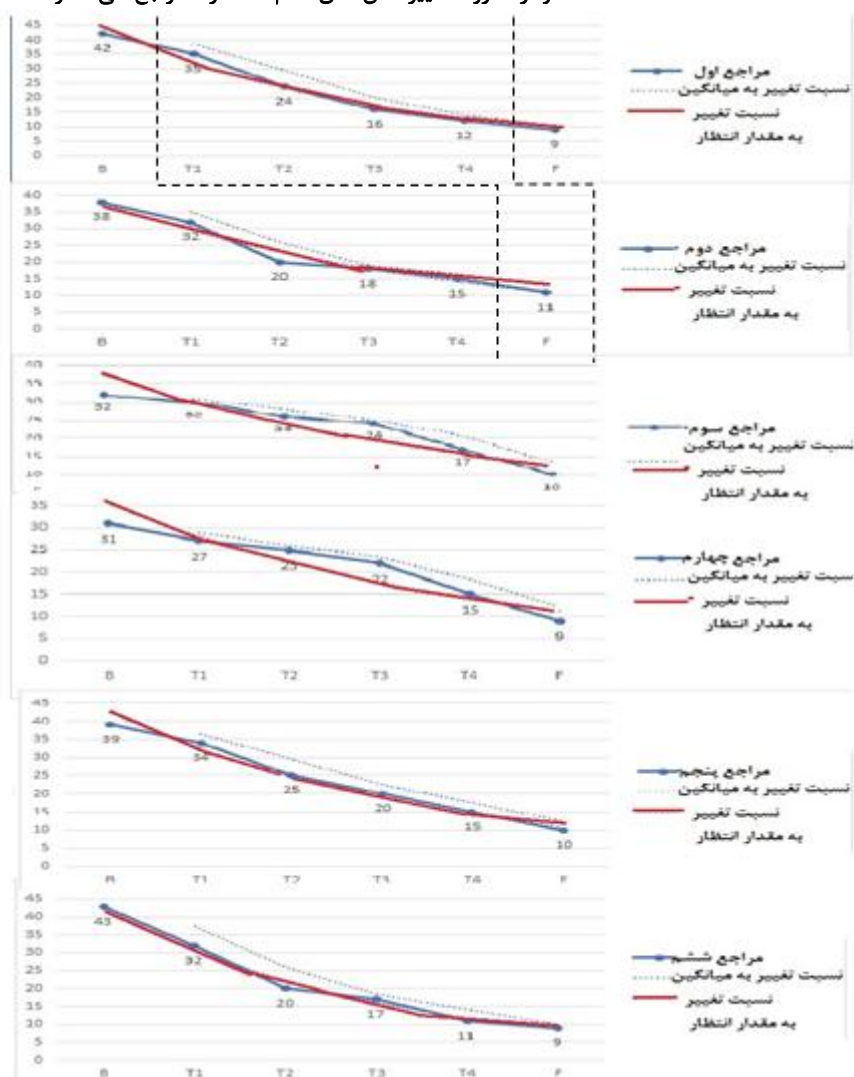
جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل حس تعلق ناکام‌مانده در میان ۶ مراجع طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

مراجعه و آزمودنی‌های پژوهش						مراحل سنجش و شاخص‌ها		
						مراحل سنجش		
ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پایه	خط پایه	خط پایه
۴۳	۳۹	۳۱	۳۲	۳۸	۴۲	جلسه دوم	ارزیابی مراحل درمان	درمان
۳۲	۳۴	۲۷	۲۶	۳۲	۳۵	جلسه چهارم		
۲۰	۲۵	۲۵	۲۰	۲۰	۲۴	جلسه ششم		
۱۷	۲۰	۲۲	۲۴	۱۸	۱۶	جلسه هشتم		
۱۱	۱۵	۱۵	۱۷	۱۵	۱۲	جلسه هشتم		
۲۰/۰	۲۳/۵	۲۲/۲۵	۲۱/۷۵	۲۱/۲۵	۲۱/۷۵	میانگین مرحله درمان		
-۸/۰۰	-۶/۰۰	-۴/۰۰	-۳/۸۵	-۵/۷۵	-۷/۵	شاخص تغییر پایا (درمان)		
۸۰/۹	۶۰/۰	۴۰/۰	۳۸/۵	۵۷/۵	۷۵/۰	درصد بهبودی پس از درمان		
۵۷/۱۸						درصد بهبودی کلی بعد از درمان		
۹	۱۰	۹	۱۰	۱۱	۹	مرحله پیگیری		
-۲/۰۰	-۵/۰۰	-۶/۰۰	-۷/۰۰	-۴/۰۰	-۳/۰۰	شاخص تغییر پایا (پیگیری)		
۸۲/۹	۶۵/۰۰	۴۶/۵	۴۵/۵۰	۶۱/۵۰	۷۹/۰۰	درصد بهبودی بعد پیگیری		
۶۳/۳۳						درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		

درصد بهبودی کلی ۶ مراجع از لحاظ حس تعلق ناکام‌مانده در مرحله درمان برابر با ۵۷/۱۸ بود؛ درحالی‌که درصد بهبودی کلی حس تعلق ناکام‌مانده ۶ مراجع در مرحله پیگیری جمعاً برابر با ۶۳/۳۳ بود. براساس طبقه‌بندی بلانچارد^[۱۲] میزان اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه در مرحله درمان، در طبقه بهبودی مؤفق و در مرحله پیگیری در طبقه مؤفقت درمانی قرار گرفت. به‌طورکلی نتایج مربوط به حس تعلق ناکام‌مانده حاکی از مؤفقت مداخله شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر حس تعلق ناکام‌مانده در زنان نابارور خودکشی‌گرا بود. برای نمایش تغییرات حس تعلق ناکام‌مانده

در مراجعان، از نمودار خطی دیداری استفاده شد که روند تغییرات ۶ مراجع را نسبت به میانگین و مقدار موردانتظار نشان می‌دهد (نمودار ۲). همان‌طورکه در شکل مشاهده می‌شود، مراجعان اول و ششم در خط پایه بالاترین نمره را داشتند که پس از مداخله و در مرحله پیگیری کاهش چشمگیری یافت. همچنین پراکندگی نمرات اولیه (از ۳۲ تا ۴۳) در پایان درمان کاهش یافت و نمرات حس تعلق ناکام‌مانده در مرحله پیگیری به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر و همگن‌تر شدند.

نمودار ۲: روند تغییر حس تعلق ناکام‌مانده در ۶ مراجع طی ۶ مرحله اندازه‌گیری



میزان انتظار بیشتر بوده است. در مراجع چهارم از مقدار مورد انتظار پایین‌تر رفته است، ولی مراجع اول و ششم برابر با خط انتظار بودند.

طبق نمودار تغییرات ۲ می‌توان گفت که بیشترین کاهش نمرات خام مراجعین در فاصله بین سنجش سوم تا چهارم رخ داده است که از طریق شیب بیشتر قابل تشخیص است و مقدار کاهش مراجعین دوم تا چهارم در مرحله پیگیری از

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل ادراک سرباربودن در میان ۶ مراجع طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

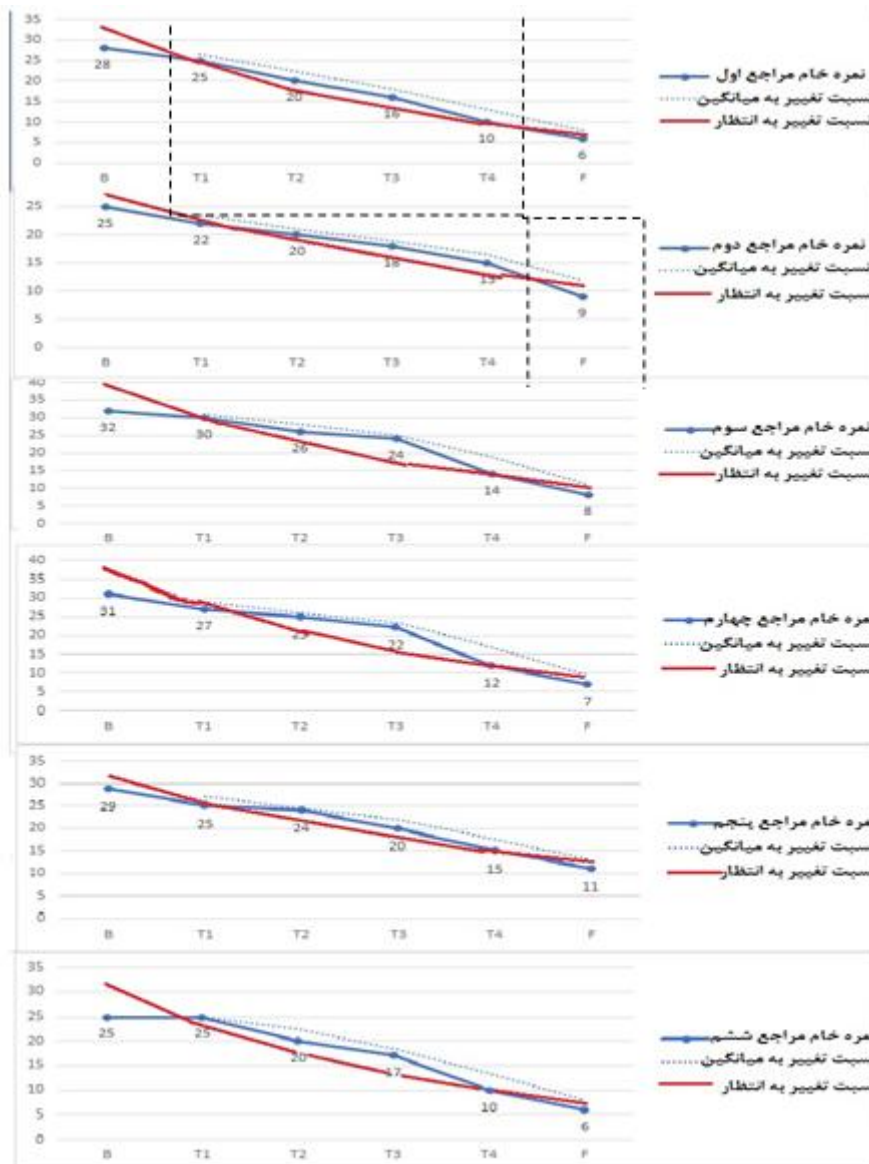
مراجعات و آزمودنی‌های پژوهش						مراحل سنجش و شاخص‌ها		
						مراحل سنجش		
ششم	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پایه	خط پایه	خط پایه
۲۵	۲۹	۳۱	۳۲	۲۵	۲۸	جلسه دوم جلسه چهارم جلسه ششم جلسه هشتم	ارزیابی مراحل درمان	مراحل درمان
۲۲	۲۵	۲۷	۳۰	۲۲	۲۵			
۲۰	۲۴	۲۵	۲۶	۲۰	۲۰			
۱۷	۲۰	۲۲	۲۴	۱۸	۱۶			
۱۱	۱۵	۱۲	۱۴	۱۵	۱۰			
۱۹/۰	۲۲/۶	۲۳/۴۰	۲۵/۲	۲۰/۰	۱۹/۸	میانگین مرحله درمان		
-۳/۰۸	-۴/۵۲	-۴/۶۸	-۵/۰۴	-۴/۰۰	-۳/۹۶	شاخص تغییر پایا (درمان)		
۳۰/۸	۴۵/۲۰	۴۶/۸۰	۵۰/۴	۴۰/۰	۳۹/۶	درصد بهبودی پس از درمان		
۴۲/۱۵						درصد بهبودی کلی بعد از درمان		
۶	۱۰	۷	۸	۹	۶	مرحله پیگیری		پیگیری
-۵/۰۰	-۵/۰۰	-۵/۰۰	-۶/۰۰	-۶/۰	-۴/۰۰	شاخص تغییر پایا		
۳۵/۸	۵۰/۲	۵۳/۸	۵۶/۴	۴۶/۰	۴۳/۶	درصد بهبودی پس از		
۴۴/۸۳						درصد بهبودی کلی پس از پیگیری		

طبق نتایج جدول ۳ میزان درصد بهبودی کلی ۶ مراجع از لحاظ ادراک سرباربودن در مرحله درمان برابر با ۴۲/۱۵ بود؛ درحالی‌که برای مرحله پیگیری درصد بهبودی کلی ادراک سرباربودن در ۶ مراجع برابر با ۴۴/۸۳ بود. براساس طبقه‌بندی بلانچارد^[۱۲] میزان اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه در مرحله درمان، در طبقه بهبودی مؤفق و در مرحله پیگیری در طبقه مؤفقت درمانی قرار می‌گیرد. به‌طورکلی نتایج مربوط به ادراک سرباربودن حاکی از مؤفقت مداخله شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر کاهش سرباری ادراک‌شده در ۶ زن نابارور خودکشی‌گرا بود.

طبق نتایج نمودار ۳ وضعیت و نمره‌های ۶ زن نابارور خودکشی‌گرا در ادراک سرباربودن در مراحل اندازه‌گیری خط پایه، مداخله و پیگیری درمان مشخص شده است. همچنان‌که

در نمودار ۳ مشاهده می‌شود نمره خام پایه مراجع سوم در ادراک سرباربودن بیشترین میزان (۳۲) را داشته است. اما بعد از مداخله در ارزیابی‌های حین مداخله (۰/۵۰) و مرحله پیگیری (۵۶/۴) کاهش قابل‌توجهی را نشان داد. اگرچه در مرحله پیگیری کمترین میزان نمرات خام را آزمودنی‌های اول و ششم نشان داده‌اند؛ اما مراجع سوم بیشترین کاهش و مراجع پنجم کمترین کاهش را نشان دادند. نکته قابل‌توجه، تفاوت زیاد شیب تغییرات بین مراجعان بود. بین مراحل دوم تا سوم کاهش چندانی مشاهده نشد، اما بیشترین افت میانگین نمرات بین مراحل سوم و چهارم رخ داد. در مرحله پیگیری، میزان کاهش حتی از مقدار موردانتظار نیز بیشتر بود. به‌ویژه مراجع دوم که پایین‌تر از حد انتظار قرار گرفت؛ درحالی‌که مراجع اول تقریباً با خط انتظار برابر بود.

نمودار ۳: روند تغییر میزان سرباری ادراک‌شده در بین ۶ مراجع طی ۶ مرحله اندازه‌گیری



۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر احساس شکست، حس تعلق‌پذیری از میان‌رونده و ادراک سربار بودن، در زنان نابارور خودکشی‌گرا به صورت موردی انجام شد. به طور کلی نتایج نشان داد که درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه در کاهش حس شکست زنان نابارور خودکشی‌گرا مؤثر بود. یافته‌ها با مطالعات پیشین

که مداخلات مبتنی بر شفقت به خود را روشی مؤثر برای مقابله با احساس شکست و واکنش‌های هیجانی مرتبط می‌دانند، همسو است [۲۷]. این درمان با تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی، شفقت و پذیرش، از طریق بهبود تنظیم هیجانات، به ایجاد ارتباط سالم‌تر با رویدادهای آسیب‌زا مانند افکار شکست کمک می‌کند. در نتیجه، شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای مؤثر برای کاهش احساس شکست محسوب می‌شود [۲۵].

در آغاز درمان، حس تعلق مراجعان ضعیف و از میان‌رونده بود؛ اما نتایج نشان داد کاهش قابل‌توجهی در حس تعلق ناکام‌مانده هر ۶ مراجع ایجاد شد. پژوهش جیونگ^[۲۸] نیز اثر مثبت شفقت به خود را بر افزایش احساس تعلق و بهبود روابط اجتماعی گزارش کرده است. یافته‌های بیانچینی^[۱۲] نیز نشان داد که پس از مداخله شفقت به خود، احساس تعلق ناکام‌مانده در زنان بزرگسال به‌طور معناداری کاهش یافت. در مطالعه حاضر نیز درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه موجب کاهش چشمگیر حس تعلق ناکام‌مانده شد. برای مثال، مراجع چهارم که در ابتدا احساس طردشدگی داشت، پس از درمان با تمرین‌هایی مانند ثبت افکار و احساسات در مواجهه با مشکلات، توانست مهارت خودبازبینی و افکار شفقت‌مندانه نسبت به خود و دیگران را تقویت کند. این فرایند با کاهش هیجانات منفی مانند تنهایی و طرد اجتماعی، حس تعلق را بهبود بخشید. این نتایج با پژوهش‌های صحرائیان و همکاران^[۲۷] و بیانچینی^[۱۲] همسو است که نشان داده‌اند شفقت به خود در کاهش حس تعلق ناکام‌مانده مؤثر و پایدار است. همچنین، در مرحله پیگیری می‌توان گفت گرایش به خودکشی، انزوا و کمبود حمایت اجتماعی خطر تشدید مشکلات روانی را افزایش می‌دهد^[۷].

در مطالعه حاضر درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش حس تعلق ناکام‌مانده داشت، اما در بهبود ادراک سرباربودن اثر کمتری نشان داد؛ زیرا تغییر باورهای عمیق دشوار است. نتایج نشان داد با وجود کاهش نسبی ادراک سرباربودن، برای اثربخشی بیشتر به مداخلات طولانی‌تر و مشارکت بالینی گسترده‌تر نیاز است. به‌طورکلی، ادراک سرباربودن به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده اصلی میل به خودکشی، از طریق تشدید احساس شکست می‌تواند نیت خودکشی را به رفتار خودکشی‌گرا تبدیل کند. این احساس، به‌ویژه در زنان ناباور، با خودپنداره منفی، هیجانات منفی و رفتارهایی مانند خشم، خودزنی یا اقدام به خودکشی همراه است^[۱۶].

احساس سرباربودن در مراجعان به‌طور کلی ریشه در تجربه ناکامی‌ها، احساس بی‌کفایتی شخصی و ناتوانی در ایفای نقش‌های اجتماعی و خانوادگی داشت. مراجع اول به دلیل ناتوانی در باروری، خود را بی‌ارزش و فاقد نقش مؤثر در

خانواده می‌دانست؛ مراجع دوم تحت تأثیر نگرش منفی خانواده و تکرار رفتارهای خودکشی‌گرایانه دچار این احساس شده بود؛ و مراجع سوم باور داشت که وجود او با آشفتگی‌های خلقی و نیاز به اطمینان‌بخشی، باعث رنج اطرافیان است. درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه به مراجعان کمک کرد تا نقص‌ها و ضعف‌های خود را نه به‌عنوان نشانه ناتوانی، بلکه به‌عنوان یک بخش طبیعی از انسان‌بودن بپذیرند. آموزش مفهوم "انسانیت مشترک" و پذیرش مسئولیت بدون غرق‌شدن در هیجانات منفی، به آنان کمک کرد از نگاه منفی به خود فاصله بگیرند و به جای سرزنش یا اجتناب، از راهکارهای حل مسئله بهره ببرند.

در این راستا نتایج پژوهش‌های بیانچینی^[۱۲] در بررسی تأثیر شفقت به خود مختصر و مجازی بر روی ادراک سرباربودن زنان بزرگسال نشان داد که بعد از مداخله، احساس شفقت به خود به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته و ادراک سرباربودن به‌طور قابل‌توجهی در طول زمان در تمام شرایط کاهش یافته بود. در ایران نیز صحرائیان و همکاران^[۲۷] به این نتیجه رسیدند که خودشفقتی ذهن‌آگاهانه می‌تواند با کاهش پریشانی روانی، علائم آسیب شناختی روانی و ناامیدی، منجر به بهبود رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی شود.

همچنین در تبیین اثر شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی احساس و میل به خودکشی، می‌توان چنین استدلال کرد که طبق مدل ناامیدی، نوعی آسیب‌پذیری شناختی وجود دارد که فرض می‌کند افراد علت شکست‌ها را به عوامل درونی نسبت می‌دهند^[۱۲]. درنتیجه هنگام مواجهه این افراد با ناکامی‌ها، ناامیدی ناشی از احساس شکست آن‌ها که باعث درماندگی می‌شود، اساسی‌ترین عامل پیش‌بین خودکشی است^[۹]. شفقت به خود با ایجاد احساس امنیت و آرامش، به مراجعین کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های هیجانی و دفاعی، به شکلی سازنده به تعارض‌های بین‌فردی پاسخ دهند؛ درنتیجه حس تعلق روان‌شناختی در روابطشان تقویت شود. همچنین، افراد آموزش‌دیده در این رویکرد می‌آموزند که نیازهای خود را از طریق مهربانی، آرامش و احساس تعلق برآورده کنند؛ در نتیجه بدون نیاز به کنترل یا وابستگی افراطی، آزادی عمل بیشتری به همسر خود می‌دهند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان شفقت به خود

مستولان و کارکنان مراکز درمان ناباروری در تهران که امکان اجرای این مطالعه را فراهم کردند، سپاسگزاری می‌شود.

ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاقی در تحقیقات انسانی انجام شده است. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و حق خروج در هر مرحله برای آنان محفوظ بود. تمامی اطلاعات به صورت محرمانه نگهداری شد و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. این مطالعه با کد اخلاق پژوهش IR.SCU.REC.1403.088 در دانشگاه شهید چمران اهواز صورت گرفته است.

سهم نویسندگان:

نویسنده اول در طراحی پژوهش، اجرای مداخله، گردآوری داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله، نویسنده دوم در تحلیل داده‌ها، مشارکت در تفسیر یافته‌ها و بازبینی علمی مقاله و نویسنده سوم در مشاوره در طراحی مداخلات روان‌شناختی، نظارت بر رعایت اصول اخلاقی و اصلاح نهایی مقاله مشارکت داشته‌اند.

حمایت مالی:

این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ذهن آگاهانه در زنان نابارور خودکشی‌گرا موجب کاهش حس تعلق ناکام‌مانده (بیشترین بهبود)، احساس سربار بودن (بهبود متوسط) و حس شکست (کمترین تغییر) شد. ۶ مراجع بهبود نسبی داشتند و فقط ۲ نفر در پیگیری، کمی افت داشتند، اقدام به خودکشی گزارش نشد و افکار خودکشی کاهش یافت؛ که بیانگر اثربخشی و ایمنی این درمان است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مانند جامعه محدود (زنان نابارور خودکشی‌گرای تهرانی)، حجم نمونه کم (۶ نفر) و روش مطالعه موردی روبه‌رو بود که تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد. برای اعتباربخشی بیشتر، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر و متنوع‌تر پیشنهاد می‌شود. همچنین بررسی اثربخشی این درمان در گروه‌هایی مانند بیماران افسرده، زنان پس از اقدام به خودکشی و خانواده‌های آنان و انجام پیگیری‌های بلندمدت (۶ تا ۱۲ ماهه یا پس از زایمان) ضروری است. از نظر کاربردی، آموزش این رویکرد به متخصصان سلامت روان، استفاده از آن در مراکز درمانی و غربالگری زنان نابارور برای پیشگیری از خودکشی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی زنانی که با وجود شرایط دشوار ناباروری و رنج روان‌شناختی، در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنند. همچنین از همراهی و همکاری

References

- [1]. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990-2021. Geneva: WHO; 2023.
- [2]. Hacker KS. Infertility: An embodiment approach [dissertation]. New York (NY): The New School; 2022. ProQuest Dissertations Publishing: 29213704.
- [3]. Topper PS. Clinically assisted reproduction among sexual minority women: Plans, pivots, and partnered-decisions [dissertation]. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania; 2020. ProQuest Dissertations Publishing: 28027016.
- [4]. Manigat DO. Reproductive renaissance in family therapy: Integrating infant mental health training and professional development [dissertation]. Fort Lauderdale (FL): Nova Southeastern University; 2022. ProQuest Dissertations Publishing: 28778199.
- [5]. Williams K. "Ain't I a woman???" The lived experiences of adolescent and young adult female reproductive cancer survivors living with infertility [dissertation]. Chicago (IL): The Chicago School of Professional Psychology; 2023. ProQuest Dissertations Publishing: 29995582.
- [6]. De la Vega D, Giner L, Courtet P. Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: Recent advances. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(4):26-37. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0885-z>.
- [7]. Alonso- Martínez L. Validation of the Spanish version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGAR) in nonclinical settings. *Nurs Open*. 2024;11(10):e70057. <https://doi.org/10.1002/nop2.70057>.
- [8]. Khalednejad M, Salehi L, Pashang S, Moghimbeigi A, Nezhadmohamad Nameghi A. Cervical cancer screening: The Investigation of the Effectiveness of a theory- based interventional study using expanded Protection Motivation Theory. *Iran J Health Educ Health Promot* 2022; 10 (1):17-30. (Persian) <https://doi.org/10.52547/ijhehp.10.1.17>.
- [9]. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2005.
- [10]. Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner TE Jr. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the

- Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychol Assess*. 2012;24(1):197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>.
- [11]. Owen, R., Dempsey, R., Jones, S., & Gooding, P. (2017). Defeat and entrapment in bipolar disorder: Exploring the relationship with suicidal ideation from a psychological theoretical perspective. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 48(1), 116-128. <https://doi.org/10.1111/sltb.12343>.
- [12]. Bianchini GM. The impact of an online self-compassion intervention on thwarted belongingness and perceived burdensomeness [dissertation]. London (Canada): The University of Western Ontario; 2022.
- [13]. Rahmani JS, Bassak NS, Arshadi N, Selby E. The effect of mindful self-compassion therapy on the interpersonal needs among patient with obsessive-compulsive disorder with suicidal thoughts. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2022; 88(2): 90-105. (Persian) <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.1913930.2697>.
- [14]. Himle JA, Taylor RJ, Nguyen AW, Williams MT, Lincoln KD, Taylor HO, et al. Family and friendship networks and obsessive-compulsive disorder among African Americans and Black Caribbeans. *Behav Ther*. 2017;40(3):99-105. PMID: 28321149 PMCID: PMC5356022.
- [15]. Kämpf MS, Kanske P, Kleiman A, Haberkamp A, Glombiewski H, Exner C. Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Psychother*. 2021;94(3):1-17. <https://doi.org/10.1111/papt.12358>.
- [16]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington (DC): APA; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- [17]. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(5):927-45. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>.
- [18]. Suh H, Jeong J. Association of self-compassion with suicidal thoughts and behaviors and non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Front Psychol*. 2021;12:633482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>.
- [19]. Lathrena C, Bluth K, Campoa R, Tanb W, Futch W. Young adult cancer survivors' experiences with a mindful self-compassion (MSC) video-chat intervention: A qualitative analysis. *Self Identity*. 2018;17(6):646-65. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1451363>.
- [20]. Yazdan Shenaz M, Zare Neyestanak M, Dinari P. The effectiveness of the compassion-focused treatment approach on negative emotions, disturbance tolerance and sexual performance in infertile women. *Appl Fam Ther J*. 2021;2(1):444-59. <https://doi.org/10.61838/kman.ajt.2.1.24>.
- [21]. Abbaspour Z, Khojasteh Mehr, R. The effectiveness of family-centered and solution-centered psychological behavioral therapies on suicidal thoughts, depressive symptoms, and adaptability of suicide attempters. *Shahid Jamran University of Ahvaz, Faculty of Educational Sciences and Psychology*; 2014. (Persian)
- [22]. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001;8(4):443-54. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>.
- [23]. Kiani Chelmar A, rashid S, Ramezani S. Validity of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior in students: structural model. *IJPCP* 2019; 25 (2):194-209. (Persian) <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.194>.
- [24]. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):585-98. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006710>. PMID: 9626715.
- [25]. Ahmadboukani S, Ghamari H, Kiani A, Rezaeisharif A. Structural model testing of defeat, entrapment, ideation and suicide attempt based on motivational-voluntary theory of suicidal behavior. *Feyz Med Sci J* 2021; 25 (5) :1219-1231. <https://doi.org/10.48307/FMSJ.2021.25.5.1219>.
- [26]. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013 Jan;69(1):28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>. PMID: 23070875.
- [27]. Sahraian K, Abdollahpour Ranjbar H, Namavar Jahromi B, Cheung HM, Ciarrochi J, Habibi Asgarabad M. Effectiveness of mindful self compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: a two arm double blind parallel randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2024;24(174):1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05411-6>.
- [28]. Gyeong JH, Hye NC, Ju CH. Effect of Mindful Lovingkindness-Compassion Program (MLCP) on depression, rumination, mindfulness, self-compassion, and social connectedness in depression-prone students. *Korean J Health Psychol*. 2017;22(2):271-87. <https://doi.org/10.17315/kjhp.2017.22.2.003>.