

## اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه

مهدی قاسم زاده\*

عبدالله معتمدی\*\*، فرامرز سهرابی اسمرود\*\*\*

### چکیده

طلاق، از جمله عوامل گسیختگی کانون خانواده است که عواقب بسیاری را برای افراد جامعه داشته و می‌تواند منشاء بسیاری از آسیب‌ها باشد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه است. طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه شامل کلیه زنان مطلقه شهر اصفهان بود. نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به طور تصادفی به گروه‌های کنترل و آزمایش منسوب شدند و گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت دریافت کرد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سازگاری اجتماعی و پرسشنامه گذشت استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت زنان مطلقه اثر بخش است. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت به منظور بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه مورد استفاده قرار داد.

**کلیدواژه‌ها:** شفقت، سازگاری اجتماعی، گذشت

\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)، mehdigh.iran@gmail.com

\*\* دانشیار گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، a\_moatamedy@yahoo.com

\*\*\* استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، sohrabi@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۱۷

## ۱. مقدمه

طلاق (Divorce) یک حقیقت زندگی مدرن و نتیجه عدم حل مسائل زناشویی یا عدم حل قانونی و رسمی این مشکلات است که به عنوان اجازه قانونی برای جدا شدن از یک فرد به عنوان همسر یا پایان دادن رسمی به یک ازدواج تعریف شده است (مورتلمن و دفیور، Mortelmans, D., & Defever, ۲۰۱۸). معضل فروپاشی روابط زوج‌ها از جمله شایع‌ترین آسیب‌های خانوادگی است. در ایران نیز به گزارش مرکز آمار، طی دهه اخیر میزان طلاق‌های ثبت شده افزایش یافته و روند آن نسبت به گذشته شتاب بیشتری گرفته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴). تحقیقات زیادی به بررسی آثار مخرب طلاق، به ویژه در زنان پرداخته‌اند. ترس از آینده، احساس گناه، احساس تنهایی، مشکلات عاطفی و جسمی، مشکلات دوگانگی نقش، مشکلات اقتصادی، انزوای اجتماعی و اختلال هویت، کاهش رضایت از زندگی، پایین آمدن حرمت نفس، احساس بی‌ارزشی، احساس شکست و ناکامی، بزهکاری، فحشا، انحراف جنسی، خودکشی و سرقت از جمله آثار منفی طلاق برای زوجین و به خصوص زنان است (گاهلر (Gahler)، ۲۰۰۶؛ اسبارا (Sbarra)، ۲۰۱۵؛ یانگ و رایت (Young & Wright)، ۲۰۱۵؛ دال، هسن و ویگنز (Dahl, Hansen & Vignes)، ۲۰۱۵). به طور مثال مطالعه لاول (Lavelle) (۲۰۱۲) نشان داد که زنان مطلقه نسبت به مردان، سطوح بالاتری از فشار مالی را تجربه کرده و به میزان بالاتری به افسردگی دچار می‌شوند. بوراسا (Bourassa) (۲۰۱۵) نیز گزارش کرد که بعد از طلاق کیفیت زندگی زنان به دلیل مشکلات مالی بیش از مردان افت می‌کند.

در همین راستا مطالعات نشان می‌دهند که تجربه طلاق سازگاری (Adgustment) زوجین را در کلیه ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، هیجانی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌دهد (الشریف، بلالی، اعتمادی، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۹۴) که در راس آنها سازگاری اجتماعی (Social Adgustment) قرار دارد. سازگاری اجتماعی به عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روان از مباحثی است که در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روانشناسان و به ویژه مریبان را به خود جلب کرده است (آقا یوسفی، زارع و بافرانی، ۱۳۹۳). سازگاری اجتماعی بر این ضرورت متکی است که نیازها و خواسته‌های فرد با منافع و خواسته‌گروهی که در آن زندگی می‌کنند، هماهنگ و متعادل شود و تا حد امکان از برخورد و اصطکاک مستقیم و شدید با منافع و ضوابط گروهی جلوگیری شود (یا، سان و فانگ چن (Yau, H. K., Sun, H., & Fong Cheng)، ۲۰۱۲). محققان طلاق به عنوان

پدیده‌ای معرفی می‌کنند که با اثر بر بسترهای اجتماعی و راهبردهای تعاملی، سازگاری اجتماعی زنان مطلقه را مختل می‌نماید (رادگرس، گرای، دیویدسون و باتروورث (Rodgers, B., Gray, P., Davidson, T., & Butterworth, ۲۰۱۱).

یکی از متغیرهایی که اثر مثبت شگرفی بر سازگاری به صورت عام و سازگاری اجتماعی به صورت خاص دارد و در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، گذشت (Forgiveness) می‌باشد. فرد با استفاده از گذشت، انرژی هیجانی را از سوگواری به سوی احساس امید به زندگی تغییر می‌دهد (هیل و مولن ( Hill & Mulen, ۲۰۰۰). اختر و بارلو (Akhtar, S., & Barlow, ۲۰۱۸) بیان می‌کند که گذشت عنصر بسیار مهمی در ارتقاء سلامت فرد و همچنین از مهمترین فرآیندها در بازیابی روابط بین فردی پس از تعارض است. مک کلوگ، وارتینگتون و راجال (McCullough, Worthington & Rachal, ۱۹۹۷) گذشت را به عنوان مجموعه‌ای از تغییرات انگیزشی در فرد آسیب دیده مفهوم بندی کرده اند که طی آن انگیزه‌های انتقام جویی نسبت به آسیب رسان کم می‌شود و آرزوی خوشی، حسن نیت و انگیزش خود را برای مصالحه با وی افزایش می‌دهد. رای، پارگامنت، پان، یینگلین، شارگن و همکاران (Rye, M. S; Pargament, K. I; Pan, W; Yingling, D, W; Shogren & et al, ۲۰۰۵) گذشت به عنوان یک عامل تسهیل کننده برای مقابله با موقعیت‌های آسیب رسان زندگی همچون طلاق سودمند است. گذشت شامل رهایی از شرافکار منفی، احساسات و رفتارهای منفی در پاسخ به رفتارهای نادرست و جایگزین کردن رفتارها و عکس العمل‌های مثبت در مقابله با خشم و پرخاشگری ناشی از آسیب است. در نتیجه ممکن است با افزایش گذشت، سازگاری اجتماعی زنان مطلقه نیز فزونی یابد.

پژوهش‌های متعددی اثر مداخلات روان‌شناختی بر سازگاری اجتماعی (اژه‌ای، منظری توکلی، حسینی و هاشمی زاده، ۱۳۹۱) و گذشت (کریمی، سودانی، مهرابی زاده هنرمند و نیسی، ۱۳۹۳) را تایید نموده‌اند، لیکن تا کنون اثر درمان متمرکز بر شفقت (Treatment Focuses On Compassion) مورد بررسی واقع نشده است. این درمان با هدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی با تشویق افراد نسبت به شفقت به خود و دیگران توسط گیلبرت (Gilbert, ۲۰۱۴) شکل گرفت. نخستین اصول درمان متمرکز بر شفقت از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجانات و سیستم حمایت اجتماعی برخاسته است. جلسات درمان از ارتباط بین این

سیستم‌ها و افکار و رفتار انسان تشکیل شده است (بریهلر، گاملی، هارپر، والاس، ناری و همکاران (Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, & et al)، ۲۰۱۳).

افرادی که از دل‌بستگی امن و محبت محروم شده‌اند یا مورد تهدید واقع شده‌اند عموماً در مقابل این درد و رنج واکنش «شرم» و «خودتخریبی» نشان می‌دهند. شرمساری، خجالت و خود انتقادی یا خودسرزنشگری، هسته بسیاری از اختلالات روانی است. آنها قابلیت‌های خود را برای بهبودی و مدیریت هیجان متوقف می‌کنند. مدیریت هیجان‌ات منفی، نیازمند احساس آرامش، ارتباطات اجتماعی و حمایت‌های عاطفی است. این نوع درمان، نوعی رویکرد یکپارچه و چند بعدی است که از تحول روانشناسی اجتماعی، رشدی، مکتب‌بودایی و فرایند علوم عصبی پدید آمده است. یکی از موارد کلیدی آن بکارگیری «تربیت توجه و تفکر مشفقانه» است که با تلاش و تحول تجارب محبت‌آمیز، سالم و آرام خود از طریق شفقت به خود، امکان می‌یابد (نف، ۲۰۰۳). از دیدگاه پیننگ و همکاران (۲۰۱۴) تجربیات دوران اولیه کودکی و دل‌بستگی ممکن است در خود شفقتی موثر باشد. نکته کلیدی در درمان مبتنی بر شفقت توجه به این امر است که افرادی که تمایل به شرمگینی و خود انتقادی دارند در بکارگیری شفقت، محبت، آرامش‌دهی و گرمی نسبت به خود و دیگران با مشکلات زیادی مواجه هستند. درمان مبتنی بر شفقت (آموزش توجه مهر ورزانه به خود) توسط گیلبرت برای افرادی که مشکلات مزمنی نظیر اضطراب و افسردگی داشته‌اند و دچار شرمساری و خود تخریبی و خود سرزنشگری شده‌اند، پدید آمد. خود شفقتی تأثیر قابل توجهی در پریشانی روانی به طور کل، اضطراب، ابعاد مختلف نشانه‌های روان‌شناختی دیگر و عاطفه مثبت دارد (یادایا، ۲۰۱۳). اغلب، افرادی با مشکلات مزمن و طولانی مدت، بویژه کسانی که از زمینه‌های ضربه‌ای برخوردارند، در پذیرش و شفقت به خود مشکل دارند و یا احساس تهدید می‌کنند. درمان مبتنی بر شفقت، رویکردی برای کمک به مشکلات هیجانی و تمایلات مربوط به خود تخریبی است. درمان مبتنی بر شفقت با تمرین‌های ویژه، تفکر، تجسم و تمرکز بر آنچه که به شیوه‌ای غیرقضاوتی به فرد امکان مهربانی به خود می‌دهد، دلسوزی و شفقت به خود را افزایش می‌دهد. این رویکرد، شخص را آموزش می‌دهد تا با آرامش‌دهی و مهربانی به خود، احساس شرمساری و پریشانی و خود سرزنش‌گری را از خود دور سازد. هم‌اکنون شرم و خجالت عواملی تأثیرگذار بر آسیب‌پذیری روان و جزئی مهم از مشکلات روانی و تمایلات پرخاشگرانه تلقی می‌شود. این مشکل همچنین سرنخی از درد و رنج فرد و

شکل‌های اجتنابی نظیر انکار، اختلال تجزیه هویت و مشکلاتی برای جستجوی کمک تلقی می‌گردد (گیلبرت و پروکتر (Gilbert & Procter)، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی با تشویق افراد نسبت به خود و دیگران شکل گرفته است. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵، ص ۲۵). هسته اصلی شفقت درمانی بر پایه‌ی مدیتیشن مبتنی بر شفقت می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به افراد برای یادگیری مهارت‌های کلیدی مورد نیاز به منظور توسعه‌ی جنبه‌ها و ویژگی‌های شفقت، بهزیستی روانشناختی، حساسیت، تحمل آشفتگی همدلی و غیر قضاوتی بودن شکل گرفت. این مهارت‌های خاص شامل استدلال برای شفقت، رفتار مهربان، تصاویر مشفقانه، ظاهر و احساسات مشفقانه می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۰۹، ص ۲۰۰).

مطابق با نظر نف (۲۰۰۳)، در الگوی مهر ورزی، فردی که تجاربی از درد و رنج و ناکامی دارد، برای کاهش درد و رنج خود باید از سه راهبرد زیر استفاده کند. نف (۲۰۰۳) شفقت را به عنوان سازه‌ای می‌بیند که از سه جزء مهربانی، ویژگی مشترک انسانی و مراقبه حضور در لحظه تشکیل شده است.

**مهربانی:** مهربانی یعنی درک و فهم مشکلات خود و گرم و مهربان بودن در برابر ناکامی‌ها و رنج‌ها بجای قضاوت سخت‌گیرانه و خود انتقادی است.

**ویژگی مشترک انسانی:** ویژگی مشترک انسانی یعنی دیدن تجارب خود به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی به جای دیدن آنها به عنوان بخشی جدا و تنها. به سخن دیگر، تجارب رنج آور خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب مشترک انسانی دیدن تا منجر به جدایی و تنهایی فرد نشود. در موقعیت‌هایی که کفایت شخصی تهدید می‌شود، افرادی که دارای خود مهرورزی بالا هستند، نسبت به خود مهربان و با محبت هستند و از پریشانی خود آگاه هستند و با درک اینکه ناقص بودن بخشی از تجربه‌ی انسانی است (تیلکا (Tylka) و همکاران، ۲۰۱۵). زمانی که «خود» مورد قضاوت شدید قرار گیرد، کم‌رویی و خجالت تقویت می‌شود و این امر احساس تنهایی را بیشتر می‌کند (برون، ۱۹۹۹). مهربانی و دلسوزی به خود نه تنها کم‌رویی را کاهش می‌دهد، بلکه احساس بیشتری از

تعامل با دیگران را در فرد پدید می‌آورد. درمقابل، رنج و ناکامی، تعامل با دیگران را کاهش می‌دهد و باعث پدید آمدن میزانی از احساس تقصیر و قضاوت سوء درباره خود می‌شود. **مراقبه حضور در لحظه:** حضور در لحظه شامل هشیاری بر توجه لحظه ای و پذیرش افکار و هیجانات رنج آور بجای تلاش برای رها کردن یا انکار و اجتناب از آنها است. توجه آگاهی، حالتی متوازن از آگاهی است که فرد را از شدت بیش توجهی نسبت به خود و تحلیل و ارزیابی خود با تجارب تلخ دور نگه می‌دارد و دیدی روشن و قابل پذیرش از پدیده های ذهنی و هیجانی خود همانطور که هستند ارائه می‌نماید

شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می‌دهد. زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می‌بیند. او در اینجا متوجه می‌شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می‌گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می‌پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می‌آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می‌شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت، پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (سی گل (Siegel)، ۲۰۰۱).

با توجه به آنکه درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به افراد در پیدا کردن، احساس و درک چالش‌های زندگی‌شان کمک کند و به عنوان درمانی محسوب می‌گردد که می‌تواند مکانی امن را به منظور کشف هر گونه مشکل و روش تغییر مثبت ایجاد کند، ممکن است بر حس گذشت افراد و به تبع آن سازگاری و سلامت اجتماعی اثر گذار باشد؛ چرا که این نوع درمان می‌تواند به افراد کمک کند تا احساسات، افکار و رفتارهای ناراحت کننده خود را مدیریت کنند و به خصوص در هنگام برخورد با احساسات خود آسیب زن در موقعیت های استرس زایی همچون طلاق، می‌تواند مفید باشد (گیلبرت، ۲۰۱۰). تا کنون مطالعات بالینی اثربخشی این مدل درمانی را بر کاهش علائم اضطراب، شر، انتقاد از خود، افسردگی، اختلال خوردن، خشم، آسیب به خود و جنون مورد تایید قرار داده اند (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ گوپلی، سهرابی و فرهادی فر (Gavili, Sohrabi & Farhadifar)، ۲۰۱۶؛ اوزیسیل و

آکبا (Ozyesil & Akba)، ۲۰۱۳؛ وودروف، گلاس، امکاف، کراولی، هیدمن و همکاران (Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman & et al)، ۲۰۱۳؛ ریز (Raes)، ۲۰۱۱؛ تیرچ (Tirch)، ۲۰۱۰؛ ریز، ۲۰۱۰).

طلاق پدیده‌ای است که مطابق آمارها روند شیوع روزافزون دارد. طلاق یک معضل اجتماعی است که افراد درگیر را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد و هر دو طرف رابطه از این پدیده دچار آسیب‌های متعدد می‌شوند، با این حال زنان نسبت به طلاق و تبعات آن آسیب‌پذیرترند و لازم است اقدامات و تدابیر لازم در راستای سازگاری هرچه بیشتر آنها اندیشیده شود. به نظر می‌رسد که یاری کردن زنان مطلقه در دستیابی به سازگاری اجتماعی و گذشت می‌تواند عامل موثری در مقابله کارآمد آنها با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی باشد. از طرف دیگر در مطالعات متعدد بر نقش سازه شفقت بر سازگاری اجتماعی (محمدی، خانجانی و رجبی، ۱۳۹۴) و گذشت (ساعی نیا و کیانپور، ۱۳۹۵) تاکید شده است و بنابراین به نظر می‌رسد که درمان متمرکز بر شفقت با تمرکز بر تغییر احساس، افکار و رفتارهای ناراحت‌کننده می‌تواند به ارتقای سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه کمک کند. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به بررسی چنین موضوعی نپرداخته است، این پژوهش سعی در پاسخگویی به این سوال دارد که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه اثر دارد؟

## ۲. روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر، کلیه زنان مطلقه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود. به منظور نمونه‌گیری، از نمونه‌های در دسترس زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و کلینیک‌های شهر اصفهان، ۴۰ نفر از زنانی که تمایل به شرکت در طرح را داشتند به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: زنان مطلقه، کسب نمره پایین‌تر از ۷۷ در پرسشنامه گذشت و نمره بالاتر از ۱۵۶ در پرسشنامه سازگاری اجتماعی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن، مصرف داروهای روانپزشکی، داشتن بیماری‌های جسمانی. به منظور رعایت نکات اخلاق پژوهشی، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان جهت ورود به فرآیند پژوهش به

صورت کتبی گرفته شد و همچنین در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. پس از توضیح اهداف پژوهش به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند که در نهایت به دلیل افت آزمودنی‌ها از هر گروه ۱۵ نفر در پژوهش باقیمانده‌اند. شرکت کنندگان گروه آزمایش تحت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و یک ماه پس از اتمام مداخله هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد پس آزمون واقع شدند. جلسات درمانی به شرح زیر (شریعتی و همکاران، ۱۳۹۵):

جلسه اول: برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.

جلسه دوم: آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت و تکالیف خانگی.

جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (رورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیر مهرورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مهرورزانه ۱ (ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ) و تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مهرورزانه ۲ (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا و آموزش بردباری) و تکالیف خانگی.

جلسه ششم: مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مهرورزانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز مهرورزی (مهرورزی کلامی، مهرورزی عملی، مهرورزی مقطعی و مهرورزی پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان، تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های مهرورزانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت و تکالیف خانگی.



جلسه هشتم: جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

ابزار اندازه گیری یا روش های عملی جمع آوری داده‌ها: پس از اجرای تحقیق باید ضرایب آلفای کرونباخ ابزارهایتان را گزارش کنید.

### ۳. ابزار

۱. پرسشنامه سازگاری اجتماعی: مقیاس سازگاری اجتماعی به عنوان یک مقیاس برآیند برای ارزیابی درمان دارویی و روان درمانی بیماران افسرده طراحی شده است. در حال حاضر از این مقیاس برای سنجش سازگاری بیماران و افراد سالم به طور گسترده ای استفاده می شود. مبنای نظری و محتوای عبارات به کار رفته در آزمون از مصاحبه ساخت دار و نمره گذاری شده گرلند و برای ارزیابی ناسازگاری و مطالعات تجربی اولیه به وسیله پی کل و ویسمن در سال ۱۹۹۹ گرفته شده است. این مقیاس روابط بین فردی را در نقش های مختلف شامل احساسات، رضایت، اختلاف و عملکرد ارزیابی می کند و در ابتدا به عنوان برنامه مصاحبه تهیه و سپس به یک آزمون خودسنجی تبدیل شد، نسخه خود سنجی از لحاظ ارزان بودن برای مجری سودمند است و هم چنین سوء گیری مصاحبه کننده در آن اثر ندارد. نسخه خودسنجی به وسیله پاسخ دهنده تکمیل می شود اما خویشاوندان وی نیز می توانند آن را تکمیل کنند. مولفه های این پرسشنامه شامل حوزه کاری، فعالیت های اجتماعی، روابط با خانواده گسترده، نقش های همسری، نقش های والدی و عضو واحد خانواده می باشد و نمره بالا در هر زیر مقیاس نشان دهنده سازگاری اجتماعی پائین آزمودنی در حیطه مورد نظر است. نمره بالای کلی نیز حاکی از آن است که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. همبستگی معناداری نمرات مقیاس سازگاری اجتماعی با سن، طبقه اجتماعی، جنس یا سابقه افسردگی قبلی نداشته به عبارت دیگر نمرات آزمودنی ها در این مقیاس از وضعیت اجتماعی - جمعیتی تاثیر نمی پذیرد. نتایج عاملی برای نسخه مصاحبه که ۶ عامل را مشخص کرد: عملکرد شغلی، اختلاف بین فردی و ارتباط منع شده، وابستگی سلطه پذیر، دلبستگی خانوادگی و اضطراب. این عوامل چارچوب اساس محتوای دو بعدی آزمون را تشکیل دادند. مقیاس خود سنجی سازگاری اجتماعی ۴ هفته قبل و بعد از درمان بر روی ۷۶ بیمار افسرده اجرا شد. سلامت اجتماعی بیماران در هر حوزه ۶ مقیاس افزایش معناداری داشت. مقیاس سازگاری اجتماعی توانست

بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، بیماران الکی و اسکیزوفرن را علیرغم اینکه مغایرت زیادی در پاسخ‌ها وجود نداشت از هم متمایز سازد. در پژوهش اخیر تفاوت معناداری بین بیماران افسرده و آنهایی که بیمار نبودند برای ۴۰ ماده از ۴۸ ماده نشان داده شد و ویسمن و همکاران همبستگی بین این مقیاس و دیگر مقیاس‌های سلامت روان را گزارش کرده‌اند که حاکی از اعتبار همزمان مقیاس سازگاری اجتماعی است. همچنین در پژوهش زمستانی، حسن نژاد و نژادیان (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. مقیاس گذشت: مقیاس گذشت توسط اینرایت و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس دارای بیست سوال و چهار عامل است. عامل اول گذشت عاطفی ۵ ماده (۵، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۲۰)، دوم گذشت رفتاری ۵ ماده (۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۵)، سوم گذشت شناختی ۶ ماده (۴، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۶) و چهارم گذشت اعتقادی ۴ ماده (۸، ۹، ۱۸، ۱۹) و بر اساس باورهای مذهبی فرد ایجاد شده است، دارد. پاسخ آزمودنیها به سوالات به شکل طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای که شامل کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ می‌باشد و سوالات ۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۳، ۱۹ و ۲۰ نمره گذاری معکوس دارد. برای ارزیابی پایایی سنجش همسانی درونی پرسشنامه گذشت، ضریب آلفای کرونباخ بر روی داده‌های نمونه اصلی که بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اسفراین توسط صفاری نیا و مفاخری انجام گرفت ۰/۶۸ بدست آمده است. اینرایت و همکاران نیز در سال ۱۹۹۴ ضریب ۰/۹۸ را بدست آورده‌اند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد نمرات و در سطح استنباطی از روش آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

#### ۴. یافته‌های پژوهش

بر اساس یافته‌های حاصل، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۲۷/۶۰ و ۲۸/۱۸ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت میانگین سنی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $t=0/10, p>0/05$ ). یافته‌های جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیر های پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مؤلفه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	آزمایش	کنترل
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
سازگاری اجتماعی	حوزه کاری	(۲/۸۹)۱۳/۹۳	(۳/۰۱)۱۳/۳۳	(۲/۲۶)۱۷/۴۰	(۲/۱۶)۱۲/۶۰	(۲/۲۵)۱۵/۱۰	
	فعالیت های اجتماعی	(۲/۵۵)۱۹/۴۰	(۱/۷۶)۱۸/۴۰	(۲/۶۰)۲۳/۰۶	(۲/۱۷)۱۹/۲۰	(۲/۵۰)۲۰/۱۰	
	روابط با خانواده گسترده	(۲/۶۲)۱۲/۸۰	(۲/۶۳)۱۲/۶۶	(۱/۹۹)۱۵/۴۰	(۲/۴۲)۱۲/۲۰	(۱/۵۰)۱۴/۵۰	
	نقش های همسری	(۱/۴۴)۱۱/۶۶	(۱/۵۰)۱۱/۱۳	(۱/۱۸)۱۴/۶۰	(۱/۷۶)۱۱/۸۶	(۱/۲۵)۱۳/۲۵	
	نقش های والدی	(۱/۸۸)۱۰/۷۳	(۱/۹۵)۱۱/۱۳	(۱/۸۰)۱۴/۸۶	(۱/۷۴)۱۱/۸۰	(۱/۰۰)۱۵/۵۰	
	عضو واحد خانواده	(۲/۰۷)۱۲/۲۰	(۲/۲۸)۱۲/۸۳	(۱/۴۷)۱۵/۸۰	(۲/۵۰)۱۳/۵۳	(۱/۲۵)۱۴/۲۵	
	مقیاس کل	(۶/۹۸)۸۰/۷۳	(۲/۶۶)۷۹/۴۰	(۶/۸۱)۱۰۱/۶۶	(۶/۶۵)۸۱/۲۰	(۶/۵۵)۹۹/۶۶	
	گذشت رفتاری	(۲/۱۶)۱۳/۶۰	(۲/۵۸)۱۶/۶۶	(۱/۷۶)۱۷/۱۳	(۲/۴۷)۱۴/۴۶	(۱/۲۵)۱۵/۱۰	
گذشت	گذشت شناختی	(۲/۶۶)۱۹/۱۳	(۲/۶۸)۱۸/۷۳	(۱/۹۲)۱۹/۰۰	(۱/۸۵)۱۵/۲۰	(۱/۵۲)۱۷/۰۰	
	گذشت عاطفی	(۲/۶۳)۱۵/۰۶	(۲/۶۳)۱۴/۹۳	(۲/۸۲)۲۴/۱۳	(۲/۸۹)۱۸/۱۳	(۲/۵۰)۲۰/۲۵	
	گذشت اعتقادی	(۲/۳۶)۱۲/۸۰	(۳/۰۶)۱۳/۳۳	(۲/۳۱)۱۶/۳۳	(۱/۷۲)۱۲/۸۶	(۲/۲۵)۱۴/۵۰	
	مقیاس کل	(۶/۰۳)۶۰/۶۰	(۷/۰۸)۶۳/۶۶	(۴/۱۸)۷۶/۲۰	(۴/۸۷)۶۰/۶۶	(۴/۲۵)۷۴/۴۰	

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین (انحراف معیار) متغیرها (سازگاری اجتماعی و گذشت و مولفه‌های آنها) در گروه آزمایش مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت چشمگیری دارند ولی گروه کنترل تفاوت چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مؤلفه	آزمایش	کنترل
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	حوزه کاری	(۲/۲۵)۱۵/۱۰	(۲/۵۵)۱۱/۶۰
	فعالیت‌های اجتماعی	(۲/۵۰)۲۲/۱۰	(۲/۲۵)۱۸/۲۰
سازگاری اجتماعی	روابط با خانواده گسترده	(۱/۵۰)۱۴/۵۰	(۲/۵۵)۱۱/۸۰
	نقش‌های همسری	(۱/۲۵)۱۳/۲۵	(۱/۵۰)۱۰/۹۵
	نقش‌های والدی	(۱/۰۰) ۱۵/۵۰	(۱/۷۴)۱۲/۰۰
	عضو واحد خانواده	(۱/۲۵)۱۴/۲۵	(۲/۲۰)۱۲/۹۰
	مقیاس کل	(۶/۵۵)۹۹/۶۶	(۶/۰۰)۸۲/۸۰
	گذشت رفتاری	(۱/۲۵)۱۷/۱۰	(۲/۲۵)۱۳/۸۵
گذشت	گذشت شناختی	(۱/۵۲)۱۸/۲۰	(۱/۸۵)۱۶/۰۰
	گذشت عاطفی	(۲/۵۰)۲۳/۲۵	(۲/۲۰)۱۸/۰۰
	گذشت اعتقادی	(۲/۲۵)۱۶/۵۰	(۱/۵۰)۱۳/۰۰
	مقیاس کل	(۴/۲۵)۷۵/۴۰	(۴/۰۰)۶۲/۰۰

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین (انحراف معیار) متغیرها (سازگاری اجتماعی و گذشت و مؤلفه‌های آنها) در گروه آزمایش مرحله پی‌گیری تفاوت چشم‌گیری با نمرات گروه کنترل دارد. در ادامه به منظور بررسی بهتر نتایج از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. طرح این پژوهش پیش آزمون \_ پس آزمون با گروه کنترل به همراه پی‌گیری بود که به این دلیل برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون اندازه‌گیری مکرر به جهت تعدیل اختلافات اولیه (کنترل آماری اختلافات اولیه) گروه آزمایش و گروه کنترل، استفاده شد. قبل از انجام آزمون‌ها، مفروضه‌های مورد نیاز مورد بررسی قرار گرفتند.

## پیش فرض نرمال بودن

جدول ۳. کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی مفروضه ی نرمال بودن

کولموگروف-اسمیرنوف			نرمال بودن توزیع		
معناداری	درجه آزادی	آماره			
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پیش آزمون	حوزه کاری	سازگاری اجتماعی
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۵	پس آزمون		
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۵	پیگیری		
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۴	پیش آزمون	فعالیت های اجتماعی	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۱	پس آزمون		
۰/۱۱	۳۰	۰/۱۲	پیگیری		
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پیش آزمون	روابط با خانواده گسترده	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پس آزمون		
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۱	پیگیری		
۰/۱۴	۳۰	۰/۱۵	پیش آزمون	نقش های همسری	
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۴	پس آزمون		
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۴	پیگیری		
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۱	پیش آزمون	نقش های والدی	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پس آزمون		
۰/۱۴	۳۰	۰/۱۲	پیگیری		
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پیش آزمون	عضو واحد خانواده	
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۵	پس آزمون		
۰/۱۱	۳۰	۰/۱۱	پیگیری		
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۴	پیش آزمون	مقیاس کل	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۱	پس آزمون		
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۲	پیگیری		
۰/۱۴	۳۰	۰/۱۰	پیش آزمون	گذشت رفتاری	گذشت
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۰	پس آزمون		
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۵	پیگیری		
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۵	پیش آزمون	گذشت شناختی	
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۴	پس آزمون		

۰/۲۰	۳۰	۰/۱۴	پیگیری	گذشت عاطفی
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۱	پیش‌آزمون	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پس‌آزمون	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۱	پیگیری	گذشت اعتقادی
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۰	پیش‌آزمون	
۰/۰۷	۳۰	۰/۱۵	پس‌آزمون	
۰/۱۴	۳۰	۰/۱۰	پیگیری	مقیاس کل
۰/۱۰	۳۰	۰/۱۱	پیش‌آزمون	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۲	پس‌آزمون	
۰/۲۰	۳۰	۰/۱۴	پیگیری	

همان‌طور که جداول ۳ نشان می‌دهند مفروضه‌ی نرمال بودن در (متغیرهای سازگاری اجتماعی، گذشت و مؤلفه‌های آن‌ها) با سطح معناداری بزرگتر از  $0.05$  ( $p > 0.05$ ) تأیید شد.

### پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

جدول ۴ آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا در دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	شاخص‌های آماری		
		سطح معناداری	F	درجه آزادی ۲
سازگاری اجتماعی	حوزه کاری	۰/۱۲	۰/۹۰	۲۸
	فعالیت‌های اجتماعی	۰/۳۰	۰/۸۷	۲۸
	روابط با خانواده گسترده	۰/۸۰	۰/۲۵	۲۸
	نقش‌های همسری	۰/۴۷	۰/۴۰	۲۸
	نقش‌های والدی	۰/۱۲	۰/۸۶	۲۸
	عضو واحد خانواده	۰/۳۰	۰/۸۵	۲۸
	مقیاس کل	۰/۸۸	۰/۲۴	۲۸
گذشت	گذشت رفتاری	۰/۵۰	۰/۴۰	۲۸
	گذشت شناختی	۰/۱۵	۰/۸۹	۲۸
	گذشت عاطفی	۰/۳۰	۰/۷۸	۲۸

۰/۸۵	۰/۴۲	۲۸	۱	گذشت اعتقادی
۰/۵۰	۰/۳۳	۲۸	۱	مقیاس کل

در جدول ۴ نتیجه‌ی آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری برای متغیرها پژوهش‌ها بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۵ ( $p > 0.05$ ) می باشد. پس در نتیجه می توان از آزمون اندازه گیری مکرر برای مقایسهٔ ۲ گروه در این متغیرها استفاده کرد.

### پیش فرض ماخلی

جدول ۵. آزمون کرویت موخلی در مورد برابری کواریانس‌ها در متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	درجه آزادی	خی دو	آزمون موخلی
۰/۱۲	۲	۱۵/۹۴	۰/۵۲

طبق نتایج جدول ۵ فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است.

فرضیه اصلی: درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه اثر دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون اندازه گیری مکرر چند متغیری بین ۲ گروه بر روی نمرات تعدیل شدهٔ مقیاس‌های کل متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	مجذوراتا	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۶/۵۲*	۶۱۷/۹۰	۲	۱۲۳۵/۸۰	مفروضه کرویت
۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۶/۵۲*	۹۲۲/۲۳	۱/۳۴۷	۱۲۳۵/۸۰	گرین هاوس-
۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۶/۵۲*	۱۱۹۹/۸۰	۱/۰۲۴	۱۲۳۵/۸۰	گیرز
۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱۶/۵۲*	۱۲۳۵/۸۰	۱	۱۲۳۵/۸۰	هایان-فیلد

حد پایین

همان‌طور که در جدول ۶ با تأکید بر میزان F بدست آمده (۱۶/۵۲) که این سطح معناداری کم تر از ۰/۰۱ است می توان مطرح کرد که درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه اثر دارد و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه صفر رد و فرضیه

پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه اثر دارد. و فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۶-۱ نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر بر روی نمرات تعدیل شده ابعاد سازگاری اجتماعی در سه مرحله ارزیابی

متغیر	منابع تغییر	منابع تغییر	SS	DF	MS	F	P	$\eta^2$
حوزه کاری	درون گروهی	زمان	۴۴۴/۲۰	۱/۶۹	۲۴۰/۸۷	۹/۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۸
	درون گروهی	زمان*گروه	۷۵۲/۴۰	۱/۶۹	۲۹۰/۳۸	۵/۲۵	۰/۰۲	۰/۱۸
	بین گروهی	گروه	۵۰۰/۴۰	۱	۵۰۰/۴۰	۱۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
فعالیت‌های اجتماعی	درون گروهی	زمان	۵۰۵/۱۸	۱/۶۶	۲۹۶/۴۵	۱۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	درون گروهی	زمان*گروه	۱۴۱/۱۷	۱/۶۶	۱۲۸/۸۸	۱۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	بین گروهی	گروه	۲۹۸/۱۸	۱	۲۹۸/۸۰	۲۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
روابط با خانواده گسترده	درون گروهی	زمان	۱۱/۲۲	۲	۵/۹۱	۵/۲۰	۰/۰۱	۰/۲۲
	درون گروهی	زمان*گروه	۴۱/۱۵	۲	۲۰/۵۸	۶/۰۲	۰/۰۱	۰/۲۲
	بین گروهی	گروه	۲۴/۴۴	۱	۲۴/۴۴	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳
نقش‌های همسری	درون گروهی	زمان	۱۸/۵۰	۲	۹/۲۵	۱۰/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	درون گروهی	زمان*گروه	۵۰/۱۲	۲	۲۵/۰۶	۵/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۸
	بین گروهی	گروه	۸۰/۰۰	۱	۸۰/۰۰	۲۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷
نقش‌های والدی	درون گروهی	زمان	۲۲/۵۰	۲	۱۱/۲۵	۵/۱۰	۰/۰۲	۰/۱۸
	درون گروهی	زمان*گروه	۱۵/۱۰	۲	۷/۵۵	۴/۱۰	۰/۰۳	۰/۱۸
	بین گروهی	گروه	۵۵/۲۰	۱	۵۵/۲۰	۲۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
عضو واحد خانواده	درون گروهی	زمان	۱۲/۸۰	۲	۶/۴۰	۵/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۸
	درون گروهی	زمان*گروه	۷۰/۵۰	۲	۳۵/۲۵	۱۲/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	بین گروهی	گروه	۵۴/۴۴	۱	۵۴/۴۴	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵

نتایج کلی جدول ۶-۱ نشان داد که بین مراحل ارزیابی مداخله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود داشته است که با توجه به ضرایب F در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $p < ۰/۰۱$ ). درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد سازگاری اجتماعی (حوزه کاری، فعالیت‌های اجتماعی، روابط با خانواده گسترده، نقش‌های همسری، نقش‌های والدی، عضو واحد خانواده) در زنان مطلقه اثر دارد.



جدول ۶-۲ نتایج آزمون اندازه گیری مکرر بر روی نمرات تعدیل شده ابعاد سازگاری اجتماعی در سه مرحله ارزیابی

متغیر	منابع تغییر	منابع تغییر	SS	DF	MS	F	P	$\eta^2$
گذشت رفتاری	درون گروهی	زمان	۸۵/۱۰	۱	۸۵/۱۰	۱۰/۱۱	۰/۰۰۳	۰/۳۰
	بین گروهی	زمان*گروه	۷۰/۲۲	۱	۷۰/۲۲	۵/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۸
	درون گروهی	گروه	۱۲۰/۲۰	۱	۱۲۰/۲۰	۲۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
گذشت شناختی	درون گروهی	زمان	۱۲۰/۵۰	۲	۶۰/۲۵	۱۵/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بین گروهی	زمان*گروه	۱۸۰/۵۰	۲	۹۰/۲۵	۱۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	درون گروهی	گروه	۳۰۰/۲۰	۱	۳۰۰/۲۰	۲۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲
گذشت عاطفی	درون گروهی	زمان	۴۵/۱۰	۲	۲۲/۵۵	۶/۱۱	۰/۰۱	۰/۲۰
	بین گروهی	زمان*گروه	۵۵/۱۰	۲	۲۷/۵۵	۸/۵۰	۰/۰۰۲	۰/۲۵
	درون گروهی	گروه	۸۸/۴۰	۱	۸۸/۴۰	۲۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
گذشت اعتقادی	درون گروهی	زمان	۵۵/۲۵	۲	۲۷/۷۵	۱۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	بین گروهی	زمان*گروه	۴۰/۰۰	۲	۲۰/۰۰	۸/۱۰	۰/۰۰۷	۰/۲۲
	درون گروهی	گروه	۸۰/۸۰	۱	۸۰/۸۰	۲۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵

نتایج کلی جدول ۶-۲ نشان داد که بین مراحل ارزیابی مداخله (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) تفاوت معناداری وجود داشته است که با توجه به ضرایب F در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $p < ۰/۰۱$ ). بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان، درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد گذشت (گذشت رفتاری، گذشت شناختی، گذشت عاطفی، گذشت اعتقادی) در زنان مطلقه اثر دارد.

## ۵. بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر مولفه های سازگاری اجتماعی و گذشت اثرگذار است. نتایج نشان داد زنانی که درمان مبتنی بر مشقت گرفتند از گذشت بیشتر برخوردار بودند که این یافته با یافته های یعقوبی و اکرمی (۱۳۹۶)، منظری توکلی (۱۳۹۵)، سعادت، رستمی و دربانی (۱۳۹۵)، سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان (۱۳۹۱)، مارشال، پارکر، سیاروچی، سادرا، جکسون و همکاران (Marshall, S. L., Parker, P. D., Irons, C. & Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson et al (۲۰۱۵)، تیرچ (۲۰۱۰)، ایرونز و لاد (Lad (۲۰۱۷)، لیری، تایت، آدامز، آلن و هیتچوک (Leary, Tate, Adams, Allen &

Hitchcock (۲۰۰۷) همسو است. در توضیح این فرضیه می‌توان چنین گفت که زمانی که افراد حس مهربانی را در خود درونی می‌کنند برای تمامی رفتارهای مقابل و متقابلی که نسبت به آن‌ها وجود دارد رویکرد محبت‌آمیز و مهربانانه خواهند داشت. درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات و نگرش‌های منفی از جمله انتقام گرفتن را از فرد دور می‌کند؛ در این رویکرد هیجان‌ات منفی کاهش پیدا می‌کند و هیجان‌ات مثبت جایگزین خواهد شد. بنابراین براساس این خود تنظیمی هیجانی، گذشت فرد افزایش پیدا می‌کند. تبیین دیگر این یافته بر اساس نقشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش جرأت مندی و بازطراحی معیارهای فردی توجیه پذیر است. در این زمینه ایرونز و لاد (۲۰۱۷) معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرأت مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد؛ بنابراین، افزایش گذشت دور از انتظار نیست. صرف نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت (۲۰۱۴) مینی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روانشناختی مراجعان می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد.

در این بین درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجان‌ات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجان‌ات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند (یارنل، استافورد، نف، رییلی، ناکس و همکاران (Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D, Knox, et al.) ، ۲۰۰۸). افزون بر آن، یافته‌های این پژوهش تا حدودی همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند (نف و دام (Neff, K. D., & Dahm)، ۲۰۱۵). بنابراین، افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل طلاق با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). از آنجاکه بخش عمده‌ای از هیجان‌های

منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می شود (بشارت، موحدی نسب و علی بخشی، ۱۳۸۹).

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که زنانی که در معرض درمان مبتنی بر شفقت قرار داشتند نسبت به گروهی که از این درمان برخوردار نبودند نمرات بیشتری را در آزمون سازگاری اجتماعی به دست آوردند که این نتیجه با تحقیقات احمد پور، زهرا کار و کیامنش (۱۳۹۶)، سعادت، رستمی و دربانی (۱۳۹۵)، شهابی، نوری و آزاده (۱۳۹۵)، کریگر، برگر و گروس - هولتفورث (Krieger, Berger & grosse Holtforth) (۲۰۱۶)، اسککلنز، کارمنز، و ندردریفت، مالما، و ندرهارک و همکاران (Schellekens, M. P.,

Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den Hurk, D. G., & et al.  
Schellekens, M. P., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den  
Zessin, U., Dickhäuser, ) و زینس، دیکاسر و گاربد (Hurk, D. G., & et al. (۲۰۱۷)  
(O., & Garbade, S (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین این فرضیه می توان گفت که فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (براون (Brown)، ۱۹۹۸؛ قربانی و واتسن، ۱۳۸۵). افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می کنند از آنجا که شفقت خود، نیازمند آگاهی هشیار از هیجان خود است (یارنل و نف (Yarnell&neff)، ۲۰۱۳). دیگر احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساسات اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می شود؛ بنابراین هیجان های منفی به حالت احساس مثبت تری تبدیل می شوند و به فرد فرصت درک دقیق تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثر بخش و مناسب می دهند.

با توجه به یافته های پژوهش مبنی بر «تاثیر گذاری روش درمانی مبتنی بر شفقت بر مولفه های سازگاری اجتماعی و گذشت» به مراکز درمانی خصوصی و دولتی پیشنهاد می شود که در کار با زنان مطلقه و تلاش در جهت بهبودی وضعیت روانی آنها، دوره های آموزشی مبتنی بر شفقت را نیز ارائه دهند. از محدودیت های این پژوهش تمرکز آن بر روی زنان مطلقه شهر اصفهان است و در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. از دیگر محدودیت های

مطالعه حاضر عدم کنترل شرایط شغلی، اجتماعی و اقتصادی افراد شرکت کننده است که می‌تواند بر نتایج پژوهش تاثیرگذار باشد.

## کتاب‌نامه

- آقا یوسفی، ع.ر؛ زارع، ح و بافرانی، س. (۱۳۹۴). بررسی رابطه خود میان بینی با سازگاری اجتماعی دانشجویان. دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، ویژه نامه: ۱۵۳-۱۴۱.
- احمدپور دیزجی، ج؛ زهراکار، ک؛ کیامنش، ع. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روانشناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. فصلنامه زن و فرهنگ، ۹، ۲۱-۷.
- اژه ای، ج؛ منظری توکلی، و؛ حسینی، ر و هاشمی زاده، و. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آنها بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۳): ۴۰-۳۰.
- الشریف، م؛ ب؛ بلالی، ط؛ اعتمادی، ع؛ فاتحی زاده، م؛ بهرامی، ف. (۱۳۹۴). خانواده درمانی پس از طلاق. اصفهان: نشر نگار خانه.
- بشارت، م؛ عسگری، ع؛ علی بخشی، س؛ موحدی نسب، ع. (۱۳۸۹). کمال گرایی و سلامت جسمانی اثر واسطه ای عواطف مثبت و منفی. روانشناسی تحولی، ۲۶، ۱۳۸-۱۲۴.
- ساعی نیا، م و کیانپور، ل. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش شفقت خود بر خودگسستگی، گذشت و انعطاف پذیری کنشی. تهران: وزیری.
- سعادت، ن.، رستمی، م.، دربانی، س. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان روانشناسی خانواده، ۳، ۵۸-۴۸.
- سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.، شریفیان، م. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۸، ۱۰۲-۹۱.
- شهابی، ب.، نوری، ح.، و آزاده، م. (۱۳۹۵). اثر بخش روشی شفقت نسبت به خود بر احساس شکست و امید زنان طلاق گرفته، نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین المللی روان درمانی.
- کریمی، ج؛ سودانی، م؛ مهرابی زاده هندی، م و نیسی، ع. (۱۳۹۳). بررسی میزان اثر بخشی زوجدرمانی یکپارچه نگر بر کاهش افسردگی، علائم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه پس از خیانت همسر. پژوهش های روانشناسی بالینی، ۴(۲): ۶۸-۵۱.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و ... ۱۳۷

محمدی، ر؛ خانجانی، س و رجبی، م. (۱۳۹۴). ارتباط تحمل آشفتگی و شفقت به خود با علائم شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به شخصیت مرزی مراجعه کننده به یک بیمارستان انتظامی. فصلنامه علمی-پژوهشی طب نظامی، ۴(۳): ۱۹۱-۲۰۰.

منظری توکلی، ف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی متمرکز بر خود شفقت ورزی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بافت. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز.

یعقوبی، س.، اکرمی، ن. (۱۳۹۵). نقش شفقت خود در پیش‌بینی بخشایش‌گری و همدلی در جوانان. روانشناسی مثبت، ۲، ۴۸-۳۵.

- Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(1), 107-122.
- Bourassa K.J.(2015). Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. *J Fam Psychol.*;29(3):490-9.
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 52*: 199-214.
- Dahl, S. Å., Hansen, H. T., & Vignes, B. (2015). His, Her, or Their Divorce? Marital Dissolution and .Sickness Absence in Norway. *Journal of Marriage and Family, 77*(2): 461-479
- Gahler, M .(2006).To divorce is to die a bit ... : A longitudinal study of marital disruption and psychological distress among Swedish women and men , *Family Journal.Oct .vol.14 .*
- Gavil, H., Sohrabi, A., & Farhadifar, F. (2016). the effectiveness of compassion-focused therapy on the infertile women depression. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926, 2336-2349.*
- Gilbert, P (2005). Compassion: conceptualizations. Research and in psychotherapy. Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert P (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*: 6-41.
- Gilbert, P.(2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Adv psychiatr treat*; 15: 199-208.
- Gilbert, P & Procter, S (2006). Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: A pilot study of a group therapy approach. *J Clin Psychol Psychother. (13)*: 353-379
- Hill EW, Mullen PM.(2000) Contexts for understanding forgiveness and repentance as discovery: a pastoral care perspective. *J Pastoral Care*;54(3):287-96.
- Irons, C. & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist, 3*(1): 47-54.

- Krieger, T., Berger, T., & Grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*, 202, 39-45.
- Lavelle, D. (2012) *The selection of subcontractors: is price the major factor?* In: Boyd, D (Ed) Procs 23rd Annual ARCOM Conference, 3-5 September 2007, Belfast, UK, Association of Researchers in Construction Management, 65-73.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887.
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J., & Heaven, P. C. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121.
- McCullough, M. E.; Worthington, E. L & Rachal, K. C, (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of personality and Social Psychology*, 73: 321-336
- Tirch, D.D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 113-123.
- Mortelmans, D., & Defever, C. (2018). Income Trajectories of Lone Parents After Divorce: A View with Belgian Register Data. In *Lone Parenthood in the Life Course* (pp. 191-211). Springer, Cham.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer New York.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2: 85-101.
- Ozyesil Z, Akba M.(2013). Self-Compassion as a Protective Factor for Depression, Anxiety and Stress: A Research on Turkish Sample. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful. *J Couns and Educ*. 2(2):36-43.
- Pepping, C.A. (2014). Individual Differences in Self-Compassion: The Role of Attachment and Experiences of Parenting in Childhood. *Self & Identity*. 14(1), 104-117.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE.(2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association.
- Rodgers, B., Gray, P., Davidson, T., & Butterworth, P. (2011). Parental divorce and adult family, social and psychological outcomes: the contribution of childhood family adversity.

- Rye, M. S; Pargament, K. I; Pan, W; Yingling, D, W; Shogren, K, A & Ito, M, (2005). Can Group Interventions Facilitate forgiveness of an Ex-Spouse? A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5): 880-892.
- Rye, M. S; Pargament, K. I; Pan, W; Yingling, D, W; Shogren, K, A & Ito, M, (2005). Can Group Interventions Facilitate forgiveness of an Ex-Spouse? A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5): 880-892.
- Schellekens, M. P., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den Hurk, D. G., Prins, J. B., & Speckens, A. E. (2017). Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness*, 8(2), 325-336.
- Siegel, D. J (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, mindsight and neural integration. *Infant mental health journal*. 22, 67-94.
- Tirch, D.D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 113-123.
- Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW.(2013). Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health. *J Mindfulness*; (9):1-12.
- Yadavaia. J.E (2013). Using Acceptance and Commitment Therapy to Decrease High-Prevalence Psychopathology by Targeting Self-Compassion: A Randomized Controlled Trial. *Dissertations & Theses . Gradworks* .214.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.
- Yau, H. K., Sun, H., & Fong Cheng, A. L. (2012). Relationships among academic, social and psychological adjustments to university life: Comparisons across gender. *Tertiary Education and Management*, 18(2), 97-113.
- Young, A. M., & Wright, J. L. (2015). The Anatomy of a Divorce. *Women's Studies in Communication*, 38(2), 146-150
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.