

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد آیت... آملی

گروه روان‌شناسی

گرایش بالینی

پایان‌نامه جهت اخذ درجه‌ی کارشناسی ارشد "M.A."

عنوان:

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه

در شرف ازدواج مجدد

استاد راهنما:

دکتر سید علی دوستدار طوسی

نگارنده:

سیده زهرا حسینیان

آبان ۱۴۰۲

تقدیر و تشکر:

سپاس مخصوص خداوند مهربان که به انسان توانایی و دانایی بخشیده تا به بندگان شفقّت ورزد، مهربانی کند و در حل مشکلاتشان یاری‌شان نماید. از استاد راهنما جناب آقای دکتر سید علی دوستدار طوسی که در تدوین پایان‌نامه همکاری و مساعدت نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تقديم به:

خانواده عزيزم

فرم منشور اخلاق پژوهش

اینجانب سیده زهرا حسینیان دانشجوی رشته روان‌شناسی بالینی تعهد می‌نمایم که اصول زیر را در انجام پایان نامه مدنظر قرار داده ام.

۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی‌جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.

۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان، نبات) و سایر صاحبان حق.

۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.

۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.

۵- رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیرعلمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.

۶- اصل راز داری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.

۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.

۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به‌غیراز مواردی که منع قانونی دارد.

۹- اصل براءت: التزام به براءت جویی از هرگونه رفتار غیرحرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیرعلمی می آلاینند.

محل امضاء و تاریخ

تعهد نامه اصالت رساله پایان نامه تحصیلی

اینجانب سیده زهرا حسینیان دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روان‌شناسی بالینی که در تاریخ از پایان نامه/ رساله خود تحت عنوان **اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد** با کسب نمره..... و درجه..... دفاع نموده ام، بدینوسیله متعهد می شوم:

- ۱) این پایان نامه/ رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و....) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج نموده ام.
- ۲) این پایان نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و.... از این پایان نامه یا رساله داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مازندران دانشگاه آیت الله آملی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده.....	۱
فصل اول - کلیات پژوهش	
۱-۱-۱-۱- مقدمه.....	۳
۱-۲- بیان مساله.....	۴
۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۷
۱-۴- اهداف پژوهش.....	۸
۱-۴-۱- هدف کلی.....	۸
۱-۴-۲- اهداف فرعی.....	۸
۱-۵- فرضیه‌های تحقیق.....	۸
۱-۵-۱- فرضیه کلی.....	۸
۱-۵-۲- فرضیه‌های فرعی.....	۸
۱-۶- متغیرهای تحقیق.....	۹
۱-۷- تعاریف متغیرها.....	۹
۱-۷-۱- تعاریف مفهومی.....	۹
۱-۷-۲- تعاریف عملیاتی متغیرها.....	۹
فصل دوم- مبانی نظری و پیشینه تحقیق	
۲-۱- انتظارات از ازدواج.....	۱۱
۲-۱-۱- باورها و انتظارات غیرمنطقی بین زوجین.....	۱۳
۲-۱-۲- ازدواج مجدد.....	۱۳
۲-۱-۳- نظریه‌های ازدواج مجدد.....	۱۳
۲-۲- تحمل پریشانی.....	۱۸
۲-۲-۱- نظریه‌ها و دیدگاه‌ها در زمینه تحمل پریشانی.....	۱۹
۲-۲-۱-۱- نظریه زیستی - اجتماعی لینهان.....	۱۹
۲-۲-۱-۱-۱- مدل لینهان از آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی.....	۲۰
۲-۲-۱-۲- مدل سه عاملی لینچ و میزون از تحمل پریشانی.....	۲۱
۲-۳- درمان مبتنی بر شفقت.....	۲۴
۲-۳-۱- پیشینه درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی.....	۲۸

۲۸	۲-۳-۲- مولفه‌های شفقت‌درمانی
۲۹	۲-۳-۱- ذهن‌آگاهی
۳۱	۲-۳-۳- میزان اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت‌درمانی
۳۲	۲-۴- پیشینه تحقیق
۳۲	۲-۴-۱- پیشینه تحقیق در داخل کشور
۳۷	۲-۴-۲- پیشینه تحقیق در خارج کشور

فصل سوم- روش‌شناسی پژوهش

۴۲	۳-۱- روش تحقیق
۴۲	۳-۲- جامعه آماری
۴۲	۳-۳- نمونه و روش نمونه‌گیری
۴۲	۳-۴- ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش
۴۳	۳-۵- ابزار تحقیق
۴۴	۳-۶- جلسات آموزشی
۴۶	۳-۷- روش اجرای تحقیق
۴۶	۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴۸	۴-۱- یافته‌های جمعیت‌شناختی
۵۰	۴-۲- یافته‌های توصیفی
۵۳	۴-۳- یافته‌های استنباطی

فصل پنجم - بحث و نتیجه‌گیری

۶۲	۵-۱- خلاصه
۶۳	۵-۲- یافته‌های توصیفی
۶۴	۵-۳- بحث و نتیجه‌گیری
۶۷	۵-۴- محدودیت‌ها
۶۸	۵-۵- پیشنهادات
۶۹	منابع
۸۰	پیوست

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰).....	۴۵
جدول ۴-۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده بر اساس تحصیلات.....	۴۸
جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده در دو گروه مورد بررسی.....	۴۹
جدول ۴-۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون.....	۵۰
جدول ۴-۴: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون.....	۵۱
جدول ۴-۵: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش در دو گروه.....	۵۲
جدول ۴-۶: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش.....	۵۳
جدول ۴-۸: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش.....	۵۳
جدول ۴-۸: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش.....	۵۴
جدول ۴-۹: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در زمینه نمرات.....	۵۴
جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش.....	۵۵
جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش.....	۵۶
جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش.....	۵۶
جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در زمینه نمرات کل.....	۵۷
جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش.....	۵۸
جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش.....	۵۸
جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش.....	۵۹
جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه تحمل پریشانی.....	۵۹

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
نمودار ۴-۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده بر اساس تحصیلات.....	۴۸
نمودار ۴-۲: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در دو گروه مورد بررسی.....	۴۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال مطلقه سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان بابلسر بودند که قصد ازدواج مجدد را داشتند. از بین جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر از زنان واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند، سپس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت برگزار شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های انتظارات از ازدواج جونز و نلسون (۱۹۹۶) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر این مطلب بود که در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه از زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل و آزمایش از نظر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی دارای تفاوت معناداری بود ($P < 0/05$)؛ نتایج نشان داد که زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه آزمایش از نظر تحمل پریشانی و انتظارات از ازدواج به طور معنادار در وضعیت بهتری از زنان مطلقه در شرف ازدواج گروه کنترل قرار داشتند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، انتظارات از ازدواج، تحمل پریشانی.

فصل اول:

کلیات تحقیق

برای دهه‌ها، طلاق و جدایی، به دلیل قرار گرفتن در معرض آسیب‌های روانی جدی به عنوان رویدادهای آسیب‌زا در نظر گرفته شده‌اند. طلاق یک تجربه رابطه‌ای دردناک است که مستلزم از دست دادن دلبستگی، نقض شیوه‌های تفکر قبلی، از جمله اختلال در فرضیات فرد در مورد شریک زندگی، خود و رابطه، کشمکش‌های معنوی، افول اقتصادی، فقدان حمایت اجتماعی، درگیری با همسر سابق، مشکلات در فرزندپروری مشترک یا از دست دادن حضانت فرزندان، ادراک شده است. در نتیجه، افراد مطلقه ممکن است علائم استرس پس از سانحه افکار مکرر، برانگیختگی، شناخت منفی و رفتار اجتنابی را تجربه کنند. در مطالعه اسلن‌بیکووا^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، تقریباً نیمی از پاسخ‌دهندگان مطلقه معیارهای استرس پس از سانحه جزئی یا استرس پس از سانحه کامل را داشتند. همچنین مشخص شده است که فرآیند طلاق و جدایی، علائمی شبیه به علائم استرس پس از سانحه، مانند استرس قابل توجه، اضطراب، ناراحتی، افسردگی، ترس، سطوح پایین تحمل پریشانی^۲، رها شدن، تنهایی، احساس گناه، عصبانیت، بدبینی، کاهش فعالیت و کارایی را تشدید می‌کند و همچنین آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌ها، مصرف الکل و مشکلات سلامتی را افزایش می‌دهد. از این منظر، طلاق به عنوان یکی از استرس‌زاترین تجربیات در بزرگسالی طبقه‌بندی شده است (کالیتا و مورز^۳، ۲۰۲۳).

بر اساس نتایج تحقیقات مشخص شده است که در مقایسه با افراد مطلقه‌ای که ازدواج مجدد نکرده‌اند، آنهایی که دوباره ازدواج کرده‌اند کمتر از افسردگی رنج می‌برند و از سلامت خود ارزیابی بهتری برخوردارند (لی^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). از جمله متغیرهایی که می‌تواند بر ازدواج مجدد افرادی که سابقه طلاق داشته‌اند، تأثیرگذار باشد، می‌توان به انتظارات از ازدواج^۵ و تحمل پریشانی اشاره کرد. شکل‌گیری انتظارات و توقعات درباره نقش‌های زناشویی از کودکی آغاز می‌شود و در طول زندگی فرد تکامل می‌یابد. تجارب کسب شده در طول زندگی زناشویی به خصوص تجربه طلاق، از طریق ایجاد در زوابط می‌تواند باعث ایجاد انتظارات زناشویی بدبینانه یا ایده‌آل‌گرایانه در زوجین گردد. از دیگر سو، تحمل پریشانی یکی دیگر از متغیرهای روانشناختی است که نقش مهمی در ازدواج مجدد افراد مطلقه بخصوص زنان مطلقه دارد، تحمل پریشانی یک متغیر و مولفه تفاوت‌های فردی است که به توان زوجین برای مدیریت و مقاومت در برابر آشفتگی‌های عاطفی و

¹ Slanbekova

² distress tolerance

³ Kaleta & Mróz

⁴ Li

⁵ Marriage Expectations

هیجانی در زندگی زناشویی اشاره دارد (کالیتا و مورز، ۲۰۲۳). از جمله روش‌های آموزشی و درمانی که می‌تواند در بهبود انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی نقش ایفا کند، درمان مبتنی بر شفقت^۱ است. بر اساس رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت، افرادی که از سطح دلسوزی بالایی نسبت به خود برخوردار باشند یا به عبارت دیگر، خوددلسوزی بالایی دارند، خود را همانگونه که هستند، می‌پذیرند و از خود مراقبت و محافظت می‌کنند. بنابراین شفقت‌ورزی یا شفقت به خود، نقش محافظتی در برابر مشکلات و شرایط استرس‌زا و تنیدگی‌زا به عهده می‌گیرد و می‌تواند مانع از گرفتار شدن فرد در احساسات و هیجانات منفی همچون ترس و اضطراب گردد و انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری فرد را در شرایط و موقعیت‌های مختلف افزایش داده و ارتقاء می‌بخشد (دنیز^۲، ۲۰۲۱).

بر این اساس و با توجه به پیامدهای منفی و مشکلاتی که طلاق و جدایی برای افراد مطلقه بخصوص زنان مطلقه در پی دارد و همچنین با توجه به نقش سازنده و مثبت ازدواج مجدد، پژوهش حاضر جهت کاهش اثرات منفی طلاق و جدایی و آماده‌سازی روانی و هیجانی زنان در شرف ازدواج مجدد، با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان در شرف ازدواج مجدد صورت پذیرفته است.

۲-۱- بیان مساله

ازدواج مجدد شانس دوباره‌ای است که برای افرادی که همسر خود را بعلت مرگ یا طلاق از دست داده‌اند که تجربه دوباره زندگی مشترک را فراهم می‌کند و به سرعت در حال تبدیل شدن به یک رویداد هنجاری در جوامع مختلف شده است؛ به‌گونه‌ای که تقریباً در نیمی از ازدواج‌های امروزه، یک یا هر دو نفر سابقه ازدواج قبلی دارند (لی و همکاران، ۲۰۲۳). میزان طلاق در ازدواج اول تقریباً ۵۰ درصد است و دوسوم از زنان و سه‌چهارم از مردان مطلقه مجدد ازدواج می‌کنند (هامراسمیت^۳، ۲۰۱۸). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، در سال ۱۴۰۱، ۷/۱ درصد ازدواج‌ها مربوط به ازدواج دوم مردان و ۹/۶ درصد از ازدواج‌های ثبت‌شده مربوط به ازدواج دفعه دوم زنان بوده و بقیه مربوط به ثبت ازدواج‌های دفعات دوم به بعد است. بیشترین ثبت ازدواج دوم برای مردان در گروه‌های سنی ۲۵ تا ۳۵ با ۴۸ درصد و بیشترین ثبت ازدواج‌های دوم در زنان گروه‌های سنی ۲۰ تا ۳۰ با رقم ۵۱ درصد است (شایسته‌پرتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

^۱ Compassion Focused Therapy

^۲ Deniz

^۳ Hammersmith

^۴ Shayesteh-Parto

افراد اغلب با این انتظار وارد ازدواج دوم یا ازدواج مجدد می‌شوند که زندگی شادتر و خوشبخت‌تری نسبت به ازدواج اول خواهند داشت، اما نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این ازدواج‌ها اغلب سریع‌تر از ازدواج‌های اول خاتمه پیدا می‌کنند و تقریباً ۶۰ درصد بیشتر از ازدواج اول در معرض از هم‌پاشیدگی و طلاق هستند (ویدیاستی^۱، ۲۰۲۱). دیل و اولسون^۲ (۲۰۱۵) دریافتند که نرخ طلاق برای ازدواج دوم حدود ۶۷ درصد است و این میزان طلاق و جدایی در سه سال اول زندگی در ازدواج دوم، پنج برابر بیشتر است. پیچیدگی ساختار خانواده، مدیریت مالی، مسائل عاطفی حل‌نشده مربوط به همسر قبلی، ترس از تکرار انحلال زناشویی، میزان بالای استرس و فقدان مهارت‌های ارتباطی را می‌توان از جمله دلایل ناپایداری ازدواج دوم در نظر گرفت (دیل و اولسون، ۲۰۱۵).

با توجه به همه این مسائل و مشکلات در زمینه ازدواج دوم، انتظارات از ازدواج در بین زوجین یکی از متغیرهایی است که می‌تواند نقش مهمی در ثبات و پایداری ازدواج مجدد داشته باشد. انتظارات از ازدواج، شامل انتظارات زناشویی، استانداردهای ایده‌آل و ایده‌آل‌های زناشویی است. امروزه انتظارات یک موضوع فوق‌العاده مهم برای تحقیقات در زمینه ازدواج بخصوص ازدواج دوم یا ازدواج مجدد است. همسران چه در ازدواج اول و چه در ازدواج‌های بعدی با انتظاراتی وارد زندگی زناشویی می‌شوند که این انتظارات از تعامل بین افراد و تعدادی از عوامل مثل خانواده مبدأ، باورهای جامعه، سنت و عواملی مانند آن حاصل می‌شود. همان‌گونه که افراد برای شکل‌دادن یک رابطه با یکدیگر ملاقات می‌کنند آگاهانه یا ناآگاهانه در مورد انتظاراتشان برای ساخت یک داستان یکپارچه و منسجم گفت‌وگو می‌کنند (آذوپاردی^۳، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعات نشان‌دهنده این مطلب هستند که یکی از خطرناک‌ترین عواملی که رضایت زناشویی و انسجام آن را به ورطه نابودی می‌کشاند این است که زوجین با انتظارات، باورها و عقاید غیرمنطقی، ناکارآمد، ایده‌آل‌گرایانه و عاشقانه وارد ازدواج می‌شوند. هرچند متخصصان تشخیص داده‌اند که انتظارات تنها علت زیربنایی طلاق و از هم‌پاشیدگی زندگی زناشویی نیست، اما اکنون پیشنهاد شده است که یکی از مهم‌ترین عوامل تضعیف‌کننده رضایت زناشویی و طول عمر این است که افراد با انتظارات غیرواقع‌گرایانه، ایده‌آل‌گرایانه و عقاید و ایده‌های عاشقانه در مورد ازدواج، وارد زندگی زناشویی می‌شوند (سیگرین و نابی^۴، ۲۰۰۲؛ آفهلز^۵، ۲۰۱۲).

¹ Widiastuti

² Deal & Olson

³ Azzopardi

⁴ Segrin & Nabi

⁵ Uffholz

زوجینی که ازدواج اول یا دوم‌شان را با یک تصویر ایده‌آل‌گرای افراطی از شریک و رابطه‌شان شروع می‌کند بیشتر مستعد تجربه دلزدگی عاطفی و سرخوردگی حاد نسبت به زوجینی هستند که ازدواج‌شان را با ایده‌آل‌گرایی و آرمان‌گرایی کمتر شروع می‌کنند. روابط این زوجین با یک فرسایش تضعیف‌کننده، نادیده‌گرفتن مشکل و سطحی نگریستن به آن شروع می‌شود و زوجین را به سوی دلزدگی، سرخوردگی و به طور بالقوه طلاق و از هم پاشیدگی زندگی زناشویی سوق می‌دهد و تغییر از ایده‌آل‌گرایی به تجربه واقعی اغلب غم‌انگیز است (فابرت^۱، ۲۰۰۸).

علاوه بر انتظارات از ازدواج، تحمل پریشانی یکی دیگر از متغیرها و مولفه‌هایی است که ازدواج دوم یا مجدد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. تحمل پریشانی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روانشناختی، هیجانی و عاطفی منفی، ناخوشایند و ناکارآمد اطلاق می‌گردد (سیمونز و گاهر^۲، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه عباس‌پور و همکاران (۱۳۹۹) بیانگر این مطلب بود که زوجینی که از توانایی تحمل پریشانی پایینی برخوردار هستند بیشتر مستعد طلاق و دلزدگی عاطفی قرار دارند. همچنین، پورحجازی^۳ و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که پریشانی‌ها و آشفتگی‌های روانشناختی، هیجانی و عاطفی باعث کاهش رضایت زناشویی و افزایش تعارضات زناشویی و دلزدگی بین زوجین می‌شود.

به هر حال، با توجه به مشکلات موجود در ازدواج مجدد، پیشگیری بسیار مؤثرتر از تلاش برای اصلاح مشکلات در زمان شروع زندگی است. بر همین اساس، مرور مطالعات مشاوره قبل از ازدواج نشان می‌دهد که یکی از شیوه‌های تغییر یا کاهش انتظارات و باورهای غیرمنطقی در مورد ازدواج و همچنین افزایش تحمل پریشانی افراد در شرف ازدواج، درمان مبتنی بر شفقت است. درمان مبتنی بر شفقت به این مطلب اشاره دارد که افکار، باورها، انتظارات، هیجانات و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن افراد همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی پاسخ می‌دهد و واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز به آرامش می‌رسد (گیلبرت و سیموس^۴، ۲۰۲۲). در همین زمینه شجاعی کلاته‌بالی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین می‌شود. در مجموع و بر اساس آنچه گفته شد می‌توان چنین بیان کرد که از جمله عوامل بی‌ثبات‌کننده روابط زناشویی در ازدواج مجدد، انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی است که درمان مبتنی

¹ Faubert

² Simons & Gaher

³ Poorhejazi

⁴ Gilbert & Simos

بر شفقت بعنوان یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر موج سوم رفتاردرمانی می‌تواند اثرگذار باشد اما با توجه به بررسی‌های انجام شده تاکنون پژوهشی مشابه در زمینه متغیرهای مورد بررسی در پژوهش صورت نگرفته است بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان در شرف ازدواج مجدد موثر است؟

۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق

ازدواج مجدد زنان در ایران به اشکال ازدواج دائم، ازدواج موقت، ازدواج چندهمسری، ازدواج دوستانه و... است. آمار ازدواج و ازدواج مجدد با وجود رسیدن موج افزایش جمعیت به سن ازدواج نه تنها رشد نداشته است بلکه میزان آمار ازدواج از سال ۲۰۱۲ به ۲۰۱۳ رشد منفی ۶/۷ درصد داشته است. در واقع شاهد پیشی گرفتن رشد آمار طلاق (۱۴/۲ درصد) بر رشد آمار ازدواج (۸/۸۸ درصد) هستیم (صادقی و همکاران، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد مشکلات، تنگناها و موانع بر سر راه ازدواج، ازدواج مجدد در طول سال‌های اخیر افزایش یافته است. از جمله مشکلات و موانع در ازدواج مجدد زنانی که مطلقه یا همسرانشان فوت کرده‌اند، انتظارات از ازدواج و مشکلات روانشناختی و هیجانی همچون سطح پایین تحمل پریشانی است که از اهمیت فراوانی برخوردار است، بنابراین، از جمله روش‌ها برای بهبود این موارد می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت اشاره کرد. با توجه به آمار و ارقام مربوط به طلاق و جدایی در کشور و روند صعودی آن و همچنین افزایش شمار زنان بیوه و مطلقه در کشور و گرایش آنها به ازدواج مجدد، پژوهشی که تاکنون به بررسی نقش یک نوع مداخله روانشناختی با رویکرد جدید همچون درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات ازدواج و تحمل پریشانی زنان در شرف ازدواج مجدد انجام نشده است، بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند از طریق افزایش شناخت و آگاهی در مورد متغیرهای انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی و نقش درمان مبتنی بر شفقت بر این متغیرها در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد، مضامین مهمی درباره سازوکارهای تاثیرگذاری مداخله مبتنی بر شفقت درمانی و تکنیک‌های این مداخله در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد داشته باشد و از **لحاظ نظری** به بسط و تعدیل رویکردها و نظریه‌های مرتبط با نقش درمان مبتنی بر شفقت در بهبود انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد منجر می‌شود و باعث گسترش استفاده از رویکردها و نظریه‌های مربوط به درمان مبتنی بر شفقت در ارتقاء انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد بعنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه می‌شود، از **لحاظ کاربردی** نیز به پژوهشگران و محققان، روان‌پزشکان، روانشناسان، مشاوران و روان‌درمانگران علاقه‌مند و متخصص و دست-

اندرکاران در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، در زمینه کسب اطلاعات در مورد متغیرهای مطرح شده کمک قابل توجهی خواهد کرد که بر این اساس بتوانند برنامه‌های پیشگیری مناسبی را تدوین و برای زنان مطلقه در شرف ازدواج و همچنین برای زوجین در شرف ازدواج، طرح‌ها و مداخلات درمانی ویژه و متناسب با این مشکلات را پیگیری نمایند. در واقع این پژوهش به جهت کمک به آگاه‌سازی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد بعنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، که سلامت جسم و روان آنان از اهمیت فراوان و زیادی برخوردار است، حائز اهمیت می‌باشد، همچنین نتایج حاصل از این پایان نامه در سطح کاربردی به دست‌اندرکاران و مسئولان در وزارت ورزش و جوانان و سازمان بهزیستی جهت بهبود وضعیت زنان سرپرست خانواری که قصد ازدواج مجدد را دارند، کمک شایانی کند، بر این اساس هدف از پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان در شرف ازدواج مجدد می‌باشد.

۴-۱- اهداف پژوهش

۴-۱-۱ هدف کلی

- تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد

۴-۱-۲ اهداف فرعی

۱. تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد
۲. تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد

۵-۱- فرضیه‌های تحقیق

۵-۱-۱ فرضیه کلی

- درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

۵-۱-۲ فرضیه‌های فرعی

۱. درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است
۲. درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

۶-۱- متغیرهای تحقیق

متغیر مستقل: درمان مبتنی بر شفقت.

متغیرهای وابسته: انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی.

۷-۱- تعاریف متغیرها

۱-۷-۱- تعاریف مفهومی

انتظارات از ازدواج: انتظارات از ازدواج به عنوان تصاویری از ازدواج تعریف می‌شود که زوجین برای خود در چارچوب روابط زناشویی ایجاد می‌کنند. به طور کلی، اصطلاح انتظارات از ازدواج به این مفهوم اشاره دارد که چطور افراد ازدواج‌شان را شاد یا ناشاد پیش‌بینی می‌کنند و اینکه چقدر احتمال می‌دهند که طلاق بگیرند (رویس^۱، ۲۰۱۰؛ ص ۳۹).

تحمل پریشانی: تحمل پریشانی بصورت توانمندی افراد در تجربه و تحمل موقعیت‌ها و شرایط روانشناختی، هیجانی و عاطفی منفی، غیرانطباقی، آشفته‌کننده و ناسازگارانه تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ ص ۸۴).

درمان مبتنی بر شفقت: درمان مبتنی بر شفقت به صورت کمک به افراد برای یادگیری مهارت‌های کلیدی مثبت و انطباقی موردنیاز به منظور توسعه و تقویت ویژگی‌هایی همچون مهربانی به خود و دیگران، بهزیستی روان‌شناختی، همدلی و قضاوت نکردن تعریف می‌شود (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱؛ ص ۲۵).

۲-۷-۱- تعاریف عملیاتی متغیرها

انتظارات از ازدواج: منظور از انتظارات از ازدواج امتیازی هست که هر فرد شرکت‌کننده در پرسشنامه انتظارات از ازدواج جونز و نلسون^۲ (۱۹۹۶) کسب کردند.

تحمل پریشانی: منظور از تحمل پریشانی نمره‌ای است که هر فرد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) کسب کردند.

درمان مبتنی بر شفقت: منظور از شفقت‌درمانی در پژوهش حاضر رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بوده است.

¹ Rios

² Jones & Nelson

فصل دوم:

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

فصل دوم پژوهش شامل مبانی نظری و پیشینه تحقیق است که در بر گیرنده‌ی مطالبی در زمینه انتظارات از ازدواج، تحمل پریشانی و درمان مبتنی بر شفقت و پیشینه تحقیق در دو بخش پیشینه تحقیق در داخل کشور و پیشینه تحقیق در خارج کشور می شود.

مبانی نظری تحقیق

۱-۲- انتظارات از ازدواج

ازدواج از قدیمی‌ترین، مهم‌ترین و عالی‌ترین پیوندهای انسانی است که ارضا کننده و رشد دهنده‌ی شخصیت آدمی است و با دنیایی از امیدواری شروع می‌شود، امید به روزی که احساس ما را را درک کنند و ما را بپذیرند، امید به اینکه به تعلق خاطر برسیم و مورد حمایت قرار بگیریم، اما معمولاً عوامل گوناگون فردی، اجتماعی، عاطفی و روانشناختی پایداری و کارکرد سازنده ازدواج را تهدید و تضعیف می‌کند و منجر به این می‌شود که احساس تعلق خاطر نکنیم و خواسته‌هایمان برآورده نشود لذا به مرور بین طرفین فاصله می‌افتد و احساس تنهایی حاکم می‌شود. بر این اساس معمولاً جامعه را در اولین تقسیم‌بندی به چند نهاد اصلی تقسیم می‌کنند. نهاد خانواده، نهاد آموزش، اقتصاد، حکومت و دین و در جوامع پیشرفته نهاد علم نیز در سده اخیر به نهادهای اجتماعی اضافه شده است. نهاد خانواده یکی از نهادهای مهم اجتماعی است که با ازدواج آغاز می‌شود. بنابراین، ازدواج از آنجا که مراسم آغازین این نهاد مهم اجتماعی است اهمیت بنیادین و پایه‌ای دارد. ازدواج به عنوان آغازی بر تشکیل خانواده همواره مورد توجه صاحب نظران علوم انسانی و متخصصان مباحث مربوط به خانواده بوده و از این رو، یک رابطه انسانی پیچیده و بسیار ظریف است. از دلایل ازدواج می‌توان به عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء نیازهای عاطفی و روانی و افزایش شادی و خشنودی اشاره داشت. هر فردی که قصد ازدواج دارد بر اساس ملاک‌هایی که در ذهن خود دارد به انتخاب فرد مورد نظرش مبادرت می‌ورزد. اکثر افراد در آستانه ازدواج، امید زیادی به آینده داشته، احساس می‌کنند که رابطه‌شان خیلی مثبت، عاشقانه و عالی خواهد ماند و می‌خواهند با هم کامل شوند و زندگی سعادت‌مندی داشته باشند. قشر جوان جامعه بهترین و سازنده‌ترین نیروی هر جامعه است و تلاش و پشتکار این قشر تأثیرگذار، باعث رشد و تعالی و پیشرفت جامعه می‌گردد (صدری و رضازاده، ۱۳۹۹).

یکی از مواردی که می‌تواند بر ازدواج و طلاق تأثیرگذار باشد باورها، دیدگاه‌ها و انتظارات غیرواقعی و احساسی از ازدواج است. افراد در طول زندگی خود، به انتظارات و باورهایی درباره‌ی ویژگی‌ها و انگیزه‌های نوع بشر دست می‌یابند. این باورها و انتظارات بر تعاملات و روابط نزدیک افراد تأثیر می‌گذارد. مجموعه‌ای

از این انتظارات و باورها، انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه یا ازدواج نامیده می‌شوند. انتظارات و باورها، شناختی هستند که در افکار افراد از جمله جوانان وجود دارد و در نحوه ارتباط آنها با دیگران اهمیتی ویژه‌ای دارد. باورها و انتظارات از ازدواج یک موضوع عمده در تجزیه و تحلیل شناخت اجتماعی و فرایندهای ارتباطی در بین زوجین می‌باشند. این مولفه شناختی در بین زوجین انتظارات و باورهایی را در مورد ارتباطات و تعاملات زناشویی را شامل می‌شود که می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد باشد. انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه ناکارآمد به هر نوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شود اطلاق می‌شود و پیامدهای مهم آن اختلال در خوشحالی، خوش‌بینی، شادمانی و تندرستی است. این باورها و انتظارات، انتظارات و باورهایی هستند که بر الزام، اجبار، جزم‌اندیشی و اجحاف تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم‌سازی محیط فردی و اجتماعی در بین زوجین و روابط زناشویی می‌شود. انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه زناشویی هم برای شروع رابطه و هم برای تداوم رابطه بسیار مهم و حیاتی هستند. اگر انتظارات و باورهای زوجین کارآمد، سازگارانه و منطقی باشد، رابطه زناشویی پیشرفت می‌کند (گاندوگدو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه زناشویی و زوجینی کارآمد، مثل انتظار و باور به اینکه زوجین می‌توانند تغییر کنند، ممکن است رفتارهایی را که منجر به حفظ رابطه می‌شود را تشویق و کیفیت رابطه را بهبود ببخشند. در مقابل، انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه ناکارآمد می‌توانند به عنوان یک آسیب‌پذیری پدیدار عمل کنند و توانایی افراد برای مقابله با چالش‌های رابطه زناشویی را محدود نمایند (عظیمی‌خویی و همکاران، ۱۳۹۹).

انتظارات و باورهای مرتبط با رابطه ناکارآمد و غیرواقعی در روابط زناشویی و زوجینی انتظارات و گرایش‌هایی هستند که به سوگیری شخص و زوجین در تفسیر رویدادهای ارتباط صمیمی به یک شیوه غیرمنطقی اشاره دارند و مبتنی بر انتظارات غلط یا نادرست می‌باشند. تعدادی از انتظارات و باورهای ناکارآمد زناشویی و زوجینی در برگیرنده تخریب‌کنندگی مخالفت، عدم تغییرپذیری همسر، توقع ذهن‌خوانی و کمال‌گرایی جنسی^۲ است (الیس^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

^۱ Gündogdu

^۲ Sexual perfectionism

^۳ Ellis

۱-۲-۱- باورها و انتظارات غیر منطقی بین زوجین

انتظارات و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی علت اصلی بسیاری از اختلافات اجتماعی، به ویژه روابط زوج‌ها است، منظور از چنین باورهایی، درواقع وجود افکار نادرست و نامنتطب با واقعیت درباره خود، رابطه زناشویی، همسر و به طور کلی جهان است (الیس و همکاران، ۲۰۱۰). باور به اینکه عدم توافق مخرب یا تخریب‌کننده است (اختلاف نظر یا مخالفت یک رابطه را نابود می‌کند)، باور به اینکه همسران نمی‌توانند تغییر کنند (زن و شوهر قادر به تغییر خود یا رابطه خود نیستند)، توقع و انتظار ذهن‌خوانی (زن و شوهر باید توانایی خواندن ذهن یکدیگر را داشته باشند)، کمال‌گرایی جنسی (هر شخصی باید انتظار کمال جنسی را از خود و همسر خود داشته باشد) و باور در مورد تفاوت‌های جنسی (عدم درک صحیح از تفاوت‌های زن و مرد)، انتظارات و باورهایی هستند که به وسیله محققان و درمانگران به عنوان باورهای مرتبط با رابطه غیرمنطقی تشخیص داده شده‌اند. از این رو می‌توان گفت باورهای و انتظارات مرتبط با رابطه زناشویی و ازدواج، پیش از ازدواج می‌تواند نقش مهمی در روابط زناشویی داشته باشد و هرگونه تغییر مثبت در این باورها می‌تواند روابط زناشویی را بهبود ببخشد.

۲-۱-۲- ازدواج مجدد

ازدواج قراردادی رسمی برای پذیرش یک تعهد متقابل به منظور تشکیل زندگی خانوادگی است تا طرفین ازدواج در سایه آن، در خط مسیر معینی و شناخته‌شده‌ای از زندگی قرار گیرند. این قرارداد با رضایت و خواسته زن و شوهر و بر مبنای آزادی کامل دو طرف منعقد می‌شود و در پرتو آن روابطی بس نزدیک بین آن دو پدید می‌آید. این قرارداد ارتباط و پیوند دو طرفه، به وسیله الفاظ و عباراتی معین انجام می‌گیرد که آن را (عقد) یا (پیمان ازدواج) می‌نامیم و اگر برای بار دوم یا بیشتر باشد، به آن ازدواج مجدد می‌گوییم (صادقی و همکاران، ۱۳۹۷).

۳-۱-۲- نظریه‌های ازدواج مجدد

در یک صورت‌بندی از نظریه‌های تبیین‌کننده ازدواج مجدد، می‌توان آنها را در دسته نظریه‌هایی تقسیم‌بندی کرد که رفتار اقتصادی کنشگران (انتخاب عقلانی، نظریه مبادله و نظریه بازی) را تحلیل می‌کنند و یا نظریه‌های اجتماعی (تغییر نقش‌ها، کنش متقابل اجتماعی و سرمایه اجتماعی کلمن) و نظریه‌های فرهنگی‌اند که بر تغییرات در نگرش‌ها و باورها (گیدنز، ۲۰۰۶؛ ترجمه چاوشیان، ۱۳۸۶)، تأکید دارند.

نظریه کنش متقابل اجتماعی پارسونز (۱۹۷۹؛ به نقل از برزین و همکاران، ۱۴۰۲)، سه عنصر را در بر می‌گیرد: اول انتظارات متقابل میان عامل‌ها که در ارتباط با ازدواج مجدد است. این عنصر همان انتظار جامعه از فرد طلاق گرفته و همسر از دست داده است و بالعکس. دوم ارزش‌ها و هنجارهایی وجود دارد که بر رفتار عامل‌ها حاکم است یا فرض می‌شود که حاکم است. درواقع براساس فرهنگ هنجاری جامعه، نگرشی درباره افراد طلاق گرفته و همسر از دست داده براساس این فرهنگ هنجاری، که همان ارزش‌های جامعه است، عمل می‌کند و از آن تأثیر می‌گیرد. سوم، ضمانت اجرایی یا پاداش و تنبیهی است که خود و دیگری در صورت برآورده نشدن انتظار متقابل نصیبشان می‌شد. اگر فرد طلاق گرفته یا همسر از دست داده بر خلاف انتظار جامعه عمل کند، با تنبیه جامعه مواجه می‌شود؛ برای مثال درباره زنان، ممکن است از طرف جامعه طرد شوند، تحت فشار نگاه‌های آزاردهنده افراد جامعه قرار گیرند، به لحاظ حقوقی، حضانت فرزندان را از دست بدهند، از حقوق و مستمری شوهر فوت شده محروم شوند و یا با بی‌مهری و حمایت نکردن خانواده یا فرزندان روبه‌رو شوند. مطابق اصول اساسی نظریه مبادله اجتماعی، فرد مطلقه آنچه را قبلاً برای رابطه هزینه کرده است، با آن چیزی مقایسه می‌کند که از رابطه به دست آورده است؛ سپس نتیجه را با آن چیزی مقایسه می‌کند که از نظر او طرف مقابل به دست آورده است. پس از این مقایسه، اگر فرد احساس نابرابری کند، احتمالاً این رابطه با خطر مواجه خواهد شد و نگرش او نسبت به تن دادن مجدد به چنین روابطی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. براساس گزاره‌های نظریه تغییر نقش‌ها، زنان سرپرست خانوار پس از فوت همسر یا طلاق و ورود به دنیای مجرد، تغییرات بنیادینی را در نقش‌های جدید خود تجربه می‌کنند که ممکن است حتی با نقش‌هایی که آنها در دوران همزیستی با همسرشان داشتند، در تناقض باشد. براساس نظریه تغییر در نقش‌ها که لانگ و یانگ (۱۹۹۴؛ به نقل از برزین و همکاران، ۱۴۰۲) ارائه کردند، درباره این تجارب و تغییرات نقش، طلاق را یک فرایند سه مرحله‌ای تصمیم‌گیری قبل از طلاق، بازسازی طلاق و مرحله بهبودی پس از طلاق تصور می‌کنند. در هریک از این مراحل، فرد مطلقه تعاملات متفاوتی را تجربه می‌کند. در مرحله بهبودی، افراد در کشف تجربیات و هویت و منابع عشق جدید می‌کوشند. زنان سرپرست خانوار به‌ویژه پس از طی مرحله انتقالی که به بازیابی فردی و اجتماعی خود نیاز دارند، به احتمال زیاد از مواجه شدن با ازدواج پایدار سر باز می‌زنند. تجارب این دوران در غالب موارد این برداشت، منفی بوده و صورتی منفعل داشته و به شکل احساس بی‌ارادگی در زنان بروز کرده است؛ مگر زمانی که زنان نقش فعالی در طلاق داشته باشند (برزین و همکاران، ۱۴۰۲).

در سرمایه اجتماعی پس از طلاق، حمایت اجتماعی نزدیکان و دوستان می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان مطلقه تأثیر بگذارد و آنها را در سازگاری با شرایط جدیدشان یاری کند. حمایت اجتماعی و عاطفی که می‌تواند اثرگذارتر از حمایت‌های مادی باشد، همان پذیرش فرد مطلقه در جمع آشنایان و دوستان و معاشرت و ارتباط داشتن با آنهاست. همین شبکه‌های ارتباطی و اجتماعی با کیفیت بالا در طی زمان، فرد را قادر می‌کند تا پیامدهای منفی طلاق را که با آن روبه‌روست، به چالش بکشد و راه‌حلهایی را با همین حمایت‌ها، برای مشکلاتش برگزیند که زمانی برای او حل‌نشدنی یا سخت بود (خلجی، ۱۳۹۸).

نظریه فشار اجتماعی، ازدواج را در چارچوب جامعه و ساختارهای اجتماعی مورد بحث و تحلیل قرار می‌دهد و در این رابطه بر سه متغیر «دسترسی»، «امکان» و «تمایل» تأکید دارد و این متغیرها در تصمیم‌گیری برای ازدواج نقش اساسی دارند. براساس این نظریه، در جایی که نسبت سنی و جنسی جمعیت در سن ازدواج دچار عدم توازن جدی است، برخی از ازدواج‌ها با تأخیر انجام می‌شوند. همچنین در جایی که خود افراد برای انتخاب همسر آزاد باشند، ازدواج‌ها نسبت به مواقعی که همسران توسط والدین انتخاب می‌شوند، دیرتر اتفاق می‌افتد. متغیر «امکان» نیز مربوط به وضعیت اجتماعی و اقتصادی می‌شود و مساعد بودن آن برای تشکیل خانواده توسط زوج‌های جوان ضروری است. زمانی که برای مجرد، پاداش اجتماعی بیش از تنبیه باشد، ازدواج به تأخیر می‌افتد (برزیان و همکاران، ۱۴۰۲).

براساس مفروضات نظریه انتخاب عقلانی، ازدواج به عنوان امری اخلاقی، مذهبی، احساسی و عاطفی، در هر حال با نوعی منطق مبتنی بر محاسبه عقلانی همراه است که نقش تعیین‌کننده‌ای در امر ازدواج افراد دارد؛ در حالی که در نسل‌های گذشته به ازدواج به عنوان امری قدسی نگاه می‌کردند که وظیفه دینی و شرعی آنان ایجاد می‌کرد هرچه زودتر برای انجام آن اقدام کنند. مطابق نظریه محاسبه هزینه-فایده ازدواج، برخی از دختران مجرد معتقدند که هزینه‌های ازدواج بیش از فایده‌های آن است و ازدواج موجب می‌شود تا آنها برخی از فرصت‌های دیگر پیشرفت (به خصوص پیشرفت در تحصیل، کار و اشتغال) را از دست بدهند. از نظر آنها این هزینه‌ها بیش از آن هزینه‌ای است که فرد با ازدواج نکردن از دست می‌دهد (برزیان و همکاران، ۱۴۰۲). براساس منطق این نظریه، زنانی که در دوران ازدواج، در تولید درآمد خانواده و یا در بازار کار نقش نداشته‌اند، احتمال ازدواج مجدد کمتری دارند. از سوی دیگر، زنانی که از نهادهای حمایتی خدمات رفاهی دریافت می‌کنند، احتمال کمتری دارد که ازدواج مجدد کنند و این در مقایسه با زنانی است که چنین حمایتی را دریافت نمی‌کنند. زنانی که کار می‌کنند، بالاترین نرخ ازدواج مجدد را دارند (برزیان و همکاران، ۱۴۰۲).

براساس نظریه بازی، ازدواج به عنوان یک بازی، با برد و باخت همراه است. برنده بازی در این رابطه کسی است که بتواند به نتیجه دلخواه دست یابد. از این منظر ممکن است ازدواج باخت کامل یک طرف در برابر برد کامل طرف دیگر تلقی شود و یا آمیزه‌ای از برد و باخت را برای هر دو طرف در پی داشته باشد. حال اگر یک طرف احساس کند که نسبت به طرف مقابل، بازنده بازی (ازدواج) خواهد بود، به احتمال زیاد از آن انصراف خواهد داد و یا آن را به زمانی دیگر و بازی با فردی دیگری موکول خواهد کرد. مطابق اصول اساسی نظریه مبادله اجتماعی، فرد مطلقه آنچه را قبلاً برای رابطه هزینه کرده است، با آن چیزی مقایسه می‌کند که از رابطه به دست آورده است؛ سپس نتیجه را با آن چیزی مقایسه می‌کند که از نظر او طرف مقابل به دست آورده است. پس از این مقایسه، اگر فرد احساس نابرابری کند، احتمالاً این رابطه با خطر مواجه خواهد شد و نگرش او نسبت به تن دادن مجدد به چنین روابطی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (خلجی، ۱۳۹۸).

نگرش فمینیست‌های رادیکال نسبت به ازدواج و تشکیل خانواده در این راستا، تأمل‌شدنی است. از دید آنان ازدواج، باخت بیشتر را متوجه زنان می‌کند و این مرد است که از ازدواج سود می‌برد. این در حالی است که جامعه‌شناسان فمینیست رادیکال، از روابط زناشویی و نقش‌های زن و مرد در خانواده تحلیل ارائه می‌دهند که مبتنی بر اصول بازی حاصل جمع صفر به زیان زنان است. از دید این نحله فمینیستی، برنده اصلی در بازی خانواده مردان‌اند که با سلطه بر زنان، آنان را فرودست و بازنده نگه می‌دارند (خلجی، ۱۳۹۸).

رویکرد فمینیستی - مارکسیستی در تحلیل شرایط اقتصادی، بر قدرت مردان و زنان در پیوند ازدواج تأکید می‌ورزد و ازدواج را در چارچوب «نظریه بازی‌ها» بررسی می‌کند. از این منظر به تدریج با ایجاد فرصت‌های شغلی بهتر و بیشتر برای زنان و استقلال اقتصادی آنان و نیز قوانین و برنامه‌های حمایتی از زنان، مادران و فرزندان‌شان، قدرت چانه‌زنی زنان در ازدواج افزایش یافته و قدرت انتخاب مجرد را به آنان داده است. این قدرت تاریخی مردان، انگیزه زنان برای ترک ازدواج شده است که کاهش رشد ازدواج‌ها را توجیه می‌کند و این در شرایطی است که زنان به لحاظ اقتصادی از مردان مستقل شده باشند و سرسختی و سازش‌ناپذیری مردسالارانه همچنان در تضادهای خانوادگی وجود داشته باشد (نیکخواه و همکاران، ۱۳۹۶).

گیدنز (۱۹۹۴) در نظریه خانواده دموکراتیک بر تأثیر هم‌زمان فرد و ساختار تأکید دارد. از نظر او در هر واقعه، حادثه و پدیده‌ای، تأثیر تلفیقی کنش و ساختار مشاهده می‌شود. او در تبیین تأثیر و تأثر ساختار و کارگزار در ارتباط با ازدواج می‌گوید که بی‌اعتمادی و گسترش انواع انحرافات اخلاقی در سطح جامعه، به نهاد خانواده و مناسبات انسانی راه یافته و کیفیت ارتباط با دیگران را دچار شک و تزلزل کرده است. به باور گیدنز، این امر در تصمیم‌گیری برای ازدواج، که اعتماد در آن از اهمیت بسیاری برخوردار است، نقش مهمی را ایفا

می‌کند. افزایش میزان طلاق در جوامع امروزی نیز به سهم خود بر میزان بی‌اعتمادی افراد به دیگران برای پیوند زندگی خود به آنها افزوده و در نتیجه به دیر هنگامی ازدواج انجامیده است (خلجی، ۱۳۹۸).

براساس نظریه گیدنز در نگرش مدرن که شامل ارزش‌های برابری‌گرایانه زنان مطلقه هم است، زنان مطلقه نسبت به ازدواج مجدد بازاندیشی کرده‌اند و ممکن است شیوه‌های سنتی را که کارآمد نمی‌دانند، پذیرش نکنند و یا کارکردهای سنتی ازدواج را قبول نداشته باشند و کارکردهای جدیدی برای ازدواج در نظر داشته باشند. این تغییرات در نگرش‌ها باعث می‌شود که انگیزه‌های متفاوتی به ازدواج داشته باشند، یا ازدواج خود را به تأخیر بیندازند و یا اگر معیارهای آنها برای ازدواج برآورده نشود، تصمیم به ازدواج نگیرند. گیدنز با طرح مفهوم دموکراسی عاطفی به دنبال تبیین و تحلیل تأثیر باورها و نگرش‌های زنان در شکل‌گیری و پایداری نهاد خانواده در دوران پسامدرن است؛ از این رو در نگاه گیدنز، ارزش‌ها و نگاه مدرن و جدیدی که زنان به کارکردهای ازدواج و نهاد خانواده دارند، در تداوم نهاد خانواده و تمایل به ازدواج نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (برزیان و همکاران، ۱۴۰۲).

۲-۲- تحمل پریشانی

تحمل پریشانی^۱ یک عامل فراتشخیصی است، به این معنی که فراتر از علائم درونی سازی، علائم بیرونی سازی و آسیب شناسی روانی است - به عنوان توانایی درک شده برای تحمل تجربیات نفرت انگیز مشخص می شود. همچنین، تحمل پریشانی به ظرفیت ادراک شده یا رفتاری فرد برای مقاومت در برابر حالات روانی منفی اشاره دارد. تحمل پریشانی درک شده معمولاً با معیارهای خود گزارشی و تحمل پریشانی رفتاری با توانایی مشاهده شده برای تحمل حالات تنفر سنجیده می شود. سطوح پایین تر تحمل پریشانی ادراک شده و رفتاری با عاطفه منفی^۲ بیشتر و استفاده از راهبردهای مقابله ای ناسازگار، مانند استفاده از مواد برای کاهش احساسات منفی مرتبط است (کیچر^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

تحمل پریشانی توانایی هدف گرا ماندن در مواجهه با ناراحتی است. افراد با تحمل پریشانی بالا در مسیریابی چالش برانگیز زندگی در برابر تجربیاتی مانند هوس، افکار مزاحم، خاطرات آسیب زا و احساسات منفی بهتر از هم تایان خود عمل می کنند. از سوی دیگر، افرادی که تحمل پریشانی پایین تری دارند، حتی با مشکلات یا تهدیدات جزئی از مسیر خارج می شوند و آنها در معرض خطر مجموعه ای از مشکلات سلامت روان هستند، از جمله آسیب شناسی خوردن، سوء استفاده مواد مخدر و الکل، اضطراب، افسردگی و خودکشی. همچنین نشان داده شده است که افراد با تحمل پریشانی پایین با پریشانی کلی بیشتر (مانند تشدید اضطراب، افسردگی، خشم) و استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان موثر، مانند اجتناب یا فرار (اسلابرت^۴ و همکاران، ۲۰۲۱؛ باکچیت^۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

در تحقیقات امروزی بر ماهیت چندبُعدی تحمل پریشانی در ویژگی های فردی تاکید فراوانی شده است. بنابراین، فرموله کردن یک نظریه فراگیر واحد تحمل پریشانی چالش برانگیز است. به عنوان مثال، سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالات بد تصور می کنند. از نظر آنها، تحمل پریشانی نشان دهنده توانایی تحمل و پذیرش احساسات منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و میزان جذب توجه توسط احساسات منفی و تداخل آن با عملکرد است. در مطالعات قبلی، اعتقاد بر این است که تحمل پریشانی دو مؤلفه را منعکس می کند: (۱) شایستگی ادراک شده برای مقاومت در برابر یک حالت نفرت (مثلاً احساسات منفی، ناراحتی فیزیکی) و (۲) خود عمل رفتاری مقاومت در برابر حالت های نفرت انگیز. نتیجه این است که

¹ Distress Tolerance

² Negative Affect

³ Kechter

⁴ Slabbert

⁵ Buckheit

روش مورد استفاده برای اندازه گیری این دو جزء تحمل پریشانی متفاوت است. تحمل پریشانی ادراک شده معمولاً از طریق پرسشنامه‌های خود گزارشی اندازه‌گیری می‌شود، در حالی که تحمل پریشانی رفتاری از طریق وظایفی که شرکت‌کنندگان را در معرض محرک‌های بد و ناخوشایند، مانند درد قرار می‌دهد، ارزیابی می‌شود (لیرو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

۱-۲-۲- نظریه‌ها و دیدگاه‌ها در زمینه تحمل پریشانی

۱-۲-۲-۱-۱- نظریه زیستی- اجتماعی لینهان

مهم‌ترین نظریه در زمینه تحمل پریشانی، نظریه زیستی- اجتماعی لینهان^۲ است. مفهوم تحمل پریشانی توسط در رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک^۳، همانطور که توسط لینهان توسعه یافته است، رایج شده است. لینهان (۲۰۱۵) که در ابتدا در سال ۱۹۹۳ نوشت، یک نظریه زیستی- اجتماعی در مورد عاطفه و بی‌نظمی هیجانی و رفتاری تدوین کرد که از این نظریه و دیدگاه، رویکرد درمان رفتاری موج سوم مفهوم‌سازی شد. بر اساس دیدگاه لینهان در زمینه تحمل پریشانی، شناخت‌ها به مثابه رفتار هستند، بنابراین، هم برای رفتار و هم برای شناخت‌ها به عنوان عوامل تعیین‌کننده مهم در احساسات و اعمال ارزش قائل است.

مدل لینهان (۲۰۱۵) در زمینه تحمل پریشانی تا حد زیادی بر اساس افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شکل گرفت. اما از آن زمان به جمعیت‌های دیگر گسترش یافته است. لینهان به نقش تنظیم هیجانی در تحمل پریشانی اشاره کرد و به مفهوم‌سازی تنظیم هیجانی در تحمل پریشانی پرداخت. بر اساس دیدگاه لینهان (۲۰۱۵) تنظیم هیجانی به عنوان توانایی فرد برای تعدیل تجربیات و پاسخ‌های عاطفی در نظر گرفته می‌شود. به عنوان مثال، توانایی توجه به اهداف ناسازگار با خلق و خوی و هیجانات حتی در هنگام تجربه احساسات تشدید شده. او معتقد بود که تنظیم هیجانات و احساسات «می‌توانند خودکار نیز باشد و آگاهانه کنترل و مدیریت می‌شود». هدف رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش مهارت‌ها به شرکت‌کنندگان است که به طور آگاهانه پاسخ‌های عاطفی و هیجانی‌شان را تنظیم کنند.

نیمه اول یا قسمت اول نظریه لینهان (۲۰۱۵) نشان داد که تنظیم ضعیف احساسات و هیجانات ناشی از آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی در برابر «تأثیرپذیری منفی، حساسیت بالا به نشانه‌های هیجانی و تکانشگری» است. این آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی ممکن است نتیجه ژنتیک باشد، عوامل داخل رحمی یا عوامل سلامتی

¹ Leyro

² Linehan's BioSocial Theory

³ Dialectical behavior therapy

موثر بر رشد مغز در دوران کودکی. آسیب‌پذیری عاطفی به عنوان یک عامل بسیار مهم در شکل‌گیری و تداوم تحمل پریشانی پایین بصورت؛ «(۱) عاطفه منفی بسیار بالا به عنوان عاملی برای آسیب‌شناسی روانی، (۲) حساسیت به محرک‌های عاطفی، (۳) پاسخ شدید به محرک‌های هیجانی و (۴) هنگامی که برانگیختگی عاطفی رخ داد، خیلی کند و آهسته به حالت اولیه عاطفی بازگردید»، تعریف می‌شود. بنابراین، افراد با آسیب‌پذیری عاطفی بالا، احساسات و هیجانات منفی و غیرانطباقی را به طور مکرر و شدیدتر تجربه می‌کنند، تحمل پریشانی پایینی دارند و برای مدت زمان طولانی‌تری نسبت به افرادی که از نظر عاطفی آسیب‌پذیر نیستند، درگیر نشخوار فکری ناشی از تجربه احساسات و هیجانات منفی هستند. افراد با تکانشگری بالا و تحمل پریشانی پایین در مهار رفتارهای ناخواسته و سازماندهی رفتارهای هدفمند مشکل بیشتری نسبت به افرادی که توانایی بالایی در تحمل پریشانی دارند و تکانشگر نیستند، دارند (لینهان، ۲۰۱۵).

نیمه دوم یا قسمت دوم مدل توسعه‌یافته در زمینه تحمل پریشانی توسط لینهان (۲۰۱۵) این موضوع را پیشنهاد کرد که بی‌نظمی عاطفی و رفتاری ناشی از بی‌اعتباری محیط مراقبت در دوران کودکی است که مشخصه این نوع محیط بی‌اعتباری مکرر احساسات و هیجانات، الگوبرداری ضعیف از بیان عاطفی و هیجانی، سبک تعاملی نامناسب بین والد و کودک که برانگیختگی عاطفی را افزایش می‌دهد و سبک فرزندپروری که چنین نیست با خلق و خوی کودک مطابقت داشته باشد. بنابراین لینهان (۲۰۱۵) پیشنهاد کرد که محیط اجتماعی و آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی در تعامل هستند تا منجر به اختلالات عاطفی و رفتاری و تحمل پریشانی پایین شوند. برای به عنوان مثال، یک محیط باطل‌کننده ممکن است به ویژه برای یک کودک مبتلا به آسیب‌پذیری عاطفی بالا، مضر باشد.

۱-۱-۲-۲-۱ مدل لینهان از آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی

لینهان (۲۰۱۵) در پاسخ به مدل خود از اختلالات عاطفی و رفتاری، یک رویکرد درمانی دیالکتیکی را توسعه داد که شامل آموزش چهار مهارت است، که در برگیرنده؛ ۱- تحمل ناراحتی که به ظرفیت فرد برای تحمل آشفتگی‌های جسمانی یا حالت‌های بدنی ناراحت‌کننده اشاره می‌کند، ۲- تحمل ابهام؛ به عنوان یک متغیر شخصیت و یا عامل تفاوت‌های فردی ادراک می‌شود، ۳- تحمل بلا تکلیفی؛ چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری گفته می‌شود و ۴- تحمل حالت‌های هیجانی منفی؛ به عنوان توانایی و مهارت‌های افراد در درک و تحمل هیجانات و عواطف منفی در نظر گرفته می‌شود (لینهان، ۲۰۱۵).

در این چارچوب، لینهان (۲۰۱۵) تحمل پریشانی را به عنوان توانایی «درک خود برای تجربه کردن حالت عاطفی بدون تلاش برای تغییر آن؛ و برای مشاهده افکار خود و الگوهای عمل بدون تلاش برای متوقف کردن یا کنترل آنها» تعریف کرد. مهارت‌های تحمل پریشانی به عنوان یکی از مهارت‌های آموزشی برای رسیدگی به رفتارهای بی‌نظم که اغلب در افراد مبتلا به اختلالات عاطفی وجود دارد، گنجانده شده است. زیرا، این رفتارها هستند که به عنوان پاسخ‌های بی اثر به مشکلات در نظر گرفته می‌شوند که زمانی که فرد مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد نمی‌تواند ناراحتی عاطفی را به اندازه کافی تحمل کند تا به دنبال پاسخ موثرتری باشد. بدین ترتیب، توانایی تحمل پریشانی مهم تلقی می‌شود زیرا پریشانی بخشی از زندگی و همچنین بخشی اجتناب‌ناپذیر از فرآیند تغییر است. تلاش برای اجتناب یا حذف پریشانی ممکن است به خودی خود منجر به پریشانی بیشتر شود یا روند تغییر را مهار کند. مهارت‌های آموزش داده شده در مهارت‌های آموزش داده شده در DT بر حواس‌پرتی، آرامش بخشیدن به خود، پذیرش واقعیت و حفظ ذهن (توجه به لحظه حال) و پرهیز از رفتارهای تکانشی تمرکز دارد (لینهان، ۲۰۱۵).

۲-۱-۲-۲- مدل سه عاملی لینچ و میزون از تحمل پریشانی

لینچ و میزون^۱ (۲۰۱۱) نیز به مفهوم تحمل پریشانی از موج سوم درمان رفتاری نزدیک شدند. به این ترتیب، آنها رفتار عدم تحمل پریشانی را به عنوان عامل و پاسخی در نظر گرفتند که "با فواید کوتاه مدت رهایی از تنش بد، علیرغم پیامدهای منفی طولانی مدت بالقوه تقویت می‌شود". علاوه بر تحمل پریشانی پایین که منجر به آسیب‌شناسی روانی شد، آنها همچنین تحمل پریشانی بسیار بالا را پیشنهاد کردند (که به آن می‌گویند تحمل بیش از حد پریشانی) که ممکن است منجر به آسیب‌شناسی روانی شود. آنها سه عامل را به عنوان مدل عوامل مؤثر در ایجاد پریشانی عدم تحمل و تحمل بیش از حد رفتار پیشنهاد کردند: (الف) استعدادهای بیولوژیکی^۲ (ب) بازخورد اجتماعی زیستی^۳ و (ج) عوامل موقعیتی^۴.

اولاً، لینچ و میزون (۲۰۱۱) پیشنهاد کردند که آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی ممکن است بر پریشانی تأثیر بگذارند، رفتار غیر قابل تحمل یا بیش از حد تحمل مشابه آنچه که لینهان (۲۰۱۵) گفته است، لینچ و میزون (۲۰۱۱) آنها را پیشنهاد کردند که رفتار عدم تحمل پریشانی ممکن است بیشتر تحت تأثیر آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی قرار گیرند، حساسیت درد عاطفی، واکنش درد عاطفی بیشتر، تکانشگری بیشتر، تازگی طلبی بیشتر،

¹ Lynch & Mizon

² biological predispositions

³ Socio-biographic feedback

⁴ situational factors

اجتناب از آسیب بیشتر، حساسیت به درد فیزیکی کمتر، و وابستگی کمتر به پاداش در زمره آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی رفتارهای عدم تحمل پریشانی قرار دارند. دیدگاه سه عاملی لینچ و میزون (۲۰۱۱) در زمینه تحمل پریشانی به ادبیات روند ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی که بنا به تعریف، احتمالاً درگیر مشکلات مربوط به تحمل پریشانی هستند، کمک شایانی کرده است.

ثانیاً، لینچ و میزون (۲۰۱۱) پیشنهاد کردند که بازخورد اجتماعی زیست‌شناختی ممکن است بر رفتار غیر قابل تحمل یا تحمل پریشانی مشابه آنچه که لینهان (۲۰۱۵) گفته است، تأثیر می‌گذارد، آنها پیشنهاد کردند رفتارهای ناشی از عدم تحمل پریشانی ممکن است تحت تأثیر یک محیط کودکی باشد که در آن تجربیات عاطفی معمولاً از طریق تناقض، غفلت یا محیط بی‌اعتبار منتقل می‌شوند. تنبیه و واکنش‌های احساسی شدید توسط والدین یا مراقبین باعث می‌شود که کودک نتواند بخوبی یاد بگیرد که به پریشانی پاسخ دهد و سطح تحمل پریشانی کودک کاهش می‌یابد. نکته قابل توجه‌ای که به نظر می‌رسد لینچ و میزون (۲۰۱۱) بر روی آن تأکید دارند این است که بازخورد اجتماعی زیست‌شناختی به عنوان تأثیرات تاریخی، مانند محیط دوران کودکی، بر روی عملکرد فعلی فرد تأثیر می‌گذارند.

در نهایت، لینچ و میزون (۲۰۱۱) چندین عوامل موقعیتی را پیشنهاد کردند که ممکن است بر رفتار غیرقابل تحمل یا تحمل پریشانی تأثیرگذار باشند. بر اساس دیدگاه لینچ و میزون (۲۰۱۱) عوامل نشانه‌ای یک اختلال ناشی از عدم تحمل پریشانی به شرطی اشاره دارد که پیوند بین محرک‌ها و عوامل زمینه‌ای این نشانه‌ها را که می‌توانند شامل محرک‌های بدون قید و شرط از محرک‌های شرطی کلاسیک و محرک‌های شرطی عامل باشند، در برگیرند. در نهایت، عوامل تقویت‌کننده موقعیتی شامل مولفه‌های محیطی داخلی و خارجی هستند که اقدامات فرد را تقویت می‌کنند. برای مثال، این عوامل تقویت‌کننده ممکن است شامل کاهش تنش ناخوشایند یا افزایش تایید اجتماعی باشند. نکته قابل توجه و حائز اهمیت در زمینه عوامل موقعیتی در دیدگاه سه عاملی تحمل پریشانی لینچ و میزون (۲۰۱۱) این است که لینچ و میزون (۲۰۱۱) تأثیر عوامل موقعیتی را در زمینه تحمل پریشانی فوری‌تر از بازخوردهای اجتماعی زیستی تشخیص می‌دهند. به عنوان مثال، فردی که در پاسخ به یک حالت عاطفی منفی پرخوری می‌کند، ممکن است تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار گیرد که او را به خاطر غذا خوردن مورد تحسین و تشویق قرار می‌دهند.

لینچ و میزون (۲۰۱۱) پیش‌بینی کردند که «تفاوت‌های فردی در آموخته‌های مربوط به سخت‌کوشی (که بر تداوم کار تأثیر می‌گذارد) و واکنش عاطفی (که پریشانی ذهنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد) تعیین‌کننده‌های کلیدی پیدایش پریشانی و تحمل پریشانی در افراد خواهند بود. اولاً آن‌ها پیشنهاد کردند واکنش عاطفی یک

عامل پیش‌بینی‌کننده برای عدم تحمل پریشانی و پریشانی است، زیرا میزان واکنش عاطفی فرد بر میزان پریشانی که تجربه خواهد کرد تأثیر می‌گذارد و بنابراین واکنش عاطفی می‌تواند «هر گرایشی را به سوی مقابله ناسازگار برجسته کند» (لینچ و میزون، ۲۰۱۱). ثانیاً آنها پیشنهاد کردند واکنش عاطفی بالا با سطح بالایی از سخت‌کوشی آموخته شده ترکیب می‌شود ایجاد رفتار تحمل‌ناپذیر پریشانی یا ایجاد رفتار عدم تحمل پریشانی با سطح پایینی از سخت‌کوشی آموخته شده همراه است. اگر فردی سابقه یادگیری داشته باشد که در آن، او به دلیل تلاش کم، اجتناب، یا پاسخ‌های فرار (آموختگی کم) پاداش دریافت کرد، بعید است که او در تحمل پریشانی که مستلزم آن است، پافشاری کند تلاش بالایی جهت به دست آوردن اهداف خود در شرایط سخت داشته باشد، سربلند بیرون بیاید (لینچ و میزون، ۲۰۱۱).

۳-۲- درمان مبتنی بر شفقت

مفهوم شفقت به طور گسترده در بودیسم^۱ و سایر ادیان مورد بحث قرار گرفته است. شفقت معمولاً به عنوان گشودگی برای روی آوردن آگاهانه به سمت رنج، به جای دور شدن از آن درک می شود (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گرم و سیگل^۲، ۲۰۱۲؛ استراوس، تیلور، گو، کیکن، بیر^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). در حالی که مراقبه های مبتنی بر شفقت بخش مرکزی برخی از سنت های معنوی را تشکیل می دهند (مانند بودیسم: لاما و تاپتن^۴، ۱۹۹۵)، آنها همچنین در رویکردهای درمانی در روان درمانی گنجانده شده اند (گیلبرت، ۲۰۱۳؛ نف^۵، ۲۰۲۳). تمرین شفقت بهبودهای بیشتری را در بهزیستی روانی و فیزیولوژیکی در جمعیت های بالینی و غیر بالینی نشان داده است. ادبیات موجود شواهدی را برای حمایت از این ایده ارائه می کند که پرورش و تمرین شفقت ممکن است تأثیر مثبتی بر طیفی از تجربیات ناسازگارانه عاطفی، جسمانی و زندگی داشته باشد و در عین حال آسیب شناسی روانی را کاهش دهد (گرم، ۲۰۰۹؛ گیلبرت، ۲۰۱۳؛ مکبث و گاملی^۶، ۲۰۱۲؛ کربی^۷، ۲۰۱۶؛ نف، ۲۰۲۳).

شفقت به خود، شفقتی که نسبت به خود داده می شود. یکی از اولین محققانی که نظریه و معیاری برای شفقت به خود ارائه کرد، نف (۲۰۰۳؛ به نقل از نف، ۲۰۲۳) بود، که آن را اینگونه تعریف کرد: "در معرض رنج بودن خود قرار گرفتن و پذیرفتن رنج خود، اجتناب نکردن یا قطع ارتباط با آن، ایجاد میل برای کاهش درد خود. رنج کشیدن و خود را با مهربانی شفا بخشید". تفاسیر نف، بر اساس آموزه های بودایی، تأکید می کند که شفقت به خود سه مولفه را با همتایان منفی متضاد ترکیب می کند: ذهن آگاهی/هویت بیش از حد^۸، انسانیت مشترک/انزوا^۹ و مهربانی/خود قضاوتی^{۱۰}. نف (۲۰۲۳)، ذهن آگاهی را مشاهده سیستماتیک و بدون قضاوت افکار و احساسات بدون انکار یا سرکوب آنها توصیف کرد. از سوی دیگر، شناسایی بیش از حد، به عنوان گرفتار شدن و از بین رفتن واکنش منفی ناشی از افکار و احساسات ناراحت کننده پیشنهاد می شود. انسانیت مشترک یا بشریت مشترک اذعان به این نکته بسیار مهم در زندگی دارد که درد یک تجربه مشترک انسانی است، در حالی که انزوا این تصور را در ذهن متبادر می کند که فرد در رنج خود تنهاست. مهربانی با خود به

¹ Buddhism

² Germer & Siegel

³ Strauss, Taylor, Gu, Kuyken, Baer

⁴ Lama & Thupten

⁵ Neff

⁶ MacBeth & Gumley

⁷ Kirby

⁸ mindfulness/over-identification

⁹ common humanity/isolation

¹⁰ self-kindness/self-judgement

معنای برخورد ملایم و گرم با خود است و خود قضاوتی به معنای برخورد با خود از منظر سرد و انتقادی هنگام مواجهه با شکست و رنج است (نف، ۲۰۲۳).

در مقابل، گیلبرت (۲۰۱۳؛ به نقل از گیلبرت و سیموس^۱، ۲۰۲۲)، محقق برجسته دیگری در زمینه شفقت، شفقت را به عنوان "حساسیت نسبت به رنج در خود و دیگران با تعهد به تلاش برای کاهش و جلوگیری از آن" تعریف کرد. گیلبرت نظریه ذهنیت اجتماعی^۲ (SMT) را معرفی کرد، که نشان می دهد شفقت از تکامل سیستم انگیزشی^۳ مراقبت از پستانداران^۴ که برای تنظیم عاطفه منفی طراحی شده است، پدید می آید. این سیستم های انگیزشی به عنوان ذهنیت های اجتماعی نامیده می شوند که برای غلبه بر چالش های ضروری برای بقا، مانند مراقبت جویی^۵ و مراقبت^۶ تکامل یافته اند (گیلبرت، ۲۰۰۵، ۲۰۱۴؛ به نقل از گیلبرت و سیموس، ۲۰۲۲). طبق نظر گیلبرت (۲۰۱۴؛ به نقل از گیلبرت و سیموس، ۲۰۲۲) شفقت توسط شش شایستگی اساسی مربوط به حساسیت^۷، همدردی^۸، همدلی^۹، انگیزه^{۱۰}، مراقبت^{۱۱} و تحمل پریشانی^{۱۲} که در سه جریان جهت گیری تجربه می شوند، یعنی شفقت به خود^{۱۳}، شفقت به دیگران^{۱۴} و شفقت از سوی دیگران^{۱۵} (گیلبرت و سیموس، ۲۰۲۲).

شفقت به خود سازه ای نسبتاً جدید در تحقیقات و پژوهش های روانشناختی و روان درمانی است و به عنوان راهی برای پاسخ دادن به خود در مواقع استرس، تنش، مشکلات و دشواری ها تعریف می شود (نف، ۲۰۲۳). علاوه بر این، شفقت را می توان به عنوان "یک مهربانی اساسی، با آگاهی عمیق از رنج خود و سایر موجودات زنده، همراه با آرزو و تلاش برای تسکین آن" تعریف کرد. به طور خاص، شفقت نسبت به خود، یا شفقت به خود، توانایی باز بودن و کاهش مشکلات خود با مهربانی و درک بدون قضاوت است (نف، ۲۰۲۳).

¹ Simos

² Social Mentality Theory (SMT)

³ motivational system

⁴ mammalian care-giving

⁵ care-seeking

⁶ caregiving

⁷ sensitivity

⁸ sympathy

⁹ empathy

¹⁰ motivation

¹¹ caring

¹² distress tolerance

¹³ self-compassion

¹⁴ compassion to others

¹⁵ compassion from others

تعداد فزاینده‌ای از شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود می‌تواند نقش مهمی در کاهش علائم و نشانه‌های اختلالات و مشکلات روانشناختی و هیجانی همچون؛ افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت‌های مختلف، از جمله جمعیت‌های بالینی (به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد مبتلا به درد مزمن) و جمعیت‌های غیربالینی (مثلاً در دانشجویان در مقطع کارشناسی و مراقبان خانواده افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و افراد مسن) ایفا کند (بیدل، اوکالافان، فینلای-جونز و رید^۱، ۲۰۲۰؛ بیو، نقین، فام، تران و ها^۲، ۲۰۲۱؛ کاروالهو، تریندیدی، گیلاندرس، پیتو-گایا و کاستیلهو^۳، ۲۰۲۰؛ مورفیلد، مویلی، دودانوان و واری^۴، ۲۰۲۰؛ کیم و کو^۵، ۲۰۱۸؛ کریگر، آلتنستین، بیتنگدورینگ و هالتفورس^۶، ۲۰۱۳).

در همین زمینه، مطالعات نشان دادند که سطوح بالاتر شفقت به خود و خوددلسوزی با سطوح پایین‌تر علائم افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مرتبط است و همچنین سطوح بالاتر شفقت به خود و خوددلسوزی، سطوح پایین‌تری از علائم افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی کردند. مطالعات همچنین نقش میانجی شفقت به خود را در رابطه چالش‌ها و تهدیدات زندگی (مانند تهدید کووید-۱۹^۷ ادراک شده و استرس مراقبتی) با علائم افسردگی، اضطراب و استرس نشان دادند، که بر این اساس شفقت به خود تأثیرات چالش‌ها و تهدیدات زندگی را بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس تعدیل کرده و کاهش می‌دهد (بوهادانا، موریسر و پینتر^۸، ۲۰۱۹؛ بیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ کیم و کو، ۲۰۱۸؛ مورفیلد و همکاران، ۲۰۲۰؛ بیدل و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاروالهو و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد که پرورش شفقت به خود و خوددلسوزی ممکن است علائم افسردگی، اضطراب و استرس را با افزایش آگاهی ذهنی (ذهن‌آگاهی) و تنظیم هیجان انطباقی و بهبود توانایی درگیر شدن در اقدامات دلسوزانه به خود در حالی که درگیر نشخوار فکری متمرکز بر علائم و اجتناب تجربه‌ای شناختی و رفتاری نمی‌شود، کاهش دهد (عادی، استیندل، کربی، کانی ماززالچیچی^۹، ۲۰۲۱؛ بیتس و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ هسیه، یو، یوف چن، چانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ کریگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ مورفیلد و همکاران، ۲۰۲۰).

¹ Biddle, O'Callaghan, Finlay-Jones & Reid

² Bui, Nguyen, Pham, Tran & Ha

³ Carvalho, Trindade, Gillanders, Pinto-Gouveia & Castilho

⁴ Murfield, Moyle, O'Donovan & Ware

⁵ Kim & Ko

⁶ Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth

⁷ COVID-19

⁸ Bohadana, Morrissey & Paynter

⁹ Adie, Steindl, Kirby, Kane & Mazzucchelli

¹⁰ Hsieh, Yu, Chen, Chen, Chang

مداخلات شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا رنج خود را با مهربانی به خود کاهش دهند، رنج خود را به روشی غیرقضاوتی درک کنند و آن را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند در حالی که درگیر علائمی همچون نشخوار فکری متمرکز و اجتناب شناختی و رفتاری نشوند (ادی و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیتس و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ هسیه و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاو و همکاران، ۲۰۲۰؛ مورفیلد و همکاران، ۲۰۲۰؛ نف، ۲۰۰۳). یک مطالعه مقطعی که شامل ۲۴۲ بزرگسال بود، نشان داد که اجتناب و فعال‌سازی واسطه‌های مهمی در رابطه بین شفقت به خود و علائم افسردگی هستند، بر این اساس فردی که شفقت به خود بالاتری دارد، ممکن است فعالیت‌ها را برنامه‌ریزی کند و درگیر موضوعات و رفتارهای هدف‌دار به جای اجتناب از موقعیت‌ها و حالت‌های نفرت انگیز شوند و در نتیجه علائم افسردگی کمتری را تجربه می‌کند (عادی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، مطالعه مقطعی دیگری که شامل ۳۸۴ بزرگسال بود، نقش میانجی شفقت به خود را در رابطه بین مقابله فعالانه و استرس ادراک شده نشان داد که شفقت به خود نقش محافظتی بر سلامت روانی دارد (بیو و همکاران، ۲۰۲۱).

فقدان شفقت نسبت به خود می‌تواند یک عامل خطر برای افسردگی باشد و برنامه‌های تقویت شفقت به خود می‌تواند برای پیشگیری یا درمان افسردگی ارزشمند باشد (هافمن، گریسمن و هیتون^۱، ۲۰۱۱؛ نف، ۲۰۱۶). مداخلات خوددلسوزی می‌تواند انگیزه افراد را برای مشارکت و حفظ استراتژی‌های خودیاری تقویت کند و اینکه آماده‌سازی با استفاده از شفقت به خود ممکن است استفاده بعدی از ارزیابی مجدد شناختی را بعنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی سازگارانه تسهیل کند (دیدریش، هافمن، بیچرز و برکینگ^۲، ۲۰۱۶). عادی و همکاران (۲۰۲۱) اذعان داشتند که اگر چه اثرات مداخلات مبتنی بر شفقت به خود تفاوت معنی‌داری با سایر شرایط کنترل فعال مانند درمان شناختی رفتاری نداشتند، اما مداخلات خوددلسوزی و شفقت‌ورزی می‌توانند مختصر باشند و راحت‌تر از درمان شناختی رفتاری اعمال شوند.

¹ Hofmann, Grossman & Hinton

² Diedrich, Hofmann, Cuijpers & Berking

۱-۳-۲- پیشینه درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی

شفقت، مانند نوع دوستی، نوعی رفتار اجتماعی است که برای کمک به دیگران یا کمک به خود طراحی و تعبیه شده است (ریکارد^۱، ۲۰۱۵). درک ما از رفتار اجتماعی، از نظر ریشه‌های تکاملی، تسهیل‌کننده‌ها و بازدارنده‌ها، و میانجی‌های فیزیولوژیک عصبی به طور گسترده در ۲۰ سال گذشته توسعه یافته است، همانطور که در یک مرور کلی توسط وو و هونگ^۲ (۲۰۲۳) بیان شد. یافته‌های کلی این است که رفتار اجتماعی مزایای مثبت زیادی بر روی اپی ژنتیک، فیزیولوژی، سلامت جسمانی و بهزیستی روانی ما و همچنین بر کیفیت روابط اجتماعی که ایجاد می‌کنیم و در درون ما تعبیه شده است، دارد (وو و هونگ، ۲۰۲۳). به عنوان شکلی از رفتار اجتماعی، تمرکز شفقت بر شناسایی، کاهش و پیشگیری از رنج است (گیلبرت، ۲۰۲۰). یک رویکرد برای درک اشکال و کارکردهای مختلف شفقت، کشف استفاده در حال تغییر آن به عنوان راه‌حلی برای چالش‌های مختلف تکاملی است با میانجی‌های روانی فیزیولوژیکی مختلف (گیلبرت و سیموس، ۲۰۲۲). شفقت‌ورزی یک فرآیند چند بُعدی متشکل از چهار جزء کلیدی است: (۱) آگاهی از رنج (آگاهی شناختی/همدلانه)، (۲) نگرانی دلسوزانه مربوط به تحت تأثیر قرار گرفتن عاطفی از رنج (مولفه عاطفی)، (۳) آرزوی دیدن تسکین آن رنج (نیت)، و (۴) پاسخگویی یا آمادگی برای کمک به تسکین آن رنج (انگیزه ای). (جزایری، جینپا، مک‌کانیکال، روزنبرگ و فینکلستین^۳، ۲۰۱۳).

۲-۳-۲- مولفه‌های شفقت‌درمانی

نف (۲۰۲۳) شفقت به خود را شامل سه عنصر کلیدی و مرتبط با یکدیگر می‌داند: مهربانی با خود^۴ (یعنی حمایت‌گر و مهربان بودن با خود به جای انتقاد از خود با قضاوت سخت)، انسانیت مشترک^۵ (یعنی تصدیق چالش‌های زندگی به عنوان بخشی از تجربه انسانی) و ذهن‌آگاهی^۶ (داشتن آگاهی لحظه به لحظه از تجربه خود به روشی غیرقابل قضاوت و پذیرفته شده) (نف، ۲۰۲۳). مهربانی با خود به عنوان گسترش مهربانی و درک به خود توصیف می‌شود، بشریت معمولی به تجارب دشوار خود به عنوان بخشی از تجربه بزرگتر انسانی نگاه می‌کند، و ذهن‌آگاهی حالتی غیرقضاوت‌کننده و باز ذهن است که در آن فرد افکار و احساسات را همانطور که هستند مشاهده می‌کند. این مؤلفه‌های شفقت به خود جفت‌های متضادی را نیز در خود جای

¹ Ricard

² Wu & Hong

³ Jazaieri, Jinpa, McGonigal, Rosenberg, Finkelstein

⁴ self-kindness

⁵ common humanity

⁶ mindfulness

می‌دهند: خود قضاوتی، انزوا، و شناسایی بیش از حد. خود قضاوتی شامل حمله به خود به دلیل ضعف‌ها یا اشتباهات است، انزوا احساس تنهایی در رنج است و شناسایی بیش از حد نشخوار جنبه‌های منفی زندگی یا خود است (مک‌بث و گاملی^۱، ۲۰۱۲؛ نف، ۲۰۲۳). نکته مهم و قابل تأمل در زمینه مولفه‌های شفقت‌درمانی این است که، اگرچه ذهن‌آگاهی و شفقت به خود سازه‌های جداگانه‌ای هستند، شفقت به خود از لحاظ مفهومی مشابه ذهن‌آگاهی است، زیرا ذهن‌آگاهی یکی از مؤلفه‌های اصلی شفقت به خود است و هر دو شامل موضع پذیرش، تعهد و آگاهی از تجربیات دردناک هستند (وونگ و ماک^۲، ۲۰۱۶).

۱-۲-۳-۲- ذهن‌آگاهی

یکی از مکانیسم‌ها و مولفه‌های اصلی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی یا بعبارت دیگر شفقت‌درمانی از دیدگاه بنیانگذار این نوع درمان یعنی نف، ذهن‌آگاهی است. هدف مکانیسم و مولفه ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت و شفقت‌ورزی ارائه توانایی تمرکز و توجه به افکار، عواطف، شناخت‌ها، باورها، هیجانات و احساسات جسمانی و بدنی شرکت‌کنندگان در سنین مختلف است. ذهن‌آگاهی به افرادی که در برنامه درمانی یا مداخلات درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی و شفقت‌درمانی حضور پیدا می‌کنند این امکان را می‌دهد که در زمان حال و یا بعبارتی در اینجا و اکنون حضور فعالانه و پرشوری داشته باشند، مرکز ثقل خود را پیدا کنند، لحظه حال را به طور کامل درک کنند و آنرا بپذیرند و هر چیزی را که نیست رها کنند. توانایی‌ها و مهارت‌های مربوط به ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر رویکرد شفقت‌ورزی باعث می‌شود بسیاری از اطلاعات وارد منطقه آگاهی فرد در زمان حال و اینجا و اکنون شود (لاو و مک‌مین، ۲۰۰۵). تکنیک و مولفه ذهن‌آگاهی در درمان شفقت‌ورزی به فرد کمک می‌کند تا ذهن خود را آرام نگه دارد و آگاهی خود را در زمینه تاثیر بر چیزهای اطراف خود به شدت افزایش و ارتقاء ببخشد. تکنیک بسیار مهم و حیاتی ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و همچنین در مداخلات موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری معمولاً با تنفس^۳، مدیتیشن^۴ و حرکات ذهنی و بدنی/ جسمانی مانند کشش^۵، یوگا^۶ و تمرینات چی کونگ^۷ همراه بوده و هستند و همه این حرکات و تکنیک‌ها

¹ MacBeth & Gumley

² Wong

³ breathing

⁴ meditation

⁵ stretching

⁶ Yoga

⁷ qigong practices

در درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود وضعیت و حالات روانی و هیجانی فرد می‌شوند و باعث می‌شوند که فرد نسبت به حال کاملاً واقف و آگاه باشد (دیرلیک^۱، ۲۰۲۲).

استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر مراقبه ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و رویکرد شفقت‌درمانی به عنوان درمانی برای مشکلات سلامت روان، از زمانی که توسط کابات-زین (۱۹۹۰) در کار خود در مورد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ مطرح شد، مورد توجه پزشکان، روانشناسان، روانپزشکان، پژوهشگران و محققان بوده است. علاوه بر اینکه تکنیک‌های مربوط به ذهن‌آگاهی در رویکردهای درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی مورد استفاده قرار می‌گیرند، همچنین انواع تمرین ذهن‌آگاهی در سایر رویکردهای درمانی نوظهور و موج سوم رفتاردرمانی شناختی از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳، درمان پذیرش و تعهد^۴ و رفتار درمانی دیالکتیکی^۵ نیز استفاده شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند. استفاده از ذهن‌آگاهی در مداخلات درمانی بسته به روش و رویکرد درمانی و فایده مورد نظر از گنجاندن ذهن‌آگاهی در درمان تا حدودی متفاوت است. به عنوان مثال، درمان پذیرش و تعهد بر انتشار فکر تمرکز دارد، در حالی که در شفقت‌درمانی بر دلسوزی و شفقت به خود تأکید می‌کند و در حالی که رفتار درمانی دیالکتیکی بر پذیرش حالات عاطفی و هیجانی فرد تمرکز دارد. استنلی^۶ (۲۰۱۳) پیشنهاد کرد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رویکردهای درمانی مختلف از جمله در رویکرد درمانی شفقت‌ورزی و شفقت‌درمانی برای سلامت روان و بهزیستی روانشناختی، اشکالی از مراقبه هستند که از طریق تغییر روشی که افراد در مورد زندگی خود فکر می‌کنند، تسکین علائم و نشانه‌های اختلالات و مشکلات روانی و هیجانی را به ارمغان می‌آورند. تأکید فلسفه شرقی بر «توجه غیرقضاوتی» (کابات زین، ۱۹۹۰) در اقتباس‌های غربی به سمت تأکید بر جلب توجه به لحظه حال از طریق توجه به آنچه که در این لحظه حال متمایز است، تغییر کرده است. چندین مکانیسم تغییر مبتنی بر نظریه و تحقیق وجود دارد که تصور می‌شود به تغییر در استفاده درمانی از ذهن‌آگاهی در مداخلات مبتنی بر شفقت‌ورزی کمک می‌کند. اساساً ذهن‌آگاهی در رویکردهای درمانی مختلف گنجانده شده است تا رابطه فرد تجربیات خود را به جای محتوای تجربیاتشان تغییر دهد. از آنجایی که رویکردهای مختلفی در ذهن‌آگاهی اتخاذ شده است، مکانیسم‌های پیشنهادی تغییر به طور مشابه با توجه به مکانیسم‌های تغییر از

¹ Derlic

² Mindfulness Based Stress Reduction

³ Mindfulness Based Cognitive Therapy

⁴ Acceptance and Commitment Therapy

⁵ Dialectical Behaviour Therapy

⁶ Stanley

جمله تغییرات ساختاری مغز، کاهش برانگیختگی خودمختار، تغییرات ادراکی، افزایش معنویت، آگاهی موقعیتی بیشتر، طبقه‌بندی ارزش‌ها، افزایش در خودآگاهی، جایگزینی اعتیاد، گشت و گذار و رها کردن متفاوت هستند (شونین و ون گوردون^۱، ۲۰۱۶).

۳-۲-۳- میزان اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت‌درمانی

اخیراً مداخلاتی با هدف تقویت شفقت به خود مورد توجه قرار گرفته است. طبق دانش ما، جدیدترین متاآنالیزهای مربوط به اثرات مداخلات شفقت به خود، نشاندهنده این مطلب بود که آموزش و مداخلات مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب یا استرس موثر بوده است (فراری، هانت، هارسینگر، ابات، بیس^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ویلسون، ماکیلتون، پاور و چان^۳، ۲۰۱۹). متاآنالیز فراری و همکاران (۲۰۱۹) اثرات متوسط کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده^۴ مبتنی بر مداخلات شفقت به خود را بر کاهش علائم افسردگی (بر اساس ۱۵ کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده)، اضطراب (بر اساس ۱۴ کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده) و استرس (بر اساس پنج کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده) دست یافتند. ویلسون و همکاران (۲۰۱۹) همچنین یک متاآنالیز از مداخلات شفقت به خود انجام دادند و اثرات کوچکی از اثربخشی مداخلات شفقت به خود بر علائم افسردگی و اضطراب یافت. یک متاآنالیز توسط مک‌بث و گاملی (۲۰۱۲) قدرت رابطه بین علائم عمومی آسیب‌شناسی روانی (مانند علائم افسردگی، اضطراب و/یا استرس) و شفقت به خود را بررسی کرد. نویسندگان به طور سیستماتیک ۱۴ نشریه را که این رابطه را مورد بررسی قرار می‌دادند، مرور کردند و هر مطالعه از مقیاس شفقت به خود^۵ برای اندازه‌گیری شفقت به خود استفاده کرد (نف، ۲۰۰۳). شرکت‌کنندگان در مطالعات بررسی شده شامل طیف گسترده‌ای از بزرگسالان، مانند دانش‌آموزان، درمانگران، و بزرگسالانی بودند که به دنبال خدمات در مراکز بهداشت روان اجتماعی بودند. اندازه اثر بزرگی برای رابطه بین آسیب‌شناسی روانی عمومی و شفقت به خود یافت شد، با سطوح بالاتر شفقت به خود با سطوح پایین‌تری از علائم و نشانه‌های اختلالات سلامت روان مرتبط بود. به طور کلی، این تجزیه و تحلیل اهمیت شفقت به خود را در رابطه با کاهش شدت افسردگی، اضطراب و استرس برجسته کرد (مک‌بث و گاملی، ۲۰۱۲). در جدیدترین متاآنالیز انجام شده در زمینه میزان اثربخشی مداخلات مبتنی بر شفقت به خود، هان و کیم^۶ (۲۰۲۳)

¹ Shonin & Van Gordon

² Ferrari, Hunt, Harrysunker, Abbott & Beath

³ Wilson, Mackintosh, Power & Chan

⁴ randomized controlled trials (RCT)

⁵ Self-Compassion Scale

⁶ Han & Kim

در پژوهشی به بررسی کارآزمایی‌های بالینی در زمینه اثربخشی مداخلات شفقت به خود بر اضطراب، استرس و افسردگی پرداختند، دریافتند که مداخلات متمرکز بر شفقت به خود تأثیرات کوچک تا متوسطی بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پس‌آزمون فوری و تأثیرات کوچکی بر کاهش علائم افسردگی و استرس در پیگیری در مقایسه با شرایط کنترل داشتند. در یک پژوهش مروری و سیستماتیک دیگر که در همین سال جاری میلادی یعنی سال ۲۰۲۳ توسط کاریواسم، اونونای، لرونس^۱ و کربی انجام شد، این پژوهش اولین متاآنالیز برای بررسی اثربخشی و کاربرد بین فرهنگی مداخلات مبتنی بر شفقت در جمعیت‌های آسیایی بود. این مقاله شامل هشت مطالعه RCT بود که داده‌هایی را از ۱۰۱۲ شرکت‌کننده از تایلند، ژاپن و چین (از جمله هنگ کنگ) جمع‌آوری کرد تا به این سؤال تحقیقاتی پاسخ دهد، «آیا مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند شفقت را در افراد ساکن در جوامع آسیایی افزایش دهد؟». هدف ثانویه بررسی این بود که آیا این هشت مطالعه همچنین پیامدهای اضافی افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهند یا خیر. در رابطه با هدف اول، نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر شفقت در افزایش شفقت به خود در میان مردم در زمینه فرهنگ آسیایی مؤثر بود. همچنین تجزیه و تحلیل‌هایی برای بررسی اینکه آیا تأثیر مداخلات مبتنی بر شفقت بین جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی آسیایی متفاوت است انجام شد. نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر شفقت در هر دو گروه شرکت‌کننده بالینی و غیر بالینی به طور یکسان مؤثر بودند. در مجموع و بر اساس نتایج حاصل از مطالعه سیستماتیک و متاآنالیز کاریواسم و همکاران (۲۰۲۳) در زمینه اثربخشی درمان شفقت‌ورزی بر میزان شفقت به خود و شفقت به دیگران، مشخص شد که میزان اثربخشی درمان شفقت‌ورزی بر میزان شفقت به خود و شفقت به دیگران بسیار بالا بوده است.

۴-۲- پیشینه تحقیق

۴-۲-۱- پیشینه تحقیق در داخل کشور

کریمی‌فر و فراهانی (۱۴۰۲) مطالعه‌ای را با هدف اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام دادند، روش پژوهش شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان دارای تعارضات زناشویی بودند که ۳۰ نفر از آنها به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش ۸ جلسه (هفته‌ای یک بار) فنون شفقت به خود را بر اساس بسته آموزشی

¹ Kariyawasam, Ononaiye & Irons

گیلبرت آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. این پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته است.

ولی‌زاده، احمدی و میرشکار (۱۴۰۲) مطالعه‌ای را با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه انجام دادند. طرح تحقیق این پژوهش از نوع شبه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان سرپرست خانوار مرکز مشاوره اکسیر کرمانشاه تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. بدین صورت از بین کسانی که تمایل شرکت در مداخله به همراه ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند. نتایج نشان داد که این درمان نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار اثربخش بوده‌اند.

آخوندی، تونزنده‌جانی و زنده دل (۱۴۰۲) پژوهشی را با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر شفقت‌ورزی بر عاطفه مثبت و اسناد خصمانه زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی انجام دادند، این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی بودند که جهت استفاده از خدمات روان‌شناختی به کلینیک‌های روان‌شناسی (تحت پوشش سازمان بهزیستی) شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این زنان بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگذاری شدند. نتایج نشان داد که اثر اصلی گروه برای عاطفه مثبت و برای اسناد خصمانه معنادار بود. در متغیر عاطفه مثبت اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در متغیر اسناد خصمانه معنادار گزارش شده است.

دستمردی، مقتدر و اکبری (۱۴۰۲) پژوهشی را با هدف مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل و شفقت به خود بر حرمت خود و تمایز یافتگی در دانشجویان دارای شکست عاطفی انجام دادند. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود. جامعه آماری این مطالعه دانشجویان با تجربه شکست عاطفی در دانشگاه آزاد رشت بودند که ۴۵ دانشجو با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در

سه گروه شفقت به خود (۱۵ نفر)، تحلیل رفتار متقابل (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر شفقت به خود و تحلیل رفتار بر خود بر حرمت خود و تمایز یافتگی دانشجویان با تجربه شکست عاطفی موثر بود؛ بین اثربخشی شفقت به خود نسبت به درمان تحلیل رفتار متقابل در حرمت خود و تمایز یافتگی تفاوت به دست نیامد.

نوری نیستانک، حبیبی و بیگدلی (۱۴۰۲) پژوهشی را با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه انجام دادند، روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره در منطقه دوم شهر تهران بودند و از سه مرکز مشاوره به صورت داوطلبانه و در دسترس، ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که هم درمان مبتنی بر شفقت و هم درمان دیالکتیکی گروهی بر متغیر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تاثیر معناداری داشته است. البته درمان مبتنی بر شفقت در زمینه کاهش انزوای اجتماعی بهتر و اثرگذارتر از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بوده است.

اکاتی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی را با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون خودشفقت گری توجه آگاهانه بر واکنش های هیجانی زنان با اضطراب کرونای دارای دلبستگی ناایمن به همسر با یک دوره پیگیری دو ماهه انجام دادند. این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۴۸ نفر معلم زن دوره دوم متوسطه شهر زاهدان انجام شد. زنان با اضطراب کرونای دارای دلبستگی ناایمن به همسر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی بین سه گروه مداخله ی ۱ (۱۶ نفر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، مداخله ی ۲ (۱۶ نفر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با خودشفقت گری توجه آگاهانه) و گروه کنترل (۱۶ نفر) تقسیم شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با خودشفقت گری توجه آگاهانه در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل موجب کاهش افسردگی و اضطراب و استرس شده است و اثرات آن در مرحله پیگیری تداوم داشته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب و استرس موثر نبوده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با و بدون خودشفقت گری توجه آگاهانه در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش واکنش های عاطفی منفی شده است. بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با و بدون خودشفقت گری توجه آگاهانه در کاهش واکنش های عاطفی تفاوت

معنادار وجود نداشته است. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توام با خودشفقت گری توجه آگاهانه برعکس درمان پذیرش و تعهد در کاهش واکنش های عاطفی در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

قهرمانی، خلعتبری و تقوائی (۱۴۰۱)، پژوهشی را با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر تاب آوری زنان در شرف طلاق مراجعه کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران انجام دادند، روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و و پیگیری سه ماهه بود. روش نمونه گیری هدفمند و تصادفی از جامعه آماری، کلیه زنان در شرف طلاق مراجعه کننده به مراکز اورژانس اجتماعی شهر تهران بود که ۴۵ زن در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گروه ۱۵ نفری کنترل گمارده شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر افزایش تاب آوری زنان در شرف طلاق موثر بود. همچنین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان شناختی-رفتاری ماندگارتر است.

اردشیرزاده، بختیارپور، همایی و افتخاری صعادی (۱۴۰۱) پژوهشی را با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت درمانی بر افکار خودآیند منفی و احساس تنهایی در زنان مطلقه انجام دادند، این مطالعه نیمه -تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بودند که ۶۰ نفر از آنان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. هر یک از گروه های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان پذیرش و تعهد، و شفقت درمانی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش افکار خودآیند منفی و احساس تنهایی در زنان مطلقه شدند، اما بین دو روش درمانی در کاهش افکار خودآیند منفی و احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

سلطانی و فاتحی زاده (۱۴۰۱) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان پس از قطع رابطه عاشقانه به روش نیمه آزمایشی تکموردی انجام دادند، روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی تکموردی بود. به این منظور، سه شرکت کننده دختر با تجربه قطع رابطه عاشقانه به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب و تحت درمان فردی متمرکز بر شفقت در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد درصد بهبودی کلی در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۰٪ و ۳۸٪ بود و درصد بهبودی کلی در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب برابر با ۴۸٪ و ۳۶٪ بود و این نشان دهنده موفقیت متوسط در درمان بود.

رجائی، نشاط دوست و آقائی خواجه لنگی (۱۴۰۱) پژوهشی را با هدف به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت بر تعارض زناشویی زنان متقاضی طلاق انجام دادند، روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دچار تعارض زناشویی متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل به‌طور روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌ها گمارده شدند. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تعارض زناشویی و زیر مقیاس‌های آن (کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از یکدیگر) را در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کاهش داده است.

محمدی، رضایی شریف، شیخ الاسلامی و قمری گیوی (۱۴۰۱) پژوهشی را با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی همسر جانبازان انجام دادند، جامعه آماری شامل تمام همسر جانبازان در مناطق ۱۳ و ۱۴ تهران بودند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند از بین زنانی انجام گرفت که به بنیاد شهید مناطق ۱۳ و ۱۴ تهران مراجعه کرده بودند. پس از شناسایی زنانی که مشکلات روانشناختی-زناشویی داشتند؛ ۴۵ نفر از شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). ارائه‌ی جلسات درمان، در سرای سلامت منطقه ۱۳ شهرداری تهران انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان در کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان اثربخش بودند؛ اما اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان هیجان‌مدار به‌طور معناداری بیشتر بود. متین و اعتمادی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای را با هدف بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی زوجین دارای تعارض زناشویی انجام دادند، روش پژوهش حاضر طرح آزمایشی تک موردی چند خط پایه بود. جامعه آماری شامل تمام زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر همدان بودند. بر این اساس، سه زوج که دارای تعارض زناشویی بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. درمان متمرکز بر شفقت در سه مرحله خط پایه، مداخله (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و پیگیری انجام شد و زوجین به مقیاس سبک‌های دلبستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰) پاسخ دادند. نتایج پژوهش نشان داد میزان بهبودی پس از درمان و پیگیری به ترتیب برای سبک‌های دلبستگی ایمن (۳۶/۳۲-۳۳/۹۳)، اجتنابی (۴۰/۳۶-۳۷) و اضطرابی (۲۶/۴۷-۲۵/۹۸)، درصد بود.

تیموری، مجتبیای و رضازاده (۱۴۰۰) پژوهشی را با هدف بررسی مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام دادند، روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری بود. جامعه تحقیق شامل کلیه زوجین درگیر با مسئله خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی ایرانمهر در رشت بودند که از میان آنها ۲۰ زوج (۴۰ نفر) با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش تنظیم هیجانی زوجین اثرگذار است اما بین زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

امیری‌راد، اسلمی و موسوی (۱۳۹۹) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد انجام دادند، روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی که از طریق نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در هر گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. آموزش شفقت به خود در افزایش معنایابی در زندگی، حضور معنا و جستجوی معنا و رضایت جنسی در زنان تأثیر معنادار داشته است. فاریابی، خیاطان و منشئی (۱۳۹۹) پژوهشی را با هدف تعیین تأثیر درمان شفقت درمانی بخشش محور و بخشش درمانی بر مدیریت خشم، سازگاری زناشویی و فرکانس عشق زنان دارای تعارضات زناشویی انجام دادند، روش پژوهش نوع کارآزمایی آموزشی (نیمه آزمایشی) سه گروهی دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) بود. جامعه آماری پژوهش زنان دارای تعارضات زناشویی در شهر یزد بودند که ۴۵ نفر از آنها به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد گمارده شدند. نتایج نشان داد که بین شفقت درمانی بخشش محور و بخشش درمانی با گروه شاهد در سازگاری زناشویی تفاوت معنادار بود و بین شفقت درمانی بخشش محور با گروه شاهد در مدیریت خشم تفاوت معنادار بود ولی در متغیر فرکانس عشق تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شاهد معنادار نبود.

۲-۴-۲- پیشنهاد تحقیق در خارج کشور

میلارد، وان، اسمیت و ویتکوسکی^۱ (۲۰۲۳) پژوهشی را با هدف بررسی سیستماتیک، فراتحلیلی و مروری پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی شفقت درمانی بر علایم و اختلالات مربوط به سلامت روانی و

¹ Millard, Wan, Smith & Wittkowski

بهزیستی روانشناختی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که شفقت درمانی باعث بهبود علایم و نشانه‌های مربوط به سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی در گروه‌های مختلف مردم می‌شود.

نیک‌پرور، ساسانیان، اسپنسر و استیس^۱ (۲۰۲۳) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر افسردگی، استرس، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در زنان متأهل قربانی خشونت خانگی در ایران انجام دادند. برای این منظور، نمونه‌ای متشکل از ۶۰ زن که تجارب مداوم خشونت خانگی را گزارش کرده بودند، انتخاب شدند. از این ۶۰ زن، ۲۰ نفر به طور تصادفی در گروه شفقت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر در گروه طرحواره درمانی و ۲۰ نفر در گروه کنترل بدون درمان قرار گرفتند. پنج شرکت‌کننده از هر گروه کنار رفتند. برای هر دو گروه شفقت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره، افسردگی و استرس کاهش یافت و نمرات کلی بهزیستی و تاب‌آوری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافت و تفاوت معناداری در سطوح افسردگی بین پس‌آزمون و پس‌آزمون وجود نداشت. نمرات استرس بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافت، اما نمرات استرس بین پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری افزایش یافت. نمرات بهزیستی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافت و بین پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنی‌داری نداشت. تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه که نمرات تغییر افسردگی، استرس، بهزیستی کلی و تاب‌آوری را بین پیش‌آزمون و پیگیری بررسی کرد، نشان داد که سطح افسردگی و استرس گروه درمان مبتنی بر شفقت مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره کاهش یافته و سطوح تاب‌آوری به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

وسپر، ایرونس، وایت، ساندرز، لوئیس و گیسون^۲ (۲۰۲۳) پژوهشی را با هدف تهیه و تنظیم درمان روانی جنسی مبتنی بر شفقت‌ورزی در بین افراد متأهل انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که تدوین پروتکل و رویکرد درمانی روانی جنسی مبتنی بر شفقت‌ورزی باعث ارتقاء و بهبود وضعیت مسائل روانی جنسی زوجین می‌شود، علاوه بر این، درمان روانی جنسی مبتنی بر شفقت‌ورزی باعث ارتقاء و بهبود روابط صمیمانه در بین زوجین می‌گردد.

نیجرو، کوبورو، نیجرو، باراسا، موتیسا و لو^۳ (۲۰۲۳) پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود با استفاده از ویدئوها^۴ در مقابل آموزش شفقت به خود با استفاده از داستان‌های دیجیتال^۵ در مقایسه با گروه

¹ Nikparvar, Sasanian, Spencer & Stith

² Vosper, Irons, White, Saunders, Lewis & Gibson

³ Njogu, Kaburu, Njogu, Barasa, Mutisya & Luo

⁴ self-compassion training using videos

⁵ self-compassion training using digital stories

کنترل بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بین زنانی که به دنبال درمان باروری بودند، انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که هر دو نوع درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی در زنان به دنبال درمان باروری می‌شوند با این تفاوت که میزان اثربخشی آموزش شفقت به خود با استفاده از داستان‌های دیجیتال به طور معناداری بیشتر آموزش شفقت به خود با استفاده از ویدئوها در کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی زنان بوده است.

هیمن، فیلیپس و بروک^۱ (۲۰۲۲) پژوهشی را با هدف کلی بررسی نقش شفقت به خود در کیفیت روابط صمیمانه در دوران بارداری انجام دادند. نمونه‌ای متشکل از ۱۵۹ زوج مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های نیمه ساختاریافته را تکمیل کردند. والدینی که در دوران بارداری درگیر پاسخگویی دلسوزانه‌تر به خود هستند، روابط صمیمانه‌ای با کیفیت بالاتری داشتند که در چندین جنبه قابل اندازه‌گیری بود - درجه صمیمیت عاطفی و نزدیکی در رابطه، مدیریت تعارض بصورت سازگاران، حمایت با کیفیت بالا در پاسخ به استرس و درجه بالایی از احترام و پذیرش نسبت به یکدیگر. علاوه بر این، خودپاسخ‌دهی دلسوزانه به عنوان واسطه‌ای برای ارتباط بین سبک دلبستگی ایمن و کیفیت رابطه صمیمی ظاهر شد. به طور خاص، مادرانی که در سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی داشتند، سطوح پایین‌تری از خودپاسخ‌گویی دلسوزانه را گزارش کردند، که به نوبه خود ابعاد مختلف رابطه صمیمانه را تضعیف کرد. علاوه بر این، پدرانی که در سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی داشتند، شفقت کمتری نسبت به خود داشتند که پیامدهای زیان‌باری برای زوجین به همراه داشت.

بولت، جونز، روداز، لیدرمن و ایرونس^۲ (۲۰۱۹) پژوهشی را با هدف ارتباط بین سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجتنابی با روابط صمیمانه در زوجین: بررسی نقش واسطه‌ای شفقت‌ورزی به خود و شفقت‌ورزی به شریک زندگی انجام دادند، سیصد و چهل و دو نفر از افراد متاهل در یک نظرسنجی آنلاین شرکت کردند که از طریق سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی، نگرش‌های دلسوزانه و بی‌رحمانه نسبت به خود و شریک خود و همچنین کیفیت رابطه و رضایت از رابطه مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نگرش کم شفقت به خود واسطه ارتباط بین سبک دلبستگی اضطرابی و کیفیت پایین رابطه بین زوجین است. علاوه بر این، نگرش کم دلسوزانه و بی‌دلسوزی زیاد نسبت به شریک زندگی، ارتباط بین سبک دلبستگی اجتنابی و کیفیت پایین رابطه صمیمانه را میانجی‌گری می‌کند.

¹ Huynh, Phillips & Brock

² Bolt, Jones, Rudaz, Ledermann & Irons

کریس و کالدول^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای مروری که به بررسی پژوهش‌هایی که به اثربخشی شفقت درمانی و درمان هیجان محور بر زوج‌هایی که دچار ضربه روحی و شرم شده‌اند، انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که هم درمان مبتنی بر شفقت و هم درمان هیجان محور بر شرم و اختلالات و علایم ناشی از ضربه روحی زوجین تاثیرگذار است. همچنین در این پژوهش مشخص شد که میزان اثربخشی شفقت درمانی بیشتر از درمان هیجان محور می‌باشد.

¹ Karris & Caldwell

فصل سوم:

روش شناسی پژوهش

در این فصل ابتدا روش تحقیق بیان می‌شود و در ادامه جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روش اجرای طرح و در پایان روش تجزیه و تحلیل داده‌ها بیان می‌شود.

۱-۳- روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است.

۲-۳- جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال مطلقه سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان بابلسر بودند که قصد ازدواج مجدد را داشتند و تعداد آنها ۶۷ نفر بوده است.

۳-۳- نمونه و روش نمونه‌گیری

از بین جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر از زنان داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند. انتخاب نمونه پژوهش بدین صورت بود که با مجوز بهزیستی توانستیم زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد که در بهزیستی پرونده داشتند را شناسایی کنیم، سپس پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و انتظار از ازدواج در اختیار آنها قرار داده شد و ۳۰ نفر از زنانی که نمرات پایین در پرسشنامه تحمل پریشانی (نمره ۴۰ به پایین) و نمرات بالا در پرسشنامه انتظارات از ازدواج (نمره ۱۲۵ به بالا) کسب کردند، انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت برگزار شد. تعداد حجم نمونه بر اساس پیشنهاد دلاور (۱۳۹۰) که برای تحقیقات نیمه‌آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد داده بود، برای هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شدند.

۴-۳- ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت از:

جنسیت زن؛

داشتن قصد برای ازدواج مجدد؛ و

غیبت بیش از سه جلسه در مداخلات درمانی مبتنی بر شفقت

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت از:

عدم همکاری؛

مشکلات جسمانی حاد؛

رضایت نداشتن از ادامه همکاری با پژوهش یا عدم تمایل جهت شرکت در تحقیق حاضر؛

۵-۳- ابزار تحقیق

جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر از دو پرسشنامه استفاده شد؛

پرسشنامه انتظارات از ازدواج: برای اندازه‌گیری انتظارات زناشویی از مقیاس انتظارات زناشویی جونز و نلسون که در سال ۱۹۹۶ با هدف بررسی انتظارات زناشویی افراد در شرف ازدواج طراحی شده، استفاده خواهد شد که ماده‌های آن انتظار از عوامل اصلی ازدواج مثل سازگاری، برابری یا عدالت و صمیمیت را مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس افرادی که اصلاً ازدواج نکرده‌اند یا افرادی که در شرف ازدواج مجدد هستند را در سه بُعد واقع‌بینانه، ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه دسته‌بندی می‌کند، و ۴۰ گویه دارد که گویه‌ها در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵) قرار دارند (جونز و نلسون، ۱۹۹۶). پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۷۹ و ضریب هم‌بستگی معنی‌دار بین مقیاس‌های رمانتیک‌گرایی، نگرش نسبت به عشق با مقیاس انتظارات زناشویی به دست آمده است. این پرسشنامه در داخل ایران توسط نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۰) در بین دانشجویان هنجاریابی شد. نیلفروشان و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که پرسشنامه انتظارات از ازدواج در جامعه ایرانی شامل سه عامل انتظار واقع‌گرایانه، انتظار ایده‌آل‌گرایانه و انتظار بدبینانه است و تحلیل عاملی تأییدی این فرضیه سه‌عاملی را نیز تأیید کرد. آن‌ها ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این عامل را در نمونه‌های پسران ۰/۸۳؛ دختران ۰/۸۲ و در کل نمونه ۰/۸۳ گزارش کردند.

پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و شامل ۱۵ گویه است و در برگیرنده‌ی ۴ خرده‌مقیاس تحمل^۱، ارزیابی^۲، جذب^۳ و تنظیم^۴ می‌شود. گویه‌های این پرسشنامه در یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و همبستگی منفی معناداری را بین این پرسشنامه با پرسشنامه عاطفه‌پذیری منفی ($r = -0.59$)، مصرف الکل ($r = -0.23$) و ماری‌جوانا ($r = -0.20$) و همبستگی مثبت معناداری را بین این پرسشنامه با پرسشنامه عاطفه مثبت ($r = 0.26$) به عنوان شاخصی از روایی پرسشنامه گزارش کردند. در ایران، عزیزی^۵ (۲۰۱۰) این پرسشنامه را بر روی دانشجویان هنجاریابی کرده است که ضرایب آلفای کرونباخ را برای ۴ خرده‌مقیاس تحمل، جذب،

¹ tolerance

² appraisal

³ absorption

⁴ regulation

⁵ Azizi

ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ و همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه مقابله مسئله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۷- به عنوان شاخصی از روایی همزمان پرسشنامه گزارش کرده‌اند.

۶-۳- جلسات آموزشی

جلسات درمانی گروه آزمایشی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بصورت دو بار در هفته و در مجموع در ۴ هفته آموزش شفقت‌ورزی بر اساس پروتکل درمان شفقت‌ورزی گیلبرت (۲۰۱۰) بوده است (جدول ۳-۱)

جدول ۳-۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)

جلسات	هدف جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی با مفاهیم مبتنی بر شفقت	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف شفقت درمانی جهت تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن.
۲	آشنایی با ذهن مشفق	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین بررسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
۳	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساس خودتخریب‌گرایانه، شرم و آموزش همدلی.
۴	خودشناسی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد. دارای شفقت یا غیرشفقت. با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ) و آموزش بخشایش.
۵	تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
۶	تمرینات عملی شفقت	تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش راهبردها، سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و آشنایان، آموزش رشد احساسات و هیجانات ارزشمند و متعالی.
۷	آموزش شفقت نسبت به دیگران	آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، روش آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
۸	جمع‌بندی تمرینات مبتنی بر شفقت	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

۷-۳- روش اجرای تحقیق

روش اجرای تحقیق شامل دو بخش؛ روش کتابخانه‌ای و روش میدانی بوده است. از روش کتابخانه‌ای جهت نگارش مبانی نظری تحقیق، ادبیات پژوهشی و پیشینه تحقیق از طریق کتب و مقالات علمی- پژوهشی چاپ شده استفاده شد.

از روش میدانی جهت انتخاب نمونه‌ها، اجرای پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و اجرای آموزش شفقت‌ورزی در ۸ جلسه استفاده شد که به شرح ذیل می‌باشد؛

ابتدا با معرفی نامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله آملی و مجوز از اداره بهزیستی شهرستان بابلسر، تعداد زنان مطلقه ۲۵ تا ۴۰ ساله‌ای که قصد ازدواج مجدد را داشتند مورد شناسایی قرار گرفتند که تعداد آنها ۶۷ نفر بوده است. بعد از دعوت از آنها، یک جلسه مشترک با کارشناس مسئول امور اجتماعی اداره بهزیستی شهرستان بابلسر با این زنان برگزار شد و پس جلب رضایت آنها، پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و انتظار از ازدواج در بین آنها توزیع شد و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۳۰ نفر از آزمودنی‌هایی که بصورت همزمان نمرات آنها در پرسشنامه تحمل پریشانی از نقطه برش پایین‌تر و در پرسشنامه انتظارات از ازدواج از نقطه برش بالاتر بودند انتخاب شدند و بعد از انتخاب آنها بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای اجرا نشد و پس از پایان ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت، برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد.

۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری‌شده در دو سطح مورد تحلیل قرار گرفتند (آمار توصیفی و آمار استنباطی). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش آماری تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

فصل چهارم:

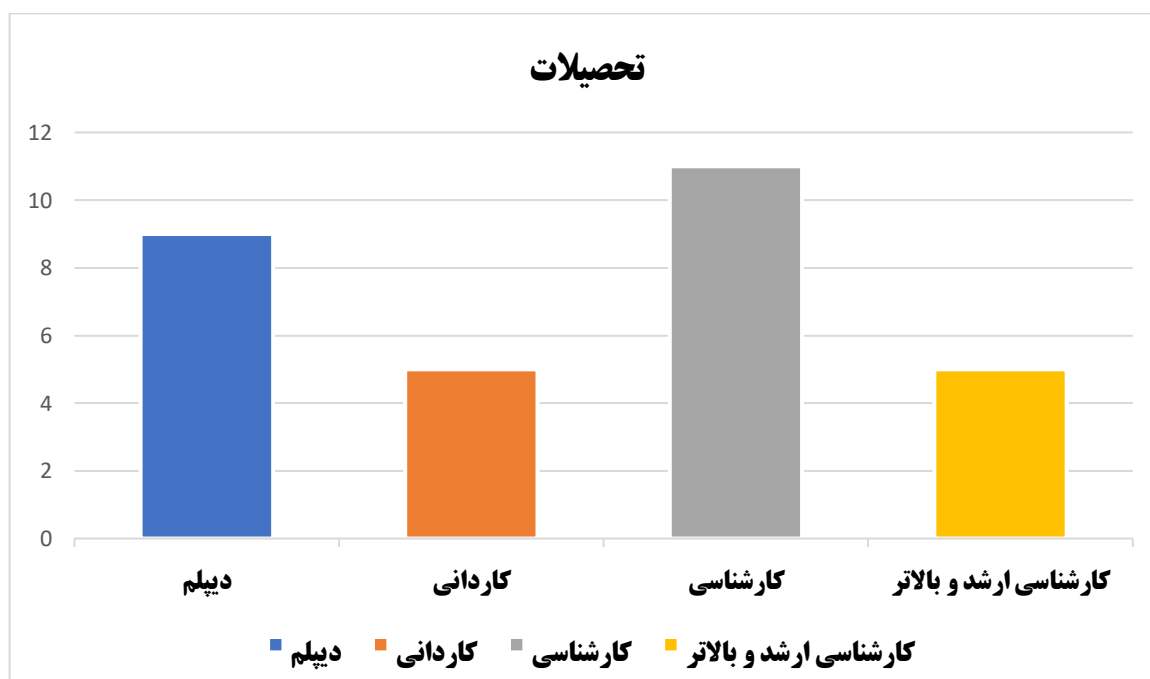
تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم این پایان نامه دارای سه بخش اصلی؛ یافته‌های جمعیت‌شناختی، یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی می‌شود.

۴-۱- یافته‌های جمعیت‌شناختی

جدول ۴-۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده بر اساس تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم	۹	۳۰
کاردانی	۵	۱۶/۶۶
کارشناسی	۱۱	۳۶/۶۸
کارشناسی ارشد	۵	۱۶/۶۶
کل	۳۰	۱۰۰

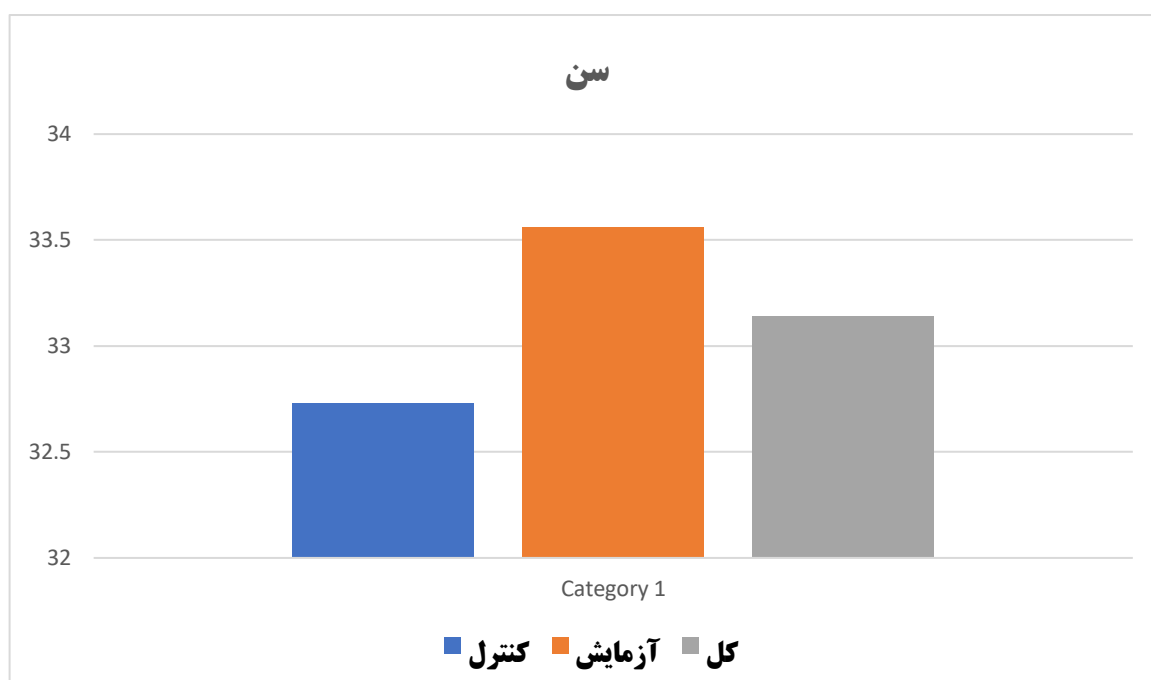


نمودار ۴-۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده بر اساس تحصیلات

بر اساس جدول و نمودار ۴-۱، اکثر افراد شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات کارشناسی بودند، به طوری که، ۹ نفر (۳۰ درصد) از افراد شرکت‌کننده در پژوهش دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) کاردانی، ۱۱ نفر (۳۶/۶۸ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده در دو گروه مورد بررسی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۳۲/۷۳	۳/۱۹
آزمایش	۳۳/۵۶	۳/۱۲
کل	۳۳/۱۴	۳/۴۳



نمودار ۴-۲: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در دو گروه مورد بررسی

بر اساس جدول و نمودار ۴-۱، میانگین و انحراف معیار کلی سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ترتیب برابر با ۳۳/۱۴ و ۳/۴۳ بوده است.

۲-۴- یافته‌های توصیفی

جدول ۴-۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کنترل	تحمل	۶/۱۷	۰/۶۹
	ارزیابی	۱۵/۰۲	۰/۷۸
	جذب	۷/۱۰	۰/۸۴
	تنظیم	۷/۰۱	۰/۹۲
	نمره کلی	۳۵/۳۰	۱/۸۱
انتظارات از ازدواج	بدبینانه	۴۸/۹۴	۳/۴۱
	آرمان‌گرایانه	۳۸/۱۱	۲/۸۷
	واقع‌گرایانه	۴۰/۷۴	۳/۸۲
	نمره کلی	۱۲۷/۷۹	۴/۶۷
آزمایش	تحمل	۶/۵۵	۰/۷۱
	ارزیابی	۱۵/۶۳	۰/۹۴
	جذب	۶/۹۹	۰/۸۲
	تنظیم	۶/۸۷	۰/۸۹
	نمره کلی	۳۶/۰۴	۱/۷۵
انتظارات از ازدواج	بدبینانه	۴۹/۰۸	۳/۵۲
	آرمان‌گرایانه	۳۸/۵۴	۲/۹۰
	واقع‌گرایانه	۴۱/۱۳	۳/۹۸
	نمره کلی	۱۲۸/۷۵	۴/۷۰

جدول ۴-۳ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش؛ تحمل پریشانی (تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم) و انتظارات از ازدواج (بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه) را در بین دو گروه از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد. بر طبق جدول ۴-۳ بالاترین میانگین مربوط به نمره کلی انتظارات از ازدواج به ترتیب در بین زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه آزمایش و زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل بوده است.

جدول ۴-۴: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کنترل	تحمل	۶/۲۱	۰/۵۴
	ارزیابی	۱۵/۱۱	۰/۷۲
	جذب	۶/۹۴	۰/۷۹
	تنظیم	۷/۱۴	۰/۹۵
	نمره کلی	۳۵/۰۴	۱/۳۳
انتظارات از ازدواج	بدبینانه	۴۸/۸۴	۳/۴۷
	آرمان‌گرایانه	۳۸/۸۵	۲/۸۳
	واقع‌گرایانه	۴۱/۲۲	۳/۴۷
	نمره کلی	۱۲۸/۹۱	۴/۸۸
آزمایش	تحمل	۷/۹۵	۱/۰۸
	ارزیابی	۱۶/۳۴	۱/۴۲
	جذب	۷/۷۱	۱/۰۵
	تنظیم	۷/۷۴	۰/۹۹
	نمره کلی	۳۹/۷۴	۲/۷۹
انتظارات از ازدواج	بدبینانه	۴۷/۳۹	۳/۵۲
	آرمان‌گرایانه	۳۶/۹۴	۲/۸۱
	واقع‌گرایانه	۴۰/۰۲	۳/۱۶
	نمره کلی	۱۲۴/۳۷	۵/۰۳

جدول ۴-۴ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش؛ تحمل پریشانی (تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم) و انتظارات از ازدواج (بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه) را در بین دو گروه از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد. بر طبق جدول ۴-۴ بالاترین میانگین مربوط به نمره کلی انتظارات از ازدواج به ترتیب در بین زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل و زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه آزمایش بوده است.

جدول ۴-۵: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش در دو گروه مورد پژوهش بر اساس شاپیروویلیک و کجی و

کشیدگی

گروه‌ها				کنترل				آزمایش			
متغیرها				شاپیروویلیک	P	کجی	کشیدگی	شاپیروویلیک	P	کجی	کشیدگی
تحميل پريشانی	تحميل	۰/۹۱	۰/۲۰	-۰/۰۹	-۰/۲۰	۰/۶۸	۰/۱۰	-۰/۱۹	-۰/۲۸	۰/۵۹	-۰/۸۲
	ارزیابی	۰/۸۰	۰/۱۵	۰/۰۷	-۰/۸۲	۰/۷۴	۰/۱۲	-۰/۸۰	-۰/۴۶	۰/۲۷	-۰/۹۳
	جذب	۰/۷۸	۰/۱۴	۰/۵۵	۰/۲۵	۰/۶۵	۰/۰۸	-۰/۶۱	-۰/۸۰	۰/۸۰	-۰/۶۱
	تنظیم	۰/۹۵	۰/۲۴	۰/۱۸	-۰/۸۹	۰/۷۰	۰/۱۱	-۰/۶۱	-۰/۶۱	۰/۲۵	-۰/۶۱
	نمره کلی	۰/۸۵	۰/۱۸	۰/۱۹	-۰/۵۵	۰/۹۹	۰/۲۵	-۰/۶۱	-۰/۶۱	۰/۲۵	-۰/۶۱
انتظارات از ازدواج	بدبینانه	۰/۶۸	۰/۱۰	-۰/۴۶	-۰/۳۵	۰/۷۸	۰/۱۴	-۰/۴۵	-۰/۶۲	۰/۴۲	-۰/۱۱
	آرمان‌گرایانه	۰/۶۶	۰/۰۹	-۰/۱۰	-۰/۶۱	۰/۷۶	۰/۱۳	-۰/۱۱	-۰/۴۲	۰/۴۲	-۰/۱۱
	واقع‌گرایانه	۰/۷۴	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۲۴	۰/۸۰	۰/۱۵	-۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۱۱	-۰/۰۵
	نمره کلی	۰/۸۵	۰/۱۸	۰/۴۲	۰/۳۴	۰/۶۰	۰/۰۷	-۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۸	-۰/۲۸

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش حاضر از آزمون شاپیروویلیک استفاده شد. در پژوهش حاضر بر اساس جدول ۴-۵ مقادیر مربوط به شاپیروویلیک برای تمامی متغیرها؛ تحمل پريشانی (تحميل، ارزیابی، جذب و تنظیم) و انتظارات از ازدواج (بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه) را در بین زنان در شرف ازدواج در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار نبوده است ($P > 0.05$)؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش نرمال و بهنجار بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

علاوه بر آزمون شاپیروویلیک، برای اطمینان بیشتر از نرمال بودن متغیرهای پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن و بهنجاربودن، شامل کجی^۱ و کشیدگی^۲ نیز استفاده شد، به طوری که قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ باشد. در پژوهش حاضر بر اساس جدول ۴-۵ کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش؛ تحمل پريشانی (تحميل، ارزیابی، جذب و تنظیم) و انتظارات از ازدواج (بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه) را در بین زنان در شرف ازدواج در دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش نرمال و بهنجار بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

¹ Skewness

² kurtosis

۳-۴- یافته‌های استنباطی

فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش حاضر از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین پیش‌فرض‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی همگنی شیب رگرسیون می‌باشد. که نتایج آن در جدول ۴-۶ ارایه شده است.

جدول ۴-۶: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجزورات	df	f	(Sig) P
گروه × پیش‌آزمون	انتظارات از ازدواج	۱/۶۱	۲	۱/۴۰	۰/۷۵
	تحمل پریشانی	۳/۸۳	۲	۰/۹۵	۰/۳۱

با توجه به نتایج جدول ۴-۷، تعامل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری برای متغیرهای پژوهش در درمان مبتنی بر شفقت معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$)، در نتیجه داده‌های به دست آمده از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی و حمایت می‌کنند، بنابراین بر اساس این پیش‌فرض می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش از آزمون لوین و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس - کوواریانس در متغیرهای پژوهش از آزمون ام باکس استفاده شد، که نتایج آن‌ها در جدول ۴-۷ ارایه شده است.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش

آزمون لوین				
متغیرها	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
انتظارات از ازدواج	۲/۱۷	۱	۲۸	۰/۱۶
تحمل پریشانی	۱/۱۹	۱	۲۸	۰/۳۱
آزمون M باکس				
مقدار M باکس	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
۴/۸۱	۱/۲۵	۳	۱۳۲۱۲۰/۰۰۰	۰/۱۷

نتایج حاصل از جدول ۴-۸، نشان‌دهنده نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس‌های خطا از لحاظ

آماري برای همه متغیرهای پژوهش حاضر در زمینه نمره‌های کل متغیرهای پژوهش؛ انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی معنادار نبوده است ($P>0/05$) و این به معنای این است که شرط همگنی واریانس‌های خطا به درستی رعایت شده است. علاوه بر این بر اساس جدول ۴-۸، نتایج آزمون M باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P>0/05$) و این به معنای این است که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلای	۰/۵۱۴	۶۱/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
لامبدا ویکلز	۰/۱۰۱	۶۱/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
اثر هوتلینک	۶/۰۰۸	۶۱/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
بزرگترین ریشه روی	۶/۰۰۸	۶۱/۱۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹

گروه

همانطور که در جدول ۴-۸، مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج بیانگر این مطلب است که بین نمره کلی متغیرهای انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و کنترل، حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوتی معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع ضریب همبستگی متغیر و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرها در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۵۹ درصد است، یعنی ۵۹ درصد مربوط به اختلاف بین گروه در تأثیر متغیرها می‌باشد.

جدول ۴-۹: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در زمینه نمرات کل متغیرها در

آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P
گروه	انتظارات از ازدواج	۹۸/۴۲	۱	۹۸/۴۲	۳۴/۱۲	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی	۷۹/۶۴	۱	۷۹/۶۴	۲۷/۲۹	۰/۰۰۱
خطا	انتظارات از ازدواج	۸۷/۲۲	۲۶	۲/۸۹		
	تحمل پریشانی	۳۴/۲۳	۲۶	۱/۷۸		

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴-۹ و با توجه به مقدار F و سطح معناداری، بین دو گروه کنترل و آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس آزمون در نمرات کلی متغیرهای مورد بررسی؛ انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/001$). بر اساس این یافته‌ها و نتایج درمان مبتنی

بر شفقت بر نمره کلی انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در زنان در شرف ازدواج مجدد دارای تاثیرگذار بوده و بر این اساس فرضیه اصلی پژوهش حاضر مورد پذیرش و تایید قرار گرفته و می‌توان چنین گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. فرضیه فرعی اول: درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

برای بررسی فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین پیش‌فرض‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی همگنی شیب رگرسیون می‌باشد. که نتایج آن در جدول ۴-۱۰ ارایه شده است.

جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجزورات	df	f	(Sig) P
	بدبینانه	۰/۲۱	۱	۰/۰۹	۰/۸۳
گروه × پیش‌آزمون	آرمان‌گرایانه	۰/۸۲	۱	۰/۲۹	۰/۴۱
	واقع‌گرایانه	۰/۳۴	۱	۰/۱۸	۰/۵۲

با توجه به نتایج جدول ۴-۱۱، تعامل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری برای متغیرهای پژوهش در درمان مبتنی بر شفقت معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$)، در نتیجه داده‌های به دست آمده از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی و حمایت می‌کنند، بنابراین بر اساس این پیش‌فرض می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش از آزمون لوین و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس - کوواریانس در متغیرهای پژوهش از آزمون ام‌باکس استفاده شد، که نتایج آن‌ها در جدول ۴-۱۱ ارایه شده است.

جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش

آزمون لوین				
متغیرها	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
بدبینانه	۰/۸۲۷	۱	۲۸	۰/۳۷
آرمان‌گرایانه	۱/۱۱۴	۱	۲۸	۰/۱۸
واقع‌گرایانه	۰/۴۰۱	۱	۲۸	۰/۵۲
آزمون M باکس				
مقدار M باکس	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
۵/۵۱	۰/۸۷	۶	۴۵۹۰/۳۰۲	۰/۳۱

نتایج حاصل از جدول ۴-۱۱، نشان‌دهنده نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس‌های خطا از لحاظ آماری برای همه متغیرهای پژوهش حاضر در زمینه نمره ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$) و این به معنای این است که شرط همگنی واریانس‌های خطا به درستی رعایت شده است. علاوه بر این بر اساس جدول ۴-۱۱، نتایج آزمون M باکس جهت بررسی پیش-فرض همگنی واریانس-کوواریانس در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۵$) و این به معنای این است که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۴۱	۲۱/۲۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
لامبدا ویکلز	۰/۲۱۲	۲۱/۲۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
اثر هوتلینک	۲/۹۲۱	۲۱/۲۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
بزرگترین ریشه روی	۲/۹۲۱	۲۱/۲۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳

گروه

همانطور که در جدول ۴-۱۳، مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج بیانگر این مطلب است که بین نمره ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه در گروه آزمایش و کنترل، حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوتی معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع ضریب همبستگی متغیر و عضویت گروهی

است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرها در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۵۳ درصد است، یعنی ۵۳ درصد مربوط به اختلاف بین گروه در تأثیر متغیرها می‌باشد.

جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در زمینه نمرات کل متغیرها در آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P
گروه	بدبینانه	۳/۸۸	۱	۳/۸۸	۴/۴۰	۰/۰۳
	آرمان‌گرایانه	۱۱/۰۴	۱	۱۱/۰۴	۶/۵۳	۰/۰۱
	واقع‌گرایانه	۱۲/۷۵	۱	۱۲/۷۵	۷/۶۶	۰/۰۰۱
خطا	بدبینانه	۲۰/۹۰	۲۵	۱/۵۴		
	آرمان‌گرایانه	۳۹/۶۲	۲۵	۱/۲۷		
	واقع‌گرایانه	۶/۲۱	۲۵	۰/۳۱		

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴-۱۴ و با توجه به مقدار F و سطح معناداری، بین دو گروه کنترل و آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس‌آزمون در نمره ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). بر اساس این یافته‌ها و نتایج مداخلات مبتنی بر شفقت بر نمره ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه در زنان مطلقه در شرف ازدواج دارای تاثیرگذار بوده و بر این اساس فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر مورد پذیرش و تایید قرار گرفته و می‌توان چنین گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

فرضیه فرعی دوم: درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

برای بررسی فرضیه فرعی دوم پژوهش حاضر از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین پیش‌فرض‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی همگنی شیب رگرسیون می‌باشد. که نتایج آن در جدول ۴-۱۴ ارایه شده است.

جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی رگرسیون در متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجزورات	df	f	(Sig) P
گروه × پیش آزمون	تحمل	۰/۹۱	۲	۱/۰۳	۰/۲۶
	ارزیابی	۰/۵۳	۲	۰/۷۱	۰/۴۱
	جذب	۱/۷۰	۲	۲/۸۵	۰/۰۹
	تنظیم	۰/۶۲	۲	۰/۵۳	۰/۳۸

با توجه به نتایج جدول ۴-۱۴، تعامل میان گروه و متغیرهای پیش آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری برای متغیرهای پژوهش در درمان مبتنی بر شفقت معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$)، در نتیجه داده‌های به دست آمده از فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی و حمایت می‌کنند، بنابراین بر اساس این پیش فرض می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس در متغیرهای پژوهش از آزمون ام باکس استفاده شد، که نتایج آن‌ها در جدول ۴-۱۵ ارایه شده است.

جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون لوین و باکس در متغیرهای پژوهش

آزمون لوین				
متغیرها	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
تحمل	۰/۶۷	۱	۲۸	۰/۳۵
ارزیابی	۱/۱۸	۱	۲۸	۰/۱۹
جذب	۳/۱۰	۱	۲۸	۰/۰۹
تنظیم	۰/۸۸	۱	۲۸	۰/۳۱
آزمون M باکس				
مقدار M باکس	مقدار f	df1	df2	(Sig) P
۱۱/۰۷۵	۰/۹۳۴	۱۰	۳۷۴۸/۲۰۷	۰/۵۰۰

نتایج حاصل از جدول ۴-۱۵، نشان‌دهنده نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس‌های خطا از لحاظ آماری برای همه متغیرهای پژوهش حاضر در زمینه نمره ابعاد تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم معنادار نبوده است ($P > 0/05$) و این به معنای این است که شرط همگنی واریانس‌های خطا به درستی رعایت شده است. علاوه بر این بر اساس جدول ۴-۱۵، نتایج آزمون M باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس در متغیرهای پژوهش است که این یافته بیانگر این مطلب است که همگنی واریانس -

کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P > 0/05$) و این به معنای این است که شرط همگنی ماتریس-های واریانس- کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P	مجدورِ اِتا
اثر پیلایی	۰/۷۱۷	۳۲/۵۵۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
لامبدا ویکلز	۰/۱۲۸	۳۲/۵۵۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
اثر هوتلینک	۴/۷۱۸	۳۲/۵۵۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
بزرگترین ریشه روی	۴/۷۱۸	۳۲/۵۵۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵

گروه

همانطور که در جدول ۴-۱۶، مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج بیانگر این مطلب است که بین نمره ابعاد تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم در گروه آزمایش و کنترل، حداقل از نظر یکی از متغیرها تفاوتی معناداری وجود دارد. مجدورِ اِتا (که در واقع ضریب همبستگی متغیر و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرها در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۵۵ درصد است، یعنی ۵۵ درصد مربوط به اختلاف بین گروه در تأثیر متغیرها می‌باشد.

جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در زمینه نمرات تحمل پریشانی در آزمودنی‌های دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P
گروه	تحمل	۱۹/۳۹	۱	۱۹/۳۹	۵۱/۲۲	۰/۰۰۱
	ارزیابی	۱۵/۶۲	۱	۱۵/۶۲	۴۲/۰۸	۰/۰۰۱
	جذب	۱۴/۱۱	۱	۱۴/۱۱	۳۷/۸۱	۰/۰۰۱
	تنظیم	۹/۴۹۲	۱	۹/۴۹۲	۳۳/۵۳	۰/۰۰۱
خطا	تحمل	۷/۱۳	۲۴	۰/۳۰۱		
	ارزیابی	۶/۸۰	۲۴	۰/۲۹۸		
	جذب	۶/۸۲	۲۴	۰/۲۹۹		
	تنظیم	۷/۱۸	۲۴	۰/۳۰۲		

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴-۱۷ و با توجه به مقدار F و سطح معناداری، بین دو گروه کنترل و آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس آزمون در نمره ابعاد تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). بر اساس این یافته‌ها و نتایج مداخلات مبتنی بر شفقت بر نمره ابعاد تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد

دارای تاثیرگذار بوده و بر این اساس فرضیه فرعی دوم پژوهش حاضر مورد پذیرش و تایید قرار گرفته و می‌توان چنین گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

۱-۵- خلاصه

برای دهه‌ها، طلاق و جدایی، به دلیل قرار گرفتن در معرض آسیب‌های روانی جدی به عنوان رویدادهای آسیب‌زا در نظر گرفته شده‌اند. طلاق یک تجربه رابطه‌ای دردناک است که مستلزم از دست دادن دلبستگی، نقض شیوه‌های تفکر قبلی، از جمله اختلال در فرضیات فرد در مورد شریک زندگی، خود و رابطه، کشمکش‌های معنوی، افول اقتصادی، فقدان حمایت اجتماعی، درگیری با همسر سابق، مشکلات در فرزندپروری مشترک یا از دست دادن حضانت فرزندان، ادراک شده است. در نتیجه، افراد مطلقه ممکن است علائم استرس پس از سانحه افکار مکرر، برانگیختگی، شناخت منفی و رفتار اجتنابی را تجربه کنند، با توجه به این موارد، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان ۲۵ تا ۴۰ سال مطلقه سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان بابلسر بودند که قصد ازدواج مجدد را داشتند. از بین جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر از زنان واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند، سپس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت برگزار شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های انتظارات از ازدواج جونز و نلسون (۱۹۹۶) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر این مطلب بود که در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه از زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل و آزمایش از نظر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی دارای تفاوت معناداری بود ($P < 0/05$)؛ نتایج نشان داد که زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه آزمایش از نظر تحمل پریشانی و انتظارات از ازدواج به طور معنادار در وضعیت بهتری از زنان مطلقه در شرف ازدواج گروه کنترل قرار داشتند.

۲-۵- یافته‌های توصیفی

اکثر افراد شرکت کننده در این پژوهش دارای تحصیلات کارشناسی بودند، به طوری که، ۹ نفر (۳۰ درصد) از افراد شرکت کننده در پژوهش دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) کاردانی، ۱۱ نفر (۳۶/۶۸ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۱۶/۶۶ درصد) کارشناسی ارشد بودند. میانگین و انحراف معیار کلی سن شرکت کنندگان در این پژوهش به ترتیب برابر با ۳۳/۱۴ و ۳/۴۳ بوده است. در بحث میانگین‌ها مشخص شد که میانگین نمرات زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون در متغیر تحمل پریشانی و مولفه‌های آن؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم افزایش پیدا کرد و میانگین نمرات زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون در متغیر انتظارات از ازدواج و مولفه‌های آن؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه افزایش پیدا کرده است، اما میانگین نمرات در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه کنترل در مرحله پس آزمون در مقایسه با مرحله پیش آزمون از نظر متغیرهای؛ تحمل پریشانی و مولفه‌های آن؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم و انتظارات از ازدواج و مولفه‌های آن؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه تفاوت چندانی مشاهده نشده است.

۳-۵- بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی، درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که بین میانگین نمرات زنان مطلقه در شرف ازدواج در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود داشت، بدین ترتیب که زنان مطلقه در شرف ازدواج گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون در وضعیت بهتری قرار داشتند. بنابراین می‌توان اینگونه گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج و تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. نتایج حاصل از فرضیه اصلی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون؛ کریمی‌فر و فراهانی (۱۴۰۲)، ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۲)، آخوندی و همکاران (۱۴۰۲)، دستمردی و همکاران (۱۴۰۲) و نوری نیستانکو و همکاران (۱۴۰۲) همسو بوده است. این پژوهشگران و محققان دریافته‌اند که درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود وضعیت روابط زناشویی و ارتقاء حالات هیجانی و عاطفی زوجین در موقعیت‌ها و شرایط مختلف از جمله در هنگام ازدواج و در شرف ازدواج می‌شود.

در تبیین نتایج حاصل از فرضیه اصلی پژوهش می‌توان چنین گفت که؛ تعارضات و ناسازگاری‌های زناشویی و طلاق و جدایی ناشی از تعارضات و ناسازگاری‌های زناشویی، منبع استرس و تنیدگی برای زوجین بخصوص زنان است و بر تحمل پریشانی و انتظارات از ازدواج آنها نیز تأثیر می‌گذارد. وجود تعارضات و ناسازگاری‌های زناشویی و طلاق و جدایی در خانواده عمدتاً موجب ایجاد احساس گناه و شرم در زوجین می‌شود. احساس گناهی که می‌تواند به‌عنوان نتیجه اشتباهات و خطاکاری‌های هریک از زوجین بخصوص در زنان در گذشته تعبیر و تفسیر شود. برخی به دلیل آنکه عاشق یکدیگر نبوده‌اند، دچار احساس گناه می‌شوند، برخی نیز به علت تمایل‌شان برای ضربه زدن به طرف مقابل احساس گناه می‌کنند و برخی دیگر نیز به لحاظ خشمی که ناشی از زوال امید برای بهبود کیفیت روابط زناشویی است، خود را گناهکار می‌شمارند. بر این اساس با آموزش اصول مبتنی بر شفقت، زنان مطلقه در شرف ازدواج به این نکته پی می‌برند که این رویداد ممکن است که برای هر زوج و انسانی رخ دهد و تنها آن‌ها نیستند که از وجود چنین مشکلی در زندگی رنج می‌برند. بنابراین زنان مطلقه در شرف ازدواج با درک اصول مبتنی بر شفقت احساس گناه کمتری را تجربه می‌کنند که این خود به بهبود تحمل پریشانی و انتظارات از ازدواج در آنها منجر می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، اکثر زوجین بخصوص زنانی که طلاق گرفته‌اند خودانتقادگر هستند و خودشان را سرزنش

می‌کنند. خودانتقادی به‌عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی تلقی می‌شود که ماهیت استرس‌زا و خودتضعیف‌کننده دارد. به همین خاطر، روان‌شناسان در راستای پیشگیری از این خودانتقادی و شرم به مفهوم‌سازی‌های جایگزین برای معرفی نگرش و ارتباط سالم با خود اقدام کردند. یکی از این مفاهیم مهم، مفهوم خودشفقتی است. نف (۲۰۲۳)، شفقت‌ورزی و خودشفقتی را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای و سه عاملی شامل مهربانی با خود در مقابل خودقضاوتی، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی می‌داند. استفاده از این عامل‌ها و سازه‌ها در فضای جلسات شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به کاهش خود انتقادگری و شرم زنان مطلقه در شرف ازدواج می‌گردد و از این طریق، باعث بهبود وضعیت تحمل پریشانی و انتظارات از ازدواج آنان شود (نف، ۲۰۲۳).

فرضیه فرعی اول، درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که بین میانگین نمرات زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در مولفه‌ها و ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه تفاوت معناداری وجود داشت، بدین ترتیب که زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در ابعاد انتظارات از ازدواج؛ بدبینانه، آرمان‌گرایانه و واقع‌گرایانه در مرحله پس‌آزمون در وضعیت بهتری قرار داشتند. بنابراین می‌توان اینگونه گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر انتظارات از ازدواج زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. نتایج حاصل از فرضیه فرعی اول با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون؛ سلطانی و فاتحی‌زاده (۱۴۰۱)، نیجرو و همکاران (۲۰۲۳)، هیهن و همکاران (۲۰۲۲) و بولت و همکاران (۲۰۱۹) همسو بوده است. این پژوهشگران و محققان در پژوهش‌ها و تحقیقات خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود باورها، انتظارات، نگرش‌ها و همچنین وضعیت و حالات روانی و هیجانی افراد پس از طلاق و پس از قطع رابطه عاشقانه می‌شود.

در تبیین نتایج حاصل از فرضیه فرعی اول می‌توان گفت که؛ از پایه‌های اساسی شفقت‌درمانی می‌توان به آموزش ذهن‌آگاهی (ذهن آگاه) و تکنیک‌های کاربردی آن اشاره کرد. فن گسلش را می‌توان به‌عنوان یکی از این تکنیک‌ها در نظر گرفت. در این فن به افراد آموزش داده می‌شود که افکارشان را به‌عنوان رویدادهای ذهنی و نه حقایق کلامی در نظر بگیرند و از این طریق خود را از افکار پریشان‌کننده و غیرسودمند رها سازند و به جای غرق شدن در الگوهای خودکار بر مبنای ارزش‌ها و شرایط محیطی فعلی‌شان عمل کنند. به‌عبارت دیگر، تمرینات گسلش شناختی باعث می‌شود افراد تسلیم افکار، باورها، انتظارات و قالب‌های ذهنی و

احساسات خود نباشند و شیوه‌هایی برای تعامل با دنیا بر اساس تجربه‌شان بیابند. نتایج برخی از پژوهش حاکی از آن است که بکارگیری تکنیک ذهن‌آگاهی در رویکرد شفقت درمانی منجر به افزایش و بهبود نگرش‌ها، باورها و انتظارات مثبت و سازنده در افراد می‌شود (گیلبرت و سیمون، ۲۰۲۲). ذهن‌آگاهی به زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد امکان می‌دهد تا به جای اینکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل و با انتظارات و نگرش‌های منفی و ناکارآمد پاسخ دهند، آنها را با تفکر و تأمل و با نگرش‌ها و انتظارات سازنده و کارآمد پاسخ دهند و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر کنند.

فرضیه فرعی دوم، درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که بین میانگین نمرات زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در مولفه‌ها و ابعاد تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم تفاوت معناداری وجود داشت، بدین ترتیب که زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در تحمل پریشانی؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم در مرحله پس‌آزمون در وضعیت بهتری قرار داشتند. بنابراین می‌توان اینگونه گفت که؛ درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد موثر است. نتایج حاصل از فرضیه فرعی دوم با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون؛ وسپر و همکاران (۲۰۲۳)، میلارد و همکاران (۲۰۲۳)، نیک‌پرور و همکاران (۲۰۲۳) و کریمی‌فر و فراهانی (۱۴۰۲) همسو بوده است. کریمی‌فر و فراهانی (۱۴۰۲) مطالعه‌ای را با هدف اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام دادند، دریافتند که آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته است.

در تبیین نتایج حاصل از فرضیه دوم پژوهش حاضر می‌توان چنین گفت که؛ شفقت‌درمانی مانند یک سبک و راهبرد تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات و عواطف منفی و ناسازگارانه فرد همچون عدم تحمل پریشانی را کاهش می‌دهد و راهبردهای هیجانی مثبت و سازگارانه همچون تحمل پریشانی را جایگزین آن می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، شرم و خودانتقادی فرد کاهش یافته (گیلبرت، ۲۰۱۴) و از این طریق تحمل پریشانی او افزایش و بهبود می‌یابد. از طرفی دیگر، ایرونز و لاد^۱ (۲۰۱۷) معتقد هستند با کمک شفقت‌درمانی، فرد نسبت گذشته با جرأت‌تر می‌شود و می‌تواند چرخه معیوب

¹ Irons & Lad

انتقاد نسبت به خود و ترسیم انتظارات سطح بالا را از خود مورد چالش قرار دهد و با نگرشی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات دست‌یافتنی را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد. از این‌رو، کاهش شرم و خودانتقادی فرد با کمک این شیوه درمانی قابل پیش‌بینی است که این خود باعث افزایش تحمل پریشانی در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد می‌شود. از دیدگاه گیلبرت و سیمون (۲۰۲۲)، شفقت‌درمانی از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مثبت بر احساسات درونی منجر به هیجانات و عواطف مثبت و سازگارانه مراجعان می‌شود و از این طریق نقش بسزایی در افزایش و بهبود تحمل پریشانی و مولفه‌های آن؛ تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم در زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد می‌شود. علاوه بر این در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که یکی از حوزه‌های اثربخش درمان مبتنی بر شفقت مدیریت هیجان و تنظیم سازگارانه هیجانات زوجین و یا افراد در شرف ازدواج می‌باشد. یکی از مهمترین مشخصه‌های موقعیت‌های مسئله آفرین در مسائل زناشویی و روابط زوجین، واکنش‌های هیجانی زوجین هستند. جهت‌گیری مثبت به مسئله باعث عدم استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه همچون تحمل پریشانی از سوی زوجین یا افراد در شرف ازدواج می‌شود. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه و انطباقی نقش اساسی در تحمل پریشانی دارد؛ بنابراین استفاده از تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت منجر به افزایش تحمل پریشانی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد می‌شود.

۴-۵- محدودیت‌ها

- به دلیل محدودیت زمانی، فرصت برگزاری مرحله پیگیری و سنجش ثبات مداخله شفقت‌درمانی در فواصل زمانی مختلف فراهم نشد.
- وجود برخی عوامل فرهنگی و قومی، باعث شد که برخی از زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد علیرغم علاقه جهت حضور در این پژوهش، نتوانند در این پژوهش شرکت کنند.
- انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

۵-۵- پیشنهادات

پیشنهادات پژوهشی

- از آنجا که این پژوهش بر روی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد شهر بابلسر انجام شد، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی بر روی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد سایر شهرها صورت گیرد و نتایج آنها با نتیجه و یافته پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

- جهت بررسی پایداری شفقت درمانی پیشنهاد می شود آزمون ها و مراحل پیگیری در فواصل زمانی مختلف اجرا شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

پیشنهادات کاربردی

- به روانشناسان حوزه خانواده و زوج درمانگران پیشنهاد می شود که از شفقت درمانی جهت ارتقاء انتظارات از ازدواج و ابعاد و مولفه های آن در زنان مطلقه متقاضی ازدواج مجدد مورد استفاده قرار دهند.

- به روانشناسان حوزه خانواده و زوج درمانگران پیشنهاد می شود که از شفقت درمانی جهت ارتقاء تحمل پریشانی و ابعاد و مولفه های آن در زنان متقاضی طلاق در شرف ازدواج مجدد مورد استفاده قرار دهند.

- به مسئولان وزارت ورزش و جوانان و سازمان بهزیستی پیشنهاد می شود تا از شفقت درمانی جهت آماده سازی شرایط روانشناختی و عاطفی زنان مطلقه در شرف ازدواج مجدد مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

منابع فارسی

- اربابی، فائزه.، سراوانی، شهرزاد.، و زینلی‌پور، مژگان. (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. *دوماهنامه‌ی علمی - پژوهشی فیض*، ۲۶(۱)، ۸۲-۹۰.
- اردشیرزاده، مهتاب.، بختیارپور، سعید.، همایی، رضوان.، و افتخار صعادی، زهرا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت درمانی بر افکار خودآیند منفی و احساس تنهایی در زنان مطلقه. *سلامت جامعه*، ۱۶(۱)، ۴۲-۵۲.
- اکاتی، غلام‌نبی.، شهابی زاده، فاطمه.، و بحرینیان، سیدعبدالمجید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون خودشفقت‌گری توجه آگاهانه بر واکنش‌های هیجانی زنان با اضطراب کرونای دارای دلبستگی ناایمن به همسر. *سبک زندگی/اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۲)، ۷۴-۵۹.
- امیدیان، سارا.، کاظمیان مقدم، کبری.، و هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه‌ی علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۳۲۷-۳۰۹.
- امیری‌راد، ملیحه.، اسلمی، الهه.، و موسوی، شکوفه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴۰)، ۷۷-۱۰۲.
- آخوندی، فهیمه.، توزنده‌جانی، حسن.، و زنده‌دل، احمد. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر شفقت‌ورزی بر عاطفه مثبت و اسناد خصمانه زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۳)، ۷۵-۸۴.
- بابایی‌گرمخانی، محسن.، کسایی، عبدالرحیم.، زهراکار، کیانوش.، و اسدپور، اسماعیل. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۹(۲)، ۷۳-۹۲.
- برزیان، علی.، هاشمیان‌فر، سیدعلی.، و داوودی، بهجت. (۱۴۰۲). مطالعه جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر گرایش زنان مطلقه به ازدواج مجدد (مطالعه موردی شهر اصفهان). *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۴(۱)، ۸۹-۱۱۲.

تیموری، زهره، مجتبیایی، مینا، و رضازاده، سید محمدرضا. (۱۴۰۰) مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *مجله‌ی علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۲)، ۱۳۰-۱۴۳.

حسینی‌مهر، نجمه، خضری‌مقدم، نوشیروان، و پوراحسان، سمیه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. *پژوهش‌نامه‌ی روانشناسی مثبت*، ۷(۲)، ۳۳-۴۸.

خشنود، قاسم. (۱۳۹۸). *اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بازسازی عاطفی بر ترس از صمیمیت، اعتماد در روابط نزدیک و رضایت زناشویی در زوجین با ازدواج مجدد با تجربه طلاق: یک مطالعه موردی*. رساله دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

خلجی، مریم. (۱۳۹۸). *جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

دستمردی، زهرا، مقتدر، لیلا، و اکبری، بهمن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل و شفقت به خود بر حرمت خود و تمایز یافتگی در دانشجویان دارای شکست عاطفی. *سبک زندگی/اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۱)، ۱۷۶-۱۸۷.

دلاور، علی. (۱۳۹۰). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیت. تهران: انتشارات رشد.

رجائی، راضیه، نشاط دوست، حمیدطاهر، و آقائی خواجه لنگی، حسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۲)، ۲۵۵-۲۶۶.

رجبی، غلامرضا، خشنود، قاسم، سودانی، منصور، و خجسته‌مهر، رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر بازسازی عاطفی بر افزایش اعتماد و رضایت زناشویی در زوجین با ازدواج مجدد. *مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۱)، ۱۲۹-۱۱۴.

رضازاده، مسعود، و صدری، اسماعیل. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش پیش از ازدواج بر باورهای ارتباطی، خودکارآمدی و معناجویی در دانشجویان پرستاری. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱۰(۲)، ۱۶۵-۱۹۶.

روحی‌مطلق، شراره، افتخارصعادی، زهرا، مکوندی، بهنام، و حافظی، فریبا. (۱۴۰۱). بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته‌گام. *پژوهش‌نامه‌ی زنان*، ۱۳(۳۹)، ۹۱-۱۰۷.

سلطانی، مینا، و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان پس از قطع رابطه عاشقانه (مطالعه تک‌موردی). *روان پرستاری*، ۱۰(۳)، ۱۰۴-۱۱۶.

شجاعی کلاته‌بالی، نرگس، ثمری، علی‌اکبر، اکبرزاده، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه شفقت‌درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی زناشویی و خوش‌بینی در بیماران قلبی عروقی. *روان پرستاری*، ۹(۶)، ۸۶-۹۷.

صاحبی، معصومه، حسن‌زاده، رمضان، و میرزائیان، بهرام. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸. *سلامت جامعه*، ۱۶(۱)، ۱۲-۲۲.

صادقی، محمد، بهرامی، فاطمه، و اسماعیلی، رضا. (۱۳۹۸). تدوین مدل بومی عوامل فرهنگی بازدارنده ازدواج مجدد زنان سرپرست خانوار زیر پوشش کمیته امداد کشور ایران در سال ۱۳۹۵. *پژوهش‌نامه‌ی زنان*، ۱۰(۲۸)، ۱۹۹-۲۲۹.

طاهری، اکبر، مرعشی، سیدعلی، حمید، نجمه، و بشلیده، کیومرث. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی-رشدی. *مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۸(۱)، ۳۳-۲۰.

عظیمی‌خویی، آرزو، زهراکار، کیانوش، و احمدی، خدابخش. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش پیش از ازدواج مبتنی بر برنامه پیشگیری و بهبود رابطه بر باورهای ارتباطی و نگرش به ازدواج زوجین در آستانه ازدواج. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۴، ۶۳-۷۳.

فاریابی، ظهیرالدین، خیاطان، فلور، و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بسته شفقت‌درمانی بخشش محور و بخشش درمانی بر مدیریت خشم، سازگاری زناشویی و فرکانس عشق در زنان دارای تعارضات زناشویی. *طلوع بهداشت*، ۱۹(۶)، ۷۷-۹۴.

قاسم‌زاده، مهدی، معتمدی، عبدالله، و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۰(۲۷)، ۱۱۷-۱۳۹.

قهرمانی، مریم، خلعتبری، جواد، و تقوایی، داود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت‌درمانی بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۳)، ۴۷۴-۴۸۸.

کریمی‌فر، مهرآه، و فراهانی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۲)، ۳۰۷-۳۱۹.

گیدنز، انتونی. (۲۰۰۶). *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، ۱۳۸۶. تهران: انتشارات نشر نی.

متین، حسین، و اعتمادی، عذرا. (۱۴۰۰). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی زوجین دارای تعارض زناشویی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۴۲)، ۱-۲۲.

محمدی، محمد، رضایی شریف، علی، شیخ‌الاسلامی، علی، و قمری گیوی، حسین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی همسر جانبازان. *فصلنامه‌ی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۷ (۶۱)، ۳۵-۵۸.

محمودپور، عبدالباسط، شیر، طاهره، فرحبخش، کیومرث، و ذوالفقاری، شادی. (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به طلاق بر اساس دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی با میانجی‌گری احساس تنهایی در زنان متقاضی طلاق. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱ (۴۲)، ۱۲۱-۱۴۱.

ملکی، حسن. (۱۳۹۶). *آموزش و مشاوره ازدواج مجلد*. تهران: انتشارات آوای نور.

نوری نیستانک، آناهیتا، حبیبی، محمدباقر، و بیگدلی، حسین. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷، ۱۰۳-۱۱۵.

نیک‌خواه، هدایت‌الله، فانی، مریم، و اصغرپور ماسوله، احمد رضا. (۱۳۹۶). سنجش نگرش دانشجویان نسبت به ازدواج و عوامل مؤثر در آن. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۸ (۳)، ۹۹-۱۲۲.

نیلفروشان، پریسا، عابدی، احمد، نویدیان، علی، و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی مقیاس انتظار از ازدواج. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۵، ۱۱-۱۹.

ولی‌زاده، حدیث، احمدی، وحید، و میرشکار، ساره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه‌ی پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶۹، ۲۵۷-۲۶۵.

References

- Abrantes, A. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Carpenter, L. L., Price, L. H., & Brown, R. A. (2008). The role of negative affect in risk for early lapse among low distress tolerance smokers. *Addictive Behaviors*, 33, 1394–1401
- Adie, T., Steindl, S. R., Kirby, J. N., Kane, R. T., & Mazzucchelli, T. G. (2021). The relationship between self-compassion and depressive symptoms: Avoidance and activation as mediators. *Mindfulness*, 12(7), 1748–1756.
- Albertson, E. R., Neff K. D., & Dill-Shackleford K. E. (2015). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-54.
- Azizi, A. R. (2010). Reliability and validity of the Persian version of distress tolerance scale. *Iranian journal of psychiatry*, 5(4), 154-158.
- Azzopardi, C. (2007). Expectations of marriage before & after marriage among Maltese Catholic couples. [PhD. dissertation]. London: University of East London.
- Biddle, Z., O'Callaghan, F. V., Finlay-Jones, A. L., & Reid, N. E. (2020). Caregivers of children with fetal alcohol spectrum disorder: Psychosocial factors and evidence for self-compassion as a potential intervention target. *Mindfulness*, 11, 2189-2198.
- Bohadana, G., Morrissey, S., & Paynter, J. (2019). Self-compassion: A novel predictor of stress and quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 4039-4052.
- Bolt, O. C., Jones, F. W., Rudaz, M., Ledermann, T., & Irons, C. (2019). Self-compassion and compassion towards one's partner mediate the negative association between insecure attachment and relationship quality. *Journal of Relationships Research*, 10, e20.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical psychology review*, 25(6), 713-733.
- Buckheit, K. A., De Vita, M., & Maisto, S. A. (2020). A multimethod investigation of distress tolerance and problematic alcohol use. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 28(2), 137.
- Bui, T. H. T., Nguyen, T. N. T., Pham, H. D., Tran, C. T., & Ha, T. H. (2021). The mediating role of self-compassion between proactive coping and perceived stress among students. *Science Progress*, 104(2), 368504211011872.
- Bujarski, S. J., Norberg, M. M., & Copeland, J. (2012). The association between distress tolerance and cannabis use-related problems: The mediating and moderating roles of coping motives and gender. *Addictive behaviors*, 37(10), 1181-1184.
- Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*, 50(3), 630-645.
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2020). Self-compassion and depressive symptoms in chronic pain (CP): A 1-year longitudinal study. *Mindfulness*, 11(3), 709–719.
- Deal, R. L., & Olson, D. H. (2015). *The smart stepfamily marriage: Keys to success in the blended family*. Grand Rapids: Baker Publishing Group. <https://books.google.com/books?id=s5gQBqAAQBAJ&dq>

- Deniz, M. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, 177, 1-5.
- Derlic, D. (2022). From Cognitive Behavioral Therapy to Mindfulness-Based Interventions. *Journal of Correctional Health Care*, 28(6), 439-446.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 82, 1-10.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.
- Ellis, A. J., Fischer, K. M., & Beevers, C. G. (2010). Is dysphoria about being red and blue? Potentiation of anger and reduced distress tolerance among dysphoric individuals. *Cognition & Emotion*, 24(4), 596-608.
- Faber, A. J. (2004). Examining remarried couples through a Bowenian family systems lens. *Journal of Divorce & Remarriage*, 40(3-4), 121-33.
- Faubert, K. (2008). This isn't a fairy tale: An exploration of marital expectation and coping among marriage women [MSc. thesis]. Miami: Miami University.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455-1473.
- Fox, W. E., & Shriner, M. (2014). Remarried couples in premarital education: Does the content match participant needs? *Journal of Divorce & Remarriage*, 55(4), 276-99.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in psychology*, 10(5), 1099.
- Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.
- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*. The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion -focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199 -208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge Press.
- Gilbert, P. (2013). *Mindful compassion*. Hachette.
- Gilbert, P. (2014a). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2014b). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 586161.

- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
- Gorka, S. M., Ali, B., & Daughters, S. B. (2012). The role of distress tolerance in the relationship between depressive symptoms and problematic alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 621.
- Gündoğdu, R., Yavuzer, Y., & Karatas, Z. (2018). Irrational Beliefs in Romantic Relationships as the Predictor of Aggression in Emerging Adulthood. *Journal of Education and Training Studies*, 6(3), 108-115.
- Hammersmith, A. (2018). *Marital biography and well-being in later life: The role of remarriage, disruption pathways, and duration on health, parent-child contact, and ambivalence toward children*. (Doctoral dissertation, Bowling Green State University, Sociology). Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>
- Han, A., & Kim, T. H. (2023). Effects of Self-Compassion Interventions on Reducing Depressive Symptoms, Anxiety, and Stress: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 1-29.
- Hasan, N. S., Babson, K. A., Banducci, A. N., & Bonn-Miller, M. O. (2015). The prospective effects of perceived and laboratory indices of distress tolerance on cannabis use following a self-guided quit attempt. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 933.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126–1132.
- Holzhauser, C. G., Wemm, S., & Wulfert, E. (2017). Distress tolerance and physiological reactivity to stress predict women's problematic alcohol use. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 25(3), 156.
- Hsieh, C. C., Yu, C. J., Chen, H. J., Chen, Y. W., Chang, N. T., & Hsiao, F. H. (2019). Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1498–1505.
- Huynh, T., Phillips, E., & Brock, R. L. (2022). Self-compassion mediates the link between attachment security and intimate relationship quality for couples navigating pregnancy. *Family process*, 61(1), 294-311.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1113–1126.
- Johannsen, M., Schlander, C., Vestergaard, I. F., Lundorff, M., Wellnitz, K., Konnerup, K. B. K., & O'Connor, M. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults—Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314, 114683.
- Jones, G. D., & Nelson, E. S. (1996). Expectations of marriage among college students from intact and bit-intact homes. *Journal of Divorce & Remarriage*, 26(2), 171-189.
- Kaleta, K., & Mróz, J. (2023). Posttraumatic Growth and Subjective Well-Being in Men and Women after Divorce: The Mediating and Moderating Roles of Self-Esteem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3864.

- Kariyawasam, L., Ononaiye, M., Irons, C., & Kirby, S. E. (2023). *Compassion-based interventions in Asian communities: A meta-analysis of randomised controlled trials. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(1), 148-171.
- Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477.
- Kechter, A., Barrington-Trimis, J. L., Cho, J., Davis, J. P., Huh, J., Black, D. S., & Leventhal, A. M. (2021). Distress tolerance and subsequent substance use throughout high school. *Addictive behaviors*, 120, 106983.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
- Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Kolubinski, D. C., Amirinezhad, A., & Ghorbani, F. (2021). Distress tolerance and special alcohol metacognitions behave differently in the association of negative affect with alcohol-related patterns in men with problematic alcohol use in the abstinence phase. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 345-354.
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(6), 623–628.
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy Theory Research*, 90(3), 432–455. 10.1111/papt.12104
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513.
- Lama, D. , & Thupten, J. (1995). *The power of compassion*. HarperCollins.
- Larson, J. H. (1988). The marriage quiz: College students' beliefs in selected myths about marriage. *Family Relationship*, 37(1), 3-11.
- Leopold, T., & Kalmijn, M. (2016). Is divorce more painful when couples have children? Evidence from long-term panel data on multiple domains of well-being. *Demography*, 53(6), 1717-1742.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.
- Li, X., Jiang, Q., Cheng, X., & Ge, T. (2023). Remarriage After Divorce and Health in Later Life: Findings From CHARLS in China. *Journal of Family Issues*, 44(2), 560-582.
- Lim, A. C., Roche, D. J., & Ray, L. A. (2018). Distress tolerance and craving for cigarettes among heavy drinking smokers. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(6), 918-928.
- Linehan's, T. P. (2015). Review on neural correlates of emotion regulation and music: Implications for emotion dysregulation. *Frontiers in Psychology*, 8, 501.
- Lynch, T. R., & Mizon, G. A. (2011). Distress over tolerance and distress intolerance: A behavioral perspective.

- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). *Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology*. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). *Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology*. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Mak, W. W., Tong, A. C., Yip, S. Y., Lui, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., & Wong, C. C. (2018). *Efficacy and moderation of mobile app-based programs for mindfulness-based training, self-compassion training, and cognitive behavioral psychoeducation on mental health: Randomized controlled no inferiority trial*. *JMIR mental health*, 5(4), e60.
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). *Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis*. *Journal of affective disorders*, 300, 492-504.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). *The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*.
- Murfield, J., Moyle, W., O'Donovan, A., & Ware, R. S. (2020). *The role of self-compassion, dispositional mindfulness, and emotion regulation in the psychological health of family carers of older adults*. *Clinical Gerontologist*, 1-13.
- Neff, K. (2003). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2023). *Self-compassion: Theory, method, research, and intervention*. *Annual review of psychology*, 74, 193-218.
- Neff, K. D., & Germer, C. (2017). *Self-compassion and psychological well-being*. *OXFORD HANDBOOK OF COMPASSION SCIENCE, CHAP. OXFORD UNIVERSITY PRESS*.
- Nikparvar, F., Sasanian, F., Spencer, C., & Stith, S. (2023). *Effectiveness of Compassion-Based Acceptance Therapy and Schema Therapy on Intimate Partner Violence Victims' Psychological Health*. *Journal of interpersonal violence*, 08862605231169736.
- Njogu, A., Kaburu, F., Njogu, J., Barasa, E., Mutisya, A., & Luo, Y. (2023). *The effect of self-compassion-based programs for infertility (SCPI) on anxiety and depression among women pursuing fertility treatment: a three-armed, randomised controlled trial*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 40(4), 911-927.
- Pasley, K., & Garneau, C. (2012). *Remarriage and stepfamily life*. In: Walsh F, editor. *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity*. New York: Guilford Press, 149-172.
- Pasley, K., Koch, M. G., & Ihinger-Tallman, M. (1994). *Problems in remarriage: An exploratory study of intact and terminated relationships*. *Journal of Divorce & Remarriage*, 20(1-2), 63-83.
- Pedrelli, P., MacPherson, L., Khan, A. J., Shapero, B. G., Fisher, L. B., Nyer, M., ... & Silveri, M. M. (2018). *Sex differences in the association between heavy drinking and behavioral distress tolerance and emotional reactivity among non-depressed college students*. *Alcohol and alcoholism*, 53(6), 674-681.

- Pilatti, A., Michelini, Y., Bravo, A. J., & Pautassi, R. M. (2022). The association between distress tolerance and alcohol outcomes via internal drinking motives. *Subst Use Misuse*, 57, 230–238.
- Poorhejazi, M., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, S., & Khodabakhshi-Koolae, A. (2021). The Effectiveness of a Unified Protocol for the Family Therapy on Emotional Divorce and Marital Boredom in Women with Marital Conflict. *Practice in Clinical Psychology*, 9(1), 71-80.
- Ricard, M. (2015). *Altruism: The power of compassion to change yourself and the world*. Little, Brown.
- Rios, C. M. (2010). *The relationship between premarital Advice, expectations and marital satisfaction [MSc. thesis]*. Utah: Utah State University.
- Segrin, C., & Nabi, R. L. (2002). Does television viewing cultivate unrealistic expectations about marriage? *Journal of Communication*, 52(2), 247-63.
- Shayesteh-Parto, F., Hasanpoor-Azghady, S. B., Arefi, S., & Amiri-Farahani, L. (2023). Infertility-related stress and its relationship with emotional divorce among Iranian infertile people. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-9.
- Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International journal of mental health and addiction*, 14, 844-849.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83 -102.
- Slabbert, A., Hasking, P., Greene, D., & Boyes, M. (2021). Measurement invariance of the distress tolerance scale among university students with and without a history of non-suicidal self-injury. *PeerJ*, 9, e10915.
- Slanbekova, G., Chung, M. C., Abildina, S., Sabirova, R., Kapbasova, G., & Karipbaev, B. (2017). The impact of coping and emotional intelligence on the relationship between posttraumatic stress disorder from past trauma, adjustment difficulty, and psychological distress following divorce. *Journal of Mental Health*, 26(4), 334-341.
- Stanley, S. (2013). From discourse to awareness: Rhetoric, mindfulness, and a psychology without foundations. *Theory & Psychology*, 23(1), 60-80.
- Stokes, S. B., & Wampler, R. S. (2002). Remarried clients seeking marital therapy as compared to those seeking family therapy: Differences in levels of psychological and marital distress. *Journal of Divorce & Remarriage*, 38(1-2), 91-107.
- Strauss, C., Taylor, B. L. , Gu, J. , Kuyken, W. , Baer, R. , Jones, F. , & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27.
- Sweeney, M. M. (2010). Remarriage and stepfamilies: Strategic sites for family scholarship in the 21st century. *Journal of marriage and family*, 72(3), 667-684.
- Tara, M., Hobbs, M. A., Lorraine, M., & Arthur, K. C. (2019). The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children with Chronic Illness or Disability: A Conceptual Model. *Frontiers in Psychology*, 10, 1602
- Ufholz, K. E. (2012). *The effect of peers on marital beliefs and expectations [PhD. dissertation]*. Dayton: The University of Dayton

- Veilleux, J. C. (2019). *The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis*. *Clinical psychology review*, 71, 78-89.
- Volz, A. R., Dennis, P. A., Dennis, M. F., Calhoun, P. S., Wilson, S. M., & Beckham, J. C. (2014). *The role of daily hassles and distress tolerance in predicting cigarette craving during a quit attempt*. *nicotine & tobacco research*, 16(6), 872-875.
- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2023). *Introducing compassion focused psychosexual therapy*. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 320-352.
- Wang, Q., & Wu, H. (2023). *The mediating role of self-compassion and its components in the relationship between maladaptive perfectionism and life satisfaction among Chinese medical students*. *Current Psychology*, 42(17), 14769-14781.
- Widiastuti, D. (2021). *Marital satisfaction in individuals who remarry after divorce*. In *International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE 2020)* (pp. 131-137). Atlantis Press.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). *Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis*. *Mindfulness*, 10(6), 979–995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Wong, C. C. Y., & Mak, W. W. S. (2016). *Writing can heal: Effects of self-compassion writing among Hong Kong Chinese college students*. *Asian American Journal of Psychology*, 7(1), 74–82. <https://doi.org/10.1037/aap0000041>
- Zahedi, M. (2019). *The Effect of Compassion-Based Counseling on Marital Intimacy of Conflicted Couples*. *Social Behavior Research & Health (SBRH)*, 3(2), 393-401.

مقیاس انتظار از ازدواج

لطفاً به هریک از جملات با استفاده از مقیاس زیر پاسخ گوید. اولین پاسخی که به نظرتان می‌رسد را علامت بزنید. جواب درست یا غلطی وجود ندارد و هر جمله برای هر فردی ممکن است معنای متفاوتی داشته باشد. تصور کنید که زندگی زناشویی آینده شما چگونه خواهد بود.

کاملاً موافقم=۵ / موافقم=۴ / نظری ندارم=۳ / مخالفم=۲ / کاملاً مخالفم=۱

ازدواج من از دیگر روابط نزدیکی که داشته‌ام عمیق‌تر و قوی‌تر خواهد بود.

هردوی ما به یک اندازه روی مسائل جنسی تأکید خواهیم داشت.

من و همسرم در زمینه تمیزی و پاکیزگی مشابه خواهیم بود.

تأمین مالی برایمان مشکل خواهد بود.

برای کمک گرفتن از یکدیگر مشکلی نخواهیم داشت.

همسرم کاملاً جذاب خواهد بود.

کارهایی که هرکدام باید در خانه انجام دهیم را مشخص خواهیم کرد.

زمان با هم بودن مهم‌تر از زمان تنهایی خواهد بود.

حفظ رابطه عاشقانه عامل اصلی برای شادمانی زناشویی ما خواهد بود.

در مورد زمان بچه‌دار شدن با هم توافق خواهیم داشت.

اگر به دلایل تحصیلی یا شغلی بخوایم به شهر دیگری بروم مسلماً همسرم می‌خواهد که همراه من بیاید.

زندگی جنسی ما انعکاس رضایت زناشویی ما خواهد بود.

همسرم حس شوخ‌طبعی قوی‌ای خواهد داشت.

در صورت نیاز هر دوی ما می‌خواهیم که با مشاور خانواده مشورت کنیم.

من و همسرم کاملاً نسبت به هم محبت خواهیم داشت.

داشتن فرزند رضایت زناشویی هر دوی ما را افزایش خواهد داد.

آنچه که من می‌خواهم و آنچه که مرا خوشحال می‌کند را همسرم به طور غریزی می‌داند.

همسرم برای درک من مشکل خواهد داشت.

اگر هیکل همسرم تغییر کند، ناراحت نخواهم شد

همسرم مرا دوست خواهد داشت.

همسرم همیشه به من گوش خواهد داد.

اگر نقاط ضعف همسرم را به او یادآوری کنم، او را تغییر خواهم داد.

ما از دست یکدیگر عصبانی خواهیم شد.

رابطه جنسی همیشه مهیج خواهد بود.

ما همیشه به راحتی احساسات خود را ابراز خواهیم کرد.

در مورد اینکه آخر هفته‌ها را با کدام یک از خانواده‌ها باشیم، همیشه به توافق خواهیم رسید.

همیشه با هم تصمیم‌گیری خواهیم کرد.

به وفاداری همسرم شک خواهم داشت.

همه تعارضات ما به سرعت حل خواهند شد.

همسرم وقایع مهم مثل سالگرد ازدواج‌مان را فراموش خواهد کرد.

همسرم خود به خود خانواده مرا دوست خواهد داشت.

در مورد کارهای منزل با هم همکاری خواهیم کرد.

همیشه در موقع تصمیم‌گیری همسرم با من مشورت خواهد کرد.

ما همیشه از نظر هیجانی به هم نزدیک خواهیم بود.

بحث و مشاجرات ما زیاد خواهد بود.

ما همیشه با هم غذا خواهیم خورد.

ما علائق‌مان را با هم در میان خواهیم گذاشت.

با خانواده همسرم مشکل خواهم داشت.

اگر از همسرم بخواهم که در خودش تغییری ایجاد کند، با من موافقت خواهد کرد.

همسرم هیچ‌گاه به جنس مخالف جذب نخواهد شد.

پرسشنامه تحمل پریشانی

راهنمایی: به مواقعی فکر کنید که احساس پریشانی می کنید. پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه عقاید شما درباره احساس پریشانی یا آشفتگی را توصیف کند.

کاملاً مخالف	اندکی مخالف	به یک اندازه موافق و مخالف	اندکی موافق	کاملاً موافق	
					۱- داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.
					۲- وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به به این فکر کنم که چه احساس بدی دارم.
					۳- من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.
					۴- احساسات پریشانی من آنقدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند.
					۵- هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.
					۶- من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
					۷- احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیستند.
					۸- من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.
					۹- دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
					۱۰- پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایش سختی است.
					۱۱- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.
					۱۲- از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.
					۱۳- من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.
					۱۴- وقتی پریشان یا آشفته می شوم ، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.
					۱۵- وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم کاری نمی توانم بکنم.

Abstract

The purpose of the present research; the effectiveness of compassion focused therapy on marriage expectations and distress tolerance of divorced women about to remarriage. The method of the current research was a pre-test-post-test experiment with a control group. The statistical population of the present study was all divorced women between 25 and 40 years of age who were the heads of households covered by the welfare department of Babolsar city and were planning to remarriage. 30 qualified female volunteers were selected voluntarily from among the population statistics of the study, then they were randomly divided into two experimental and control groups, and 8 sessions of compassion therapy were held for the experimental group. To collect data, Jones & Nelson marriage expectations (1996) and Simmons and Gaher Distress Tolerance (2005) Questionnaires were used. For data analysis, multivariate covariance analysis (MANCOVA) test was used with the help of SPSS version 24 software. The results of the data analysis showed that in the post-test stage, there is a significant difference between the two groups of divorced women about to remarriage, the control group and the experimental group in terms of expectations from marriage and distress tolerance ($P < 0.05$): So that the divorced women about to remarriage in the experimental group are in a significantly better situation than the divorced women about to remarriage in the control group in terms of distress tolerance and expectations from marriage.

Key Words: compassion focused therapy, marriage expectations, distress tolerance



***Islamic Azad University
Ayatollah Amoli Branch***

Faculty of Psychology

M.A. Thesis

Department On Clinical Psychology

Title:

***The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Marriage
Expectations and Distress Tolerance of Divorced Women about to
Remarriage***

Thesis Advisor:

Seid Ali Dostdar Tosi (Ph.D)

By:

Seyyede Zahra Hoseinian

November 2023