



## Comparison of the effect of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy on Self-efficacy and Mind Rumination in University student Married Women in Azad University

Mansoorah Nasirharand, PhD Students

General Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Behnam Makvandy, Ph.D

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

Reza Pasha, Ph.D

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

Sasan Bavi, Ph.D

Assistant Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on self-efficacy and mental rumination of married women university students of Ahvaz Azad University. This research was applied research in terms of purpose, and semi-experimental in terms of method with pre-test, post-test with control group and one-month follow-up period. The present study population included all married women students of Ahvaz Azad University in 1398, from which 60 students with a history of marriage of 1 to 5 years were selected as the sample group, and then 20 of them were randomly selected in the group. Schema experiment and 20 people were assigned to the compassion experimental group and 20 people to the control group. All three groups answered general self-efficacy questionnaire (Scherer, 1981) and Mind ruminant questionnaire (Yousefi, 2005). Participants in the schema experimental group received 8 sessions of 90-minute schema therapy and the compassion experimental group received 8 sessions of 90-minute empathy-focused therapy based on Gilbert's concepts. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance. The results of this study showed that schema therapy has no significant effect on women's self-efficacy but has an effect on women's rumination ( $p \leq 0.05$ ). Also, the results showed that compassion-focused therapy had no significant effect on rumination and self-efficacy in women ( $p \leq 0.05$ ). The results showed that there was no significant difference between schema therapy and compassion-focused therapy in terms of effectiveness on self-efficacy and mental rumination and self-efficacy ( $p \leq 0.05$ ).

**Keywords:** self-efficacy, compassion-focused therapy, Schema therapy, mental rumination, married women university students.

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد

منصوره نصیرهراند

دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

بهنام مکوندی\*

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

رضا پاشا

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

ساسان باوی

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

### چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز بود. این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها ۶۰ دانشجویی که سابقه تأهل آنها بین ۱ تا ۵ سال بود به عنوان گروه نمونه انتخاب شده، و در ادامه بصورت تصادفی ۲۰ نفر از آنها در گروه آزمایش طرحواره و ۲۰ نفر در گروه آزمایش شفقت و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. هر سه گروه به پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی (Scherer, 1981) و نشخوار ذهنی (Yousefi, 2005) پاسخ دادند. گروه آزمایشی طرحواره در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی و گروه آزمایش شفقت نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر خودکارآمدی زنان اثر معنی داری ندارد اما بر نشخوار ذهنی زنان، اثرگذار است ( $p \leq 0.05$ ). همچنین، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار ذهنی و خودکارآمدی زنان تأثیر معنی داری ندارد ( $p \leq 0.05$ ). نتایج حاکی از آن بود که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی و خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p \leq 0.05$ ).

**واژگان کلیدی:** خودکارآمدی، درمان متمرکز بر شفقت، طرحواره درمانی، نشخوار ذهنی، زنان متأهل دانشجوی.

## مقدمه

زن زیباترین واژه آفرینش و موثرترین عامل تربیت و نگاهبان سلامت روحی، روانی و جسمانی فرزند و جامعه است. زن سازنده خانواده است و خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی جامعه می‌باشد؛ لذا می‌توان گفت که زن سازنده جامعه بوده و قادر است جامعه را به سمت سعادت و تعالی و یا به سمت انحراف و فساد سوق دهد. زنان نیمی از جمعیت فعال جامعه را شامل می‌شوند و نقش بسیار مهم مادری و همسری را بر عهده دارند. بسیاری از ویژگی‌ها و خصوصیات روانی آنان می‌تواند به خانواده منتقل شده و بر سلامت خانواده تأثیر بگذارد (Nouri, 2018).

خودکارآمدی به عنوان پشتیبان احساس و تفکر در چگونگی رفتار افراد از جمله زنان تفاوت ایجاد می‌کند. خودکارآمدی پایین با نتایج ضعیف در کار، عزت نفس ضعیف و افکار منفی در مورد قابلیت‌ها و رشد شخصی فرد همراه است و خودکارآمدی قوی فرد را به یک احساس قوی از شایستگی هدایت می‌کند که این به فرایندهای شناختی و عملکرد فرد در حیطه‌های مختلف کمک می‌کند (Vasile, Marhan, Mihaela Singer & Stoicescu, 2011). طبق نظریه و تحقیقات بندورا (Bandura, 1997) خودکارآمدی، نحوه تفکر، احساس و رفتار افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حیطه تفکر، باور خودکارآمدی بالا، فرایندهای شناختی و نحوه عملکرد را در موقعیت‌های مختلف مانند کیفیت تصمیم‌گیری تسهیل می‌کند. در حیطه رفتاری، خودکارآمدی می‌تواند روی انتخاب فعالیت‌های فرد تأثیر بگذارد. در حیطه احساس نیز داشتن خودکارآمدی پایین با استرس، افسردگی، اضطراب و خودپنداره پایین همراه است (Cheraghi & Yousefi, 2019). با توجه به مطالب بیان شده شکی نیست که زنان دارای خودکارآمدی بالاتر می‌توانند زندگی زناشویی بهتر و با کیفیت تری را داشته باشند. پژوهش‌ها نیز تأیید کرده‌اند که زنان دارای خودکارآمدی بالاتر، از سازگاری زناشویی بالاتری برخوردارند (Shahbazi and Kafi Masouleh, 2018).

به نظر می‌رسد نشخوار ذهنی زنان نیز یکی از عوامل دخیل در زندگی زناشویی و مدیریت آن است. نشخوار ذهنی به

عنوان تمرکز تکراری بر افکار و عواطف منفی در مورد یک عامل استرس‌زا تعریف می‌شود (Broderick, 1998). در نشخوار ذهنی، تمرکز فرد به صورت غیرارادی بر افکار منفی و بدبینانه (Joorman, 2005) همراه با سوگیری در توجه نسبت به محرک منفی می‌باشد (Gotlib, Krasnoperova, Neubauer Yue & Joorman, 2004). دشواری در کنترل هیجان‌های منفی باعث می‌شود که فرد به سمت نشخوار ذهنی منفی کشانده شود. زنان فکر می‌کنند که از لحاظ اجتماعی توانایی کمتری نسبت به مردان در کنترل هیجان‌های خود دارند؛ چرا که آنها از همان کودکی، راهبردهای مقابله‌ای فعال را نیاموخته‌اند. زنان به طور مداوم، سطوح بالاتر نگرانی و نشخوار ذهنی را گزارش می‌کنند (Robichaud, Dugas, & Conway, 2003). زنان بیشتر از مردان اعتقاد دارند که کنترل هیجان‌های منفی مانند غم، ترس و خشم مشکل است.

عوامل مختلفی می‌توانند موجب تأثیر گذاری و تغییر در متغیرهای خودکارآمدی و نشخوار ذهنی شوند. در این میان، طرحواره درمانی نقش بسزایی دارد. رویکرد طرحواره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است. طرحواره درمانی که یانگ معرفی کرده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (Nik Amal, Salehi & Barmas, 2018). (Aghili & Rezaei, 2018) نشان دادند که طرحواره درمانی در افزایش احساس خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه موثر است. همچنین نتایج پژوهش (Rezaei, Ghadampur, Rezaei, Kazemi, 2015) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش نشخوار ذهنی می‌گردد.

در جهت تأثیرگذاری بر متغیرهای پژوهش، سازه شفقت به خود نقش برجسته‌ای دارد. شفقت به خود گرایش به آرام کردن خود با مهربانی و درک غیرقابل قضاوت در مواقع سختی و رنج است (Wilson, Mackintosh, Power & Chan, 2018).

پرخوری، افسردگی، اضطراب و دیابت است (Shonin et al., 2017). نتایج پژوهش (Noorbala, Borjali & Noorbala, 2013) و (Ghanavati, Bahrami, Godarzi, Rouzbahani, 2018)، (Cuppige et al., 2017) و (Hadian & Jabalameli, 2019) تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود افسردگی و اضطراب و نشخوار ذهنی نشان دادند. همچنین نتایج پژوهش (Valizadeh et al., 2018) نشان داد بسته آموزشی متمرکز بر شفقت موجب افزایش خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شده است. همچنین (Shahar et al., 2015) دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت میتواند طرحواره‌های ناسازگار و نشخوار ذهنی را کاهش و هیجانات مثبت و خودکارآمدی را در آنها افزایش دهد.

با توجه به مطالب بیان شده در اثرگذاری طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای روانشناختی پژوهش از آنجایی که تأثیرپذیری این متغیرها در کنار یکدیگر با استفاده از طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و مقایسه این دو تأثیر در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده اند؛ بنابراین، در این پژوهش، به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز پرداخته شد.

#### فرضیه‌های پژوهش

۱. طرحواره درمانی بر خودکارآمدی زنان متأهل دانشجوی اثربخش است.
۲. طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی اثربخش است.
۳. درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی زنان متأهل دانشجوی اثربخش است.
۴. درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی اثربخش است.
۵. بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی زنان متأهل دانشجوی تفاوت وجود دارد.
۶. بین اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی تفاوت وجود دارد.

شفقت به خود را به عنوان سازه ای سه مولفه ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده اند. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (Saadati, Rostami & Darbani, 2021). بر اساس اثرات مثبت شفقت به خود، گیلبرت این سازه را وارد فضای جلسات درمان کرد و در نهایت، نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد. سیر تاریخی شکل گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی رفتاری است (Gilbert, 2009). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (Gilbert, 2006). درمان مبتنی بر شفقت حدود بیست سال پیش خیلی ساده با این شناخت که افراد زیادی نمی‌توانند احساس پذیرش با خود داشته باشند شروع شد. ابتدا به افراد کمک شد تا ندای درونی مهربانی در مقابل افکار مقابله ای شان ایجاد کنند که همراه گرمی، مهربانی و حمایت باشد. این نشان داد که احساس پذیرش و مهربانی مبنای بسیاری از مشکلات روانی است. درمان مبتنی بر شفقت قصد دارد تا به افراد کمک کند تا هیجانات، انگیزش و شایستگی پذیرش را بدست بیاورند که این هیجانات کمک می‌کند تا فرد شفقت به خود را تجربه کند (Gilbert, 2014). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر ایجاد و رشد هیجانات مربوط به پذیرش خود و دیگران تمرکز دارد و به صورت خاص برای افرادی با سطح شرم و خودانتقادی بالا طراحی شده است، زیرا افراد دارای این مشکلات اغلب سطح بالایی از تهدیدهای بیرونی شامل ترس، انتقاد و طرد و تهدیدهای درونی شامل خود انتقادی، شکست و نفرت را تجربه می‌کنند (Gale, Gilbert, Read and Goss, 2014). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد چنین روش درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت متوسط در شفقت و سایر نتایج سلامت روان می‌شوند (Kirby, Tellegen & Steindl, 2017). همچنین مداخلات درمانی مبتنی بر شفقت مؤثر برای روان‌پریشی، اختلال

## روش

(۰/۶۱) به دست آمده از ۲ مقیاس عزت نفس و خود ارزیابی با مقیاس خودکارآمدی در جهت تأیید روایی سازه این مقیاس بود (Arabian et al., 2005). شرر (Scherer, 1981) اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۷۶ ذکر می‌کند.

**پرسشنامه نشخوار ذهنی یوسفی:** این پرسشنامه توسط یوسفی (Yousefi, 2005) ساخته شد. این آزمون شامل ۳۹ سوال چهارگزینه‌ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه بندی می‌شود و نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می‌آید. یوسفی به منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه نشخوار ذهنی (۲۱۱ نفر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه نشخوار ذهنی افسرده ساز را اجرا کرد. اعتبار همزمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد محاسبه شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد، اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده بالینی و گروه غیر بالینی بررسی شد. همسانی دورنی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک ( $r=0/051$ ) و با شادانی آکسفورد ( $r=0/053$ ) به دست آمد که هر دو از لحاظ آماری معنادار بودند. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات دورنی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۲) برخوردار است (Azargoon et al., 2010). همچنین در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه نشخوار ذهنی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۳ درصد محاسبه شد.

**شرح مختصر دوره آموزشی**

طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی شرکت کنندگان اجرا شد. شرح جلسات آموزشی طرحواره درمانی در جدول ۱ آمده است.

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی، و از لحاظ روش گردآوری داده از نوع تحقیقات آزمایشی میدانی به شیوه پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز در سال ۱۳۹۸ بود که با روش در دسترس، از بین جامعه پژوهشی، ۶۰ نفر از زنان متأهل دانشجوی که سابقه تاهل آنها بین ۱ تا ۵ سال بود انتخاب شده و به صورت تصادفی ۲۰ نفر از آنها در گروه آزمایش طرحواره و ۲۰ نفر در گروه آزمایش شفقت و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طرحواره، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره درمانی، و گروه آزمایش شفقت درمانی نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت قرار گرفتند. گروه کنترل نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه به پرسشنامه‌های زیر پاسخ دادند.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر:** بمنظور سنجش باورهای خودکارآمدی زنان، از پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران (Scherer et al., 1981) استفاده شد. این مقیاس که برای خودکارآمدی عمومی در نظر گرفته شده، دارای ۱۷ ماده می‌باشد. برای اولین بار در ایران (Asgharnejad et al., 2007) به ترجمه این مقیاس پرداختند و روایی و پایایی آن را در نمونه ۳۴۴ نفر دانشجوی کارشناسی سال ۱۳۸۲ دانشگاه شهید بهشتی بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ این پژوهش ۸۳ به دست آمد. و همچنین تحلیل عامل اکتشافی حاکی از وجود سه عامل بوده است. در پژوهش (Jahani, 2010) با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی برابر با ۰/۷۴ بدست آمد. در پژوهشی که به منظور بررسی اعتبار و روایی این مقیاس، توسط براتی انجام گرفت، مقیاس بر روی ۱۰۰ آزمودنی که دانش آموزان سوم دبیرستان بودند اجرا شد؛ همبستگی

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی طرحواره درمانی (بانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

جلسه	عنوان جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	برقراری ارتباط و معرفی اعضاء، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن، شناخت مشکل فعلی
جلسه دوم	آموزش در مورد طرح واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	آموزش طرح واره‌های ناسازگار، اولیه، انواع و مشخصات آن، توضیح سبک‌های مقابله ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی، فعلی و طرح واره‌ها
جلسه سوم	راهبردهای شناختی	ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، اجرای آزمون اعتبار طرح واره، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره
جلسه چهارم	تکنیک‌های شناختی	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای افراد، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان، آموزش تدوین وساختارهای آموزشی
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	ارائه منطق تکنیک تجربی واهداف آن، تصویر سازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی
جلسه ششم	الگو شکنی رفتاری	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای، خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی، و مشخص کردن مشکل سازترین، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار
جلسه هفتم	تکنیک‌های رفتاری	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی
جلسه هشتم	جمع بندی و اختتام	خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام شده، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضاء، ارائه پس آزمون مربوط، تشکر و خداحافظی

درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

ساختار کلی درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ساختار کلی درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان آزار عاطفی و خودشفقتی اعضاء، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آوزش خود شفقتی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیت افراد دارای شفقت و مروری بر خود شفقتی اعضا
جلسه سوم	آموزش و پرورش خود	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

شفقتی اعضا	خود تخریب گرانه، شرم، همدردی با خود؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
جلسه چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و یافته‌ها تحلیل شدند و شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و شاخص آمار استنباطی شامل بررسی پیش فرض‌های آزمون واریانس و آزمون‌های تحلیل واریانس شامل تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) و در متن مانکوا تک متغیری (آنکوا) استفاده شد.

جدول ۳. نتایج توصیفی نتایج توصیفی خودکارآمدی و نشخوار ذهنی در درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره درمانی و کنترل در

### دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	شاخص‌های آماری	پس‌آزمون	پیگیری
خودکارآمدی	درمان متمرکز بر شفقت	میانگین	۶۵/۱۳	۶۴/۱۲
	طرحواره درمانی	انحراف معیار	۷/۶۵	۶/۶۷
		میانگین	۵۹/۲۰	۵۷/۸۶

۸/۸۲	۸/۱۰	انحراف معیار	کنترل	درمان متمرکز بر شفقت	نشخوار ذهنی
۵۹/۵۰	۶۱/۶۰	میانگین			
۱۲/۰۱	۱۳/۰۸	انحراف معیار			
۵۱/۸۰	۵۳/۸۰	میانگین	کنترل	طرحواره درمانی	نشخوار ذهنی
۸/۵۱	۹/۹۷	انحراف معیار			
۴۷/۳۳	۵۰/۱۳	میانگین			
۱۴/۱۲	۱۳/۶۲	انحراف معیار	کنترل	طرحواره درمانی	نشخوار ذهنی
۵۷/۸۰	۶۰/۱۳	میانگین			
۱۱/۵۰	۱۲/۵۸	انحراف معیار			

ذهنی متفاوت هستند و فرض همگنی واریانس‌ها رد می‌شود. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلک در مورد متغیر خودکارآمدی، نشخوار ذهنی در مورد هر سه گروه در همه موارد غیرمعنی دار است که نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها دارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. پیش فرض خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون این متغیرها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۵ به دست آمد که مورد تأیید است. آزمون لوین در متغیر نشخوار ذهنی ( $F=۰/۴۹$  و  $p=۰/۶۱$ )، خودکارآمدی ( $F=۰/۳۹$ ) و  $p=۰/۶۷$ )، معنی دار نیست. بنابراین واریانس دو گروه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در خودکارآمدی، نشخوار

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
خودکارآمدی	۱۰۰/۴۴	۲	۵۰/۲۲	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۰۵	۰/۱۶
نشخوار ذهنی	۴۸۳/۲۸	۲	۲۴۱/۶۴	۴/۹۷	۰/۰۰	۰/۲۲	۰/۹۳

کوواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد لذا از آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته بونفرنی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه در متغیر وابسته نشخوار ذهنی ( $F=۴/۹۷$  و  $P\leq ۰/۰۰$ ) معنی‌دار می‌باشد اما در خودکارآمدی ( $F=۰/۹۸$  و  $P=۰/۳۸$ ) معنی‌دار نمی‌باشد. اما با توجه به اینکه در این پژوهش سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل

جدول ۵. تشخیص نتایج آزمون پیگیری بونفرنی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	مقایسه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	درمان متمرکز بر شفقت	۱/۳۳	۳/۵۰	۱
		۴/۱۴	۳/۰۹	۰/۵۶
	طرحواره درمانی	۱-۳۳	۳/۵۰	۱
		۲/۸۱	۳/۱۸	۱
		-۴/۱۴	۳/۰۹	۰/۵۶
		-۲/۸۱	۳/۱۸	۱
نشخوار ذهنی	درمان متمرکز بر شفقت	۳/۲۸	۳/۴۲	۱
		-۶/۰۵	۳/۰۱	۰/۱۵
	طرحواره درمانی	-۳/۲۸	۳/۴۲	۱
		-۹/۳۳	۳/۱۰	۰/۰۱
		۶/۰۵	۳/۰۱	۰/۱۵
		۹/۳۳	۳/۱۰	۰/۰۱

متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته خودکارآمدی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه برابر با ۱/۳۳ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ ) که معنی‌دار نیست. بنابراین فرضیه ۵، مورد تأیید قرار نگرفته است. از این رو، می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

هم‌چنین مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته نشخوار ذهنی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه برابر با ۳/۲۸ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ ) که معنی‌دار نیست. از این رو، فرضیه ۶ نیز مورد تأیید قرار نگرفته است. بنابراین، می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر نشخوار ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، مقایسه میانگین‌های گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته خودکارآمدی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۲/۸۱ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ )؛ بنابراین فرضیه ۱، مورد تأیید قرار نگرفته است. همچنین مقایسه میانگین‌های درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیر وابسته خودکارآمدی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۴/۱۴ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ )؛ بنابراین فرضیه ۳ نیز مورد تأیید قرار نگرفته است.

تفاوت میانگین طرحواره درمانی با گروه کنترل در متغیر وابسته نشخوار ذهنی ۹/۳۳ و سطح معنی‌داری آن  $p \leq 0/05$  می‌باشد؛ بنابراین با تأیید فرضیه ۲، می‌توان گفت طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی زنان متأهل مؤثر است. اما مقایسه میانگین‌های درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیر وابسته نشخوار ذهنی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۶/۰۵ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ )؛ بنابراین فرضیه ۴، مورد تأیید قرار نگرفته است.

هم‌چنین مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان



جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
خودکارآمدی	۱۸۰/۷۰	۲	۹۰/۳۵	۱/۵۹	۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۱۹
نشخوار ذهنی	۵۵۸/۰۹	۲	۲۷۹/۰۴	۵/۶۱	۰/۰۰	۰/۲۴	۰/۹۴

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه در متغیر وابسته نشخوار ذهنی ( $F=1/59$ ) و ( $P>0/05$ ) در مرحله پیگیری معنادار می‌باشد اما برای متغیر خودکارآمدی ( $F=5/61$  و  $P>0/05$ ) معنی‌دار نمی‌باشد. با توجه به اینکه در این پژوهش سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد لذا از آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته بونفرنی استفاده گردید (جدول ۷).

جدول ۷. نتایج آزمون پیگیری بونفرنی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پیگیری

متغیرها	مقایسه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	درمان متمرکز بر شفقت	۱/۰۳	۳/۶۹	۰/۳۳
	طرحواره درمانی	-۱/۰۳	۳/۶۹	۰/۶۲
	کنترل	-۵/۳۲	۳/۲۵	۰/۳۳
	طرحواره درمانی	-۴/۲۹	۳/۳۵	۰/۶۲
نشخوار ذهنی	درمان متمرکز بر شفقت	۳/۸۹	۳/۴۶	۰/۸۰
	طرحواره درمانی	-۶/۲۳	۳/۰۵	۰/۱۴
	کنترل	-۳/۸۹	۳/۴۶	۰/۸۰
	طرحواره درمانی	-۱۰/۱۳	۳/۱۳	۰/۰۰
خودکارآمدی	کنترل	۶/۲۳	۳/۰۵	۰/۱۴
	طرحواره درمانی	۱۰/۱۳	۳/۱۳	۰/۰۰
	طرحواره درمانی	۱/۰۳	۳/۶۹	۰/۳۳
	کنترل	-۱/۰۳	۳/۶۹	۰/۶۲

چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، مقایسه میانگین‌های گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری ۱۰/۱۳ و سطح معنی‌داری آن  $p\leq 0/05$  می‌باشد؛ بنابراین با تائید فرضیه می‌توان گفت طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی زنان متأهل در مرحله پیگیری مؤثر است. اما مقایسه میانگین‌های درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیر وابسته نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۶/۲۳ می‌باشد ( $p\leq 0/05$ )؛ بنابراین این فرضیه مورد تایید قرار نگرفته است.

هم‌چنین مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان

چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، مقایسه میانگین‌های گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته خودکارآمدی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۴/۲۹ می‌باشد ( $p\leq 0/05$ )؛ بنابراین این فرضیه مورد تایید قرار نگرفته است. مقایسه میانگین‌های درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیر وابسته خودکارآمدی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها ۵/۳۲ می‌باشد ( $p\leq 0/05$ )؛ بنابراین این فرضیه مورد تایید قرار نگرفته است.

چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین

بهبود خودکارآمدی گردد (عقیلی و رضایی، ۱۳۹۸). اما در زنان متاهل که مراجعان و گروه مداخله این پژوهش را تشکیل می‌دادند، عوامل بسیار بیشتری می‌توانست در شکل‌گیری خودکارآمدی آنها تاثیر داشته باشد و لذا علت عدم معنی‌داری نتایج می‌تواند به همین موضوع برگردد.

همچنین یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی زنان متاهل دانشجو مؤثر بود. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید شد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Aghili & Rezaei, 2018) مطابقت دارد. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد مدل طرحواره درمانی بر نقش نشخوار ذهنی و سایر طرحواره‌های هیجانی در افسردگی تأکید زیادی دارد. با توجه به اینکه که آسیب‌های روانشناختی ناشی از طلاق به علت تبعیض‌های جنسیتی در جامعه، در زنان بیشتر نمود پیدا می‌کند، لزوم مداخله‌های روانشناختی را برای این گروه ضروری می‌سازد. یکی از مداخلات نسبتاً جدید در زمینه مشکلات روانشناختی و همچنین آسیب‌های خانودگی، رویکرد طرحواره درمانی است. بر اساس مدل طرحواره درمانی، افراد در صورت ارزیابی منفی هیجان‌ها به این نتیجه می‌رسند که هیجان‌ها مسأله ساز بوده و مداوم درباره‌ی تجربه‌ی هیجانی خود به نشخوار ذهنی، تفکر منفعل و تکرار شونده درباره‌ی نشانه‌های افسردگی، پیامدها و دلایل احتمالی این نشانه‌ها می‌باشد. به این دلیل هدف درمان‌های موج سوم بویژه درمان طرحواره‌های هیجانی و فراشناختی کاهش یا از بین بردن نشخوار ذهنی می‌باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی زنان متاهل دانشجو اثربخش نیست؛ بنابراین فرضیه ۳ نیز مورد تأیید قرار نگرفت. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Valizadeh et al., 2018) و (Shonin et al., 2017) مطابقت نداشت. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد درمان متمرکز بر شفقت، به عنوان یک روش چند بعدی از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند. این روش، مراجعان را به درک و احساس شفقت نسبت به خود، در طول فرآیندهای تفکر منفی بوسیله تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند. در درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد

متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته خودکارآمدی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه برابر با ۱/۰۳ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ ) که معنی‌دار نیست. می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر خودکارآمدی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

هم‌چنین مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه برابر با ۳/۸۹ می‌باشد ( $p \leq 0/05$ ) که معنی‌دار نیست. می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و نشخوار ذهنی زنان متاهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز بود. نتایج حاکی از آن بود که طرحواره درمانی بر خودکارآمدی زنان متاهل دانشجو اثربخش نیست. بنابراین، فرضیه ۱ رد شد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Rezaei, Ghadampour & Kazemi, 2016) مطابقت نداشت. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد با توجه به اهمیت نقش زن در خانواده، شناسایی طرح‌واره‌ها می‌تواند به ما کمک کند تا مشکلاتی که منجر به روش‌های تربیتی ناسالم و والدگری ناکارآمد می‌شود، را شناسایی کرده و با ارائه راهکارهای مناسب و آموزش‌های لازم در جهت بهبود آنها، اقدامات لازم را انجام داد. رویکرد طرحواره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است. طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری و خودکارآمدی بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است و با استفاده از تکنیک‌هایی که در فرآیند درمان استفاده می‌کند، می‌تواند باعث

میباشد. همچنین با توجه به اهمیت سلامت روان انسان و میزان بالای شیوع افسردگی و نشخوارهای فکری در بین زوجین و همچنین با توجه به نیاز به بررسی اثربخشی این درمان در فرهنگ شرقی و با توجه به اینکه در داخل کشور کمتر به درمان متمرکز بر شفقت خصوصاً در بین زوجین پرداخته شده است، اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش احساس می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین، فرضیه ۵ نیز رد شد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Cuppige et al., 2017) و (Shahar et al., 2017) مطابقت ندارد. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد (Cuppige et al., 2017) در پژوهشی نشان دادند که شفقت درمانی بر فرآیندهای بالقوه تغییرموتور می‌باشد. همچنین (Shahar et al., 2015) دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار و نشخوار ذهنی را کاهش و هیجانات مثبت و خودکارآمدی را در آن‌ها افزایش دهد. بنابراین، رویکردهای خود شفقت ورزی و طرحواره درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از تعارضات زناشویی، در زنان آسیب دیده از طلاق می‌تواند بسیار کمک دهنده باشد. از این نظر دارای اهمیت فراوانی هستند. این دو رویکرد حتی از پیامدهای منفی تعارضات زناشویی میکاهد و توان فرد را برای رویارویی با مشکلات و ترمیم رابطه زناشویی یاری می‌دهد.

از سوی دیگر، نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر نشخوار ذهنی بود. از این رو، فرضیه ۶ نیز مورد تأیید قرار نگرفت. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Nameni et al., 2020)، (Shokhmgar, 2017) و (Shahar et al., 2015) مطابقت نداشت. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد اشکال مختلفی از درمان‌های روان شناختی برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین شده است که می‌توان به رفتاردرمانی، روان درمانی بین فردی، و شناخت درمانی اشاره کنیم. رویکرد طرحواره درمانی از طریق استفاده از راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت مراجع و همچنین به واسطه کاهش

دیدگاهی جدید به افرادی که پیوسته از خود انتقاد می‌کنند، کمک می‌شود تا به رشد و بالندگی دست پیدا کنند و در تصمیم‌گیری‌ها به انتخاب گزینه‌هایی بپردازند که در توان آنها است و بجای آنکه در شکست‌ها و ناکامی‌ها از خود انتقاد کنند و قضاوت گرایانه و نامهربانانه با خود برخورد کنند؛ نسبت به ضعف خود پذیرش داشته باشند که این امر می‌تواند به تدریج بهبود دهنده خودکارآمدی افراد باشد (صادق زاده، درتاج، قائمی و فرخی، ۱۴۰۰). همه عوامل ذکر شده به تأکید بیش از حد درمان متمرکز بر شفقت بر هیجانات فرد مراجع اشاره دارد. اما در جریان شکل‌گیری خودکارآمدی عواملی مانند تجربه‌های گذشته فرد می‌تواند بسیار نقش داشته باشد. لذا نادیده گرفتن آنها می‌تواند تأثیرگذاری این روش درمانی بر خودکارآمدی را کاهش دهد و این نتیجه‌ای است که در این پژوهش بدست آمده است و تغییر معنی‌داری در نتایج مرتبط با خودکارآمدی دیده نشده است.

همچنین، نتایج حاکی از عدم اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار ذهنی زنان متأهل دانشجوی بود. بنابراین، فرضیه ۴ نیز رد شد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Shonin et al., 2014)، (Gale et al., 2017) و (Kirby et al., 2017) مطابقت نداشت. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روانشناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است. برپایه روانشناسی تحولی، علم عصب پایه عاطفی، فلسفه عملی بودیستی و نظریه تکاملی، نوع کاملی از رفتار درمانی تجربی را تدوین کرده است که با نام "درمان متمرکز بر شفقت" شناخته می‌شود. که می‌تواند بعنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد. در مطالعات اخیر نشان داده شده است که عمده ترین عنصر تأثیرگذار در درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و با موضوع خود سرزنشگری در افراد دچار افسردگی میباشد. بنابراین اثربخشی این درمان بر نشخوارگری افراد مورد تأیید قرار گرفته است و از آنجاکه یکی از حیطه‌های مهم و مورد بررسی در افسردگی، نشخوار فکری افراد میباشد و از طرفی این نشخوارگری‌ها می‌تواند در افسردگی تأثیرگذار باشد لذا درمان و کنترل این نشخوارگری‌ها از اهمیت بالایی برخوردار

### اخلاق پژوهش

در این پژوهش علاوه بر نوشتن راهنما در ابتدای پرسشنامه، در اجرای پژوهش هدف از اجرا به‌روشنی برای آنان توضیح داده شد؛ همچنین به آنان اطمینان داده شد که یافته‌های آنان محرمانه است و در مقاله‌ای بدون ذکر اطلاعات شخصی آن‌ها به چاپ خواهد رسید. سپس شرکت‌کنندگان فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. در صورت عدم رضایت یکی از همسران، پرسشنامه در اختیار هر دو زن و شوهر قرا داده نشد. علاوه‌براین در تمام متن مقاله امانت‌داری در استفاده از منابع داخلی و خارجی و دقت در استناددهی رعایت شده است.

### منابع

- Aghili, Seyed Mojtaba., & Rezaei, Sakineh. (2018). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on self-efficacy and life expectancy of divorced women and its effect on early maladaptive patterns of female children. *Fourth International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences*. (In Persian).
- Arabian, Dr. Mohammad Karim Khodapanahi, Mahmoud Heidari, Bahram Saleh Sadeghpour, (2004). Investigating the Relationship between Self-Efficacy Beliefs on Mental Health and Students' Academic Success, *Psychology Quarterly*, 8 (4), 360. (In Persian).
- Azargoon, H. Kajbaf, M. B. Molavi, H. Abedi, M.R. (2010). The Effect of Mindfulness Training on Mental Rumination and Depression of the Students of Isfahan University, *Journal of Daneshvar Behavior*, 34, 13. (In Persian).
- Broderick, P. C. (1998). Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. *The Journal of Early Adolescence*, 18(2), 173–191.
- Cheraghi, A., Yousefi, F. (2019). The investigation of mediating role of academic motivation in the relationship between self-efficacy and academic procrastination. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(2), 34-47. (In Persian).
- Cuppige, j., Baird, K., Gibson, j., Booth, R, Hevey, D.

رفتارهای مخل زندگی و مداخله‌کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ذهن آگاهی یا هشیاری فراگیر)، به فرد کمک می‌کند تا آنها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد تا بتواند تعارض‌های زناشویی خود را کاهش بدهد.

### محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش تاثیر تعدادی از متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم و عدم کنترل تعدادی از آن‌ها بوسیله‌ی محقق، محدودبودن نتایج به زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز و نیاز به رعایت جانب احتیاط در تعمیم نتایج به زنان متأهل دانشجوی دانشگاه‌های شهرهای دیگر استان و کشور، احتمال سوء گیری آزمودنی در استفاده از پرسشنامه به دلیل اینکه پرسشنامه یک روش خودگزارش دهی است، بود.

### پیشنهاد‌های پژوهشی و کاربردی

به منظور رفع محدودیت‌های ذکر شده، می‌توان پیشنهادات پژوهشی و کاربردی ذیل انجام گیرد:

با توجه به این که اثر آموزش‌ها و تکنیک‌های آموزشی برای پاسخ‌دهی به زمان بیشتری نیاز دارند، به نظر می‌رسد که نتایج باید با احتیاط بیشتری تفسیر شوند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سطوح شناختی مختلف به صورت مستقل مورد توجه قرار گیرند و طرح‌های پژوهشی مناسبی در این زمینه طرح ریزی گردد. توصیه می‌شود دوره طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی را به صورت برنامه ریزی شده در خانواده‌ها اجرایی کنند. توصیه می‌شود کتابچه طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی را در بین خانواده‌ها انتشار دهند. مهمترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی آن در زمینه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در جامعه باشد. این روش می‌تواند بمنظور کاهش تعارضات و خشونت میان زوجین، ارتقاء روابط زوجی و خودکارآمدی و کاهش نشخوار ذهنی به روانشناسان، روانپزشکان، مشاوران و مددکاران و کلیه متخصصان دست اندرکار در حوزه‌ی مسائل زناشویی و ازدواج پیشنهاد گردد.

- Cambridge University Press.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48, 778–792.
- Nikamal, M., Salehi, M., Bermas, H. (2018). Effectiveness of Schema Therapy based on Emotional on Marital satisfaction, of Couple. *Journal of Psychological Studies*, 13(4), 157-174. (In Persian).
- Noorbala, F., Borjali, A., Noorbala, A. (2013). The interaction effect between "Self-Compassion" and "Rumination" of depressed patients in "Compassion Focused Therapy", *Daneshvar Medicine*, 20(104), 77-84. (In Persian).
- Nouri, Fatemeh. (2018). *Evaluation of the effectiveness of yoga training on marital satisfaction and women's happiness*. Master Thesis of Karaj Branch of Azad University. (In Persian).
- Rezaei, M., Ghadampur, E., Rezaei, M., Kazemi, R. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Rumination and Severity of Depression in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 7(4), 45-58. (In Persian).
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501-516.
- Saadati, N., Rostami, M., Darbani, S. (2021). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Journal of Family Psychology*, 3(2), 45-58. (In Persian).
- Shahar, B., Szepeswol, O., Zilcha, M., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., Levit-Binnun, N. (2015). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism, *Clin Psychol Psychother*. 22(4):346-356.
- Shahbazi, S. Kafi Masuleh, M. (2018). Comparing the Relationship Between Self Efficacy and Marital Satisfaction In Polycystic Ovary Syndrome and (2017). Compassion Focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group potential processes of change. *British journal of clinical psychology; wiley online library*.
- Gale, Corinne, Gilbert, Paul, Read, Natalie and Goss, Ken. (2014). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 21, 1–12.
- Ghanavati, S., Bahrami, F., Godarzi, K., Rouzbahani, M. (2018). Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 7(27), 152-168. (In Persian).
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Adv Psychiatr treat*; 15: 199–208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Neubauer Yue, D., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 127–135.
- Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion –focused therapy (cft) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Stud Med Sci*. 2019; 30 (2) :86-96. (In Persian).
- Jahani, Saifullah (2010). *Relationship between life skills awareness level and self-efficacy beliefs in Shahid Beheshti University students*. Master Thesis of Shahid Beheshti University. (In Persian).
- Joorman, J. (2005). *Inhibition, rumination and mood regulation in depression*. In R. W., G., U.V., & D. N. (Eds.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology: Attention, working memory, and executive functions* (pp. 275–312). New York:

- on compassion and mindfulness and its impact on self-efficacy activation. *Quarterly of Educational Measurement*, 9(33), 1-21. (In Persian).
- Vasile, C., Marhan, AM., Mihaela Singer, F., & Stoicescu, D. (2011). Academic self-efficacy and cognitive load in students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 12, 478-482.
- Wilson, A., & Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 979-995.
- Healthy Female Cases, *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 26(104), 31-40. (In Persian).
- Shokhmgar, Z. (2017). Effectiveness of Schema Therapy on reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. *Nasim Health*, 5, 1 (17), 1-7.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Can compassion help cure health-related disorders? *British Journal of General Practice*, 67, 177-178.
- Valizadeh, M., Dortaj, F., Delavar, A., Hajjalizadeh, K. (2018). Evaluation of educational package focused