

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی زنان در شرف طلاق

مریم قهرمانی^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، داود تقوایی^۳

چکیده:

مقدمه: زنان فاقد ویژگی شخصیتی سخت رویی کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند. این پژوهش، با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی زنان در شرف طلاق انجام شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مداخله ای پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. نمونه به روش نمونه گیری همدمند و تصادفی از جامعه آماری، کلیه زنان در شرف طلاق مراجعه به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود که ۴۵ زن در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت (براساس پروتکل درمانی گیلبرت و نف) و برنامه جلسات آموزش درمان شناختی - رفتاری (براساس طرح درمانی ویلدرموت) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. گروه گواه درمانی نداشت. ابزار پژوهش پرسشنامه سخت رویی کوباسا بود. نتایج داده ها با آزمون آماری واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین و انحراف استاندارد نمره سخت رویی در پیش آزمون درمان متمرکز بر شفقت از ۵۳/۵۱±۱/۶۴ به ۲۰/۲۰±۱/۸۶ در پس آزمون، و در پیگیری ۲۰/۲۰±۱/۸۶ (P < ۰/۰۱) رسید. نمره سخت رویی در پیش آزمون درمان شناختی-رفتاری از ۸۰/۸۰±۲/۰۷ به ۶۷/۶۷±۱/۲۳ در پس آزمون و در پیگیری به ۶۷/۶۷±۱/۲۳ رسید (P < ۰/۰۱) همچنین گروه گواه از ۴۰/۴۰±۱/۲۴ در پیش آزمون به ۴۰/۴۰±۱/۲۴ در پس آزمون و در پیگیری به ۴۷/۴۷±۱/۳ رسید (P < ۰/۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش سخت رویی زنان در شرف طلاق می تواند اثربخش باشد، همچنین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی-رفتاری ماندگارتر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، درمان متمرکز بر شفقت درمانی، سخت رویی زنان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۴/۱۸

استناد: قهرمانی مریم، خلعتبری جواد، تقوایی داود. اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی زنان در شرف طلاق، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱): ۱۹۱-۱۷۷

^۱ . دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

^۲ . دانشیار، گروه روانشناسی واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ . دانشیار، گروه روانشناسی واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران
javadkhalatbaripsy2@gmail.com Tel: 09026311990

مقدمه:

ازدواج به عنوان مهمترین و عالی ترین رسم اجتماعی، برای دستیابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد تأکید بوده است. از جمله دلایل اصلی ازدواج، عشق و محبت داشتن به شریک همراه در زندگی، ارضای نیازهای عاطفی-روانی و افزایش کیفیت رابطه زناشویی است (۱). رابطه زناشویی سنگ بنای اولیه ارتباطات خانوادگی است؛ در این رابطه احترام و همکاری متقابل، نیازهای همسران را ارضا میکند (۲). بروز تعارضات زناشویی سبب شکل گیری آسیب‌های روانشناختی و هیجانی در زوجین می شود (۳). چرا که تعارضات زناشویی و درگیری در فرایند پیچیده طلاق، سبب می شود زوجین با ناکامی مواجه شوند (۴). در این بین عوامل فردی و شخصیتی به عنوان یکی از عوامل موثر در تعارضات زناشویی و به طبع آن پدیده طلاق، نقش مهمی دارند. در این میان سرسختی یکی از ویژگی های شخصیتی است که به عنوان راهی برای ارتقاء سلامت روان زنان مطلقه یا در آستانه طلاق تلقی می شود (۵). مهمترین گرایش شخصیتی که در ارتباط با موضوع فشار روانی اهمیت دارد سخت رویی است. سخت رویی که ریشه در، فلسفه وجودی دارد را اولین بار کوبسا و سپس همکارانش آن را گسترش دادند. این مفهوم با واژه هایی چون استقامت، تهور، جسارت، بی پروایی و شهامت وجه مشترک دارد و نوعی سبک شخصیتی است که مجموعه ای از صفات روانی را در برمی گیرد (۶). سخت رویی روان شناختی یکی از سازه های اصلی شخصیت است که برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار، مفهوم سازی شده است و ترکیبی از نگرش های مثبتی است که شجاعت، انگیزه و توانایی لازم برای دستیابی به رشد و تکامل را فراهم، و تنش های زیست محیطی را به فرصت های رشد سالم تبدیل می کند (۷). همچنین نحوه مقابله با استرس زاهایی همچون طلاق را در افراد تعدیل می کند؛ بدین معنی که آن ها را در تحلیل موفقیت آمیز موقعیت استرس زا یاری می نماید (۸). سخت رویی شامل مؤلفه های تعهد، کنترل و مبارزه جویی و مشوق رشد و توسعه زندگی فرد است. نگرشی را فراهم می کند که باعث به وجود آمدن شجاعت، انگیزه و توانایی لازم در فرد جهت رشد شخصی و مهار استرس های محیطی می شود (۹). این صفت به صورت ترکیبی از تفکر، احساسات و رفتارها به غنی سازی و افزایش کیفیت زندگی فرد کمک می کند (۱۰). به افراد کمک می کند این موقعیت های تنیدگی را از مصائب بالقوه به فرصت هایی برای عملکرد، رهبری، مدیریت، ارتقای سلامت و رشد روانی تبدیل کنند (۱۱). همچنین باعث می شود که زنان در شرف طلاق، این پدیده را به عنوان فرصتی برای حل اختلافات بین فردی با همسر خود در نظر بگیرند و مانعی برای وقوع طلاق نباشد. مطالعه معین و همکاران (۱۲) نیز نشان داد افرادی که نمره های سخت رویی در آنان بیشتر است، سازگاری بیشتری در زندگی زناشویی دارند. همچنین افراد با سخت رویی روان شناختی رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می کنند (۱۳). یافته ها نشان می دهند که سخت رویی دو مؤلفه ارزیابی را تغییر می دهد، ارزیابی از تهدید را کاهش داده و انتظار برای مقابله موفقیت آمیز با آن را افزایش می دهد (۱۴). زوج های با ویژگی سخت رویی، حوادث زندگی را کمتر فشارزا می بینند. با توجه به اهمیت مؤلفه های کیفیت روابط زناشویی، تمایز یافتگی خود و سخت رویی روانشناختی در بهبود کیفیت زندگی زنان متقاضی طلاق و با توجه به اینکه آسیب های روانشناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز می کند؛ این امر لزوم مداخله های روانشناختی را مطرح می کند (۱۵). یکی از این مداخلات درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی - رفتاری در زنان در شرف طلاق به دلیل اینکه سبب توانمند ساختن شخص در ابعاد ذهنی می شود و بهبودی و سلامت ذهن را افزایش خواهد داد (۱۶). هدف درمان شناختی-رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی های مثبت و سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای (۱۷) افزایش مهارت های شناختی (۱۸) و شناسایی افکار و شناخت های منفی، مشخص شدن پیوند بین شناخت، هیجان و رفتار و جایگزینی افکار تحریف شده با افکار واقع بینانه و منطقی است (۱۹). درمان های شناختی-رفتاری باعث افزایش رضایتمندی زناشویی، کاهش افسردگی زنان دارای مشکلات زناشویی، ایجاد نگرش های واقع گرایانه در حل تعارضات و افزایش کیفیت رابطه روانی -عاطفی زناشویی زنان می شود (۲۰). نتایج پژوهش پیمبری و همکاران نشان داد، آموزش درمان شناختی-

رفتاری بر مؤلفه های سخت رویی، کنترل، مبارزه جویی و تعهد بیماران قلبی مؤثر است و این درمان می تواند سبب سخت رویی بیشتر بیماران قلبی شود (۲۱). مطالعات پیرامون اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سخت رویی بیانگر تاثیر مثبت این رویکرد بوده اند (۲۲). پژوهش صحرانورد و همکاران نیز نشان داد آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس بر سخت رویی افراد موثر است (۲۳).

یکی دیگر از مداخله های که می تواند کمک کننده باشد استفاده از موج سوم درمانی مانند درمان متمرکز بر شفقت درمانی است. درمان متمرکز بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق ذهن مشفقانه است (۲۴). این درمان، مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می کند (۲۵). شفقت به خود به عنوان مهربانی نسبت به خود در مواجهه با دشواری ها، شکست ها و رنج ها تعریف می شود و با عوامل روان شناختی مثبت از قبیل بهزیستی روانشناختی، خوش بینی و شادی رابطه ای قوی دارد (۲۶). افراد با ویژگی شفقت به خود، خود را درک و حمایت کرده و نگرانی ها و غیر قضاوتی نسبت به خود دارند و به این تشخیص می رسند که شرایط دشوار زندگی، تجربه ای طبیعی و مشترک میان همه افراد می باشد (۲۷). شفقت درمانی با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن رنج واسترس و اتخاذ دیدگاهی تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس زا باعث ایجاد برخورد محبت آمیز و پذیرای فرد با خودش می شود (۲۸)، شفقت می تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود (۲۹). شفقت درمانی نوعی راهبرد هیجان محور است که مراجعان را نسبت به هیجان های مثبت و منفی خود آگاه می کند و آنها را سمت پذیرش آنها سوق می دهد (۳۰). تحقیقات نشان داده است که فرایندهای متمرکز بر پذیرش (ارزیابی غیر قضاوتی محتوای فکر، انعطاف روانی) و شفقت به خود نقش محافظتی مهمی در ایجاد علائم روانی دارند (۳۱). درمان شناختی وجودی و درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه های آن (پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، - خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط) در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند (۳۲). درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً منجر به کاهش تکانشگری ناشی از طلاق شود (۳۳). در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه های آن میتوان گفت شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه های نامطلوب خود و زندگی فرد است (۳۴).

زنان فاقد ویژگی شخصیتی سخت رویی کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند. برای این دسته از زنان، طلاق از استرس زا ترین فقدان ها است و موجب آشفتگی های هیجانی و مشکلات رفتاری در آنان می شود. در این میان آسیب پذیری زنان از پیامدهای طلاق، بیشتر از مردان است (۳۵).

از این رو زنان در شرف طلاق در جامعه ما نیازمند رویکردی هستند که به آن ها آموزش داده شود فارغ از فرجام زندگی زناشویی در شرایط استرس زا برخورد مشفقانه و پذیرا با خود داشته باشند. با توجه به اهمیت این موضوع و پژوهش های اندکی که به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طلاق پراخته اند و همچنین عدم وجود پژوهشی با این عنوان، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی زنان در شرف طلاق، اثر بخش است؟

روش پژوهش:

این پژوهش از نظر طرح، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری سه ماهه با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود که در ابتدای

اقدام به طلاق در سال ۱۳۹۹ الی ۱۴۰۰ بودند. با استفاده از روش نمونه گیری هدفدار از بین مراجعه کنندگان 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 سخت رویی ارائه شد و افرادی که در پرسشنامه یک انحراف معیار پایین تر 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 کنترل) و پس از ۳ ماه ۴۵ نفر با پرسشنامه سخت رویی، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. به این ترتیب اعضای گروه آزمایشی، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی طی دو ماه تحت آموزش درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزش، هر ۳ گروه مجدداً پرسشنامه سخت رویی را تکمیل کردند. بعد از تکمیل پرسشنامه ها داده های مورد لزوم استخراج شد. همچنین شرکت کنندگان بعد از ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. ابزارهای اندازه گیری عبارتند از:

پرسشنامه سخت رویی کوباسا: پرسشنامه ای ۴۵ سوالی است که در آن سوال ها در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از نمره صفر تا سه برای سه زیر مقیاس تعهد، کنترل، و مبارزه جویی محاسبه می شود. روایی صوری و محتوایی آزمون سخت رویی را جانجانی ۲۰۱۳، محاسبه کرده است (۳۶). ضریب پایایی کنترل، تعهد و مبارزه جویی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۲، ۰/۵۲ و این ضرایب برای کل مقیاس سخت رویی ۰/۷۵ بدست آمد.

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

جلسه اول: آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت های اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، درک فرایندها و عوامل به وجود آورنده اهمال کاری و اثرات آن ۲. توضیح مختصری از مدل درمانی CFT
۳. آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه.
جلسه دوم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۲. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۳. بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت گر) ۴. 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.
جلسه سوم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۲. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۳. شفقت به خود چیست؟ ویژگی ها و مهارت های آن، چگونگی تاثیر گذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن ها با هم.
جلسه چهارم: ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. آموزش مفهوم ذهن آگاهی (بهشیاری)، منطق آن و نحوه اجرای تمرینات آن (تمرکز بر تنفس ورد یابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن ها بدون هیچ واکنشی
جلسه پنجم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مدیریت احساسات و عواطف دشوار
جلسه ششم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۱. 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 ویژگی های شفقت گر)
۳. برخورد با چالش ها و روابط بین فردی.
جلسه هفتم: ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. پرورش خود (self) شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت ۳. آموزش نحوه تصویر پردازی در مورد خود شفقت ورز، تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری). ایجاد مکان امن.

جلسه هشتم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، پذیرش زندگی و قدردانی از جنبه های مثبت زندگی
تکنیک صندلی مشفق، شفقت ورزی نسبت به دیگران، نوشتن نامه مشفقانه.

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

جلسه اول: آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه اطلاعات در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری

جلسه دوم: افکار، احساسات، رفتار

توضیح درباره ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک های 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: نشانه ها و زنجیره ها

بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر
قرار می گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب

جلسه پنجم: جرات ورزی

بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرات مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات مندانه داشتن مشکل است،
خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات مندانه

جلسه ششم: تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق

تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و
افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت های خوشایند

جلسه هفتم: مدیریت استرس و حل مسئله

بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس ها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل
مسئله، آموزش آرامش عضلانی

جلسه هشتم: عزت نفس

بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی های منفی موجب عدم عزت نفس می
شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس، توزیع کاربرگ خود انگاره

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۲۶، در سطح آمار توصیفی و استنباطی مانند میانگین و انحراف
معیار، شیب خط رگرسیون، ام باکس، لوین، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه تحلیل شدند.
یافته ها:

از ۱۵ نفر گروه درمان شناختی - رفتاری برحسب سن افراد بیشتر از ۴۰ سال با ۴۰ درصد بیشترین افراد، افراد با سن ۲۰ تا ۳۰
سال با ۲۶/۶۷ درصد کمترین تعداد افراد را تشکیل می دهد. از ۱۵ نفر گروه درمان متمرکز بر شفقت درمانی برحسب سن افراد

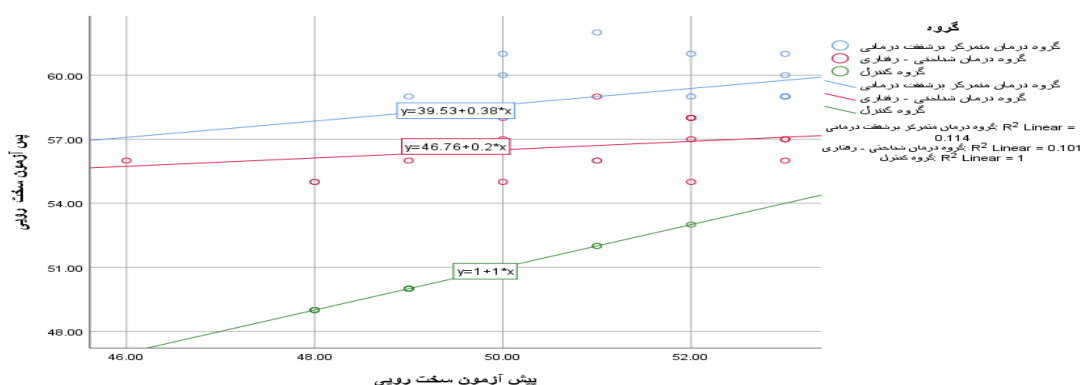
جدول (۳). درصد فراوانی وضعیت سن و تحصیلات گروه های آزمایش و کنترل

متغیر کیفی	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت سن گروه درمان شناختی – رفتاری	۲۰ تا ۳۰ سال	۴	۲۶/۶۷
	۳۰ تا ۴۰ سال	۵	۳۳/۳۳
	بیشتر از ۴۰ سال	۶	۴۰
وضعیت سن گروه درمان متمرکز بر شفقت	۲۰ تا ۳۰ سال	۴	۲۶/۶۷
	۳۰ تا ۴۰ سال	۶	۴۰
	بیشتر از ۴۰ سال	۵	۳۳/۳۳
وضعیت سن گروه کنترل	۲۰ تا ۳۰ سال	۶	۴۰
	۳۰ تا ۴۰ سال	۲	۱۳/۳۳
	بیشتر از ۴۰ سال	۷	۴۶/۶۷
کل			
متغیر کیفی	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تحصیلات گروه درمان شناختی-رفتاری	دیپلم و فوق دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی	۵	۳۳/۳۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۶	۴۰
وضعیت تحصیلات گروه درمان متمرکز بر شفقت	دیپلم و فوق دیپلم	۶	۴۰
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۵	۳۳/۳۳
دیپلم و فوق دیپلم	۶	۳۰/۴۰	

۳۳/۳۳	۵	کارشناسی	وضعیت تحصیلات گروه کنترل
۲۶/۶۷	۴	کارشناسی ارشد وبالاتر	
کل			۴۵

همچنین طبق نمودار (۱-۱) مشاهده شد بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و پس‌آزمون متغیر وابسته سخت رویی رابطه خطی وجود دارد و پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته سخت رویی رعایت شده بود. میانگین و انحراف استاندارد سخت رویی در گروههای آزمایش و کنترل در جدول (۴) جایگذاری شده است. براساس این اطلاعات میانگین گروه آزمایش پس از مداخلات درمانی شناختی-رفتاری و شفقت درمانی افزایش داشته است. از آنجا که برای بررسی این فرضیه از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، لذا برای تحلیل نتایج حاصل از درمان از روش تحلیل واریانس استفاده شد تا از این طریق تأثیرات پیش‌آزمون به عنوان یک متغیر تصادفی کمکی بررسی شود. به همین منظور تحلیل واریانس دارای مفروضه‌هایی است که باید تحقق یابد تا بتوان از این روش برای مطالعه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. بدین صورت که ابتدا پیش‌فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس و سپس شیب خط رگرسیون محاسبه گردید. نتایج آزمون f محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین با $P < 0.05$ می‌توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر سخت رویی رعایت شده است. پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت این مقادیر به دست آمد $F=2/1$ و معنی داری برابر با 0.157 در سطح $P < 0.05$ معنی دار نبود. بنابراین می‌توان ادعا کرد که همسانی واریانس‌ها برقرار است و این پیش‌فرض رد نمی‌شود.

نمودار ۱: نمودار پراکندگی نمرات متغیر سخت رویی



جدول (۴). میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون شناختی - رفتاری و شفقت درمانی و گروه گواه

پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
شفقت درمانی $1/64 \pm 51/53$	$1/86 \pm 59/20$	$1/86 \pm 61/20$
شناختی - رفتاری $2/00 \pm 50/80$	$1/23 \pm 56/67$	$1/23 \pm 58/67$
کنترل $1/24 \pm 49/40$	$1/24 \pm 50/40$	$1/3 \pm 51/47$
P value	$P < .0/01$	$P < .0/01$

داده های پژوهش در سطح آمار استنباطی با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مشخص شد که میانگین در گروه های آزمایش که مداخله درمان شناختی - رفتاری و شفقت درمانی دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه که آموزشی دریافت نمودند معنی دار است (جدول ۴). در پیگیری سه ماهه با توجه به معنادار شدن f محاسبه شده برای مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه آزمایش و گروه گواه، آزمون تعقیبی شفه برای متغیر سخت رویی نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت درمانی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در افزایش میزان سخت رویی ماندگاری بیشتری دارد (جدول ۶). داده های پژوهش با احتمال ۹۹ درصد مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش سخت رویی زنان در شرف طلاق در گروه آزمایش و گواه مورد تایید قرار گرفت.

جدول (۵). نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در گروه های آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
مرحله پس آزمون	۳۲۴/۶۷۱	۲	۱۶۲/۳۳۶	۹۲/۷۸۲	۰/۰۰۰۵
پیگیری	۷۶۴/۹۷۸	۲	۳۸۲/۴۸۹	۱۷۱/۸۷۴	۰/۰۰۰۵
خطا	۹۳/۴۶۷	۴۲	۲/۲۲۵		

جدول (۶). تحلیل حاصل از آزمون تعقیبی شفه درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر متغیر

(سخت رویی) در پیگیری سه ماهه (با توجه به نمرات افتراقی پیگیری از پیش آزمون)

متغیر	گروه	گروهها	تفاوت	انحراف	سطح
			میانگین	استاندارد	معناداری
			ها		
سخت	درمان	درمان			
رویی	متمرکز	شناختی			
	بر شفقت	رفتاری			
	درمانی		۲/۵۳*	۰/۵۴۵	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس یافته های پژوهش، درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش سخت رویی زنان در شرف طلاق شد و اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی رفتاری ماندگاری بیشتری داشت. آب نیکی و همکاران نشان دادند درمان شناختی - رفتاری بر افزایش سرسختی روانشناختی مؤثر است (۲۲). مطالعه صحرانورد و همکاران نیز نشان داد آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس بر سخت رویی افراد مورد مطالعه مؤثر است (۲۳). آموزش درمان شناختی-رفتاری می تواند سبب سخت رویی بیشتر بیماران قلبی شود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سخت رویی زنان در شرف طلاق می توان گفت، در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف های شناختی و به چالش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسبتری از خود بروز دهند (۳۷) چرا که سرسختی نحوه مقابله با استرس زها را در افراد تعدیل می کند و افراد را در تحلیل موفقیتی آمیز موقعیت استرس زا یاری می کند (۱۶). در درمان شناختی - رفتاری به دلیل اینکه فرد نقشی فعال در حل مشکل دارد، از طریق ایفای نقش، تقویت و پسخوراند آن تمرین های مناسب، می توان به این افراد کمک نمود تا اهداف اشتباه خود را اصلاح کرده و باورهای نادرست را تصحیح نمایند.

در زمینه درمان متمرکز بر شفقت، پژوهشی که نتایج آن در راستای یافته های پژوهش حاضر بر سخت رویی باشد، یافت نشد. اما به طور کل تحقیقات گارسیا و همکاران (۳۰)، کیم و کو (۲۶)، منعیمیان و مردانی راد و قنبرپناه (۳۲)، غیبی و همکاران (۳۶)، هادیان و جبل عاملی (۳۸)، شید و سینگ (۴۰). حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود مولفه های بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی، اجتماعی) دارد.

طبق یافته های پژوهش درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی اثربخشی بیشتری دارد. در تبیین این اثربخشی می توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند و یک طرز فکر مشفقانه میتوانند چشم انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار بیماری را فراهم و به انجام تکالیف دوران بیماری کمک کند. این شیوه درمانی

باعث می شود تا بیماران به جای پاسخ به این وقایع ناخوشایند بیماری خود با خشم و خودسرزنی، با مهربانی و مراقبت نسبت به خود رفتار کنند و این تجربه های ناخوشایند را نیز جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند. بنابراین، ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین فردی می شود (۳۹). هدف درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی و شفقت به خودانتقادی پاسخ دهند. یک بخش کلیدی در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود تا متوجه شوند که بسیاری از سوگیریها/ تحریفهای شناختی، فرآیندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده اند. درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق میکند تا انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستمهای التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (۲۵). در نتیجه، درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً میتوانند موجب افزایش سخت رویی در زنان در شرف طلاق شوند. همچنین درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی - رفتاری اثربخشی طولانی تر دارد.

محدودیت های پژوهش: در زمینه محدودیت پژوهش حاضر می توان گفت -با توجه به اینکه مطالعه ای پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سخت رویی انجام نشده بود، پیشنهاد می شود، نتایج حاصل از این یافته پژوهشی، با احتیاط تعمیم داده شود و بررسی بیشتری انجام گیرد. 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 تعمیم پذیری نتایج آن در مورد مردان باید احتیاط کرد.

ملاحظات اخلاقی:

- ۱- پژوهش حاضر کد اخلاق دریافت کرد.
- ۲- هماهنگی لازم با تمام مسئولین مراکز مربوط به افراد مراجعه کننده مورد مطالعه، انجام شد.
- ۳- اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان بر اساس فرم های مربوط به کد اخلاق اخذ شد.
- ۴- محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت کنندگان بر اساس کد اخلاق کتباً اعلام شد.
- ۵- اصل امانت در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها رعایت شد.
- ۶- به شرکت کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد بر اساس کد اخلاق.
- ۷- مطابق با بند بیست کدهای اخلاقی در پژوهش، انجام روش پژوهش مغایر با موازین دینی و فرهنگی نمونه های پژوهش نیست.
- ۸- به افراد شرکت کننده جهت محرمانه ماندن اطلاعات و نیز عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی در روی پرسشنامه ها اطمینان خاطر داده شد.

کاربرد پژوهش: با توجه به اهمیت مسئله سلامت روان زنان، به ویژه زنانی که در شرف طلاق هستند یا از همسر خود جدا شده اند، حمایت های بیشتری در زمینه ارائه خدمات روان شناختی، اشتغال زایی و ایجاد هرگونه تسهیلات در راستای بهزیستی روان شناختی و اجتماعی این افراد صورت گیرد. از آنجا که مطالعه حاضر بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی رفتاری در افزایش سخت رویی زنان در شرف طلاق بوده است، این رویکردهای درمانی می توانند مورد توجه مشاوره های پیش از طلاق قرار گیرند تا از گسترش بیش از حد این پدیده جلوگیری شود. همچنین به عنوان یک رویکرد تلفیقی در زوج درمانی لحاظ شود.

تشکر و قدردانی: از مدیریت مرکز اورژانس اجتماعی شهر تهران به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرا و جذب مراجعان و همچنین، کلیه بانوانی که در این پژوهش هم کاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References:

1. Carr A. Family therapy and systematic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*. 2019; 41(2):153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
2. Britzman M.J., Sauerheber J.D. Preparing couples for an enriched 2. Marriage a model in individual psychology. *The Family Journal*. 2014; 22(4): 428-436. <https://doi.org/10.1177/1066480714547185>
3. Saeedi Z., Ghorbani N., Sarafranz M R., Sharifian M H. The Relationship between Self-Compassion, Self-esteem and Self-Conscious Emotions Regulation. *Journal of Research in Psychological Health*. 2012; 6 (3): 1-9. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20080166.1391.6.3.1.2>
4. Tajari M., Karimi J., Goodarzi K. The Effectiveness of Couple Therapy through CBT Method on Life Expectancy and Self-Compassion in Couples Seeking Divorce. *Women's Studies Quarterly Journal*. 2020; 11(31): 1-20. <https://doi.org/10.30465/ws.2020.5343>
5. Ramezani-Golafzani N., Mazaheri M.A., Roshan R. Comparison of hardiness among divorcing and non-divorcing couples. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 4(5): 373-378.
6. Mirdrekvand F., Rahimpour T., Salimi H. The Effect of Spiritual Group Psychotherapy on Hardiness of Female Students in High Schools of Isfahan City. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 1(59): 97-107. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.71015>
7. Pandey D., Shrivastava P. Mediation effect of social support on the association between hardiness and immune response. *Asian journal of psychiatry*, 2017; 26: 52-55. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.022>
8. Rozdar E., Mahmoodian H., Pirayeh L. Relationship between psychological toughness, psychological well-being and quality of life in female-headed households Welfare organization coverage. *Contemporary Psychology*. 2017; 12: 828-832.
9. Ramzi S., Besharat M. A. The impact of hardiness on sport achievement and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 823-826. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.192>
10. Civitci N., Civitci A. Social comparison orientation, hardiness and life satisfaction in undergraduate students. *Procedia-Social and Behavioral Science*. 2015; 205: 516-523. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.062>
11. Banatehrani Z., Nemattavousi M. The Relationship between Hardiness and Coping Styles: The Mediating Role of Self-Esteem. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2020; 16(63): 251-261.

12. Moein L., GHiasi P., Masmoei R. Relationship between Psychological Hardiness and Marital. Quarterly Journal of Women and Society, 2011; 2(8):163-190
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1390.2.8.8.3>
13. Khalatbari J., Mirheydari- Langerod F., GhorbanShiroodi SH. Determining the relationship between psychological toughness and marital commitment with life satisfaction of married female employees of health centers in Rasht. International Conference on Psychology and Lifestyle; 2015.
14. Rafieasl M. Comparison of the relationship between psychological toughness and motivation in urban and rural secondary schools of Izeh and Baghmalek in the academic year of 2009-2010. Shahid Rajaei Teacher Training University; 2010
15. Tamborini C., Kenneth A., Couch B., Gayle L. Longterm impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. Advances in Life Course Research. 2015; 26: 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.06.001>
16. Hossein-Ali Ghorbani A., Moradi O., Arefi M., Ahmadian H. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Components Training on Emotional Cognitive Adjustment, Resilience and Self-Controlling Strategies among Divorced Women. Salamat Ijtimai (Community Health), 2020; 2(7): 166-174.
17. Wenzel, A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. Psychiatric Clinics. 2017; 40(4): 597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
18. Kaczurkin, A. N., Foa, E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. Dialogues in clinical neuroscience. 2015; 17(3): 337-346. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin.
19. Aguilera A., Bruehlman-Senecal E., Demasi O., Avila P. Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: a clinical trial. Journal of medical Internet research. 2017; 19(5): e148. <https://doi.org/10.2196/jmir.6914>
20. Azarbayjani S, Sadeghi afjeh Z, Ghanbari N. The Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Life Expectancy in Depressed Housewives. Quarterly Journal of "Assessment and Research in Counseling and Psychology. 2020; 2 (1):52-70.
21. Peyambari M., Sadeghi fard M., Rashidi M., Ahmadi tahour M. The effect of cognitive-behavioral training on depression and psychological hardiness of Patient With cardiovascular diseases. Iranian Journal of Health Education & Health Promotion, 2020; 7(4): 289-299. <http://dx.doi.org/10.29252/ijhehp.7.4.289>

22. Abniki E., Abolghasemi A., Abbasi M., Moazzez Jalali R. The Effect of Group Cognitive-Behavioral Intervention in Stress Management on Improved Hardiness and Self-control in Depressed Women. Quarterly Clinical Psychology Studies.2015; 5(19):99-118.
23. Sahranavard S., Esmaeili A., Salehiniya H., Behdani S. The effectiveness of group training of cognitive behavioral therapy-based stress management on anxiety, hardiness and self-efficacy in female medical students. Journal of education and health promotion, 2019; 8(49): 318-327. doi: 10.4103/jehp.jehp_327_18
24. Irons C., Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist. 2017; 3(1): 47-54.
25. Leaviss J., Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. Psychological medicine, 2015; 45(5): 549-927
.DOI: [10.1017/S0033291714002141](https://doi.org/10.1017/S0033291714002141)
26. Kim C., Ko H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. Geriatric Nursing.2018; 39(6): 623- 628
DOI: [10.1016/j.gerinurse.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005)
27. Herriot H., Wrosch C., Gouin J.P. Self-compassion, chronic age-related stressors, and diurnal cortisol secretion in older adulthood. Journal of Behavioral Medicine.2018; 41(6): 850-862. DOI: 10.1007/s10865-018-9943-6
28. Seekis V., Bradley G. L., Duffy A. L. Does a Facebook-enhanced Mindful Self-Compassion intervention improve body image? An evaluation study. Body Image. Psychology of Women Quarterly, 2020; 34: 259-269.
29. Yang Y., Fletcher K., Michalak E.E., Murray G. An investigation of self-compassion and nonattachment to self in people with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2020; 262: 43-48. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jad.2019.10.042>
30. Garcia-Campayo J., Navarro-Gil M., Demarzo, Attachment-based compassion therapy Terapia de compassion. Mindfulness & Compassion, 2016; 1(2): 68-74.
<https://www.elsevier.es/es-revista-mindfulness-compassion-188-articulo-attachment-based-compassion-therapy-S244540791630026X>
31. Monteiro F., Fonseca A., Pereira M, Alves S., Cristina-Canavarro M. Linking internalizing symptoms and dyadic adjustment during pregnancy among Portuguese first-time parents: The mediating role of dyadic coping. Journal of Affective Disorders. 2020; 63(2): 522-529.
32. Monemiyan G., Mardanirad M., Ghanbari Panah A., Omid A. Comparison of the effectiveness of cognitive-existential therapy and compassion-focused therapy in groups on psychological well-being of divorced female heads of household. Journal of Psychological Science.2021; 20(99): 439-451.
33. Saeidi M., Khalatbari J., Ghorbanshiroudi SH., Abolghasemi Sh. Comparison of the Effect of cognitive-behavioral therapy with Compassion-Focused Therapy on Impulsivity of Women

- on the Verge of Divorce. Community Health Journal, 2020; 14(1): 73-83. <https://doi.org/10.22123/chj.2020.187285.1296>
34. Neff K.D. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness, 2016; 7(1): 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0560-6>
35. Firoozi A., Asghari A. A comparison of psychological hardiness and quality of life among the women about to divorce and the normal women in Gorgan. Golestan police science quarterly Journal, 2016; 6(24): 76-93.
36. Nameni E., Saadat S H., Keshavarz-Afshar H., Askarabady F. Effectiveness of Group Counseling Based on Schema Therapy on Quality of Marital Relationships, Differentiation and Hardiness in Women Seeking Divorce in Families of War Veterans. Journal of Military Medicine. 2019; 21 (1): 91-99
37. Prochaska J., Norcross J. Systems of psychotherapy: a Tran's theoretical analysis. Seyed Mohammadi Y. Ravan; 2016.
38. Hadian S., Jabalameli SH The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders. Daneshvar Medicine. 2020; 27(1): 19-
39. Gheibee A., Tajeri B., Kooshki S., Sobhi Gharamaleki N. Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on components of subjective well-being (emotional, psychological and social). Scientific Journal of Social Psychology. 2021; 9(57): 115-125.
40. Scheid D., Singh F. Can compassion focused therapy enhance dual recovery for veterans? Psychiatric Rehabilitation Journal. 2019; 42(3): 329-346.