Clinical Psychology Achievements

https://jacp.scu.ac.ir/
**ISSN (P):** 2538-5755
**ISSN (E):** 2588-6126
**Received:** 19 July 2023
**Accepted:** 22 November 2023

Research Article

Doi: 10.22055/jacp.2024.47475.1397

# The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Stress and Rumination in Divorced Women

**Mahdieh Gholizadeh[1*], Abdollah Motamedi[2], Farideh Hossein Sabet[3]**

1. MA Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
2. Professor Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

**Citation:** GHolizadeh, M. , Motamedi, A., & Hossein Sabet, F. (2024). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Stress and Rumination in Divorced Women. *Clinical Psychology Achievements*, *10*(2), 1-17.

## Abstract

Divorce is one of the causes of mental disorders in life. Divorced women often face many challenges in their life after divorce. The present study was conducted with the aim of effective compassion-centered treatment on rumination and psychological stress of this group of women. The research method was an experimental single case design of ABA type. For this purpose, according to the entry and exit criteria, five divorced women were selected using by available sampling method. The subjects participated in three baseline sessions, eight compassion-focused therapy sessions, and one follow-up session. The research tools included the Nolen-Huxma and Murrow (1991) Ruminant Response Styles Questionnaire and the Cohen Perceived Stress Scale (1983). Data analysis was done by the method of Visual Drawing, Reliability coefficient calculation, and Recovery percentage formula. The results of the research indicated that compassion-focused therapy has a significant effect on reducing rumination and mental stress in divorced women. A fifteen-day follow-up also confirmed the stability of the results. The results of the research indicated that teaching compassion through adjusting the emotional-cognitive system of people, prepared them to face shameful life experiences such as divorce, and by reducing negative emotions and self-blame, it led to the cultivation and increase of positive emotions such as Compassion for self and others, self-confidence, tolerance of turmoil, acceptance without judgment, continuous attention on inner feelings and as a result reducing rumination and mental stress of divorced women. therefore, this treatment can be used by psychotherapists and family therapists to promote mental health and improve mental stress and rumination.

**Keywords:** Compassion-focused therapy, rumination, mental stress, divorced women

(**Corresponding Author**: Mahdieh GHolizadeh
**E-mail:** gholizadeh.mahdieh2022@gmail.com

© 2023 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

مقاله پژوهشی

https://jacp.scu.ac.ir/
**ISSN (P):** 2538-5755
**ISSN (E):** 2588-6126
**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۲/۰۴/۲۸
**تاریخ پذیرش:** ۴۰۲/۰۹/۰۱

Doi: 10.22055/jacp.2024.47475.1397

# اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنیدگی روانی و نشخوار فکری زنان مطلقه

**مهدیه قلی‌زاده[۱*]، عبداله اعتمادی[۲]، فریده حسین ثابت[۳]**

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## چکیده

طلاق یکی از علل اختلالات روانی در زندگی است. زنان مطلقه معمولاً پس از طلاق با چالش‌های زیادی در زندگی مواجه می‌شوند. مطالعه حاضر با هدف درمان مؤثر با محوریت شفقت بر نشخوار فکری و استرس روانی این گروه از زنان انجام شد. روش تحقیق یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع ABA بود. بدین منظور با توجه به معیارهای ورود و خروج، پنج زن مطلقه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در سه جلسه پایه، هشت جلسه درمانی متمرکز بر شفقت و یک جلسه پیگیری شرکت کردند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه سبک‌های پاسخ نشخوار Nolen-Hoeksema (1991) و مقیاس استرس ادراک شده کوهن (Cohen,1983) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش ترسیم تصویری، محاسبه ضریب پایایی و فرمول درصد بازیابی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند، درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و تنیدگی روانی زنان مطلقه اثر معناداری دارد. پیگیری پانزده روزه نیز پایداری نتایج را تأیید کرد. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که آموزش شفقت‌ورزی از طریق تنظیم سیستم هیجانی- شناختی افراد، آمادگی مواجهه با تجربه‌های شرم‌زا زندگی از جمله طلاق را فراهم کرده و با کاهش هیجانات منفی و خودسرزنشگری، موجب پرورش و افزایش هیجانات مثبتی همچون شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران، اطمینان به خود، تحمل آشفتگی، پذیرش بدون قضاوت، توجه مستمر بر احساسات درونی و در نتیجه کاهش نشخوار فکری و تنیدگی روانی زنان مطلقه شده است. بنابراین، این درمان می‌تواند برای ارتقاء سلامت روان و بهبود تنیدگی روانی و نشخوار فکری مورد استفاده روان‌درمانگران و خانواده درمان‌گران قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها**: درمان متمرکز بر شفقت، نشخوار فکری، تنیدگی روانی، زنان مطلقه

* **نویسنده مسئول:** مهدیه قلی‌زاده
**رایانامه:** gholizadeh.mahdieh2022@gmail.com

**مقدمه**

طلاق یکی از استرس‌زاترین رویدادهای زندگی است و اغلب افراد مطلقه به عنوان یک موقعیت استرس‌زا درازمدت در نظر گرفته می‌شود. تجربه یک رویداد استرس‌زا در زندگی و قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا برای مدت طولانی، خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد و سلامت کلی جسمی و روانی را تضعیف می‌کند. همراه. این شامل سندرم پریشانی بدن، افزایش علائم افسردگی و اضطراب، رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن و عدم فعالیت بدنی و کاهش تعاملات اجتماعی و حمایت است (Cipric et al., 2020). مطالعات بسیاری به اثرات مخرب طلاق بر زنان پرداخته است. ترس از آینده، احساس گناه، احساس تنهایی، مشکلات عاطفی و جسمی، مشکلات دو نقشی، مشکلات اقتصادی، انزوای اجتماعی و اختلال هویت، کاهش رضایت از زندگی، کاهش خود عزت، احساس بی‌ارزشی، احساس شکست و شکست، بزهکاری، فحشا، انحراف جنسی، خودکشی و سرقت از جمله آن‌هاست (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). تنش روانی و نشخوار فکری از جمله مشکلات روانی است که زنان مطلقه با آن مواجه هستند و عدم حل این مشکلات می‌تواند منجر به سایر اختلالات روانی شود. فروپاشی یک رابطه یکی از استرس‌زاترین ضایعات بین فردی است که باعث ایجاد مشکلات و نوسانات در تفکر، رفتار و احساسات در افراد می‌شود (Chiang et al., 2009). در روان‌شناسی، این واژه استرس عمدتاً در مورد استرس مضر و توصیف بسیاری از احساسات و واکنش‌های منفی است که در موقعیت‌های چالش برانگیز و تهدیدکننده وجود دارد. استفاده می‌شود هنگامی که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی مواجه می‌شود که با توانایی‌ها و امکانات او هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود (عذری آستانه و همکاران، ۱۳۹۴). به‌طورکلی، همه افراد استرس را تجربه می‌کنند، اما زنان مطلقه گروهی از افراد هستند که به دلیل ماهیت زندگی بیشتر در معرض استرس قرار دارند، زیرا باید با محیط زندگی که مستلزم رعایت هنجارهای اجتماعی جدید است، سازگار شوند؛ و دوستی جدید آن‌ها باید همچنین پاسخگوی نیازهای خانواده، محیط، دوستان و سایر گروه‌هاست که در بیشتر موارد تحت تأثیر خانواده و فرهنگ متعلق به زنان، عوامل استرس‌زا زیادی را تجربه می‌کنند (حسن وندی و همکاران، ۱۳۹۲، ۱۳۹۲). در مقایسه با زنان متأهل، زنان مطلقه در سالهای اول پس از طلاق به‌طور قابل توجهی سطوح بالاتری از استرس و ناراحتی روانی و در یک دهه بعد سطوح بالاتری از بیماری را نشان می‌دهند (Atarezaiyogorji, 2019) زنان ممکن است پس از جدایی دچار استرس روحی شوند؛ و برای رهایی از این احساسات ناخوشایند از راهبردهای ناسازگاری مانند نشخوار فکری استفاده کنید. بر اساس یافته‌های پژوهشی، زنان بیشتر از مردان تمایل به نشخوار فکری دارند و از دلایل این تفاوت جنسیتی می‌توان به استرس بالای زنان در مقایسه با مردان اشاره کرد؛ مانند نارضایتی از ازدواج و همچنین احتمال بیشتر قربانی شدن زنان در حوادث آسیب‌زا (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷). نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعل است که جنبه تکراری دارد و بر نتایج علائم تمرکز دارد، از حل مسئله تطبیقی جلوگیری می‌کند و منجر به افزایش افکار منفی می‌شود (Nolen et al., 2008). بسیاری از مطالعات او رابطه نزدیکی بین افکار نشخوارکننده و انواع مختلف اختلالات عاطفی را گزارش می‌دهند (Nolen-Hoeksema, 1991). (زهراکار و همکاران، ۱۳۹۷). نشخوار فکری یکی از مؤلفه‌های آن است که از نظر شناختی در افراد مبتلا به افسردگی اهمیت دارد و به عنوان فرآیند تفکر مستمر در مورد احساسات و مشکلات خود در رابطه با معنای خاصی از محتوای افکار تعریف می‌شود و عاملی برای شروع و شروع حفظ افسردگی و اختلال خواب، کیفیت روابط اجتماعی و افزایش نگرانی (Suvakat et al., 2018)، بیمارانی که درگیر نشخوار فکری می‌شوند، آن را روشی می‌دانند که برای کسب بینش نسبت به مشکل خود از آن استفاده می‌کنند و از طریق آن بر خود، موقعیت مشکل‌ساز و احساسات خود تمرکز می‌کنند (بهزادپورو همکاران، ۱۳۹۳). به عنوان افکار و رفتارهایی تعریف می‌شود که توجه افراد افسرده را بر روی علائم و علل و پیامدهای احتمالی علائم متمرکز می‌کند (Nolen-Hoeksema, 1987, 1991). بنابر این، این رفتارها و افکار بر روی علائم متمرکز می‌شوند. به عنوان مثال، تمرکز بر احساس بی انگیزگی ("من فقط حوصله انجام هیچ کاری را نداشته باشید")، تعجب کنید که چرا فرد احساس افسردگی می‌کند (تمرکز روی یافتن دلیل) ("چه مشکلی با من دارد که چنین احساسی دارم؟") و نگران عواقب علائم ("من می‌توانم" وقتی چنین احساسی دارم، کارم را انجام نمی‌دهم.» این نظریه پاسخ‌های نشخوار فکری را برعکس یافتن راه حل

مناسب و ساختارمند تعریف می‌کند. (Nolen, 1993). که بسیار وابسته به نگاه اجتماعی است و می‌تواند اثرات روانی را به دنبال داشته باشد.

عاطفی و بین فردی را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد، نشخوار فکری منفی را دو چندان می‌کند. در حالی‌که نشخوار فکری منجر به حل مشکل فعلی و تغییر شرایط پیرامون این علائم نمی‌شود. در عوض، افرادی که نشخوار فکری می‌کنند بدون انجام هیچ اقدامی روی مشکلات و احساسات خود ثابت می‌مانند (Nolen et al., 2008). بر اساس یافته‌های تحقیقات، زنان بیشتر از مردان تمایل به نشخوار فکری دارند. و از جمله دلایل این تفاوت جنسیتی می‌توان به تنش بالای زنان در مقایسه با مردان مانند نارضایتی از ازدواج و همچنین احتمال بیشتر قربانی شدن زنان قربانی حوادث آسیب‌زا اشاره کرد. بر اساس مطالعات، افکار نشخوارکننده به صورت منفعلانه بر روی افراد متمرکز می‌شود. توجه زنان مطلقه به علائم افسردگی و افزایش نگرانی و اضطراب آن‌ها (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷)

یکی از مداخلاتی که در کاهش پیامدهای روانی منفی طلاق مؤثر به نظر می‌رسد، استفاده از رویکردهای فرافردی است. از جمله این رویکردها که در سال‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب کرده است، درمان متمرکز بر شفقت است. نف (Neff, 2003) در تعریف شفقت بیان می‌کند: شفقت به خود شامل درک رنج شخصی و رفتار دلسوزانه و همدلانه با خود است. همان‌طور که با یک دوست خوب رفتار می‌کنیم. شفقت به خود با تمام تجربیات رنج همراه است، از جمله رنج ناشی از نقص‌های درک شده، شکست‌های شخصی، شکست‌ها یا رویدادهای ناراحت‌کننده عاطفی زندگی. به‌طور خاص، شفقت به خود شامل سه مؤلفه به هم پیوسته است: عشق به خود، طبیعت مشترک انسانی و ذهن آگاهی (Albertson et al., 2014 ). و سپس گیلبرت درمان متمرکز بر شفقت را با هدف کمک به افراد دارای شرم و سرزنش خود با پس‌زمینه تجربیات منفی زندگی پیشنهاد کرد. و پذیرش جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی (Gilbert, 2009). رویکرد شفقت به جای محکوم کردن این تلاش‌ها، به دنبال اعتباربخشی، تقویت اخلاقی و آرامش عاطفی و یافتن راه‌های مفیدتر برای کار بر روی این تجربیات است. همچنین، این مدل به هموار کردن راه برای شفقت به عنوان راهی برای کار روی رنج کمک می‌کند (کلتز، ترجمه خلطبری و همکاران، ۱۳۹۷). مداخلات درمانی با تمرکز بر شفقت با هدف تنظیم سیستم‌های عاطفی سالک انجام می‌شود. شفقت به معنای جامع‌تر، یک درمان فرا تشخیصی است که در درمان انواع اختلالات روانی مفید است که محور آن شرم، نفرت از خود و حمله به خود است (عندلیب و همکاران، ۱۳۹۸). گیلبرت (Gilbert, 2005 2009, 2010)، سه سیستم نظارتی (سیستم راننده، سیستم تهدید و سیستم آرامش) با یکدیگر تعامل دارند و الگوهای متفاوتی از واکنش‌ها را به موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند. فعال‌سازی سیستم تهدید زمانی اتفاق می‌افتد که افراد با موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده مواجه می‌شوند و احساساتی مانند اضطراب یا خشم را فعال می‌کند که این افراد را برمی‌انگیزد تا برای محافظت از خود در برابر تهدیدات اقدام کنند (Pedro, 2019). در درمان متمرکز بر شفقت، احساسات در ارتباط با عملکردهای رشدی خود در سه سیستم تنظیم هیجان دسته‌بندی می‌شوند. اول، ترس، خشم و اضطراب، که وظیفه شناسایی تهدیدها و پاسخ به آن‌ها را دارد (سیستم حفاظت از تهدید یا به‌طور خلاصه «سیستم تهدید» ثانیاً، سیستم کشش و کسب منابع (سیستم کششی)، احساساتی هستند که ما را وادار به پیروی می‌کنند، اهداف و منابع و همچنین دستیابی به پاداش را برمی‌انگیزد. در نهایت، سیستم، امنیت، آرامش، شادی (سیستم امنیتی)، احساساتی هستند که به احساس امنیت و آرامش کمک می‌کنند، زیرا نشان می‌دهد که درگیر دفاع در برابر تهدیدات و تعقیب اهداف است. همچنین گیلبرت (Gilbert, 2009) شفقت به خود را چنین پیشنهاد کرد: شفقت به خود شکل سالمی از پذیرش خود است که میزان پذیرش و پذیرش جنبه‌های نامطلوب را بیان می‌کند. از خود و زندگی (Gilbert, 2009). رویکرد شفقت به جای محکوم کردن این تلاش‌ها، به دنبال تأیید اعتبار است. بخشش، تقویت اخلاقی و آرامش عاطفی و یافتن راه‌های مفیدتر برای کار بر روی این تجربیات است. همچنین، این مدل به هموار کردن راه برای شفقت به عنوان راهی برای کار روی رنج کمک می‌کند. پرورش اعتماد به نفس، جدا شدن از افکار خود انتقادی، برانگیختن توجه به هیجان مثبت و پردازش آن و بهبود پریشانی و کاهش هیجانات منفی، پرورش اعتماد به نفس

را می‌توان مکانیسم اصلی و مرکزی درمان متمرکز شفقت دانست. به‌طور کلی، تفکر این است که فرآیندهای تغییر، افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روانی را تسهیل می‌کند (داورنیا، زهراکار، اسدپور، محسن زاده و کسایی اصفهانی، ۱۳۹۷). شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد که شفقت به خود باعث بهبود رفاه و نتایج مثبت در مواجهه با رویدادهای منفی زندگی (مانند طلاق) می‌شود (Tandler & Petersen, 2018). مشکلات در مدل تکاملی و درمان متمرکز بر شفقت فرموله می‌شوند. سپس تمرین‌های متمرکز بر شفقت به مشتریان آموزش داده می‌شود که شامل تنفس آرام، تصور خود به‌عنوان فردی دلسوز و تصور ارتباط با موجودی دلسوز همراه با نامه‌نویسی دلسوزانه، رفتار دلسوزانه و سایر تمرین‌ها می‌شود (قاضی، کلهورن، مک ایوان گیلبرت، ۲۰۱۲). شواهد متعددی در رابطه با جدید بودن این روش درمانی و اهمیت آن در بهبود نشخوار فکری و استرس وجود دارد (قنواتی، بهرامی، گودرزی، روزبهانی، ۱۳۹۶)

پژوهش‌ها حاکی از تأثیر خودشفقتی بر افسردگی و کیفیت زندگی (Brophy et al., 2019)، کاهش شرم و بهبود اختلال استرس پس از سانحه، اِی یو و همکاران (Au, 2016)، کاهش قابل توجه افسردگی، اضطراب، تنیدگی، انتقاد از خود، شرمندگی، رفتار تسلیم و مقایسه اجتماعی، مک ایوان و همکاران (McEwan et al., 202) و گیلبرت (Gilbert, 2012)، کاهش خودسرکوبگری و افزایش هیجانی زنان مطلقه، آذری و همکاران (۱۳۹۹) ، بهزیستی زنان مطلقه، تبریزی (۱۳۹۹). کاهش افکار خودآیند منفی و افزایش سازگاری و انسجام به خود در زنان مطلقه، بختیارپور و همکاران (۱۳۹۹)، بهبود گذشت و مؤلفه‌های سازگاریِ جامعه زنان مطلقه، قاسم‌زاده و همکاران. (۱۳۹۸).

این نتایج و نتایج پژوهش‌های مشابه دیگر نشان می‌دهند که شفقت درمانی رویکردی امیدوارکننده برای حل مشکلات خودشفقتی و تجارب دردناک زندگی از جمله طلاق می‌باشد. بنابراین شفقت‌ورزی می‌تواند سلامت روان‌شناختی را بهبود دهد. پس منطقی است که در مواجهه با تجربیات منفی از آموزش‌های شفقت‌ورزی استفاده کرد، تبریزی و همکاران (۱۳۹۹).

اکثر مطالعات نشان می‌دهند که پیامدهای منفی و آثار سوء طلاق در مورد زنان بیش از مردان است (میرزاده، حسین ثابت و برجعلی،۱۳۹۷) از آنجا که سلامت روان‌شناختی زنان به عنوان نیمی از جمعیت جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است. و از طرفی تنیدگی روانی و نشخوار فکری، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان زنان مطلقه دارند. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا شفقت درمانی بر تنیدگی روانی و نشخوار فکری زنان مطلقه مؤثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی از نوع ABA استفاده شد. استفاده از طرح‌های تک آزمودنی در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. طرح‌های تک آزمودنی فاقد گروه کنترل هستند و فرد شرکت‌کننده در آزمایش هم نقش آزمودنی گروه آزمایش و هم گروه کنترل را ایفا می‌کند و اندازه‌گیری متغیر وابسته هم قبل و هم بعد از ارائه متغیر مستقل، امکان کشف هرگونه اثر ناشی از متغیر مستقل را به ما می‌دهد (Nock et al., 2009). تغیر مستقل در این مطالعه، مداخله درمانی و شفقت درمانی می‌باشد که به لحاظ اثربخشی بر متغیرها وابسته نشخوار فکری و تنیدگی بررسی شد. قبل از شروع مداخله خط پایه تعیین شد (A) و سپس اندازه‌گیرهای مکرر پس از اجرای هر جلسه از مداخله (B) و سپس پایداری مداخله (A) اندازه‌گیری شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مطلقه‌ای است که از طریق فراخوان در شبکه‌های اجتماعی تلگرام و واتس‌آپ، در سه ماه آخر سال ۱۳۹۹ هجری-خورشیدی اعلام مشارکت کردند. از بین این افراد تعداد پنج نفر واجد شرایط شرکت در پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه در دسترس و هدفمند بود. آزمودنی‌ها در این پژوهش از بین زنان مطلقه‌ای که از طریق فراخوان اعلام آمادگی کردند و دارای ملاک‌های ورود و واجد شرایط پژوهش بودند، انتخاب شدند. ملاک ورود عبارتند از:۱ - حداقل سه سال و

حداکثر هشت سال از طلاق آنان گذشته باشد؛۲-داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ ۳-عدم ازدواج مجدد و ورود به رابطه عاطفی جدی، ۴-تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی؛ ۵-کسب حداقل نمره ۵۵ در مقیاس‌های، نشخوار فکری و حداقل نمره ۳۵ در مقیاس تنیدگی روانی؛. و ملاک‌های خروج عبارتند از: ۱- استفاده از داروهای روان‌پزشکی؛ ۲ -استفاده از خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی در طول طرح پژوهشی؛ ۳ -سابقه سوء مصرف مواد قبل از ارائه درمان؛ ۴- دارا بودن سابقه فشار خون بالا و مصرف دارو؛ همچنین از تمامی آزمودنی‌ها رضایت کتبی جهت شرکت در فرایند درمان اخذ شد.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه نشخوار فکری نولن-هوکسما و مارو (Ruminant Response Styles Questionnair):** پرسشنامه نشخوار فکری توسط هوکسما و مارو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) برای اندازه‌گیری نشخوار طراحی و گردآوری شد. این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال و بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) است. در این آزمون نمره بالاتر نشان‌دهنده نشخوار فکری بیشتر است و بالعکس. بر اساس شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخوار از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد، حقانی و همکاران (۲۰۱۸). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که همبستگی آزمون-آزمون مجدد برای پاسخ‌های نشخوار ۰.۶۷ است. است. آلفای کرونباخ در تحقیق منصوری ۰/۹۰ و در تحقیق اسدی مجاره ۰/۸۱ (اسدی مجاره، و همکاران، ۱۳۹۲) و ضریب باز آزمایی در این پژوهش ۰/۷۸ بود.

**مقیاس تنش درک شده (Perceived Stress Scale):** مقیاس تنش درک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرملشتاین ایجاد شد. این مقیاس دارای ۱۴ گویه است و به هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود که این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنش درک شده دو زیرمقیاس را اندازه‌گیری می‌کند: الف) درک منفی از خرده مقیاس تنش که شامل موارد ۱، ۲، ۳، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ است. ب) خرده مقیاس استرس ادراک شده مثبت که شامل موارد ۴، ۵، ۶، ۷ است.، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ که نمره معکوس می‌گیرند. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در محدوده ۸۴. تا ۸۶/. در دو گروه از دانش آموزان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمد. (Cohen et al., 1983). در پژوهش احمدیان (۱۳۹۲)، ۵ ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت تنش ۷۱ / ۰ و ادراک منفی از تنش ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین ضریب آلفا برای نمرات کل پرسشنامه ۰/۸۴ تعیین شد (احمدیان، ۱۳۹۲). در این تحقیق ضریب باز آزمایی ۰/۸۵ به دست آمد.

## فرآیند اجرای تحقیق

به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان برای ورود به فرآیند تحقیق اخذ شد و از محرمانه بودن اطلاعات نیز اطمینان حاصل شد. پس از تبیین اهداف پژوهش، از بین متقاضیان با توجه به شرایط تحقیق و ضوابط ورود و خروج مذکور، ۵ نفر انتخاب و طی ۸ جلسه ۵۰-۴۵ دقیقه‌ای مداخله درمانی مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. با توجه به شرایط ناشی از اپیدمی کووید-۱۹، جلسات به صورت مجازی از طریق تماس تصویری واتس آپ برگزار شد. در هر جلسه و قبل از شروع جلسه بعد، نشخوار فکری و استرس و در نهایت ۱۵ روز پس از پایان مداخله اندازه‌گیری شد. افراد مورد سنجش قرار گرفتند.

مجموعه آموزش‌ها و دستورالعمل‌های درمانی و تکالیف مورد استفاده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب‌های «درمان شفقت محور» و «درمان شفقت محور به زبان ساده» است. (کلتز، ترجمه خلطبری و همکاران، ۱۳۹۷) در ۸ جلسه ۴۵ تا ۵۰ دقیقه اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است:

**جدول ۱. ارائه خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت**

| جلسه | هدف | محتوا | تمرین خانگی | رفتار مورد نظر |
|---|---|---|---|---|
| اول | مفهوم‌سازی موردی | برقراری رابطه درمانی با مراجع، تفهیم شفقت و تفاوت آن با دلسوزی، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت، آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت، ترس‌ها شکل گرفته، راهبردهای ایمنی طلبی و پیامدها ناخواسته و بررسی تجارب اولیه زندگی آزمودنی. | ندارد | آشنایی کلی با شفقت ورزی و شناسایی مشکلات فعلی مشارکت‌کننده |
| دوم | معرفی سیستم‌های هیجان | مرور جلسه قبل. آشنایی با سه سیستم تنظیم هیجان و تحلیل کارکردی تکاملی آن. توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. | بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است | شناسایی ارتباط بین تهدید شدگی و شکل‌گیری مشکلات از جمله نشخوار فکری و تنیدگی روانی |
| سوم | آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. آشنایی با سیستم‌های مغزی (مغز قدیم، جدید و آگاه) و تمایز قائل شدن بین اینکه " این مشکلات تقصیر تو نیست" و " پذیرش مسئولیت تغیر" با استفاده از استعاره باغ. آموزش تنفس تسکین‌بخش و آشنایی با مهارت‌های ذهن آگاهی. | تمرین خوردن توجه آگاهانه در خانه (به‌طور مثال: خوردن کشمش). و انجام تمرین تنفس آرامبخش‌در موقعیت‌های خارج از جلسه. | ذهن‌آگاهی |
| چهارم | آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. آشنایی با خصوصیات شفقت و شناخت فرد مشفق و ویژگی‌های آن (قدرت، خردمندی، ملایمت و غیر قضاوتی بودن) و ایجاد هویت شفقت‌آمیز در آزمودنی و آموزش پذیرش و تحمل پریشانی. | مشارکت‌کننده نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند | پذیرش اشتباه و بخشیدن خود. تحمل تنیدگی روانی |
| پنجم | استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. پرورش استدلال و توجه مشفقانه. آموزش و اجرا صندلی مشفق و تصور بهترین حالت خود و بررسی عواملی که موجب ترس از خود شفقتی می‌شود. | مشارکت‌کننده چند ثانیه نشخوار فکری کنند و بعد تمرین خودِ مشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خود انتقادگری بپردازد. | مقابله با افکار خود انتقادگری |
| ششم | تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. ارائه منطق تصویرسازی مشفقانه و توضیح ارتباط افکار و تصورات با اتفاقاتی که در بدن فرد رخ می‌دهد. ارائه و تمرین تکنیک تصویرسازی مکانی امن و رنگ‌آمیزی مشفقانه. | استفاده از تصویرسازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج | پرورش افکار خود شفقت‌ورزی |
| هفتم | احساس مشفقانه | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. پرورش احساس مشفقانه و ایجاد تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود، آموزش تکنیک بازنویسی مشفقانه. | مشارکت‌کننده تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به‌کار برد. | استمرار پرورش افکار خود شفقت‌ورزی |
| هشتم | رفتار مشفقانه | مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف. توضیح و تقویت رفتارهای مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، متمرکز شدن بر نقاط قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل فرم هشت آیتمی (شغل و زندگی کاری، خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامت جسمانی، معنویت، فعالیت اجتماعی، تفریح و سرگرمی). جمع‌بندی جلسات، قرار زمان مشخص برای دوره پیگیری. | مشارکت‌کننده هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد، ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد. | پذیرش خود و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره |

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های ترسیم دیداری (تحلیل نمودار گرافیکی)، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی استفاده شده است. به منظور سنجش معناداری بالینی منظور سنجش معناداری بالینی و محاسبه تغییر آماری در این پژوهش علاوه بر محاسبه درصد بهبودی از روش سنجش شاخص تغییر پایا (RCI) با فرمول اصلاح شده استفاده شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون و تراکس (Jacobson & Truax, 1991)، برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه داده‌اند .روش RCI را بعدها کریستنسن و همکاران (Christensen et al., 1986) به صورت فرمول اصلاح‌شده زیر بیان کردند:

نمره پس‌آزمون یا پیگیری از نمره پیش‌آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندار تفاوت تقسیم می‌گردد کریستنسن و مندوزا (Christensen & Mendoza, 1986). اگر نتیجه به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمره z یعنی ۱/۹۶ (P<.05) باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد (Jacobson & Truax, 1991).

درصد بهبودی یا بهبود معناداری بالینی را برگشت به کارکرد بهنجار در نظر می‌گیرند. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش‌آزمون از آخرین نمره فرد در پس‌آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم و در صد ضرب می‌شود (دلاور، ۲۰۰۸). همچنین بر طبق فرمول درصد بهبودی،٪۵۰ کاهش در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۱۵٪ تا ۴۱٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علایم تا حد زیر ۱۵٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (محمود علیلو و همکاران ،۱۳۹۵).

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۳ و ۴ نیز نمره‌های پنج آزمودنی را در پرسشنامه‌های نشخوار فکری و تنیدگی روانی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ ذکر شده است، دامنه سن آزمودنی‌ها ۲۵ تا ۴۵ می‌باشد. چهار نفر دارای فرزند هستند. سطح تحصیلی دو نفر دیپلم، دو نفر لیسانس و یک نفر فوق‌دیپلم است. همچنین مدت زمان زندگی آزمودنی بین ۵ سال تا ۱۵ سال و مدت زمانی‌که از طلاق آن‌ها گذشته از ۳ سال تا ۷ سال است.

**جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها**

| آزمودنی | سن | تحصیلات | شغل | تعداد و جنسیت فرزند | سنوات تأهل | تاریخ ثبت طلاق | محل زندگی پس از جدایی | قیومیت فرزند | سابقه روان‌درمانی | میزان همکاری و انگیزه |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۲۵ | دیپلم | آزاد | ۰ | ۵ سال | ۱۳۹۶ | خانواده | - | ندارد | خوب |
| ۲ | ۳۰ | دیپلم | خانه‌دار | ۱ دختر | ۷ سال | ۱۳۹۷ | خانواده | با پدر | ندارد | بسیار خوب |
| ۳ | ۳۸ | فوق‌دیپلم | کارمند | ۱ دختر | ۱۱ سال | ۱۳۹۵ | مستقل | با مادر | ندارد | بسیار خوب |
| ۴ | ۴۴ | دیپلم | آزاد | ۱ پسر | ۱۳ سال | ۱۳۹۳ | مستقل | با مادر | دارد | عالی |
| ۵ | ۴۵ | لیسانس | دبیر بازنشسته | ۱ دختر و ۱ پسر | ۱۵ سال | ۱۳۹۶ | مستقل | با مادر | دارد | بسیار خوب |

**جدول ۳. روند تغییر متغیر تنیدگی روانی در مراحل درمان متمرکز بر شفقت**

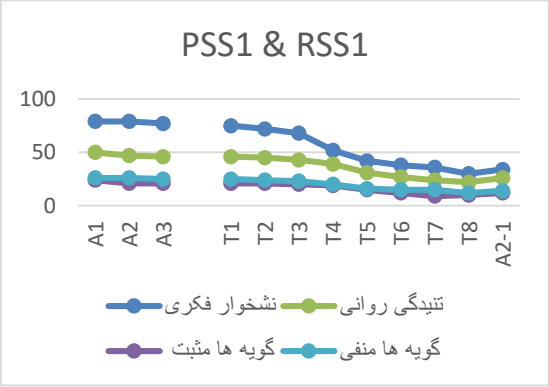
| مراحل درمان | آزمودنی‌ها | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | شماره ۱ | شماره ۲ | شماره ۳ | شماره ۴ | شماره ۵ |
| خط پایه اول | ۵۰ | ۴۹ | ۳۷ | ۴۱ | ۴۳ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۴ | ۲۳ | ۱۷ | ۱۸ | ۲۰ |
| کویه ها منفی | ۲۶ | ۲۶ | ۲۰ | ۲۳ | ۲۳ |
| خط پایه دوم | ۴۷ | ۴۷ | ۳۷ | ۳۹ | ۴۲ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۱ | ۲۲ | ۱۷ | ۱۸ | ۱۹ |
| گویه‌ها منفی | ۲۶ | ۲۵ | ۲۰ | ۲۱ | ۲۳ |
| خط پایه سوم | ۴۶ | ۴۷ | ۳۷ | ۳۸ | ۴۱ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۱ | ۲۲ | ۱۷ | ۱۷ | ۱۹ |
| گویه‌ها منفی | ۲۵ | ۲۵ | ۲۰ | ۲۱ | ۲۲ |
| میانگین خطوط پایه | ۴۷/۶۷ | ۴۷/۶۷ | ۳۷ | ۳۹/۳۳ | ۴۲ |
| میانگین گویه‌ها مثبت | ۲۲ | ۲۲/۳۳ | ۱۷ | ۱۷/۶۷ | ۱۹/۳۳ |
| میانگین گویه‌ها منفی | ۲۵/۶۷ | ۲۵/۳۳ | ۲۰ | ۲۱/۶۷ | ۲۱/۶۷ |
| جلسه اول درمان | ۴۶ | ۴۷ | ۳۵ | ۳۸ | ۳۹ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۱ | ۲۲ | ۱۵ | ۱۸ | ۱۸ |
| گویه‌ها منفی | ۲۵ | ۲۵ | ۲۰ | ۲۰ | ۲۱ |
| جلسه دوم درمان | ۴۵ | ۴۷ | ۳۴ | ۳۷ | ۳۸ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۱ | ۲۲ | ۱۴ | ۱۹ | ۱۸ |
| گویه‌ها منفی | ۲۴ | ۲۵ | ۲۰ | ۱۸ | ۲۰ |
| جلسه سوم درمان | ۴۳ | ۴۶ | ۳۲ | ۳۵ | ۳۷ |
| گویه‌ها مثبت | ۲۰ | ۲۱ | ۱۴ | ۱۹ | ۱۷ |
| گویه‌ها منفی | ۲۳ | ۲۵ | ۱۸ | ۱۶ | ۲۰ |
| جلسه چهارم درمان | ۳۹ | ۴۳ | ۲۸ | ۲۳ | ۳۵ |
| گویه‌ها مثبت | ۱۹ | ۲۰ | ۱۱ | ۱۳ | ۱۷ |
| گویه‌ها منفی | ۲۰ | ۲۳ | ۱۷ | ۱۰ | ۱۸ |
| جلسه پنجم درمان | ۳۱ | ۴۰ | ۲۴ | ۲۲ | ۳۰ |
| گویه‌ها مثبت | ۱۵ | ۱۷ | ۹ | ۱۴ | ۱۴ |
| گویه‌ها منفی | ۱۶ | ۲۳ | ۱۵ | ۸ | ۱۶ |
| جلسه ششم درمان | ۲۷ | ۳۱ | ۱۹ | ۱۶ | ۲۸ |
| گویه‌ها مثبت | ۱۲ | ۱۴ | ۷ | ۸ | ۱۳ |
| گویه‌ها منفی | ۱۵ | ۱۷ | ۱۲ | ۸ | ۱۵ |
| جلسه هفتم درمان | ۲۴ | ۲۴ | ۱۷ | ۱۴ | ۲۲ |
| گویه‌ها مثبت | ۹ | ۱۳ | ۶ | ۷ | ۹ |
| گویه‌ها منفی | ۱۵ | ۱۱ | ۱۱ | ۷ | ۱۳ |
| جلسه هشتم درمان | ۲۲ | ۲۲ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۸ |
| گویه‌ها مثبت | ۱۰ | ۱۰ | ۴ | ۷ | ۷ |
| گویه‌ها منفی | ۱۲ | ۱۲ | ۱۰ | ۷ | ۱۱ |
| میانگین جلسات درمان | ۳۴/۶۲ | ۳۷/۵ | ۲۵/۳۸ | ۲۴.۸۸ | ۳۰.۸۸ |
| میانگین گویه‌ها مثبت | ۱۵/۸۸ | ۱۷/۳۸ | ۱۰/۶۲ | ۱۲/۲۵ | ۱۴/۶۲ |
| میانگین گویه‌ها منفی | ۱۸/۷۵ | ۱۸/۸۸ | ۱۵/۷۵ | ۱۲/۱۲۶۲ | ۱۷/۳۸ |
| شاخص تغیر پایا درمان | -۵/۹۶ | -۵/۹۶ | -۵/۳۳ | -۵/۸۸ | -۷/۵۷ |
| گویه‌ها مثبت | -۲/۷۸ | -۲/۸۶ | - ۳/۰۲ | -۲/۴۸ | -۲/۸۶ |
| کویه ها منفی | -۳/۱۷ | -۳/۰۹ | -۰/۳۲ | -۳/۴۰ | -۲/۷۱ |
| درصد بهبودی | ۵۳/۸۵ | ۵۳.۸۵ | ۶۲/۱۶ | ۶۴/۴۰ | ۵۷/۱۴ |
| گویه‌ها مثبت | ۵۴/۵۴ | ۵۵/۲۲ | ۷۶/۴۷ | ۶۰/۳۸ | ۶۳/۷۹ |
| گویه‌ها منفی | ۵۳/۲۵ | ۵۲/۶۲ | ۵۰ | ۶۷.۷۰ | ۵۱/۴۸ |
| درصد بهبودی کلی | ۵۸/۲۸ درصد | بهبودی کلی گویه‌ها مثبت ۶۳/۹۱ درصد | | بهبودی کلی گویه‌ها منفی ۵۲/۰۸ درصد | |
| مرحله پیگیری پس از درمان | ۲۶ | ۲۳ | ۱۸ | ۱۷ | ۲۱ |
| گویه‌ها مثبت | ۱۲ | ۱۰ | ۸ | ۹ | ۹ |
| گویه‌ها منفی | ۱۴ | ۱۳ | ۱۰ | ۸ | ۱۲ |
| تغیر شاخص پایا پیگیری | -۵/۰۳ | -۵/۷۴ | -۴/۴۱ | -۵/۵۷ | -۴/۸۷ |
| تغیر شاخص پایا گویه مثبت مرحله پیگیری | -۲/۳۲ | -۲/۸۴ | -۲/۰۹ | -۲/۰۱ | -۲/۴ |
| تغیر شاخص پایا گویه منفی مرحله پیگیری | -۲/۷۱ | -۲/۸۶ | -۲/۳۲ | -۳/۱۷ | -۲/۴۷ |
| درصد بهبودی مرحله پیگیری | ۴۵/۴۶ | ۵۱/۷۵ | ۵۱/۳۵ | ۵۶/۷۸ | ۵۰/۰۰ |
| درصد بهبودی گویه‌ها مثبت | ۴۵/۴۵ | ۵۵/۲۱ | ۵۲.۹۴ | ۵۰.۰۰ | ۵۳.۴۴ |
| در صد بهبودی گویه‌ها منفی | ۴۵/۴۶ | ۴۸/۶۸ | ۵۰/۰۰ | ۶۳/۰۸ | ۴۷/۰۶ |
| درصد بهبودی کلی پس از پیگیری | ۵۱/۰۷ | گویه‌ها مثبت ۵۱/۴۱ | | گویه‌ها منفی ۵۰/۵۶ | |

علامت منفی (-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.

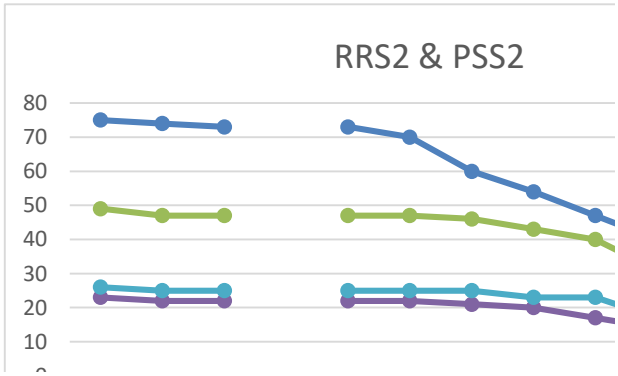
**جدول ۴. روند تغیر متغیر نشخوار فکری در مراحل درمان متمرکز بر شفقت**

| مراحل درمان | آزمودنی‌ها | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | شماره ۱ | شماره ۲ | شماره ۳ | شماره ۴ | شماره ۵ |
| خط پایه اول | ۷۹ | ۷۵ | ۷۵ | ۸۰ | ۷۸ |
| خط پایه دوم | ۷۹ | ۷۴ | ۷۵ | ۸۰ | ۷۷ |
| خط پایه سوم | ۷۷ | ۷۳ | ۷۲ | ۷۸ | ۷۵ |
| میانگین خطوط پایه | ۷۸.۳۳ | ۷۴ | ۷۴ | ۷۹.۳۳ | ۷۶.۶۷ |
| جلسه اول درمان | ۷۵ | ۷۳ | ۷۳ | ۷۸ | ۷۵ |
| جلسه دوم درمان | ۷۲ | ۷۰ | ۷۰ | ۷۸ | ۷۳ |
| جلسه سوم درمان | ۶۸ | ۶۰ | ۶۵ | ۷۰ | ۶۸ |
| جلسه چهارم درمان | ۵۲ | ۵۴ | ۵۳ | ۶۳ | ۵۸ |
| جلسه پنجم درمان | ۴۲ | ۴۷ | ۴۰ | ۵۴ | ۵۰ |
| جلسه ششم درمان | ۳۸ | ۴۰ | ۳۸ | ۳۷ | ۴۳ |
| جلسه هفتم درمان | ۳۶ | ۳۴ | ۳۴ | ۳۳ | ۳۶ |
| جلسه هشتم درمان | ۳۰ | ۲۸ | ۳۱ | ۳۰ | ۳۴ |
| میانگین جلسات درمان | ۵۱.۶۳ | ۵۰.۷۵ | ۵۰.۵۰ | ۵۵.۳۸ | ۵۴.۶۳ |
| شاخص تغیر پایا درمان | -۹.۲۴ | -۸.۷۹ | -۸.۷۹ | -۹.۴۳ | -۸.۱۵ |
| درصد بهبودی | ۶۱.۷۰ | ۶۲.۱۶ | ۵۸.۱۱ | ۶۲.۱۸ | ۵۵.۶۵ |
| درصد بهبودی کلی | | | ۵۹.۹۶ | | |
| مرحله پیگیری پس از درمان | ۳۴ | ۳۳ | ۳۷ | ۳۵ | ۳۶ |
| تغیر شاخص پایا پیگیری | -۸.۴۷ | -۷.۸۴ | -۷.۰۷ | -۸.۴۸ | -۷.۷۸ |
| درصد بهبودی مرحله پیگیری | ۵۶.۵۹ | ۵۵.۴۱ | ۵۰.۰۰ | ۵۵.۸۸ | ۵۳.۰۴ |
| درصد بهبودی کلی پس از پیگیری | | | ۵۴.۱۸ | | |

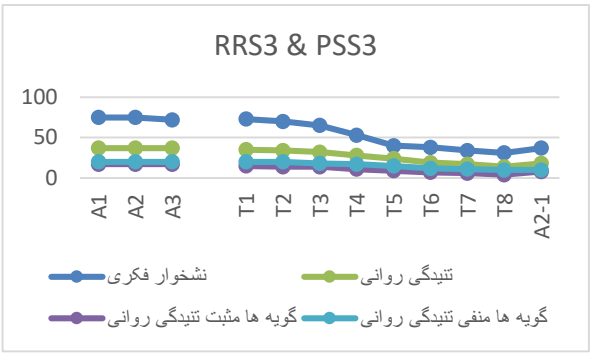
علامت منفی (-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می‌باشد.



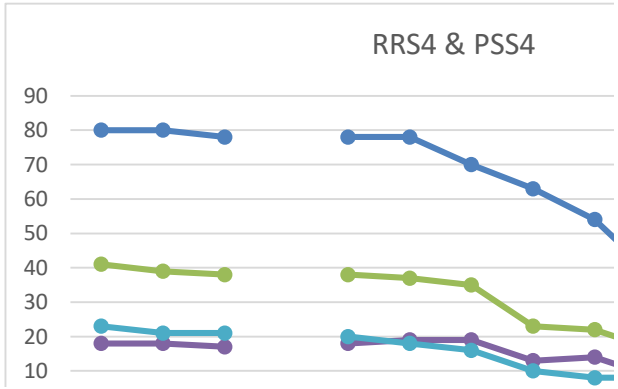

**نمودار ۱. روند تغیر متغیرهای نشخوار فکری و تنیدگی روانی در آزمودنی شماره ۱**



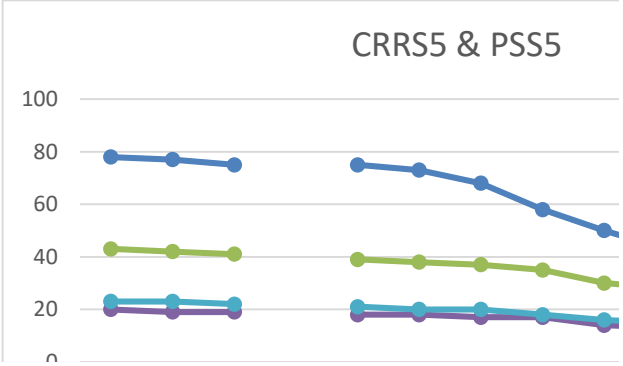

**نمودار ۲. روند تغیر متغیرهای نشخوار فکری و تنیدگی روانی در آزمودنی شماره ۲**




**نمودار ۳. روند تغیر متغیرهای نشخوار فکری و تنیدگی روانی در آزمودنی شماره ۳**




**نمودار ۴. روند تغیر متغیرهای نشخوار فکری و تنیدگی روانی در آزمودنی شماره ۴**




**نمودار ۵. روند تغیر متغیرهای نشخوار فکری و تنیدگی روانی در آزمودنی شماره ۵**

نتیجه با توجه به نمودارهای ترسیم شده برای پنج آزمودنی در بررسی متغیر استرس روانی و همچنین گویه‌های مثبت و منفی پرسشنامه، مشخص می‌شود که: در مراحل پایه (A۱، A۲ و A ۳) ثبات نسبی مشاهده شده است. و سپس با ورود به فاز مداخله (T۱ تا T۸)، روند نزولی تغییرات متغیر استرس روانی به‌طور مستمر رخ داده است. در مرحله پیگیری ۱-۲ A، افزایش جزئی در متغیر استرس روانی در همه آزمودنی‌ها نسبت به آخرین جلسه درمان مشاهده می‌شود، اما میزان تغییر در مقایسه با شروع درمان همچنان کمتر است. به عبارت دیگر میانگین و سطح نمرات استرس روانی در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله پایه کاهش یافته است.

شاخص پایایی به صورت آماری برای پایداری اثر درمان محاسبه شد و نتایج نشان می‌دهد: آزمودنی‌هایی که قدر مطلق شاخص پایایی آن‌ها از ۱/۹۶ تغییر می‌کند بیشتر است، می‌توان گفت که درجه تغییر در نمرات این افراد در سطح پایان درمان نسبت به قبل از درمان به نقطه‌ای رسیده است که می‌توان آن را یک تغییر پایدار در نظر گرفت. همچنین درصد بهبودی در جهت اثربخشی درمان از نظر بالینی محاسبه شد و افرادی که درصد بهبودی آن‌ها بیشتر یا مساوی ۵۰ درصد باشد را می‌توان بهبود یافته تلقی کرد.

در مورد متغیر استرس روانی و موارد مثبت و منفی استرس ادراک شده می‌توان گفت که موقعیت هر پنج آزمودنی پس از مداخله تغییر کرده و این متغیر روند نزولی داشته است. با توجه به اینکه مقدار مطلق ضریب پایایی در هر پنج آزمودنی در مرحله مداخله به ترتیب ۵/۹۶ =z۱ ، ۵/۹۶ = z۲، ۵/۳۳ = z۳، ۵/۸۸ =z۴ و ۵/۵۷= z ۵ و پیگیری به ترتیب ۵/۰۳ = ۵/۰۳ است. ۵/۷۴ = z۲، ۴/۴۱ =z۳، ۵/۵۷ = z۴ و ۴/۸۷ = z ۵ بیشتر از ۱/۹۶ است، بنابراین درمان در مرحله درمان و پیگیری از نظر آماری معنادار است. با توجه به درصد بهبودی در متغیر استرس روانی و آن موارد مثبت و منفی می‌توان گفت: درمان برای هر پنج آزمودنی در مرحله مداخله از نظر بالینی معنادار است، این مقادیر عبارتند از: ۵۳/۹۶، ۵۳/۸۵، ۶۲/۱۶، ۶۴/۴۰ و ۵۷/۱۴ و در مرحله پیگیری مقادیر عبارتند از: ۴۵/۴۶، ۵۱/۷۵، ۵۱/۳۵، ۵۶/۷۸ و ۵۰/۰۰ می‌توان نتیجه گرفت که: به جز موضوع شماره ۱، درمان بقیه افراد از نظر بالینی قابل توجه است. و به‌طور کلی با توجه به درصد بهبودی کلی در موارد مثبت و منفی که بالای ۵۰ درصد است، می‌توان درمان متمرکز بر شفقت بر استرس روانی زنان را از نظر بالینی معنادار دانست. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت بر استرس روانی زنان مطلقه تأثیر دارد. نمودارهای ترسیم شده برای پنج آزمودنی در بررسی متغیر نشخوار فکری و مقادیر ذکر شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که: در مراحل پایه ۱ , A۲A و A۳ ثبات نسبی دیده شده است و سپس با ورود به مرحله مداخله T۱ تا T۸ روند نزولی دارد. تغییرات در متغیرهای نشخوار به‌طور مداوم رخ داده است. در مرحله پیگیری ۱-A۲ ، افزایش جزئی در متغیر نسبت به آخرین جلسه درمان در همه آزمودنی‌ها مشاهده می‌شود، اما میزان کاهش تغییر همچنان نسبت به خط پایه قابل توجه است. میانگین و سطح نمرات نشخوار فکری در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله پایه کاهش یافته است.

شاخص پایایی به صورت آماری برای پایداری اثر درمان محاسبه شد و نتایج نشان می‌دهد: افرادی که مقدار مطلق شاخص پایایی آن‌ها از ۱ تغییر می‌کند. سال ۹۶ بیشتر است، می‌توان گفت میزان تغییر نمرات این افراد در پایان درمان نسبت به قبل از درمان به حدی رسیده است که می‌توان آن را یک تغییر پایدار تلقی کرد. همچنین درصد بهبودی در جهت اثربخشی درمان از نظر بالینی محاسبه شد و افرادی که درصد بهبودی آن‌ها بیشتر یا مساوی ۵۰ درصد باشد را می‌توان بهبود یافته تلقی کرد. در مورد متغیر نشخوار فکری می‌توان گفت که موقعیت هر پنج آزمودنی پس از مداخله تغییر کرد و این متغیر روند نزولی داشت. با توجه به اینکه مقدار مطلق ضریب پایایی در هر پنج آزمودنی در مرحله مداخله Z۱=۹/۲۴، Z۲= ۸/۷۹ ، Z۳=۸/۷۹ ، Z۴=۹/۴۳ و Z۵= ۸/۱۵

در پیگیری به ترتب Z۱=47/8، Z۲= ۷/۸۴ ، Z۳=۷/۰۷ ، Z۴=۸/۴۸ و Z۵= ۷/۷۸ بود، بیشتر از ۱/۹۶ است، بنابراین درمان در مرحله درمان و پیگیری از نظر آماری معنادار است. با توجه به درصد بهبود در متغیر مذکور می‌توان گفت: درمان از نظر بالینی برای هر پنج آزمودنی در مرحله مداخله معنی‌دار است، این مقادیر عبارتند از: ۶۱/۷۰، ۶۲/۱۸، ۵۸/۱۱ و ۵۵/۶۵ در مرحله پیگیری، مقادیر: ۵۶/۵۹، ۵۵/۴۱، ۵۰/۰۰، ۵۵/۸۸ و ۵۳/۰۴، آن است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی برای هر پنج آزمودنی معنی‌دار بود. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری زنان مطلقه تأثیر دارد

**بحث و نتیجه‌گیری**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنیدگی روانی و نشخوار فکری زنان مطلقه انجام گرفت. در بررسی کارایی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره کرده‌اند و معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس شش متغیر زیر بررسی کرد. بدین منظور جهت بحث در مورد نتایج درمان، در این بخش از ملاک‌های آنان استفاده می‌شود.

۱. **اندازه تغییر** (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است) ؟

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، از تنیدگی روانی و نشخوار فکری زنان مطلقه، در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه کاسته است. و این روند کاهشی در مرحله پیگیری نیز ادامه یافته است. هماهنگ با یافته‌های قنواتی، بهرامی و همکاران (۱۳۹۷)، (Albertson, 2014). نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت نشخوار فکری و نگرانی افراد را کاهش و تنیدگی روانی آنان را بهبود بخشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت با فعال کردن سیستم تسکین‌دهنده، سبب رضایت، آرامش و بهزیستی افراد می‌شود. تمرین‌های ارائه شده در مداخله درمانی متمرکز بر شفقت مانند ذهن مشفق و آرام، تنفس تسکین‌بخش و ذهن‌آگاهی نقش مؤثری در آرامش افراد به کاهش اضطراب و تنیدگی روانی دارد. از آن‌جا که روش درمانی متمرکز بر شفقت به‌جای اینکه احساس‌های مثبت را با احساس‌های منفی جایگزین کند، هیجان‌های مثبتی تولید می‌کند که هیجان‌های منفی را در برگیرد و با ایجاد احساس‌های مثبت، احساس‌های منفی را تعدیل می‌کند. پس با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین باعث می‌شود که افراد با پذیرش و درک بیشتری با احساس‌ها، هیجان‌ها و شرایط دشوار در زندگی (مانند طلاق) روبرو شوند و بهتر بتوانند شرایط دشوار زندگی را مدیریت کنند (اردشیرزاده، بختیارپور، همایی، افتخار صعادی، ۱۳۹۹). و تنیدگی روانی و در نتیجه نشخوار فکری افراد کاهش یابد. درمان متمرکز بر شفقت با آموزش تمرین‌های ذهن آگاهی، استدلال مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه و پرورش ذهن مشفق، به افراد کمک می‌کند در عین مهرورزی به خودشان، مسئولیت شخصی اعمال خود را بپذیرند و دچار خود سرزنشگری، شرم و نشخوار فکری نشوند. افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات 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. بنابراین افراد با شفقت‌ورزی نسبت به خود در تجربه رویداد ناخوشایندی مانند طلاق، با فهم اینکه همه انسان‌ها ممکن است مرتکب اشتباهاتی شوند، هیجان منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراک انسانی). درک این مفهوم که آنچه در ذهن ما می‌گذرد "تقصیر ما نیست "در زمانی که افراد افسرده‌اند و یا حس می‌کنند که کنترل ذهن خود را از دست داده‌اند، نقش مهمی در از بین بردن احساس بی‌ارزشی، بی‌فایدگی و خوب نبودن دارد (Gilbert, 2009). بنابر این این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با مشکلات، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار ذهنی می‌شود .ذهن آگاهی سبب می‌شود تا فرد از ذهن نشخواری خود و پیامدهای آن آگاه شود و چرخه معیوب نشخوار فکری و افکار خود سرزنشگری را بهتر درک کند و آن را در هم بشکند. در نتیجه می‌توان گفت درمان متمرکز به شفقت مانند یک ضربه‌گیر در مقابل پیامدهای منفی طلاق و از جمله تنیدگی روانی و نشخوار فکری، عمل کند.

۲. **کلیت تغییر** (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و استرس روانی زنان مطلقه مؤثر بوده است. با در نظر گرفتن شاخص تغییر پایدار در مرحله پیگیری به عنوان شاخص تغییر آزمودنی‌ها، آزمودنی‌ها از نظر آماری بهبود یافته‌اند. درصد بهبودی در مرحله درمان برای آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته نشان‌دهنده اهمیت بالینی درمان برای شرکت‌کنندگان است، اما در مرحله پیگیری در مورد متغیر استرس روانی، مشاهده شد که درمان از نظر پایدار نبود. ثبات بالینی برای آزمودنی ۱ که با توجه به مشارکت آزمودنی و متغیرهای مزاحم دخیل در درمان می‌توان نتیجه گرفت که عدم جدیت در انجام تمرینات پس از اتمام درمان و همچنین عدم احساس عاطفی و حمایت مالی خانواده شرکت‌کننده، بر تداوم اثربخشی تنش روانی آزمودنی ۱، پایداری درمان تأثیر گذاشته است. همچنین درصد بهبود متغیرهای منفی استرس روانی نشان دهنده عدم ثبات بالینی بیمار است. درمان در آزمودنی‌های شماره ۲ و ۵، با توجه به روند جلسات درمانی این دو

آزمودنی، احتمال تأثیر محیط خانواده و نگرانی‌های مالی بررسی شد. موضوع شماره ۲ نیز علیرغم انجام تمرینات با عدم حمایت عاطفی از سوی خانواده مواجه بود و ازدواج خانوادگی سابق را دلیلی بر زنجیره بی پایان سرزنش خانواده به‌ویژه خانواده پدری به عنوان عامل ایجاد احساس عنوان کرد. از تنش موضوع شماره ۵ پس از طی مراحل با موضوع مهاجرت دخترش و درخواست مکرر همسرش برای ارجاع مواجه شد که علیرغم انجام تمرینات و تغییر سطح استرس روانی اعلام کرد این مشکل باعث آشفتگی و استرس روحی شده است. در مورد همه آزمودنی‌ها در هر دو متغیر مشاهده شد که تغییرات تا یک بازه زمانی مشخص صورت می‌گیرد و همچنین در مرحله پیگیری نسبت به آخرین جلسه درمانی اثربخشی اندکی کاهش یافته است. با توجه به تحقیقات ذکر شده می‌توان گفت که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر استرس روانی و نشخوار فکری زنان مطلقه در این پژوهش مانند سایر درمان‌ها محدود بوده و احتمال عود نیز وجود دارد

۳. **عمومیت تغییر:** (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است)؟

در جلسات پیگیری مشاهده شد که با وجود عدم جدیت در انجام تمرینات، اولین شرکت‌کننده به عنوان برادر با اعضای خانواده درگیر می‌شود. شرکت‌کننده دوم تصمیم به ادامه تحصیل گرفته بود و در حوزه ثبت نام کرد. شرکت‌کننده سوم در محیط کار احساس آرامش بیشتری می‌کرد و مشاجره کمتری با دیگران گزارش می‌کرد و با دیگران دلسوزانه‌تر تعامل می‌کرد. شرکت‌کننده چهارم با اشتیاق تمرین‌ها را انجام داد و احساس رضایت و آرامش بیشتری را گزارش کرد و خوشحال بود که آرامش خودش باعث می‌شود فرزندش آرام‌تر و کمتر مضطرب شود. شرکت‌کننده پنجم نسبت به اثربخشی تمرینات خوشبین بود و با درک و گذشت بیشتر از قبل با پیشنهاد همسر سابق خود برای مراجعه برخورد کرد و با تأمل و مشاوره مستمر آماده تصمیم‌گیری در مورد درخواست همسر سابق بود.

۴. **پذیرش میزان:** (مردم تا چه اندازه در روند درمان شرکت کرده و آن را تکمیل کرده‌اند)؟

هر پنج آزمودنی از ابتدا تا پایان مرحله پیگیری با انگیزه خوبی در جلسات درمانی شرکت کردند. با گذشت زمان و به خصوص بعد از جلسات دوم و سوم و در واقع پس از برقراری رابطه درمانی و آشنایی بیشتر با مفاهیم شفقت و روشن شدن تأثیر تمرینات، شور و شوق آزمودنی‌ها افزایش یافت. آزمودنی‌ها ویژگی درک شفقت‌آمیز و ماهیت غیر قضاوتی رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت را بیش از سایر ویژگی‌های این رویکرد ارزیابی کردند. همچنین انتظار بهبودی و داشتن ذهنیت مثبت نسبت به مشاوره و روان درمانی و پایبندی به تعهد را می‌توان از عوامل تقویت‌کننده حضور این افراد در روند درمان دانست. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت را می‌توان یکی از درمان‌هایی دانست که از مقبولیت بالایی برخوردار است.

۵. **ایمنی:** آیا در نتیجه درمان، سلامت روحی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟

بر اساس گزارش‌ها، نمودارها و نمرات آزمودنی‌ها، شرکت در جلسات درمانی باعث کاهش سلامت روانی و جسمی آزمودنی‌ها نشده است. با توجه به احساس رضایت و تغییرات مثبتی که در بخش کلی تغییرات در سایر جنبه‌های زندگی ذکر شد، به نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر شفقت موجب بهبود و تنظیم سه نظام عاطفی آزمودنی‌ها شده و از مسائل با درک دلسوزانه و دلسوزانه اجتناب می‌کنند. استدلال با خود و دیگران روبرو می‌شوند و در نتیجه کمتر از قبل دچار نشخوار فکری و تنش روانی می‌شوند.

۶. **ثبات:** (نتایج درمان چقدر طول کشیده است؟)

با مشاهده میانگین‌های مرحله درمان و پیگیری مشخص شد که درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و تنش روانی زنان مطلقه در مرحله درمان تأثیر داشته و در مرحله پیگیری روند کاهشی امتیازات همچنان ادامه دارد، اگرچه نسبت به آخرین جلسه درمانی افزایش جزئی را نشان می‌دهد. اما همچنان در مقایسه با جلسات درمانی پایه و متوسط، کاهش قابل توجهی دارد. بررسی تغییر شاخص پایداری در مرحله درمان و پیگیری برای هر پنج آزمودنی، پایداری درمان را نشان داد. بررسی درصد بهبودی در مرحله درمان برای هر دو متغیر وابسته نشان دهنده اثربخشی درمان است. در مرحله پیگیری در مورد متغیر نشخوار فکری، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت همچنان از نظر بالینی ثبات را نشان می‌دهد، اما در مورد متغیر استرس روانی، ثبات بالینی در مورد موضوع شماره مشاهده نشد.۱ که احتمال تأثیرگذاری بر متغیرهایی

مانند درونی نکردن مهارت‌های آموزش داده شده و عدم حمایت عاطفی و مالی از سوی خانواده و همچنین ابتلای آزمودنی به بیماری کرونا را در مرحله ارزیابی مرحله پیگیری پیشنهاد می‌کند. خواهد بود

در مورد آزمودنی‌های شماره ۲ و ۵، اگرچه درصد بهبودی بدون تمایز بین موارد مثبت و منفی ابزار اندازه‌گیری شده، اثربخشی بالینی درمان را در مرحله پیگیری نشان می‌دهد، اما امتیاز هر دو آزمودنی در آیتم‌های منفی است. از نظر بالینی مؤثر نیست که احتمالاً متأثر از متغیرهایی مانند درونی است. آزمودنی نتوانسته است خودانگاره مثبتی ایجاد کند و اثربخشی آن پس از درمان کاهش یافته است. دلیل احتمالی کاهش بهبود بالینی در موارد منفی استرس روانی می‌تواند مسئله مهاجرت فرزند دختر به تنهایی و جدا شدن از مادر تأثیرگذار باشد

در پایان، با توجه به نتایج و بحث‌های مطرح شده، می‌توان فرض کرد که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در این پژوهش از نظر بالینی برای متغیر نشخوار فکری نسبت به متغیر استرس روانی قابل اعتمادتر است. اگرچه از نظر درصد بهبودی کلی، درمان متمرکز بر شفقت در مرحله درمان و پیگیری از نظر بصری، آماری و بالینی مؤثر بوده است.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق هم‌زمانی با اپیدمی با کووید ۱۹ بود که باعث شد مداخلات درمانی در فضای مجازی انجام شود و همچنین بیماری آزمودنی‌ها و سایر مسائل ناشی از اپیدمی که باعث طولانی مدت شد. و پیگیری چندگانه غیرممکن است. از جمله محدودیت‌های دیگر، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر زنان مطلقه‌ای که هم دارای نشخوار فکری و هم استرس روانی بودند، می‌پردازد، بنابراین در اعمال نتایج تحقیق در مورد زنان مطلقه مبتلا به نشخوار فکری یا استرس روانی باید احتیاط کرد. با توجه به اثربخشی درمان شفقت محور بر نشخوار فکری و استرس روانی زنان مطلقه، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را بین مردان و زنان مطلقه مقایسه کند. استرس روانی زنان مطلقه نشان داد. پیشنهاد می‌شود این درمان با سایر درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم مقایسه شود. همچنین با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و استرس روانی زنان مطلقه در این پژوهش که با روش تحقیق تک موردی انجام شد. طراحی آزمایشی از نوع ABA و با توجه به محدودیت‌های این روش پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان با استفاده از طرح‌های آزمایشی انجام شود. و با نمونه بزرگتر اجرا شود و همچنین با توجه به اثربخشی درمان شفقت محور بر نشخوار فکری و استرس روانی زنان مطلقه، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های تخصصی مبتنی بر این درمان در مراکز خصوصی و دولتی برای روانشناس و مشاور برگزار شود.

## منابع


Ahmadian, A., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., Shahbazian, H. A., & Khadivi, M. (2013). The effect of mindfulness cognitive therapy on blood pressure sistolic and diastolic in male patient with blood pressure of Golestan Hospital of Ahvaz. *J. Ilam Uni. Med. Sci, 21*(4), 244-254. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-716-en.html

Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-Compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness, 6*(3), 444-454. https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3

Alighanavati, S., Bahrami, F., Godarzi, K., & Rouzbahani, M. (2018). Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology, 7*(27), 152-168. https://doi.org/10.30473/hpj.2018.38658.3886

Andalib, S., Abedi, M. R., Neshatdoost, H. T., & Aghaei, A. (2020). Comparison of the effectiveness of experience-based therapy package with compassion-based therapy on happiness and rumination in depressed Patients. *Journal of Clinical Psychology, 12*(1), 99-110. https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18071.1695

Ardeshirzadeh, M., Bakhtiarpour, S., Homaei, R., & Eftekhar Saadi, Z. (2021). Effectiveness of compassion therapy on self-coherence, post-divorce adjustment and negative automatic thoughts in divorced women. *IJPN, 8*(6), 62-71. http://ijpn.ir/article-1-1686-fa.html

Asadi, S., Abedini, M., Poursharifi, H., & Nikokar, M. (2012). The relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry on student population. *Journal of Clinical Psychology, 4*(4), 83-92. https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2110

Atarezaei, F., & Gorji, Y. (2020). Effect of expressive writing pattern on the decreasing of rumination, depression and stress in divorced women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 7*(3), 76-86. https://doi.org/10.52547/shenakht.7.3.76

Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-Based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy, 48*(2), 207–221. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.012

Azari, V., Kazemian Moghadam, K., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2020). The effectiveness of Compassion-Focused therapy on silencing the self and emotional intimacy in divorce seeking women. *Iranian Journal of Family Psychology, 7*(1), 81-92. https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.81

Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2019). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of AffectiveDisorders*, 260, 45-52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066

Chiang, L. C., Ma, W. F., Huang, J. L., Tseng, L. F., & Hsueh, K. C. (2009). Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 46*(8), 1061–1070. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.013

Christensen, L., & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80060-0

Cipric, A., Strizzi, J. M., Øverup, C. S., Lange, T., Štulhofer, A., Sander, S., … & Hald, G. M. (2020). Cooperation after Divorce: An RCT Study of the Effects of a Digital Intervention Platform on SelfPerceived Stress. *Psychosocial Intervention, 29*(2), 113–123. https://doi.org/10.5093/pi2020a7

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A. (1983). Global measure of perceived stress. *J Health SocBehav*, 24, 385-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Colts, R. L. (2019). *Compassion Focused Therapy (CFT) in plain language* (Translators: Javad Khalatbari, Mojtaba Tamdani). Tehran: Danje. https://www.gisoom.com/book/11615575

Davarniya, R., Zahrakar, K., Asadpour, E., Mohsenzadeh, F., & Kasaee Esfahani, A. (2019). The effectiveness of group counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on rumination in women affected by marital infidelity. *Armaghanj, 24*(5), 950-967. https://doi.org/10.52547/armaghanj.24.5.۲.۹۵۰

Delavar, A. (2008). *Research methods in psychology and education sciences*. Tehran: Roshd. https://scholar.google.com/citations

Ghasemzadeh, M., Motamedi, A., & Sohrabi, F. (2019). The effectiveness of Compassion Focused Therapy on improving social adjustment and Forgiveness in divorced women. *Women Studies, 10*(27), 117-139. https://doi.org/10.30465/ws.2019.4041

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Haghani, E., Banisi, P., & Bozazian, S. (2019). The effectiveness of schema therapy training on the dysfunctional attitude and rumination of Anxious female students of clinical psychology university of Tehran. *A New Approach to Children's Education Quarterly, 1*(1), 54-67. https://doi.org/10.22034/naes.2019.213701.1014

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Abnormal Psychology*, 59, 12-19. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12

Judge, L., Cleghorne, 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. https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.420

Mahmoud-Alilou, M., Hashemi-Nosratabad, T., & Sohrabi, F. (2016). Effectiveness of combined intervention based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with exposure techniques on patient's Anxiety Symptoms

intensity and sensitivity dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology, 8*(3), 61-76. https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2245

Mirzazadeh, R., Hosseinsabet, F., & Borjali, A. (2018). Efficacy Forgiveness on increasing positive emotions and empathy divorced women welfare city of Dezful. *Journal of Woman and Family Studies, 6*(1), 133-147. https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.12987.1306

Mohammadi, H., Sepehri Shamlou, Z., & Asghari Ebrahim Abad, M. J. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing loneliness and rumination in divorced women. *Journal of Woman and Family Studies, 7*(2), 115-136. https://doi.org/10.22051/jwfs.2020.19718.1708

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J. Personal. Soc. Psychol*, 61, 115-121. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*(5), 400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: The buffering effect of self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1*(2), 1–15. https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1597969

Saadati, N., Rostami, M., & Darbani, S. A. (2021). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Iranian Journal of Family Psychology, 3*(2), 45-58. https://www.ijfpjournal.ir/article_245517.html?lang=en

Tabrizi, F., Ghamari, M., & Bazzazian, S. (2020). The comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy with integrating acceptance and commitment therapy and compassion focus therapy on psychological well-being of divorced women. *QJCR, 19*(75), 65-87. https://doi.org/10.29252/jcr.19.75.65

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. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-716-fa.html