

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه^۱

فاطمه تبریزی^۲، محمد قمری^۳، کیومرث فرحبخش^۴، سعیده بزازیان^۵

(صفحات ۶۴-۸۶)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه انجام شد. **روش:** طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه‌ای (۵۷ نفر) بودند که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به مرکز مشاوره خانواده آمنه در منطقه ۳، وابسته به بهزیستی استان تهران مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۶ نفر از زنان مطلقه به روش نمونه‌گیری در دسترس با در نظر گرفتن نمره پایین در بهزیستی روان شناختی، انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. سپس افراد گروه آزمایش اول تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم تحت آموزش تلفیق پذیرش و تعهد با شفقت طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی در افزایش بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه تأثیر معناداری داشت ($p < 0/05$). با این وجود، روش تلفیقی در مقایسه با پذیرش

۱. مقاله مستخرج از رساله‌ی دکتری می‌باشد.

f_tabrizi303@yahoo.com

۲. دانشجوی دکترا، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۳. نویسنده مسئول، استاد گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

counselor_ghamari@yahoo.com

۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۵. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

و تعهد مؤثرتر بود ($p < ۰/۰۵$). نتایج پیگیری نیز نشان داد روش‌های درمان اثر ماندگاری داشته‌اند. نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان از طریق آموزش مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و تلفیق آن با شفقت به افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه کمک نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان شفقت محور، بهزیستی روان‌شناختی، زنان مطلقه

مقدمه

از جمله عواملی که باعث برهم خوردن آرامش روانی زنان در کانون خانواده می‌شود، طلاق است. سالانه بیش از دو میلیون نفر در ایالات متحده طلاق را تجربه می‌کنند (جانسون^۱، ۲۰۱۱). مطالعات متعدد در کشور ما نشان داده که آمار طلاق در حال افزایش است) به نقل از یحیی آبادی، ۱۳۹۶). از دست دادن شریک زندگی با طلاق اغلب با از دست دادن او از طریق مرگ مقایسه می‌شود و دردی که طلاق به بار می‌آورد می‌تواند به افسردگی و بی‌هنجاری بلندمدت منجر شود (ملدوان^۲، ۲۰۱۴). طلاق بهزیستی روانی افراد را خدشه‌دار می‌کند و بر اساس پیشینه پژوهش، طلاق موجب کاهش بهزیستی روانی در زنان و مردان می‌شود و اثرات منفی طلاق در زنان بیش از مردان است (اخوان تفتی، ۱۳۸۲؛ ملدوان، ۲۰۱۴).

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مداخلات مربوط به ارتقاء سلامت اهداف دوگانه دارند: پیشگیری از بیماری؛ و ارتقاء سلامت، و معمولاً افراد به سلامت از دست‌رفته اهمیت بیشتری می‌دهند تا به پایه‌ریزی برای سلامت و حفظ آن. از اینرو با ظهور روان‌شناسی مثبت نگر توجه محققان بیشتر بر حفظ و ارتقاء سلامت بوده تا پیشگیری از بیماری (میرسا^۳، ۲۰۱۸). طبق تعریف بهزیستی روان‌شناختی شامل داشتن

1. Janson, M.
2. Moldovan, O.D.
3. Mirsa, G.

احساس خوب نسبت به خود و زندگی است (ریف^۱، ۱۹۸۹) و دارای سه بعد عاطفی، اجتماعی و روان‌شناختی است. بهزیستی عاطفی مبین احساس شاد بودن و رضایت از زندگی است و بهزیستی اجتماعی عبارت است از این که فرد احساس ارزشمندی داشته باشد و از سوی جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند نیز ارزشمند شمرده شود و بهزیستی روان‌شناختی حاکی از یک زندگی غنی و پرمعنا است که در آن توانایی‌های فردی در نظر گرفته می‌شود. (دینر، اسکولن و لوکاس^۲، ۲۰۰۹؛ ریف، ۱۹۸۹)

افراد مطلقه پس از فروپاشی زندگی زناشویی‌شان اغلب به خود سخت می‌گیرند و شروع به سرزنش خود می‌کنند و افکار وسواس‌گونه در خصوص پشیمانی و حسرت دارند. چنین واکنشی به شدت سبب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی آنان می‌شود (جانسون، ۲۰۱۱). بویژه زنان مطلقه به دلیل مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و فشارهای فرهنگی و روانی برخاسته از واقعه طلاق، در معرض آسیب‌های روانی بسیاری می‌باشند. لذا، لازم است که با اتخاذ رویکردهای درمانی مناسب به این قشر آسیب‌پذیر کمک کرد تا بتوانند این مشکلات و فشارها را به خوبی مدیریت کرده و گذشته را پشت سر گذارند و به زندگی عادی خود برگردند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت می‌توانند رویکردهای مناسبی برای ارتقاء سطح سلامت زنان مطلقه باشند. سال‌ها مطالعات نشان داده که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پرداختن به رفتارهای ارزشمند و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است (گلاستر، کلوتشه، سیاروچی، ایفرت، سونتاج، ویتچن و جورجن^۳، ۲۰۱۷). مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان شناختی رفتاری است که هدف اصلی آن ارتقاء الگوهای رفتاری جدید و سالم در افراد از طریق سازه‌های کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که تحت عنوان توانایی تماس با لحظه حال به طور کامل، و پذیرش و ذهن‌آگاه بودن به عنوان یک

1. Ryff, C.D.

2. Diener, E.; Scollon, C.; & Lucas, R.E

3. Gloster, A.T., Klotche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H., & Jürgen, H.

انسان آگاه تعریف می‌شود. با پایه‌ریزی مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، که از طریق شش فرآیند اصلی اکت اجرا می‌شود، افراد با عمل متعهدانه در جهت ارزش‌های برگزیده‌اشان، تغییر رفتار سلامت طولانی مدت را حفظ می‌کنند و در عین حال وجود افکار، قوانین و هیجانات مغایر را به عنوان بخشی از خودشان، و نه به عنوان تعیین‌کننده‌های نهایی رفتارشان، قبول کرده و می‌پذیرند (زانگ، لیمینگ، اسمیت، چانگ، هاگرو هایس^۱، ۲۰۱۸). در حقیقت پذیرش و ذهن‌آگاهی فرآیندهای مرکزی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند (سویسا و ویلکام^۲، ۲۰۱۵). افزون بر آن تمرکز بسیار مهم دیگر در این رویکرد عمل ارزشمند و تغییر رفتار است که پژوهش‌های انجام شده در میان بیماران مقاوم به درمان (ورسبه، لیب، مایر، هویر، ویتچن و گلوستر^۳، ۲۰۱۶)؛ و حرفه‌های سلامت روان (ویگ، سیاروچی، دینه، آندرسن، آدس و کراو^۴، ۲۰۱۴) بیانگر آن است که دنبال کردن ارزش‌های شخصی با بهزیستی و کارآمدی مرتبط است. علاوه بر آن درمان پذیرش و تعهد در ارتقاء سلامت روان (بوهمیجر، لامرز و فلدروس^۵، ۲۰۱۵)؛ و بهزیستی روان‌شناختی (یحیی آبادی، ۱۳۹۶)، تغییر رفتار سلامت (زانگ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ تصمیم‌گیری و انتخاب ارزش‌ها (فورمن و باترین^۶، ۲۰۱۵) افزایش پذیرش و رشد پس از شکست عاطفی (امان الهی، زارع و رجبی، ۱۳۹۷) سودمند است.

همچنین در طی ۱۰ تا ۱۵ سال گذشته مداخلات شفقت‌محور با هدف ارتقاء عملکرد روان‌شناختی و بهزیستی افزایش اساسی داشته است (کربای^۷، ۲۰۱۶). درمان شفقت‌محور در آغاز توسط پل گیلبرت^۸ (۲۰۰۵، ۲۰۰۹، ۲۰۱۰، ۲۰۱۴) برای کمک به افراد دچار خلق پایین، شرم و خودانتقادگری ارائه شد. هدف درمان تأکید بر محوریت سیستم

1. Zhang, C.Q.; Leeming, E.; Smith, P.; Chung, P.K.; Hagger, M.; & Hayes, S.

2. Soysa, C.K.; & Wilcomb, C.J.

3. Wersebe, H.; Lieb, R.; Meyer, A.H.; Hoyer, J.; Wittchen, H.-U.; & Gloster, A.T.

4. Veage, S.; Ciarrochi, J.; Deane, F.P.; Andresen, R.; Oades, L.G.; & Crowe, T.P.

5. Bohlmeijer, E.T.; & Lamers, S.M.A.; Fledderus, M.

6. Forman, E. M.; & Butryn, M. L.

7. Kirby, J. N.

8. Gilbert, P.

مهربانی در کاهش فرآیند مبتنی بر تهدید، از طریق پرورش احساس مراقبت‌گری نسبت به خود و دیگران در درمان‌جو است. طبق نظر گیلبرت می‌توان با آموزش دادن به افراد یادگیری کنار آمدن با آشفتگی هیجانی از طریق شفقت، به‌زیستی آنان را افزایش داد. براساس مدل رویکرد شفقت محور انسان دارای سه سیستم تنظیم عاطفه است که برای کارکردهای مختلف و تنظیم هیجان کاربرد دارد.

۱. سیستم تهدید و حفاظت؛ ۲. سیستم سائق، هیجان و انگیزه محور؛ ۳. سیستم تسکین/رضایت و امنیت (گیلبرت، ۲۰۱۴). بر طبق این رویکرد جریان شفقت از سه طریق در انسان جاری می‌شود: تجربه محبت از طریق دیگران؛ شفقت به دیگران؛ و شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۱۰).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که خود شفقت‌ورزی به‌زیستی و پیامدهای مثبت را، در هنگام مواجهه با وقایع منفی زندگی بهبود می‌بخشد (تاندلرو پترسن،^۱ ۲۰۱۸). بعلاوه خود شفقت‌ورزی بیشتر با ویژگی‌های مرتبط با به‌زیستی روان‌شناختی بالاتر شامل رضایت از زندگی، اهداف خردمندانه‌تر و برجسته (نف^۲، ۲۰۰۹)، هیجان‌ات مثبت مثل شادی، کنجکاوی، اشتیاق، علاقه، روحیه و سرزندگی (هولیس-والکرو کولوسیمو^۳، ۲۰۱۱) در ارتباط است. همپنین مراقبه‌های متمرکز بر شفقت نسبت به دیگران و نسبت به خود بر به‌زیستی، راهبردهای مقابله‌ای و روابط اجتماعی (جزایری و همکاران^۴، ۲۰۱۳)، کاهش انتقاد از خود، شرم، حس حقارت، افسردگی و اضطراب (هریس^۵، ۲۰۱۷؛ فتح‌اله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوابی نژاد، ۱۳۹۶)؛ رضایت از زندگی، کاهش افسردگی، اضطراب و اجتناب (نف، و گرمر^۶، ۲۰۱۳)؛ سلامت روان (جاج، کلگورن،

1. Tandler, N.; & Petersen, L-E.

2. Neff, K. D.

3. Hollis-Walker, L.; & Colosimo, K.

4. Jazaieri, H.; Jinpa, T.; McGonigal, K.; Rosenberg, E. L.; Finkelstein, J.; Simon-Thomas, E.;... Goldin, P.

5. Harris, K.L.

6. Germer, C.K.

مکایوان و گیلبرت^۱، (۲۰۱۲) مؤثر است. به عبارت دیگر خود شفقت‌ورزی در دراز مدت سلامت روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. پس منطقی است که در مواجهه با تجربیات منفی از آموزه‌های خود شفقت‌ورزی استفاده کرد (اودو و برینکر^۲، ۲۰۱۴). بولوس و بلانتون^۳ (۲۰۱۵) در پژوهش خود مبنی بر تأثیر شفقت به خود بر بهزیستی عاطفی، پی بردند که خود شفقتی با تمام ابعاد بهزیستی عاطفی به جز عاطفه مثبت ارتباط معناداری دارد. طبق پژوهش مکینتاش، پاور، اسشانور و چان^۴ (۲۰۱۸) خودشفقت‌ورزی با اضطراب، افسردگی، و بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط است. پژوهش سعادت، رستمی و دربانی (۱۳۹۵) نشان داد که هم درمان پذیرش و تعهد و هم درمان متمرکز بر شفقت علاوه بر ارتقا سطح سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه منجر به بهبود عزت‌نفس آنان می‌شود. اسبارا، اسمیت و مهال^۵ (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که خود شفقت‌ورزی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سازگاری بعد از طلاق است. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که درمانگران باید در جهت کمک به مراجعان شان برای کنار آمدن با طلاق و جدایی و دیگر موقعیت‌های استرس‌زای زندگی خود شفقت‌ورزی را مورد توجه قرار دهند.

به رغم این که رویکرد شفقت‌محور اغلب به عنوان یک درمان مستقل به کار می‌رود، اما طراحی روش‌های آن به صورتی است که درمانگرانی با رویکردهای درمانی مختلف می‌توانند از آن استفاده کنند. استیوهایز^۶ بنیان تکاملی شفقت را به عنوان عنصر اساسی مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیان می‌کند. ویلسون^۷ شفقت‌ورزی به خود و مهربانی را درون مدل آموزشی خود به عنوان یک مفهوم اساسی به کار می‌برد (به نقل از تیرچ،

1. Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P

2. Odou N.; & Brinker J.

3. Bluth, K.; & Blanton, P.

4. Mackintosh, K.; Power, K.; Schwannauer, M.; & Chan, S.W.Y.

5. Sbarra, D.A.; Smith, L.H.; & Mehl, M.R.

6. Hayes, S.C.

7. Wilson, K.

شوندورف و سیلبراستاین^۱، (۲۰۱۵). پژوهش‌های مرتبط با اکت و شفقت نشان می‌دهد که این دوروش درمانی برای درمان مشکلات روان‌شناختی مفید هستند (گیلبرت، ۲۰۱۴). به علاوه استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست (ماتوف^۲، ۲۰۱۸) و جهت گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند و می‌تواند به عدم پیشرفت و بهبود بسیاری از بیماران منجر شود (گورین^۳، ۲۰۱۴). با توجه به این‌که رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان هستند و رویکردهای مبتنی بر شفقت بیشتر بر هیجان تأکید می‌ورزند، در نتیجه ممکن است تلفیق این دوروش درمانی و توجه به هر سه جنبه شناخت، زبان و هیجان اثربخشی بهتری بر بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد. جستجوی پژوهش‌های انجام شده نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه‌ی داخلی و خارجی در این خصوص انجام نشده است. لذا به دلیل خلاء پژوهشی و اهمیت توجه به مشکلات سلامت ذهنی و روانی زنان مطلقه، هدف اصلی این پژوهش پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اثربخشی تلفیق درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه متفاوت است؟

روش پژوهش

روش پژوهش با طرح شبه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مطلقه‌ای بود که در سال ۹۵-۹۶ جهت مشاوره به مرکز مشاوره خانواده آمنه، وابسته به بهزیستی استان تهران مراجعه نمودند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پس از

1. Tirsch, D., Schoendorff, B.; & Silberstein, L. R.
2. Matoff, M.
3. Govrin, A.

اعلام فراخوان برای شرکت در طرح آموزشی از میان ۵۷ نفر از زنانی که داوطلب شرکت در طرح درمانی بودند، پس از تکمیل پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، ۳۶ نفر که پایین‌ترین نمره در پرسشنامه را دارا بودند، با طیف سنی بین ۲۴ تا ۵۰ سال، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ زن) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل رضایت آگاهانه زنان برای مشارکت تا انتهای درمان، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و ملاک خروج انصراف آزمودنی‌ها از ادامه شرکت در مطالعه و غیبت بیش از سه جلسه در گروه بود. سپس افراد گروه آزمایش اول تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز، ۲۰۰۸) و افراد گروه آزمایش دوم تحت آموزش تلفیق درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور (هایز، ۲۰۰۸ و گیلبرت، ۲۰۰۹)، طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی، پرسشنامه‌ها دوباره در هر دو گروه اجرا و پس از سه ماه آزمون پیگیری اجرا شد. برای رعایت حقوق اخلاقی شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد تا فرم رضایت و اطلاع از طرح درمان را پر کنند و این که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه خودداری نمایند. لازم به ذکر است که تا مرحله پس از آزمون ۲ نفر از هر گروه ریزش و در انتها در هر گروه ۱۰ نفر با پژوهشگر همکاری کردند. بسته درمانی براساس مفاهیم هایز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹) طراحی شد و محتوای بسته‌ها، با نظرخواهی از سه نفر از متخصصین آشنا به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح و اهداف جلسات مورد تأیید قرار گرفت که در جدول ۱ آرایه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی گروه‌های (ACT) و (CFACT)

جلسه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت (CFACT)
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف، معرفی اکت و روش کار، ناامیدی خلاقانه، بیان استعاره دو کوه، تمرین مختصر ذهن آگاهی	آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف، معرفی اکت و شفقت و روش کار، ناامیدی خلاقانه، بیان استعاره دو کوه، تمرین مختصر ذهن آگاهی
جلسه دوم	تمرین ذهن آگاهی، ناامیدی خلاقانه، نحوه کار کنترل و اجتناب تجربه ای و نقش آنها در زندگی شخصی، تکلیف خانگی	ذهن آگاهی مشفقانه و مشاهده افکار بدون قضاوت، ناامیدی خلاقانه، توضیح ویژگی‌های ۳ سیستم هیجانی (تهدید، سائق، رضایت)، تکلیف خانگی
جلسه سوم	ذهن آگاهی، پذیرش، انتخاب پذیرش و اشتیاق به جای اجتناب، گسترش تمرین اشتیاق به جای نگرانی در پاسخ به پریشانی، استعاره مهمان ناخوانده	ذهن آگاهی مشفقانه، توصیف رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های هیجانی، معرفی ۳ مغز (قدیم، تحلیلی، آگاه)، نحوه کار کنترل و اجتناب، پذیرش مشفقانه
جلسه چهارم	ذهن آگاهی و مرور لحظات دلپذیر در طول هفته، توصیف همجوشی با افکار، تکنیک ناهمجوشی، استعاره مسافران در اتوبوس، رسم شش ضلعی اکت	ذهن آگاهی مشفقانه، استدلال مشفقانه و تفاوت آن با استدلال منطقی، حساس بودن به رنج خود، تکنیک ناهمجوشی، استعاره مسافران در اتوبوس، رسم شش ضلعی اکت
جلسه پنجم	ذهن آگاهی و پذیرش هیجانات در طول هفته، مفهوم ارزش‌ها و شفاف سازی آن، استعاره فنجان بد، خوردن کشمش ذهن آگاهانه، ذهن آگاهی "نقاط انتخابی"	ذهن آگاهی مشفقانه، تمرین رفتارهای مشفقانه مانند مهربانی با خود و دیگران، تمرین همدردی و همدلی (استعاره چراغ قوه)، مفهوم ارزش‌ها (استعاره فنجان بد)
جلسه ششم	مرور ذهن آگاهی و لحظات دلپذیر در طول هفته، مرور کاربرد اکت در زندگی روزانه، فرم رتبه بندی ارزش‌ها، عمل متعهدانه، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با خود پذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج	ذهن آگاهی مشفقانه، مرور کاربرد اکت و شفقت در زندگی روزانه، توجه مشفقانه، فرم رتبه بندی ارزش‌ها، عمل متعهدانه، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود (استعاره صفحه شطرنج) و خود شفقت‌ورزی

جلسه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت (CFACT)
جلسه هفتم	ذهن‌آگاهی، مرور کاربرد اکت در زندگی روزانه، انتخاب اهداف، آموزش گسلش شناختی، مرور ارزش‌ها و عمل متعهدانه، بحث در باره موانع و چالش‌ها	ذهن‌آگاهی مشفقانه و گسترش تصویرسازی مشفقانه با تمرکز بر ملایمت، عشق، مراقبت و پذیرش؛ آموزش پذیرش و تحمل پریشانی، نوشتن نامه مشفقانه و بخشش خود و دیگران
جلسه هشتم	ذهن‌آگاهی و لحظات دلپذیر در طول هفته، مرور کاربرد اکت در زندگی روزانه، ایجاد احساسات ارزشمند در خود، مرور ارزش‌ها، تمرین عمل متعهدانه	ذهن‌آگاهی (تمرین رنگ، صدا و تصویر شفقت)، مرور کاربرد اکت و شفقت در زندگی روزانه، ایجاد احساسات ارزشمند در خود، مرور ارزش‌ها، تمرین عمل متعهدانه
جلسه نهم	تمرین مشاهده خود، بحث در باره اشتیاق، ناهم‌جوشی، تعیین یک هدف مبتنی بر ارزش‌ها برای هفته، خلاصه و جمع‌بندی	ذهن‌آگاهی مشفقانه، ناهم‌جوشی و بررسی موانع، تمرین بخشش، تعیین یک هدف مشفقانه و مبتنی بر ارزش‌ها برای هفته، خلاصه و جمع‌بندی
جلسه دهم	بحث در باره احساسات و افکار مرتبط با پایان گروه، ذهن‌آگاهی، بحث گروهی در مورد تأمل برده هفته گذشته و پیگیری ارزش‌ها، اجرای پس‌آزمون	بحث در باره احساسات و افکار مرتبط با پایان گروه، ذهن‌آگاهی مشفقانه، بحث گروهی در مورد تأمل برده هفته گذشته و پیگیری ارزش‌ها، اجرای پس‌آزمون

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)^۱: این مقیاس توسط کارول ریف (۱۹۸۰) ساخته شد. نخستین نوشتار این ابزار دارای ۱۲۰ گویه بود. در سال‌های بعد فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ گویه‌ای تدوین شد. ریف خود معتقد است که نسخه ۸۴ گویه‌ای، قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد. این پرسشنامه ۸۴ گویه و دارای ۶ خرده مقیاس است و هر خرده مقیاس دارای ۱۴ گویه است. آزمودنی‌ها بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) به سؤالات پاسخ

1. Psychological Well-being

می‌دهند. در این آزمون ۴۷ گویه مستقیم و ۳۷ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). حداکثر نمره برابر ۳۸۵ است که نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. در سال ۲۰۱۲ کلانترکوشه و نواربافی در جمعیت ۸۶۰ نفری پرسشنامه روان‌شناختی ریف را هنجاریابی نمودند که آلفای گزارش شده برای کل ۰/۹۲ / گزارش شد. نتایج همبستگی پرسشنامه ۸۴ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی^۱ (SWLS)، پرسشنامه شادکامی اکسفورد^۲ (OHI)، پرسشنامه عزت نفس روزبرگ^۳، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب پایایی پرسشنامه ریف با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد شد. در مطالعه داینر، اسکولون و لوکاس^۴ (۲۰۰۹) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها مناسب و آلفای کرونباخ بین ۰/۹۰ و ۰/۷۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده (گروه‌های آزمایش و کنترل) در این پژوهش دارای میانگین سنی ۳۶/۲۴ سال و انحراف معیار ۶/۷۲ بودند و دارای مدرک دیپلم (۲۲ نفر)، فوق دیپلم (۳ نفر)، لیسانس (۸ نفر)، و فوق لیسانس (۳ نفر) بودند. همچنین از زنان مطلقه، خانه‌دار (۸ نفر)، دارای شغل آزاد (۱۳ نفر) و (۱۵ نفر) نیز کارمند بودند.

1. Life Faction Index
2. Oxford Happiness Inventory
3. Rozenberg, M.
4. Diener, E.; Scollon, C.; & Lucas, R.E

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی در

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

بهزیستی روان‌شناختی							مرحله	گروه درمان
لوین		کالموگراف-اسمیرنوف		انحراف معیار	میانگین	میانگین		
معناداری	آماره	معناداری	آماره					
۰/۱۴۴	۰/۶۹۶	۰/۹۹۶	۰/۴۱۲	۱۳/۲۳	۲۳۷/۶	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	
۰/۱۵۶	۰/۷۳۴	۰/۸۵۹	۰/۴۰۴	۱۴۱/۱	۲۵۹/۸	پس‌آزمون		
۰/۲۴۲	۰/۷۱۱	۰/۹۳۱	۰/۵۳۶	۱۵/۴۴	۲۵۱/۲	پیگیری		
۰/۲۲۱	۰/۵۷۳	۰/۹۷۲	۰/۴۷۶	۲۲/۵۷	۲۳۳/۹	پیش‌آزمون	تلفیق	
۰/۳۱۰	۰/۵۳۴	۰/۷۳۳	۰/۶۱۷	۲۱/۴	۲۷۱	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد با شفقت	
۰/۲۵۶	۰/۴۶۶	۰/۸۷۰	۰/۵۵۶	۲۱/۳	۲۶۰	پیگیری		
۰/۱۴۳	۰/۵۳۱	۰/۷۲۸	۰/۶۹۰	۲۰/۱۸	۲۳۹/۶	پیش‌آزمون		
۰/۲۱۳	۰/۶۱۰	۰/۶۵۴	۰/۷۳۴	۲۰/۵	۲۳۹/۱	پس‌آزمون	کنترل	
۰/۲۷۴	۰/۶۲۴	۰/۷۲۱	۰/۶۹۱	۱۹/۴	۲۳۵	پیگیری		

برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه و آزمون ماندگاری اثر آن در طی زمان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های آن آزمون شدند. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (جدول ۲) بیانگر توزیع نرمال نمرات در بین گروه‌ها بود و نتایج آزمون لوین نشان داد که برابری واریانس‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موجلی متغیر وابسته

آزمون			sig	df	خی دو	موجلی	شاخص متغیر
حد پایین	هوینه-فلدت	گرین هاس-گیسر					
۰/۵۰۰	۰/۷۰۵	۰/۶۴۴	۰/۱۴۰	۲	۳/۴۵۲	۰/۴۴۶	پذیرش و تعهد
۰/۵۰۰	۰/۹۶۸	۰/۸۱۴	۰/۳۵۴	۲	۲/۰۷۹	۰/۷۷۱	تلفیقی

یکی دیگر از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است. این پیش فرض را می‌توان با آزمون کرویت موجلی ارزیابی کرد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که این پیش فرض نیز رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس بین آزمودنی‌ها برنمرات بهزیستی روان‌شناختی

معناداری (P)	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	F	مقادیر	شاخص آزمون‌ها	متغیر
۰/۰۰۱	۲۶	۲	۱۱۰/۹۸	۰/۹۶۵	اثر پیلابی	پذیرش و تعهد
۰/۰۰۱	۲۶	۲	۱۱۰/۹۸	۰/۰۳۵	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۱	۲۶	۲	۱۱۰/۹۸	۲۷/۷۴۵	اثر هتلینگ	تلفیق پذیرش و تعهد با شفقت
۰/۰۰۱	۲۶	۲	۱۱۰/۹۸	۲۷/۷۴۵	بزرگ‌ترین ریشه روی	
۰/۰۰۱	۲۶	۲	^a ۳۲/۰۹۷	۰/۸۸۹	اثر پیلابی	تلفیق پذیرش و تعهد با شفقت
۰/۰۰۱	۲۶	۲	^a ۳۲/۰۹۷	۰/۱۱۱	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۱	۲۶	۲	^a ۳۲/۰۹۷	۸/۰۲۴	اثر هتلینگ	
۰/۰۰۱	۲۶	۲	^a ۳۲/۰۹۷	۸/۰۲۴	بزرگ‌ترین ریشه روی	

نتایج جدول ۴ نشان می دهد تفاوت بین گروه های آزمایش با گروه کنترل معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت اثر درمان پذیرش و تعهد و تلفیق پذیرش و تعهد با شفقت بر بهزیستی روان شناختی معنی دار است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل درون آزمودنی بر بهزیستی روان شناختی در

سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری (p)	ضریب اتا
پذیرش و تعهد	گروه	۲۵۷۹/۷۵۱	۱	۲۵۷۹/۷۵۱	۱۲۶/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
	خطا	۳۰۵/۷۷۵	۱۵	۲۰/۳۸۵			
	کل	۱۲۵۲۲۵۳/۰۰۰	۲۰				
تلفیق پذیرش و تعهد با شفقت	گروه	۶۶۲۹/۳۹۴	۱	۶۶۲۹/۳۹۴	۷۷/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۴
	خطا	۱۳۹۹/۴۲۷	۱۵	۹۳/۲۹۵			
	کل	۱۳۱۴۰۵۳/۰۰۰	۲۰				
گروه	گروه	۲۵۰۵/۸۶۷	۱/۲۸	۱۹۴۶/۵۱۵	۶۸/۸۷	۰/۰۰۱	
	خطا						
	کل						

نتایج تحلیل درون آزمودنی ها در جدول ۵ نشان می دهد که اثر متغیر مستقل دو طرح مداخله (پذیرش و تعهد؛ و تلفیقی) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر افزایش بهزیستی روان شناختی معنی دار است ($P < 0/05$).

جدول ۶. آزمون تعقیبی بنفرونی بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک دو طرح مداخله

در سطح ۹۵٪		P	خطای معیار	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (J)	گروه (I)	متغیر (پس آزمون)
سطح پایین	سطح بالا						
-۳/۶۷۲	۲۳/۷۷۹	۰/۰۰۵	۳/۹۰۶	-۱۳/۷۲۵*	درمان تلفیقی	درمان پذیرش و تعهد	
۳۳/۱۱۱	۱۳/۲۹۶	۰/۰۰۰	۳/۸۵۰	۲۳/۲۰۴*	کنترل		
۲۳/۷۷۹	۳/۶۷۲	۰/۰۰۵	۳/۹۰۶	۱۳/۷۲۵*	درمان پذیرش و تعهد	درمان تلفیقی	بهزیستی روان‌شناختی
۴۶/۸۹۰	۲۶/۹۶۷	۰/۰۰۰	۳/۸۷۱	۳۹/۹۲۹*	کنترل		
-۱۳/۲۹۶	-۳۳/۱۱۱	۰/۰۰۰	۳/۸۵۰	-۲۳/۲۰۴*	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	
-۲۶/۹۶۷	-۴۶/۸۹۰	۰/۰۰۰	۳/۸۷۱	-۳۹/۹۲۹*	درمان تلفیقی		

با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی میانگین گروه‌ها دو به دو با هم مقایسه شد. نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۶ نشان می‌دهد که افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه آموزش دیده به روش تلفیقی نسبت به روش مبتنی بر پذیرش و تعهد به میزان ۱۳/۷ بیشتر بوده است. یعنی مداخله صورت گرفته بر روی افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه تلفیق درمان پذیرش و تعهد با درمان شفقت محور نسبت به افراد گروه پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه مؤثر بود. اما تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه اثربخشی بیشتری را نشان داد.

با توجه به این‌که در منابع داخلی و خارجی، مقایسه اثربخشی تلفیق این دورویکرد درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مشاهده نشد، بنابراین نتایج با پژوهش‌های مشابه مورد مقایسه قرارگرفت. کربای و همکاران (۲۰۱۶) در یک پژوهش فراتحلیل با عنوان پرورش شفقت: یک مرور و فراتحلیل سیستماتیک در مورد مداخلات مبتنی بر شفقت، دریافتند که مداخلات مبتنی بر شفقت در کاهش رنج و ارتقاء رضایت از زندگی افراد اثربخش است. بولوس و همکار (۲۰۱۵) در پژوهش خود پی بردند که خود شفقتی با تمام ابعاد بهزیستی عاطفی به جز عاطفه مثبت ارتباط معناداری دارد. اسبارا و همکاران (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که خود شفقت ورزی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سازگاری بعد از طلاق است. مطالعه امان الهی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی مؤثر است و نتایج فتح اله زاده و همکاران (۱۳۹۶) بیانگر اثرگذاری آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

در تبیین این‌که چرا در این پژوهش تلفیق درمان پذیرش و تعهد با درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه نسبت به درمان پذیرش و تعهد اثربخش‌تر بود می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیستن بر اساس یک زندگی ارزشمند، هدفمند و با نشاط در جهت ارزش‌های آزادانه انتخاب شده زندگی یک اصل اساسی در مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (هایز، ۲۰۱۲). زمانی که شفقت در درون الگوی درمان پذیرش و تعهد قرار می‌گیرد به دلیل ماهیت ذاتا انطباقی و تکاملی غریزه مراقبت‌گری و همیاری، انگیزه برای مراقبت از بهزیستی به طور ذاتی افزایش می‌یابد (تیرچ، ۲۰۱۲) و تمرین کردن ابعاد مختلف شفقت، از قبیل خود شفقت ورزی با یکسری ویژگی‌های هماهنگ با بهزیستی روان‌شناختی مثل رضایت از زندگی، و اهداف خردمندانه همراه است (اودو و همکار، ۲۰۱۵). فردی که خود شفقت‌ورز است در گام

اول تلاش می‌کند تا خود را از تجربه رنج محافظت کند، بنابراین خود شفقت‌ورزی باعث بروز رفتارهای سازش‌یافته در جهت حفظ و ارتقاء سلامت روانی می‌شود (نف، ۲۰۱۱).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر تلفیق فنون شفقت با درمان پذیرش و تعهد بیشترین اثربخشی را بر پذیرش و روابط مثبت زنان مطلقه داشته است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که فرایندهای ذهن‌آگاهی، پذیرش و شفقت با هم ارتباط دارند و ذهن‌آگاهی مشفقانه پذیرش بیشتر را تسهیل می‌کند. به عبارتی ذهن‌آگاهی یعنی «درد را احساس کن» و شفقت به خود یعنی «در زمان درد خودت را تسلی بده». بنابراین شفقت به خود نوعی پذیرش است (گرم، ۲۰۰۹). در حقیقت ذهن‌آگاهی پذیرش گشوده تجربه‌ی فرد است و شفقت پذیرش کامل خود فرد تجربه‌کننده می‌باشد (نف و گرم، ۲۰۱۳). خود شفقت ورزی یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است (نف، ۲۰۱۱). بر اساس مفهوم «انعطاف‌پذیری مشفقانه» تیرچ و همکاران (۲۰۱۵)، هگزافلکس با شفقت در ارتباط است و تجربه شفقت امکان پذیرش بیشتر را تسهیل می‌کند. همچنین سازه شفقت به خود از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانی است که ویژگی‌های مثبتی چون مهربانی با خود، همدلی و احساس مشترک با دیگران را سبب می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا موقع مواجه شدن با دشواری‌های زندگی و انجام رفتارهای نامطلوب، دست از قضاوت و سرزنش خود بردارند و نسبت به خودشان مهربان بوده، به زندگی امیدوار شده و معنایی دوباره از زندگی پیدا کنند. مؤلفه دیگر شفقت به خود، یعنی احساس مشترکات انسانی نیز می‌تواند به ویژه برای زنان مطلقه‌ای که از جامعه طرد و منزوی شده‌اند سودمند باشد و به بهبود روابط مثبت آنان با دیگران و پذیرش خود و به تبع آن به افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان کمک کند. احساس مشترکات انسانی می‌گوید تجارب فردی جزئی از تجارب همه انسان‌هاست (نف، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند و ما در رنج‌هایمان تنها نیستیم. سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود

دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران و این که افراد همیشه به آن چیزی که می‌خواهند و آن کسی که می‌خواهند باشند، نمی‌رسند و در این نقص خود تنها نیستند، بلکه این کامل نبودن مجوز ورود افراد به نژاد بشری است (نف و گرم، ۲۰۱۳).

در درمان شفقت محور، شفقت با انگیزش برای مراقبت از بهزیستی خود و دیگران شروع می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۷). مؤلفه همدلی و تأیید هیجانی نیز از دهه‌ها پیش تاکنون به عنوان بخشی از مهمترین مؤلفه‌های اثربخشی روان‌درمانی است. از این رو تقویت مؤلفه‌های احساس مشترکات انسانی، همدلی و شفقت در زنان مطلقه که به دلیل فرهنگ و جو حاکم بر جامعه ایرانی و تابو بودن طلاق، خود را جدای از جامعه می‌دانند شاید عامل مهمی در پذیرش بهتر خود و بهبود روابط مثبت آنان (نسبت به درمان پذیرش و تعهد صرف) باشد. یک آموزش دیگر در رویکرد شفقت محور آموزش بخشایش خود و دیگران و نوشتن نامه مشفقانه است که تاثیر زیادی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه دارد. آن‌ها یاد گرفتند حتی در مواقع تجربه هیجانات دردناک نیز به جای سرزنشگری، با خود مهربان باشند. به عنوان مثال به جای جمله «من باید بیشتر تلاش می‌کردم» من به خاطر ترک این رابطه خیلی دل شکسته‌ام» بگویند «من در آن شرایط تمام سعی خود را کردم و می‌خواهم راهی برای بخشش خود پیدا کنم». با پرورش شفقت ورزی زنان مطلقه توانستند به خود و اعمالشان همدلانه نگاه کنند و به این آگاهی برسند که تجربیات دشوار، از جمله طلاق، بخشی از فراز و نشیب‌های کل زندگی نوع بشر است (نف، ۲۰۰۹). همچنین شفقت شامل شجاعت است و براساس رویکرد شفقت محور تمایل به نزدیک شدن به چیزهای واقعاً سخت و کار با آن‌ها نیازمند شجاعت است (کلتزو و همکاران، ۲۰۱۸). فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم برای مواجهه با چالش‌های زندگی را فراهم کرده و گامی در جهت زندگی معنادار و شاد باشد (نف، ۲۰۱۱). با آموزش درمان شفقت محور در کنار فنون

درمان پذیرش و تعهد زنان مطلقه یاد گرفتند که چطور نفوذ سیستم تشخیص خطر را تضعیف کنند و بازسازی زندگی خود از طریق شفقت و پذیرش را به دست آورند. زمانی که آن‌ها با رنج هایشان با مهربانی و حس مشترک انسانی و ذهن آگاهانه رفتار کردند و به آن‌ها نزدیک شدند، احساس مراقبت، تعلق و آرامش در درونشان گسترش یافته و در نتیجه احساسات مثبت در کنار احساسات منفی تجربه شدند (نف و گرم، ۲۰۱۳).

به طور کلی با توجه به این‌که رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان هستند و تأکید رویکردهای مبتنی بر شفقت بیشتر بر هیجان است، لذا به نظر می‌رسد تلفیق این دو روش درمانی و توجه به هر سه جنبه شناخت، زبان و هیجان نتایج بهتری را بدست داده است. پس می‌توان گفت که در این پژوهش تلفیق درمان تعهد و پذیرش با درمان شفقت محور با تأکید بر مؤلفه‌های ذهن مشفق، همدلی و همدردی، شفقت به خود و دیگران و بخشش در کنار فنون پذیرش و تعهد باعث تسهیل بیشتر پذیرش و کاهش اجتناب که مؤلفه اصلی در گسترش انعطاف پذیری روان شناختی است، شده است و عوامل ذکر شده سبب انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر در گروه تحت درمان تلفیقی بوده و در نتیجه درمان تلفیقی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه آموزش دیده اثرگذاری بیشتری داشته است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش پنهان بودن جامعه زنان مطلقه و دسترسی دشوار به آنان بود که امکان نمونه‌گیری تصادفی را میسر نکرد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی زنان مطلقه شهر تهران انجام شد که احتمالاً سبک زندگی، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و توانایی‌های شناختی، رفتاری و عاطفی متفاوتی داشتند و ممکن است این ویژگی‌ها نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهند. برای این اساس در زمینه استنباط، تبیین و تعمیم نتایج محدودیت بیشتری خواهد بود که باید به آن‌ها توجه شود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل یا مطالعه شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد

ارگان‌ها و نهادهای فرهنگی اجتماعی نظیر بهزیستی، کمیته امداد، مراکز مشاوره، شهرداری و صدا و سیما از نتایج این تحقیق و ارائه برنامه‌های آموزشی در قالب این رویکردها در جهت بهزیستی دختران در آستانه ازدواج و زنان متأهل استفاده کنند تا از این طریق به کاهش آسیب‌های روانی زنان مطلقه و ارتقاء سلامت ذهن و روان آنان کمک نمایند.

سپاسگزاری

از زنان مطلقه دو گروه آزمایش به خاطر شرکت در جلسات درمانی و زنان مطلقه گروه کنترل در تکمیل پرسشنامه‌ها و کارکنان بهزیستی استان تهران و مرکز مشاوره خانواده آمنة در عملیاتی کردن این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

- اخوان تفتی، م. (۱۳۸۲). پی‌آمدهای طلاق در گذار از مراحل آن. *مجله مطالعات زنان*، ۱۰ (۳)، ۱۲۵-۱۵۱.
- اخوان تفتی، م. و سیف، س. (۱۳۷۸). شوک پس از طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۳ (۴)، ۵۹-۷۶.
- امان‌الهی، ع.، زارع، م.، و رجبی، غ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۶۴ (۱۵)، ۲۹-۴.
- بیانی، ع. ا.، کوچکی، ع. م.، بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱۴ (۲)، ۲۰-۱۴.
- سعادت، ن.، رستمی، م.، و دریانی، ع. (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *دوفصلنامه روان‌شناختی خانواده*، ۳ (۲)، ۴۵-۵۸.
- اشیجع، م.، فرح‌بخش، ک.، سدرپوشان، ن.، ستوده، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۹ (۱۴)، ۱۲۲-۱۳۵.
- فتح‌اله زاده، ن.، مجلسی، ز.، مظاهری، ز.، رستمی، م.، نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳ (۲)، ۱۶۸-۱۵۱.

یحیی آبادی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان در ۲ سال اول پس از طلاق. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. دانشگاه آزاد واحد شاهرود.

- Bluth, K.; & Blanton, P. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol.*, 10 (3) , 219–230.
- Bohlmeijer, E.T.; Lamers, S.M.A.; & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65 (1) , 101-106.
- Diener, E.; Scollon, C.; & Lucas, R.E. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness *Assessing Well-Being*, 15 pp. 67-100.
- Forman, E.M.; & Butryn, M.L. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 84 (1) , 171–180.
- Germer, C.K (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York, NY: Guilford Press.
- Germer, C.K.; & Neff, K.D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*. 69 (8) , 856–867.
- Germer, C.K.; & Neff, K.D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*. 69 (8) , 856–867.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53: 6–41.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, Research and Applications*. New York: Routledge
- Gloster, A.T.; Klotche, J.; Ciarrochi, J.; Eifert, G.; Sonntag, R.; Wittchen, H.; & Jürgen, H. (2017). Increasing valued behaviors precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 64-71.
- Govrin, A. (2014). The vices and virtues of monolithic thought in the evolution of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (2) , 79–90.
- Harris, K.L. (2017). *Compassion Focused Therapy for Shame-Prone Individuals: An eight-week group therapy investigation*. A thesis of Masters of Science in Psychology. Canterbury, New Zealand.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*,

40(7), 976–1002.

- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4) , 286-295.
- Hollis-Walker, L.;& Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50 (2) , 222-227.
- Janson, M. (2011). Self-Compassion Eases the Pain of a Divorce. divorce R/Self-Compassion Eases the Pain of a Divorce%20%20 Greater Good Magazine.htm [PubMed]
- Jazaieri, H.; Jinpa, T.; McGonigal, K.; Rosenberg, E. L.; Finkelstein, J.; Simon-Thomas, E.;.. Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1113–1126.
- 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.
- Kirby, J.N. (2016). The role of mindfulness and compassion in enhancing nurturing family environments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23 (1) , 142–157.
- Kolts, L.R.I; Bell, T.; Levy, J.B.;& Irons, C. (2018). *Experiencing Compassion-Focused Therapy from the Inside Out*. The Guilford Press. New York
- Mackintosh, K.; Power, K.; Schwannauer, M.;& Chan, S.W.Y. (2018). The Relationships Between Self-Compassion, Attachment and Interpersonal Problems in Clinical Patients with Mixed Anxiety and Depression and Emotional Distress. *Mindfulness*. 9 (3) , 961–971.
- Mattoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5 (1) , 1-24.
- Mirsa, G. (2018). *Psychological Intervention for Health and Well-being*. Spring (India) Pvt. Ltd. Part of spring Nature. P.1-2.
- Moldovan, O.D. (2014). The Impact of divorce on Women. *Agora Psycho-Pragmatica*, 8 (2) , 5-28.
- Neff, K.D. (2009). *Self-compassion*. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.) , Handbook of individual differences in social behavior (pp.561–573). New York: Guilford Press.
- Neff, K.D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1–12.
- Neff, K.D.;& Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (1) , 28–44.
- Odou, N.;& Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, 13 (4) , 449-59.
- 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, 1069-1081.
- Ryff, C.D. ;& Keyes, C.L.M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69 (4) , 719-27.
- Ryff, C.D; Singer, B.H. ;& Love, G.D. (2004). Positive health:Connecting well-being with biology. Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B. *Biological Sciences*, 1383-1394.
- Sbarra,D.A.; Smith,L.H.;& Mehl, M.R. (2012).Divorce and Self-Compassion. *Psychological Science*, 69 (1) , 28–44.
- Soysa, C.K.;& Wilcomb, C.J. (2015) , Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *J Mindfulness*, 6, 217-226.
- Tandler, N.;&Petersen, L-E. (2018). Are self-compassionate partners less jealous? Exploring the mediation effects of anger rumination and willingness to forgive on the association between self-compassion and romantic jealousy. *Journal of Current Psychology*, 47, 23–50.
- Tirch, D. (2012). *The compassionate-mind guide to overcoming anxiety*. New York, NY: New Harbinger.
- Tirch, D.; Schoendorff, B.;& Silberstein, L.R. (2015). *The ACT practitioner’s guide to the science of compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility*. California: New Harbinger.
- Tirch, D.;& Gilbert, P. (2014). *Compassion Focused Therapy: An introduction to experiential interventions for cultivating compassion*. In D. McKay & N. Thoma (Eds.) , Working with emotions in cognitive behavioral therapy (Chapter 3). New York: Guilford.
- Veage, S.; Ciarrochi, J.; Deane, F.P.; Andresen, R.; Oades, L.G.;& Crowe, T.P. (2014). Value congruence, importance and success and in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners. *Contextual Behavioral Science*, 3, pp. 258-264.
- Wersebe, H.; Lieb,R.; Meyer, A.H.; Hoyer, J.; Wittchen, H.-U.;&Gloster, A.T. (2016). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *Contextual Behavioral Science* , pp. 1-8.
- Zhang, C.Q.; Leeming, E.; Smith, P.; Chung, P. K.; Hagger, M.;& Hayes, S. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Psychotherapy Integration*, 25 (3) , 175–182.
-