

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی - اجتماعی و تاب‌آوری زنان در معرض طلاق

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۰۹

خلاصه

مقدمه: طلاق، نظام خانواده را از هم پاشیده و برخی از عوامل استرس‌زا مرتبط با آن باعث تغییراتی در ساختار فردی و اجتماعی افراد می‌شود و اغلب باعث مشکلات و تنش‌هایی در زندگی زنان می‌شود که سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری زنان در معرض طلاق بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین تمامی زنان در معرض طلاق مناطق ۵ و ۶ شهر تهران در سال ۱۳۹۸، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو باگی، پارکر و تایلور (۱۹۹۴)، سازش یافتگی فردی-اجتماعی کالیفرنیا کلارک و همکاران (۱۹۵۳) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها بیانگر این است که مداخلات صورت گرفته موجب بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی و اجتماعی و تاب‌آوری در اعضای گروه آزمایش در مقایسه با اعضای گروه کنترل شده است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت برای زنان در معرض طلاق قابلیت کاربرد داشته و بر بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری آن‌ها اثربخش است.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی، تاب‌آوری

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

رامین افتخاری^۱

حسن حیدری^{۲*}

حسین داوودی^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

^۲ دانشیار، گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی،

خمین، ایران.

^۳ استادیار، گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

Email: heidarihassan@yahoo.com

مقدمه

تواند یکی از دلایل درگیری های خانوادگی در زندگی زناشویی زنان متقاضی طلاق باشد (۱۵). با این وجود، شواهد نشان می‌دهند هم ممکن است که کاهش علائم ناگویی هیجانی از طریق درمان امکان‌پذیر باشد و هم این کاهش می‌تواند برای افراد مثبت و سازنده باشد (۱۶).

سازش یافتگی در روابط زوجین، فرآیندی مستمر و در حال تغییر است (۱۷، ۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند عوامل مختلفی بر کیفیت رابطه و سازش یافتگی زوجین تأثیر می‌گذارند از جمله می‌توان به تفاهم، رضایت، انسجام و ابراز محبت اشاره کرد (۱۹). مطالعات نشان داده است که سازش یافتگی اجتماعی افراد ممکن است تحت تأثیر محیط خانواده، روابط بین فردی و جنبه‌های هیجانی و خودتنظیمی و غیره قرار گیرد (۲۰-۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که خانواده به‌شدت بر سازش یافتگی روانی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد (۲۳، ۲۴) و چنانچه میزان سازش زوجین در خانواده کاهش یابد می‌تواند دلیلی بر طلاق عاطفی و در نهایت طلاق و جدایی باشد (۲۵).

تاب‌آوری^۱ توانایی غلبه بر موانع و پیشرفت در مواجهه با شرایط سخت و مهلک است که در تمامی موقعیت‌ها گسترش می‌یابد (۲۶). تاب‌آوری در ظاهر یک ساختار ساده به نظر می‌رسد اما در شرایط چالش‌انگیز یا تهدید چیزی شبیه جادو عمل می‌کند (۲۷، ۲۸) و از آن ظرفیتی درونی جهت سازش یافتگی موفق نام می‌برند (۲۹، ۳۰). تاب‌آوری توان پیش‌بینی رضایت زناشویی را دارد و به افراد کمک می‌کند کمتر تحت تأثیر پیشامدهای ناگوار قرار بگیرند و همسرانی که از ویژگی‌های تاب‌آوری برخوردار نیستند توانایی تعدیل شرایط ناگوار و استرس‌های ناشی از مشکلات زناشویی را ندارند که این موجب افزایش تعارضات و نارضایتی زناشویی می‌شود (۳۱).

طلاق^۱، نظام خانواده را از هم‌پاشیده و برخی از عوامل استرس‌زا مرتبط با آن باعث تغییراتی در ساختار فردی و اجتماعی افراد (به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم) می‌شود (۱). میزان طلاق در کشور ایران نیز در سال‌های اخیر با رشد زیادی همراه بوده است (۲). طلاق را می‌توان ابزاری برای اتمام درگیری‌ها و تعارضات زناشویی^۲ دانست اما مشکلات زیادی را برای افراد فراهم می‌کند؛ بطوریکه گاهی اوقات مشکلات بعد از طلاق بیشتر و حتی بدتر از قبل آن ارزیابی می‌شود (۳). زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری را نسبت به طلاق تجربه می‌کنند (۴). طلاق اغلب باعث مشکلات و تنش‌هایی در زندگی زنان می‌شود که سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

ناگویی هیجانی^۳ ویژگی است که با مشکلاتی مرتبط با هیجان‌ات از جمله دشواری در شناسایی احساسات^۴ یا تمایز بین هیجان‌ها و حالت‌های بدنی، دشواری در توضیح احساسات^۵ و یا برقراری ارتباط با دیگران و تفکر متمرکز به بیرون^۶ مشخص می‌شود (۶) که ناشی از نقص در پردازش عصبی هیجان است (۷). شیوع آن در جوامع عادی بین ۷ تا ۱۳ درصد است اما به نظر می‌رسد در جمعیت‌های بالینی می‌تواند چندین برابر بیشتر از جوامع عادی باشد (۸). مطالعات نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی با اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب (۹)، افسردگی (۱۰) و اختلالات روان‌پزشکی (۱۱) و رفتارهای ناسازگارانه‌ای چون سوءمصرف الکل (۱۲)، اختلال خوردن^۷ (۱۳) و خودآزاری^۸ (۱۴) ارتباط دارد. همچنین ناگویی هیجانی می

¹ divorce

² marital conflicts

³ alexithymia

⁴ difficulty in identifying feelings

⁵ difficulty in describing feelings

⁶ externally oriented thinking

⁷ eating disorders

⁸ self harm

¹⁰ resiliency

از دیگر سو، با توجه به تنوع روش‌های درمانی، پژوهشگران معتقدند که درمانگران باید مداخلات تأیید شده در مطالعات پیشین را برای انتخاب درمان مدنظر قرار دهند بنابراین با توجه به تأیید رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۱ (۳۲)، در این پژوهش اثربخشی این دو رویکرد بر بهبود روابط زنان مورد استفاده شد. از این رو یکی از رویکردهای درمانی که با مشکلات روابط زناشویی مرتبط است رویکرد شفقت درمانی است که اخیراً از دیدگاه روان‌درمانی توجه قابل ملاحظه‌ای را به خود جلب کرده است (۳۳). شفقت درمانی مبتنی بر فرهنگ بودائیسیم و فلسفه شرقی است (۳۴). شفقت به‌عنوان حساسیت به رنج در خود و دیگران اشاره دارد که افراد برای کاهش و پیشگیری از آن متعهدانه تلاش می‌کنند (۳۵). خود شفقت ورزی^۲ به‌عنوان محافظی در جهت حفظ سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی عمل می‌کند (۳۶). از این رو خود شفقت ورزی به‌طور مثبتی با بهبود توانایی‌های تنظیم هیجان^۳ ارتباط دارد و نقش میانجی بین آسیب‌های دوران کودکی و بدکارکردی هیجان را دارد (۳۷). خود شفقت ورزی نیز به کاهش رفتارهای پرخطر منجر شده و از آن‌ها در مقابل آسیب‌ها محافظت می‌کند (۳۸) که نشان از ارزش درمانی این رویکرد دارد (۳۹). درمان‌هایی که باهدف ارتقاء خود شفقت ورزی انجام می‌شوند، در بهبود مشکلات مرتبط با سلامت روان بسیار موفق بوده‌اند، به‌ویژه در افرادی که سطوح بالای شرم و گناه (۴۰) و تجربه تروما داشته‌اند (۴۱).

مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود علائم روان‌شناختی و استرس ادراک شده، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی و خود انتقادی^۴ (۳۲)، علائم روان‌شناختی افراد بزرگ‌سال قربانی سوءاستفاده جنسی (۴۲)، خود شفقت

ورزی و سبک‌های دل‌بستگی^۵ (۴۳)، تاب‌آوری زنان (۴۴) عزت‌نفس و سازش یافتگی پس از طلاق زنان (سعادت‌رستمی و دربانی، ۱۳۹۵)، تاب‌آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان (۴۵)، شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزاردیده عاطفی (۴۶)، اضطراب و افسردگی زنان مطلقه (۴۷) مؤثر بوده است. بنابراین با توجه به طیف گسترده‌ای از اثرات درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات روان‌شناختی، به نظر می‌رسد که ممکن است در بهبود مسائل و مشکلات زنان در معرض طلاق کمک کند.

با توجه به مطالب بیان‌شده می‌توان گفت که افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک سو و تقاضای همسران برای پرباری و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز زوجین به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. در راستای بهبود روابط و پیشرفت روابط در آینده و افزایش میزان سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری، کاهش و تعارضات زناشویی، اهمیت این مسئله را روشن می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری زنان در معرض طلاق تدوین و اجرا شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه تجربی و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره جهت طلاق و یا مشاوره طلاق در مناطق ۶ و ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس و گمارش آزمودنی‌ها در گروه‌ها به صورت تصادفی بود. از آنجاییکه در طرح‌های آزمایشی، حداقل نمونه برای گروه‌ها ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است،

¹ compassion-focused therapy

² self-Compassion

³ emotion regulation

⁴ self-criticism

⁵ Attachment Styles

پرسشنامه سازش یافتگی فردی-اجتماعی. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری فردی-اجتماعی کالیفرنیا^۲ استفاده گردید. این پرسشنامه را در سال ۱۹۵۳ کلارک و همکاران ساختند. این مقیاس به منظور اندازه‌گیری سازش یافتگی‌های مختلف زندگی که دو قطب سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی دارد، تهیه شد و ۱۸۰ سؤال دوگزینه‌ای (بلی و خیر) دارد. این پرسشنامه ۱۲ خرده مقیاس دارد که نیمی از آن‌ها برای اندازه‌گیری سازگاری فردی و بقیه برای اندازه‌گیری سازگاری اجتماعی است. در نتیجه اجرای آزمون، یک نمره کلی به‌عنوان سازگاری فردی، یک نمره کلی به‌عنوان سازگاری اجتماعی و نمره کل که از ترکیب دو نمره سازگاری فردی و اجتماعی به دست می‌آید. روایی سازه این پرسشنامه را به روش همبستگی هر سؤال با نمره کل برای سازگاری فردی ۰/۷۷، سازگاری اجتماعی ۰/۷۲ و سازگاری فردی اجتماعی ۰/۸۲ گزارش می‌کند، همچنین ضرایب پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای سازگاری فردی ۰/۸۹، سازگاری اجتماعی ۰/۹۰ و برای سازگاری فردی اجتماعی ۰/۹۳ گزارش می‌کند. در مطالعه‌ای ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های سازگاری فردی، سازگاری اجتماعی و سازگاری فردی-اجتماعی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۵ به دست آمد (۵۱).

مقیاس تاب‌آوری. این مقیاس را کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ برای سنجش میزان تاب‌آوری ساخته‌اند. مقیاس تاب‌آوری ۲۵ سؤال دارد و ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی (سؤالات ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)، تحمل عاطفه منفی (سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۵، ۱۴، ۸، ۷، ۶)، پذیرش مثبت تغییر (سؤالات ۹، ۵، ۴، ۲، ۱)، کنترل (سؤالات ۲۲، ۲۱، ۱۳) و زیر مقیاس تأثیرات معنوی (سؤالات ۹، ۳) دارد که

لذا در هر گروه ۱۵ نفر و جمعاً ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان متأهل، رضایت کامل داوطلب برای شرکت در طرح، مراجعه به مراکز مشاوره جهت طلاق و یا مشاوره طلاق، عدم سوء مصرف موادمخدر، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات و عدم تمایل به همکاری و ادامه تحقیق

ابزارهای بکار رفته در پژوهش عبارتند از:

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱. این مقیاس را باگی، تایلر و پارکر ساخته‌اند، و یک پرسشنامه خود سنجی ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی هیجانی استفاده می‌شود (۶). این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است. سؤال‌ها برحسب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۶۰ به بالا به‌عنوان ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به‌عنوان ناگویی هیجانی پایین در نظر گرفته می‌شوند (۴۸). اعتبار این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۹ و برای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، و ۰/۶۶ گزارش شد. اعتبار کل مقیاس و ابعاد مذکور در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹، و ۰/۶۵ به دست آمد (۴۹). در پژوهشی نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۲، و خرده مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۹، و ۰/۷۴ به دست آمد (۵۰).

² California Test of Personality

¹ Toronto alexithymia scale

همکاران (۴۷) مورد استفاده قرار گرفته است. پس از اعمال مداخلات، یک بار دیگر میزان ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی تاب‌آوری تمامی افراد دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفت. همچنین لازم به ذکر است هیچگونه مداخله‌ای در گروه کنترل صورت نگرفت. خلاصه‌ای از محتوای مداخله فوق‌الذکر در جدول ۱ آمده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش فرم رضایت نامه توسط همه افراد تکمیل و برای افراد گروه کنترل نیز بعد از پژوهش جلسات آموزشی گذاشته شد و همچنین درباره محرمانه بودن اطلاعات نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴، کوواریانس چندمتغیره برای سازش یافتگی فردی و اجتماعی و کوواریانس یک راه برای ناگویی هیجانی و تاب‌آوری، در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده گردید.

به صورت پنج‌درجه‌ای به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۴، کاملاً موافقم نمره ۵ در نظر گرفته شده است و توسط هر آزمودنی پاسخ داده می‌شود. همچنین برای بررسی روایی مقیاس تاب‌آوری از مقیاس عواطف منفی و مثبت مقیاس شادی و افسردگی استفاده شده است (۵۲) در پژوهشی برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه تاب‌آوری از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۹ در کل پرسشنامه محاسبه شد (۵۳).

روش اجرای پژوهش: در قسمت اجرایی پژوهش پس از غربالگری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل، گروه درمان متمرکز بر شفقت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از بسته گیلبرت (۳۵) تحت مداخله قرار گرفتند که این بسته در پژوهش‌های شیرعلی نیا و

جدول ۱. جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌های مرتبط با پژوهش آن‌ها؛ توضیح چگونگی عملکرد ذهن و اینکه چگونه و چرا اختلال در عملکرد آن پیش می‌آید.
دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد
سوم	تفکر درباره شفقت نسبت به دیگران، توجه متمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز.
چهارم	افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
پنجم	تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خوددارند، مزایا و معایب آن.
ششم	انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه‌نگاری بر اساس شفقت.
هفتم	نامه‌نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.
هشتم	مرور، جمع‌بندی، خاتمه کار گروه، و انجام پس‌آزمون.

نتایج

نرمال بودن داده‌ها در گروه‌های تجربی و کنترل به ترتیب در متغیرهای ناگویی هیجانی ۰/۹۷، ۰/۵۹ سازش یافتگی فردی ۰/۶۸، ۰/۶۳ سازش یافتگی اجتماعی ۰/۵۴، ۰/۹۴ و تاب‌آوری ۰/۶۷، ۰/۹۶ در دو گروه با سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ تأیید شد ($p < 0/05$).

در پژوهش حاضر ۳۰ زن شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۴۰/۰۷ و ۱/۷۵ سال بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ۴۰/۱۲ و ۲/۰۳ سال بود. قبل از آزمون فرضیه مفروضه نرمال بودن در متغیرهای پژوهش در دو گروه تجربی و کنترل بررسی شد. مفروضه‌ی

جدول ۲. نتایج بررسی مفروضه همگنی واریانس

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	۰/۸۱۸	۱	۲۸	۰/۴۴۸
سازش یافتگی فردی	۰/۱۰۷	۱	۲۸	۰/۸۹۹
سازش یافتگی اجتماعی	۰/۰۸۱	۱	۲۸	۰/۹۲۳
تاب‌آوری	۰/۸۳۴	۱	۲۸	۰/۴۴۲

اجتماعی و تاب‌آوری با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شد ($p < 0/05$).

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، آزمون F لوین برای بررسی مفروضه‌ی یکسانی واریانسها در دو گروه در متغیرهای ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی، سازش یافتگی

جدول ۳. نتایج تحلیل چند متغیره برای مقایسه دو گروه

شاخص متغیر	آزمون	مقدار	F	خطای درجه آزادی	فرضیه درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب ایتا
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۶	۳۳/۴۰۰	۲۱/۰۰۰	۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶

به منظور مقایسه گروه تجربی و کنترل در نمرات ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی، سازش یافتگی اجتماعی و تاب‌آوری از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. جهت پاسخ به فرضیه‌ی پژوهش آماره‌ی لامبدای ویلکز در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
گروه	سازش یافتگی فردی	۱	۶۴/۴۱۱۷۵۰	۲۴/۹۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	سازش یافتگی اجتماعی	۱	۷۵/۱۵۹۴۱۷	۲۷/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	سازش یافتگی فردی	۲۴	۲/۵۸۱۳۸۶			
	سازش یافتگی اجتماعی	۲۴	۲/۶۸۷۵۶۸			
کل	سازش یافتگی فردی	۳۰	۷۳۲۱۰/۰			
	سازش یافتگی اجتماعی	۳۰	۷۰۶۸۴/۰			

درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازش یافتگی فردی و سازش یافتگی اجتماعی تاثیر داشته است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه تجربی و کنترل سازش یافتگی فردی و سازش یافتگی اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). بر این اساس می‌توان گفت

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای مقایسه دو گروه

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین ناگویی هیجانی	۱۴۹/۶۳۳	۱	۱۴۹/۶۳۳	۵/۱۶۸	۰/۰۳۱
گروهی تاب‌آوری	۳۸/۵۳۳	۱	۳۸/۵۳۳	۲/۹۸۹	۰/۰۰۱
درون ناگویی هیجانی	۸۱۰/۶۶۷	۲۸	۲۸/۹۵۲		
گروهی تاب‌آوری	۳۶۰/۹۳۳	۲۸	۱۲۰/۸۹۰		
کل ناگویی هیجانی	۹۶۰/۳۰۰	۲۹			
تاب‌آوری	۳۹۹/۴۶۷	۲۹			

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است آزمودنی‌ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگاران هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از ندگی افراد را ارتقا می‌دهد. در همین راستا کارلایل (۳۸) بیان می‌کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت

جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه تجربی و کنترل ناگویی هیجانی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود ناگویی هیجانی، و تاب‌آوری تاثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی، سازش یافتگی اجتماعی و تاب‌آوری زنان در معرض طلاق بود. از این رو، یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله درمان متمرکز بر شفقت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین بر اساس این یافته می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش ناگویی هیجانی زنان در معرض طلاق مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با پژوهش‌های نواب، دهقانی و صالحی (۵۴) و سامرس-اسپیچکرمین و همکاران (۳۲) همسو است.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله درمان متمرکز بر شفقت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر سازش یافتگی فردی و سازش یافتگی اجتماعی زنان در معرض طلاق تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین بر اساس این یافته می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر شفقت بر سازش یافتگی فردی و سازش یافتگی اجتماعی زنان در معرض طلاق مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با پژوهش شیرالی‌نیا و همکاران (۴۷) و سعادت‌ی و همکاران (۵۵) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (۳۳). افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند از آنجا که شفقت خود، نیازمند آگاهی هشیار از هیجان خود است (۳۳). دیگر احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی، فهم و احساسات اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساس مثبت تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثر بخش و مناسب می‌دهند. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان متمرکز بر شفقت با افزایش میزان شفقت به خود آزمودنی‌ها، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و سازش یافتگی فردی و اجتماعی را افزایش می‌دهد.

مناسب، توانایی کنترل منطقی هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل ناگویی هیجانی این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز فردی از هیجانها خودآگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کم‌تری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجانهای مثبت و منفی شود و در کل ناگویی هیجانی را بهبود بخشد (۳۲).

در واقع این درمان می‌تواند با آموزش کنترل عواطف و نشخوارگری به افراد کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند (۳۵). افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسوولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. افرادی که شفقت خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسانها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کم‌تری را تجربه می‌کنند و در نتیجه کم‌تر از ناگویی هیجانی استفاده می‌کنند. به طور خلاصه می‌توان گفت که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است، لذا برای بهبود ناگویی هیجانی می‌توان از این رویکرد استفاده کرد.

درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساس های دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت‌گونه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همانطور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت‌بر آرمیدگی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۳۷). گیلبرت (۳۵) باور دارد که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقع‌های قابل‌دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند که تمامی این موارد منجر به افزایش تاب‌آوری افراد می‌گردد.

این مطالعه نیز دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن می‌توان به تمرکز مطالعه بر روی یک جنس اشاره نمود، در نتیجه در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت گردد، همچنین این مطالعه بر روی زنان در معرض طلاق شهر

همچنین یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله درمان متمرکز بر شفقت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری زنان در معرض طلاق تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین بر اساس این یافته می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان در معرض طلاق مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با پژوهش‌های قطور و همکاران (۴۴)، کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۴۵) همسو است.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت در افرادی که با مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند کار با ذهن عمل می‌کند یعنی با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری در برابر مشکلات را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد (۵۵). مؤلفه دیگر در اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت ذهن آگاهی است. سازه شفقت به خود بسیاری از جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله هیجان‌محور باشد، چرا که آگاهی ذهن آگاهانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساس‌های دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها، نیازمند است. در واقع افراد در این مدل ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (۴۱). در

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌کنند که در رابطه با انتشار مقاله ارائه شده به طور کامل از اخلاق نشر، از جمله سرقت ادبی، سوء رفتار، جعل داده‌ها و یا ارسال و انتشار دوگانه، پرهیز نموده و منافی تجاری در این راستا نداشته‌اند و نویسندگان در قبال ارائه اثر خود وجهی دریافت ننموده‌اند. متن مقاله توسط نویسندگان تهیه و ارائه اصالت محتوای آن را تایید می‌نماید. اثر قبلا در جای دیگری منتشر نشده و همزمان به نشریه دیگری ارائه نگردیده است. همچنین کلیه حقوق استفاده از محتوا، جداول، تصاویر و ... به ناشر محول گردیده است.

تهران انجام گردید و پژوهش‌های آینده با لحاظ نمودن این محدودیت‌ها و در نظر داشتن بافت فرهنگی به انجام مطالعه بر روی گروه‌های مختلف سنی، بر روی هر دو جنس نیز انجام شود. با توجه به اینکه مداخله بر متغیرهای تحقیق اثرگذار بوده است پیشنهاد می‌گردد در جهت کاهش میزان طلاق در جامعه ناگویی هیجانی، سازی یافتگی فردی و اجتماعی و تاب‌آوری در زوجین مورد تقویت قرار بگیرد. همچنین در جهت بالا بردن اعتبار بیرونی تحقیق، تحقیقاتی مشابه در جوامع دیگر صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و سازمان‌های مربوطه که در اجرای این طرح همکاری داشته‌اند قدردانی و کمال تشکر را به عمل می‌آورند.

References

1. Hardesty JL, Ogolsky BG, Raffaelli M, Whittaker A. Relationship dynamics and divorcing mothers' adjustment: Moderating role of marital violence, negative life events, and social support. *Journal of social and personal relationships*. 2019;36(11-12):3651-72.
2. Hezarjaribi J, Entezari A, Niyati M. Divorce trends in Iran between 2004-2013. *Journal of history culture and art research*. 2017;6(4):1108-22.
3. Hawkins AJ, Fackrell TA. Should I keep trying to work it out? Sacred and secular perspectives on the crossroads of divorce. *Brigham Young University Studies*. 2011;50(2):143-57.
4. Lorenz FO, Wickrama K, Conger RD, Elder Jr GH. The short-term and decade-long effects of divorce on women's midlife health. *Journal of health and social behavior*. 2006;47(2):111-25.
5. Symoens S, Colman E, Bracke P. Divorce, conflict, and mental health: How the quality of intimate relationships is linked to post-divorce well-being. *Journal of Applied Social Psychology*. 2014;44(3):220-33.
6. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):23-32.
7. van der Velde J, Gromann PM, Swart M, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R, et al. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2015;10(2):285-93.
8. McGillivray L, Becerra R, Harms C. Prevalence and demographic correlates of alexithymia: A comparison between Australian psychiatric and community samples. *Journal of clinical psychology*. 2017;73(1):76-87.
9. Paniccia MF, Gaudio S, Puddu A, Di Trani M, Dakanalis A, Gentile S, et al. Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist*. 2018;22(3):336-43.
10. hwa Son S, Jo H, Rim HD, Kim JH, Kim HW, Bae GY, et al. A comparative study on alexithymia in depressive, somatoform, anxiety, and psychotic disorders among Koreans. *Psychiatry Investigation*. 2012;9(4):325.
11. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Gröger R, Franke GH, et al. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(3):189-94.
12. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M, Hurst CP, Connor JP, et al. A longitudinal mediational study on the stability of alexithymia among alcohol-dependent outpatients in cognitive-behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(1):64.
13. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchaturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*. 2017;99:66-81.

14. Norman H, Borrill J. The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian journal of psychology*. 2015;56(4):405-19.
15. Abbasi M, Dargahi S, Ghasemi Jobaneh R. The role of cognitive failure and alexithymia in marital conflicts of women who apply for divorce. *jskums*. 2018;20(1).
16. Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Evidence-Based Mental Health*. 2019;22(1):36-43.
17. Manyam SB, Junior VY. Marital adjustment trend in Asian Indian families. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2014;13(2):114-32.
18. Madathil J, Benschoff JM. Importance of marital characteristics and marital satisfaction: A comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of choice. *The Family Journal*. 2008;16(3):222-30.
19. Olson D. FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*. 2011;37(1):64-80.
20. Park J-H, Park J-H. The relationships among interpersonal relationship anxiety, college adjustment, self-control, and smartphone addiction in nursing students. *Journal of the Korean Data and Information Science Society*. 2017;28(1):185-94.
21. Pecora G, Sette S, Baumgartner E, Laghi F, Spinrad TL. The moderating role of internalising negative emotionality in the relation of self-regulation to social adjustment in Italian preschool-aged children. *Cognition and Emotion*. 2016;30(8):1512-20.
22. Wariso BA, Guerrieri GM, Thompson K, Koziol DE, Haq N, Martinez PE, et al. Depression during the menopause transition: impact on quality of life, social adjustment, and disability. *Archives of women's mental health*. 2017;20(2):273-82.
23. Demby KP, Riggs SA, Kaminski PL. Attachment and family processes in children's psychological adjustment in middle childhood. *Family process*. 2017;56(1):234-49.
24. Fontaine S. Parent and youth discrepancy ratings of mental health symptoms in adolescents: The moderating role of family functioning: Université d'Ottawa/University of Ottawa; 2017.
25. Krumrei EJ, Mahoney A, Pargament KI. Divorce and the divine: The role of spirituality in adjustment to divorce. *Journal of marriage and family*. 2009;71(2):373-83.
26. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):227.
27. Baptist J, Barros P, Cafferky B, Johannes E. Resilience building among adolescents from National Guard families: Applying a developmental contextual model. *Journal of Adolescent Research*. 2015;30(3):306-34.
28. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*. 2013;18(1):12.
29. Cramm H, Norris D, Venedam S, Tam-Seto L. Toward a model of military family resiliency: A narrative review. *Journal of Family Theory & Review*. 2018;10(3):620-40.
30. Munoz RT, Brady S, Brown V. The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*. 2017;23(1):102.
31. Darnhofer I, Lamine C, Strauss A, Navarrete M. The resilience of family farms: Towards a relational approach. *Journal of Rural Studies*. 2016;44:111-22.
32. Sommers-Spijkerman M, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018;86(2):101.
33. Lander A. Developing self compassion as a resource for coping with hardship: exploring the potential of compassion focused therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2019;36(6):655-68.
34. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015;45(5):927-45.
35. Gilbert P. *Compassion: Definitions and controversies*. 2017.
36. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):545-52.
37. Vettese LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2011;9(5):480.
38. Carlyle M, Rockliff H, Edwards R, Ene C, Karl A, Marsh B, et al. Investigating the feasibility of brief compassion focused therapy in individuals in treatment for opioid use disorder. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2019;13:1178221819836726.
39. Phelps CL, Paniagua SM, Willcockson IU, Potter JS. The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*. 2018;183:78-81.

40. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*. 2017;48(2):207-21.
41. Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF. Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology*. 2015;6:1273.
42. McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2018;27(2):161-75.
43. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, et al. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*. 2020;11(1):51-62.
44. Ghatore Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane danesh*. 2018;23(3):350-63.
45. Taher-Karami Zhila , Hossieni Omid, Dasht-Bozorgi Zahra. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resiliency, Self-discrepancy, Hope and Psychological Well-being of Menopausal Women in Ahvaz Community Health (SALĀMAT-I IJTIMĀI) I. 2018;5(3):189-97.
46. Fatolaahzadeh Noshin, Majlesi Zeinab, Mazaheri Zahra, Rostami Mehdi, navabinejad Shokoh. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Faculty of Education and Psychology*. 2017;3(2):151-90.
47. Shiralinia Khadijeh, Cheldavi R, Amanelahi Abbas. The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;1:9-19.
48. Müller J, Alpers G, Reim N. 231-ABNORMAL ATTENTIONAL BIAS IN ALEXITHYMIA. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;6(56):617.
49. Besharat Mohammad Ali, Geranmayepour Shiva, Pournaghдали Ali, Ofoghi Zahra, Habibnezhad Mohammad, Sara Aghaei Sabet Seyedeh. Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles. *Contemporary Psychology*. 2014;9(1):3-16.
50. Tilaki Mahdis, Taher Mahboobe, Mojarrad Arezoo, Jafari Sani Behnam. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with Chronic Pain. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2918;14(3).
51. Hashemian Fatemeh, Shafi Abadi Abdullah, Sudani Mansour. The Effectiveness of Anger Control Skills Training on Individual-Social Adjustment of Female First Year High School Students in Mahshahr. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2008;10:1-14.
52. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
53. Shakeri Nia Iraj, Mohammad Pourshateri Mehri. The relationship between job stress and resilience with burnout in female nurses. *journal of kermanshah university of medical sciences*. 2010;14(2):161-9.
54. Navab M DA, M. S. The effectiveness of compassion-focused group therapy on quality of life and change in the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health* 2018;5(1):127-37.
55. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Family Psychology*. 2017;3(2):45-58.

Original Article

The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Alexithymia, Individual-Social Adjustment and Resilience of women exposed to divorce

Received: 08/07/2020 - Accepted: 30/10/2020

Ramin Eftekhari¹,
Hassan Heidari*²,
Hosein Davoudi³

¹Ph.D Student, Department of Counseling
Faculty of Humanites, Khomein Branch,
Islamic Azad University, Iran

²(corresponding author) Associate Professor,
Department of Counseling, Khomein Branch,
Islamic Azad University, Khomein, Iran

³Assistant Professor, Department of
Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad
University, Khomein, Iran

Email: heidarihassan@yahoo.com

Abstract

Introduction: Divorce disrupts the family system, and some of the stressful factors associated with it cause changes in a person's individual and social structure, often leading to problems and tensions in women's lives that affect their mental health. Therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on improving Alexithymia, individual-social adjustment and resilience women to divorce.

Method: The research method was quasi-experimental and the research design was pre-test and post-test with a control group. Among all women at risk of divorce in districts 5 and 6 of Tehran in 2019, 30 were selected as available and were randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control (15 people). The research instruments were Toronto alexithymia scale (Bagby, parker and tylor,1994), individual-social adjustment California Questionnaire (Clark et al., 1953) and Resilience Questionnaire (Connor and Davidson, 2003). The procedure was such that after the pre-test, compassion-focused treatment was performed for the experimental group, and finally both two groups were performed. The findings were analyzed using SPSS software version 24 and multivariate analysis of covariance at a significance level of 0.05.

Results: The results of data analysis indicate that the interventions improved alexitania, individual and social adjustment and resilience in the experimental group compared to the control group and this difference is statistically significant ($p < 0.001$). **Conclusion:** According to the research findings, it can be said that compassion-focused therapy is applicable to women at risk of divorce and is effective in improving alexitania, individual-social adjustment, and resilience.

Keywords: Compassion-based therapy, alexitania, individual-social adjustment, resilience

Acknowledgement: There is no conflict of interest.