



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر

میثم حسومی^۱، لیلا مقتدر^۲، بهمن اکبری^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، به همراه مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری زنانی بودند که از طرف همسرشان مورد خیانت قرار گرفته و از طریق فراخوان اعلام‌شده به مراکز مشاوره شاهین‌شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ مراجعه نمودند. از این جامعه، ۴۸ نفر داوطلب واجد شرایط به روش در دسترس انتخاب شدند. در نهایت ۴۸ نفر (۳ گروه ۱۶ نفره) مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر شفقت را هفته‌ای یک بار دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. نتایج نشان داد تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پیگیری متغیرهای تاب‌آوری و سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن (رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت) در گروه درمان مبتنی بر شفقت معنادار و در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری زنان و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است. براین اساس، نتایج درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان شیوه‌ای درمانی مناسب در زنان با تجربه خیانت همسر در مراکز مشاوره به کار برده شود.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری، سازگاری زناشویی، زنان، خیانت

۱. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول) Leila.moghtader@iau.ac.ir

۳. گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده به‌عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست که هرگونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. باین‌وجود متأسفانه شاهد افزایش بیش از انتظار نرخ ازهم‌پاشیدگی خانواده به علت بی‌وفایی و خیانت‌های زناشویی هستیم (ویزر و همکاران، ۲۰۱۷). و این در حالی است که توصیه‌های اخلاقی زیادی در مورد تشکیل خانواده و تلاش برای حفظ آن با نیت تقرب به ذات اقدس وی در متون اسلامی آمده است (نواح و حیدری نژاد، ۱۳۹۷). اما خیانت، یکی از دلایل اصلی طلاق زوجین و موضوعی اصلی برای زوج درمانگران در کار بالینی است، که اطلاعات کمی از افراد مستعد و زمینه‌های افزایش خیانت وجود دارد (راسموسن، میلار و ترنچاک، ۲۰۱۸؛ آداماپولو، ۲۰۱۳؛ میشل و اوککوکو، ۲۰۱۴). در تجربه خیانت برخی از همسران سعی می‌کنند بر موانع و تجارب تلخ زندگی خود غلبه یابند و آن را از بین ببرند، در حالی که دسته دیگر خود را قربانی تجارب تلخ محیط می‌دانند. بنابراین یکی از عواملی که در این زمینه نقش اساسی و جدی دارد، میزان تاب‌آوری است. به دیگر سخن یکی از عواملی که تعیین‌کننده پاسخ‌های افراد در مقابل رویدادهای استرس‌آفرین زندگی افراد می‌باشد، میزان تاب‌آوری آن‌ها می‌باشد. تاب‌آوری از سازه‌های مهم در روانشناسی است که به تعالی فکری و تجربه‌پذیری فرد در مقابله با شرایط نامطلوب زندگی اشاره دارد (حقایق، ۱۳۹۹). تاب‌آوری یک ساختار چند بعدی است (شول و دانوف، ۲۰۲۱)؛ به این ترتیب، بسیاری از منابع تاب‌آوری شامل عوامل روانشناختی، اجتماعی، محیطی و بیولوژیکی شناسایی شده است (براون و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، درک کامل‌تر عوامل مبتنی بر تاب‌آوری، و راه‌های تقویت و ارتقای تاب‌آوری در افراد، کمک ارزشمندی به تحقیقات ارائه می‌کند. (ملانی، شواندت، کولینز، رامچدانی، ۲۰۲۴)

یو، پنگ، چن، لانگ، وانگ (۲۰۱۴) تاب‌آوری را توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی - روانی - معنوی در شرایط دشوار یا خطرناک تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های انجام شده در حوزه تاب‌آوری و خیانت حاکی از آن است که میزان تاب‌آوری همسران آسیب دیده از خیانت نسبت به همسرانی که چنین تجربه‌ای نداشتند پایین‌تر است (سالاری فیض آباد، نورانی پور، زهراکار، ۱۳۹۹). از متغیرهای مهم و تاثیرگذار دیگر در این زمینه که در دهه‌های اخیر محققان آن را با جنبه‌های مختلف زندگی انسان‌ها به صورت گسترده مورد مطالعه قرار داده‌اند، سازگاری زناشویی می‌باشد. مفهوم سازگاری زناشویی جایگاه برجسته‌ای را در مطالعه ارتباطات خانوادگی و زناشویی به خود اختصاص داده است و معمولاً سازگاری و رضایت زناشویی به جای هم بکار برده می‌شوند. برای توصیف سازگاری زناشویی از اصطلاحات متعددی مانند رضایت‌مندی، سازش، خشنودی، موفقیت و کیفیت زناشویی استفاده شده است (ماتلو، ارکات، ییلدریم و گوندوغدو، ۲۰۱۸). رضایت دونفری^۱ میزان شادکامی در روابط و همچنین فراوانی تعارضات تجربه شده در روابط را نشان می‌دهد. همبستگی دونفری^۱ به این موضوع اشاره دارد که چند وقت یکبار، یک زوج همراه هم درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند. توافق دونفری^۱ میزان موافقتی است که زوج‌ها در مورد موضوعات مهم نظیر اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات دارند. ابراز محبت^۲ نیز مربوط به این است که چند وقت یکبار، زوجین به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند (علی اکبری دهکردی، محمدی، علیپور و محتشمی، ۱۳۹۱). در این میان همسران خیانت‌دیده برای برقراری ارتباط و حفظ رابطه صمیمانه مشکلات شدید و فراگیری را تجربه می‌کنند و

1. Weiser et al.
2. Rasmussen, Millar & Trenchuk
3. Adamopoulou
4. Michael & Okechukwu
5. Shevell & Denov
6. Brown et al.
7. Melanie . Schwandt , Cullins & Ramchandani
8. Mutlu, Erkut, Yıldırım & Gündoğdu
9. Dyadic Satisfaction
10. Dyadic Cohesion
11. Dyadic Consensus
12. Affectional Expression

در واقع مشکل ناسازگاری زناشویی بیش از هر مقوله دیگر سبب آشفتگی بین فردی این زوجین می شود. بطوری که بررسی همه گیرشناسی پژوهش ها نشان می دهد که ناسازگاری زناشویی یک عامل خطرزای مهم برای دلزدگی زناشویی، خیانت و طلاق محسوب می گردد (مؤنی جاوید، شعاع کاظمی و پورشهریاری، ۱۳۹۰). بنابراین شفقت در این میان دارای اهمیت ویژه است. شفقت را می توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، سیستم لذت و سیستم تسکین. سیستم تهدید وظیفه اش پایش خطرات و مقابله با آن هاست و هیجانات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها است و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم تسکین، تنظیم کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است (گیلبرت، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر شفقت در تلاش برای دستیابی به ذهنی شفقت ورز است که متشکل از توانایی دلسوز بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین توانایی دریافت شفقت از طرف دیگران است (گیلبرت، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر شفقت می تواند انعطاف پذیری را در جمعیت های مختلف، با افزایش تأثیر مثبت و کاهش تأثیرات منفی پیش بینی کند (چوانگ، وی وو، وانگ، ۲۰۲۴). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). بنابراین افرادی که شفقت بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند (همچون خیانت) با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می شوند احساسات منفی کمتری را تجربه میکنند. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات و وقایع منفی عمل می کند. افرادی که شفقت بالایی دارند از آنجا که با سختگیری کمتر خودشان و دیگران را مورد قضاوت قرار می دهند؛ وقایع منفی زندگی را راحت تر می پذیرند و خودارضایی ها و واکنش هایشان دقیق تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی شان است (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت در بسیاری از تحقیقات با گروه نمونه مختلف تایید شده است؛ به عنوان مثال نتایج پژوهش اریلماز، ییلدیریم-کور تولوش و یلدریم^۴ (۲۰۲۴) نشان می دهد افزایش شفقت به خود می تواند بر تاب آوری تأثیر مثبت بگذارد. این پتانسیل مداخله های متمرکز بر شفقت به خود را برای افزایش تأثیرات مثبت و کاهش تأثیرات منفی برجسته می کند و در نتیجه تاب آوری فعلی و آینده را بهبود می بخشد. راب، وینتر، وارث، استوفل، موسر و همکاران^۵ (۲۰۲۳) در پژوهشی بیان کردند مداخلاتی که باعث افزایش شفقت به خود می شود می تواند منجر به بهبود رضایت زناشویی و ثبات شود، به ویژه در زوج هایی که با چالش هایی روبرو هستند. همچنین نتایج پژوهش رئیسی شیخ ویسی و چرامی (۱۳۹۸) نشان دهنده اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری و تاب آوری زوجین بود. مطالعاتی مشابه توسط حسنی، رضازاده، قنبری پناه و خوش خبر (۱۴۰۰)؛ اسدی بیجائی، امیری مجد، قمری و فتحی اقدام (۱۴۰۰)؛ اکبرپور، شریفیان و اسمخانی اکبری نژاد (۱۴۰۰)؛ نواب، دهقانی و کرباسی عامل (۱۳۹۸) انجام شد که نتایج مشابهی را نشان داد. همچنین اجزای خودشفقت، مانند خودمهربانی و کنترل، به طور قابل توجهی به تاب آوری و سلامت روان مثبت کمک می کنند و نشان می دهد که مداخله های مبتنی بر شفقت ممکن است انعطاف پذیری را در بین افراد جامعه افزایش دهد و رفاه کلی را ارتقا دهد. (چوانگ و همکاران، ۲۰۲۴)

با توجه به مطالب مطرح شده و نتایج پژوهشها درمان مبتنی بر شفقت از درمان های جدید حوزه سلامت روان بوده که در دهه اخیر توجه محققین را به خود جلب نموده و در مطالعات اندکی اثربخشی آن بر متغیرهای وابسته حاضر در زوجین مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر این مسئله مدنظر است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است؟

1. Gilbert & Lad
2. Chuang, Wei Wu & Wang
3. Irons & Lad
4. Eryilmaz, Yıldırım-Kurtuluş & Yıldırım
5. Raab et al.

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی، از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، به همراه مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش کلیه زنانی بودند که از طرف همسرشان مورد خیانت قرار گرفته بودند و از طریق فراخوان اعلام‌شده مراجعه و یا از مراکز مشاوره شاهین‌شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تعداد ۶۴ نفر معرفی شدند و از این جامعه، ۴۸ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با استناد به تعداد نمونه رایج در مطالعات تجربی که حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و همچنین ریزش احتمالی تا رسیدن به حجم مطلوب ادامه داشت. در این پژوهش سه گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه، ۴۵ نفر و با احتساب ۲۰ درصد ریزش، ۵۷ نفر، بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش، از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس نمونه انتخاب شده به‌صورت تصادفی (جایگزینی تصادفی بر اساس روش هم‌تاسازی گروه‌ها مبتنی بر داده‌های به‌دست‌آمده اولیه) در دو گروه مداخله و گواه جایگزین شدند. قابل ذکر است در نهایت با توجه به در نظر گرفتن معیارهای خروج و کناره‌گیری برخی از شرکت‌کنندگان، داده‌های ۴۸ نفر (۳ گروه ۱۶ نفره) مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ضمن ارائه دستورالعمل‌های آزمون‌ها مواردی از قبیل هدف از اجرای پژوهش، لزوم پاسخ‌دهی به تمام سؤالات پرسشنامه‌ها و اطمینان از محرمانه‌ماندن در رعایت اصل رازداری و حق خروج از پژوهش در هر مرحله از تحقیق به اطلاع آن‌ها رسید. از ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان جنسیت زن، تجربه خیانت همسر، سن زیر ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه، وجود تعارضات و مشکلات مربوط به رضایت در روابط زوجی آن‌ها، تمایل به ادامه رابطه زناشویی با همسر خود، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در حین جلسات گروه‌درمانی، علاقه به شرکت در جلسات آموزشی و متعهد شدن به حضور در جلسات آموزشی درمانی (به‌صورت فردی) و نداشتن اعتیاد بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در هر یک از جلسات درمانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، وجود اختلالات روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری بود. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل: آزمون موچلی، آزمون ام‌باکس، آزمون لون و آزمون تعقیبی بنفرونی از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار پژوهش

سؤالات عمومی (جمعیت‌شناختی): در سؤالات عمومی اطلاعات کلی و جمعیت‌شناختی در رابطه با پاسخ‌دهندگان جمع‌آوری شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفا کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بدست آمده است. محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا

۰/۶۴ بدست آورد. روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ بود. پایایی پرسشنامه تاب‌آوری در پژوهش کردمیرزانیکوزاده (۱۳۸۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر^۱ (DAS): پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر توسط گراهام بی اسپانیر در سال ۱۹۷۶ منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می‌کنند، تنظیم شده است. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. سؤالات خرده مقیاس ها از این قرار است: رضایت زناشویی: ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی دو نفری: ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق دو نفری: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ ابراز محبت: ۴، ۶، ۲۹، ۳۰. نمره گذاری براساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود و برای افزایش اطمینان مقیاس، تعدادی از سوالات به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده است، بنابراین برخی از سوالات مستلزم معکوس کردن جهت نمره‌گذاری است. نمره نهایی میزان سازگاری زناشویی از جمع کردن نمره‌های فرد در تمامی پرسشها و خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره کل مجموع سوالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بهتر و نمرات پایینتر نشانه سازگاری پایینتر است. از نظر اسپانیر افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد، مشکل‌دار و ناسازگار محسوب شده و افراد دارای نمرات بالاتر از ۱۰۱ سازگار به حساب می‌آیند. میانگین نمرات زوج‌های سازگار در مطالعه اسپانیر ۱۱۴/۷ و در زوج‌های ناسازگار ۷۰/۷ بود (اسپانیر، ۱۹۷۶). نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است و همسانی درونی خرده مقیاسها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). اسپانیر (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را در کل نمرات ۰/۹۶ برآورد کرده است، همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است: رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۲ به دست آمد. (ثنایی، ۱۳۷۹؛ حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸). این مقیاس در سال ۱۳۷۴ در ایران ترجمه و اجرا و هنجاریابی شده است. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶. مقیاس فرعی اول ۰/۶۸ و مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵ و مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱ و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱ به دست آمده است (حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ به دست آمد و اعتبار این مقیاسی در همبستگی بامقیاس رضایت زناشویی لاک و والاس نیز ۰/۸۶ محاسبه شده است (ثنایی، ۱۳۷۹؛ رسولی و فرحبخش، ۱۳۸۸).

جلسات درمانی

آموزش مبتنی بر شفقت: محتوای جلسات مداخله مبتنی بر شفقت بر اساس مفاهیم و بسته درمانی متمرکز بر شفقت خود گیلبرت (۲۰۰۹) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ گیلبرت، ۲۰۱۴). شرح مختصر محتوایی جلسات مداخله در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
جلسه دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
جلسه سوم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب مشارکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت"
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به مشارکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راه‌کارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

نتایج

جدول ۲- ویژگی جمعیت

گروه درمان مبتنی بر شفقت					کنترل
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۳۰-۲۰	۴	۲۳/۵	۲	۱۱/۸	۲
۴۰-۳۱	۱۱	۶۴/۷	۱۳	۷۶/۵	۱۳
۵۰-۴۱	۲	۱۱/۸	۲	۱۱/۸	۲
دیپلم	۵	۲۹/۴	۳	۱۷/۶	۳
کارشناسی	۱۰	۵۸/۸	۹	۵۲/۹	۹
کارشناسی ارشد	۲	۱۱/۸	۵	۲۹/۴	۵
خانه دار	۶	۳۵/۳	۷	۴۲/۱	۷
شاغل بخش دولتی	۹	۵۲/۹	۹	۵۲/۹	۹
شاغل بخش خصوص	۲	۱۱/۸	۱	۵/۹	۱
۰۱	۲۱۲	۷۰/۱۱۶/۸	۱	۵/۹	۱
۲	۳	۱۷/۶	۴	۲۳/۵	۴
۳ و بیشتر	۰	۰	۱	۵/۹	۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد اکثریت شرکت کنندگان در هر سه گروه در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار دارند (۶۴/۷ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۷۶/۵ درصد گروه کنترل)، سطح تحصیلات کارشناسی (۵۸/۸ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۵۲/۹ درصد گروه کنترل)، شاغل در بخش دولتی (۵۲/۹ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۴۷/۱ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۵۲/۹ درصد گروه کنترل)، شاغل دارای یک فرزند (۷۰/۶ درصد گروه درمان مبتنی بر شفقت، ۷۰/۶ درصد گروه آموزش تصویرسازی ارتباطی، ۶۴/۷ درصد گروه کنترل) هستند. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون X^2 بزرگتر از ۰/۰۵ گزارش شده است، مشخص شد که گروه‌ها از لحاظ دامنه سنی، سطح تحصیلات، شاغل در بخش دولتی، شاغل دارای یک فرزند و تعداد فرزند هم‌تا هستند.

جدول ۳- اطلاعات متغیر توصیفی تاب آوری

گروه‌ها					
مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۴۳/۳۹	۲/۹۶	۵۵/۴۱	۲/۶۴	۵۶/۴۱	۲/۰۹
۴۴/۹۵	۲/۲۸	۴۳/۵۵	۲/۷۲	۴۳/۴۵	۳/۱۸

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میانگین متغیر تاب آوری گروه درمان مبتنی بر شفقت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۴۳/۳۹، ۵۵/۴۱ و ۵۶/۴۱ با انحراف معیار ۲/۹۶، ۲/۶۴ و ۲/۰۹ است؛ همچنین در گروه کنترل میانگین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۴۴/۹۵، ۴۳/۵۵ و ۴۳/۴۵ با انحراف معیار ۲/۲۸، ۲/۷۲ و ۳/۱۸ است.

جدول ۴- اطلاعات متغیر توصیفی سازگاری زناشویی

گروه ها	مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر شفقت	۶۶/۵۴	۴/۳۴	۷۲/۸۱	۵/۰۰	۷۳/۴۷	۴/۵۷
	۲۰/۳۲	۳/۰۳	۲۱/۷۱	۳/۰۷	۲۱/۷۱	۲/۶۸
	۹/۳۷	۱/۸۱	۱۰/۴۵	۲/۲۰	۱۰/۵۳	۱/۸۷
	۲۸/۶۹	۲/۰۷	۳۱/۱۲	۲/۹۷	۳۱/۶۵	۲/۷۸
	۸/۱۶	۰/۹۹	۹/۵۳	۱/۰۰	۹/۵۹	۱/۴۶
کنترل	۶۶/۶۶	۴/۷۸	۶۵/۷۵	۳/۶۶	۶۶/۱۹	۴/۶۷
	۱۹/۹۶	۳/۲۶	۱۹/۹۲	۲/۷۸	۱۹/۵۹	۲/۹۹
	۱۰/۰۰	۲/۰۶	۹/۸۹	۱/۵۹	۹/۸۹	۲/۰۰
	۲۸/۷۵	۲/۲۴	۲۸/۲۸	۱/۹۴	۲۸/۶۸	۲/۰۱
	۷/۹۶	۱/۱۸	۷/۶۶	۱/۰۷	۸/۰۲	۱/۱۲

نتایج جدول ۴ نشان می دهد میانگین متغیر سازگاری زناشویی گروه درمان مبتنی بر شفقت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۶۶/۵۴، ۷۲/۸۱ و ۷۳/۴۷ با انحراف معیار ۴/۳۴، ۵/۰۰ و ۴/۵۷ است؛ همچنین در گروه کنترل میانگین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۶۶/۶۶، ۶۵/۷۵ و ۶۶/۱۹ با انحراف معیار ۴/۷۸، ۳/۶۶ و ۴/۶۷ است.

فرضیه ۱: درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری زنان با تجربه خیانت همسر موثر می باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
تاب آوری	اثر زمان	۶۹۷/۴۷	۱/۲۱	۵۷۲/۹۴	۶۳/۲۵	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۱۵۳۳/۶۹	۱	۱۵۳۳/۶۹	۱۴۶/۹۲	P<۰/۰۰۱
	اثر زمان × اثر گروه	۱۱۱۰/۵۵	۱/۲۱	۹۱۲/۲۶	۱۰۰/۷۱	P<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که f مشاهده شده اثر زمان برای متغیر تاب آوری برابر با $۶۳/۲۵$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برابر با $۱۴۶/۹۲$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه برابر با $۱۰۰/۷۱$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است؛ تمامی این ضرایب نشانگر آن هستند که درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری زنان با تجربه خیانت همسر موثر است و این فرضیه تایید می‌شود.

جدول ۶- نتایج آزمون بنفرونی

متغیر			زمان‌ها			درمان مبتنی بر شفقت			گروه کنترل		
			تفاوت میانگین			خطای استاندارد			تفاوت میانگین		
			Sig			خطای استاندارد			Sig		
تاب آوری	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۲/۰۱*	۱/۰۲	$P<۰/۰۰۱$	۱/۴۰	۰/۸۹	$P>۰/۰۵$	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
	پیش آزمون	پیگیری	-۱۳/۰۱*	۱/۰۰	$P<۰/۰۰۱$	۱/۴۹	۰/۸۷	$P>۰/۰۵$	پیش آزمون	پیگیری	پیگیری
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۰۰*	۰/۳۷	$P<۰/۰۰۱$	۰/۰۹	۰/۳۴	$P>۰/۰۵$	پس آزمون	پیگیری	پیگیری

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر تاب آوری در گروه درمان مبتنی بر شفقت برابر با $۱۲/۰۱$ و $۱۳/۰۱$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار گزارش شده است ($P<۰/۰۰۱$)، در حالیکه تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر تاب آوری در گروه کنترل برابر با $۱/۴۰$ و $۱/۴۹$ بزرگتر از سطح معناداری $۰/۰۵$ گزارش شده است ($P>۰/۰۵$).

جدول ۷- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
سازگاری زناشویی	اثر زمان	۲۰۲/۹۸	۱/۸۳	۱۱۰/۷۷	۳۱/۲۸	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۵۷۲/۳۲	۱	۵۷۲/۳۲	۱۰/۴۱	P<۰/۰۰۱
	اثر زمان × اثر گروه	۳۰۲/۲۲	۱/۸۳	۱۶۴/۹۲	۴۶/۵۸	P<۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	اثر زمان	۸/۴۴	۲	۴/۲۲	۴/۹۳	P<۰/۰۱
	اثر گروه	۵۱/۶۷	۱	۵۱/۶۷	۲/۰۷	P>۰/۰۵
	اثر زمان × اثر گروه	۱۴/۷۲	۲	۷/۳۶	۸/۶۰	P<۰/۰۰۱
همبستگی دو نفری	اثر زمان	۵/۷۸	۲	۲/۸۹	۶/۵۶	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۰/۹۰	۱	۰/۹۰	۰/۰۸	P>۰/۰۵
	اثر زمان × اثر گروه	۸/۶۳	۲	۴/۳۱	۹/۸۰	P<۰/۰۰۱
توافق دو نفری	اثر زمان	۳۶/۹۸	۱/۵۷	۲۳/۵۴	۱۱/۶۸	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۹۳/۷۳	۱	۹۳/۷۳	۶/۸۲	P<۰/۰۱
	اثر زمان × اثر گروه	۴۹/۷۷	۱/۵۷	۳۱/۶۹	۱۵/۷۲	P<۰/۰۰۱
ابراز محبت	اثر زمان	۱۰/۱۵	۲	۵/۰۷	۹/۵۹	P<۰/۰۰۱
	اثر گروه	۳۷/۲۵	۱	۳۷/۲۵	۱۲/۷۲	P<۰/۰۰۱
	اثر زمان × اثر گروه	۱۳/۴۵	۲	۶/۷۲	۱۲/۷۱	P<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که f مشاهده شده اثر زمان برای متغیر سازگاری زناشویی برابر با ۳۱/۲۸ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برابر با ۱۰/۴۱ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه برابر با ۴۶/۵۸ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ تمامی این ضرایب نشانگر آن هستند که درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر موثر است و این فرضیه تایید می شود. همچنین f مشاهده شده اثر زمان برای مولفه های رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۴/۹۳، ۶/۵۶، ۱۱/۶۸ و ۹/۵۹ در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر گروه برای مولفه های توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۶/۸۲ و ۱۲/۷۲ در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱ معنادار است، f مشاهده شده اثر زمان و گروه نیز برای مولفه های رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت به ترتیب برابر با ۸/۶۰، ۹/۸۰، ۱۵/۷۲ و ۱۲/۷۱ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۸- نتایج آزمون بنفرونی

متغیر	زمان ها		درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۲۷	۰/۵۸	P<۰/۰۰۱	۰/۹۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۶/۹۳	۰/۶۱	P<۰/۰۰۱	۰/۵۴
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۶	۰/۴۵	P>۰/۰۵	۰/۶۴
رضایت زناشویی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۹	۰/۲۰	P<۰/۰۰۱	۰/۰۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۳۸	۰/۳۵	P<۰/۰۰۱	۰/۲۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۴	۰/۴۱	P>۰/۰۵	۰/۲۹
همبستگی دونفره	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۰۸	۰/۱۶	P<۰/۰۰۱	۰/۱۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۱۵	۰/۲۲	P<۰/۰۰۱	۰/۱۷
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۰	P>۰/۰۵	۰/۳۰
توافق دونفره	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۴۲	۰/۶۱	P<۰/۰۰۱	۰/۴۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۹۵	۰/۵۲	P<۰/۰۰۱	۰/۲۷
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۵۲	۰/۲۴	P>۰/۰۵	۰/۳۹
ابراز محبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۷	۰/۱۵	P<۰/۰۰۱	۰/۲۹
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۴۳	۰/۲۳	P<۰/۰۰۱	۰/۱۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۵	۰/۱۶	P>۰/۰۵	۰/۳۶

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر سازگاری زناشویی در گروه درمان مبتنی بر شفقت برابر با -۶/۲۷ و -۶/۹۳ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است (P<۰/۰۰۱)، درحالی که تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون و تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پیگیری متغیر سازگاری

زناشویی در گروه کنترل برابر با ۰/۹۱ و ۰/۴۷ بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش شده است ($P > ۰/۰۵$) همچنین تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پیگیری مولفه‌های سازگاری زناشویی نیز در گروه درمان مبتنی بر شفقت معنادار گزارش شده است ($P < ۰/۰۰۱$) درحالی‌که تفاوت میانگین‌ها در گروه کنترل بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش شده است ($P > ۰/۰۵$).

یافته ها

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین گروه‌های مداخله و گواه در متغیر تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا نمود و در گروه گواه تغییری مشاهده نشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر اثربخش است. این نتیجه با نتایج مطالعات راب و همکاران (۲۰۲۳)، اریلماز و همکاران (۲۰۲۴)، استین^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، کاچر^۲ و همکاران (۲۰۲۳)، گو^۳ و همکاران (۲۰۲۳)، دمتریو^۴ و همکاران (۲۰۲۳)، و باگ و همکاران^۵ (۲۰۲۲)؛ و همچنین مطالعات ولی زاده و همکاران (۱۴۰۲)، روحی مطلق و همکاران (۱۴۰۱)، اکبرپور و همکاران (۱۴۰۰)، ترخان (۱۴۰۰) همسو می‌باشد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر تاب‌آوری گروه‌های نمونه مختلف تایید نمودند. در تبیین یافته ابتدا باید گفت که در زنان با تجربه خیانت همسر، تاب‌آوری به شدت کاهش می‌یابد. ازسویی احساس عدم توانایی، فقدان کنترل بر شرایط زندگی، عدم توانایی لازم در سازگاری با موقعیت، کیفیت زندگی این زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ در نتیجه کنترل مشکلات مربوط به شرایط، این افراد را نیازمند آموزش‌های ویژه در زمینه تاب‌آوری در رابطه با شرایط خود می‌نماید. لذا با فنون شفقت به خود، به افراد آموزش می‌دهند که تا با سخت‌گیری کمتری خودشان را مورد قضاوت و داوری قرار دهند و نسبت به خودشان شفقت داشته باشند و وقایع دردناک و رنج آور زندگی را راحت‌تر بپذیرا باشند و به آن‌ها به‌عنوان وقایع طبیعی زندگی نگاه کنند (سنبل و گانری، ۲۰۱۹). آموزش شفقت به خود به افراد اجازه می‌دهد تا نسبت به خود رفتاری غیرقضاوتی داشته باشند و به آن‌ها کمک می‌کند اهداف موردنظر در زندگی را مشخص کنند و اعتماد به نفس خود را برای توسعه مسیرهای محتمل برای رسیدن به اهداف افزایش دهند. به علاوه، افراد دارای سطوح بالاتر شفقت به خود، تمایل دارند که با عدم موفقیت خود با انطباق‌پذیری بیشتری مقابله نمایند، بجای اینکه در ارزیابی منفی و هیجان دچار نشخوار فکری شوند. بنابراین، آنها به احتمال زیاد در رسیدن به اهداف موردنظر تلاش بیشتری می‌کنند، پایداری بیشتری ایجاد می‌کنند و انگیزه بالاتری را حتی در شرایط چالش‌برانگیز حفظ می‌کنند. به نوبه خود، تفکر امیدوارکننده بالاتر و انگیزه مبتنی بر هدف ممکن است رضایت بیشتری از زندگی ایجاد کند (کاچر و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور کلی می‌توان آموزش مبتنی بر شفقت موجب می‌شود زنان با تجربه خیانت همسر در مهارت‌های مهم و ضرورت تغییر در رفتارهای سبک زندگی و نیز مدیریت کردن جنبه‌های روانی و هیجانات منفی مبتنی بر شرایط خود، به این درک برسند که می‌توانند شرایط زندگی خود را کنترل کرده و از پیشرفت آن به سوی عواقب نامطلوب و جبران ناپذیر آن جلوگیری به عمل آورند که این خود منجر به ایجاد و افزایش میزان تاب‌آوری زنان با تجربه خیانت همسر می‌گردد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین گروه‌های مداخله و گواه در متغیر سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر سازگاری زناشویی در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا نمود و در گروه گواه تغییری مشاهده نشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش سازگاری زناشویی زنان با تجربه خیانت همسر اثربخش است. این نتیجه با نتایج مطالعات این نتیجه با نتایج مطالعات چلداوی و همکاران

1. Austin
2. Kuchar
3. Guo
4. Demetriou
5. Bag et al.
6. Sünbül & Güneri

(۱۴۰۲)، فاریابی و همکاران (۱۴۰۰)، فاریابی و همکاران (۱۳۹۹)، بخشی و صادقی^۱ (۲۰۲۳)، سانتر-بالارجن^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، و بی‌بی^۳ و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد که نقش و اثربخشی شفقت را بر سازگاری زناشویی در گروه‌های نمونه مختلف تایید کردند. در تبیین نتایج می‌توان گفت شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (موسوی و همکاران، ۱۴۰۰). نتیجه پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد دارای خودشفقتی بیشتر، بهتر می‌توانند با شکست عاطفی مقابله کنند. افرادی که در این پژوهش نمره‌های بالایی در خودشفقتی کسب کردند در حقیقت افرادی بودند که با خودشان با مهربانی و توجه رفتار می‌کردند. دست به قضاوت و خودداری نمی‌زدند و شکست را به‌عنوان تجربه‌ای مشترک که ممکن است برای هر کسی پیش بیاید می‌دیدند (فاریابی و همکاران، ۱۴۰۰). در تبیینی دیگر افراد می‌آموزند که تخلیه هیجانی مناسبی با شفقت ورزی داشته باشند، نحوه تفکر و رفتار را نسبت به خودشان شناسایی کنند و این سبب می‌گردد شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با همسر خود ارتقا دهند و با نگرستن به طرف روشن قضا و مشکلات بین شخصی زناشویی و ادراک بیشتر همسر، ارتباط صمیمی بیشتری با همسر خود برقرار سازند و این نوع آموزش بر برداشت از رفتار همسر و درک بالاتر، بروز هیجان شادی و کاهش تعارضات در زندگی زناشویی اثربخش بوده است؛ بنابراین خود شفقت ورزی می‌تواند یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند، بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه حل جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند و در نهایت این ویژگی‌ها موجب سازگاری زناشویی و ابراز محبت در زنان با تجربه خیانت همسر می‌گردد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه پژوهش حاضر منحصر در شهر شاهین شهر اصفهان و جامعه زنان انجام گرفته است، لذا تعمیم آن به دیگر شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پیشنهاد می‌گردد: در پژوهش‌های بعدی از اثربخشی درمان در مردان و مکان‌ها و گروه‌های دیگر استفاده گردد. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از این درمان به مراکز درمانی و کلینیک‌های مشاوره، به منظور کمک به افزایش تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در زنان با تجربه خیانت همسر پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله مستخرج از رساله دکتری با کد اخلاق به شناسه IR. IAU. RASHT. REC. 1401. 051 از کمیته اخلاق، مصوبه تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۰۹ رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد رشت است.

حمایت مالی: پژوهش حاضر با حمایت مالی نویسنده اول مقاله انجام شده است

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان (زنان مراکز مشاوره شاهین شهر اصفهان) که به سئوالات پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

تعارض منافع

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

منابع

- اسدی بیجائی، جهان سادات؛ امیری مجد، مجتبی؛ قمری، محمد؛ فتحی اقدم، قربان. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر رضایت از زندگی و تاب آوری زنان سالمند. روان شناسی پیری، ۱۷(۱)، ۶۷-۵۵. DOI: 10.22126/jap.2021.6210.1509.
- <file:///C:/Users/NAHID-PC/Downloads/13000514000105-1>
- اکبرپور، مرتضی؛ شریفیان قاضی جهانی، مریم؛ اسمخانی اکبری نژاد، هادی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم، ۹(۴)، ۶۰-۷۰.
- <http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.4.60>
- ترخان، مبینا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب آوری تحصیلی و امیدواری دانش آموزان پسر اهل کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه. نشریه پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۸(۳۲)، ۱۸-۹.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش ازدواج و خانواده. تهران: انتشارات بعثت، ۵۹-۶۳.
- چلداوی، رحیم؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ و امان الهی، عباس. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سازگاری پس از طلاق زنان طلاق گرفته. روانشناسی اجتماعی، ۱۱(۶۷)، ۳۵-۵۰.
- حسینی، فریبا؛ رضازاده، محمدرضا؛ قنبری پناه، افسانه؛ خوش خبر، عباس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران با نشانگان دل زدگی زناشویی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۷(۳)، ۶۴-۵۲. <http://dx.doi.org/10.29252/ijrn-06041>
- حسینی نسب، سید داوود؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ فتوحی بناب، سکینه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۴(۱۴)، ۶۲-۴۹.
- حقایق، سید عباس. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور. مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت، ۷(۲)، ۲۵-۲۵.
- <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-866-fa.pdf>. ۱۳
- رسولی، زینب؛ فرحبخش، کیومرث. (۱۳۸۸). رابطه سبکهای دلبستگی و منبع کنترل با سازگاری زناشویی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۴(۱۳)، ۱۷-۲۴.
- روحی مطلق، شراره؛ افتخار صعادی، زهرا؛ مکوندی، بهنام؛ حافظی، فریبا. (۱۴۰۱). بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام. پژوهش نامه زنان، ۱۳(۳۹).
- رئیس شیخ ویسی، احمد؛ چرامی، مریم. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر سازگاری زناشویی زوجین. سومین کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روان شناسی. <https://civilica.com/doc/919819>
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهران؛ صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانشیزشکی و روانشناسی بالینی ایران، پاییز ۱۳۸۶، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی؛ و دربانی، سیدعلی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. روانشناسی خانواده، ۳(۲)، ۴۵-۵۸.
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ محمدی، اعظم؛ علی پور، احمد؛ محتشمی، طیه. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افزایش مؤلفه های سازگاری زناشویی در مبتلایان به واژینیس موس. مشاوره کاربردی، ۲(۱)، ۶۲-۴۹.
- <https://jac.scu.ac.ir>

فاریابی، ظهیرالدین؛ خیاطان، فلور؛ منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بسته شفقت درمانی بخشش محور و بخشش درمانی بر مدیریت خشم، سازگاری زناشویی و فرکانس عشق در زنان دارای تعارضات زناشویی. طلوع بهداشت، ۱۹(۶)، ۹۴-۷۷.

فاریابی، ظهیرالدین؛ خیاطان، فلور؛ و منشئی، غلامرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دو نوع درمان شفقت‌درمانی بخشش‌محور مبتنی بر تعارضات زناشویی و درمان مبتنی بر شفقت بر خشم و سازگاری زناشویی زنان. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۲(۴۷)، ۷۸-۶۵.

کردمیرزانی‌کوزاده، عزتاله. (۱۳۸۸). الگویانیزیستی-روانی-معنوی در افراد وابسته و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روانشناسی مثبت نگر، رساله دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه عالمه طباطبایی.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

موسوی، مهدیه سادات؛ بخشی‌پور، ابوالفضل؛ و مهدیان، حسین. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر سازگاری اجتماعی زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی. مجله اصول بهداشت روانی، ۲۳(۴)، ۲۹۸-۲۸۵.

مؤمنی جاوید، مهرآور؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ پورشهریاری، مه‌سیما. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد بین فردی بر بهبود روابط زناشویی مادران خیانت دیده. مطالعات روان‌شناختی، ۱۱(۲)، ۱۱۴-۸۷.

نواب، مژگان؛ دهقانی، اکرم؛ کرباسی عامل، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی. سلامت روان کودک (روان کودک)، ۶(۱)، ۲۵۰-۲۳۹.

نواح، عبدالرضا؛ حیدری‌نژاد، سارا. (۱۳۹۷). شناسایی عوامل مؤثر در خشونت علیه زنان شهر اهواز. فصلنامه زن و جامعه، ۹(۴)، ۱۳۳-۱۵۲.

ولی زاده، حدیث؛ احمدی، وحید؛ و میرشکار، ساره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۸(۶۹)، ۲۶۵-۲۵۷.

Adamopoulou, E. (2013). New facts on infidelity. *Economics Letters*, 121(3), 458-462.

Austin, J., Drossaert, C. H. C., & Bohlmeijer, E. T. (2023). Self-compassion as a resource of resilience. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Eds.), *Handbook of self-compassion* (pp. 165-182). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_10

Bag, S. D., Kilby, C. J., Kent, J. N., Brooker, J., & Sherman, K. A. (2022). Resilience, self-compassion, and indices of psychological wellbeing: a not so simple set of relationships. *Australian Psychologist*, 1-9.

Bakhshi, S., & Sadeghi, M. (2023). Developing a model of marital adjustment based on self-compassion, marital intimacy and job satisfaction in married female teachers. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 25-34.

Bibi, S., Masood, S., Ahmad, M., & Bukhari, S. (2017). Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults. *Foundation University Journal of Psychology*, 2(2), 52-66.

Brown, L., Cohen, B., Costello, R., Brazhnik, O., & Galis, Z. (2023). Conceptualizing a resilience research framework at the national institutes of health. *Stress Health*, 39 (S1) (2023), pp. 4-9. <https://doi.org/10.1002/smi.3260>

Chuang, Shu. Ping., Wei Wu Jo Yung. , & Wang. (2024). Self-Compassion, Resilience and Mental Health in Community Adults. *American Journal of Health Promotion*. Volume 38, Issue 8. <https://doi.org/10.1177/08901171241254930>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. DOI: 10.1002/da.10113
- Demetriou, L., Hatz, V., & Hadjicharalambous, D. (2023). The Role of Self-Compassion in Predicting Psychological Resilience and Adaptive Responses during the Covid19 Pandemic. *Medical Research Archives*, 11 (1), DOI: <https://doi.org/10.18103/mra.v11i1.3499>
- Eryilmaz, A., Yıldırım-Kurtuluş, H., & Yıldırım, M. (2024). A cross-sectional and longitudinal study on the mediation effect of positive and negative affects in the relationship between self-compassion and resilience in early adolescents. *Children and Youth Services Review*. Volume 161, June 2024, 107669. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107669>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. DOI: 10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 3123. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.586161
- Guo, T., Jiang, D., Kuang, J., Hou, M., Gao, Y., Herold, F., ... & Chen, Y. (2023). Mindfulness group intervention improved self-compassion and resilience of children from single-parent families in Tibetan areas. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101743. DOI: 10.1016/j.ctcp.2023.101743
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Kuchar, A. L., Neff, K. D., & Mosewich, A. D. (2023). Resilience and Enhancement in Sport, Exercise, & Training (RESET): A brief self-compassion intervention with NCAA student-athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 67, 102426. DOI: 10.1016/j.psychsport.2023.102426
- Melanie, L., Schwandt, A., Eva Cullins, B., Vijay, A., Ramchandani. (2024). The role of resilience in the relationship between stress and alcohol . *Neurobiology of Stress*, Volume 31, July 2024, 100644. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2024.100644>
- Michael, E. J., & Okechukwu, C. I. (2014). Handling Marital Infidelity: The Hosea Example. *International Journal of Innovative Research and Development*|| ISSN 2278– 0211, 3(1), 13.
- Raab, A., Winter, F., Warth, M., Stoffel, M., Moessner, M., & et al. (2023). Current depressive disorder: A randomized-controlled trial. A compassion-based treatment for couples with the female partner suffering from current depressive disorder: A randomized-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. Volume 342, 1 December 2023, Pages 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.136>
- Rasmussen, K. R., Millar, D., & Trenchuk, J. (2018). Relationships and Infidelity in Pornography: An Analysis of Pornography Streaming Websites. *Sexuality & Culture*, 1-14.
- Santerre-Baillargeon, M., Rosen, N. O., Steben, M., Pâquet, M., Macabena Perez, R., & Bergeron, S. (2018). Does self-compassion benefit couples coping with vulvodynia? Associations with psychological, sexual, and relationship adjustment. *The Clinical Journal of pain*, 34(7), 629-637.
- Shevell, M.C., & Denov, M.S. (2023). A multidimensional model of resilience: family, community, national, global and intergenerational resilience. *Child Abuse Negl.* 119 (Pt 2) . <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105035>

- Sünbula, Z. A., & Güneri, O. Y. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139, 337–342. <https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>
- Weiser, D. A., Weigel, D. J., Lalasz, C. B., & Evans, W. P. (2017). Family background and propensity to engage in infidelity. *Journal of Family Issues*, 38(15), 2083-2101.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>

Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Resilience and Marital Adjustment in Women Experiencing Spousal Infidelity

Meysam Hasoomi¹, Leyla Moghtader², Bahman Akbari³

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of compassion-based therapy on resilience and marital adjustment in women who have experienced spousal infidelity. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design including a control group, along with a two-month follow-up phase. The statistical population consisted of women who had been cheated on by their husbands and had referred to counseling centers in Shahinshahr, Isfahan, in 2022 through an announced call for participants. From this population, 48 eligible volunteers were selected using a convenience sampling method. Ultimately, 48 participants (3 groups of 16) were analyzed. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale and the Spanier Dyadic Adjustment Scale. The experimental group received compassion-based therapy training for 8 sessions, each lasting 90 minutes, once a week, while no intervention was provided to the control group. The results indicated statistically significant improvements in resilience and marital adjustment, including its subcomponents (marital satisfaction, dyadic cohesion, dyadic consensus, and expression of affection), from pretest to posttest and follow-up in the experimental group, whereas no significant changes were observed in the control group. These findings suggest that compassion-based therapy is effective in enhancing resilience and marital adjustment in women affected by spousal infidelity and can be considered a beneficial therapeutic approach in counseling settings.

Keywords: Compassion-based therapy, Resilience, Marital adjustment, Women, Infidelity

1. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
meysam.hasoomi@iau.ac.ir

2. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (Corresponding Author)
Leila.moghtader@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
bahmanakbari@iau.ac.ir