

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق

مژده سعیدی^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، شهره قربان شیرودی^۳، شهنام ابوالقاسمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: تکانشگری با اثرات و عواقب بالقوه آسیب‌رسان، طولانی‌مدت و مخاطره‌آمیز همراه است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت تصادفی در دسترس جامعه آماری کلیه زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن بودند که ۴۵ زن در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. گروه کنترل درمانی نداشت. ابزار پژوهش مقیاس تکانشگری Barratt (BIS-۱۱) بود. داده‌ها توسط آنالیز واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره تکانشگری در پیش‌آزمون گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری از $۸۷/۱۳ \pm ۵/۰۳$ به $۶۴/۰۰ \pm ۲/۳۹$ در پس‌آزمون و $۵۳/۲۷ \pm ۲/۵۲$ در پیگیری رسید ($p < ۰/۰۰۱$). نمره تکانشگری در پیش‌آزمون درمان متمرکز بر شفقت از $۴۱/۶۰ \pm ۴/۷۱$ به $۵۶/۲۷ \pm ۳/۱۵$ در پس‌آزمون و $۴۰/۷۳ \pm ۳/۲۱$ در پیگیری رسید ($p < ۰/۰۰۱$) و نمره گروه کنترل از $۵۱/۴۳ \pm ۵/۲۰$ به $۸۴/۶۰ \pm ۳/۶۰$ در پس‌آزمون و $۸۱/۸۷ \pm ۳/۷۲$ در پیگیری رسید ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً می‌توانند موجب کاهش تکانشگری ناشی از طلاق شوند. از این رو به نظر می‌رسد نتیجه پژوهش، حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت کاهش تکانشگری فراهم می‌آورد
واژه‌های کلیدی: درمان، شناختی رفتاری، متمرکز بر شفقت، تکانشگری، زنان، طلاق

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com، تلفن ۰۹۱۲۱۷۷۷۶۳۴
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

مقدمه

طلاق برای تمامی زوجین تجربه‌ای ناخوشایند و دشوار است و حدود نیمی از ازدواج‌ها منجر به طلاق می‌گردد. بر طبق نظر kim فرایند طلاق دارای سه مرحله، قبل، در شرف و بعد از طلاق می‌باشد. استرس ناشی از طلاق در زنان با خویشتنداری ضعیف بوده و منجر به بروز تکانشگری می‌گردد [۱]. تکانشگری، از مباحث مهم روان‌شناسی بالینی است و نیازمند مداخله بالینی می‌باشد. افراد تکانشگر بر اساس احساسات لحظه‌ای خود عمل کرده و بدون این‌که قوانین یا ملاحظات خاص هر موقعیت را در نظر بگیرند، بدون هیچ فیلتر ذهنی یا رفتاری، عمل می‌نمایند [۲]. این صفت با ناتوانی در خودکنترلی و بازداری رفتار رابطه مستقیم داشته و در ذات خود دارای خطر و پیامدهای آسیب‌زا و عدم برنامه‌ریزی و بی‌ثباتی هیجانی می‌باشد [۳]. تکانشگری با آسیب‌های روانی مهم در اجتماع همراه است به طوری که عامل کلیدی در تشخیص اختلالات کنترل تکانه، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت، سوء مصرف مواد و پارافیلیا می‌باشد [۴]. این افراد درگیر رفتارهایی می‌شوند که برای خود و یا دیگران خطرناک می‌باشد مانند رانندگی بی‌پروا، قمار، شروع به دعوا، خرید و فروش با ریسک بالا، رفتارهای جنسی بی‌مهابا، خریدهای بیمارگونه، ضعف در مهارت کنترل خشم، درگیری در خانواده و خشونت خانگی و تلاش برای صدمه زدن به خود و دیگران و خودکشی [۵-۶]. بین میزان تکانشگری در زوجین با رضایت زناشویی و استحکام ازدواج رابطه منفی وجود داشته و ریسک طلاق را افزایش می‌دهد [۷]. پژوهش Von Hippel و Gonsalkorale در سال ۲۰۰۵ نشان داد زنان با نمرات بالاتر تکانشگری در تعاملات اجتماعی و خانوادگی مؤدبانانه رفتار نکرده و بخشش و شفقت کمتر و عدم انطباق و ناسازگاری بیشتر دارند. بدون فکر و توجه به پیامدهای عمل، رفتار کرده و به نیازهای همسر خود پاسخگو نبوده و به علائق شخصی خود توجه می‌کنند [۸] با وجود این مشکلات متعدد که زنان در شرف طلاق با آن سرو کار دارند دریافت خدمات متنوع حرفه‌ای برای این گروه از افراد ضروری به نظر می‌رسد. درمان شناختی رفتاری یکی از رویکردهایی است که می‌تواند در حل مشکلات افراد درگیر تعارضات خانوادگی و

روابط مختل بین فردی و تکانشی استفاده گردد [۹]. این درمان، ساختارمند، مشکل مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال است، و به مراجعان آموزش می‌دهد افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کرده و به شیوه‌های کارآمدتر، تفکر را جایگزین افکار ناکارآمد سازند و شناخت‌های مرتبط با مشکل را در زندگی کسب کنند و بدین منظور با تمرین‌های شناختی - رفتاری، بر حل مشکلات بین فردی و مهارت‌های اجتماعی متمرکز می‌شوند [۱۰] از جمله تکنیک‌های مؤثر درمان شناختی - رفتاری بر تکانشگری، آموزش مهارت حل مسئله به مراجع به منظور ایجاد توانایی پاسخ‌دهی مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا، مهارت بازسازی شناختی به منظور اصلاح شناخت‌های غیرمنطقی مرتبط با تکانشگری در مراجع، مهارت شناخت موقعیت‌های دارای ریسک بالا و گسترش و ایجاد راهکارهای جایگزین و مهارت جلوگیری از عود می‌باشد [۱۱]. نتایج پژوهشی نشان داد درمان شناختی رفتاری به روش گروهی در کاهش تکانشگری مؤثر می‌باشد [۱۲]. یافته‌های Nateghi و Sohrabi نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان بود [۱۳]. همچنین در تحقیق Weinberg و همکاران، درمان شناختی رفتاری باعث کاهش فراوانی در تکانشگری شد [۱۴].

درمان متمرکز بر شفقت در آغاز به وسیله Paul Gilbert برای کمک به افرادی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری مطرح شد و توجه ویژه‌ای به آگاهی درمان‌گر و درمان‌جو، استدلال و نشخوار ذهنی، رفتارها، هیجان‌ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی دارد و دیدگاهی جدید را در روند درمان ارائه داده است [۱۵]. درمانگران معمولاً در برابر مراجعان خود مشفقانه رفتار کرده و مراجعان نیز با خودشان مشفق هستند. بنابراین، هدف مهم درمان متمرکز بر شفقت یاری رساندن به مراجعان برای تجربه کردن احساس امنیت و تغییرات ذهنی می‌باشد [۱۵]. مطالعات نشان داده این درمان در کاهش علائم بیماران دارای افسردگی، اضطراب، شرم و خود انتقادگری، اختلالات شخصیت، خوردن و سایکوز مؤثر است [۱۶]. Neff و Beretvas نشان دادند افرادی که رتبه بالاتری از نظر شفقت دارند، در روابط خود با دیگران رفتارهای مثبت‌تری را نشان می‌دهند [۱۷] همچنین در پژوهش Rezaei و همکاران

۱۵-۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک، تکمیل رضایت‌نامه کتبی، شرایط جسمانی سالم، و معیارهای خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه و اعلام عدم رضایت از شرکت در جلسات درمانی بود. جهت جلب رضایت شرکت در پژوهش، جلسه توجیهی با حضور نمونه‌ها تشکیل گردید و در مورد اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات خصوصی و تحلیل داده‌ها و نتایج بدون مطرح شدن نام توضیح داده شد. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از اتمام فرایند پژوهش، آنان نیز این مداخله را دریافت می‌کنند. سپس پیش‌آزمون اجرا شد. مداخلات مربوط به گروه‌های کنترل در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار، به مدت ۲ ماه به صورت گروهی توسط پژوهشگر که قبلاً کارگاه‌های آموزشی درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت را گذرانده و گواهی‌نامه دریافت کرده بود، در مرکز اورژانس اجتماعی انجام شد. گروه کنترل در این مرحله درمانی دریافت نکرد. محتوای جلسات در گروه‌های آزمایشی درمان شناختی رفتاری برگرفته از دیدگاه Wildermuth [۲۰] و درمان متمرکز بر شفقت Gilbert [۲۱] در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. هدف جلسات کاهش تکانشگری در زنان در شرف طلاق بود. این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد IR.IAU.TON.REC.1397.034 است. ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه دموگرافیک جهت بررسی سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد سال‌های ازدواج، نسبت فامیلی با همسر، محل سکونت و مقیاس تکانشگری Barratt (BIS-11) بود. این پرسشنامه توسط پروفسور Barratt در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است [۲۲]. پرسشنامه مذکور دارای ۳۰ ماده است و فرد باید به هر یک از ماده‌های این پرسشنامه که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱- هیچگاه / به ندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات/ همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. یازده مورد از ۳۰ مورد این مقیاس به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰) حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می‌باشد [۲۲]. Patton و همکاران، ضرایب ثبات درونی برای نمره کل

درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش تکانشگری افراد دارای اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است [۱۸]. پژوهش‌های اندکی به طور مستقیم به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طلاق پرداخته‌اند [۱۹] و مطالعه‌ای جهت مقایسه اثرات درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق انجام نشده است. بررسی اثرات آسیب‌رسان تکانشگری و ارائه مداخلات روان‌شناختی در جهت کاهش برانگیختگی زنان در شرف طلاق ضروری می‌باشد [۲]. بدین جهت این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان در شرف طلاق بودند که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن مراجعه کردند. حجم نمونه با استفاده از فرمول
$$n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$
 در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آماری ۰/۹۰ محاسبه شد. حداقل اختلاف معنی‌دار و انحراف معیار مشترک بین دو گروه با توجه به مطالعات گذشته به ترتیب برابر با ۵/۵ و ۳/۱ در نظر گرفته شد. به دلیل وجود سه گروه T حجم نمونه نهایی با تصحیح
$$\hat{n} = \sqrt{k} n$$
 برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد، بنابراین تعداد نمونه پژوهش حاضر ۴۵ نفر در نظر گرفته شد که به شیوه فراخوانی و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که به ۲۰۰ نفر از خانم‌های جامعه پژوهش، در حضور پژوهشگر پرسشنامه تکانشگری بارت داده شد و از بین آنها ۷۳ نفر که از نمره تکانشگری بالایی برخوردار بودند، مشخص گردید. سپس ۴۵ نفر با روش گمارش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه مداخله درمان شناختی رفتاری، و درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل، جایگزین شدند. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد سال‌های ازدواج، نسبت فامیلی و محل سکونت اخذ گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از، دامنه سنی

تکانشگری Barrat از نظر روایی و اعتبار، در حد مطلوب است. پس از تحلیل نمرات مقیاس تکانشگری Barrat، نمره برش پرسشنامه یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین (۶۵ و بالاتر) در نظر گرفته شد [۲۴]. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، ام باکس، کرویت موجلی و لوین و تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تحلیل شدند.

BIS-11 را در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ در جمعیت های مجزایی از فارغ التحصیلان، بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، بیماران روان پزشکی به طور کلی، و زندانیان در زندان گزارش کردند [۲۳]. در ایران نیز برای نخستین بار Ekhtiari و همکاران با ترجمه نسخه اصلی Barrat و استفاده از آن در افراد سالم و مصرف کنندگان مواد افیونی به هنجاریابی این پرسشنامه پرداختند. روایی و اعتبار در پژوهش مذکور به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان می دهد ترجمه فارسی پرسش نامه

جدول ۱- پروتکل اجرایی درمان شناختی رفتاری بر اساس طرح درمانی Wildermuth (۲۰۰۸)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه اطلاعات در مورد درمان شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری
دوم	آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار، تفاوت بین آن ها، توضیح در مورد سبک های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول
سوم	بازسازی افکار
چهارم	نشانه ها و زنجیره ها، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگ تر قرار می گیرند.
پنجم	جرات ورزی، تعریف رفتار جرات مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات مندانه داشتن مشکل است.
ششم	تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر
هفتم	استرس و حل مسئله توضیح در مورد استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
هشتم	عزت نفس تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی های منفی موجب عدم عزت نفس می شود.

جدول ۲- پروتکل اجرایی درمان متمرکز بر شفقت پروتکل درمانی Gilbert (2009)

جلسات	محتوا
اول	ارائه مشکلات و علائم فعلی، تصدیق و درک مشکلات فعلی، ایجاد مبنایی برای رابطه درمانی
دوم	بررسی بافتار فرهنگی و تاریخی فرد، روایت کردن داستان و تاریخچه زندگی، کسب بینش در خصوص خاطرات هیجانی نسبت به خود و دیگران
سوم	فرمول بندی ساختاریافته در بافتار چهار حوزه مدل شامل: پس زمینه رشدی؛ ترس ها، تهدیدها، نگرانی ها و نیازهای برآورده نشده؛ راهبرهای ایمنی طلبی و جبرانی درونی و بیرونی
چهارم	توضیح دادن مدل (مغز تکامل یافته)
پنجم	تنظیم تکالیف درمانی مانند نظارت بر افکار و ایجاد جایگزین برای آن ها، آزمایش های رفتاری یا تکالیف درجه بندی شده، به وجود آوردن خود مشفق، تصویرسازی و نامه نگاری مشفقانه، بررسی موانع و مشکلات
ششم	بازنگری و توضیح ارتباط بین شرم درونی و بیرونی، توضیح تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر. توضیح در مورد خصوصیات و مهارت های مشفقان
هفتم	توجه آگاهی و ریتم تنفسی تسکین دهنده، آموزش تصویرسازی مشفقانه، ایجاد مکانی امن، رشد و پرورش خود مشفق
هشتم	تکنیک صندلی مشفق، شفقت ورزی نسبت به دیگران، نوشتن نامه مشفقانه.

یافته ها

شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در جدول ۳ با یکدیگر مقایسه شده اند و نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت معنی داری بین گروه های مداخله و کنترل وجود نداشت ($p > 0/05$).

سن، سطح تحصیلات، شغل، تعداد سال های ازدواج، نسبت فامیلی با همسر و محل سکونت افراد در گروه های درمان

جدول ۳ - ویژگی های جمعیت شناختی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان تکاب در سال ۱۳۹۷

p	گروه کنترل		گروه متمرکز بر شفقت		گروه شناختی رفتاری		متغیرهای جمعیت شناختی
	درصد	(فراوانی)	درصد	(فراوانی)	درصد	(فراوانی)	
۰/۴۹۲	۱۳/۳	(۲ نفر)	۱۳/۳	(۲ نفر)	۱۳/۳	(۲ نفر)	۱۵ تا ۲۰
	۳۳/۴	(۵ نفر)	۴۶/۷	(۷ نفر)	۳۳/۳	(۵ نفر)	۲۰ تا ۲۵
	۱۳/۳	(۲ نفر)	۶/۷	(۱ نفر)	۲۶/۷	(۴ نفر)	۲۶ تا ۳۰
	۱۳/۳	(۲ نفر)	۳۳/۳	(۵ نفر)	۶/۷	(۱ نفر)	۳۱ تا ۳۵
	۲۶/۷	(۴ نفر)	۰	(۰ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	۳۶ تا ۴۰
	۸۰	(۱۲ نفر)	۷۳/۳	(۱۱ نفر)	۸۰	(۱۲ نفر)	دیپلم و فوق دیپلم
	۲۰	(۳ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	لیسانس
۰/۲۲۴	۰	(۰ نفر)	۶/۷	(۱ نفر)	۰	(۰ نفر)	فوق لیسانس و دکترا
	۶۰	(۹ نفر)	۳۳/۳	(۵ نفر)	۵۳/۳	(۸ نفر)	خانه دار
	۲۰	(۳ نفر)	۵۳/۴	(۸ نفر)	۴۰	(۶ نفر)	آزاد
۰/۳۲۷	۲۰	(۳ نفر)	۱۳/۳	(۲ نفر)	۶/۷	(۱ نفر)	اداری
	۲۶/۷	(۴ نفر)	۳۳/۳	(۵ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	زیر ۵ سال
	۲۰	(۳ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	۱۳/۳	(۲ نفر)	۶ تا ۱۰ سال
	۲۰	(۳ نفر)	۳۳/۳	(۲ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	۱۱ تا ۱۵ سال
۰/۹۸۸	۲۰	(۳ نفر)	۲۰	(۳ نفر)	۳۳/۴	(۵ نفر)	۱۶ تا ۲۰ سال
	۱۳/۳۳	(۲ نفر)	۶/۷	(۱ نفر)	۱۳/۳	(۲ نفر)	بیشتر از ۲۰ سال
۰/۳۴۳	۶۶/۷	(۱۰ نفر)	۴۰	(۶ نفر)	۵۳/۳	(۸ نفر)	دارد
	۳۳/۳	(۵ نفر)	۶۰	(۹ نفر)	۴۶/۷	(۷ نفر)	ندارد
۰/۵۳۷	۴۰	(۶ نفر)	۵۳/۳	(۸ نفر)	۶۰	(۹ نفر)	شهر
	۶۰	(۹ نفر)	۴۶/۷	(۷ نفر)	۴۰	(۶ نفر)	روستا

نوع آزمون: مجذور کای $p < ۰/۰۰۱$ اختلاف معنی دار $۰/۰۵$

گرفتن شاخص های چولگی و کشیدگی در فاصله ۱- تا ۱ فرضیه نرمالیتی تأیید گردید. سپس با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، در هر کدام از زمان های قبل، بعد و پیگیری نمرات تکانشگری بین سه گروه مقایسه شد. برای

ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاخص های چولگی و کشیدگی، فرض نرمالیتی متغیرهای تکانشگری قبل، بعد و پیگیری در هر کدام از سه گروه بررسی شد. با توجه به معنی دار نشدن این آزمون و قرار

معنی‌دار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است. معنی‌دار نبودن متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است. در نهایت، بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است.

هر گروه، با استفاده از آزمون اندازه‌های مکرر، روند تغییرات نمرات تکانشگری در طی سه زمان قبل، بعد و پیگیری بررسی گردید (جدول ۴). سپس جهت مقایسه گروه‌ها از لحاظ روند تغییرات نمرات تکانشگری در طی زمان، از آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد (جدول ۵). قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی، و لوین، بررسی شد. آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش

جدول ۴ - مقایسه نمرات تکانشگری زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان تنکابن در ۶ ماهه اول سال ۹۷ در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری

P *	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
<۰/۰۰۱	۵۳/۲۷ ± ۲/۵۲	۶۴/۰۰ ± ۲/۳۹	۸۷/۱۳ ± ۵/۰۳	۹۱/۶۰ ± ۴/۷۱	شناختی- رفتاری
<۰/۰۰۱	۴۰/۷۳ ± ۳/۲۱	۵۶/۲۷ ± ۳/۱۵	۸۹/۲۰ ± ۵/۴۳	۰/۰۶۵	متمرکز بر شفقت
<۰/۰۰۱	۸۱/۸۷ ± ۳/۷۲	۸۴/۶۰ ± ۳/۶۰	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	کنترل
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	P value **		
p < ۰/۰۰۱ اختلاف معنی‌دار		** One Way ANOVA	* repeated measures ANOVA		

مرحله قبل از آزمون معنی‌دار شدند. اختلاف بین گروه کنترل و گروه متمرکز بر شفقت معنی‌دار شد. با توجه به نتایج آزمون اندازه‌های تکراری در هر یک از گروه‌ها، روند تغییرات نمرات تکانشگری معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۰۱$). به این معنی که در هر سه گروه بعد از مداخله نمرات به صورت معنی‌داری کاهش یافته است ($p < ۰/۰۰۱$).

همان‌طور که در جدول ۴ گزارش شده است با توجه به نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، میانگین نمرات تکانشگری سه گروه قبل از مداخله، اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند، ولی این اختلاف، در زمان‌های بعد از مداخله و پیگیری معنی‌دار شده است. با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی سه گروه به صورت دو به دو، از لحاظ میانگین نمره تکانشگری با هم مقایسه شدند که تمام مقایسه‌ها به جز در

جدول ۵ - تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله و کنترل

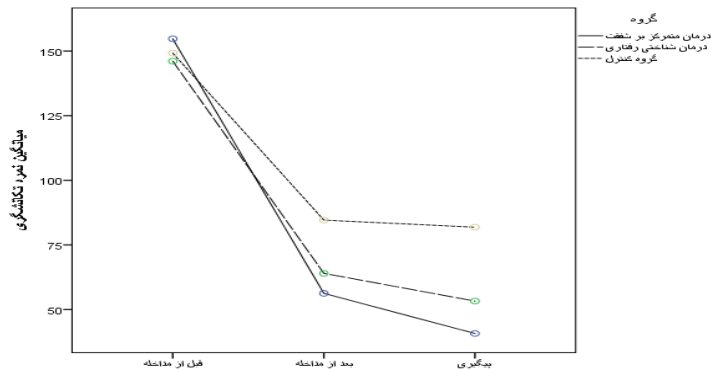
منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
مرحله	۲۲۱۵۷/۷۹	۲	۱۱۰۷۸/۸۹	۱۶۶۸/۷۲	<۰/۰۰۱
گروه*مرحله	۷۶۲۶/۵۲	۴	۱۹۰۶/۶۳	۲۸۷/۱۸	<۰/۰۰۱
گروه	۱۲۲۹۳/۰۸	۲	۶۱۴۶/۵۴	۱۹۱/۴۸	<۰/۰۰۱
خطا	۵۵۷/۶۸	۸۴	۶/۶۴	-	-

p < ۰/۰۰۱ اختلاف معنی‌دار

معنی‌داری با هم دارند. با معنی‌دار شدن اثر متغیر گروه می‌توان نتیجه گرفت که در سه مرحله، اختلاف معنی‌داری

با توجه به معنی‌دار شدن اثر مرحله (زمان) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله تفاوت

تکانشگری در هر سه گروه کاهش یافته است ولی میزان کاهش در دو گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است و در گروه درمان متمرکز بر شفقت بیشتر از درمان شناختی- رفتاری می باشد. روند تغییرات نمره در سه گروه در نمودار ۱ نشان داده شده است.



دانست [۲۷]. درمان شناختی- رفتاری به زنان در شرف طلاق کمک می کند تا با راهبردهای خاص، تغییرات فوری در زندگی خود به وجود آورند و به جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی و تفکر واقع گرایانه توجه نمایند. همچنین، آموزش رفتار جرأت مندانه و انجام مراقبه سبب افزایش دقت، تمرکز، کنترل خود و خود آگاهی می شود و در حفظ و ارتقای خود کنترلی نقش مهمی دارد. لذا به تناسب افزایش آگاهی و شناخت، فرد به درک بهتری از رفتار خود دست می یابد. این افزایش آگاهی موجب می شود که میزان وقوع رفتار در صورت مناسب بودن افزایش و در صورت نامناسب بودن کاهش یابد [۲۸].

بر اساس یافته های پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت بیشتر از درمان شناختی- رفتاری تکانشگری زنان در شرف طلاق را کاهش داد. در زمینه درمان متمرکز بر شفقت، مطالعه ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته های این مطالعه با شد، مشاهده نشد. Feliu-Soler و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت می تواند علائم تکانشگری در زنان دارای اختلال شخصیت مرزی را کاهش دهد [۲۹] Morley و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش علائم تکانشگری مؤثر است [۳۰]. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش تکانشگری می توان گفت این در مان به مراجعان می آموزد که به حالت های انگیزشی و هیجانی خود فکر کرده و

بین سه گروه از لحاظ میانگین متغیر تکانشگری وجود دارد. معنی دار شدن اثر متقابل بین گروه و مرحله نشان دهنده این است که روند تغییرات میانگین نمره تکانشگری طی سه مرحله، در سه گروه متفاوت است ($p < 0.01$). می توان نتیجه گرفت که در مراحل بعد از مداخله، گرچه میانگین نمره

بحث

بر اساس یافته های پژوهش، بین گروه های درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل در متغیر تکانشگری تفاوت آماری معنی داری وجود داشت و اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بیشتر از شناختی رفتاری بود. یافته های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری، تکانشگری زنان در شرف طلاق را کاهش داد. در پژوهش Hatami و همکاران، میانگین نمرات تکانشگری در مرحله پس آزمون در افرادی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده بودند، کاهش یافت [۱۲]. نتایج تحقیقات Nateghi و Sohrabi نیز نشان داد که شرکت در جلسات درمان شناختی رفتاری، تکانشگری در نوجوانان را به طور معنی داری کاهش داده است [۱۳] همچنین، در تحقیق Weinberg و همکاران، درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش فراوانی در تکانشگری شد [۱۴]. Morean و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش تکانشگری در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل گردید [۲۵]. kim و همکاران نشان دادند انجام تمرینات شناختی- رفتاری می تواند موجب کاهش علائم تکانشگری شود [۲۶] که همگی با پژوهش حاضر همسو بودند ولی با پژوهش Akbari و همکاران همسو نبود. یکی از دلایل عدم همخوانی پژوهش حاضر با تحقیق Akbari و همکاران را می توان مدت زمان پیگیری متفاوت در دو تحقیق

نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین فردی و ثبات زندگی زناشویی ارتباط دارد [۳۴]

در زمینه محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان ذکر کرد این پژوهش اولین مطالعه‌ای است که درمان شناختی- رفتاری را با درمان متمرکز بر شفقت در متغیر تکانشگری مقایسه کرده است. استفاده از نمونه‌های در دسترس ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه، تأثیرات نامطلوبی روی روایی درونی پژوهش داشته باشد. بنابراین، در تعمیم نتایج باید این محدودیت را مد نظر قرارداد. بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تأیید یافته‌ها، این محدودیت از بین خواهد رفت. محدودیت‌های دیگر این بود که جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به شهر تنکابن می‌شد بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش با جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. توصیه می‌شود مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت در شهرهای مختلف ایران انجام شود و تأثیر این دو رویکرد در مورد سایر متغیرها نیز بررسی گردد. از طرفی، این پژوهش فقط روی زنان انجام شد و در تعمیم پذیری نتایج آن در مورد مردان باید احتیاط کرد. در نهایت، پیشنهاد می‌گردد از این روش‌های درمانی در کاهش سایر مشکلات زنان نیز استفاده شود و اثربخشی این رویکردها در حوزه‌های دیگر بررسی شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، درمان شناختی

رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً می‌توانند موجب کاهش تکانشگری ناشی از طلاق شوند که از این رو، به نظر می‌رسد نتیجه پژوهش حاضر، حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت کاهش تکانشگری فراهم می‌آورد. همچنین درمانگران می‌توانند از مداخلات این دو رویکرد برای کاهش مشکلات زنان و کمک به بهبود تداوم زندگی زناشویی استفاده کنند.

تعارض در منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

آن را با تمرین و تکرار، تغییر داده و با خردمندی با بحران‌های زندگی روبه‌رو شوند [۱۵]. تمرین ذهن آگاهی و شفقت به مراجعان مدد می‌رساند تا با مشکلات مشفقانه برخورد کرده و روش‌های مؤثری را برای کار کردن روی هیجان‌ها و موقعیت‌های چالشی به دست آورند [۱۵] Germer در پژوهش خود آورده است شفقت به خود در لحظات دشوار زندگی و در زمان شکست خوردن و اشتباه کردن بهتر مشخص می‌شود. بنابراین بهتر است در شرایط دشوار برخورد مهربان و درستی با خود و دیگران داشته باشیم. تمرین‌های شفقت به خود باعث می‌شود به جای دشمن درونی، حامی درونی داشته باشیم و فعالانه به خود دلداری و آرامش دهیم [۳۱]. در این پژوهش به زنان در شرف طلاق آموزش داده شد تا از تحقیر، قضاوت منفی و درونی کردن مشکلات خود دست بردارند زیرا پرورش ذهن مشفق، مانند فیزیوتراپی ذهن عمل کرده و تحریک سیستم آرامش‌گر زمینه تحول را فراهم می‌کند [۳۲]. تمرین‌های شفقت بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌نماید که نقش بسزایی در آرامش فرد و همچنین کاهش استرس و افکار منفی دارد [۳۱] تمرکز بر شفقت با تنظیم هیجانات سبب افزایش احساس اطمینان و امنیت در فرد شده و می‌تواند به زنان در شرف طلاق کمک کند تا احساسات، افکار و رفتارهای ناراحت‌کننده خود را مدیریت کرده و با احساس تعلق، مهربانی و پذیرش و درک خویش‌تن در موقعیت‌های دشوار به طور سازگارانه عمل نمایند و به خصوص در هنگام برخورد با احساسات خود آسیب‌زن در موقعیت‌های استرس‌زایی همچون طلاق سودمند باشد [۳۱]. از منظر Weng و همکاران، درمان متمرکز بر شفقت موجب تغییرات نورونی در سیستم عصبی فرد و تنظیم هیجانات می‌گردد. در واقع، پرورش شفقت به خود، شفقت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران می‌تواند پناهگاه روان‌شناختی امن و معنوی را به وجود آورد که در نتیجه آن افراد به طور مؤثری با پدیده‌های آسیب‌زای زندگی روبرو شوند [۳۳]. همچنین پژوهش Von Hippel و Gonsalkorale در سال ۲۰۰۵ نشان داد زنان با نمرات بالاتر تکانشگری، در تعاملات اجتماعی و خانوادگی مؤدبانه رفتار نکرده و بخشش و شفقت کمتر دارند [۸]. نگرش حمایت‌گرانه

تشکر و قدردانی

سهام نویسندگان

از مدیریت مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرا و جذب مراجعان و همچنین، کلیه بانوانی که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

پژوهش حاضر از رساله مقطع دکتری مژده سعیدی استخراج شده است. جواد خلعتبری استاد راهنما و شهره قربان شیرودی و شهنام ابوالقاسمی، اساتید مشاور بودند.

References

1. Kim HS. Consequences of parental divorce for child development. *American Sociological Review* 2011; 76(3): 487-511.
2. Diemen LV, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS- 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiat* 2007; 29(2): 153-6. [Spanish]
3. Dawe S, Gullo M J, Loxton NJ. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as ‘all-bad’? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2008; 32(8): 1507-1518
4. Zuckerman M. P- Impulsive sensation seeking and it’s behavioral, psychophysiological and biochemical correlates. *Neuropsychobiology* 1993; 28(1-2): 30-36
5. Chamorro J, Silvia Bernardi J, Marc N, Potenza Jon , Rachel M, Shuai W, et al. Impulsivity in the general population: A national study. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46 (8): 994-1001.
6. Derrick J, RebeccaJ, Houston B, Quigley M, Testa M, Kubiak A, et al. (Dis) similarity in Impulsivity and Marital Satisfaction: A Comparison of Volatility, Compatibility, and Incompatibility Hypotheses. *Journal of Research in personality* 2016; 1(61): 35–49.
7. Stroud CB, Durbin CE, Saigal SD, Knobloch-Fedders LM. Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An Actor–Partner Interdependence Model analysis. *Journal of Research in Personality* 2010; 44(7):466–477.
8. Von Hippel W, Gonsalkorale K. That is bloody revolting. Inhibitory control of thoughts better left unsaid. *Psychological Science* 2005;16 (7): 497–500.
9. Meichenbaum DH. Cognitive-behavior modification: An integrative approach. 1nd Ed. New York: Plenum Press 1977: 23-31.
10. Moeller F, Barratt E, Dougherty D, Schmitz J, Swann, A. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(11) : 1783-1793.
11. Hodgins D C, Peden N. Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulse. Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2008;30(1):31-40 .[Brazilian]
12. Hatami-Nasri F, Azadfallah P, Tork M , EydiBaygiil M, GHaraeeArdakani SH. Examinin the effectiveness of group cognitive behavioral therapy based on schema on impulsivity of substance abusers. *Annals of military and health sciences research* 2015; 13(4):146- 150 [Persian]
13. Nateghi M, Sohrabi F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Suicidal Thoughts and Impulsivity among Adolescents with Addiction. *Quarterly Journal of Research on Addiction* 2017; 11(42):213-228. [Persian]
14. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter Jr CJ. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of personality disorders* 2006; 20(5):482-92.
15. Khalatbari J, Tamadoni M, BarghandanS. CFT made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. (Translation). Kolts RL,ed. 1nd ed.Tehran:Danjeh Publication; 2016 : 51-65.[Persian]
16. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, & Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology* 2013; 52(2): 199–214.
17. Neff K, Beretvas S N. The roleof self-compassion in romantic relationships. *Journal Self and Identity* 2013; 12(1): 78-98.
18. Rezaei N, Sohraby A, Zoghipaidar MR. The effectiveness of compassion focused therapy on impulsiveness,

- interpersonal sensitivity and self mutilation in borderline personality disorder. Knowledge & Research in Applied Psychology 2019; 19(4):44-55. [Persian]
19. Esbaty M. (dissertation) Study of the pathology and the effectiveness of treatment based on compassion Trans diagnostic approach to anxiety and depression. Tehran : AlZahra ; 2013:9-10
 20. Wildermuth A S. (dissertation) Cognitive behaviour group therapy for adolescents with type 1 diabetes. USA: Regent University; 2008:225-229.
 21. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. BJCP 2014; 53(1):6-41.
 22. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatr 1997; 41(10): 1045-1061.
 23. Patton J H, Stanford M S, Barratt ES. Factor Structure of the barratt impulsiveness scale. Journal of Clinical Psychology 1995; 51 (6): 768-74.
 24. Ekhtari H, Safaei H, Javid Gh, Atefvahid M, Edalati H, Makri A. Reliability and Validity of Persian Versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in Assessing Risky and Impulsive Behaviors. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(3): 326- 336. [persian]
 25. Morean ME, Kong G, Camenga DR, Cavallo DA, Carroll KM, Pittman B, et al. Contingency management improves smoking cessation treatment outcomes among highly impulsive adolescent smokers relative to cognitive behavioral therapy. Addictive behaviors 2015; (42): 86-90.
 26. Kim S, Kim J, Kim B. Effects of Cognitive Behavioral Therapy-Based Program for the Adolescent Perpetrators of School Violence. Psychology 2017; 56(3):118-126.
 27. Akbari J, Aghamohamadian H, Ghanbari Hashemabadi B. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Drug Therapy on Anxiety and Impulsivity Symptoms in Men with Borderline Personality Disorder. Journal of Mental Health Principles 2008; 4(40):317-323. [persian]
 28. Cha K H. Subjective well-being among college students. Social Indicators Research 2014; 62(63): 455-477.
 29. Feliu-Soler A, Pascual J C, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, et al. Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. Clinical Psychology & Psychotherapy 2016; 24(1): 278-286.
 30. Morley R M, Terranova V A, Cunningham S N, Kraft G. Self-Compassion and Predictors of Criminality. Aggression, Maltreatment & Trauma 2016; 25(5): 503- 517.
 31. Foroghi A, Hematian M, Mohammadpour M. The mindful self compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. (Translation) Neff K, Germer CH. Inded. Tehran : Ebne Sina Publication ; 2018.
 32. Nori h. Compassion and Consciousness. A New Look at the Challenges of Life. Tehran: Kian Afraz Publications. 1396:74 [Persian]
 33. Weng H Y, Fox A S, Shackman A J, Stodola D E, Caldwell J z, Olson M C, et al. Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. Psychological Science 2013; 24(7):1-10.
 34. Baker L R, & McNulty J K. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. Journal of Personality and Social Psychology 2011; 100(5): 853-873.

Comparison of the Effect of cognitive-behavioral therapy with Compassion-Focused Therapy on Impulsivity of Women on the Verge of Divorce

Saeidi M¹, Khalatbari J², Ghorbanshiroudi Sh³, Abolghasemi Sh³

1-Ph.D. Student, Dept of Psychology, Islamic Azad University Tonekabon, Tonekabon, Iran.

2-Associate Prof, Dept of Psychology, Tonekabon Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. (Corresponding Author)

Email: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com, Tel: 09121777634

3- Associate Prof, Dept of Psychology, Tonekabon Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Received: 25 May 2019 Accepted: 1 Jun 2020

Introduction: Impulsivity, coupled with potentially damaging long-term effects, necessitates the need to provide psychological interventions for women on the verge of divorce. Therefore, the present study is conducted to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and compassion-focused therapies on women's impulsivity.

Materials and Methods: The research was interventional pre-test post-test control group design, which was done through a random assignment and a three-month follow-up. The sample was selected by convenient sampling. Forty-five women on the verge of divorce were assigned to two experimental and one control groups. The research tool included Barrett Impulsivity Scale (BIS-11). Data were analyzed through the mutual variance analysis method by the repeated measurements.

Results: The mean of impulsivity variable in different stages showed a significant difference before, after, and three months after intervention ($p < 0.001$). In the post-intervention stages, although the mean score of impulsivity decreased in all three groups, the rate of reduction in two intervention groups was significantly higher than the control group.

Conclusion: The results showed that cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy could probably reduce impulsivity caused by divorce, the latter being more efficient. It seems that the results of the research provide empirical evidence in reducing impulsivity for both therapies.

Keywords: Therapy, Cognitive-behavioral, Compassion-focused, Impulsivity, Women, Divorce

Please cite this article as follows:

Saeidi M, Khalatbari J, Ghorbanshiroudi Sh, Abolghasemi Sh. Comparison of the Effect of cognitive-behavioral therapy with Compassion-Focused Therapy on Impulsivity of Women on the Verge of Divorce. Community Health journal 2020; 14 (1): 73-83.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: Ethical approval was obtained from the Islamic Azad University, Tonekabon Branch.