

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی و تاب

آوری روانی و کیفیت زندگی زنان در شرف طلاق

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

۱) دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

۲) دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳) دانشیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

*نویسنده مسئول: j.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۱/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۱/۰۷/۰۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی و تاب آوری روانی و کیفیت زندگی زنان در شرف طلاق بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعه کنندگان به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود. از این جامعه یه روش نمونه گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج) ابتدا ۴۵ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه گواه بندی شدند. پژوهش حاضر جزء طرح های نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون سه گروهی است. آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت (بر اساس پروتکل درمانی گیلبرت و نف، ۲۰۰۷) و برنامه جلسات آموزش درمان شناختی - رفتاری (بر اساس طرح درمانی ویلدروموت، ۲۰۰۸) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس کیفیت زندگی فرم کوتاه (SF-36) و پروشربون (۱۹۹۲)، پرسشنامه سخت رویی کوباسا (۱۹۹۷)، مقیاس تاب آوری کونور و دیودسون (۲۰۰۳) بودند. نتایج داده ها با آزمون آماری کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت درمانی نسبت به درمان شناختی - رفتاری تاثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی، سخت رویی و تاب آوری داشته است.

کلید واژگان: درمان شناختی - رفتاری، درمان متمرکز بر شفقت درمانی، سخت رویی، تاب آوری روانی، کیفیت زندگی.

مقدمه

عنوان مشکل ترین دوره سازگاری در ازدواج قلمداد می کنند. درزوج هایی که از جدایی اولیه رنج می برند، طلاق ممکن است چند سال بعد خودش را نشان دهد، اما جدایی واقعی انعکاس تعارضی است که در مراحل اولیه ازدواج و نیز زمانی که راه حلی برای زوج هاباقی نمانده، اتفاق می افتد (شاه بیگ، خانه کشی و خان محمدی، ۱۳۹۷).

سخت رویی، ویژگی روان شناختی است که نحوه مقابله با استرس زاهایی همچون طلاق را در افراد تعدیل

طلاق یکی از آسیب های اجتماعی جامعه است. تمامی اقشار جامعه از جمله زنان و مردان و نهادهای دیگر به نوعی درگیر عوارض سوء طلاق هستند. فرایند طلاق بر چرخه زندگی خانوادگی، تاثیرات مخرب و نیرومندی می گذارد. فرایند طلاق را یکی از دشوارترین کارهایی می داند که از یک فرد عاقل انتظار می رود آن را انجام دهد. نا بسامانی زناشویی و طلاق، بعد از مرگ ناگهانی خانواده، از مهمترین عوامل فشارزا می باشد. جمعیت شناسان هم، سال اول ازدواج و یا کمی بعد از آن را، به

رویکرد درمان شناختی - رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی سازی پاولفی و براساس دانش و شناخت پایه ریزی شده است (نیک یار، رئیسی و فرخی، ۱۳۹۲). هدف درمان شناختی - رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی های مثبت و سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای (ونزل، ۲۰۱۷)، افزایش مهارت های شناختی (کازکولین و فوئا، ۲۰۱۵) و شناسایی افکار و شناخت های منفی، مشخص شدن پیوند بین شناخت، هیجان و رفتار و جایگزینی افکار تحریف شده با افکار واقع بینانه و منطقی (آگیلرا، برولمن، دماسی و آویلا، ۲۰۱۷) است. مطالعه صحرانورد، اسماعیلی و صالح نیا (۲۰۱۹) نیز نشان داد آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری مبتنی مدیریت استرس بر سخت رویی افراد موثر است. نتیجه مطالعه یوسفی، محمدی، عزیزی، شمس اسفند آبادی (۱۳۹۸)، مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی زنان بوده است. مطالعه علوی و موسوی (۱۳۹۴)، کویانی، حمید و عنایتی (۱۳۹۳) بر روی زوجین در آستانه طلاق، زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره و زنان مطلقه بیانگر سودمندی درمان شناختی - رفتاری بر تاب آوری بودند.

از سویی دیگر درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می کند 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 می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق ذهن مشفقانه است (آیرونز و لاد، ۲۰۱۷). این درمان، مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می کند (لوپس و آتلی، ۲۰۱۵). پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی، آذربایجانی، صادقی افجه

می کند؛ بدین معنی که آن ها را در تحلیل موفقیت آمیز موقعیت استرس زا یاری می نماید (روزدار، محمودیان و پیرایه، ۱۳۹۶). سخت رویی یک احساس عمومی است مبنی بر این که شرایط محیط ایده آل است و باعث می شود که زنان در شرف طلاق، این پدیده به عنوان فرصتی برای حل اختلافات بین فردی با همسر خود در نظر بگیرند و مانعی برای وقوع طلاق باشد.

افراد برای رهایی از مشکلات ناشی از تعارضات زناشویی و طلاق، نیاز به انعطاف پذیری بالاتری دارند که پیدا کردن تاب آوری در این مسیر به آنها بسیار کمک می کند (کریمی نژاد، صادقی و غلامرضایی، ۱۳۹۶). مطالعات چندی به بررسی تاب آوری افراد مطلقه پرداخته اند، در همین راستا یه، لورنز، ویکراما کانگر والد (۲۰۰۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که زنان مطلقه نسبت به زنان غیرمطلقه پریشانی روانشناختی، بیماری های جسمانی و حوادث تنش زای بیشتری را تجربه می کنند. همچنین کاهش تاب آوری موجب کاهش رضایت زناشویی و افزایش طلاق در خانواده می شود (اسکندرپور، ۱۳۹۵).

همچنین کیفیت زندگی نشانگر ادراک فرد در توانایی عملکرد خوب در سطح جسی، روانی، اجتماعی است (ایل بیگی قلعه نی، الهی مجدو رستمی، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی می تواند در روابط زناشویی تاثیرگذار باشد و موجب استحکام روابط زناشویی گردد (آذربایجانی، صادقی و قنبری، ۱۳۹۹). باروچ، کانکر و بوسچ (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند کیفیت زندگی در زندگی متأهلی، می تواند تأثیر زیادی بر استحکام روابط زناشویی داشته باشد. از طرفی، آموزش کیفیت زندگی نیز می تواند با پیامدهای مثبتی در همسران همراه باشد؛ به طوری که موجب افزایش کیفیت روابط بین فردی و تحمل آشفتگی گردد (عراقیان، نجات، توزنده جانی و باقرزاده گلمکانی، ۱۳۹۹).

پاسخگویی به پرسش های آزمون به تنهایی یا با کمک شخصی دیگر- مراجعه به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران و معیارهای خروج همعبارت بود از: عدم پاسخگویی مناسب و مسئولانه به پرسشنامه های پژوهش و مخدوش بودن پاسخنامه ها - عدم همکاری و مشارکت در فرایند آموزش و درمان و غیبت بیش از سه جلسه - دارا بودن مشکلات جسمی یا روانشناختی حاد.

روش اجرا:

ابتدا بعد از موافقت گروه تخصصی و گرفتن مجوز از دانشگاه برای اجرای این پژوهش به مراکز اورژانس اقمایی تهران مراجعه و با موافقت آنها در دامنه زمانی مربوط به ۲۰۰ نفر از زنان متأهل متقاضی طلاق به صورت هدفدار انتخاب و پرسشنامه و پرسشنامه ها سخت رویی و تاب آوری روانی و کیفیت زندگی را روی آنها اجرا گردید و افرادی که در هر سه پرسشنامه یک انحراف معیار پایین تر از میانگین نمره دریافت کرده بودند به عنوان گروه هدف غربالگری و از بین ۸۷ نفر ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب و در ۳ گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی جایگزین (دو گروه آزمایشی یک گروه کنترل) و گروههای آزمایشی به مدت ۸ جلسه در طی ۳ ماه مداخلات را دریافت کردند و گروه کنترل در این جلسات چیزی دریافت نکردند .

ابزار سنجش عبارت بود از:

پرسشنامه سخت رویی کویاسا (۱۹۷۹)

پرسشنامه سخت رویی کویاسا (۱۹۷۹) پرسشنامه ای ۴۵ سوالی است که در آن سوال ها در مقیاس چهارده رجه ای لیکرت از نمره صفر تا سه برای سه زیر مقیاس تعهد، کنترل و مبارزه جویی محاسبه می شود. روایی صوری و محتوایی آزمون سخت رویی را جانجانی محاسبه کرده است. ضریب پایایی کنترل، تعهد و مبارزه جویی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ به دست آمد. این ضرایب برای کل مقیاس سخت رویی ۰/۷۵ بدست آمد .

مقیاس کیفیت زندگی-فرم کوتاه (SF-36)

وقنبیری (۱۳۹۹) و رادفر، فلاح و عاصی (۱۳۹۹) نشان دادند این رویکرد، بر کیفیت زندگی موثر است. همچنین، بین توانایی های مشفقانه و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد (بروفی، برهلمر، هینز، اسپچمدت و کامر، ۲۰۲۰). همچنین مطالعه نوری و شهابی (۱۳۹۶) و کالینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۸) نشان دادند که این درمان با افزایش میزان ارتباطات بین فردی بهتر و بر میزان تاب آوری تحمل رویدادهای سخت زندگی می افزاید. نتیجه مطالعات حسنی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری تائی خوبی دارد. باتوجه به ضرورت حفظ بهزیستی روان شناختی و سلامت روان زنان در شرف طلاق و استرس هایی که فرد در جریان انجام فرایند طلاق متحمل می شود، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر متغیر سخت رویی، تاب آوری روانی و کیفیت زندگی افراد متأهل در شرف طلاق می باشد.

روش شناسی

این پژوهش از نظر طرح، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون-پس آزمون، با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در ابتدای اقدام به طلاق در سال ۱۳۹۹ الی ۱۴۰۰ خواهد بود. ۴۵ نفر از بین افرادی که شرایط ورود به پژوهش را دارند به طور تصادفی از گروه غربال شده انتخاب شد. و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه گواه گروه بندی شدند.

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: - رضایت کامل و آگاهانه آزمودنی و امضای فرم مربوط به آن- افرادی که بنا به تشخیص روان شناس مراجعه کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران در ابتدای اقدام به طلاق هستند- داشتن حداقل سواد و یا توانایی

قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود.

روایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده است. پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ ب دست آمده است (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰) و محمدی (۱۳۸۴).

فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی توسط ویر و شربون^۱ (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که در ۸ حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد. هر خرده مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. این خرده مقیاسها شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، انرژي- خستگی، بهزیستی هیجان، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می شوند. همچنین از ادغام خرده مقیاسها دو خرده مقیاس کلی با نام های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می آید...

نمره پایین تر در این مقیاس نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است و هر چه نمره به دست آمده به صفر نزدیک تر باشد فرد از سطوح پایین تر کیفیت زندگی برخوردار است (ویر و شربون، ۱۹۹۲). در مطالعه منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) همسانی درونی خرده مقیاسها به جز خرده مقیاس نشاط (آلفا = ۰/۶۵) در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار داشتند. همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ بود (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). تحلیل عامل مقیاس نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان خرده مقیاسها را توجیه می نمود.

مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب-آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی

^۱. Ware & Sherbourne

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

جلسه اول: آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت های اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)، درک فرایندها و عوامل به وجود آورنده اهمال کاری و اثرات آن ۲. توضیح مختصری از مدل درمانی ۳CFT. آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه.

جلسه دوم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۲. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۳. بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت گر) ۴. تعریف خود انتقادی، شرم و گناه و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و مشاهداتی که باعث شد این درمان به وجود بیاید و تمرین مهربانی و مهر ورزیدن.

جلسه سوم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۲. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۳. شفقت به خود چیست؟ ویژگی ها و مهارت های آن، چگونگی تاثیر گذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن ها با هم.

جلسه چهارم: ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. آموزش مفهوم ذهن آگاهی (بهشیاری)، منطق آن و نحوه اجرای تمرینات آن (تمرکز بر تنفس ورد یابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن ها بدون هیچ واکنشی

جلسه پنجم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مدیریت احساسات و عواطف دشوار
جلسه ششم: عنوان و محتوای کلی جلسه ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی تصویر پردازی ذهنی و منطق آن ۲. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی های شفقت گر)

۳. برخورد با چالش ها و روابط بین فردی.

جلسه هفتم: ۱. بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲. پرورش خود (self) شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری در ایجاد شفقت ۳. آموزش نحوه تصویر پردازی در مورد خود شفقت ورز، تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری). ایجاد مکان امن.

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

خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری بر اساس طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸)

جلسه اول: آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه اطلاعات در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری، بیان علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملا محرمانه است، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف.

جلسه دوم: افکار، احساسات، رفتار

توضیح درباره ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول، توزیع کاربرد بازسازی افکار

جلسه سوم: بازسازی افکار

بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرد بازسازی افکار

جلسه چهارم: نشانه ها و زنجیره ها

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

جلسه پنجم: جرات ورزی

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

جلسه ششم: تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق

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

جلسه هفتم: مدیریت استرس و حل مسئله

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

جلسه هشتم: عزت نفس

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

یافته ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون شناختی - رفتاری و شفقت درمانی و گروه گواه

کنترل	شناختی - رفتاری		شفقت درمانی		شاخص ها	گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱/۲۴۲	۴۹/۴۰	۲/۰۰۷	۵۰/۸۰	۱/۶۴	۵۱/۵۳	پیش آزمون سخت رویی
۱/۲۴	۵۰/۴۰	۱/۲۳	۵۶/۶۷	۱/۸۶	۵۹/۲۰	پس آزمون
۱/۷۶	۵۵/۶۷	۱/۶۲	۵۵/۷۳	۱/۴۶	۵۵	پیش آزمون تاب آوری
۱/۷۶	۵۶/۶۷	۰/۰۰۷	۶۳/۹۳	۱/۶۲	۶۶/۹۳	پس آزمون
۰/۹۱۵	۵۲/۸۷	۱/۰۷	۵۳	۱/۱۷	۵۲/۶۷	پیش آزمون کیفیت زندگی
۰/۹۱۵	۵۳/۸۷	۰/۶۷۷	۵۶/۲۰	۱/۵۷	۶۱/۰۷	پس آزمون

فرض برابری ماتریس های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس و سپس شیب خط رگرسیون محاسبه گردید

در این پژوهش از تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد و قبل از اجرای آزمون، پیش شرط های آن بررسی شد. بدین صورت که ابتدا پیش

جدول ۳- آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس های واریانس - کوواریانس

آزمون BOX'S M	DF1	DF2	F	P سطح معناداری
۲۷/۱۱۶	۱۲	۱۴۱۲۰	۲/۰۲۳	۰/۰۸۹

زندگی) برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است.

با توجه به داده های جدول ۲ برابری واریانس های متغیر های وابسته (سخت رویی و تاب آوری روانی و کیفیت

جدول ۴- مفروضه همگنی شیب های رگرسیون متغیر

η^2	SIG	F	متغیر		
			MS	DF	SS

۰/۱۰۱	۰/۱۷۳	۱/۸۵۳	۲/۸۲۰	۲	۵/۶۴۱	تعامل متغیر مستقل و پیش‌آزمون سخت رویی
۰/۱۱۰	۰/۰۹۴	۱/۷۰۵	۲/۴۹۲	۲	۱/۹۸۵	تعامل متغیر مستقل پیش‌آزمون تاب‌آوری روانی
۰/۱۵۴	۰/۰۶۳	۳/۰۰۵	۳/۷۲۵	۲	۷/۴۴۹	تعامل متغیر مستقل و پیش‌آزمون کیفیت زندگی

فرضیه اصلی :

بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر متغیر سخت رویی، تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی افراد متأهل در شرف طلاق تفاوت وجود دارد.

نتیجه جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون f محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین با احتمال ۰/۹۵ می‌توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای (سخت رویی و تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی) رعایت شده است.

جدول ۵- تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی و گروه گواه بر

متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون

اندازه اثر η^2	سطح معناداری P	F	میانگین مجذورات MS	درجه آزادی df	مجموع مجذورات SS	منبع پراش
۰/۸۲۶	۰/۰۰۰۵	۹۲/۷۸۲	۱۶۲/۳۳۶	۲	۳۲۴/۶۷۱	سخت رویی
			۱/۷۵۰	۳۹	۶۸/۲۳۷	خطا
۰/۹۳۵	۰/۰۰۰۵	۲۷۹/۵۲۱	۳۰۷/۷۱۶	۲	۶۱۵/۴۳۳	تاب‌آوری
			۱/۱۰۱	۳۹	۴۲/۹۳۴	خطا
۰/۸۲۹	۰/۰۰۰۵	۹۴/۷۵۰	۱۲۸/۹۶۴	۲	۲۵۷/۹۲۸	کیفیت زندگی
			۱/۳۶۱	۳۹	۵۳/۰۸۳	خطا

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد حداقل بین دو گروه در میزان میانگین تعدیل شده متغیرهای سخت رویی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی و تاب آوری روانی و کیفیت زندگی

زنان در شرف طلاق / قهرمانی و همکاران

جدول ۶- تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره براساس درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی و گروه گواه بر

متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون براساس آلفای بن فرونی و آزمون کا- لاماتریکس

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	تفاوت میانگین ها
سخت رویی	۲۵/۹۲۱	۱	۲۵/۹۲۱	۱۴/۸۱۵	۰/۰۰۰۵	۱/۹۹۴
خطا	۶۸/۲۳۷	۳۹	۱/۷۵۰			
تاب آوری روانی	۸۱/۳۹۵	۱	۸۱/۳۹۵	۷۳/۹۳۷	۰/۰۰۰	۳/۵۳۴
خطا	۴۲/۹۳۴	۳۹	۱/۱۰۱			
کیفیت زندگی	۱۵۱/۵۳۹	۱	۱۵۱/۵۳۹	۱۱۱/۳۳۵	۰/۰۰۰	۴/۸۲۲
خطا	۵۳/۰۸۳	۳۹	۱/۳۶۱			

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی اول بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر سخت رویی، تاب آوری روانی و کیفیت زندگی افراد متأهل در شرف طلاق تفاوت وجود دارد.

نتایج بررسی ها بیانگر تأیید فرضیه اصلی اول بود و بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر سخت رویی، تاب آوری روانی و کیفیت زندگی افراد متأهل در شرف طلاق تفاوت وجود دارد. یافته‌های این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش سخت رویی در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارد نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه حسنی و همکاران (۱۴۰۰) و یگانه راد و همکاران (۱۳۹۹) همسو می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت زنان در شرف طلاق احتمالاً از ویژگی سخت رویی پایین برخوردارند و شرایط فشارزایی را تحمل می کنند بنابراین از سازگاری پایین تری برخوردارند. درمان مبتنی بر شفقت، به این افراد

نتایج جدول ۶ نشان می دهد در پس آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه در میزان میانگین تعدیل شده متغیرهای (سخت رویی، تاب آوری و کیفیت زندگی) وجود دارد.

همچنین با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه به ترتیب (۱/۹۹۴ ، ۳/۵۳۴ و ۴/۸۲۲) گروه درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی (سخت رویی ، تاب آوری و کیفیت زندگی) نشان داده شده است که درمان متمرکز بر شفقت درمانی نسبت به گروه تحت درمان شناختی رفتاری در میزان افزایش متغیرهای (سخت رویی، تاب آوری و کیفیت زندگی) در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارد.

با توجه به معنادار شدن تفاوت محاسبه شده با ۱۰/۹۹ احتمال نتیجه گرفته می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر متغیر سخت روی ، تاب آوری روانی و کیفیت زندگی افراد متأهل در شرف طلاق تفاوت وجود دارد، تأیید می شود .

توان گفت شفقت به خود به معنای تجربه پذیری و تأثیرپذیر بودن از رنج دیگران به گونه ای است که فرد مشکلات و رنج های خود را قابل تحمل تر می کند. درمان متمرکز بر شفقت، درمانی چندوجهی است که بر پایه طیف وسیعی از درمان های روانشناختی رفتاری و سایر درمان ها و مداخلات بنا شده است. در این درمان افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند. افراد در مرحله اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش مشفقانه به خود داشته باشند. این رویکرد درمانی، بعنوان یک سازه خودمراقبه ای، سلامت هیجانی زوجین طلاق را ترمیم می کند و در حل صدمات هیجانی افراد زنان در شرف طلاق نیز موثر بوده است. درمان متمرکز بر شفقت می تواند خودانتقادی و افسردگی را کاهش و هیجان مثبت و تاب آوری را در آنها افزایش دهد.

همچنین از آنجا که تاب آوری به عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی ها، برای برگشتن از ناملایمات و حرکت برای زندگی سالم همراه با رفاه و امیدواری به آینده تعریف شده است، درمان شناختی رفتاری می تواند به عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعدیل تأثیرات مخرب عوامل تنش زا و فشارهای زندگی بر سلامت روان و تاب آوری فرد تأثیر مثبت بگذارد و باعث بهبود عملکرد وی در حوزه های گوناگون زندگی شود. از سویی دیگر با توجه به اجرای این مداخله بطور گروهی می توان گفت درمان به شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را قوی می کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می کند. در حقیقت روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می شود. از آنجائی که تاب آوری روانی به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار اطلاق می شود و مفهومی

می آموزد خود را درک و حمایت کرده و نگرشی باز و غیرقضاوتی نسبت به خود داشته باشند و به این تشخیص برسند که شرایط دشوار زندگی، تجربه ای طبیعی و مشترک میان همه افراد است. شفقت به خود مستلزم داشتن نگرش مثبت نسبت به خود در پاسخ به دشواری ها و ترس ها می باشد و سخت رویی فرد را در برابر ناملایمات زندگی افزایش می دهد. این درمان مبتنی بر ایجاد تغییر و تحول است و ویژگی روان شناختی سخت رویی نیز همچون هر ویژگی شخصیتی دیگر می تواند دستخوش تغییر شود. درواقع اگر درمان مبتنی بر شفقت موجب انعطاف پذیری روان شناختی می شود، پس این امکان را فراهم می سازد تا فرد خود را با شرایط محیط پیرامون خود سازگار کرده و با ایجاد تغییر در خود، ویژگی سرسختی روان شناختی را در خود پرورش و رشد دهد.

همچنین افراد با ویژگی روان شناختی سخت رویی، فعال، هدفمند و رویکرد آنها به زندگی باعلاقه و هیجان است. آنها معتقدند که استرس آورها، قابل تغییر هستند و با استفاده از دانش، مهارت و قدرت انتخاب می توانند رویدادهای زندگی را پیش بینی و کنترل کنند. در مطالعه حاضر، افراد متأهل در شرف طلاق یاد گرفتند که با اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی های مثبت و سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای، افزایش مهارت های شناختی و شناسایی افکار و شناخت های منفی، پیوند بین شناخت، هیجان و رفتار را درک کنند و افکار تحریف شده با افکار واقع بینانه و منطقی جایگزین کنند. در این رویکرد، افراد با بازسازی افکار با فشارهای روانی مقابله می کنند و سختروی آن ها افزایش می یابد.

یافته های این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری روانی در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارد. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه نوری و شهابی (۱۳۹۶)، کالینز و همکاران (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این یافته می

تندگی و مدیریت هیجان، آزمودنی های مطالعه حاضر را توانمندتر ساخت و به آن ها این امکان را داد که با مشکلات ناشی از طلاق و جدایی از همسر به صورتی اثربخش تر و کارآمدتر به مقابله بپردازد و با افزایش تاب آوری، کیفیت زندگی را در آن ها بهبود بخشد.

منابع

اسکندرپور، هدی (۱۳۹۵). رابطه تاب آوری و رضایت زناشویی با میزان طلاق در زوجین شهر ایلام. پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی. تهران. ایل بیگی قلعه نی، رضا؛ الهی مجد، لیلیا؛ رستمی، مریم (۱۳۹۸). نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه. روانشناسی و دین. ۱۲(۲). ۸۵-۹۶.

آذربایجانی، سحر؛ صادقی افجه، زهره؛ قنبری، نسرين (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان افسرده خانه دار. سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی. ۲(۱). ۷۰-۵۲.

شاه بیک، سروش؛ خانه کشی، علی؛ خان محمدی، ارسلان (۱۳۹۷). بررسی مقایسه‌ای راهبردهای مقابله‌ای و تاب آوری در زنان مطلقه و غیر مطلقه. مدیریت ارتقای سلامت. ۷(۲). ۵۰-۴۴.

عراقیان، شیمیا؛ نجات، حمید؛ تونزنده جانی، حسن؛ باقرزاده گلمکانی، زهرا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مهارت های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و تحمل آشفتگی زنان دارای تعارض. اصول بهداشت روانی. ۲۲(۳). ۲۰۱-۱۹۰.

علوی، سیده زهرا؛ موسوی، احکام (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش تاب آوری زوجین در آستانه طلاق شهرستان دشت آزادگان. کنگره ملی خانواده سالم. دانشگاه شهید چمران.

شناختی و قابل آموزش است کلیه روشهای موجود در درمان شناختی رفتاری به نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر این سازه شخصیتی تأثیرگذار است. در این درمان با تقویت روابط اجتماعی و بازیابی عوامل حمایت اجتماعی، تاب آوری زنان در شرف طلاق افزایش می یابد.

یافته های این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی در پس آزمون اثربخشی بیشتری دارد. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه رادفر و همکاران (۱۳۹۹) و آذربایجانی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت درمان متمرکز بر شفقت می تواند خودانتقادی و افسردگی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را افزایش دهد. بنابراین شفقت ورزی در کاهش آسیب های ناشی از تعارضات زناشویی، در زنان در شرف طلاق و یا آسیب دیده از طلاق می تواند بسیار کمک کننده باشد. این رویکرد از پیامدهای منفی تعارضات زناشویی می کاهد و توان فرد را برای رویارویی با مشکلات و ترمیم رابطه زناشویی یاری می دهد (یگانه راد و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات نشان داده اند درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری زنان، عزت نفس و سازش یافتگی پس از طلاق زنان، خودگسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان، شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزاردیده عاطفی و اضطراب و افسردگی زنان مطلقه موثر است؛ بنابراین می تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی در زنان در شرف طلاق شود.

همچنین درمان شناختی رفتاری با کاهش افکار خودآیند منفی، به فرد این امکان را می دهد که بر افکار خود، کنترل بیشتری داشته باشد و به جای تمرکز بر نگرانی از آینده و یا نشخوار افکار ناخوشایند گذشته، از افکار خود اطلاع یافته و بر آن ها تسلط یابد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری باعث می شود که فرد از فرایندهای ذهنی خود، آگاهی یابد. از سویی دیگر، درمان شناختی رفتاری با کاهش افکار منفی، فعالسازی رفتاری، آموزش مدیریت

تاب آوری زوجین. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۵(۵۷). ۳۵-۲۶.

نیک یار، حمیدرضا؛ رئیسی، زهره؛ فرخی، حبیبه (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به تومور مغزی. زیست پزشکی جرجانی. ۱(۲). ۶۳-۵۶.

نوری، حمیدرضا؛ شهابی، بهاره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. ۱۸(۳). ۱۱۸-۱۲۶.

یگانه راد، نسرين؛ تونزنده جانی، حسن؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق. روشها و مدل های روانشناختی. ۱۱(۴۱). ۸۹-۱۱۲.

یوسفی، ناصر؛ محمدی، فاروق؛ عزیزی، آرمان؛ شمس اسفند آبادی، روفیا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده. روان شناسی بالینی. ۱۱(۳). ۱۱۲-۱۰۱.

Aguilera, A., Bruhlman-Senecal, E., Demasi, O., & Avila, P. (2017). Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: a clinical trial. *Journal of medical Internet research*, 19(5), e148.

Baruch, D., Kanker, J., & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies*, 8(3), 241-257

Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260, 45-52

Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2018). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 41(5), 474-486.

یگانه راد، نسرين؛ تونزنده جانی، حسن؛ باقرزاده گل‌مکانی، زهرا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق. روشها و مدل های روانشناختی. ۱۱(۴۱). ۸۹-۱۱۲.

یوسفی، ناصر؛ محمدی، فاروق؛ عزیزی، آرمان؛ شمس اسفند آبادی، روفیا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و شفقت درمانی بر افسردگی و سرسختی و کیفیت زندگی در زنان افسرده. روان شناسی بالینی. ۱۱(۳). ۱۱۲-۱۰۱.

کریمی نژاد، هاجر؛ صادقی، مسعود؛ غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۶). تدوین مدل تاب آوری خانواده به صورت کیفی بر اساس دیدگاه متخصصان خانواده. پژوهش های نوین روانشناختی. ۱۲(۴۷). ۱۵۵-۱۸۰.

کاوایانی، زینب؛ حمید، نجمه؛ عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۳). تاثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب آوری زوجین. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۵(۵۷). ۳۵-۲۶.

رادفر، سعیده؛ فلاح، محمد حسین؛ عاصی، ابوالقاسم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شفقت مبتنی بر رویکرد اسلامی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی زنان خانه دار شهرستان یزد. کنفرانس بین المللی فقه، حقوق، روانشناسی و علوم تربیتی در ایران و جهان اسلام.

روزدار، ابراهیم؛ محمودیان، حمیدرضا؛ پیرایه، لیلا (۱۳۹۶). رابطه سرسختی روانشناختی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی. کنگره انجمن روانشناسی ایران. دانشگاه شهید چمران، اهواز.

کریمی نژاد، هاجر؛ صادقی، مسعود؛ غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۶). تدوین مدل تاب آوری خانواده به صورت کیفی بر اساس دیدگاه متخصصان خانواده. پژوهش های نوین روانشناختی. ۱۲(۴۷). ۱۵۵-۱۸۰.

کاوایانی، زینب؛ حمید، نجمه؛ عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۳). تاثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر

Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 3471.

Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and personality psychology compass*, 9(6), 239-254.

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337.

Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-549

Sahranavard, S., Esmaili, A., Salehiniya, H., & Behdani, S. (2019). The effectiveness of group training of cognitive behavioral therapy-based stress management on anxiety, hardiness and self-efficacy in female medical students. *Journal of education and health promotion*, 8

Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 597-609.

Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of family psychology*, 20(2), 339.

Quarterly Journal of Educational Psychology Skills
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 13, No. 2, summer 2022, No 50



Journal of Educational
Psychology

Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy on the hardiness, mental resilience and quality of life of women on the verge of divorce

Maryam Ghahramani¹, Javad Khalatbari^{2*}, Davood Taghvaei³

1) PhD student, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

2) Associate Prof, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

3) Associate Prof, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and therapy focused on compassion therapy, hardiness, mental resilience and the quality of life of women on the verge of divorce. The statistical population was all those who referred to social emergency centers in Tehran. From this population, a targeted sampling method (taking into account the entry and exit criteria) 45 people were first selected and then 15 people were randomly grouped in the first test group, 15 people in the second test group, and 15 people in the control group. The current research is part of the semi-experimental design with pre-test - post-test of three groups. Compassion-focused therapy group training (based on the treatment protocol of Gilbert and Neff, 2007) and the schedule of cognitive-behavioral therapy training sessions (based on the treatment plan of Wildermut, 2008) were implemented during 8 90-minute sessions. The research tools included the short form quality of life scale (SF-36) by Virosheron (1992), Kubasa's hardiness questionnaire (1997), Connor and Davidson's resilience scale (2003). The data results were analyzed by multivariate covariance statistical test. The results showed that the treatment focused on compassion therapy had a greater impact on improving quality of life, hardiness and resilience than cognitive-behavioral therapy.

Key words: cognitive-behavioral therapy, treatment focused on compassion therapy, hardiness, mental resilience, quality of life.
