



مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، ایران

مریم قهرمانی ^{id}

جواد خلعتبری* ^{id}

داود تقوایی ^{id}

j.khalatbari@toniau.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۷

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۲

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ | پایب ۱۲ | ۴۷۴-۴۸۸

پایب ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(قهرمانی، خلعتبری و تقوایی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

قهرمانی، مریم، خلعتبری، جواد، و تقوایی، داود. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳) پایب ۳: ۴۷۴-۴۸۸.

چکیده

هدف: این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. روش نمونه‌گیری هدفمند و تصادفی از جامعه آماری، کلیه زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۰ بود که ۴۵ زن در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گروه ۱۵ نفری گواه گمارده شدند. درمان متمرکز بر شفقت بر اساس پروتکل درمانی گیلبرت و نف (۲۰۰۷) و برنامه جلسات درمان شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه گواه درمانی نداشت. ابزار پژوهش پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۱۹۸۳) بود. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری ($F=77/93$ ، $P=0/005$) زنان در شرف طلاق مؤثر بود. همچنین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی-رفتاری ماندگارتر است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری زنان در شرف طلاق مؤثر بود و می‌توان از هر دو رویکرد جهت بهبود تاب‌آوری زنان در شرف طلاق استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان متمرکز بر شفقت درمانی، تاب‌آوری، زنان.

مقدمه

نقش خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی می‌تواند هم در جنبه مثبت و هم در جنبه منفی، بسیار تأثیرگذار باشد (یگانه، توزنده حاجانی و باقرزاده گلمکانی، ۱۴۰۰). طلاق^۱ را می‌توان ابزاری برای اتمام درگیری‌ها و تعارضات زناشویی دانست اما مشکلات زیادی را برای افراد فراهم می‌کند به طوری که گاهی اوقات مشکلات بعد از طلاق بیش‌تر و حتی بدتر از قبل آن، ارزیابی می‌شود (افتخاری، حیدری و داوودی، ۱۳۹۹). وقوع مکرر طلاق، منجر به نگرانی بسیاری از متخصصان و جامعه در سطح وسیع شده است، زیرا طلاق، خطر ناسازگاری هیجانی، رفتاری و اجتماعی را افزایش می‌دهد (مافورا، مولات، متلاکالا و موهلاتلول، ۲۰۲۱). و سلامت جامعه را تهدید می‌کند (اسبارا، ۲۰۱۷). امروزه هزینه‌های تخمینی طلاق بسیار زیاد است (بروز، اسپارر و ویس، ۲۰۱۲). زنان اغلب بعد از طلاق به تنهایی حضانت فرزند را به عهده می‌گیرند، و از آنجایی که نسبت به مردان کم‌تر به ازدواج مجدد روی می‌آورند، گرفتار اضافه بار نقش می‌شوند (رالی و اسوینی، ۲۰۲۰). اجتماع پس از طلاق، به زنان بیش‌تر سخت‌گیری می‌کند. علاوه بر این پیامدهای روانشناختی طلاق برای زنان آسیب بیش‌تری را به دنبال دارد و زنان تا سال‌ها با این پیامدها دست به گریبان هستند (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۶). با این حال باید به این موضوع پرداخت که چرا زنان نسبت به مردان بیش‌تر متقاضی طلاق هستند. از این رو ابتدا باید عوامل فردی را درک کنیم که بین زن و مرد متفاوت است (پارکر، دورانت، هیل، هاسلتون، ۲۰۲۲). از جمله عوامل روانشناختی که در طلاق زوجین می‌توان به آن اشاره کرد، عوامل ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی و روانی، طرد شدن زوجین و احساس تنفر و پایان رابطه و عشق است (هزارجریبی، انتظاری و نیتی، ۱۳۹۶). در بین عوامل فردی و شخصیتی که در کاهش تعارضات زناشویی و به طبع آن پدیده طلاق نقش دارد، تاب‌آوری است. در گذشته تاب‌آوری را یک ویژگی شخصیتی می‌دانستند اما تحقیقات سال‌های اخیر بیان‌گر آن است که تاب‌آوری فرایندی پویا و متغیر است (استینتون، چیشولم، کیسر، روزن، آپزگرو و همکاران، ۲۰۱۹). تاب‌آوری یک ساختار چند وجهی است که چندین وجه از منابع شخصی مانند، عزت نفس، خوش بینی، انعطاف‌پذیری، راهبردهای مقابله‌ای و روابط اجتماعی خوب (رولو، سوود، فوکن، سوود، فروهمودر و همکاران، ۲۰۲۱) و واکنش در مقابل ناملایمات را شامل می‌شود (ماستن، ۲۰۲۱). تاب‌آوری توان زوج‌ها را در برابر ناملایمات و چالش‌های زندگی افزایش می‌دهد و منجر به سازگاری و رشد روابط صمیمانه می‌شود (چان و ماک، ۲۰۲۱). تاب‌آوری توان پیش‌بینی رضایت زناشویی را دارد و به افراد کمک می‌کند کم‌تر تحت تأثیر پیشامدهای ناگوار قرار بگیرند و همسرانی که از ویژگی تاب‌آوری برخوردار نیستند توانایی تعدیل شرایط ناگوار و استرس‌های ناشی از مشکلات زناشویی را ندارند که این موجب افزایش تعارضات و نارضایتی زناشویی می‌شود (دارنهوفر، لامین، استوراس و نوارت، ۲۰۱۶). همچنین آموزش تاب‌آوری منجر به سلامت جنسی (رولو و همکاران، ۲۰۲۱) و کاهش نگرش به خیانت زوجین نیز می‌شود (نجفی زاده، حمزه پور، ۱۴۰۱). در مجموع، ویژگی‌های شخصیتی همچون خودپنداره مثبت، اجتماعی بودن، هوش، کفایت، خودمختاری، عزت نفس، ارتباطات خوب، مهارت‌های حل مسئله و سلامت روانی و جسمانی، از جمله عوامل مؤثر بر افزایش تاب‌آوری در فرد به شمار می‌روند (قادری، رستمی، اردلان و پاشایی، ۱۳۹۵). تعاریف فعلی تاب‌آوری، اطلاعات محدودی در مورد چگونگی بهبود یا

حفظ عملکرد فرد در طول و پس از رویدادهای دشوار زندگی ارائه می‌دهد. مفهوم تاب‌آوری گاهی اوقات منعکس‌کننده یک دیدگاه قطعی است که در آن عوامل تاب‌آوری بر ویژگی‌های شخصیتی، زیست‌شناسی، حمایت اجتماعی، تجربیات گذشته و یا ویژگی‌های ذاتی مانند جنسیت تکیه می‌کند. تاب‌آوری ممکن است به عنوان یک عامل رفتاری زمینه‌ای و به عنوان توانایی درگیر شدن مداوم در فعالیت‌های معنا دار که کیفیت زندگی و سلامت فعلی و آینده را در حضور درد ارتقا می‌دهد، تعریف می‌شود (گوبرت و ترومپتر، ۲۰۱۷).

نخستین اثر ارتقاء توانمندی فرد در زمینه تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش سلامت روان و در نتیجه افزایش میزان رضایتمندی از زندگی فردی و خانوادگی خواهد بود (عیسی نژاد و حیدریان، ۱۳۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، انجام مداخلات درمانی که منجر به افزایش تاب‌آوری می‌شود از جمله درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت حائز اهمیت می‌باشد. با ظهور موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری که عمدتاً مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش هستند، "شفقت" و "شفقت به خود" نیز مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است. نف (۲۰۰۳) سه مولفه خود مهربانی در برابر خودسرزنش‌گری، تجربه مشترک بشری در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی یا اجتناب را از مولفه‌های شفقت به خود می‌داند (فروغی، خانجانی، رفیعی و طاهری، ۱۳۹۹). رویکرد شفقت درمانی از معروف‌ترین روان‌درمانی‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتاردرمان شناختی به همراه ایده‌هایی از روانشناسی تکاملی، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی رشد، روانشناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است (گیل، واتسون، ویلیامز و چان، ۲۰۱۸). شفقت با خود از طریق تغییرات در شبکه‌های عصبی مرتبط با احساسات و تغییر تمرکز بر عواطف منفی به عاطفه مثبت منجر به انعطاف‌پذیری و بهبود روان‌درمانی می‌شود (فورستر و کانسک، ۲۰۲۱). شفقت به خود، فرآیند تاب‌آوری در برابر استرس را تسهیل می‌کند (چی، هوانگ، لیو، هوانگ، هو و همکاران، ۲۰۲۱). افراد با شفقت با خود، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (پارنل و نف، ۲۰۱۳).

در شفقت درمانی افراد علاوه بر یادگیری روابط دلسوزانه و مثبت با دیگران، راهبردها و مهارت‌هایی را کسب می‌کنند که در برخورد با مشکلات به شیوه‌ای متفاوت پاسخ دهند (آلتاویلا و استرودویک، ۲۰۲۲). شفقت به خود، منجر به تاب‌آوری خود، افزایش کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زندگی (پیزکوسکا، ۲۰۲۰)، کاهش طلاق عاطفی، دلزدگی زناشویی (پورحجازی، خلعتبری، قربان شیرودی و خدابخشی کولائی، ۱۴۰۰) کاهش تعارضات زناشویی می‌شود (قاسم‌آبادی، خلعتبری و قربان شیرودی، ۱۳۹۸). درمان شناختی-رفتاری بر اصلاح افکار ناسازگار و تحریف‌های شناختی و تغییر الگوهای رفتاری که موجب پریشانی می‌شود، تمرکز دارد. یکی از مولفه‌های درمان شناختی-رفتاری بازسازی شناختی است که هدف آن شناسایی، ارزیابی و تغییر افکار و احساسات منفی است. فعال‌سازی رفتار مولفه‌ی دیگر درمان شناختی رفتاری است که به افزایش فعالیت‌های دلپذیر برای حفظ یا بهبود بهزیستی روان‌شناختی کمک می‌کند (لی، لاپلانت، پاکوئین، لافورتون و کینگ، ۲۰۲۲). زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آن‌ها بسیار اهمیت دارد. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آن‌ها دارد و از آن‌جا که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است، باعث می‌شود تا سازگاری موفق در زندگی فراهم شود (کاویانی، حمید و عنایتی، ۱۳۹۶). با توجه به جایگاه ویژه

زنان در سلامت جامعه، آسیب‌پذیری بیش‌تر زنان نسبت به مردان در پیامدهای طلاق، نقش عوامل شخصیتی در پیشگیری از این آسیب‌ها، پرداختن به مداخله‌های درمانی اثربخش و آموزش زنان در شرف طلاق در راستای برخورد مشفقانه با خود در شرایط بحرانی و رویدادهای استرس‌زا از ضرورت این پژوهش است. هدف پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر طرح، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با یک گروه گواه و دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود که در ابتدای اقدام به طلاق در سال ۱۳۹۹ الی ۱۴۰۰ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفدار از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در دامنه ۲۰ فروردین تا ۲۰ شهریور، یک نمونه ۲۰۰ نفره انتخاب و نمونه نهایی ۴۵ نفر از بین افرادی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به طور تصادفی از گروه غربال شده در نظر گرفته شدند. ابتدا بعد از موافقت گروه تخصصی و گرفتن مجوز از دانشگاه برای اجرای این پژوهش به مراکز اورژانس اقمایی تهران مراجعه و با موافقت آن‌ها در دامنه زمانی، پرسشنامه تاب‌آوری ارائه شد و افرادی که در پرسشنامه یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره دریافت کرده بودند به عنوان گروه هدف غربالگری نموده و از بین ۸۷ نفر ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب و در ۳ گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی جایگزین (دو گروه آزمایشی یک گروه گواه) و پس از ۳ ماه ۴۵ نفر با پرسشنامه تاب‌آوری، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان براساس فرم‌های مربوط به کد اخلاق اخذ شد. محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان بر اساس کد اخلاق کتباً اعلام شد. به افراد شرکت‌کننده جهت محرمانه ماندن اطلاعات و نیز عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی در روی پرسشنامه‌ها اطمینان خاطر داده شد و اصل امانت در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها رعایت شد. به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در هر مرحله از پژوهش داده شد. ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم پاسخگویی مناسب و مسئولانه به پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از سه جلسه و دارا بودن مشکلات جسمی یا روانشناختی حاد بود. به این ترتیب اعضای گروه آزمایشی، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی طی دو ماه تحت آموزش درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری قرارگرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزش، هر ۳ گروه مجدداً پرسش‌نامه تاب‌آوری را تکمیل کردند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌های مورد لزوم استخراج شد. همچنین شرکت‌کنندگان بعد از ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند.

پژوهش‌گر برای رعایت اصول اخلاقی، متعهد شد پس از پایان پژوهش این مداخله درمانی را برای گروه گواه نیز انجام دهد.

ابزار پژوهش

- ۱. پرسشنامه تاب‌آوری:** این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شد. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد و دارای ۵ مولفه‌ی، تصور شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بالاتر در این آزمون، تاب‌آوری بیش‌تر را نشان می‌دهد. در پژوهش سیکسی نمره کل پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش می‌دهد و روایی آن را با استفاده از روایی سازه، روایی ملاکی پیش‌بین و همزمان بررسی نموده است (عیسی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.
- ۲. درمان متمرکز بر شفقت:** جلسات درمان متمرکز بر شفقت براساس پروتکل درمانی گیلبرت و نف (۲۰۰۷) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مدت دو ماه اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت براساس پروتکل درمانی گیلبرت و نف (۲۰۰۷)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضاء و درمان‌گر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت‌های اعضای گروه و همدلی اعضاء با یکدیگر (آموزش همدلی)، درک فرایندها و عوامل به وجود آورنده اهمال کاری و اثرات آن، توضیح مختصری از مدل درمانی CFT، آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه.
دوم	۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر) ۳. تعریف خود انتقادی، شرم و گناه و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و مشاهداتی که باعث شد این درمان به وجود بیاید و تمرین مهربانی و مهر ورزیدن.
سوم	۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن، چگونگی تاثیر گذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با هم.
چهارم	۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. آموزش مفهوم ذهن آگاهی (به‌شیری)، منطق آن و نحوه اجرای تمرینات آن (تمرکز بر تنفس ورد یابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن‌ها بدون هیچ واکنشی
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مدیریت احساسات و عواطف دشوار.
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی تصویر پردازی ذهنی و منطق آن ۲. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)، ۳. برخورد با چالش‌ها و روابط بین فردی.

هفتم	۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. پرورش خود شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت ۳. آموزش نحوه تصویر پردازی در مورد خود شفقت- ورز، تمرکز بر خود شفقت‌ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری). ایجاد مکان امن.
هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، پذیرش زندگی و قدردانی از جنبه‌های مثبت زندگی، تکنیک صندلی مشفق، شفقت ورزی نسبت به دیگران، نوشتن نامه مشفقانه.

۳. درمان شناختی-رفتاری. جلسات درمان شناختی-رفتاری براساس پروتکل درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مدت دو ماه اجرا شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری براساس طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه اطلاعات در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری
جلسه دوم	افکار، احساسات، رفتار توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول، توزیع کاربرگ بازسازی افکار
جلسه سوم	بازسازی افکار، بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم	نشانه‌ها و زنجیره‌ها، بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح این‌که پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه
جلسه ششم	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیش‌تر، تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس‌ها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس، توزیع کاربرگ خود انگاره.

روش اجرا. جهت انتخاب افراد نمونه بعد از بیان اهداف پژوهش، آزمودنی‌ها رضایت کتبی خود را در پژوهش اعلام و سپس از آن‌ها خواسته شد که به ابزار پژوهش پاسخ دهند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱- کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت

تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمایند. ۲- این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. ۴- برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسش‌نامه‌ها توسط خود پژوهش‌گر اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل و بررسی داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توسط نرم افزار SPSS.22 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان ۳۳/۷ (۳/۱۹) بود که دامنه سنی از ۲۰ تا ۴۵ سال را شامل می‌شد. سطح تحصیلات گروه‌های آزمایش با تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر با (۰/۴۰) بیش‌ترین، تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم با (۰/۲۶/۷) کمترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد. در گروه گواه برحسب سطح تحصیلات افراد با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم با (۰/۴۰) بیش‌ترین افراد، افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر با ۳۳/۳۳ درصد کم‌ترین تعداد افراد را تشکیل می‌دهد. میانگین (انحراف معیار) نمره تاب‌آوری در پیش‌آزمون گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت از ۵۵ (۱/۴۶) به ۶۶ (۱/۲۲) در پس‌آزمون و به ۹۸/۹۳ (۱/۲۲) در پیگیری سه ماهه رسید ($P < ۰/۰۱$)، میانگین (انحراف معیار) نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری از ۵۵/۷۳ (۱/۶۳) به ۶۳/۴۳ (۰/۷۹۹) در پس‌آزمون و به ۶۵/۹۳ (۰/۷۹۹) در پیگیری سه ماهه رسید ($P < ۰/۰۱$)، میانگین (انحراف معیار) نمره تاب‌آوری در گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه تفاوت نداشت. اعداد در جدول (۳) جایگذاری شده است. براساس یافته‌ها میانگین گروه آزمایش پس از مداخلات درمانی شناختی-رفتاری و شفقت درمانی افزایش داشته است. نتایج آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین می‌توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر تاب‌آوری رعایت شده است ($P < ۰/۰۵$). پیش فرض همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و با درجه آزادی بین گروهی ۲ و درجه آزادی میان گروهی ۴۲ این مقادیر به دست آمد $F = ۷۲۱$ و معنی‌داری برابر با ۰/۴۸۹ معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان ادعا کرد که همسانی واریانس‌ها برقرار است و این پیش فرض رد نمی‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری در شناختی رفتاری، شفقت درمانی و گروه گواه

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شفقت درمانی	۵۵/۰۰	۱/۴۶	۶۶/۹۳	۱/۲۲	۹۸/۹۳	۱/۲۲
شناختی-رفتاری	۵۵/۷۳	۱/۶۳	۶۳/۴۳	۱/۷۹	۶۵/۹۳	۱/۷۹
گواه	۵۵/۶۷	۱/۷۶	۵۵/۶۷	۱/۷۶	۵۶/۶۷	۱/۷۵

داده‌های پژوهش در سطح آمار استنباطی با استفاده از تحلیل کوواریانس مشخص شد که میانگین در گروه‌های آزمایش که مداخله درمان شناختی-رفتاری و شفقت درمانی دریافت کرده بودند نسبت به گروه

گواه که آموزش دریافت نمودند معنی دار است و آموزش شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش تاب آوری می شود (جدول ۳).

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
		درجه آماره	درجه آماره	درجه آماره
		معناداری آزادی	معناداری آزادی	معناداری
تاب آوری	آزمایش ۱۵	۰/۶۲۰	۵۸	۰/۳۶
	آزمایش ۱۵	۰/۹۴۷	۱/۰۷۰	۰/۸۹
	گواه ۱۵	۰/۳۰۴	۰/۲۲۱	۲/۱۸

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر تاب آوری نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در تاب آوری تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تاب آوری در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
تاب آوری	زمان	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۶۱۵/۴۳۳	۲	۳۰۷/۷۱۶	۲۷۹/۵۲۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
	گروه	۸۱/۳۹۵	۱	۸۱/۳۹۵	۷۳/۹۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۵

نتایج جدول ۵ بیان گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تاب آوری

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
تاب آوری	درمان متمرکز بر شفقت درمانی	درمان شناختی رفتاری	۳	۰/۴۸۳	۰/۰۰۰۵

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی و مقایسه تفاوت میانگین (۳/۵۳۴) نمره تاب‌آوری دو گروه گروه درمان شناختی-رفتاری درمان متمرکز بر شفقت درمانی و (۷۳/۹۳۷) F ، در سطح معناداری ($P < /0.005$) نشان داده شده است که درمان متمرکز بر شفقت درمانی نسبت به گروه تحت درمان شناختی رفتاری در میزان افزایش متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون اثربخشی بیش‌تری دارد (جدول ۶). همچنین درمان متمرکز بر شفقت درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در افزایش میزان تاب‌آوری ماندگاری بیش‌تری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) نمره تاب‌آوری در پیش‌آزمون گروه درمان متمرکز بر شفقت از ۵۵ (۱/۴۶) به ۶۶ (۱/۲۲) در پس‌آزمون و به ۹۸/۹۳ (۱/۲۲) در پیگیری سه ماهه افزایش داشت و در گروه درمان شناختی-رفتاری از ۵۵/۷۳ (۱/۶۳) به ۶۳/۴۳ (۰/۷۹۹) در پس‌آزمون و به ۶۵/۹۳ (۰/۷۹۹) در پیگیری سه ماهه افزایش داشت. میانگین (انحراف معیار) نمره تاب‌آوری در گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه تفاوت نداشت. افزایش نمره تاب‌آوری بیان‌گر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بود. مقایسه دو مداخله‌ی درمانی نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در پیگیری سه ماهه نسبت به درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق برپدازد یافت نشد، اما با نتایج پژوهش یگانه راد و همکاران (۱۴۰۰)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۹)، قطور و همکاران (۱۳۹۷)، حسنی و همکاران (۱۴۰۰)، نوری و همکاران (۱۳۹۶)، چی و همکاران (۲۰۲۱) و پیزکوسکا (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، تاب‌آوری به طور کلی توانایی سازمان‌دهی برای درک تغییر محیطی و سپس پاسخگویی سریع و کارا به آن تغییر است و این تغییر عاطفی در بین زوجین می‌تواند ناشی از تغییرات رفتاری بین آن‌ها باشد، تاب‌آوری به سرعت پس از ایجاد ثبات در بین زوجین تقویت پیدا می‌کند و به مرور زمان خلاءهای روانی ناشی از مشکلات زناشویی را از بین می‌برد (دوایی، کریمی و گودرزی، ۱۴۰۰). همان‌طور که نف (۲۰۰۳) بیان می‌کند، هشیار قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت به خود موجب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل هیجان شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تنظیم هیجان‌های افراد می‌شود. شفقت به خود به طور مثبت با تاب‌آوری در میان افرادی که از استرس یا بیماری‌های جسمی رنج می‌برند مرتبط است (جنتیلی، ریکاردسون، زترکویست، سایمونز، لکاندر و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی که شفقت درمانی یک رویکرد نسبتاً جدید با شواهد تاییدکننده بالاست (کراج، هیسکی و اسپکتور، ۲۰۲۰) در تبیین نقش شفقت درمانی می‌توان گفت شفقت با خود یک ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیر است که منجر به کاهش اثرات تجربیات منفی در زندگی می‌شود و درک معنای زندگی را افزایش می‌دهد، از طریق افزایش یافتن معنای زندگی، فرد حضورش در زندگی بیش‌تر می‌شود و کم‌تر احساس ملال می‌کند (اودی، ایگو، وانتیلبرگ و کینسلا، ۲۰۲۲) در شفقت با خود فرد پاسخ

در برابر حوادث استرس‌زا و ناخوشایند را مدیریت و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد (بروفی، براهلر، هینز، اسپمیدت و کورنر، ۲۰۲۰). افرادی که شفقت به خود بیش‌تری دارند، تمایل دارند افکار خودکار مثبت‌تری ایجاد کنند؛ از این رو، آن‌ها قادر به مقابله مؤثرتر و کارآمدتر با شکست‌ها، اشتباهات و ضعف‌های احتمالی خود هستند؛ زیرا نگرش مثبتی نسبت به آن شرایط دارند (قاضیان فریانیپور و چلابیانلو، ۱۴۰۰).

پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۹۶)، حسینعلی قربانی و همکاران (۱۳۹۹)، رولو و همکاران (۲۰۲۱)، چی و همکاران (۲۰۲۱)، با یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، تاب‌آوری اثرات استرس و اضطراب را کاهش می‌دهد و به عبور از رویدادهای استرس‌زای کنونی کمک می‌کند. همچنین منجر به افزایش توان و ظرفیت فرد برای مقابله در برابر رویدادهای استرس‌زای آینده می‌شود. توانایی شخصی برای مقاومت در برابر تفکرات تحریف شده، علیرغم استرس بیرونی، منجر به انعطاف‌پذیری در برابر بحران و رویدادهای استرس‌زا زندگی می‌شود (کوپلویچ و تورکینگتون، ۲۰۲۱). هدف درمان شناختی-رفتاری افزایش آگاهی فرد از افکار، احساسات و تجربیات خود است (سورمی و داف، ۲۰۲۲). درمان شناختی-رفتاری از طریق راهبردهای شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای تفکر تحریف شده منجر به تاب‌آوری شخصی می‌شود (آپولیناریو، دروگ و فریتسچ، ۲۰۲۰). در زمینه محدودیت پژوهش حاضر می‌توان گفت جهت تعمیم نتایج، بهتر است مشابه این پژوهش در جامعه آماری متفاوتی مورد ارزیابی قرار گیرد. این تحقیق بر روی جامعه آماری محدود در شهر تهران انجام شد. این پژوهش فقط بر روی زنان انجام شد و در تعمیم‌پذیری نتایج آن در مورد مردان باید احتیاط کرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- افتخاری، رامین، حیدری، حسن، و داوودی، حسین. (۱۳۹۹). درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۳۳(۳): ۲۴۰۲-۲۴۱۳.
- پورحجازی، ماندانا، خلعتبری، جواد، قربان شیروودی، شهره، و خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزش درمان فرا تشخیصی مبتنی بر الگوی مدل مک مستر، درمان متمرکز بر شفقت و ذهن آگاهی بر طلاق عاطفی و دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی: یک مطالعه راهنما. *سلامت جماعتی*، ۸(۱): ۶۵-۷۷.
- حسینی، فریبا، رضازاده، محمدرضا، قنبری پناه، افسانه، خوشخبر، عباس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۷(۳): ۶۴-۵۲.
- حسینعلی قربانی، امیر، مرادی، امیر، عارفی، مختار، و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی، تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه. *سلامت اجتماعی*، ۷(۲): ۱۶۶-۱۷۴.
- دوایی مرکزی، مهنوش، کریمی، جواد، و گودرزی، کوروش. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی مداخلات زوج درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی و هیجان‌مدار بر شادکامی و تاب‌آوری زوجین. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۷): ۸۹-۱۲۱.
- سعادت، نادره، رستمی، مهدی، و دربانی، سید علی. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۳(۲): ۴۵-۵۸.
- عیسی‌نژاد، امید، و حیدریان، منصور. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده‌آزادگان (اسرای جنگی). *مجله طب نظامی*، ۲۲(۵): ۴۲۰-۴۱۰.
- غضنفریان پور، سمیرا، و چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت شفقت به خود بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت از زندگی. *مجله رویش روانشناسی*، ۳(۱۰): ۱۲۱-۱۳۴.
- فروغی، علی‌اکبر، خانجانی، سجاد، رفیعی، سحر، و طاهری، امیرعباس. (۱۳۹۹). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۶): ۷۷-۸۷.
- قادری، شیلان، رستمی، چنگیز، اردلان، آسو، و پاشایی، طاهره. (۱۳۹۵). پیش‌بینی عملکرد شغلی و تاب‌آوری بر اساس ویژگی‌های شخصیتی. *مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲): ۴۸-۵۹.
- قاسم آبادی، احترام، خلعتبری، جواد، قربان شیروودی، شهره، و رحمانی، محمدعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارضات زناشویی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر. *مجله سلامت اجتماعی*، ۶(۲): ۱۵۷-۱۶۴.
- قطور، زینب، پوریحیی، سیدمصطفی، داورنیا، رضا، سلیمی، آرمان، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۹). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس (MS). *ارمغان دانش*، ۳۳(۳): ۳۵۰-۳۶۳.

کاویانی، زینب، حمید، نجمه، و عنایتی، میرصلاح‌الدین. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر دین بر تاب‌آوری زوجین. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۵۷): ۲۶-۳۵.

نوری، حمیدرضا، و شهابی، بهار. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان اوتیسم. *دانش و تحقیق در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۳): ۱۱۸-۱۲۶.

یگانه راد، نسرین، توزنده‌جانی، حسن، و باقرزاده گلمکانی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان شفقت‌محور در تاب‌آوری و تحمل ابهام در زنان طلاق‌خواه. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۴۱): ۸۹-۱۱۲.

References

- Altavilla, A., & Strudwick, A. (2022). Age Inclusive Compassion-Focused Therapy: a Pilot Group Evaluation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-22.
- Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Anxiety disorders*, 291-329.
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260, 45-52.
- Bruze, G., Svarer, M., & Weiss, Y. (2015). The dynamics of marriage and divorce. *Journal of Labor Economics*, 33(1), 123-170.
- Chan, R. C., & Mak, W. W. (2021). Resistance as a form of resilience in sexual and gender minorities: Differential moderating roles of collective action on the discrimination-depression relationship among sexual minority men and women. *Social Science & Medicine*, 280, 114056.
- Chi, X. L., Huang, Q. M., Liu, X. F., Huang, L. Y., Hu, M. J., Chen, Z. J., & Zou, L. Y. (2021). Self-compassion and resilience mediate the relationship between childhood exposure to domestic violence and posttraumatic growth/stress disorder during COVID-19 pandemic. *World journal of psychiatry*, 11(11), 1106.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
- Darnhofer, I., Lamine, C., Strauss, A., & Navarrete, M. (2016). The resilience of family farms: Towards a relational approach. *Journal of Rural Studies*, 44, 111-122.
- Förster, K., & Kanske, P. (2021). Exploiting the plasticity of compassion to improve psychotherapy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 39, 64-71.
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 10, 2016.
- Gill, C., Watson, L., Williams, C., & Chan, S. W. (2018). Social anxiety and self-compassion in adolescents. *Journal of adolescence*, 69, 163-174.
- Goubert, L., & Trompeter, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*, 21(8), 1301-1315.
- Hezarjaribi, J., Entezari, A., & Niyyati, M. (2017). Divorce trends in Iran between 2004-2013. *Journal of history culture and art research*, 6(4), 1108-1122.
- Kopelovich, S. L., & Turkington, D. (2021). Remote CBT for psychosis during the COVID-19 pandemic: challenges and opportunities. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 30-34.

- Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 92*, 102129.
- Maforah, N. F., Molate, M., Matlakala, F. K., & Mohlatlole, N. E. (2021). Psychosocial effects of divorce on young women who grew up in divorced families at Rustenburg, Moruleng Village. *Technium Soc. Sci. J., 23*, 689.
- Masten, A. S. (2021). Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *International journal of psychology, 56*(1), 1-11.
- Najafzadeh, M., Hamzehpoor-Haghighi, T. (2022). The Role of Resilience, Conflict Resolution Strategies, and Sensation Seeking in Predicting Attitude to Marital Infidelity of Married Female Students of Lahijan Azad University. *Community Health. 9*(1):11-20.
- O'Dea, M. K., Igou, E. R., van Tilburg, W. A., & Kinsella, E. L. (2022). Self-compassion predicts less boredom: The role of meaning in life. *Personality and Individual Differences, 186*, 111360.
- Parker, G., Durante, K. M., Hill, S. E., & Haselton, M. G. (2022). Why women choose divorce: An evolutionary perspective. *Current Opinion in Psychology, 43*, 300-306.
- Pyszkowska, A. (2020). Personality predictors of self-compassion, ego-resiliency and psychological flexibility in the context of quality of life. *Personality and Individual Differences, 161*, 109932.
- Raley, R. K., & Sweeney, M. M. (2020). Divorce, repartnering, and stepfamilies: A decade in review. *Journal of Marriage and Family, 82*(1), 81-99.
- Rullo, J. E., Sood, R., Fokken, S. C., Sood, A., Frohmader, K. S., Croghan, I. T.,... & Faubion, S. S. (2021). Couples' Use of Online Stress Management and Resiliency Training for Sexual Health Concerns: A Randomized Controlled Trial. *Sexual medicine, 9*(4), 100404.
- Sbarra, D. A. (2017). Divorce and health: Current trends and future directions. *Psychosomatic medicine, 77*(3), 227.
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early intervention in psychiatry, 13*(4), 725-732.
- Surmai, M., & Duff, E. (2022). Cognitive behavioural therapy: a strategy to address pandemic-induced anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners, 18*(1), 36-39.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity, 12*(2), 146-159.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS)

گویه‌ها	همیشه درست	اغلب درست	گاهی درست	بندرت درست	کاملاً نادرست
وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.	۴	۳	۲	۱	۰
حداقل یک نفر است که رابطه‌ی نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.	۴	۳	۲	۱	۰
وقتی که راه حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا با تقدیر می‌تواند کمک کند.	۴	۳	۲	۱	۰
می‌توانم برای هر چیزی که سرراهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیاندیشم.	۴	۳	۲	۱	۰
موقعیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.	۴	۳	۲	۱	۰

۰	۱	۲	۳	۴	وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آن‌ها را هم ببینم.
۰	۱	۲	۳	۴	لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.
۰	۱	۲	۳	۴	معمولا پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم برمی‌گردم.
۰	۱	۲	۳	۴	معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.
۰	۱	۲	۳	۴	در هر کاری بیش‌ترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.
۰	۱	۲	۳	۴	معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.
۰	۱	۲	۳	۴	حتی وقتی که امور ناامیدکننده می‌شوند، مایوس نمی‌شوم.
۰	۱	۲	۳	۴	در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	وقتی که تحت فشار هستم، تمرکز را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا این‌که دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
۰	۱	۲	۳	۴	اگر شکست بخورم به راحتی دل‌سرد نمی‌شوم.
۰	۱	۲	۳	۴	وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.
۰	۱	۲	۳	۴	در صورت لزوم، می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیریم که دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
۰	۱	۲	۳	۴	می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفا بر اساس حدس و گمان عمل کنی.
۰	۱	۲	۳	۴	در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
۰	۱	۲	۳	۴	حس می‌کنم بر زندگی‌ام کنترل دارم.
۰	۱	۲	۳	۴	چالش‌های زندگی را دوست دارم.
۰	۱	۲	۳	۴	بدون در نظر گرفتن موانع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
۰	۱	۲	۳	۴	بخاطر پیشرفت‌هاییم به خودم می‌بالم.

Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy on the resilience of women on the verge of divorce

Maryam. Ghahremani¹, Javad. Khalatbari^{2*}, & Davood. Taghvaei³

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy on the resilience of women on the verge of divorce referred to social emergency centers in Tehran. **Methods:** This was a quasi-experimental applied study with a pretest-posttest design with a control group and quarterly follow-up. The method of purposeful and random sampling from the statistical population was all women on the verge of divorce referring to social emergency centers in Tehran in the spring and summer of 2021. 45 women were assigned to two groups of 15 experiments and 15 groups of controls. Compassion-focused therapy was based on Gilbert and Neff (2007) treatment protocol and cognitive-behavioral therapy session program based on Wildermott (2008) treatment protocol was performed in 8 sessions of 90 minutes. The group had no control therapy. The research instrument was Conner and Davidson (1983) Resilience Questionnaire. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and SPSS-26 software. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy were effective in increasing resilience ($F = 77.93$, $P = 0.0005$) of women on the verge of divorce. Compassion-focused therapy is also more effective than cognitive-behavioral therapy. **Conclusion:** It can be concluded that both cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy were effective in increasing women's resilience on the verge of divorce and both approaches can be used to improve women's resilience on the verge of divorce.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Compassionate Therapy, Resilience, Women.

1. PhD student, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University of Arak, Iran.