

Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based and Spirituality-Based Interventions on Emotion Regulation in Individuals with Suicidal Ideation: A Quasi Experimental Study

Esmaeil Jarrahi¹ , Marzieh Alivandi Vafa^{1*} , Behzad Shalchi² , Alireza Agdami Baher¹

¹ Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

² Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 25 Nov 2025

Revised: 18 Jan 2026

Accepted: 22 Jun 2026

ePublished: 24 Jun 2026

Keywords:

Compassion-Focused Intervention,
Spirituality-Based Intervention,
Emotion Regulation,
Suicidal Ideation,
Mental Health

Abstract

Background. Suicide and its associated consequences represent a major mental health challenge globally and within Iran. Increasing rates highlight the urgent need for effective preventive and therapeutic interventions. Psychological factors such as emotion dysregulation play a key role in the persistence and intensification of suicidal ideation. This study aimed to compare the effectiveness of self-compassion-based and spirituality-based interventions on emotion regulation in individuals with suicidal ideation.

Methods. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a four-month follow-up. The study was conducted in 2025 in Sahand, Iran. Participants included 45 individuals aged 18–44 years who were experiencing suicidal ideation, selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups (self-compassion-based and spirituality-based) or a control group. Data were collected using the Beck Scale for Suicide Ideation and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-Short). The self-compassion was delivered over eight sessions, while the spirituality-based intervention consisted of twelve sessions. Data analysis was performed using a mixed-design multivariate analysis of variance with repeated measures in SPSS v.27.

Results. Findings indicated that the main effect of the group on composite emotion regulation variables was significant ($F=6.085$, $P<0.001$, $\eta^2=0.225$). The main effect of time ($F=53.402$, $P<0.001$, $\eta^2=0.846$) and the group-by-time interaction effect ($F=17.898$, $P<0.001$, $\eta^2=0.642$) were also significant. Both interventions significantly increased adaptive emotion regulation and decreased maladaptive strategies from pretest to posttest, with these improvements maintained at the follow-up. Post-hoc comparisons revealed that the self-compassion intervention was more effective than the control group for both types of regulation ($P<0.01$), whereas the spirituality-based intervention demonstrated its strongest impact on reducing maladaptive strategies. No significant differences were observed between the two intervention groups ($P>0.05$).

Conclusion. Both self-compassion-based and spirituality-based interventions are effective in improving emotion regulation and reducing maladaptive strategies in individuals experiencing suicidal ideation. These results suggest that psychological approaches rooted in self-compassion and spirituality can serve as valuable complementary options within suicide preventive and treatment programs for at-risk populations.

Jarrahi E, Alivandi Vafa M, Shalchi B, Agdami Baher A. Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based and Spirituality-Based Interventions on Emotion Regulation in Individuals with Suicidal Ideation: A Quasi Experimental Study. *Depiction of Health*. 2026; 17(2): 170-187. doi: 10.34172/doh.2026.14. (Persian)

* Corresponding author; Marzieh Alivandi Vafa, E-mail: dr.vafa@iaau.ac.ir



Research Insight

- The effectiveness of both self-compassion-based and spirituality-based interventions in enhancing emotion regulation among individuals experiencing suicidal ideation.
- A sustained increase in adaptive strategies and a corresponding reduction in maladaptive strategies from pretest to posttest, with clinical gains maintained at follow-up.
- The effectiveness of the self-compassion-based intervention in bolstering adaptive emotion regulation strategies among at-risk individuals.
- The effectiveness of the spirituality-based intervention in reducing maladaptive emotion regulation strategies among individuals with suicidal ideation.
- Self-compassion-based and spirituality-based interventions improve emotion regulation in individuals with suicidal ideation through different yet complementary psychological pathways.

Extended Abstract

Background

Suicide remains a premier challenge in global mental health. Its rising prevalence, both worldwide and in Iran, underscores the urgent need for effective preventive and therapeutic strategies. Psychological determinants, particularly deficits in emotion regulation, are known to play a central role in the onset, maintenance, and escalation of suicidal ideation. Consequently, enhancing emotion regulation has become a primary target for interventions aimed at reducing suicide risk. Among emerging therapeutic approaches, self-compassion-based and spirituality-oriented interventions have shown promise in fostering emotional resilience and reducing maladaptive coping. However, limited comparative evidence exists regarding their relative effectiveness in individuals experiencing suicidal ideation. Accordingly, this study aimed to compare the impact of a self-compassion-based intervention and a spirituality-based intervention on emotion regulation among this population.

Methods

This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a four-month follow-up. The target population consisted of adults aged 18–44 years residing in Sahand, Iran, identified as having suicidal ideation through initial screening. A sample of 45 participants—15 per group—was selected using purposive sampling and subsequently randomized into two intervention groups (self-compassion-based and spirituality-based) and a waitlist control group.

Data were collected using the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) and the short form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-Short). The self-compassion intervention followed the Neff and Germer protocol (eight sessions), while the spirituality-based intervention followed the Richards and Bergin model (twelve sessions).

Data analysis included descriptive statistics and parametric tests. A mixed-design multivariate analysis of variance with repeated measures (3×3) was used to examine changes across pretest, posttest, and follow-up. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and sphericity were assessed, with Greenhouse–Geisser corrections applied where necessary. All analyses were conducted using SPSS v. 27.

Results

A total of 45 participants were analyzed ($n = 15$ per group). The mixed multivariate ANOVA revealed a significant main effect of group ($F=6.085$, $P<0.001$, $\eta^2=0.225$), a significant main effect of time ($F=53.402$, $P<0.001$, $\eta^2=0.846$), and a significant group-by-time interaction ($F=17.898$, $P<0.001$, $\eta^2=0.642$) for composite emotion regulation outcomes.

Univariate analyses showed that for adaptive emotion regulation, the effects of group ($F=4.366$, $P=0.019$, $\eta^2=0.172$), time ($F=18.884$, $P<0.001$, $\eta^2=0.310$), and the group-by-time interaction ($F=14.133$, $P<0.001$, $\eta^2=0.402$) were all significant. For maladaptive emotion regulation, the effects of group ($F=14.729$, $P<0.001$, $\eta^2=0.412$), time ($F=123.693$, $P<0.001$, $\eta^2=0.747$), and group-by-time interaction ($F=30.775$, $P<0.001$, $\eta^2=0.594$) were also significant.

Bonferroni post-hoc comparisons indicated significant improvements from pretest to posttest and follow-up in both intervention groups. The self-compassion group showed a -9.933 reduction in maladaptive emotion regulation from pretest to posttest ($P<0.001$), while the spirituality-based group showed a similar reduction ($P<0.001$). No significant changes were observed in the control group ($P>0.99$).

Between-group comparisons indicated that self-compassion significantly outperformed the control group in both adaptive and maladaptive emotion regulation (maladaptive $\Delta M = -6.089$, $P<0.001$). The spirituality-based intervention significantly improved maladaptive regulation compared to the control group ($\Delta M = 4.267$,

$P=0.002$), though its effect on adaptive regulation was not statistically significant ($P=0.348$). No significant differences were found between the two intervention groups ($P>0.30$).

Conclusion

The findings underscore the clinical value of self-compassion-based and spirituality-oriented interventions for individuals with suicidal ideation. Each approach contributed to enhancing emotion regulation skills and reducing the reliance on maladaptive emotional strategies. These outcomes suggest that integrating these psychological frameworks can enrich multidimensional treatment and prevention programs for at-risk populations.

Practical Implications of Research

The findings provide clinicians with evidence-based alternatives for treating suicidal ideation by targeting specific dimensions of emotion regulation. Self-compassion-based interventions appear particularly effective for enhancing adaptive strategies, while spirituality-based interventions are instrumental in reducing maladaptive strategies. The sustained efficacy observed at the four-month follow-up suggests these models foster long-term emotional resilience. Furthermore, these protocols offer scalable models for mental health intervention within primary healthcare settings.

مقایسه اثربخشی مداخله شفقت‌محور و معنویت‌محور بر تنظیم هیجانی در افراد دارای افکار خودکشی: یک مطالعه نیمه تجربی

اسماعیل جراحی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۱*}، بهزاد شالچی^۲، علیرضا اقدمی باهر^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. خودکشی و پیامدهای مرتبط با آن یکی از چالش‌های مهم سلامت روان در جهان و ایران به شمار می‌رود و آمارهای رو به افزایش آن ضرورت توجه به مداخلات پیشگیرانه و درمانی را بیش از پیش برجسته می‌کند. عوامل روان‌شناختی مانند ناتوانی در تنظیم هیجان نقش مهمی در تداوم و تشدید افکار خودکشی دارند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مداخله خود شفقت‌محور و مداخله معنویت‌محور بر تنظیم هیجان، در افراد دارای افکار خودکشی انجام گرفت.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری چهارماهه بود که در سال ۱۴۰۴ در شهر سهند انجام گرفت. شرکت‌کنندگان شامل ۴۵ فرد ۱۸ تا ۴۴ ساله دارای افکار خودکشی بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (خودشفقت‌محور و معنویت‌محور) و یک گروه کنترل تقسیم شدند. ابزارهای مطالعه شامل پرسش‌نامه افکار خودکشی بک و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-Short) بود. مداخله خودشفقت‌محور طی ۸ جلسه و مداخله معنویت‌محور در ۱۲ جلسه اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و تحلیل واریانس چندمتغیری آمیخته با اندازه‌گیری مکرر با نرم افزار SPSS ۲۷ انجام گرفت.

یافته‌ها. نتایج نشان داد که اثر اصلی گروه بر ترکیب متغیرهای تنظیم هیجان معنادار است ($F = ۰/۰۸۵$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۲۵$)، اثر اصلی زمان نیز معنادار بود ($F = ۵۳/۴۰۲$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۸۴۶$) و اثر تعاملی گروه $\times$ زمان نیز به‌طور معنادار مشاهده شد ($F = ۱۷/۸۹۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۶۴۲$). هر دو مداخله موجب افزایش تنظیم هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش نایافته از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون شدند و این تغییرات در پیگیری حفظ شد. مقایسه‌های تعقیبی نشان داد مداخله خودشفقت‌محور در هر دو نوع تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل مؤثرتر بود ($P < ۰/۰۱$)، در حالی‌که مداخله معنویت‌محور بیشترین تأثیر را بر کاهش تنظیم هیجان ناسازگار داشت؛ بین دو مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری. طبق نتایج مطالعه مداخلات خودشفقت‌محور و معنویت‌محور هر دو در بهبود تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگار در افراد دارای افکار خودکشی مؤثر بودند. این نتایج بیانگر آن است که بهره‌گیری از رویکردهای روان‌شناختی مبتنی بر خود شفقتی و معنویت می‌تواند به‌عنوان گزینه‌های مکمل در برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی برای جمعیت‌های در معرض خطر مورد استفاده قرار گیرد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۱۰/۲۸
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۳

کلیدواژه‌ها:

مداخله شفقت‌محور،
مداخله معنویت‌محور،
تنظیم هیجانی،
افکار خودکشی،
سلامت روان

پیام مقاله

- اثر بخشی هر دو مداخله خود شفقت‌محور و معنویت‌محور در تنظیم هیجان افراد دارای افکار خودکشی
- افزایش راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان از پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری
- اثر بخشی مداخله خود شفقت‌محور در تقویت راهبردهای سازگار تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی
- اثر بخشی مداخله معنویت‌محور در کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی
- اثر بخشی مداخلات خود شفقت‌محور و معنویت‌محور از مسیرهای روان‌شناختی متفاوت اما مکمل هم در بهبود تنظیم هیجان افراد دارای افکار خودکشی

* پدیدآور رابط: مرضیه علیوندی وفا، آدرس ایمیل: dr.vafa@iau.ac.ir

مقدمه

خودکشی پانزدهمین علت مرگ و میر در جهان است که ۱/۴ درصد از کل مرگ و میرها را به خود اختصاص می‌دهد.^۱ در دهه‌های اخیر، خودکشی و پیامدهای مرتبط با آن منجر به بروز مشکلات جدی و اساسی در زمینه سلامت عمومی شده است.^{۲،۳} بر اساس آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۱ تخمین زده می‌شود ۷۲۷,۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند.^۴ همچنین، در طول ۵۰ سال گذشته، میزان اقدام به خودکشی ۶۰ درصد در سراسر دنیا افزایش پیدا کرده است.^۵ ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست؛ به‌طوری‌که مطالعات همه‌گیری‌شناسی نشان می‌دهند که میزان شیوع خودکشی در ایران، به‌خصوص در بین نوجوانان و جوانان روند صعودی را طی می‌کند.^۶ بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که دلایل متعددی برای خودکشی وجود دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به بی‌معنایی، احساس تنهایی و انزوای عمیق، دلهره وجودی و رهایی از زندگی،^۷ رسیدن به درماندگی و ناامیدی مطلق،^۸ از بین رفتن دل‌بستگی به زندگی در افراد ناامید و درمانده،^۹ نشانگان افسردگی و بدبینی نسبت به زندگی و آینده خویش،^{۱۰} ناامیدی و رسیدن به این دیدگاه شناختی که مشکلات موجود غیرقابل حل هستند،^۸ تجربه پیوسته شکست^{۱۱} و ناتوانی در پیدا کردن هرگونه معنا و ارزش در زندگی^{۱۲} اشاره کرد.

مطالعات بر این باور تأکید دارند که بررسی تجارب هیجانی و تنظیم هیجان، به‌خصوص تنظیم شناختی هیجان در مطالعه خودکشی، مهم‌تر از تحلیل نقش ساختارهای مغزی، اختلال‌های روانی، عوامل اجتماعی و سایر عوامل محافظت‌کننده و خطرناک در بروز خودکشی است. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند.^{۱۳، ۱۴} تا به‌طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند.^{۱۵، ۱۶} در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی و یا واقعه فراخواننده هیجان به‌کار می‌گیرند.^{۱۷، ۱۸} علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی آمیختگی کامل دارد. به‌عنوان مثال،

اختلال‌های افسردگی و اضطراب نتیجه مشکلات تنظیم هیجان است.^{۱۶، ۱۹} در تبیین این رابطه فرض بر این است که اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی‌مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب قابل‌تشخیص را بروز دهند.^{۱۹، ۲۰} تنظیم شناختی هیجان مجموعه‌ای از صلاحیت‌ها را که به شخص اجازه می‌دهد نظارت، ارزیابی و اصلاح فرآیندهای ایجاد شده در پیدایش احساسات را انجام دهد در برمی‌گیرد.^{۲۱} بر اساس یافته‌های مطالعه، عدم توانایی در شناخت و کنترل احساسات و هیجانات خود و دیگران می‌تواند افراد را به‌عنوان راه‌حلی برای مشکلات خود به سمت خودکشی سوق دهد.^{۲۲} در سال‌های اخیر با مرور و بازنگری انتقادی پیشینه پژوهشی در زمینه راهبردهای مقابله شناختی، و از میان نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای "خود سرزنش‌گری"، "نشخوارگری فکری"، "فاجعه‌نمایی" و "دیگر سرزنش‌گری" به‌عنوان راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم شناختی هیجان در نظر گرفته می‌شوند. در حالی‌که راهبردهای "پذیرش"، "تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی"، "ارزیابی مجدد مثبت"، "تمرکز مجدد مثبت" و "کم‌اهمیت شماری" تحت عنوان راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان مطرح می‌شوند. بنابراین در مجموع می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از همبسته‌های اساسی رفتاری ایده‌پردازی خودکشی و آسیب‌شناسی روانی است.^{۲۳} در این راستا یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که خود سرزنش‌گری و فاجعه‌نمایی به‌صورت مثبت با آشفتگی هیجانی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی همبسته هستند ولی در راهبردهای سازش یافته مانند ارزیابی مجدد، این همبستگی منفی است.^{۲۴، ۲۵} افزون بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال تنظیم هیجان با مؤلفه‌های میل به خودکشی و توانایی اکتسابی برای خودکشی و افزایش عدم ترس نسبت به مرگ همراه بوده است.^{۲۶}

در زمینه طراحی درمان‌های مداخله‌ای و بررسی اثربخشی آن، در زمینه کاهش افکار و رفتارهای خودکشی پژوهش‌های متعددی انجام شده است. یکی از مداخلاتی که می‌تواند برخی از تجربه‌های نقص و خودِ معیوب افراد

معنوی تأکید می‌کند.^{۴۰} ریچاردز و برگین (Richards & Bergin)^{۴۱} در مورد فواید معنویت درمانی چنین اظهار داشته‌اند: تشویق مراجعان به دعا کردن، بحث کردن در مورد مفاهیم کلامی و مفاهیم مذهبی، ارجاع دادن به قرآن و احادیث و نوشته‌های عارفان، استفاده کردن از تنش‌زدایی معنوی و تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، تشویق افراد برای استفاده از روش‌های گذشت درمانی، تشویق افراد و کمک به آن‌ها که در راستای ارزش‌های معنوی خود زندگی کنند، باید توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار گیرد. در پژوهش‌های صورت گرفته تأثیر مثبت معنویت درمانی بر کاهش اضطراب،^{۴۲} بهزیستی روان‌شناختی،^{۴۳} کاهش خشم نوجوانان،^{۴۴} درمان اعتیاد به مواد مخدر،^{۴۵} سازگاری روانی و اجتماعی،^{۴۶} تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای^{۴۷} نشان داده شده است.

با توجه به پیچیدگی عوامل فردی و بین فردی مؤثر بر بروز افکار خودکشی، پژوهش‌های اخیر تأکید می‌کنند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ارتقای شفقت‌ورزی و تقویت ابعاد معنوی می‌توانند نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری هیجانی این افراد ایفا کنند. هر چند شواهد اولیه نشان می‌دهد که هر یک از این مداخلات به‌طور مستقل در بهبود تنظیم هیجان و کاهش پریشانی مؤثر است، مقایسه مستقیم اثربخشی آن‌ها، به‌ویژه در میان افرادی که افکار خودکشی را تجربه می‌کنند، هنوز محدود و نیازمند بررسی بیشتر است. مطالعه حاضر با هدف پر کردن این خلأ و فراهم کردن شواهد تجربی دقیق، به مقایسه اثربخشی مداخله خودشفقت‌محور و مداخله معنویت‌محور بر تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی می‌پردازد و می‌کوشد مبنایی برای انتخاب و توسعه مداخلات کارآمدتر در حوزه پیشگیری از خودکشی ارائه دهد.

روش کار

طراحی مطالعه

پژوهش حاضر با توجه به اهداف از نوع کاربردی و با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع طرح‌های نیمه تجربی مبتنی بر طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل (دوره پیگیری ۴ ماهه) بود.

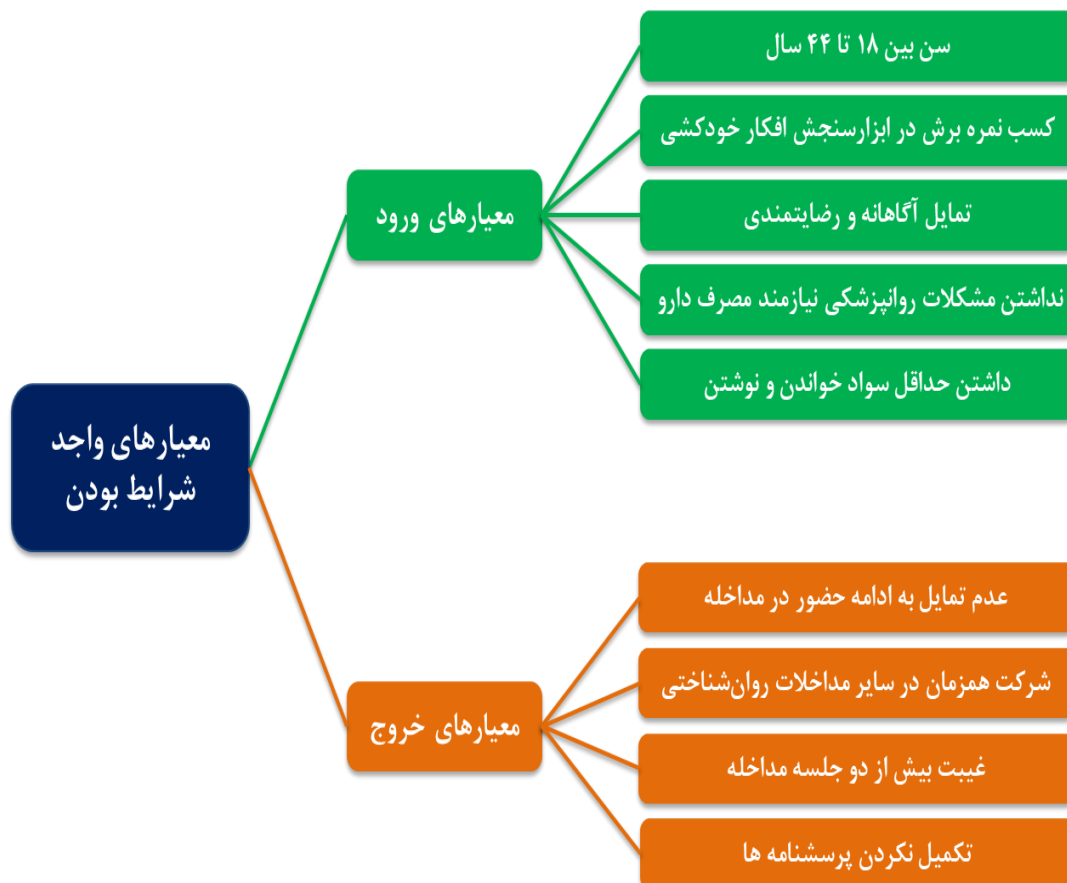
دارای افکار خودکشی را مورد هدف قرار دهد، آموزش شفقت به خود است.^{۳۷} شفقت به خود یک عامل پیش‌بینی‌کننده قدرتمند سلامت روان است و سطوح بالای آن، با سطح بالایی از تحمل مشکلات، خودکارآمدی بیشتر و کاهش خود سرزنش‌گری رابطه دارد و به‌نوعی نقش حفاظت‌کننده سلامت روان را ایفا می‌کند.^{۳۸} به باور کریستین نف (Neff) به نقل از اسدی بیجائی و همکاران شفقت به خود؛ مهربانی به خود، تجربه‌پذیری و تحت تأثیر رنج دیگران قرار گرفتن است. در تعریفی دیگر، شفقت به خود شامل توانایی نزدیک به رنج و وقایع منفی، بدون داشتن نگرش سخت و انتقادی نسبت به خود شخص تعریف شده است.^{۳۹} شفقت به خود شامل سه مؤلفه اصلی است که عبارت‌اند از: مهربانی به خود در مقابل انتقاد از خود، احساسات مشترک بشری در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل تسلیم.^{۴۰} در این زمینه، پژوهش‌ها حاکی از این است افرادی که سه مؤلفه فوق را دارا باشند، از سلامت روان‌شناختی بالایی نسبت به افرادی که خود شفقت‌ورزی پائینی دارند، برخوردارند و با تجربیات و وقایع زندگی بهتر مقابله می‌کنند.^{۴۱} در پژوهش‌ها اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود بر خود تعیین‌گری و کاهش افکار خودکشی،^{۴۲} کاهش افسردگی و اضطراب^{۴۳} و بهبود کیفیت زندگی^{۴۴} تأیید شده است؛ اگرچه در خصوص جامعه‌ی افراد دارای افکار خودکشی، نیاز به مطالعات گسترده‌ای است.

از طرفی، توجه به خود و تعریف درست از خود تجربه‌شده نیازمند ارتقاء معنوی است. مسائل اعتقادی و باورهای دینی در هر زمان اهمیت فوق‌العاده‌ای داشته و جزء اصلی‌ترین مباحث انسانی به شمار رفته است.^{۳۵، ۳۶} بر اساس نظریه روان‌شناسی مثبت‌گرا، یکی از درمان‌های مؤثر بر افزایش خود مراقبتی در بیماران دیابتی، معنویت درمانی است که در بسیاری از متون و نظریات دیگر به آن اشاره شده است.^{۳۷} معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا، در فرایند درمانگری است.^{۳۸} باورهایی که موجب تعالی و اخلاقی مسئولانه در افراد شده و این بعد متعالی، آنان را به‌سوی خدا رهبری می‌کند.^{۳۹} درمانگر در معنویت درمانی افراد را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی دعوت می‌کند و به‌صورت بی‌طرفانه و غیر قضاوت‌گرایانه، به‌وسیله رویکردهای روان‌شناختی بر مسائل

جامعه هدف و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل افراد ۱۸ تا ۴۴ ساله ساکن شهر سهند بودند که بر اساس غربالگری اولیه دارای

افکار خودکشی تشخیص داده شدند. با توجه به ماهیت مداخله‌ای مطالعه، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با توجه به معیارهای ورود و خروج انجام گرفت (شکل ۱).



شکل ۱. معیارهای ورود و خروج شرکت‌کنندگان در مطالعه

به‌عنوان افراد واجد شرایط شناسایی شدند. در مجموع، ۷۴۹ نفر از نظر معیارهای ورود مورد ارزیابی قرار گرفتند که پس از حذف ۷۰۴ نفر به دلیل عدم احراز معیارهای ورود، ۴۵ شرکت‌کننده واجد شرایط به‌صورت تصادفی در سه گروه مداخله شفقت‌محور، مداخله معنویت‌محور و مداخله روتین (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند. تمامی شرکت‌کنندگان تا پایان مطالعه پیگیری شدند و در تحلیل نهایی مورد بررسی قرار گرفتند. (نمودار ۱).

حجم نمونه بر اساس پیشنهاد گال (Gall)،^{۴۸} برای مطالعات مداخله‌ای تعیین شد و برای هر گروه ۱۵ نفر (در مجموع ۴۵ نفر) در نظر گرفته شد. فرآیند شناسایی و انتخاب شرکت‌کنندگان با همکاری کارشناسان سلامت روان مراکز سلامت انجام گرفت. بدین منظور، پرسش‌نامه سنجش افکار خودکشی برای تمامی مراجعین به واحدهای سلامت روان مراکز سلامت تکمیل شد و افرادی که نمره برش ابزار را کسب کرده و واجد معیارهای ورود بودند،



نمودار ۱. فلوچارت فرایند نمونه‌گیری، تخصیص تصادفی، پیگیری و تحلیل شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر با سه بازوی مداخله‌ای (شفقت‌محور، معنویت‌محور و مداخله روتین)

ابزارهای اندازه‌گیری

۱) پرسش‌نامه افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicide Ideation (BSI))

یک پرسش‌نامه خود اظهاری ۱۹ سؤالی است که به منظور اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. سؤالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوهای مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را با استفاده از طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (هیچ میلی به خودکشی ندارم (۰)، کمی تمایل به خودکشی دارم (۱) و میل شدیدی به خودکشی دارم (۲)) مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسش‌نامه دارای ۵ سؤال است که سؤالات غربالگری نام دارند؛ در صورتی که پاسخ‌دهنده به‌ویژه به پرسش شماره ۵، پاسخ مثبت یعنی ۱ یا ۲ بدهد و پاسخ‌ها، نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال باشند، لازم است که ۱۴ سؤال باقی‌مانده را نیز

پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه نمی‌باشد. اعتبار این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است.^{۴۹}

۲) پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-Short)

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان در سال ۱۹۹۹ توسط گارنفسکی و کرایچ (Garnefski & Kraaij) طراحی شده است. ساختار این پرسش‌نامه چندبعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه ناگوار به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسش‌نامه با ۹ مؤلفه (خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه‌آمیز‌پنداری، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) دارای ۳۶ ماده است. بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. مواد این پرسش‌نامه بر اساس سازه‌های نظری و عملی طرح‌ریزی شده‌اند. در سال ۲۰۰۶، گارنفسکی و

همکارانش تعداد سؤالات این پرسش‌نامه را به ۱۸ ماده کاهش دادند و هر مقیاس در فرم کوتاه پرسش‌نامه دارای ۲ آیتم است. در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه ۱۸ ماده‌ای استفاده شد.^{۵۰} برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه از روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس سرزنش خود ۰/۷۶، زیر مقیاس پذیرش ۰/۷۲، زیر مقیاس نشخوار فکری ۰/۷۴، زیر مقیاس تمرکز مجدد مثبت ۰/۶۹، زیر مقیاس برنامه‌ریزی ۰/۶۷، زیر مقیاس ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۵، زیر مقیاس کم‌اهمیت شماری ۰/۶۷، زیر مقیاس فاجعه‌سازی ۰/۶۷ و زیر مقیاس سرزنش دیگران ۰/۷۱ به دست آمد.

پروتکل‌های مطالعه

۱) مداخله‌ی خود شفقت‌محور

برای اجرای مداخله‌ی خودشفقت‌محور از پروتکل «شفقت به خود» کریستین نف و کریستوفر گرمر (Germer) (۲۰۱۳) استفاده شد.^{۵۱} این برنامه شامل ۸ جلسه گروهی بود. سرفصل جلسات شامل درک شفقت به خود با ذهن آگاه، تمرین ذهن آگاهی، تمرین مهربانی و مهر ورزیدن، یافتن جایگاه شفقت در خود، عمیق زندگی کردن، مدیریت احساسات و عواطف دشوار، تمرین مدیریت احساسات و عواطف دشوار، تغییر روابط، قبول و پذیرش زندگی بود.

۲) مداخله معنویت‌محور

برای گروه معنویت‌محور از پروتکل معنویت‌درمانی گروهی ریچاردز و برگین (۲۰۰۴) بهره گرفته شد.^{۵۲} این برنامه متشکل از ۱۲ جلسه بود و بر ۸ مؤلفه روانی-معنوی کلیدی تأکید داشت. مؤلفه‌ها شامل توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با خدا، خودآگاهی و گوش دادن به ندای درونی، و خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی بود.

روش اجرای مداخله‌ها

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، افراد واجد شرایط بر اساس ملاک‌های ورود از طریق نمونه‌گیری

هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی تخصیص داده شدند. یکی از گروه‌های آزمایش در قالب ۸ جلسه در برنامه درمانی خودشفقت‌محور شرکت کردند و گروه آزمایش دیگر طی ۱۲ جلسه تحت مداخله معنویت‌محور قرار گرفتند. هر دو مداخله توسط یک درمانگر باتجربه در حوزه مداخلات روان‌شناختی اجرا شد. پس از اتمام دوره‌های مداخله، مرحله پیگیری با اجرای مجدد پرسش‌نامه‌ها برای هر سه گروه انجام شد. شایان ذکر است که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت و پس از پایان مداخلات در گروه‌های آزمایش، خدمات درمانی لازم به این گروه نیز ارائه شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی همچون فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار، و همچنین کمینه و بیشینه به کار گرفته شدند. برای سنجش نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. در سطح استنباطی و برای پاسخ به سؤال پژوهش با توجه به وجود دو متغیر مستقل درون آزمودنی زمان (دارای ۳ سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و بین آزمودنی گروه (دارای ۳ سطح گروه روان‌شناسی مثبت‌گرا، کیفیت زندگی و گروه کنترل) و وجود دو متغیر وابسته (نمره کل سازش یافته و سازش نایافته) از تحلیل واریانس چندمتغیری آمیخته (اندازه‌گیری مکرر بین گروهی) 3×3 استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون گرین هاوس گیسر (Greenhouse-Geisser Test) استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر شرکت داشتند؛ به‌طوری‌که ۱۵ نفر در گروه مداخله خودشفقت‌محور، ۱۵ نفر در گروه مداخله معنویت‌محور و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

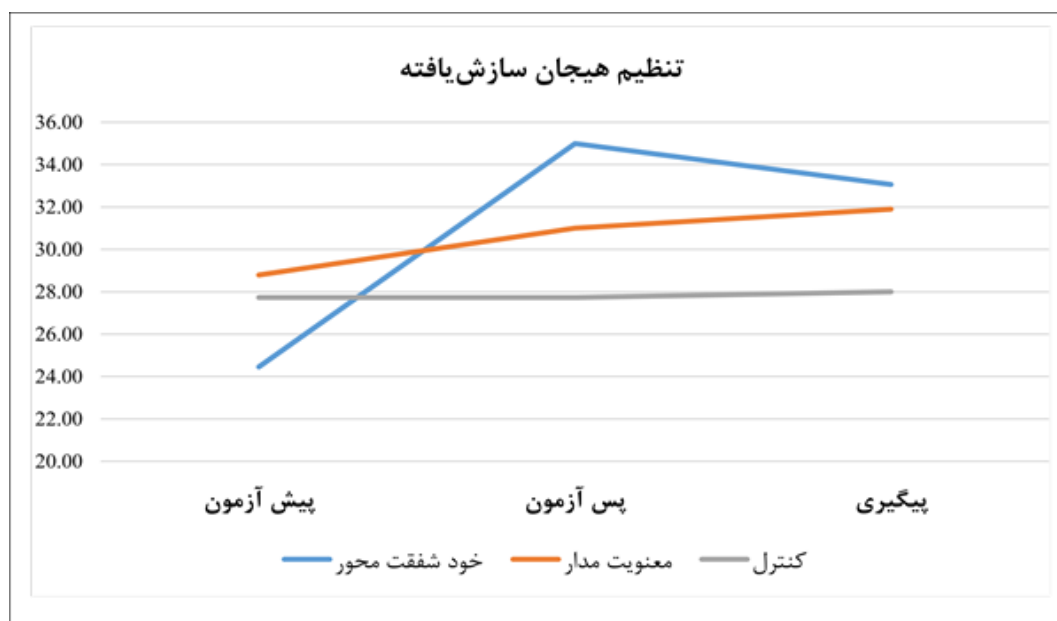
جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی به تفکیک سه گروه مطالعه

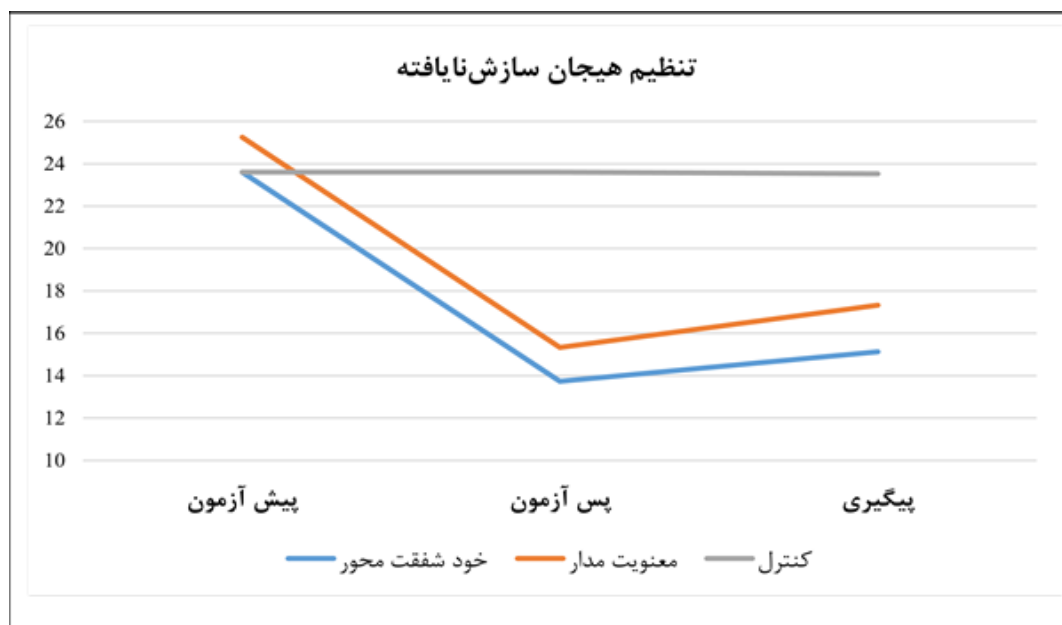
میانگین (انحراف معیار/ درصد)			مشخصات جمعیت‌شناختی	
گروه کنترل	معنویت محور	شفقت‌محور		
۳۱/۲۶ (۷/۶۴)	۲۸ (۶/۳۳)	۳۲/۲ (۹/۸۵)	سن	
۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	جنسیت	
۱۱ (۷۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	زن	
۹ (۶۰/۰)	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۶۶/۷)	متأهل	
۳ (۲۰/۰)	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	مجرد	
۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)	-	مطلقه	
۲ (۱۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	زیر دیپلم	
۱۰ (۶۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	۱۲ (۸۰/۰)	دیپلم	
۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰/۰)	۱ (۶/۷)	کارشناسی	
۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	-	کارشناسی ارشد	
۴ (۲۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	شاغل	
-	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	آزاد	
۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	بیکار	
۹ (۶۰/۰)	۹ (۶۰/۰)	۶ (۴۰/۰)	خانه‌دار	
-	۱ (۶/۷)	۳ (۲۰/۰)	محصل	

تنظیم هیجان

افزایش میانگین نمرات در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و کاهش میانگین تنظیم هیجان سازش نایافته از پیش‌آزمون به پس‌آزمون دیده شد و این نمرات از پس‌آزمون تا پیگیری تقریباً ثابت باقی ماندند. در گروه کنترل میانگین تمام از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تقریباً ثابت ماند (نمودار ۲).

تنظیم هیجان در گروه‌های دریافت‌کننده مداخله خود شفقت‌محور، معنویت محور و گروه کنترل در افراد دارای افکار خودکشی در شهر سهند در طی زمان (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) متفاوت بود. بر اساس نتایج تحلیل در گروه مداخله خود شفقت‌محور و معنویت محور





نمودار ۲. مقایسه روند تغییرات میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجان برای گروه‌های مداخله و کنترل در سه زمان مطالعه

معنویت محور و گروه کنترل با استفاده از آزمون پیلای (Pillai's Test) پژوهش ارائه شده است (جدول ۲).

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آمیخته به‌منظور مقایسه متغیرهای تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته بین دو گروه مداخله خود شفقت‌محور و

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری آمیخته با استفاده از آزمون پیلای برای تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در دو گروه مداخله و گروه کنترل در ۳ زمان مطالعه

عامل	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه (df ₁)	درجه آزادی خطا (df ₂)	معناداری (P)	مجذور اتا تفکیکی (η ²)
اثر اصلی گروه	۰/۴۴۹	۶/۰۸۵	۴	۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
اثر اصلی زمان	۰/۸۴۶	۵۳/۴۰۲	۴	۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
گروه*زمان	۱/۲۸۳	۱۷/۸۹۸	۸	۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۲

گروه × زمان بر ترکیب دو متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته معنی‌دار است ($F = 17/898$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/642$). برای مشخص شدن اثر سه عامل گروه، زمان و اثر تعاملی بر هر یک از متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که اثر اصلی گروه بر ترکیب دو متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته معنی‌دار است ($F = 0/85$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/225$). همچنین می‌توان مشاهده کرد که اثر اصلی زمان بر ترکیب دو متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته نیز معنی‌دار است ($F = 53/402$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/846$). همچنین، می‌توان مشاهده کرد که اثر تعاملی

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیری به‌منظور مقایسه جداگانه دو متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل در ۳ مرحله‌ی پژوهش

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجزورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجزورات (MS)	مقدار (F)	معناداری (P)	اندازه اثر (η^2)
سازش یافته	اثر اصلی گروه	۴۲۳/۵۷۰	۲	۲۱۱/۷۸۵	۴/۳۶۶	<۰/۰۱۹	۰/۱۷۲
	اثر اصلی زمان	۳۴۹/۰۸۱	۱/۱۶۱	۳۰۰/۶۱۱	۱۸/۸۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۲۲/۵۱۹	۲/۳۲۲	۲۶۴/۹۸۳	۱۴/۱۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
سازش نایافته	اثر اصلی گروه	۸۷۸/۹۹۳	۲	۴۳۹/۴۹۶	۱۴/۷۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
	اثر اصلی زمان	۱۱۲۳/۸۳۷	۱/۳۲۹	۸۴۵/۵۷۴	۱۲۳/۶۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۵۹/۲۳۰	۲/۶۵۸	۲۱۰/۳۸۲	۳۰/۷۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۴

بررسی اثرات گروه، زمان و تعامل گروه و زمان برای مؤلفه‌های اضطراب و استرس نیز الگوی مشابهی دارد؛ به این صورت که همه اثرات معنی‌دار هستند. اثر اصلی گروه برای تنظیم هیجان سازش نایافته معنی‌دار است ($F = ۱۴/۷۲$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۴۱۲$). اثر اصلی زمان نیز برای تنظیم هیجان سازش نایافته معنی‌دار است ($F = ۱۲۳/۶۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۷۴۷$). همچنین اثر تعامل گروه و زمان برای تنظیم هیجان سازش نایافته معنی‌دار است ($F = ۳۰/۷۷$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۵۹۴$). برای بررسی تفاوت‌های مشاهده‌شده در اثر تعاملی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه (مداخله خود شفقت‌محور، معنویت محور و کنترل) و مقایسه سه گروه از آزمون تعقیبی بونفرونی (Bonferroni) استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۴ و ۵ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر سازش یافته اثر اصلی گروه ($F = ۴/۳۶$ ، $P < ۰/۰۵$ ، $\eta^2 = ۰/۱۷۲$) معنادار است، یعنی بین دو گروه درمان و گروه کنترل از نظر متغیر سازش یافته به‌طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این جدول نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F = ۱۸/۸۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۱۰$) نیز معنادار است یعنی بدون در نظر گرفتن تمایز گروه‌ها، تغییرات میانگین نمرات از مرحله‌ی پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد. نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه در زمان ($F = ۱۴/۱۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۴۰۲$) نیز معنادار است. به عبارتی تغییر نمرات متغیر سازش یافته در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده‌ی اثربخشی مداخله‌ی خود شفقت‌محور و معنویت‌محور بر متغیر تنظیم هیجان سازش یافته بیماران است.

جدول ۴. آزمون بونفرونی برای مقایسه تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته در سه مرحله‌ی پژوهش با توجه به گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I - J)	معناداری
تنظیم هیجان سازش یافته	خود شفقت‌محور	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۹۳۳	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۱۳۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۸۰۰	۰/۰۰۶
تنظیم هیجان سازش یافته	معنویت محور	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۸۶۷	۰/۶۱۸
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان سازش یافته	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
تنظیم هیجان سازش نایافته	خود شفقت‌محور	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۸۶۷	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۴۶۷	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۴۰۰	۰/۰۱۶

متغیر	گروه	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I - J)	معناداری
معنویت محور		پیش آزمون	پس آزمون	۹/۹۳۳	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۷/۹۳۳	۰/۰۰۰
		پس آزمون	پیگیری	-۲/۰۰۰	۰/۰۰۸
کنترل		پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۱/۰۰۰

نشان دهنده‌ی اثربخشی مداخله خود شفقت محور می‌باشد. بین گروه درمان معنویت محور و گروه کنترل از نظر متغیر تنظیم هیجان سازش یافته تفاوت معنی دار وجود ندارد اما از نظر متغیر تنظیم هیجان سازش نایافته تفاوت معنی دار وجود دارد که این نشان دهنده‌ی اثربخشی مداخله معنویت محور بر این متغیر می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله در اثربخشی درمان وجود ندارد.

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تغییرات در طی زمان موجب افزایش متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و کاهش تنظیم سازش نایافته شده است و در هر دو گروه مداخله خود شفقت محور و معنویت محور معنی دار است. اما در گروه کنترل تفاوت معنی داری بین سه مرحله‌ی پژوهش وجود ندارد. همچنین، با توجه به نتایج حاصل از جدول ۵ مشاهده شد که بین گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از نظر متغیرهای تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته تفاوت معنی دار وجود دارد که این

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته بین گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I - J)	معناداری
تنظیم هیجان سازش یافته	خود شفقت محور	معنویت محور	۱/۹۷۸	۰/۵۵۶
		کنترل	۴/۳۳۳	۰/۰۱۵
		کنترل	۲/۳۵۶	۰/۳۴۸
تنظیم هیجان سازش نایافته	خود شفقت محور	معنویت محور	-۱/۸۲۲	۰/۳۶۳
		کنترل	-۶/۰۸۹	۰/۰۰۰
		کنترل	-۴/۲۶۷	۰/۰۰۲

بحث

دارد که اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت به خود را در بهبود تنظیم هیجان و کاهش آشفتگی‌های هیجانی گزارش کرده‌اند.^{۵۳} در نظریه‌ی شفقت به خود، فرد به جای تجربه‌ی خود انتقادی یا احساس شرم در مواجهه با خطاها یا شکست‌ها، با خود رفتاری همراه با مهربانی، پذیرش و درک نشان می‌دهد. این شیوه‌ی رابطه با خود، به بهبود تنظیم هیجان از طریق کاهش واکنش‌های هیجانی شدید، افزایش خودآگاهی، و پذیرش هیجان‌ها بدون اجتناب یا سرکوب آن‌ها منجر می‌شود.^{۵۴} در افراد دارای افکار خودکشی که اغلب با چرخه‌های خود انتقادی شدید، ناامیدی و درد روانی مزمن مواجه‌اند، ارتقاء خودشفقتی می‌تواند راهکاری قدرتمند برای تسهیل مدیریت هیجان‌های منفی، افزایش تحمل پریشانی و کاهش گرایش به خودزنی یا افکار مرگ باشد. یافته‌های مطالعه حاضر مؤید این دیدگاه بوده و

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله‌ی خودشفقت محور و معنویت محور در بهبود مؤلفه‌های تنظیم هیجان در افراد دارای افکار خودکشی اثربخش بوده‌اند، هرچند الگوی اثربخشی آن‌ها بر زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نایافته) متفاوت بود. این نتایج بیانگر اهمیت و کارایی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر توجه به ابعاد درونی، هیجانی و معنوی در ارتقاء سلامت روان افراد آسیب‌پذیر، به‌ویژه افرادی است که با افکار خودکشی دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

در گام نخست، اثربخشی مداخله‌ی خودشفقت محور بر هر دو بعد تنظیم هیجان (اعم از تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته) به‌طور معنی داری مشهود بود. یافته‌های این مطالعه در راستای پژوهش‌های پیشین قرار

تفاوت معنی‌داری از نظر میزان کلی اثربخشی مداخله مشاهده نشد. این یافته را می‌توان با استناد به نظریه‌های معاصر در درمان‌های روان‌شناختی تحلیل کرد که بر اهمیت عوامل مشترک درمانی (Common Factors) تأکید می‌ورزند. طبق این نظریه‌ها، عوامل غیراختصاصی مانند اتحاد درمانی، احساس دیده شدن، امید به بهبود، و تجربه فضای امن روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در فرایند درمان ایفا کنند.^{۵۹} بنابراین، ممکن است اثربخشی دو رویکرد متفاوت، به واسطه‌ی حضور همین عوامل مشترک، به سطح مشابهی منجر شده باشد. به‌علاوه، از منظر روان‌شناسی مثبت‌گرا، هر دو رویکرد مبتنی بر توانمندسازی درونی فرد و گسترش دیدگاه او نسبت به زندگی هستند. رویکرد خودشفقت‌محور به فرد می‌آموزد که خود را در مواجهه با رنج بپذیرد و مهربانی را جایگزین قضاوت کند، در حالی که رویکرد معنویت‌محور به فرد کمک می‌کند تا از طریق ارتباط با مفاهیم والا‌تر و منابع معنوی، به زندگی معنا ببخشد و در برابر دشواری‌ها تاب‌آوری بیشتری کسب کند.^{۵۹، ۶۰}

همچنین، نتایج این مطالعه را می‌توان با مدل فرآیند تنظیم هیجان گراس (Gross) تبیین کرد.^{۶۱} در این مدل، تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندی چندمرحله‌ای شامل انتخاب موقعیت، تغییر موقعیت، توجه انتخابی، ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ هیجانی معرفی می‌شود. مداخله‌ی خودشفقت‌محور عمدتاً در مراحل ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ هیجانی مؤثر است؛ زیرا به افراد کمک می‌کند تفسیری دلسوزانه‌تر از تجربه‌هایشان ارائه دهند و واکنش‌های هیجانی ملایم‌تری نسبت به خود تجربه کنند. در مقابل، مداخلات معنوی ممکن است بیشتر در مرحله‌ی توجه انتخابی و تغییر معنای تجربه‌ها از طریق معنا بخشی نقش داشته باشند.

این مطالعه با چندین محدودیت مواجه بود. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. دوم، روش ارزیابی پیامدها مبتنی بر ابزارهای خود گزارشی بود که احتمال سوگیری پاسخ را به همراه داشت. و محدودیت دیگر هم اینکه به دلیل ماهیت مداخلات روان‌شناختی، امکان کورسازی کامل شرکت‌کنندگان و مجری مداخله وجود نداشت. با وجود این محدودیت‌ها، سعی شد با طراحی مطلوب‌تر و استفاده

نشان می‌دهد که مداخله خودشفقت‌محور نه تنها تنظیم هیجان سازش یافته (مانند بازشناسی هیجان، پذیرش، و باز ارزیابی شناختی) را بهبود می‌بخشد؛ بلکه توانسته است میزان استفاده از راهبردهای ناسازگار (مانند نشخوارگری، اجتناب یا سرزنش خود) را نیز کاهش دهد.^{۵۴، ۵۳}

در خصوص مداخله معنویت‌محور، نتایج نشان داد که این مداخله بر کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان اثربخش بوده اما نتوانسته به‌طور معناداری تنظیم هیجان سازش یافته را افزایش دهد. این نتیجه را می‌توان با توجه به ساختار و محتوای مداخلات معنوی تحلیل کرد. بسیاری از مداخلات معنویت‌محور، به تقویت احساس ارتباط با منبعی متعالی، پذیرش شرایط، معناجویی در رنج و استفاده از دعا یا مراقبه می‌پردازند.^{۵۶، ۵۵} در نتیجه، این روش‌ها ممکن است به کاهش پریشانی‌های هیجانی از طریق کاهش درگیری‌های درونی و افزایش احساس معنا کمک کنند، اما الزاماً به تقویت مهارت‌های شناختی-رفتاری تنظیم هیجان مانند بازسازی شناختی یا حل مسئله منجر نشوند.

با این حال، اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار هیجانی (که اغلب در افراد با افکار خودکشی شدید دیده می‌شود) نکته‌ای حائز اهمیت است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت با سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب و خودکشی مرتبط است.^{۵۷} باور به وجود معنا، پذیرش درد و رنج به‌عنوان بخشی از زندگی، و احساس تعلق معنوی می‌تواند افراد را در مدیریت هیجان‌های دشوار یاری دهد.^{۵۸} از این رو، نتایج این مطالعه نیز تأیید می‌کند که معنویت درمانی می‌تواند به کاهش راهبردهای ناسازگار، مانند اجتناب، انکار، یا سرزنش مداوم خود منجر شود. در خصوص گروه کنترل مشاهده شد که در هیچ‌یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تغییر معنی‌داری در طول زمان رخ نداده است. این یافته قابل انتظار بود، چرا که شرکت‌کنندگان این گروه در طی مطالعه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند. عدم تغییر در این گروه، اعتبار درونی نتایج پژوهش را تقویت می‌کند و بیانگر آن است که تغییرات مشاهده‌شده در گروه‌های مداخله، ناشی از تأثیر مستقیم مداخلات بوده‌اند.

نکته‌ی جالب توجه دیگر این بود که با وجود تفاوت‌های جزئی در الگوی تأثیرگذاری، بین دو گروه درمانی

جمع‌آوری داده‌ها به این مطالعه کمک نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت پدیدآوران

اسماعیل جراحی در طراحی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله؛ مرضیه عیونندی وفا و بهزاد شالچی به‌عنوان اساتید راهنما، در طراحی چارچوب کلی انجام تحقیق از منظر بالینی و صحت اجرایی آن و نیز در مشاوره انجام تحقیق مشارکت داشته‌اند. فایل نهایی مقاله مورد تأیید تمامی نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این مطالعه بدون تأمین مالی از سوی نهاد یا سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از تأیید در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.594) اجرا شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ گردید، مشارکت داوطلبانه بود و امکان انصراف در هر مرحله وجود داشت. محرمانگی داده‌ها از طریق کدگذاری اطلاعات تضمین شد. با توجه به حساسیت موضوع افکار خودکشی، غربالگری و پایش مستمر وضعیت روانی انجام و در موارد پرخطر ارجاع تخصصی صورت گرفت.

استفاده از هوش مصنوعی

اعلام می‌گردد که از ابزار هوش مصنوعی ChatGPT به‌منظور جستجوی برخی از منابع مرتبط با پژوهش و کنترل چکیده انگلیسی مقاله استفاده شده است. کلیه مراحل ارزیابی علمی منابع و نگارش نهایی متن توسط نویسندگان انجام شده و مسئولیت علمی پژوهش بر عهده ایشان می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه ندارند.

از گروه کنترل، اعتبار درونی نتایج مطالعه افزایش یابد. در کل، با تکیه بر یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود از نتایج این تحقیق برای بالابردن اثربخشی مداخلات مورد مطالعه در گروه آسیب‌پذیر خودکشی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، نتایج این پژوهش بر ضرورت و ارزش کاربرد مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر خودشفقتی و معنویت‌محور در مداخله‌های بالینی برای افراد دارای افکار خودکشی تأکید می‌کند. رویکردهای مذکور، هر یک از منطری متفاوت اما مکمل، به ارتقاء مهارت‌های تنظیم هیجان در این افراد کمک کرده و در کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار هیجانی نقش مؤثری ایفا کرده‌اند. این دستاورد می‌تواند به غنای درمان‌های تلفیقی و چندبعدی در حیطه سلامت روان کمک کند و پایه‌ای علمی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلاتی در جمعیت‌های در معرض خطر فراهم سازد.

پیامدهای عملی پژوهش

پیامدهای عملی این پژوهش بسیار متنوع است نخست؛ یافته‌ها با هدف قرار دادن ابعاد خاصی از تنظیم هیجان، جایگزین‌های مبتنی بر شواهد را در اختیار درمانگران برای درمان افکار خودکشی قرار می‌دهد. به طور مشخص در این پژوهش، مداخله مبتنی بر خودشفقت‌محوری در ارتقای تنظیم هیجان سازگاران مؤثر بود. همچنین مداخله معنویت‌محور در کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان مؤثر بود. دوم اینکه؛ اثربخشی رویکردهای درمانی مشاهده شده در طول دوره پیگیری، نشان می‌دهد که این مداخلات می‌توانند موجب تقویت تاب‌آوری هیجانی و افزایش بهزیستی روانی در بلندمدت شوند. بنابراین، این مدل‌های درمانی، می‌توانند به عنوان مؤلفه‌های ارزشمندی در مدیریت و پیشگیری از برنامه‌های خودکشی عمل کنند. در نهایت، اثربخشی پروتکل‌های خودشفقت‌محور و معنویت‌محور، می‌توانند مدلی مقیاس‌پذیر برای مداخلات سلامت روان در سطح مراکز سلامت عمل کنند.

قدردانی‌ها

بدین‌وسیله از تمامی مدیران و کارکنان شبکه بهداشت و درمان اسکو (کارشناس مسئول سلامت روان) که در

References

1. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva; 2014.
2. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Hill CV, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1997. *J Sch Health*. 1998;68(9):355-369. doi: 10.1111/j.1746-1561.1998.tb07202.x
3. Mostafaie M, Mirzaian B, Zakariaiei Z. Comparison Intolerance Uncertainty, Worry and Rumination in Suicide Attempts and Normal. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(Suppl 1); 30: 960. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30756-2
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. WHO: 2025.
5. World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE). Fact Sheet. WHO: 2010.
6. Miri M, Rezaeian M, Ghasemi SA. A systematic review on the prevalence and causes of suicide (thoughts and actions) in Iranian school and university students. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022; 21(5): 551-574. doi: 10.52547/jrums.21.5.551. (Persian)
7. Costanza A, Prelati M, Pompili M. The meaning in life in suicidal patients: The presence and the search for constructs. A systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(8): 1-18. doi: 10.3390/medicina55080465
8. Olfson M, Cosgrove C, Altekruze SF, Wall MM, Blanco C. Deaths of Despair: Adults At High Risk For Death By Suicide, Poisoning, Or Chronic Liver Disease In The US. *Health Aff (Millwood)*. 2021;40(3):505-512. doi: 10.1377/hlthaff.2020.01573
9. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Hawkins M, Cocco G, Erbutto D, et al. The role of demoralization and hopelessness in suicide risk in schizophrenia: a review of the literature. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(5): 1-18. doi: 10.3390/medicina55050200
10. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2009; 13(3): 230-246. doi: 10.1080/13811110903044351
11. Wang YG, Chen S, Xu ZM, Shen ZH, Wang YQ, He XY, et al. Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideators among college students. *J Psychiatr Res*. 2017; 90:21-25. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.02.006
12. Khatami M, Khodabakhshi-Koolaei A. An analysis of meaningless and absurd experiences in unsuccessful suicide attempts in Iran. *Practice in Clinical Psychology*. 2021; 9(1): 61-70. doi: 10.32598/jpcp.9.1.746.1
13. Gross JJ. Handbook of emotion regulation: Guilford publications; 2013.
14. Bargh JA, Williams LE. The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*. 2007;1:429-445.
15. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994; 59(2-3): 25-52.
16. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. 2007.
17. Diamond LM, Aspinwall LG. Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motiv Emot*. 2003; 27(2): 125-156. doi: 10.1023/A:1024521920068
18. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998; 2(3): 271-299.
19. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Ther*. 2007; 38(3): 284-302. doi: 10.1016/j.beth.2006.09.001
20. Nolen-Hoeksema S, Blair E, Sonja L. Rethinking Rumination. *Perspectives of Psychological Science*. 2008; 3: 400-424.
21. Lasa-Aristu A, Delgado-Egido B, Holgado-Tello FP, Amor PJ, Domínguez-Sánchez FJ. Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clin Salud*. 2019; 30(1): 33-39. doi: 10.5093/clysa2019a6
22. Korkmaz S, Keleş DD, Kazgan A, Baykara S, Gürok MG, Demir CF, et al. Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *J Clin Neurosci*. 2020; 74: 120-123. doi: 10.1016/j.jocn.2020.02.023
23. Mehrabian T, Payvastegar M, Sadeghifar J. Prediction of suicidal thoughts based on cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health in students at Ilam universities. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2023; 31(3): 20-35. (Persian)
24. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006; 40(8): 1659-1669.
25. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van Den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies

- and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif*. 2004; 36(2): 267-276.
26. Heffer T, Willoughby T. The role of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry Res*. 2018; 260: 379-383. doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.075
 27. 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; 23(2): 90-105. doi: 10.30486/JSRP.2020.1882649.2143. (Persian)
 28. Hosseinimehr N, Khezri Moghadam N, Pourehshan S. The effectiveness of compassion focused training (cft) on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolescent girls under welfare organization care. *Positive Psychology Research*. 2021; 7(2): 33-48. doi: 10.22108/PPLS.2021.123728.1959. (Persian)
 29. Asadi Bijaeyeh JS, Amiri Majd M, Ghamari M, Fathi Aghdam G. The effectiveness of the self-compassion training on life satisfaction and resilience of the elderly women. *Aging Psychology*. 2021; 7(1): 67-55. doi: 10.22126/JAP.2021.6210.1509. (Persian)
 30. Mohammadi Sangachin Doost A, Hossein Khanzadeh A, Kousha M, Naseh A. The Effect of self-Compassion Training on the Quality of life Components of Mothers of Children with Attention deficit/hyperactivity Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2022; 12(46): 23-48. doi: 10.22054/jpe.2022.67055.2435. (Persian)
 31. Crozier AJ, Mosewich AD, Ferguson LJ. The company we keep: Exploring the relationship between perceived teammate self-compassion and athlete self-compassion. *Psychol Sport Exerc*. 2019; 40:152-155.
 32. Rashidi S, Choobforoushzadeh A, Mottaghi S. The effectiveness of compassion-focused therapy on the components of self-determination and suicidal ideation in adolescent girls with a history of self-harm. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023; 17(68): 133-143. doi: 10.22034/JMPR.2023.15336. (Persian)
 33. Safarinia M, Mortezaei Z, Alipour A. Sexual dysfunction is one of the complications of infertility treatment and is often overlooked in the care of women with infertility. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022; 3(3): 457-473.
 34. Pirjavid F, Toozandehjani H, Bagherzadeh Gol Makani Z. Comparing the Effectiveness of compassion-focused therapy and quality of life therapy on selfcriticism and Depression patient with major depression. *Psychological Models and Methods*. 2022; 12(46): 53-68. doi: 10.30495/JPMM.2022.27035.3293. (Persian)
 35. Tanrıverdi D, Bekircan E, Koç Z. The relationship between psychache and suicide risk with spiritual well-being levels of patients diagnosed with depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2024; 30(1): 132-140. doi: 10.1177/10783903221079796
 36. Hedayati Dana S, Saberi H, Nasrollahi B. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and spiritual therapy on emotional resilience. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2023; 21(1): 1-10. doi: 10.48305.21.1.1. (Persian)
 37. Peyravi M, Nasli Esfahani E, Tahmouresi N, Moghimbeigi A. Comparison of The Effectiveness of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Quality of Life and Biological Indicators in Women with Diabetes. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. 2022; 16(2): 183-200. doi: 10.52547/APSY.2021.223605.1143. (Persian)
 38. salahinezhad M, kia B, Mahmoodi M, Fereidouni sarigeh P. The effect of spiritual therapy on the life style of hemodialysis patients. *Military Caring Sciences*. 2021; 8(2): 193-201. doi: 10.52547/mcs.8.2.193. (Persian)
 39. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. *J Relig Health*. 2020; 59(2):1035-1054. doi: 10.1007/s10943-018-0663-6
 40. Cheraghpour Khonkdar R, Shokri Fumshi E. The effectiveness of spiritual therapy on mental health, self-care, and self-worth of elderly residents of nursing homes. *New advances in psychology, educational sciences, and education*. 2022; 46(5): 43-54. (Persian)
 41. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy: Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
 42. Barghi Irani Z, Dehghan Saber L. The comparison of the effectiveness of mindfulness based therapy and spiritual therapy on irrational beliefs and anxiety in the older women. *Aging Psychology*. 2021; 6(4): 339-321. doi: 10.22126/JAP.2021.5945.1492. (Persian)
 43. Frogosa SF. Parent-Child Communication and Psychological Well Being of Drug Users: Basis for Psycho-Spiritual Therapy. *Journal of Positive School Psychology*. 2022; 6(3): 6559-6582.
 44. Muhammad H, Sakari NSM, Omar SHS. Psycho-spiritual intervention to reduce anger level among delinquent teenager. *Int J Public Health*. 2022; 11(2): 724-729. doi: 10.11591/ijphs.v11i2.21290
 45. Abidin SAZ, Amin ZM, Salaeh A, Yusoff FZW, Fa'atin S. The Practice of Islamic Psychospiritual Therapy in the Treatment of Drug Addiction at

- Rehabilitation Centres in Malaysia. *Afkar: Jurnal Akidah dan Pemikiran Islam*. 2022; 24(2): 143-168. doi: 10.22452/afkar.vol24no2.4
46. Toledo G, Ochoa CY, Farias AJ. Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer*. 2021; 29(6):3017-3024. doi: 10.1007/s00520-020-05722-4
 47. Abbasi M, Pahlevan M, Aliakbari M, Aghasi M, Hosseini M. The effectiveness of spiritual group therapy on resilience and coping styles of families of addicts quitting the drug. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2022; 5(3): 47-58.
 48. Gall MD. Educational research: An introduction. 7th ed. Allyn & Bacon; 2002.
 49. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi S, Ahmadi K. Assess the reliability and validity of the Beck Scale for Suicidal Ideation soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2005;7(1): 33-37. (Persian)
 50. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*. 2006; 41(6):1045-1053.
 51. Neff K, Germer C. The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. Guilford Press; 2018.
 52. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy (2nd ed.). American Psychological Association; 2004.
 53. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013; 69(1): 28-44. doi: 10.1002/jclp.21923
 54. Trompetter HR, De Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognit Ther Res*. 2017;41(3):459-468. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0
 55. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012: 1-33. doi: 10.5402/2012/278730
 56. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. Guilford press; 2011.
 57. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129(4):614- 636. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.614
 58. Yaden DB, Le Nguyen KD, Kern ML, Wintering NA, Eichstaedt JC, Schwartz HA, et al. The noetic quality: A multimethod exploratory study. *Psychol Conscious (Wash DC)*. 2017; 4(1): 54-62. doi: 10.1037/cns0000098
 59. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015; 14(3): 270-277. doi: 10.1002/wps.20238
 60. Wong PT. Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *J Contemp Psychother*. 2010; 40(2):85-93.
 61. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq*. 2015; 26(1):1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781