

خودمهارگری و سلامت: نقش تعدیل کننده شفقت خود

ضحی سعیدی *، هادی بهرامی احسان**، احمد علی پور***

* دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت دانشگاه تهران ، ایران. (نویسنده مسئول)

** دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تهران

*** استاد گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۰۹

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۲/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۲۲

هدف: بسیاری از مشکلات سلامتی انسان مستقیماً ناشی از انتخاب های رفتاری است ، اما معمولاً افراد به روشی که به ارتقای سلامتی و طول عمر آنها منجر شود، رفتار نمی کنند. هدف این مطالعه بررسی نقش شفقت خود در رابطه‌ی میان خودمهارگری و رفتارهای مربوط به سلامتی است.

روش: به این منظور ۱۲۷ دانشجوی روانشناسی دانشگاه تهران (۴۵ پسر و ۸۲ دختر با سن ۱۸ تا ۳۳ سال) پرسشنامه ی لایبیدی سنجش سلامت و فرم کوتاه مقیاس شفقت خود و خودمهارگری را تکمیل کردند.

کلیدواژه‌ها:

سلامت، خودمهارگری، شفقت خود، اثر تعدیل کننده.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد خودمهارگری و شفقت خود با سلامت همبستگی مثبت دارند و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، نقش تعدیل کنندگی شفقت خود را در رابطه‌ی خود مهارگری و سلامت نشان داد، به صورتی که در افراد با شفقت خود بالاتر، خود مهارگری پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت بود. یافته ها با توجه به نقش شفقت خود در مراحل خودمهارگری (انتخاب هدف، پیگیری، ارزیابی هدف و تنظیم هیجانات) تبیین شده اند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Self-Control And Health: The Moderating effect of Self-Compassion

*Z. Saeedi, **H. Bahrami Ehsan, *** A. Alipour

* Phd Student in Health Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

**Associate of Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

***Professor, Department of Psychologu, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

Objective: Many health problems arise directly from people's behavioral choices, but people often do not behave in ways that could improve their health and extend their lives. The purpose of this study is to explore how self-compassion may play a role in relationship between self-control and health.

Methods: To do so, 127 students (45 males and 82 females) of the university of Tehran filled four-dimensional measure of health questionnaire and short form of self compassion and self-control scales.

Results: The results revealed that self-compassion and self-control were correlated positively with health and the result of hierarchical regression analysis showed the moderating effect of self-compassion on the relationship between self-control and health. So that, in the higher level of self compassion, self control was a better predictor of health. These results are discussed in terms of the role of self compassion in the stages of self control (setting goals, taking action, evaluation and emotion regulation).

Article Information:

History:

Receipt: 2014/03/16

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2015/09/06

Keywords:

Health, Self-Control, Self-Compassion, Moderator effect

مقدمه

خودمهارگری، توانایی سازگاری و تغییر دادن خود متناسب با محیط است، توانایی تغییر پاسخ‌های درونی فرد و قطع تمایلات رفتاری ناشایست و اجتناب از عمل به آن‌ها (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۴). خودمهارگری همچنین توانایی برای تشخیص و تنظیم امیال و عواطف است که مشخصه آن اعمال اراده، خود انضباطی و توانایی به تعویق انداختن لذت یا پاداش است (بایمستر، ۲۰۰۲). خودمهارگری با مفهوم تکانشوری نیز رابطه دارد و نشان دهنده‌ی میزان توانایی فرد در اندیشیدن به پیامدهای رفتار خویش است. مثلاً فردی با خودمهارگری پایین، علیرغم آن که می‌داند به سرطان ریه مبتلا می‌شود، به سیگار کشیدن خود ادامه می‌دهد، و یا با وجود این که می‌داند مغزش آسیب می‌بیند، به زیاده روی در مصرف الکل می‌پردازد. از این رو برخی روانشناسان معتقدند که بسیاری از مشکلات افراد ناشی از مشکلات تکانه‌ای، نظیر نسنجیده رفتار کردن یا شتاب‌زدگی است (لوگو، ۱۹۸۸). بسیاری از نویسندگان اصطلاحات خودمهارگری و تنظیم خود را به جای یکدیگر به کار می‌برند، و بعضی دیگر خودمهارگری را جنبه‌ی هشیارانه و عامدانه‌ی فرایند تنظیم خود می‌دانند (بایمستر، و هس و تایس، ۲۰۰۷). ظرفیت بالای خودمهارگری به طور نیرومندی سازگاران است و افراد را قادر می‌سازد تا شادتر و سالم‌تر زندگی کنند. افراد دارای خودمهارگری بالا، توانایی بیشتری در مدیریت کردن زندگی، حفظ خلیاتشان، ادامه دادن رژیم

غذایی‌شان، پایبندی به قول‌هایشان، محدود کردن مصرف مشروبات الکلی، پس انداز کردن پول، حفظ رازها و داشتن پشتکار در کارها دارند. این ویژگی‌ها با موفقیت بیشتر و بهزیستی در زندگی مرتبط است. خودمهارگری بالا، در ایجاد دامنه وسیعی از نتایج مثبت در زندگی، نقش مؤثری دارد. شواهد تجربی نیز نمایانگر آن است که افراد با خودمهارگری بالا، در حیطه‌های گوناگون زندگی نتایج بهتری کسب می‌کنند (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۴)، به این صورت که افراد دارای خودمهارگری بالا، سازگاری روانی بیشتری دارند، مشکلات روانشناختی کمتری دارند، علائم پاتولوژیک کمتری نشان می‌دهند و حرمت خود بالاتری دارند. این افراد مشکلات کنترل تکانه کمتری را گزارش می‌دهند و زندگی هیجانی سالم‌تری را تجربه می‌کنند و در نهایت اعمال بزهکارانه کمتری را هم مرتکب می‌شوند. خودمهارگری به نتایج مثبتی مثل سبک زندگی سالم‌تر، وضعیت مالی بهتر و روابط بین شخصی بهتر می‌انجامد، در حالی که شکست در خودمهارگری می‌تواند به معنی تسلیم در برابر این تکانه‌ها و انجام رفتارهای آسیب‌رسان باشد (و هس و همکاران، ۲۰۰۹).

در مقابل بسیاری از مشکلات سلامتی انسان مستقیماً ناشی از انتخاب‌های رفتاری است و بنابراین تا حدودی قابل کنترل است. اما هنوز با وجود اینکه بیش از ۴۰ درصد بیماری‌ها به عوامل قابل کنترل برمی‌گردد (لیوسک و همکاران، ۲۰۰۷)، افراد به روشی که به ارتقای سلامتی و طول عمر آنها منجر شود، رفتار نمی‌کنند.

پرداخته است. افرادی که حوادث منفی را در زندگی تجربه می کنند عموماً در قیاس با افراد مورد علاقه شان در همین شرایط، با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه تر دارند. شفقت خود، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه ی سختی ها به خودشان نیز داشته باشند. نف (۲۰۰۳) شفقت خود را به عنوان سازه ای سه مولفه ای شامل مهربانی با خود^۱ در مقابل قضاوت کردن خود^۲، اشتراکات انسانی^۳ در مقابل انزوا^۴ و بهوشیاری^۵ در مقابل همانندسازی افراطی^۶ تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه ی مرتبط، مشخصه ی فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی ها و بی کفایتی های خود است. اعتراف به این که همه ی انسان ها دارای نقص هستند، اشتباه می کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می شوند، مشخصه ی اشتراکات انسانی است. بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می انجامد و باعث می شود جنبه های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند (نف، ۲۰۰۹). این نگرش حمایت گرانه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان شناختی مثبت مانند انگیزه ی بیشتر برای حل تعارضات بین فردی، حل مساله سازنده، ثبات زندگی زناشویی (بیکر و مک نالتی، ۲۰۱۱) آمادگی برای شرم کمتر، ترس از شکست کمتر،

برای مثال تغذیه ی سالم و ورزش منظم با احتمال کمتر خطر بیماری های قلبی، دیابت و چاقی در ارتباط است، اما بسیاری از افراد از داشتن تغذیه و ورزشی که خطر ابتلا به این مشکلات را در آنها پایین بیاورد، امتناع می کنند (هسلاپ و همکاران، ۲۰۰۱) و با وجود سرایت بیماری های جنسی و نگرانی های موجود در خصوص تشخیص سرطان از طریق تست های غربالگری، بسیاری از افراد تلاشی برای داشتن رابطه ی جنسی ایمن و غربالگری برای سرطان نمی کنند (دانیای و همکاران، ۲۰۰۵). علیرغم این واقعیت که رفتارهای ساده ای مانند این ها می تواند سلامتی و کیفیت زندگی را ارتقا دهد، افراد مستقیماً درگیر رفتارهایی می شوند که سلامتی آنها را تهدید می کند. شکست در تنظیم خود یک مشکل عمومی و شایع است (بایمستر، هیترتون و تیس، ۱۹۹۴) و این در حالی است که شکست در مدیریت رفتارهای مرتبط با سلامتی می تواند پیامدهای زیان آوری داشته باشد. عوامل متعددی مانند زمان، آگاهی و منابع ناکافی می تواند توانایی فرد را برای خودمهارگری و تنظیم خود موفقیت آمیز جهت رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامتی محدود کند، اگرچه با وجود زمان، آگاهی و منابع کافی باز هم افراد در تنظیم رفتارهای مربوط به سلامتی مشکل دارند (تری و لیری، ۲۰۱۱). این مطالعه برای بررسی بیشتر عواملی که در رابطه میان خودمهارگری و رفتارهای مربوط به سلامتی نقش ایفا می کنند، به مطالعه ی مولفه ی شفقت خود

۴ isolation
۵ mindfulness
۶ over-identification

۱ self-kindness
۲ self-judgment
۳ common humanity

خودارزیابی منفی کمتر (موسویچ و همکاران، ۲۰۱۱)، افسردگی کمتر، اضطراب کمتر (ریس، ۲۰۱۱؛ قربانی و همکاران، ۲۰۱۱) و آسیب روانشناختی کمتر ناشی از استرس‌های آسیب‌زا (زلر و همکاران، ۲۰۱۴) در ارتباط است. سازه‌ی شفقت خود با سبک‌های مقابله و تنظیم‌گری هیجان‌ها نیز مرتبط است (برنر و سالووی، ۱۹۹۷؛ دیدرچ و همکاران، ۲۰۱۴). سعیدی و همکاران (ب۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که شفقت خود راهبرد مناسبی برای تنظیم هیجان شرم و گناه است و شفقت خود پایین (ب۱۳۹۲) بیشتر از ارزش خود پایین می‌تواند پیش‌بین هیجانات ناخوشایند باشد. بعلاوه، مطالعه‌ی رستمی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده است که تجربه‌ی آزار در دوران کودکی با شفقت خود پایین‌تر و سلامت روان کمتر در بزرگسالی همراه است. همچنین شفقت خود به صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است (نف و پومیر، ۲۰۱۳) و افراد با شفقت خود بالا تعارضات بین‌فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (یارنل و نف، ۲۰۱۳). همچنین مطالعات متعددی نقش شفقت خود را در حوزه‌ی سلامت جسمانی نشان داده‌اند، برای مثال شفقت خود در کاهش پاسخ‌های ایمنی و رفتاری ناشی از استرس (پیس و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش اضطراب در بیماران *HIV* (کمپنین و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش رفتارهای جنسی ناپسند و واکنش سازگاران به *HIV* (برایان و همکاران، ۲۰۱۳)، افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی (فاشی و همکاران، ۲۰۱۴) و پاسخ‌های

مثبت‌تر به سالخوردگی (آلن و لیری، ۲۰۱۳) نقش دارد. بعلاوه، آلن و همکاران (۲۰۱۲) در دو مطالعه نقش تعدیل‌گر شفقت خود را در رابطه‌ی سلامت جسمانی و بهزیستی روانی در افراد سالمند نشان داده‌اند. در مطالعه آنان در شرکت‌کنندگان با شفقت خود بالاتر، درد با مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی ارتباطی نداشت اما در افراد با شفقت خود پایین به صورت معناداری با بهزیستی روانشناختی در ارتباط بود. همچنین مطالعات شفقت خود در حوزه‌ی سلامت، شواهد جدیدی از نقش واسطه‌ای شفقت خود در ارتباط با پریشانی‌های روانشناختی در افراد مبتلا به سرطان سینه فراهم آورده است و سطوح بالای شفقت خود می‌تواند نقش حمایت‌کننده‌ای برای زنانی که در خطر اختلال در تصویر بدن هستند فراهم آورد (پرچیاکی و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین مطالعات نقش شفقت خود را در افزایش انگیزه‌ی ورزش کردن در زنان (مگنوس و همکاران، ۲۰۱۰)، کاهش ناتوانی در بیماران چاق با دردهای دائم اسکلتی (رن و همکاران، ۲۰۱۲)، تنظیم رفتار سیگار کشیدن (کلی و همکاران، ۲۰۱۰) و نگرش‌های سالم مربوط به خوردن (آدامز و لیری، ۲۰۰۷) نشان داده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد شفقت خود در رابطه‌ی میان تنظیم خود و سلامتی نقش بسزایی دارد. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که شفقت خود تسهیلگر تمام مراحل تنظیم خود (تنظیم اهداف، اقدام کردن، توجه و ارزیابی و تنظیم هیجانات) است (تری و لیری، ۲۰۱۱).

با توجه با سازگارانه بودن دو متغیر خودمهارگری و شفقت خود در ادبیات روانشناسی، مطالعه حاضر قصد دارد به بررسی نقش پیش‌بین این دو متغیر در پیش‌بینی سلامتی بپردازد و نقش تعدیل‌کنندگی "شفقت خود" را در رابطه‌ی میان خودمهارگری و رفتارهای سلامتی بررسی کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه را دانشجویان دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل دادند، که تعداد ۱۲۷ نفر ($M=23/47$, $SD=4/20$) از آنها در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۳ سال، به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. این ۸۲ دختر ۱۸ تا ۳۳ ساله ($M=23/38$, $SD=4/13$) و ۴۵ پسر ۱۸ تا ۳۲ ساله ($M=23/63$, $SD=4/36$) یک دفترچه، شامل مقیاس سنجش سلامت، فرم کوتاه مقیاس خودمهارگری و فرم کوتاه مقیاس شفقت‌خود را به همراه پاسخنامه دریافت کردند و پرسشنامه را در گروه‌های کلاسی و به صورت فردی تکمیل نمودند. توضیح مربوط به هر مقیاس در ابتدای آن چاپ شده بود، بنابراین برای همه‌ی شرکت‌کنندگان یکسان بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ءبعدی سنجش سلامت (سعادت، بهرامی‌احسان، محمودی و فانی، ۱۳۹۳): پرسشنامه ءبعدی سنجش سلامت پرسشنامه‌ای ۷۱ سوالی است که ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی،

اجتماعی و معنوی را در قالب ۱۰ مولفه‌ی ارتباط اجتماعی، محدودیت در فعالیت‌های ناشی از بیماری، انرژی و نشاط، هدفمندی، اضطراب، خستگی، معنویت، سلامت جسمی، ضعف در عملکرد و ارزیابی سلامت می‌سنجد. نحوه‌ی پاسخگویی به این ۱۰ مولفه با یکدیگر متفاوت است و با توجه به مولفه‌ی مورد بررسی در دامنه‌ای از طیف ۶ درجه‌ای لیکرت تا پاسخ‌های ۲ گزینه‌ای متغیر است. سعادت و همکاران (۱۳۹۳) روایی و پایایی این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کرده‌اند. فرم کوتاه مقیاس خودمهارگری (تانگنی و همکاران، ۲۰۰۴): شامل ۱۳ ماده است که به منظور سنجش گرایش خودمهارگری ساخته شده و دامنه‌ی پاسخ پنج درجه‌ای از "اصلاً" (۱)، تا "بسیار زیاد" (۵) دارد. تانگنی و همکاران فرم کوتاه این مقیاس را دارای روایی و پایایی مطلوب گزارش کردند (۲۰۰۴). در مطالعات ایرانی نیز آلفای کرونباخ فرم کوتاه این مقیاس ۰/۸ گزارش شده است (سرافراز و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین در مطالعه‌ی خانزاده و همکاران (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی و آلفای کرونباخ فرم بلند مقیاس خودمهارگری مطلوب ارزیابی شده است.

فرم کوتاه مقیاس شفقت خود (ریس و همکاران، ۲۰۱۱): شامل ۱۲ ماده است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه‌ی ۲ قطبی را در قالب ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، بهوشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس)

همگرا و واگرای فرم بلند مقیاس شفقت خود و پایایی بازآزمایی آن را نشان داده‌اند.

یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا داده‌ها از نظر داده‌های دورافتاده، نرمال بودن و هم‌خطی چندگانه پایش شدند. جدول ۱ ماتریس همبستگی، آلفا، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سلامت، شفقت خود و خودمهارگری را نشان می‌دهد.

و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. در مطالعه‌ی ریس و همکاران (۲۰۱۱) اعتبار فرم کوتاه این مقیاس تایید شده است (همسانی درونی = ۰/۸۶). در مطالعات ایرانی نیز آلفای کرونباخ فرم کوتاه این مقیاس ۰,۶۸ گزارش شده است (سبزه‌آرای لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین مومنی و همکاران (۱۳۹۲) روایی

جدول ۱- ماتریس همبستگی، میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت	۱			۶۵/۲۸	۹/۸۱
شفقت خود	۰/۵۱**	۱		۳/۱۲	۰/۶۷
خودمهارگری	۰/۵۷**	۰/۵۳**	۱	۳/۲۴	۰/۶۲

** <0/01

خودمهارگری و سلامت به وسیله‌ی رگرسیون سلسله مراتبی بررسی شد. تحلیل متغیرهای وارد شده در هر مرتبه نشان‌دهنده میزان تبیین تغییرات سلامت توسط متغیرهای مورد بررسی است که به وسیله‌ی متغیرهای گام قبلی تبیین نشده‌اند. جدول ۲ نتایج رگرسیون سلسله مراتبی را نشان می‌دهد.

براساس یافته‌های جدول ۱ بین نمرات سلامت، شفقت خود و خودمهارگری رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد. جهت همبستگی‌ها در جهت پیش‌بینی شده است و برای تحلیل داده‌ها می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد. در مرحله بعد نقش تعدیل‌کننده متغیر شفقت خود در رابطه میان

جدول ۲- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای نمایش نقش تعدیل‌کنندگی شفقت خود در رابطه

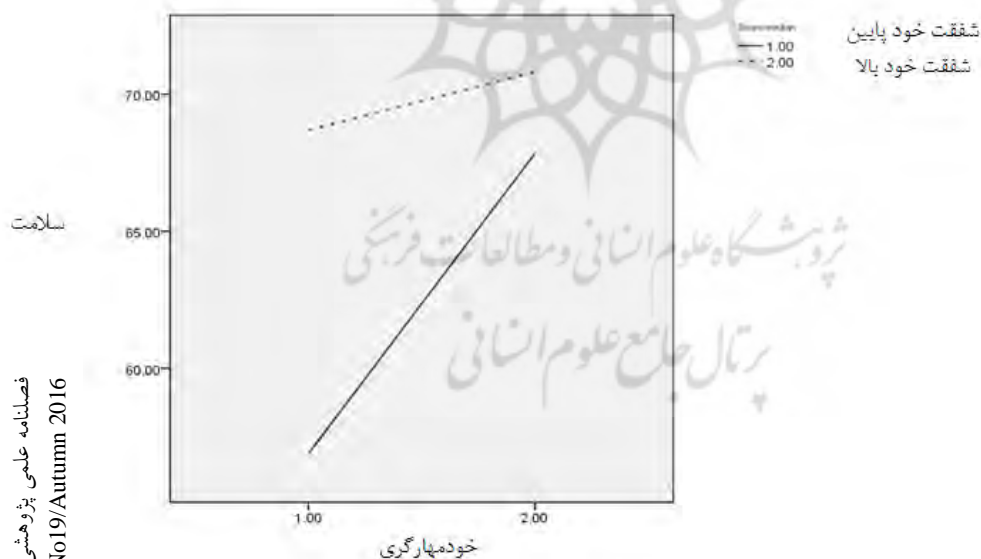
خودمهارگری و سلامت

مرتبۀ اول	مرتبۀ دوم	مرتبۀ سوم		
شفقت خود	شفقت خود	شفقت خود	خودمهارگری	شفقت خود
۰/۵۱	۰/۳۰	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۳
Adjusted R ²	۰/۲۵	۰/۳۶	۰/۳۹	۰/۱۸
B				۰/۳۹

۰/۰۳*	۰/۱۲**	۰/۲۶**	ΔR^2
۴/۵۱(۰/۰۳)	۱۶/۲۳(۰/۰۰)	۲۹/۹۷(۰/۰۰)	F(Sig)
		** <0/01	* <0/05

متغیر پیش‌بین و تعدیل‌کننده به دست آمد وارد تحلیل شد. نتایج این مرحله ($\Delta F=4/51$) ($P<0/03$) نیز نشان داد که شفقت خود نقش تعدیل‌کنندگی در رابطه خودمهارگری و سلامت دارد. نمودار ۱ نقش تعدیل‌کننده شفقت خود (در دوسطح پایین‌تر از میانه و بالاتر از میانه) را در رابطه سلامت و خودمهارگری (در دوسطح پایین‌تر از میانه و بالاتر از میانه) به صورت تصویری نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، در مرتبه اول متغیر شفقت خود به عنوان متغیر پیش‌بین وارد شد. نتیجه ($\Delta F=29/97$, $P<0/001$) نشان داد که این متغیر می‌تواند تغییرات سلامت را به طور معناداری تبیین کند. در مرتبه دوم خودمهارگری وارد تحلیل شد و توانست به طور معناداری نمرات سلامت را پیش‌بینی کند ($\Delta F=16/23$, $P<0/001$) در مرتبه سوم به منظور پی بردن به تاثیر تعدیل‌کنندگی شفقت خود، اثر متقابل متغیر پیش‌بین و تعدیل‌کننده که از طریق حاصل‌ضرب



نمودار ۱- نقش تعدیل‌کننده شفقت خود در رابطه سلامت و خودمهارگری

پایین، خودمهارگری پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت است.

همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود در افراد با شفقت خود بالا نسبت به افراد با شفقت خود

بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که شفقت خود رابطه‌ی خودمهارگری و سلامت را تعدیل می‌کند و خودمهارگری در افراد با شفقت خود بالاتر پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت است. این یافته همخوان با مطالعاتی است که نقش تعدیل‌کنندگی شفقت خود را در رابطه بهزیستی روانی و سلامت جسمی نشان می‌دهند (آلن و همکاران، ۲۰۱۲؛ پرچی‌اکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ گلر و همکاران، ۲۰۱۴).

خودمهارگری با تمام فواید مثبتی که دارد می‌تواند در راستای ارتقای سلامتی عمل نکند، در واقع مفهوم خودمهارگری به خودی خود، توصیف‌کننده دستاوردهای مثبت یا منفی نیست. خودمهارگری بالا نیز گاهی می‌تواند منجر به نتایج منفی شود. افراد ممکن است صرفاً برای کسب مقبولیت اجتماعی، دست به رفتارهایی بزنند که خودشان آنها را آسیب‌زا و آزارنده می‌دانند. برای مثال، ممکن است نوجوانان فقط برای کسب مقبولیت در میان همسالانشان به مصرف الکل یا اعمال بزهکارانه دست بزنند. این رفتارها، به نوعی خودمهارگری هستند، زیرا فرد با وجود این که تمایلی به انجام آن عمل آزارنده یا آسیب‌رسان ندارد، فقط برای دستیابی به مقبولیت اجتماعی، در مقابل تکانه‌های اولیه‌ای که برای اجتناب از آن عمل دارد مقاومت می‌کند و به آن عمل دست می‌زند. به این ترتیب می‌توان گفت اعمال خودمهارگری همیشه هم با نتایج مثبت همراه نخواهد بود (راون و هس،

۲۰۱۱)، بلکه همراه شدن خودمهارگری با ویژگی شخصیتی شفقت خود در افراد می‌تواند خودمهارگری را در راستای مراقبت و حمایت از خود هدایت کرده و منجر به افزایش سلامتی شود. همان‌گونه که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد، در افراد با شفقت خود بالاتر، خودمهارگری با سلامت رابطه‌ی بیشتری دارد. در واقع، شفقت خود می‌تواند تنظیم خود را در رفتارهای مربوط به سلامتی ارتقا دهد. شفقت خود از طریق کاهش دفاعی شدن، حالات هیجانی و سرزنش خود در فرایند تنظیم خود مداخله می‌کند و منجر به افزایش تبعیت از دستورات درمانی می‌شود. همچنین افرادی که شفقت خود بالاتری دارند به علت مقابله‌ی بهتر با استرس، کمتر دچار آسیب و بیماری خواهند شد، بنابراین داشتن منابع بهتر برای تنظیم خود نوعی مراقبت از خود خواهد بود و افزایش شفقت خود در خصوص مشکلات پزشکی و درمان آنها، توانایی افراد را برای مدیریت رفتارهای مربوط به سلامتی و حل مسائل پزشکی افزایش خواهد داد (تری و لیری، ۲۰۱۱).

همانطور که ذکر شد مطالعات نشان می‌دهد که شفقت خود تسهیل‌گر تمام مراحل تنظیم خود (تنظیم اهداف، اقدام کردن، توجه و ارزیابی و تنظیم هیجانات) است (تری و لیری، ۲۰۱۱). برای مثال افرادی که شفقت خود بالاتری دارند به صورت موثرتری می‌توانند اهداف سلامتی را انتخاب کنند، در راستای رسیدن به اهدافشان تلاش کنند (شامل پیگیری درمان‌های پزشکی و تبعیت از دستورات درمانی) و مسیر رسیدن به هدف را ارزیابی کنند

(تری و لیری، ۲۰۱۱). برای موفقیت خودمهارگری، انتخاب هدف مناسب مانند مصرف ۵ وعده میوه و سبزیجات روزانه، نگهداشتن وزن سالم یا انجام تمرینات منظم ورزشی از اهمیت بسزایی برخوردار است و انتخاب هدف نامناسب می‌تواند به شکست مهار و تنظیم خود منجر شود (بایمستر و هیترتون، ۱۹۹۶) و شفقت خود با تمایل به رسیدن به استانداردهای شخصی بالا در ارتباط نیست (نف، ۲۰۰۳). به صورت منطقی وقتی اهداف سلامتی غیرواقع‌بینانه باشند، پیگیری این اهداف می‌تواند بهزیستی افراد را کاهش دهد و شفقت خود با انتخاب اهداف واقع‌بینانه‌تر و ایمن‌تر سلامتی در ارتباط است (تری و لیری، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ی مگنوس (۲۰۰۷) زنانی که شفقت خود بالاتری داشتند در انجام تمرینات ورزشی انگیزه‌ی درونی بیشتری برای ورزش کردن داشتند، در حالیکه افراد با شفقت خود پایین انگیزه‌های بیرونی برای ورزش داشتند. در حقیقت افراد با شفقت خود بالاتر اهداف سالم‌تر را فقط برای خودشان و گسترش رشد و بهزیستی‌شان انتخاب می‌کنند. ارتقای سلامتی بعد از انتخاب هدف مناسب، به پیگیری برای رسیدن به هدف نیز نیازمند است. نرخ تبعیت درمانی کمتر از ۵۰٪ گزارش شده است و در شناسایی عوامل مربوط به آن دشواری‌هایی وجود دارد (ورمیر و همکاران، ۲۰۰۱). با این وجود شفقت خود از دو طریق با تبعیت درمانی در ارتباط است. اول اینکه شفقت خود مستقیماً با وظیفه‌شناسی ارتباط دارد (نف و همکاران، ۲۰۰۶) و تحقیقات نشان می‌دهد وظیفه‌شناسی می‌تواند

تبعیت درمانی را ارتقا بدهد (کلونینجر، ۲۰۰۵ به نقل از تری و لیری، ۲۰۱۱) و دوم اینکه، مطالعات نشان می‌دهد احساسات منفی مانند شرم، سرزنش خود، عدم پذیرش و خشم در خصوص مشکلات پزشکی، توانایی فرد را برای تنظیم خود و تبعیت درمانی کاهش خواهد داد (برایان و منیک، ۲۰۰۸ به نقل از تری و لیری، ۲۰۱۱) و شفقت خود چنین احساساتی را کاهش می‌دهد و در نتیجه منجر به تبعیت از دستورات درمانی خواهد داد. برای مثال در مطالعه‌ی برایان و لیری (۲۰۱۱) شفقت خود با افزایش تبعیت درمانی در بیماران مبتلا به HIV همراه بود و به گزارش داسون و همکاران (۲۰۱۴) شفقت خود می‌تواند حوزه‌ی مناسبی برای مداخلات رفتاری در افراد مبتلا به HIV باشد. بعلاوه شفقت خود با بخشش خود و مهربانی با خود همراه است و همین نکته توان بازگشت افراد را بعد از خطا و لغزش به برنامه‌ی سلامتی افزایش خواهد داد. برای مثال وقتی افراد در برنامه‌ی ترک سیگار بتوانند خودشان را برای سیگار کشیدن حین برنامه‌ی ترک ببخشند، نسبت به افرادی که احساس گناه می‌کنند، احتمال اینکه مجدداً سیگاری نشوند کاهش می‌یابد (کری و همکاران، ۱۹۸۷ به نقل از تری و لیری، ۲۰۱۱).

همچنین، یکی از مولفه‌های شفقت خود توجه بهوشیارانه در مقابل همانندسازی افراطی است. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که توجهی بهوشیارانه و غیرقضاوتی همراه با پذیرش به تجارب خویش در زندگی دارند، بهتر می‌توانند به تنظیم خود در زندگی بپردازند (گریسون و

برنتلی، ۲۰۰۹). در واقع افراد باشفقت خود بالاتر، چون کمتر دفاعی می‌شوند، بهتر می‌توانند رفتار و اهدافشان را ارزیابی کرده و تصمیمات بهتری برای پیگیری اهدافشان بگیرند (نف و همکاران، ۲۰۰۵) و اگر دستیابی به یک هدف قابل دسترسی نبود، بهتر می‌توانند هدف جایگزینی برای خود قرار دهند (تری و لیری، ۲۰۱۱).

تنظیم خود در هر مرحله‌ای می‌تواند با هیجانات منفی از خط خارج شود (بایمستر و هیترتون، ۱۹۹۶، به نقل از تری و لیری، ۲۰۱۱). آزمایش‌های پزشکی، ملاقات با دکتر، مدیریت درازمدت بیماری‌های مزمن، رژیم‌های بازتوانبخشی و تغییرات سبک زندگی سالم معمولاً دشوار، ناخوشایند و استرس‌زا هستند. افرادی که می‌توانند هیجانات خود را با توجه به مشکلات پزشکی و درمانی مدیریت کنند، به طور موثرتری می‌توانند رفتارهای ارتقادهنده سلامتی داشته باشند (تری و لیری، ۲۰۱۱). نف (۲۰۰۵) تنظیم هیجانات را از مشخصه‌های معرفت شفقت خود می‌داند. همچنین خوش‌بینی با شفقت خود در ارتباط است (نف، ۲۰۰۶) و خوش‌بینی یک مولفه‌ی مهم در تنظیم خود برای رفتارهای ارتقادهنده سلامتی است (شایر و کارور، ۲۰۰۳).

در مجموع به نظر می‌رسد خودمهارگری موفق در راستای سلامتی نیازمند تنظیم هدف مناسب، پیگیری هدف و ارزیابی مناسب است. هم‌گام با یافته‌های مطالعه حاضر شفقت خود می‌تواند

تسهیل‌گر این مسیر باشد. در حقیقت، شفقت خود می‌تواند از طریق کاهش دفاعی شدن، در نظر گرفتن شرایط منصفانه، درگیر نشدن با اهداف غیرواقع بینانه، جستجوی کمک‌های پزشکی، افزایش تبعیت از دستورات درمانی و تنظیم عواطف منفی تسهیل‌گر رفتارهای سلامتی باشد و در رابطه‌ی میان خودمهارگری و سلامتی نقش تعدیل‌کننده ایفا کند.

در پایان، شایان ذکر است که با توجه به محدودیت‌هایی همچون نمونه‌گیری در دسترس، محدود شدن افراد نمونه به دانشجویان دانشکده روان‌شناسی و استفاده از ابزار خودسنجی، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت روبه‌رو خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های دیگر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود. بعلاوه با توجه به نقش موثر شفقت خود در تعدیل رابطه‌ی خودمهارگری و سلامت، پیشنهاد می‌شود در قالب طرح‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی به بررسی بیشتر مکانیزم اثر شفقت خود در افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی پرداخته شود و نقش آموزش شفقت‌ورزی به خود و درمان‌های مبتنی بر آموزش ذهن شفقت‌ورز^۱ به بیماران جسمی و روان‌تنی مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

منابع:

^۱ Compassionate mind training (CMT)

سعیدی، ض؛ قربانی، ن؛ سرافراز، م و شریفیان، م ح. (ب) (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و ارزش خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۱ (۱)، ۹۱-۱۰۲.

سرافراز، م؛ قربانی، ن و جواهری، ع. (۱۳۹۲). خودمهارگری: ظرفیتی واحد یا دو وجهی؟ تمایز بین وجوه بازدارندگی و برانگیزندگی در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶ (۴)، ۶۹-۷۵.

سعادت، م؛ بهرامی، ه؛ محمودی، و فانی، ص (۱۳۹۳). تحلیل عاملی پرسشنامه بُعدی سنجش سلامت مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی. چاپ نشده.

مومنی، ف؛ شهیدی، ش؛ موتابی، ف و حیدری، م. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت‌ورزی. *روانشناسی معاصر*، ۱ (۲)، ۲۷-۴۰.

خانزاده، ع؛ همتی، ق؛ آقابابایی، ح؛ مرادی، ا و رضایی، ص (۱۳۹۰). پیش‌بینی ظرفیت خودمهارگری از طریق انواع جهت‌گیری‌های مذهبی و نقش آن در کاهش بزهکاری. *پژوهشنامه حقوقی*، ۲ (۲)، ۱۹-۳۶.

رستمی، م؛ عبدی، م؛ حیدری، ح. (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت خود و سلامت روانی در افراد متاهل. *اصول بهداشت روانی*، ۱۶ (۶۱)، ۶۱-۷۳.

سبزه‌آرای لنگرودی، م؛ سرافراز، م و قربانی، ن. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس وابستگی‌های ارزش خود. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۰ (۱)، ۱۱۹-۱۴۰.

سعیدی، ض؛ قربانی، ن؛ سرافراز، م و شریفیان، م ح. (آ) (۱۳۹۲). رابطه‌ی شفقت خود، ارزش خود و تنظیم هیجانات خودآگاه. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶ (۳)، ۱-۹.

References

- Adams, C., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120-1144.
- Allen, A B., Goldwasser, E R., and Leary, M R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 0, first published online by psychology press.
- Allen, A.B., Leary, M.R. (2013). *Self-compassionate Responses to Aging*. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America
- Baker, L., & McNulty, J. (). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 853-73.
- Baumeister, R. F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 28 (4), 670-676.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister, F., Vohs, D., and Tice, D. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Association for Psychological Science*, 16 (6), 351-355.

- Brenner, E., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal, and individual considerations. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional literacy and emotional development* (pp. 168° 192). New York: Basic Books.
- Brion, J. M., & Leary, M. R. (2011). Self-Compassion and adherence to anti-retroviral therapy. Manuscript in progress. Durham, NC: Duke University.
- Brion, J. M., Leary, M. R., and Drabkin, A. S. (2013). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology* 0(0) 1° 12.
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J. L., Ezatti, M., Et al. (2005). Cause of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1748-1793.
- Dawson, R., Sullivan, K., Cuca, Y., Wantland, D., Johnson, M., & et al. (2014). Self compassion and risk behavior among people living with HIV/AIDS. *Research in nursing & Health*. 37, 98-106.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 58, 43-51.
- Fuschia, S., Ryan, K., & Jameson, K. H. (2014). Self compassion, affect and health-promoting behaviors. *Health psychology*, Sep 22 , 2014, No Pagination Specified.
- Geller, J., Srikameswaran, S., & Zelichowska, J. (2014). Resilience to shape and weight concerns and disordered eating: the role of self-compassion. **Advances in Eating Disorders**, 1-9. Online publication date: 20-Aug-2014.
- Greeson, J., & Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorder: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 171-188). New York, NY: Springer.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Chen, Z., & Norballa, N. (2011). Self compassion in Iranian muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *The international journal for the psychology of religion*, 22, 106-118.
- Heslop, P., Smith, G. D., Carroll, D., Macleod, J., Hyland, F., & Hart, C. (2001). Perceived stress and coronary heart disease risk factors: The contribution of socio-economic position. *British journal of health psychology*, 6, 167-178.
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education research*, 22, 691-702.
- Logue, A. W. (1988). Research on self-control: An integrating framework. *Behavioral and Brain Sciences*, 11 (4), 665-679.
- Magnus, C. M. (2007) Does self-compassion matter beyond self-esteem for woman s self-determined motives to exercise outcomes? Master s Thesis, Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan.
- Magnus, C., Kowalski , K., Mchugh , T. (2010). The Role of Self-

- compassion in Women s Self-determined Motives to Exercise and Exercise-related Outcomes. *Self and Identity*, 9: 363° 382.
- Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). Self-compassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 103-123.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirath, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2006). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41, 908-916.
- Kelly, AC., Zuroff, DC., Foa ,CL., & Gilbert, P. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, (7), pp. 727-755.
- Kemppainen RN,J, Johnson, M.O., Phillips RN, J.C. & et al. (2013). A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International Nursing Review*, 60, 477-486.
- Pace, TD. & Et al. (2009). Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioral Responses to Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34 (1), 178-189.
- Przedziecki, A., Sherman, K.A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., and Stalgi-Bilinsk, K. (2012). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology* (2012), Published online in Wiley Online Library.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Gucht, D.V. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology and psychotherapy*, 18, 250-255.
- Rawn, C. D., & Vohs, K. D. (2011). People use self-control to risk personal harm: An intra-interpersonal dilemma. *Personality and Social Psychology Review*, 15 (3), 267-289.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. In L. D. Cameron & H. Leventhal (EDs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 17-41). London, UK: Routledge.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271° 322.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10, 352° 362. doi: 10.1080/15298868.2011.558404.
- Yarnell ,L., Neff, K. D. (201). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, , 1-14.
- Vermeier, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001) patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical pharmacy therapeutics*, 26, 331-342.

- Vohs, K. D., Lasaleta, J. D., & Fennis, B. (2009). Self-regulation in the interpersonal sphere. *Psychology of self-regulation*, 289-302.
- Wren, A A., Somers, T. J., Wright, M. A. & et al. (2012). Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43 (4),759-770.
- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., & Bernstein, A. (2014). *Journal of abnormal child psychology*. Published online: 20 september 2014

