

مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض

شیما عراقیان^۱، حمید نجات^{۲*}، حسن توزنده جانی^۳، زهرا باقرزاده گل‌مکانی^۴

چکیده

نقش خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی می‌تواند هم در جنبه مثبت و هم در جنبه منفی، بسیار تأثیرگذار باشد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان شفقت بر تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض زناشویی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۱۰ نفر از دانشجویان زن متأهل دارای تعارض‌های زناشویی بود. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از این دانشجویان بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه اول درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، گروه دوم درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کردند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه معنای زندگی استگر (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که با توجه به F محاسبه شده که نسبت به F معیار در سطح ۰/۰۵، کوچک تر بود، هر دو نوع درمان در شاخص تحمل آشفتگی و معنای زندگی اثربخش بوده است. نتایج حاکی از این است که درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و شفقت ورزی در حوزه سلامت روانی خانواده اثربخشی معناداری دارند. در متغیر تحمل آشفتگی درمان مبتنی بر شفقت نتایج مطلوب تری نسبت به درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی داشته است و در متغیر معنای زندگی مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نتایج مطلوب تری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت داشته است ولی اختلاف گروه‌ها معنادار نیست ($p < 0/05$).

کلید واژگان: بهبود کیفیت زندگی، شفقت، تحمل آشفتگی، معنای زندگی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران

^۳ دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران

^۴ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد نیشابور، نیشابور، ایران

* نویسنده مسول مقاله: hnejat54@yahoo.com

مقدمه

خانواده به عنوان یکی از نهادهای اصلی جامعه در نظر گرفته می‌شود و از جمله مهم‌ترین مکان‌ها برای توسعه روح و روان آدمی مطرح می‌شود. یک خانواده زمانی قدرتمند است که زن و شوهر بتوانند به یک درک متقابل از یکدیگر برسند. کیفیت روابط زناشویی را عوامل مختلفی در بر می‌گیرد که از جمله آن‌ها می‌توان به دامنه سازگاری، رضایت، شادی، انسجام، صمیمیت عاطفی-جنسی و تعهد اشاره کرد (Paleari, Regaliab & Finchman, 2017). این بعد یک پیش‌بینی‌کننده مهم تدوام، پایداری و ثبات و عامل موفقیت و عملکرد زندگی زناشویی سالم و شاد و فرایندی است که بوسیله آن درجه تعارض زناشویی، نزدیکی و توافق و تصمیم‌گیری تعیین می‌شود (Rao, 2017). در رویکرد مبتنی بر هیجان، تعارضات زناشویی هنگامی بروز می‌کنند که زوجین در رفع نیازهای دلبستگی (امنیت، ایمنی، رضایت) یکدیگر قصور ورزند، یعنی آشفتگی روابط زناشویی نمایانگر قصور زوجین در برقراری یک رابطه برخوردار از سبک دلبستگی ایمن می‌باشد (Ubaidi, 2017).

شواهد نشان می‌دهند که نرخ بالایی از همبودی بین تعارض‌های زناشویی با حالات اضطرابی وجود دارد (Lopez-Mourelo et al, 2017). از جمله این متغیرها می‌توان به تحمل آشفتگی^۱ اشاره نمود (Perczel-Forintos & Kresznertis, 2017). این واژه به عنوان یک فراهیجان مفهوم سازی شده و به عنوان یک صفت، نه حالت هیجانی در نظر گرفته می‌شود (Simons & Gaher, 2005). تحمل آشفتگی از عوامل مهم در کنار آمدن با سختی‌ها است. تحمل آشفتگی که به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی منفی است می‌تواند نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد و به صورت یک حالت هیجانی تجربه شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (Razurel et al, 2017) (۸). بر طبق نظر سیمونز و گاهر (Simons & Gaher, 2005)، افراد با تحمل آشفتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند. آن‌ها هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و عملکردشان به طور قابل ملاحظه کاهش می‌یابد (Razurel et al, 2017). بر اساس نظریه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تحمل آشفتگی به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجانی آزارنده و ناراحت‌کننده، ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانشناختی منفی و به عنوان گرایش فرد به نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است. تحمل آشفتگی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد، اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (Simons & Gaher R M, 2005). تحمل آشفتگی به چگونگی

¹ Distress tolerance

پاسخدهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود (Yoo et al, 2016) (۹). آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که در اغلب موارد با تمایل به انجام عمل در جهت‌رهایی از آن تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (Arco, 2015). بر طبق پژوهشی امین‌الرعا یا؛ کاظمیان و اسمعیلی (۱۳۹۵)، نشان دادند که زنان غیر مطلقه از نظر ابعاد الگوهای ارتباطی و تحمل‌پیشانی وضعیتی بهتر را برای خود گزارش کردند و رضایت خاطر بیشتری داشتند و زنان مطلقه و دارای تعارض نسبت به زنان غیر مطلقه از الگوهای ارتباطی آشفته‌تر و از نظر تحمل‌پیشانی در سطح پایین‌تری بودند (Kazemian & Esmaliei, 2016). از طرفی معنا در زندگی از سازه‌های مهم روانشناختی است. منظور از معنا، داشتن هدف‌های روشن در زندگی، حس رسیدن به اهداف، باور و اعتقاد به اینکه فعالیت‌های روزانه فرد ارزشمند بوده و هم‌چنین داشتن حس وابستگی و اشتیاق و شور زندگی است وجود معنا عبارت است از میزانی که فرد زندگی خود را مهم، معنادار و قابل فهم می‌داند (Steger M F, 2012). به طور کلی وجود معنا در زندگی با سلامت عمومی، حمایت اجتماعی، شاکر بودن و عزت نفس رابطه مثبت و با افسردگی و اضطراب و استرس پس از آسیب رابطه معکوس دارد (Steger, Oishi & Kesbir, 2011). به طور کلی یافتن معنای زندگی یکی از عوامل مهم در بهزیستی انسان است (Steger, Kashdon & Sullivan, Lorenz, 2008). داشتن معنا در زندگی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌دارد آنچه که یک انسان را از پا در می‌آورد رنج‌ها و اتفاقات نامطلوب نیست بلکه بی معنا شدن زندگی است. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم زندگی همواره معنا خواهد داشت (Frankle, 2013). بنابراین توجه به این سازه مهم روانشناختی و بررسی و ارتقا ابعاد آن در زنان دارای تعارض می‌تواند نقش مهمی در سلامت روان و جسم این افراد داشته باشد.

اشکال مختلفی از درمان‌های روان‌شناختی برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین شده است که می‌توان به درمان‌های رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی، و شناخت درمانی، اشاره کنیم که ما در این پژوهش از درمان مبتنی بر مهارت‌های کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت استفاده نموده‌ایم. از جمله روش‌هایی که می‌توان مطرح نمود، آموزش کیفیت زندگی است. بر طبق نظر فریش (۲۰۰۶)، بر پایه تعریف سازمان بهداشت جهانی می‌توان گفت آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی رویکردی است درمانی مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر، شناخت درمانی و نظریه کیفیت زندگی. این نظریه ۵ شیوه یا الگو را برای رضایتمندی از زندگی به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روانشناسی مثبت نگر ارائه می‌دهد که آموزش و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می‌شود (Frisch, 2006).

بر طبق پژوهشی که توسط فرید حسینی، مصلا نژاد و خدابخشی (Faridhosseieni et al, 2017) صورت گرفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند بر بازگشت پذیری بیماران دارای تعارض مؤثر می‌باشد. لذا هدف این پژوهش کاهش تعارضات زناشویی، بالا بردن تحمل آشفتگی و معنای زندگی در زنان دارای تعارض بود تا بتوانند با به کارگیری شیوه‌های مناسب مهارت‌های کیفیت زندگی و یافتن راه حل‌های منطقی در موقعیت‌های مشکل آفرین به تعارض‌های زندگی غلبه نموده و کیفیت زندگی خویش را بهبود ببخشند.

از روان‌درمانی‌های معروف جدید، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است. شفقت به خود توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت گر دشواری‌هایی داشتند. شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیشبینی نشده متمرکز است (Gilbert, 2009). نف و جرمر (Neff, Germer, 2013)، شفقت به خود را به عنوان سازه ای سه مؤلفه ای، شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل همسان سازی افراطی. امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. 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 همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود.

با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع تعارضات زناشویی و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شد. از آنجا که هر روز، افزایش مراجعان به ویژه زنان به کلینیک‌های مشاوره خانواده را مشاهده می‌کنیم و با توجه به اینکه مطالعات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت درمانی در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات انجام گرفته است، کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر واقع شود بیشتر جلب توجه می‌کرد. با توجه به این موارد، لزوم طراحی و اجرای مداخلاتی باهدف بهبود سلامت روان افراد ضرورت داشت. با توجه به این موارد و از آنجا که تاکنون مطالعه ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بالا بردن تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض نپرداخته بود، لذا

¹ Compassion-focused treatment

پژوهش حاضر در صدد است به این موضوع بپردازد که آیا درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کیفیت روابط بین فردی، تحمل آشفتگی و معنای زندگی در زنان دارای تعارض تأثیر گذار باشد؟

روش، جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش

پژوهش حاضر پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۱۰ نفر از دانشجویان زن متأهل دارای تعارض‌های زناشویی بود که در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۸ به مراکز مشاوره دانشگاه آزاد مشهد مراجعه کردند، نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۵ نفره)، جایگزین شدند. ابتدا هر سه گروه را تحت پیش‌آزمون قرار دادیم. سپس گروه آزمایش اول درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر شفقت، و گروه سوم به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان دوره آزمایش هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار داده شدند و سپس دوماه بعد از پس‌آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، سن ۲۰ سال و بالاتر، متأهل بودن، داشتن تعارض زناشویی، دانشجویان مقطع کارشناسی و بالاتر، عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن، عدم سابقه دریافت درمان‌های مربوط به بهبود کیفیت زندگی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، دریافت درمان‌های روانشناختی به طور همزمان، دارا بودن اختلال روانی دیگر.

از پرسشنامه‌های تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه معنای زندگی استگرا^۱ (۲۰۰۶) استفاده شد. پرسشنامه تحمل آشفتگی دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس تحمل با سؤالات ۱، ۳ و ۵؛ خرده‌مقیاس جذب با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵؛ خرده‌مقیاس ارزیابی با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ و خرده‌مقیاس تنظیم با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً موافق، اندکی موافق، نه موافق و نه مخالف، کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از گزینه‌ها ۱-۲-۳-۴-۵ امتیاز دارد. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا نشانگر تحمل آشفتگی بالاست. در پژوهش هاوکینز^۲ و همکاران همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (Hawkins, et al, 2013). عزیزی آلفای کرونباخ برای از هر یک خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۵ گزارش کرده است (Azizi, 2010).

¹ Meaning in Life Questionnaire

² Hawkins et al

پرسشنامه معنای زندگی توسط استگر و همکاران، (۲۰۰۶) جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شده و روایی و پایایی و ساختار عاملی آن در پژوهش‌های مختلف با نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گرفته است. محققان برای ساخت این ابزار به ۱۰ گویه دست یافتند. طبق پژوهش استگر و همکاران (۲۰۰۶) پایایی زیر مقیاس وجود معنا ۰.۸۶ و زیر مقیاس جستجوی معنا ۰.۸۷ برآورد شده است. در ایران، جهت بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی صوری استفاده شده است. هم چنین ضریب پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۹۱ به دست آمده است (Jamali, 2003) ضریب پایایی پرسشنامه معنا در زندگی در پژوهش پیمانفر و همکاران با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰.۸۹ به دست آمده است (Peyman Far, 2012). در پژوهش مصرآبادی و همکاران، روایی سازه و تشخیصی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و مطلوب گزارش شد. (Mesr Abadi, Ostarva & Jafarian, 2013)

درمان هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که طبق پروتکل اتخاذ شده بر اساس کتاب روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی مایکل فریش (۲۰۰۶) اجرا شد (Frisch, 2011).

خلاصه جلسات درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسه اول: برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، معرفی دوره آموزشی، بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، بهزیستی

جلسه دوم: مرور تکالیف، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی

جلسه سوم: مرور تکالیف، معرفی کاسیو به عنوان پنج ریشه. شرایط زندگی ۲. نگرش‌ها، ۳. استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم، ۴. ارزش‌ها، ۵. رضایت کلی از زندگی

جلسه چهارم: مرور تکالیف، بحث پیرامون کاسیو، بحث در مورد نگرش

جلسه پنجم: مرور تکالیف، معرفی استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم، ارزش‌ها، رضایت کلی از زندگی

جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش بهزیستی روانشناختی

جلسه هفتم: مرور تکالیف، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط

جلسه هشتم: ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم کاسیو در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی. اهداف، محتوا و مداخلات

به کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران در ۸ جلسه هفتاد دقیقه ای انجام گرفت (Gilbert, Sbati, & Feizi, 2010).

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه اول: برقراری رابطه درمانی با مراجع، تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان

جلسه دوم: آموزش تنفس آگاهانه، آموزش ذهن مشفق، تاکید بر همدلی برای درک و فهم همدلانه امور، حساسیت بیشتر در ارتباط با مسائل برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود

جلسه سوم: توضیح درباره سه سیستم هیجانی تهدید، تسکین و سائق و چگونگی عملکرد آنها، آموزش تنفس تسکین دهنده

جلسه چهارم: آموزش تصویرسازی، استفاده از سؤال " اگر بتوانی با خودت مشفق باشی چه اتفاقی می افتد؟"، آموزش بخشایش و پذیرش اشتباهات خود و بخشیدن خود

جلسه پنجم: تنفس تسکین دهنده و تصویرسازی شفقت و مهربانی نسبت به دیگران (افراد نزدیک، غریبه یا حتی حیوانات و گیاهان)، تصویرسازی پذیرش شفقت از سوی دیگران

جلسه ششم: آموزش پذیرش تغییرات و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز باتوجه به متغیر بودن روند زندگی

جلسه هفتم: تقویت بخش‌هایی از خود که می‌تواند رشد و تغییر کرده و شفاف‌دهنده باشد همچون خود مشفق با تکنیک صندلی مشفق، تاب آوری، شناسایی ارزش‌هایی که به زندگی معنا می‌دهد، مسئولیت پذیری در برابر اعمال خود

جلسه هشتم: نام گذاری عواطف و احساسات با شفقت و مهربانی، انجام تمرینات و تصویرسازی‌های آموخته شده در زندگی واقعی

یافته‌ها

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که هر دو نوع درمان مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود وضعیت زنان شرکت کننده در پژوهش در متغیر تحمل آشفتگی می‌گردد؛ در حقیقت میانگین تحمل آشفتگی در گروه آزمایش (۱) متناظر با درمان مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون از ۴۲/۹۳ به ۵۷/۴۶ در مرحله پس آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری میانگین به ۵۹/۴۷ بهبود یافته است. در حقیقت وضعیت زنان در شاخص تحمل آشفتگی بعد از دوره درمان بهبود یافته است و پس از طی مدت دوماه روند بهبود تداوم داشته است. با

این حال در گروه کنترل میانگین تحمل آشفتگی تقریباً در هر سه مرحله نزدیک به هم بوده است و تغییرات چندانی در این خصوص به چشم نمی‌خورد و در متغیر معنا بیانگر این است که هر دو نوع درمان مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود وضعیت زنان شرکت کننده در پژوهش گردیده است؛ در حقیقت میانگین معنا در زندگی در گروه آزمایش (۱) متناظر با درمان مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون از ۴۵/۸۶ به ۵۴/۵۳ در مرحله پس آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری میانگین به ۵۶/۶۷ بهبود یافته است. در حقیقت وضعیت زنان در شاخص معنا در زندگی بعد از دوره درمان بهبود یافته است و پس از طی مدت دوماه روند بهبود تداوم داشته است با این حال در گروه کنترل میانگین معنا در زندگی تقریباً در هر سه مرحله نزدیک به هم بوده است و تغییرات چندانی در این خصوص به چشم نمی‌خورد.

۱. جدول میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر تحمل آشفتگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			SD	M	SD	M	SD	M
تحمل	گواه	۱۵	۱/۷۶	۹/۱۳	۱/۳۲	۹/۲۰	۱/۶۲	۹/۹۳
	آزمایش ۱	۱۵	۱/۹۲	۹	۱/۳۰	۱۱/۸۶	۱/۲۳	۱۲/۳۳
جذب	آزمایش ۲	۱۵	۱/۶۱	۹/۲۰	۱/۶۲	۱۲/۲۶	۱/۵۹	۱۲/۸۶
	گواه	۱۵	۱/۲۷	۷/۷۳	۱/۵۱	۸	۱/۵۴	۸/۴۰
ارزیابی	آزمایش ۱	۱۵	۱/۷۳	۷	۱/۴۰	۱۱/۱۳	۱/۳۹	۱۱/۶۷
	آزمایش ۲	۱۵	۱/۵۰	۷/۴۶	۱/۷۲	۱۲/۱۳	۱/۱۳	۱۲
تنظیم	گواه	۱۵	۱۸/۹۳	۲/۱۲	۱۹/۳۳	۲/۱۲	۲/۴۱	۱۹/۵۳
	آزمایش ۱	۱۵	۱۹/۲۰	۱/۸۵	۲۲/۷۳	۲/۰۵	۲/۱۳	۲۳/۱۳
تحمل آشفتگی (نمره کل)	آزمایش ۲	۱۵	۱۹/۱۳	۱/۷۲	۲۴/۷۳	۲/۵۷	۳/۰۸	۲۳/۴۰
	گواه	۱۵	۷/۶۰	۱/۸۰	۷/۷۵	۱/۷۲	۲/۳۸	۷/۶۷
حمایت اجتماعی	آزمایش ۱	۱۵	۷/۷۳	۲/۲۱	۱۱/۷۳	۲/۳۱	۲/۰۲	۱۲/۳۳
	آزمایش ۲	۱۵	۷/۹۳	۱/۸۳	۱۳/۱۳	۱/۷۲	۲/۳۵	۱۲/۶۷
	گواه	۱۵	۴۳/۴۰	۳/۵۸	۴۴/۰۶	۴/۰۰۸	۳/۷۳	۴۵/۵۳
	آزمایش ۱	۱۵	۴۲/۹۳	۵/۳۹	۵۷/۴۶	۴/۰۳	۳/۹۹	۵۹/۴۷
	آزمایش ۲	۱۵	۴۳/۷۳	۳/۸۴	۶۲/۲۶	۴/۹۰	۴/۴۴	۶۰/۹۳
	گواه	۱۵	۱۸/۵۳	۳/۶۶	۱۹/۳۳	۳/۰۸	۳/۵۰	۲۰/۵۳
	آزمایش ۱	۱۵	۱۸/۱۳	۳/۹۷	۲۸/۰۶	۳/۶۹	۳/۳۸	۲۹
	آزمایش ۲	۱۵	۱۸/۰۶	۳/۴۷	۲۴/۵۳	۳/۴۱	۳/۰۱	۲۵/۷۳

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
اهمیت و عمق روابط	گواه	۱۵	۱۵/۲۰	۲/۴۸	۱۵/۶۶	۲/۹۱	۱۶/۸۰
	آزمایش ۱	۱۵	۱۴/۹۳	۳/۱۹	۲۴/۶۰	۳/۱۳	۲۳/۶۷
تعارض های میان فردی	گواه	۱۵	۳۸/۱۳	۳/۹۶	۳۹/۸۶	۵/۸۲	۳۹/۶۰
	آزمایش ۱	۱۵	۳۸/۴۰	۴/۱۵	۴۸/۹۳	۵/۲۸	۴۵/۸۶
کیفیت روابط (نمره کل)	گواه	۱۵	۷۱/۸۶	۴/۸۶	۷۴/۸۶	۸/۶۴	۷۶/۹۳
	آزمایش ۱	۱۵	۷۱/۴۶	۷/۸۶	۱۰۱/۶۰	۸/۴۹	۹۸/۵۳
وجود معنا در زندگی	گواه	۱۵	۲۰/۸۶	۳/۲۲	۲۱	۳/۴۰	۲۱/۱۳
	آزمایش ۱	۱۵	۲۰/۷۳	۲/۷۳	۲۶/۲۶	۲/۷۸	۲۶/۸۰
جستجوی معنا در زندگی	گواه	۱۵	۲۴/۹۳	۲/۹۸	۲۵/۲۰	۳/۲۵	۲۵/۰۶
	آزمایش ۱	۱۵	۲۵/۱۳	۲/۵۳	۲۸/۲۶	۲/۴۶	۲۹/۸۶
معنا در زندگی (نمره کل)	گواه	۱۵	۴۵/۸۰	۳/۵۰	۴۶/۲۰	۴/۴۵	۴۶/۲۰
	آزمایش ۱	۱۵	۴۵/۸۶	۳/۳۹	۵۴/۵۳	۳/۲۲	۵۶/۶۷
وجود معنا در زندگی	گواه	۱۵	۲۰/۳۳	۲/۸۴	۲۷/۹۳	۳/۴۹	۲۸/۲۰
	آزمایش ۲	۱۵	۲۰/۷۳	۲/۷۳	۲۶/۲۶	۲/۷۸	۲۶/۸۰
معنا در زندگی (نمره کل)	گواه	۱۵	۷۰/۸۶	۴/۸۹	۹۰/۳۳	۷/۹۵	۹۳/۹۳
	آزمایش ۲	۱۵	۷۱/۴۶	۷/۸۶	۱۰۱/۶۰	۸/۴۹	۹۸/۵۳
معنا در زندگی (نمره کل)	گواه	۱۵	۴۵/۱۳	۴/۲۹	۶۰/۲۶	۳/۵۱	۵۹/۲۶
	آزمایش ۲	۱۵	۴۵/۸۶	۳/۳۹	۵۴/۵۳	۳/۲۲	۵۶/۶۷

جدول شماره ۲ حاکی از آن است که بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری نمرات متغیر تحمل آشفتگی در گروه های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی روش های درمانی بر متغیر تحمل آشفتگی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا
تحمل آشفتگی	مرحله	۴۰۴۸/۱۷	۲	۲۰۲۴/۰۸	۲۸۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲
	مرحله*گروه	۱۶۳۵/۹۱	۴	۴۰۸/۹۷	۵۷/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴
	خطا	۵۹۳/۹۱	۸۴	۷/۰۷			
	گروه	۱۰۸۷/۰۲۲	۲	۵۷۳/۵۱	۵۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	خطا	۴۱۳/۹۳۳	۴۲	۹/۸۵۶			

*: $P < 0.05$ ، *: $P < 0.01$

جدول شماره ۳ حاکی از آن است که با انجام آزمون تعقیبی توکی مشخص شد که اختلاف معناداری بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش اختلاف معناداری وجود دارد.

بر اساس نتایج جدول آزمون تعقیبی در نمرات پس آزمون و پیگیری تحمل آشفستگی در گروه آزمایش (۲) که شفقت درمانی را دریافت نموده‌اند؛ نسبت به پیش آزمون بهبود یافته است و اینگونه استنباط می‌شود که هر چند شفقت درمانی باعث بهبود بیشتر زنان در مرحله پس آزمون شده است، با این حال اختلاف بین گروه‌های آزمایشی معنادار نمی‌باشد و هر دو نوع درمان در شاخص تحمل آشفستگی نتایج یکسانی را به همراه داشته است. بنابراین اثربخشی هر دو درمان تأیید شده و هر چند نمرات پس آزمون شفقت درمانی نتایج مطلوب تری نسبت به مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی داشته است ولی اختلاف گروه‌ها معنادار نیست.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات معنای زندگی در دو گروه آزمایش با گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

پیگیری		پس آزمون		گروه	متغیر
زیر مجموعه $\alpha = 5\%$		زیر مجموعه $\alpha = 5\%$			
۲	۱	۲	۱	کنترل	تحمل
	۴۵/۵۳		۴۴/۰۶		مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی
۵۹/۴۷		۵۷/۴۶			آشفستگی
۶۰/۹۳		۶۲/۲۶			شفقت درمانی

نتایج جدول شماره ۴ حاکی از آن است که بین میانگین پس آزمون و پیگیری نمرات معنای زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه یا کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در متغیر معنای زندگی حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه می‌باشد. با انجام آزمون تعقیبی توکی مشخص شد که اختلاف معناداری بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش اختلاف معناداری وجود دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی روش های درمانی بر متغیر معنای زندگی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزوراتا
معنای زندگی	مرحله	۲۰۴۷/۸۳	۲	۱۰۲۳/۹۱	۱۸۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
	مرحله*گروه	۱۰۸۴/۱۱	۴	۲۷۱/۰۳	۴۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	خطا	۴۵۶/۰۴	۸۴	۵/۴۲۹			
	گروه	۷۶۹/۶۸	۲	۳۸۴/۸۴	۵۴/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	خطا	۲۹۶/۸۶	۴۲	۷/۰۶۸			

p:<۰/۰۵, *(P<۰/۰۱)

بر اساس نتایج جدول شماره ۵ آزمون تعقیبی در نمرات پس آزمون و پیگیری معنای زندگی مشخص شده است که مهارت های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی دارای اثربخشی مطلوب تری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت داشته است. بنابراین فرضیه فرعی دوم پژوهش "درمان مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر معنای زندگی زنان دارای تعارض تأثیر معنادار دارد." تأیید می شود.

جدول ۵. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در گروه ها

متغیر	گروه	پس آزمون			پیگیری		
		۱	۲	۳	۱	۲	۳
معنای زندگی	کنترل	۴۶/۲۰			۴۶/۲۰		
	مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی	۵۴/۵۳			۵۶/۶۷		
شفقت درمانی		۶۰/۲۶			۵۹/۲۶		

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی درمان مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و تحمل آشفتگی زنان دارای تعارض بود. این پژوهش نشان داد در نمرات پس آزمون بین مهارت های مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت وضعیت

آزمودنی‌ها اختلاف معناداری داشته است. بر اساس نتایج آزمون کیفیت روابط بین فردی در گروه آزمایش اول که مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی را دریافت نموده‌اند؛ نسبت به پس آزمون کاهش یافته است ولی با این حال با گروه کنترل اختلاف قابل ملاحظه‌ای دارند. بنابراین اثربخشی هر دو درمان تأیید شده و در نمرات پس آزمون مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی نتایج مطلوب تری نسبت به شفقت درمانی داشته است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش (عرشی‌ها، ۱۳۹۷) که به تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری پرداختند همسو می‌باشد. همچنین پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی توسط پاداش^۱ و همکاران (۲۰۱۲) بر روی ۳۲ زن و مرد متأهل انجام شد، یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل را در پس آزمون در ابعاد رضایت زناشویی، حل تعارض و جهت‌گیری مذهبی افزایش داده است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حالات اضطرابی، کیفیت روابط بین فردی و تحمل آشفتگی زنان دارای تعارض مؤثر است، چرا که این افراد دارای نوعی خود اشتغالی ذهنی هستند که با خود کم‌انگاری و تردید در باره توانایی‌های خود مشخص می‌شوند و اغلب به ارزیابی شناختی منفی، هیجان‌های منفی آنان می‌انجامد. (Sepehrian & Rezaei, 2010)

بر طبق نظریه دینر^۲ (۲۰۰۶)، عواطف و هیجانات و قضاوت‌های مربوط به رضایت مندی جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. درحالی که عواطف مثبت و خوشایند از درک و شناخت این نکته حاصل می‌شود که فرد به نیازها، اهداف و آرزوهای خود رسیده و آن‌ها را متحقق ساخته است. عواطف و هیجانات منفی موانع یا رکودها را در تحقق حیطه‌های ارزشمند زندگی نشان می‌دهد. بنابراین درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تمرکز بر شناخت‌های افراد که یکی از مولفه‌های مهم در درمان اضطراب و آشفتگی می‌باشد، آزمودنی‌ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت و مرتبط با فضاهای مختلف بنگرند. به این ترتیب، فرد قادر خواهد بود به تعریف بهتری از خود دست یابد و مشکل به عنوان یک تجربه فراگیر تلقی شده و با روش مناسبی به حل آن بپردازد (Diener, 2006).

درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با ایجاد تغییرات شناختی- رفتاری در پنج حوزه اصلی (شرایط زندگی، نگرش‌ها، معیارهای خرسندی، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی) انجام می‌شود. در رویکرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد آموزش داده می‌شود که زندگی از ابعاد متفاوتی

¹ Padash&etal

² Dinner

تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند، باید به ابعاد دیگر توجه کنند. از طریق آموزش اصل غنای درونی به همراه تکالیف خاص آن می‌آموزند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و بالا بردن کیفیت روابط بین فردی برنامه ریزی کنند. (Ahmad Poor Yazji, Zaharakar & Kiamanesh, 1396) لذا این درمان از طریق چندین روش می‌تواند بر کیفیت روابط بین فردی مؤثر واقع شود.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش کاپیج، بیرد گیسون^۱ (۲۰۱۷)، که درمان متمرکز بر شفقت را یک مداخله گروهی مؤثر برای برخی از مشکلات مربوط به سلامت روان تأیید قرار دادند همخوانی دارد (Cuppige et al, 2017). احمد پور دیزجی، زهراکار و کیا منش (۱۳۹۶)، درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تنظیم هیجان بررسی کردند و نشان دادند که این درمان می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان افراد مؤثر واقع شود (Ahmad Poor Yazji, Zaharakar & Kiamanesh, 1396). همچنین نتایج مطالعات طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) که نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی زنان مؤثر است هم سو می‌باشد.

همان‌گونه که نف (۲۰۰۳)، بیان داشت، افراد با شفقت خود بالا نسبت به خود و دیگران مهربان‌ترند و سعی در درک رویدادها دارند و باید گفت، درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت به خود کمی دارند، سلامت روان شناختی بیش‌تری نشان می‌دهند. زیرا در آن‌ها دردگریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند، به وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانند سازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد (Neff, 2005).

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 (Neff & McGhee, 2010). بنابراین افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی 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 و تحمل آسفتگی بالاتری دارند (Besharat, Movaheddi & Bakhsi, 2018). ذکر این نکته حائز اهمیت است که نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در

^۱ Cappage, Baird, Gibson

متغیر کیفیت روابط بین فردی مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نتایج مطلوب تری نسبت به شفقت درمانی داشته است و در متغیر تحمل آشفتگی شفقت درمانی نتایج مطلوب تری نسبت به مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی داشته است.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که رویکردهای بهبود کیفیت زندگی و شفقت موجب ارتقای تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض شده است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سطوح شناختی مختلف به صورت مستقل مورد توجه قرار گیرند و طرح‌های پژوهشی مناسبی در این زمینه طرح‌ریزی گردد. توصیه می‌شود دوره آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و شفقت ورزی را به صورت برنامه ریزی شده در خانواده‌ها اجرایی کنند. توصیه می‌شود کتابچه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و شفقت ورزی در بین خانواده‌ها انتشار یابد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد مشهد دارای کد اخلاق IRJAU.MSHD.REC.1398.228 است و به منظور رعایت اخلاق پژوهش، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات بدست آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند

قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد می‌باشد که بدین وسیله از کلیه افرادی که در این طرح مشارکت داشتند سپاسگزاری می‌گردد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است و برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد نیشابور می‌باشد.

References

Ahmad Poor Yazji J, Zaharakar K & Kiamensh A(1396).Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Well-Being Therapy on the Psychological Capital of Female

- Arco L. A (2015). Case study in treating chronic comorbid obsessive-compulsive disorder and depression with behavioral activation and pharmacotherapy). *Psychotherapy (Chic)*5 (2)278-86
- Arshih, marjan(2018). Investigating the effect of teaching the quality of life treatment approach on the dimensions of mental well-being of nursing students of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing Research*13(3):133-135
- Azizi A, Mirzaee A & Shams J. (2010). The Relationship between Emotional Disturbance Tolerance and Students' Dependence on Smoking). *Journal of Wise*, 3(1): 11-18.. (In Persian)
- Besharat M A, Movaheddi Nasab A A & Ali Bakhsi S Z. (2018). The mediating effect of anger rumination on the relationship between anger dimensions and anger control with physical health and illness), *Contemporary Psychology*14(2) 3-10. (In Persian)
- Bulanda JR, Brown J S, Yamashita T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course). *Social Science & Medicine*; 165: 119-127.
- Cuppige,j., Baird, K., Gibson, j., Booth,R.&Hevey,D. (2017).Compassion Focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group potential proecesses of change. *British journal of clinical psychology*, wiley online library
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1(2), 151-157
- Faridhosseini F, Baniyadi M , Fayyazi Bordbar M.R, Pourgholami M , Ahrari S, Asgharipour, N.(2017). Effectiveness of Quality of Life Training on Recurrence of Patients with Bipolar Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*; 12(1):21-28.. (In Persian)
- Faridhosseini F, Baniyadi M , Fayyazi Bordbar M.R, Pourgholami M , Ahrari S, Asgharipour, N.(2017). Effectiveness of Quality of Life Training on Recurrence of Patients with Bipolar Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*; 12(1):21-28.
- Frankle, V. (2013). *Man in search of meaning*. Translated by: Ahmad Saboriof, Tehran, Ashyan.
- Frisch M.B(2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*; New York: John Wiley & Sons.page101-105

- Frisch MB.(2011). Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy; New York, NY: John Wiley & Sons.
- Frisch MB.(2011). Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy; New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gilbert P. (2009). The compassionate mind:Anew approach to life) chaleng. london:constable and The develoment of a new measure. *Addiction Research and theoty*; 19,3-13.
- Gilbert P. Esbati. M, Feizi A.(2010). Compassion focused therapy translator:, Tehran: Ebne- sina Pres.
- Hawkins K A, Macatee R J, Guthrie W, Cogle JR. (2013). Concurrent and Prospective Relations Between Distress Tolerance, Life Stressors, and Anger). *CognTher Res*; 37, 434–445.
- Jamali F.(2003). The Relationship between Religious Attitudes, Feeling Meaningful in Life and Mental Health among Students of Tehran Universities). Master's thesis in Psychology, Tehran, School of Psychology, Alzahra University..111-115. (In Persian)
- Kazemian A R, Esmaeili S. (2016). Predicting distress tolerance based on family communication components of origin in divorced and non-divorced women, *Women and Society*, 7(4): 91-105. (In Persian)
- Karami T, Hosseini A, Dashtbozorgy Z. (2017). The effectiveness of copassion – focused therapy on resilience, self-disruption, life expectancy and psychological well-being of menopausal woman in Ahwaz. *Social Welfare*; 5(3): 197-189. (Persian).
- Lopez-Mourello O, Mur E, Madrigal I, Alvarez-Mora MI, Gomez-Anson B. Pagonabarraga J, Rodriguez-Revenga L, Mila M. (2017). Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMR1 permutation carriers) .*Clin Genet*; (3) 111-114.
- Mesr Abadi J, Ostorva N & Jafarian S.(2013). Structural validity and diagnosis of students' meaning of life questionnaire, *Behavioral Sciences*, 7(1): 80-90.. (In Persian)
- Neff KD, Germer CK. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program, *Cinical psychology*;69(1):28-44.
- Neff KD, McGhee P.(2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*; 9,225-240.
- Neff KD.(2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*; 2(2): 85-101.
- Neff KD. (2009).The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Hum Dev* 2009; 52: 211-214

- Padash, Z., Ftehzadeh, M., & Abedi, M. R. (2012). Effectivity of psychotherapy training based on quality improvement of life on the wives welfare. *Journal family consulting and psychotherapy*, 1(1), 115-130.
- Paleari F G, Regaliab C, Finchman F. (2017). Marital quality, for givens, empathy and rumination: A longitudinal analysis. *Personality and social psychology Bulletin*; 31, 80-368.
- Perczel-Forintos D, Kresznerits S. ((2017). Social anxiety and self-esteem: Hungarian validation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale - Straightforward Items. *ORV Hetil*; 843-850.
- Peyman far AA. (2012). Comparison of Loneliness and Meaning in Elderly Life with Different Religious Attitude Levels. *Psychology and Religion*, 5(4): 41-52.. (In Persian)
- Rao S L. (2017). Marital adjustment and depression among couples). *Indian Psychology*; 4, 34-42.
- Razurel C, Kaiser B, Antonietti J P, Epiney M, Sellenet C.(2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health*, ۵(۴), 154-172.
- Sepehrian F, Rezaei Z. (2010). The prevalence of test anxiety and the impact of coping therapy on reducing it and increasing academic performance in high school female students. *Curriculum Development of Knowledge and Research in Educational Sciences, Islamic Azad University, Khorasgan Branch*; 25: 65-80.
- Shujuan Xu.(2018). Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients With Intestinal Stoma. *Gastroenterol Nurs. Jul*; 41(4): 341-346
- Simons J s, Gaher R M. (2005). The Distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure motivation and emotion; 83-102.
- Soltannejad, Somyeh. (2018). The efficacy of quality of life training on Self-efficacy in patient under hemodialysis treatment, *Med Surg Nurs J. (1 And 2)*: e87593.
- Steger M F (Making meaning in life). *Psychological injury*. (2012), 23(4):381-3.
- Steger M F, Kashdon, T B, Sullivan B A, Lorenz. (2008). Understanding the search for Meaning, 76(2), 199-228.
- Steger MF, Oishi S & Kesebir S. (2011). Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *Positive Psychology*., 6(3):173-180.

Ubaidi B A A.(2017). The Psychological and Emotional Stages of Divorce. Family and Preventive family medicine, 3(3).page:25.

Yoo Y, Lee D J, Lee I S, Shin N, Park J Y. (2010). The Effects of Mind Subtraction Meditation on Depression, Social Anxiety, Aggression, and Salivary Cortisol Levels of Elementary School Children in South Korea. *Pediatr Nurs* 2016; ۴. (۱۰), 185-97.