

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی

جمیله احمدپور دیزجی[°]
کیانوش زهراکار^{°°}
علیرضا کیامنش^{°°°}

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر انجام شد. جامعه‌ی آماری کلیه دانشجویان دختر مجرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در نیمسال دوم تحصیلی ۹۴-۹۵ بود که دچار شکست عاطفی شده بودند و نمونه آن، تعداد ۴۲ نفر داوطلب با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷) و مقیاس ضربه عشق (راس، ۱۹۹۱) است. هر کدام از گروه‌های آزمایشی طی هشت جلسه، تحت درمان بهزیستی و درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. گروه کنترل طی این مدت هیچ درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی مؤثر است و درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سرمایه روان‌شناختی مؤثر نیست. بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر مولفه بهبود تنظیم شناختی هیجان تفاوتی وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که درمان بهزیستی در بر نشانه‌های شکست عاطفی مؤثر است.

کلید واژگان: سرمایه روان‌شناختی، درمان بهزیستی، درمان متمرکز بر شفقت.

* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
** دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: dr_zahrakar@yahoo.com)
*** استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

مقدمه

عشق حقیقتی ازلی و ابدی است (فتاحی، ۱۳۸۹)؛ و تنها راه حل، برای داشتن دنیایی بهتر و عادلانه و همچنین راهی برای شادی درونی و صلح و آرامش است (پرلیپسین^۲، ۲۰۱۴). هر چقدر که عشق مهمترین و اصلی ترین منبع لذت و شادی انسان است، از دست دادن عشق، از مهمترین منابع درد و رنج اوست (پارکز^۳، ۲۰۰۶، نقل از دهقانی، عاطف و حید، و فرایی^۴، ۲۰۱۱). به نظر براون استین^۵ (۲۰۱۱) یکی از مشکلات عمده‌ی افراد، شکست در روابط عشقی و عاطفی است که در این رابطه، زنان بیش از مردان آسیب پذیر هستند؛ این عدم توازن باعث بروز پیامدهایی منفی مانند افسردگی و خشم می شود (برای مثال: اسبارا^۶، ۲۰۰۶، نقل از کولینز و گیلان^۷، ۲۰۱۲). کر^۸ (۲۰۱۲) بیان می کند که "معمولاً" شکست در روابط عشقی، حملات افسردگی را به دنبال دارد و این مسئله به ویژه در میان زنان جوان صدق می کند؛ به طور کلی میزان استرس و پریشانی، غمگینی، اضطراب و سایر هیجانات منفی در میان دختران دانشجو نسبت به پسران دانشجو بیشتر است^۹. لیو، زاوو، تیان، زو، لی^۹ (۲۰۱۵) در مطالعات خود نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی، رابطه‌ی معکوس و منفی با خاطرات بد و ناخوشایند زندگی دارد. علی یو و کاراکس^{۱۰} (۲۰۱۵) نیز در بررسی خود نشان دادند که افزایش سرمایه‌ی روان‌شناختی^{۱۱} موجب کاهش احساسات منفی مانند اضطراب، استرس، و فرسودگی می شود. از اثرات منفی شکست عاطفی و عاطفی عبارتست ناامیدی و بدبینی بامیستر و لری^{۱۱} (۱۹۹۵، نقل از اکبری، خانجانی، عظیمی، پورشریفی، و علیلو، ۱۳۹۱ الف)، با بیان این نکته که امیدواری^{۱۳} و خوش بینی^{۱۴} دو مورد از مولفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی (لوتانز، اوولی، اوی، و نورمن^{۱۵}، ۲۰۰۷) هستند، تاب‌آوری^{۱۶} نیز از سایر مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی است که احمدی (۱۳۹۳) و باس^{۱۷} (۲۰۱۰) بر روی افراد دچار شکست عاطفی و یا فقدان‌های دیگر مورد بررسی قرار داده‌اند و سعی در افزایش آن در این افراد داشته‌اند. منظور از سرمایه‌ی روان‌شناختی مفهوم است برگرفته از روان‌شناسی مثبت‌گرا که شامل ویژگی‌های اعتماد به نفس/خود کار آمدی^{۱۸}، خوش بینی، امیدواری، و تاب‌آوری است (لوتانز، اوولیو، اوی، و نورمن، ۲۰۰۷). افزایش سرمایه روان‌شناختی، موجب مقابله‌ی بهتر افراد در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، تنش کمتر، و توانمندی بیشتر افراد در مقابل مشکلات

۱. love

۲. Prelipcean

۳. Parkes

۴. Dehghani, Atef-Vahid & Gharaee

۵. Brownstein

۶. Sbarra

۷. Collins & Gillath

۸. Kerr

۹. Liu, Zhao, Tian, Zou & Li

۱۰. Aliyev & Karakus

۱۱. psychological capital

۱۲. Baumeister & Leary

۱۳. hope

۱۴. optimism

۱۵. Luthans, Avolio, Avey & Norman

۱۶. resiliency

۱۷. Boss

۱۸. confidence

می شود (راینز، میل، کاسیوپ، و واترمارش^۱، ۱۹۹۸، نقل از بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد، باباپور خیرالدین، ۱۳۹۱).

در این راستا درمان بهزیستی^۲ یکی از مداخلات روان شناسی مثبت نگر است که نه تنها باعث کاهش ناراحتی و آشفتگی، بلکه سبب افزایش سطح روانی افراد می شود (ریف^۳، ۱۹۸۹)؛ درمان بهزیستی یکی از راهبردهای درمانی خاص است که تاثیر مثبت آن در مطالعات مختلف بر روی مولفه های سرمایه روان شناختی نشان داده شده است: به طور مثال: بر شادی و خوش بینی (ظریف گلبار یزدی، آقامحمدیان شعریاف، موسوی فر و معینی زاده، ۱۳۹۱) بر امیدواری (ریاحی، وطن خواه، کریم نژاد، رحیمی، بلادی مقدم، احمدی، ۱۳۹۳)، و بر تاب آوری (فاوا و تومبا^۴، ۲۰۰۹، نقل از رویینی^۵، ۲۰۱۴). این نوع درمان هدفمند، مشکل مدار، و آموزش محور است (ظریف گلبار یزدی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین درمان بهزیستی در آزمایش های تصادفی و کنترل شده دیگری نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن در خودارزیابی مثبت و رشد و ارتقاء مستمر فردی، معنای زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و مدیریت بر زندگی شخصی، اختلال استرس پس از حادثه، بهبود عملکرد فردی (رویینی، ۲۰۱۴)؛ اختلال اضطراب فراگیر (فاوا، رویینی، رافانلی، فینوس، سلمسو، منگلی، و سیریکاتی^۶، ۲۰۰۵)؛ بهبود و متعادل سازی عملکرد (رویینی و فاوا، ۲۰۱۲)؛ فارگوسن، کانوی، اندرسی و مک لئود^۷، ۲۰۰۹)؛ کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی (معیدی، ۱۳۹۴)؛ رشد و بالندگی فردی، کاهش استرس و بهبود روان شناختی، و ارتباط مثبت با دیگران (ظریف گلبار یزدی و همکاران، ۱۳۹۱)، و نشانه های افسردگی (معینی زاده و کومار^۸، ۲۰۱۰) در گروه های مختلفی نشان داده شده است؛ ولی مطالعه ای که اثربخشی آن را بر افراد دچار شکست عاطفی مورد بررسی قرار داده باشد مشاهده نشد.

از طرفی دیگر همه ی متخصصان بر این باورند که هسته ی اصلی رابطه ی مراجع و درمانگر بر شفقت^۹ است (گیلبرت^{۱۰}، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت^{۱۱} بر اساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است (گیلبرت، ۲۰۰۵)، و بر چهار حوزه ی تجارب پیشین و تاریخچه ای^{۱۲}، ترسهای اساسی^{۱۳}، راهکارهای احساس امنیت^{۱۴}، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیر عمدی^{۱۵}، متمرکز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت مهارتی است که می توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن

۱. Robbins, Millet, Caccioppe & Waters -Marsh

۲. well-being therapy

۳. Ryff

۴. Tomba

۵. Ruini

۶. Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli & Sirigatti

۷. Ferguson, Conway, Endersby & MacLeod

۸. Moeenizadeh, & Kumar

۹. Compassion

۱۰. Gilbert

۱۱. compassion_focused therapy

۱۲. background experiences

۱۳. key fears

۱۴. developed safety strategies

۱۵. unintended consequences

شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تاثیر قرار گیرد (دیویدسون^۱، ۲۰۰۳؛ لوتز^۲، ۲۰۰۸، نقل از گیلبرت، ۲۰۰۹). این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس، و حس کردن شفقت‌آمیز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش‌های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس (لینکلن، هوهنهایس، هارتمن^۳، ۲۰۱۳؛ ایمری و تروروپ^۴، ۲۰۱۲)؛ کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (هریوت میتلند، ویدال، بال و آیزونز^۵، ۲۰۱۴)؛ درمان افسردگی (زارعی، ۱۳۹۳)؛ بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه‌ها و علائم متداول اضطراب، استرس، و افسردگی (لوکر و کورتن^۶، ۲۰۱۳؛ جاج، سیلقرون، مک ایوان و گیلبرت^۷، ۲۰۱۲)؛ شریعتی، هاشمی، بشلیده، مرعشی، ۱۳۹۵)؛ در ارتقاء بهبود هیجانی بیماران (براهلر، گاملی، هارپر، و الیس، نوری^۸ و گیلبرت، ۲۰۱۳) در گروه‌های مختلفی نشان داده شده است ولی مطالعه‌ای که اثربخشی آن را بر افراد دچار شکست عاطفی یا عاطفی مورد بررسی قرار داده باشد مشاهده نشد.

به طور کلی، شکست عاطفی^۹ از نظر هیجانی برای افراد سخت و دردناک است و با کاهش سطح بهزیستی افراد (سیمون و برت^{۱۰}، ۲۰۱۰)؛ سطح پایین رضایت از زندگی (رودس، کمپ داش، اتکینز، استنلی، و مارکمن^{۱۱}، ۲۰۱۱، نقل از ویسکریچ و دلوی^{۱۲}، ۲۰۱۳)؛ و خشم، غم و اندوه (اسبارا و امری^{۱۳}، ۲۰۰۵، نقل از ویسکریچ و دلوی، ۲۰۱۳) ارتباط مستقیم دارد. عامل ضرورت بخش در اجرای پژوهش حاضر، کمبود منابع پژوهشی در مورد اثربخشی درمان بهزیستی و درمان متمرکز بر شفقت بر افراد دچار شکست عاطفی بود. بررسی‌های انجام شده نشان داد که فقط تعداد معدودی مطالعات آزمایشی و کنترل شده در داخل کشور وجود دارد که از درمان‌های کلاسیک و سنتی دنیای غرب در رفع، بهبود و درمان نشانه‌های مختلف شکست عاطفی مانند اضطراب، احساس تنهایی، افسردگی، نشخوار فکری، و اختلال در خواب استفاده کرده‌اند (مطالعات آزمایشی مشابه در خارج از کشور دیده نشد) برای مثال ریاحی‌نیا،

۱. Davidson

۲. Lutz

۳. Lincoln, Hohenhaus & Hartmann

۴. Imrie & Troop

۵. Heriot-Maitland, Vidal, Ball & Irons

۶. Lucre & Corten

۷. Judge, Cleghorn, McEwan & Gilbert

۸. Braehler, Gumley, Harper, Wallace & Norrie

۹. romantic failure

۱۰. Simon & Barrett

۱۱. Rhoades, Kamp Dush, Atkins, Stanley & Markman,

۱۲. Weisskirch, & Delevi

۱۳. Sbarra & Emery

فرزاد، حاصلی، امامی، و همکاران (۱۳۹۳)، توسلی (۱۳۹۲)، اکبری و همکاران (۱۳۹۱ الف و ۱۳۹۱ ب)، و احمدی (۱۳۹۳)؛ ولی مطالعه‌ای که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و یا درمان بهزیستی و یا درمان‌های مشابه، و مقایسه‌ی این دو نوع درمان را بر افراد دچار شکست عاطفی نشان دهد در داخل و خارج از کشور مشاهده نشد؛ بنابراین با هدف مقایسه اثربخشی درمان بهزیستی و درمان متمرکز بر شفقت بر سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی این پژوهش انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه دانشجویان دختر مجرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران در نیمسال دوم تحصیلی ۹۵-۹۴ است که دچار شکست عاطفی شده بودند، حداقل سه ماه از زمان قطع روابطشان با فرد مقابل سپری شده بود، سن آنها بین ۲۰ تا ۳۵ سال قرار داشت و در رابطه‌ی جدیدی با کسی نبودند. روش نمونه‌گیری از طریق نمونه‌گیری هدفمند با روش جایگزینی تصادفی به اینصورت بود که از طریق نصب اعلامیه فراخوان در تابلوهای اعلانات دانشکده‌های این دانشگاه و همچنین اطلاع‌رسانی در سایت تلگرام واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران، از دانشجویان دختری که دچار شکست عاطفی شده بودند دعوت شد تا در صورت تمایل برای شرکت در این کار پژوهشی با تلفن‌های نوشته شده (تلفن همراه پژوهشگر و تلفن مرکز مشاوره دانشگاه) در اطلاعیه تماس بگیرند. تعداد ۶۵ نفر در این مرحله (تماس تلفنی) مصاحبه شدند و پس از بررسی دارا بودن شرایط این پژوهش از طریق پاسخ به پرسش‌های پژوهشگر (شامل محدوده‌ی سنی و مدت زمان طی شده پس از قطع رابطه، و اینکه در حال حاضر با کسی در رابطه نباشند)، تعداد ۵۰ نفر انتخاب شدند (۱۵ نفر حذف شدند). سپس با دعوت تلفنی از این افراد داوطلب، طی یک جلسه‌ی جداگانه در مرکز مشاوره گنج درون، مقیاس ضربه عشق برای این افراد داده شد تا تکمیل کنند. پس از جمع‌آوری برگه‌ها و نمره‌گذاری آنها، ۸ نفر از افرادی که نمرات آنها در مقیاس ضربه‌ی عشق، کمتر از خط برش (عدد ۲۰)، بود حذف شدند. به این ترتیب، تعداد ۴۲ نفر داوطلب باقیمانده با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) قرار گرفتند.

روش اجرا

در ابتدا هر سه گروه پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی را تکمیل کردند؛ دو گروه آزمایشی در جلسات درمانی مربوطه (گروه آزمایشی ۱: درمان متمرکز بر شفقت؛ گروه آزمایشی ۲: درمان بهزیستی) شرکت کردند ولی در مورد گروه کنترل اقدام خاصی صورت نگرفت. پس از اتمام جلسات گروه‌های آزمایشی، هر سه گروه مجدداً پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی، را بعنوان پس-آزمون تکمیل کردند و در نهایت نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها و تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار مربوطه انجام شد. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) و درمان بهزیستی (رویینی، ۲۰۱۴) که در طی هشت جلسه انجام شد در این قسمت ارائه شده است:

جدول ۱. جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه اول: آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد علائم شکست عاطفی، پیامدهای آن بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن، گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌ی شکست عاطفی‌شان؛ توضیح چگونگی عملکرد ذهن و اینکه چگونه و چرا اختلال در عملکرد آن پیش می‌آید.
جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.
جلسه سوم: تفکر در باره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز.
جلسه چهارم: افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه پنجم: تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیر مفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آن.
جلسه ششم: انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه نگاری بر اساس شفقت.
جلسه هفتم: نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.
جلسه هشتم: مرور، جمع بندی، خاتمه کار گروه، و انجام پس‌آزمون.

جدول ۲. جلسات درمان بهزیستی

جلسه اول: آشنایی اعضا گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد علائم شکست عاطفی، توضیح مفهوم سرمایه روان‌شناختی و پیامدهای شکست عاطفی بر سرمایه روان‌شناختی افراد.
جلسه دوم: گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌ی شکست عاطفی‌شان؛ توضیح بهزیستی، تکلیف شرح وضعیت روزانه بهزیستی اعضا در مقیاس صفر تا صد.
جلسه سوم: طرح و به اشتراک گذاشتن تجارب اعضا در باره‌ی پیدا کردن لحظات بهزیستی و فعالیت‌هایی که باعث بهزیستی می‌شوند.
جلسه چهارم: پیدا کردن لحظات بهزیستی و فعالیت‌هایی که باعث بهزیستی می‌شوند، تشویق و ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می‌شود.
جلسه پنجم: ادامه‌ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می‌شود، و تشویق و ترغیب اعضا در جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب مناسب و مطلوب و فعالیت‌های خوشایند.
جلسه ششم: ترغیب اعضا در جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب مناسب و مطلوب و فعالیت‌های خوشایند؛ توضیح ابعاد و جنبه‌های مختلف بهزیستی روان‌شناختی و ویژگی‌های هر یک از اعضا در هر کدام از این جنبه‌ها.
جلسه هفتم: بیان تجارب، افکار، باورهای اعضا در رابطه با ابعاد مختلف بهزیستی روان‌شناختی، کمک به اعضا در شناخت آنچه که بر بهزیستی آنان تاثیر نامطلوب می‌گذارد، استفاده از تکنیک‌های رفتاری شناختی در پیدا کردن این تعبیر و تفسیرهای اشتباه.
جلسه هشتم: ادامه استفاده از تکنیک‌های رفتاری شناختی در پیدا کردن این تعبیر و تفسیرهای اشتباه، مرور جلسات، جمع بندی و خاتمه گروه، انجام پس‌آزمون.

ابزار سنجش

الف) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۱ (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷): این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. سؤالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سؤالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سؤالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری و سؤالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوش‌بینی می‌باشد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت

۱. psychological capital questionnaire

جداگانه به دست آمده و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نسبت خبی دواين آزمون برابر با ۲۴/۶ است. آماره‌های "شاخص برآزش تطبیقی" و "برآورد خطای ریشه مربع میانگین" در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ است (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). میزان پایایی این پرسشنامه در مطالعات بهادری خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۸۵ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی حاکی از این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی، روایی سازه آزمون را تایید کردند (بهادری و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

ب) مقیاس ضربه عشق^۱: مقیاسی است که راس^۲ (۱۹۹۹)، نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۱ الف) برای سنجش شدت ضربه و شکست عاطفی تهیه کرده است، واز ده ماده ۴ گزینه ای تشکیل شده است. این مقیاس یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نقطه برش این مقیاس ۲۰ در نظر گرفته می‌شود. ارزیابی روایی محتوای این ابزار توسط سه نفر از همکارانی که در این زمینه کار می‌کنند صورت گرفت. ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این مقیاس ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن در ایران با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بدست آمده است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۱ الف). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه

متغیرهای تحقیق	مرحله آزمون	گروه آزمایش (درمان بهزیستی)		گروه آزمایش (درمان شفقت)		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	تعداد میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۵۲/۵	۲۱/۲۴	۸	۴۶/۱۲	۲۱/۵۳	۸	۳۹/۱۴
سرمایه‌های روان‌شناختی	۷۰/۸۷	۱۲/۳۲	۸	۶۵/۸۷	۱۳/۸۹	۸	۵۲
پس‌آزمون بعد از کنترل پیش‌آزمون	۷۱/۱۷	۵/۰۱	۸	۶۵/۸۷	۴/۹	۸	۵۱/۶۶

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در هر سه گروه درمان بهزیستی و شفقت و گروه کنترل افزایش داشته است. برای بررسی پیش فرض استفاده از تحلیل کوواریانس، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

۱. love truma inventory

۲. Ross

جدول ۴. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

گروه	گروه آزمایش (درمان بهزیستی)		گروه آزمایش (درمان شفقت)		گروه کنترل	
مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
متغیر	Sig	Z	Sig	Z	Sig	Z
سرمایه روان‌شناختی	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۸۰	۰/۵۴	۰/۹۷	۰/۳۰
					۰/۶۰	۰/۸۵
					۰/۸۷	۰/۴۲
					۰/۷۴	۰/۶۳

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود چون مقدار سطح معناداری هر دو متغیر برای هر سه گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بالاتر از مقدار خطای ۰/۰۵ می‌باشد پس فرض نرمال بودن تایید می‌شود، یعنی توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشند. برای انجام تحلیل کوواریانس باید واریانس‌های گروه کنترل و آزمایش یکسان باشند. برای این کار از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۵. نتیجه آزمون لوین برای همگونی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سرمایه‌های روان‌شناختی	۱/۲۴	۲	۲۰	۰/۳۱

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق مشاهده می‌شود که تجانس واریانس‌های سه گروه بزرگتر از $(\alpha = 0/05)$ برقرار است و فرض برابری واریانس‌ها تایید می‌گردد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، از تحلیل کوواریانس جهت تحلیل فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. برای اثبات شیب همگونی رگرسیون باید شاخص F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در سه گروه معنادار نباشد. نتیجه بررسی این پیش فرض در جدول زیر آمده است:

جدول ۶. آزمون تعامل بین سه گروه و پیش‌آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه و سرمایه‌های روان‌شناختی	۱۰۹/۷۵	۲	۵۴/۸۷	۰/۲۶	۰/۷۷

بر اساس نتایج جدول ۶، سطح معناداری سطر اثر متقابل بین پیش‌آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی و گروه بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به شرح ذیل می‌باشد؛
 الف) درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر مؤثر است.
 ب) درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر مؤثر است.
 ج) بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر تفاوت وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل کوواریانس سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۶/۲۹	۱	۱۶/۲۹	۰/۰۸۵	۰/۷۷۴	۰/۰۰۴
گروه	۱۳۷۵/۶۲	۲	۶۸۷/۸۱	۳/۵۷	۰/۰۴۸	۰/۲۷
خطا	۳۶۵۳/۴۵	۱۹	۱۹۲/۲۸			
مجموع	۵۰۷۵/۴۷	۲۲				

مطابق جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس سرمایه روان‌شناختی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین سه گروه در مرحله پس‌آزمون در نمره سرمایه روان‌شناختی با حذف اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌شود ($F=۳/۵۷$). به عبارت دیگر بین سه گروه روش درمان بهزیستی، روش درمان شفقت و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد و بدین معنا که حداقل یکی از روش‌های درمانی تأثیر معناداری بر متغیر وابسته داشته‌اند. شدت این تأثیر که با (مجذور اتا) ارزیابی شده ۲۷ درصد است. برای تشخیص این که کدام روش درمان تأثیر گذارتر بوده است، از مقایسه یک به یک میانگین گروه‌ها استفاده شد:

جدول ۸. نتیجه مقایسه یک‌به‌یک میانگین گروه‌ها در متغیر سرمایه روان‌شناختی

گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی - کنترل	۱۹/۵۱	۷/۵	۰/۰۱۸
شفقت - کنترل	۱۴/۲۱	۷/۲۶	۰/۰۶۵
بهزیستی - شفقت	۵/۳۰	۷/۰۱	۰/۴۵

همانطور که در ردیف اول جدول ۸ مشاهده می‌شود: بین میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی (بعد از کنترل پیش‌آزمون) در روش درمان بهزیستی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که روش درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه شناختی موثر بوده است و بنابراین فرضیه اول در سطح اطمینان ۹۵٪ تایید می‌گردد.

ردیف دوم جدول ۸ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی (بعد از کنترل پیش‌آزمون) در روش درمان شفقت نسبت به گروه کنترل تفاوتی مشاهده نگردیده، و بنابر این، این روش نتوانسته بر افزایش سرمایه روان‌شناختی موثر باشد و فرضیه دوم در سطح اطمینان ۹۵٪ تایید نمی‌گردد.

ردیف سوم جدول ۸ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی (بعد از کنترل پیش‌آزمون) روش درمانی بهزیستی و روش درمانی مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری مشاهده نشد. بدین معنا که روش درمان بهزیستی نسبت به روش درمان مبتنی بر شفقت در افزایش سرمایه روان‌شناختی دختران دارای شکست عاطفی تفاوت معناداری نداشته است و فرضیه سوم در سطح اطمینان ۹۵٪ تایید نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی موثر بوده است ولی درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معناداری بر این متغیر نداشته است، و همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو درمان در افزایش سرمایه روان‌شناختی وجود ندارد. فرضیه اول: درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر مؤثر است.

با توجه به این که در منابع داخلی و خارجی، اثربخشی درمان بهزیستی بر سرمایه روان‌شناختی مشاهده نشد، بنابراین نتیجه‌ی این پژوهش با پژوهش‌های مشابه مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه‌ی این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین به طور مثال معیدی (۱۳۹۴)، ظریف گلبار یزدی و همکاران (۱۳۹۱)، رویینی و فاوا (۲۰۱۲)، معینی زاده و کومار (۲۰۱۰)، فارگوسن و همکاران (۲۰۰۹) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: سرمایه روان‌شناختی با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف میشود (آوی، لوتانز و یوسف^۱، ۲۰۱۰)، از طرفی فنونی هم که در درمان بهزیستی به کار گرفته می‌شوند، شامل ساختاردهی مجدد شناختی (اصلاح تفکرات خودکار یا غیرعقلانی)، برنامه ریزی فعالیت‌ها (تسلط، لذت، و تکالیف نمره دار)، آموزش جسارت و رزی، و حل مساله هستند (فاوا و رویینی، ۲۰۰۳) و در این نوع درمان بیماران تشویق می‌شوند که به یک عملکرد متعادل در بهزیستی روانی مانند خودمختاری، پذیرش خود، تسلط بر محیط برسند (رویینی و فاوا، ۲۰۱۲)؛ از طرفی سرمایه روان‌شناختی با چه کسی هستید؟ و در حالت رشد و پیشرفت چه کسی خواهید شد؟ مرتبط است (آوی، لوتانز، اسمیت و پالمر^۲، ۲۰۱۰) و شامل دانش‌ها، مهارت‌ها، توانایی‌های فنی و تجارب افراد، حمایت اجتماعی و شبکه روابط که بخشی از چه کسی هستید؟ بویژه در زمان استرس روانی است (آوی، لوتانز و جنسن^۳، ۲۰۰۹)؛ که در این زمینه درمان بهزیستی نیز با هدف ارتقاء رشد شخصی (نورم و چانگ^۴، ۲۰۰۲)، هدفمندی در زندگی (گراگتی، وود، و هیلند^۵، ۲۰۱۰)، و روابط مثبت با دیگران (فاوا، رافانلی، تومبا، گویدی، و گرندی^۶، ۲۰۱۱) با استفاده از فنون و روش‌های ویژه‌ی خود (فاوا، ۲۰۱۶) این کار را انجام می‌دهد؛ همچنین با توجه به اینکه سرمایه روان‌شناختی از خود حقیقی به سوی خود ممکن در حال پیشرفت است (آوی و لوتانز، ۲۰۰۶، نقل از ورنسینگ^۷، ۲۰۱۴) درمان بهزیستی با استفاده از فنون و تکنیک‌های خاص خود (فاوا، ۲۰۱۶) موجب شکوفایی فرد (کیس و واترمن^۸، ۲۰۰۳) و رشد شخصی افراد (نورم و چانگ، ۲۰۰۲) می‌شود.

فرضیه دوم: درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر مؤثر است.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری در جدول ۶ نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، بر سرمایه روان‌شناختی موثر نیست. با توجه به این که در منابع داخلی و خارجی، اثربخشی این نوع درمان بر سرمایه روان‌شناختی

۱. Avey, Luthans & Youssef

۲. Smith & Palmer

۳. Jenson

۴. Norem & Chang

۵. Geraghty, Wood & Hyland

۶. Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi & Grandi

۷. Wernsing

۸. Keyes & Waterman

مشاهده نشد، بنابراین نتیجه‌ی این پژوهش با پژوهش‌های مشابه مورد بررسی قرار گرفت. جاج و همکاران (۲۰۱۲)، زارعی (۱۳۹۳)، شریعتی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعات خود اثربخشی این شیوه‌ی درمانی را بر کاهش افسردگی نشان داده‌اند، همچنین نتایج پژوهش‌های ایمری و تروروپ (۲۰۱۲)؛ لینکلن، هانهااس و هارتمن (۲۰۱۳) اثربخشی این نوع درمان را بر بهبود عزت نفس در گروه‌های مختلف نشان داده‌اند؛ ولی نتایج این مطالعات همسو با نتیجه‌ی پژوهش حاضر نیست. در توضیح و تفسیر این نتیجه می‌توان گفت: همانطور که فیشر^۱ (۱۹۷۶)، نقل از باروچ و آیدین^۲ (۲۰۱۳) بیان می‌کند: افراد پس از شکست عاطفی وارد مرحله‌ی سازگاری می‌شوند که این دوره چند بعدی است و شامل اجزاء رفتاری، شناختی، و هیجانی است؛ بولن و رینتجز^۳ (۲۰۰۹) نیز در بررسی خود بر روی دانشجویان کارشناسی که دچار شکست عاطفی شده بودند نشان داده‌اند که تمام متغیرهای شناختی رابطه مستقیم و مثبت معناداری با غم و اندوه، اضطراب و افسردگی دارد. برداشت‌های غلط و فاجعه آمیز نشان دادن درباره واکنش خودفرد، باورهای منفی درباره‌ی خود، خودانتقادی، اصلی‌ترین شناخت‌هایی بودند که با مشکلات هیجانی افراد دچار شکست عاطفی همبستگی زیادی داشتند، بنابراین نتیجه‌گیری می‌کنند که تغییر در شناخت‌های منفی می‌تواند مداخله‌ای مفید و کاربردی برای کسانی باشد که نتوانسته‌اند پس از شکست عاطفی، بهبودی لازم را پیدا کنند؛ در حالی که درمان متمرکز بر شفقت، متمرکز بر کار روی هیجان‌هاست (گیلبرت، ۲۰۰۹) و تغییرات شناختی و رفتاری از اهداف و یا تکنیک‌های درمانی آن نیست و بطور کلی در درمان متمرکز بر شفقت آموزش‌های شناختی وجود ندارد. همچنین با توجه به این که شکست عاطفی باعث واکنش‌های هیجانی شدید (روباک و ویزمن^۴، ۱۹۹۸، نقل از پری لوکس و باس^۵، ۲۰۰۸) بویژه در زنان (براون استین، ۲۰۱۱) است؛ که اغلب منجر به اختلالات ذهنی و روانی افراد می‌شود (باروچ و آیدین، ۲۰۱۳)؛ و همانطور که فهیمی، عظیمی، اکبری، امیری پیچاکلائی و پورشریفی (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که اضطراب، افسردگی، بهم ریختگی نظم ذهنی در قطع روابط عاشقانه بر زندگی فرد تاثیر می‌گذارد و این مشکلات وقتی به شدت خود می‌رسند افراد با رفتارهای مختلفی مانند مصرف الکل و مواد مخدر، ترک محل زندگی، و یا حتی خودکشی به این بحران عاطفی واکنش نشان می‌دهند؛ درمان متمرکز بر شفقت صرفاً با تاکید بر مؤلفه‌های شفقت به خود شامل: مهربانی با خود، اشتراکات انسانی، بهوشیاری (نف^۶، ۲۰۰۳ الف) و یا استفاده از تکنیک‌های توسعه خویشتن شفیق درونی، انتقال جریان شفقت از مراجع به دیگران، انتقال شفقت از بیرون به سوی خود، و شفقت ورزی نسبت به خویشتن (گیلبرت، ۲۰۱۰)، و در طی جلسات محدود درمانی (۸ جلسه) نتوانسته و یا نمی‌تواند از عهده‌ی برطرف کردن شدت هیجان‌ات مربوط به شکست عاطفی در افراد بر آید. بعبارتی بنظر می‌رسد درمان مشکلات و سختی‌های شکست عاطفی، وزنه‌ی سنگینی برای درمان متمرکز بر شفقت است. از دلایل احتمالی دیگر عدم اثربخشی این درمان بر سرمایه روان‌شناختی افراد می‌توان گفت: حدود نیمی از سوالات مربوط در پرسشنامه‌ی سرمایه روان‌شناختی در رابطه با عملکرد و اهداف تحصیلی و شغلی است ولی در محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (همانطور که در قسمت مربوطه بیان شده

۱. Fisher

۲. Barutcu & Aydin

۳. Boelen & Reijntjes

۴. Robak & Wisman

۵. Perilloux & Buss

۶. Neff

است) موضوع اهداف و عملکرد تحصیلی و شغلی اعضا شرکت کننده، جزء محتوا و موضوع هیچیک از جلسات درمان نبوده است؛ علاوه بر این با در نظر گرفتن این نکته که درمان متمرکز بر شفقت از جمله درمان‌های نوینی است که در سطح کشور کمتر شناخته شده و کمتر بکار گرفته شده است و درمانگر دوره‌ی تخصصی ویژه‌ای در این زمینه نگذرانده بود و صرفاً بر اساس مطالب و متونی که مطالعه شده بود جلسات مربوطه را برگزار کردند بنابراین عدم مهارت تخصصی درمانگر در این زمینه نیز می‌تواند از سایر علل عدم اثربخشی این درمان بر سرمایه روان‌شناختی در افراد دچار شکست عاطفی باشد.

فرضیه سوم: بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر تفاوت وجود دارد.

نتایج برگرفته از جدول ۸ نشان داد که تفاوت معناداری بین درمان بهزیستی و درمان متمرکز بر شفقت در اثربخشی بر سرمایه روان‌شناختی وجود ندارد. علیرغم این که نتایج آماری در جدول ۸ نشان داد که درمان بهزیستی بر متغیر مربوطه اثرگذار بوده ولی درمان متمرکز بر شفقت اثربخش نبوده است؛ ولی با این وجود، همانطور که گفته شد نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو درمان در اثربخشی بر سرمایه روان‌شناختی وجود ندارد، که در توضیح و تفسیر آن می‌توان گفت: با دقت در اعداد و ارقام جدول ۷ و ۸ که سطح معناداری درمان بهزیستی را $0/018$ و سطح معناداری درمان متمرکز بر شفقت را $0/065$ است، می‌توان نتیجه گرفت که در واقع درمان متمرکز بر شفقت، فاصله‌ی کمی با اثربخشی داشته است. در واقع با تامل در اعداد و ارقام جداول مذکور می‌توان گفت با یک فاصله‌ی کم از سطح معناداری $0/065$ (از سطح معناداری در این پژوهش یعنی $0/05$)، درمان متمرکز بر شفقت می‌توانست اثربخشی معناداری بر سرمایه روان‌شناختی داشته باشد بطور مثال شاید با تغییر در محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت و تناسب بیشتر با مشکلات افراد دچار شکست عاطفی، و یا با افزایش تعداد جلسات درمانی (بیش از ۸ جلسه).

پیشنهاد می‌شود که این دو نوع درمان در مراکز مشاوره‌ی خصوصی، دولتی، در خانه‌های دانشجویی دانشگاه‌ها و یا سایر مراکزی که ارائه دهنده‌ی چنین خدمات درمانی هستند برای افرادی که دچار شکست عاطفی شده‌اند بصورت گروهی انجام گیرد.

منابع

- احمدی، سرور. (۱۳۹۳). اثربخشی معنادارمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری و احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای نشانگان ضربه عشق؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه کردستان.
- اکبری، ابراهیم، خانجانی، زینب، پورشریفی، حمید، محمودعلیلو، مجید، و عظیمی، زینب. (۱۳۹۱ب). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل با درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۴ (۳)؛ ۱۰۱-۸۷.
- اکبری، ابراهیم، خانجانی، زینب، عظیمی، زینب، پورشریفی، حمید، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۱الف). اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل بر حالات شخصیتی، عزت نفس و نشانگان بالینی افراد دچار شکست عاطفی؛ فصلنامه علمی-پژوهشی روشها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲ (۸)، ۲۱-۱.
- بهادری خسروشاهی، جعفر، هاشمی نصرت آباد، تورج، باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه

- روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، مجله تخصصی پژوهش و سلامت، ۲(۱)، ص ۱۴۵-۱۵۳.
- توسلی، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر بهبود نشانگان ضربه عشق؛ ریاحی‌نیا، نصرت، فرزاد، ولی‌الله، حاصلی، نسرین، امامی، مریم. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی کتاب‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی دانشجویان کارشناسی با شکست عاطفی؛ مجله تحقیقات کتابداری و اطلاع‌رسانی دانشگاهی «(علمی-پژوهشی) زمستان، ۴۸(۴)، ۵۰۱ تا ۵۱۴.
- ریاحی، فروغ، وطن‌خواه، محمد، کریم‌نژاد، فرزاد، رحیمی، هانی، بلادی مقدم، احسان، احمدی، کامبیز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۳(۱)، ۶۵-۵۳.
- زارعی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه کردستان.
- شریعتی، مریم، حمید، نجمه، هاشمی، سید اسماعیل، بشلیده، کیومرث، مرعشی، سید علی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱): ۴۳-۵۰.
- ظریف گلباریزدی، هانیه، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، موسوی فر، نزهت، و معینی زاده، مجید. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۵ (۲)، ص ۴۹-۵۶.
- فتاحی، وحید. (۱۳۸۹). عشق و رابطه آن با جهان هستی از دیدگاه ابن‌سینا، سهروردی و ملاصدرا؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه فردوسی مشهد.
- فهیمی، صمد، عظیمی، زینب، اکبری، ابراهیم، امیری پیچاکلائی، احمد، پور شریفی، حمید. (۱۳۹۳). پیش‌بینی نشانگان بالینی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بر اساس ساختارهای شخصیتی: نقش تعدیل‌کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده، مجله: دانش و تندرستی «(علمی-پژوهشی)»، دوره ۹(۴)، ص ۴۶ تا ۵۹.
- معیدی، منیره. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهزیستی بر کاهش میزان استرس، اضطراب، افسردگی دانش‌آموزان؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه فردوسی مشهد.

- Aliyev, R., & Karakus, M. (2015). The Effects of Positive Psychological Capital and Negative Feelings on Students' Violence Tendency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 69-76.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48, 677-693.
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 17-28.
- Avey, J.B., Luthans, F., & Youssef, C.M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 36(2), 430-452.
- Barutcu, K. F., & Aydin, Y. C. (2013). The scale for emotional reactions following the breakup. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 786-790.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic

- relationship break-ups. *Stress and Health*, 25(1), 11-19.
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, 59(2), 137-145.
 - Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214
 - Brownstein, J. (2011). Bad Romance: Women Regret Love Failures More than Men, www.livescience.com/13417, March 25, 2011, visited this page: 11/13/2015.
 - Collins, T. J., & Gillath, O. (2012). Attachment, breakup strategies, and associated outcomes: The effects of security enhancement on the selection of breakup strategies. *Journal of Research in Personality*, 46(2), 210-222.
 - Dehghani, M., Atef-Vahid, M. K., & Gharaee, B. (2011). Efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(2), 18.
 - Fava, G. A. (2016). Well-Being Therapy: Current Indications and Emerging Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 136-145. Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychother Psychosom*, 68, 171-179.
 - Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.
 - Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 136-143.
 - Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.
 - Ferguson, G., Conway, C., Endersby, L., & MacLeod, A. (2009). Increasing subjective well-being in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 906-918.
 - Geraghty, A. W. A., Wood, A. M., & Hyland, M. E. (2010). Dissociating the facets of hope: Agency and pathways predict dropout from unguided self-help therapy in opposite directions. *Journal of Research in Personality*, 44, 155-158.
 - Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson.
 - Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy: Distinctive features (CBT distinctive features)*. London: Routledge.
 - Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
 - Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
 - Imrie, S., & Troop, N. A. (2012). A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. *Palliative & Supportive Care*, 10(2), 115-122.
 - Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5 (4), 420-429.
 - Kerr, M. (2012). Depression and College Students, Published on March 29, 2012, www.healthline.com, visited this page on 1/22/2016
 - Keyes, C. L. M., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood.

- New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lincoln, T.M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M. (2013). Can Paranoid Thoughts be Reduced by Targeting Negative Emotions and Self-Esteem? An Experimental Investigation of a Brief Compassion-Focused Intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390–402.
 - Liu, C., Zhao, Y., Tian, X., Zou, G., & Li, P. (2015). Negative life events and school adjustment among Chinese nursing students: The mediating role of psychological capital. *Nurse education today*, 35(6), 754-759.
 - Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400.
 - Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
 - Moeenizadeh, M., & Kumar, S. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), p107.
 - Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
 - Norem, J. K., & Chang, E. C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 993-1001.
 - Perilloux, C., & Buss, D. M. (2008). Breaking up romantic relationships: Costs experienced and coping strategies deployed. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 164-181.
 - Prelipcean, T. (2014). Saint Augustine—The Apologist of Love. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 149, 765-771.
 - Ruini, C. (2014). The use of well-being therapy in clinical settings. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2(1), 75-84.
 - Ruini, C., & Fava, G. A. (2012). Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 291_304
 - Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
 - Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital Romantic Relationships and Mental Health in Early Adulthood Does the Association Differ for Women and Men?. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168-182.
 - Weisskirch, R. S., & Delevi, R. (2013). Attachment style and conflict resolution skills predicting technology use in relationship dissolution. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2530-2534.
 - Wernsing, T. (2014). Psychological capital: Measurement invariance across twelve countries. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 21(2), 179–190.

Comparative Efficacy of Compassion Focused Therapy (CFT) and Well-Being Therapy (WT) on Psychological Capital in Female College Students with Romantic Failure

J. Ahmadpour*
K. ZahraKar**
A. Kiamanesh***

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of compassion focused therapy and well-being therapy on psychological capital in female students. The statistical population included all students of Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran in the second semester of 1394-1395 who were in romantic failure. The sample was included 42 volunteers who randomly divided into two experimental groups and one control group. Quasi-experimental research design with pretest – posttest and control group was implemented. The data collecting instruments used in this study were Psychological Capital Questionnaire (Luthans et al., 2007) and Love Trauma Inventory (Rosse, 1991). Each experimental group included WBT & CFT were treated in eight sessions. During this period the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that WBT was effective in improving psychological capital while CFT was not effective in improving psychological capital. There was no significant difference between CFT and WT on improving emotions cognitive regulation. The results showed that Well-being therapy was effective in people with romantic failures.

Keywords: Compassion Focused Therapy, Well-Being Therapy, Psychological Capital.

*Ph.D. Student of Counseling, Department of Humanities, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Associate Professor of Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author, email: Dr_ZahraKar@yahoo.com)

***Professor of Counseling Department, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.