

Spring 2024, Volume 13, Issue 2

Comparing the Effectiveness of "Existential Acceptance and Commitment Therapy" with "Compassion-Based Therapy" on self-Differentiation and life expectancy in Women Affected by Husband's Breach of Contract

Mohadeseh Esmaeili¹, Mohsen Golparvar^{2*}

1- MSc Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Mohsen Golparvar, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: drmgolparvar@hotmail.com

Received: 11 Nov 2023

Accepted: 25 Feb 2024

Abstract

Introduction: Breaking the marital contract is one of the most traumatic issues that women face and it can lead to cognitive, emotional and behavioral symptoms in them. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of "Existential Acceptance and Commitment Therapy" with "Compassion-Based Therapy" on self-differentiation and life expectancy in women affected by husband's breach of contract.

Methods: The present research was semi-experimental with a pre-test-post-test, follow-up and control group design. The statistical population of the present study were women affected by the breach of contract by their husbands who referred to counseling and screening centers in Isfahan city in the Spring of 2023, of which 51 were randomly assigned to the first and second intervention groups and the control group (17 in each group). Research tools included: demographic questionnaire, "Self of Differentiation Inventory" and "Life Expectancy Questionnaire". Content validity was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The participants of the "Existential Acceptance and Commitment Therapy" group and the "Compassion-Based Therapy" group were treated during 10 sessions 90-minute. The control group received the treatment after the completion of the study. Data were analyzed using SPSS. 22.

Results: The results of analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test showed that "Existential Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion-Based Therapy" were effective in increasing self-differentiation and life expectancy in women affected by husband's breach of contract ($P < 0.01$). There was no significant difference between the effect of two treatment methods on self-differentiation and hope for the future ($P < 0.01$).

Conclusions: "Existential Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion-Based Therapy" have been effective in increasing self-differentiation and life expectancy in women affected by husband's breach of contract. Therefore, it is suggested to therapists, marriage and family counselors that the above treatment methods are used to reduce the conflicts of women who are affected by their spouse's breach of contract.

Keywords: Existential Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Based Therapy, Self-Differentiation, Life Expectancy.

مقایسه اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» با «درمان شفقت محور» بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر

محدثه اسماعیلی^۱، محسن گل پرور^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محسن گل پرور، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: drmgolparvar@hotmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۴

چکیده

مقدمه: پیمان شکنی زناشویی یکی از آسیب‌زاترین مسئله‌هایی است که زنان با آن روبه‌رو هستند و می‌تواند منجر به نشانه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری در آن‌ها می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد وجودنگر" با "درمان شفقت محور" بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۵۱ تن به روش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در گروه‌های مداخله اول و دوم و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۷ تن). ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه جمعیت شناختی، "سیاهه تمایز یافتگی خود" (Self of Differentiation Inventory) و "پرسشنامه امید به زندگی" (Life Expectancy Questionnaire) بودند. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. شرکت کنندگان گروه "درمان پذیرش و تعهد وجودنگر" و گروه "درمان شفقت محور" طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل درمان را پس از اتمام پژوهش دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسپس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که "درمان پذیرش و تعهد وجودنگر" و "درمان شفقت محور" بر افزایش تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر اثربخش بوده است ($P < 0/01$). بین تاثیر ۲ شیوه درمانی بر تمایز یافتگی خود و امید به آینده تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: "درمان پذیرش و تعهد وجودنگر" و "درمان شفقت محور" بر افزایش تمایز یافتگی خود و امید به آینده در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر اثربخش بوده است. لذا به درمانگران، مشاوران ازدواج و خانواده پیشنهاد می‌شود که روش‌های درمانی فوق جهت کاهش تعارضات زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت محور، تمایز یافتگی خود، امید به زندگی.

مقدمه

یکی از اصلی‌ترین زیر مجموعه‌های خانواده، نظام زناشویی است که نقطه وصل آن، ازدواج (marriage) است (۱). در خانواده‌های سالم زن و شوهر نسبت به اصول خانواده تعهد دارند. لذا این خانواده‌ها سطوح بالاتری از عشق، حمایت و ارزش را تجربه می‌کنند و برعکس جو ناسالم خانواده با مشکلات روانی، اجتماعی و پزشکی در بین اعضای خانواده همراه است (۲). شیوع پیمان شکنی (breach of promise) در بین افراد متأهل در ایران رو به افزایش است و باعث ناراحتی‌های متعدد روانی در همسر می‌شود و بیش از ۳۰-۶۰ درصد از مردان حداقل یکبار رابطه فرازناشویی (extramarital) داشته‌اند (۳). پیمان شکنی نه تنها ممکن است تأثیر مخربی بر رابطه داشته و منجر به جدایی یا طلاق شود، بلکه ممکن است بر سلامت کلی عاطفی زوجین تأثیر منفی بگذارد و منجر به افزایش علائم افسردگی و کاهش عزت نفس شود (۴). روابط یا ارتباط عاطفی خارج از روابط زناشویی به صورت مخفیانه، تهدیدی برای زندگی زناشویی است و به‌عنوان خیانت و پیمان شکنی تعریف می‌شود (۵).

تمایز یافتگی خود (self-differentiation) از متغیرهایی است که در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر، می‌تواند تأثیر گذار باشد. تمایز یافتگی خود به عنوان توانایی حفظ تعادل بین عملکرد عاطفی و فکری و بین میزان صمیمیت و خودمختاری در روابط تعریف می‌شود (۶). تمایز یافتگی خود شامل توانایی تمایز بین فرآیندهای فکری و فرآیندهای عاطفی است، یعنی توانایی تشخیص افکار از احساسات و توانایی انتخاب برای عمل مطابق با خود یا دیگران (۷). بنابراین، تمایز یافتگی خود، به توانایی فرد برای برقراری روابط صمیمانه با دیگران در حالی که قادر به حفظ استقلال خود است اشاره دارد. و مانع از توانایی آن‌ها برای ارزیابی متعادل‌تر واقعیت و تأمل در آن، بر خورد مناسب‌تر با عوامل تنش‌زای زندگی و تحمل ابهام و عدم اطمینان می‌شود (۸). آن دسته از افرادی که سطوح پایین تری از تمایز را در مؤلفه بین فردی نشان می‌دهند، به عنوان پاسخی به تنش یا راهی برای مدیریت آن، تمایل دارند تا با دیگران ترکیب شوند، با دیگران مسلط شوند یا از نظر عاطفی از خود فاصله بگیرند. افرادی که دارای سطوح پایین تری از تمایز خود در مؤلفه درون روانی هستند، آرام ماندن قبل از احساسات

دشواری است و کمتر قادر به تعدیل فعال سازی عاطفی خود هستند (۹). مطالعات نشان داده‌اند که سطوح پایین تمایز با سطوح بالای اضطراب مزمن، سطوح بالای رنج روانی (۱۰) و با سطوح پایین رضایت زناشویی مرتبط است (۷).

امید به زندگی (life expectancy) یکی دیگر از متغیرهای درگیر در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر است. امیدواری در گسترش و ساخت فرآیندها عمل می‌کند زیرا به عنوان یک احساس مثبت در نظر گرفته می‌شود و بر رفاه افراد تأثیر می‌گذارد (۱۱). امید به زندگی شامل باور به داشتن احساسی بهتر در زندگی است. امید نشان‌دهنده ادراک افراد در رابطه با توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف، گسترش راهبردهای دستیابی به هدف و حفظ انگیزتگی تا رسیدن به هدف است. در واقع، امید را می‌توان به‌عنوان نوری در نظر گرفت که افراد را برای پیگیری اهداف شخصی خود بر می‌انگیزد (۱۲).

از آن جایی که پیمان شکنی از جمله عوامل تهدید کننده سلامت روان زوجین است. استفاده از درمان‌های مؤثر برای این افراد بسیار ضروری می‌باشد (۵). یکی از درمان‌های مفیدی که می‌توان برای افزایش تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر استفاده کرد درمان‌های تلفیقی است. درمان‌های تلفیقی، نوعی درمان است که مراجعان با استفاده از چند موضوع، اطلاعات متنوع و گسترده‌ای را برای دستیابی به هدف مدنظر به دست می‌آورند. درمان تلفیقی به درمانگران مجوز می‌دهد به آینده مراجعان توجه بیشتری نشان دهند و متناسب با نیازهای آتی آن‌ها به آماده‌سازی برنامه‌های آموزشی و درمانی بپردازند. یکی از درمان‌های تلفیقی که به‌تازگی به‌طور نظری و بارها مطرح شده، تلفیق «درمان پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) با «درمان وجودی» (Existential Therapy) است (۱۳). «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» (Existential Acceptance and Commitment Therapy) در تلاش است با در نظر گرفتن مضامین وجودی، بر محدودیت‌های درمان شناختی رفتاری غلبه کند (۱۴). هدف «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» جلوگیری از نقش فعال درمانگر است و تمام تلاش درمانگر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد شده در مراجع است (۱۵). با توجه به اهمیت موضع

وجودی در تمام درمان‌ها و نیز با توجه به مطالعات گسترده بر تلفیق «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان وجودی»، پس می‌توان «درمان پذیرش و تعهد» را زیر چتر وجودی قرار داد و با ترکیب این ۲ درمان راه‌های موثرتری برای روش‌های روان‌درمانی ارائه داد (۱۶). مطالعه‌ای که «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر را بررسی شده باشد، یافت نشد اما شواهد پژوهشی حاصل از بررسی هرکدام از این درمان‌ها به صورت مجزا در گروه‌های بالینی مختلف، حاکی از اثربخشی آن‌ها بوده است (۱۷-۱۹). نتایج مطالعه Christensen و همکاران نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» موجب ارتقای رضایت زناشویی و سلامت روان می‌شود (۲۰). Eranlı & Sanli (۲۱) در پژوهشی نشان دادند که «درمان وجودنگر» از طریق کمک به پذیرش وجود نقطه ضعف در خود و دیگران و افزایش آگاهی از موفقیت‌ها و شکست‌ها می‌تواند بستر مناسبی برای بخشودگی زناشویی و همین‌طور بهبود عملکرد خانواده دچار خیانت فراهم کند. متخصصان حوزه سلامت روان از روش «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» است، جهت درمان بیماران استفاده کرده‌اند. «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» برافزایش سرمایه روانشناختی، معنای زندگی، سرمایه عاطفی و تحول مثبت بسیار موثر است (۲۲-۲۴).

نظریه دیگری که در این مطالعه با فرض اینکه برای افزایش تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر می‌توان از آن استفاده کرد، «درمان شفقت‌محور» (Compassion-Based Therapy) است. «درمان شفقت‌محور» یکی از رویکردهای موثر و اصلی برای پریشانی‌های هیجانی و آموزش ذهن‌شفقت‌ورز است. Gilbert برای اولین بار، در مطالعه خود و در طی جلسات درمانی بیماران، نظریه «درمان شفقت‌محور» را معرفی کرد. اصول اصلی این نظریه بر این واقعیت استوار است که عوامل تسکین‌دهنده بیرونی را می‌توان به صورت درونی تغییر داد که منجر به آرامش خاطر می‌شود (۲۶). «درمان شفقت‌محور»، پاسخ مناسب افراد را به رویدادهای منفی زندگیشان تسهیل می‌کند (۲۷). شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود می‌تواند نقش مهمی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و تنش در جمعیت‌های مختلف، به طور مثال افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، افراد مبتلا به

درد مزمن و افراد عادی مثل دانشجویان کارشناسی ایفا کند (۲۷-۲۹). «درمان شفقت‌محور» بر خلاف این که درگیر نشخوار فکری متمرکز بر علائم و اجتناب شناختی و رفتاری نمی‌شود، علائم افسردگی، اضطراب و تنش را با افزایش آگاهی ذهنی و تنظیم هیجان و بهبود توانایی درگیر شدن در اقدامات دلسوزانه به خود کاهش می‌دهد (۳۰). Gilbert برای اولین بار «درمان شفقت‌محور» را برای بیماران مثبت و اثربخش گزارش کرد (۲۶). Procter & Gilbert (۳۱) در پژوهش خود نیز دریافتند که «درمان شفقت‌محور»، به طور معناداری، خودانتقادی، شرم، حس حقارت، افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. بعلاوه، (۱۴) در پژوهشی اثر «درمان شفقت‌محور» را بر امید به زندگی مطلوب گزارش کرده‌اند. همچنین «درمان شفقت‌محور»، سبب شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود و می‌توان از این روش برای افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد (۳۲). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که «درمان شفقت‌محور» جهت کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت و امید در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه مفید است (۳۳). نتایج مطالعه رجائی و همکاران (۳۴) نشان داد که «درمان شفقت‌محور» می‌تواند بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق موثر باشد «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر معنا و ارزش و «درمان شفقت‌محور» بیشتر بر هیجان متمرکز است. بنابراین، به نظر می‌رسد انتخاب این درمان برای مقایسه با هم مناسب باشد (۳۳). محمدی و همکاران (۱۳) در پژوهش خود به مقایسه تأثیر «درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر» و «درمان شفقت‌محور» بر سرمایه عاطفی، معنای زندگی، سرمایه روانشناختی و شفقت به خود پرداختند. نتایج نشان داد که هر ۲ درمان بر افزایش سرمایه عاطفی، معنای زندگی، سرمایه روانشناختی و شفقت به خود موثر هستند. در بررسی پیشینه پژوهشی، مطالعه‌ای که اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» را در مقایسه با «درمان شفقت‌محور» بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر سنجیده، باشد یافت نشد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر» با «درمان شفقت‌محور» بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر صورت گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که در آن از ۲ گروه مداخله «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» و «درمان شفقت‌محور» و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسرمرآجه کننده به مراکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از آن جایی که تعداد نمونه برای پژوهش‌های نیمه تجربی حداقل ۱۵ تن پیشنهاد می‌شود (۳۵) لذا ۱۷ تن برای هرگروه (با توجه به این که احتمال ریزش یا کناره گیری در فرآیند اجرای پژوهش وجود دارد) در نظر گرفته شد تا در صورت مواجهه با ریزش شرکت کنندگان تعداد نمونه از حد قابل قبول کمتر نشود. از این تعداد، ۵۱ تن به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی در ۳ گروه «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»، «درمان شفقت‌محور» و کنترل (هر گروه ۱۷ تن) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل این موارد بود: رضایت آگاهانه افراد مورد پژوهش و تمایل به مشارکت و ادامه مشارکت در درمان، تمایل به ادامه زندگی مشترک با همسر و افراد تحت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی موازی نباشند.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: عدم رضایت و تمایل به مشارکت و ادامه مشارکت در درمان، عدم تمایل به ادامه زندگی مشترک، در شرف طلاق بودن یا ترک زندگی مشترک، قرارگرفتن تحت درمان‌های موازی و غیبت بیش از ۲ جلسه در مراحل درمان بود.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت‌شناختی که شامل سن و شغل و تحصیلات در ۲ گروه بود.

«سیاهه تمایز یافتگی خود» (Self of Differentiation Inventory) توسط Skowron & Friedlander با ۴۳ عبارت و ۴ مولفه در سال ۱۹۹۸ طراحی شد (۲۸) و سپس توسط Skowron & Schmitt در سال ۲۰۰۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۹). سیاهه مذکور دارای ۴۶ عبارت و ۴ مولفه واکنش عاطفی (emotional reactivity) با ۱۱ عبارت (I position) ۱۰۶، ۱۰۴، ۱۰۱، ۱۰۸، ۲۱، ۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۸، ۴۰، جایگاه من (I position)

با ۱۱ عبارت ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۴۱، ۴۳، قطع عاطفی (emotional cutoff) با ۱۲ عبارت ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۹، ۴۲، ۳، ۸، ۱۲، و هم آمیختگی با دیگران (fusion with others) با ۱۲ عبارت ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۵، ۲۹، ۳۳، ۳۷، ۴۴، ۴۵، ۴۶ می‌باشد. سؤالات این سیاهه در یک طیف لیکرت از ۱ (اصلاً درمورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً در مورد من صحیح است) نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آن، به ترتیب ۴۶ و ۲۷۶ است. نحوه نمره گذاری آن به این صورت است که عبارت‌های به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند به جز عبارت ۴۳، ۳۷، ۳۱، ۲۷، ۲۳، ۱۹، ۱۵، ۱۱، ۷، ۴. کسب نمره بالاتر در این ابزار بیانگر سطح تمایز یافتگی بالا و کسب نمره پایین هم بیانگر سطح تمایز یافتگی پایین می‌باشد. نمره ۱۱۵-۴۶ میزان تمایز یافتگی پایین، نمره ۱۶۱-۱۱۵ میزان تمایز یافتگی متوسط و نمره بالاتر از ۱۶۱ میزان تمایز یافتگی بالا را در افراد نشان می‌دهد (۳۶).

Skowron & Schmitt (۳۶) «سیاهه تمایز یافتگی خود» را در پژوهشی از ۲۲۵ فرد بزرگسال عادی (بالای ۲۵ سال و ویژگی‌های افراد ذکر نشده است) استفاده کردند و روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای کل ابزار ۰/۹۲ و برای مولفه واکنش عاطفی ۰/۸۹، جایگاه من ۰/۸۱، گریز عاطفی ۰/۸۴ و برای آمیختگی با دیگران ۰/۸۶ گزارش شده است. Buser & Gibson (۳۸) در مطالعه خود «سیاهه تمایز یافتگی خود» را بین ۹۲۳ دانشجوی کالج نیوجرسی در دامنه سنی ۱۸-۳۱ سال اجرا کردند. در این مطالعه روایی مورد بررسی قرار نگرفت و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، برای هر یک از زیر مقیاس‌های واکنش عاطفی ۰/۷۹، موقعیت من ۰/۷۳، قطع عاطفی ۰/۸۳ و آمیختگی با دیگران ۰/۸۶ گزارش شده است.

اسکیان و همکاران (۳۹) در پژوهشی، روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه تمایز یافتگی خود» توسط ۱۰ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه خوارزمی تایید شده است و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۶ دانش‌آموز، ۰/۸۸ به دست آمد. خورشید زاد (۴۰) در پژوهش خود «سیاهه تمایز یافتگی خود» را روی ۱۸۰ تن از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران اجرا کرد. روایی محتوا به روش کیفی توسط ۸ تن از مدرسین گروه

کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد. ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۱۰ روزه ۰/۸۱، برای تفکر عاملی ۰/۷۸ و برای تفکر راهبردی ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین شگفتی و سامانی (۴۴) در مطالعه خود روی ۲۸۳ دانش آموز دبیرستانی شهر شیراز، روایی ملاکی به روش روایی همزمان، همبستگی «پرسشنامه امید به زندگی» را با «مقیاس امید تحصیلی» (Academic Hope Scale) با نمره ۰/۴۳ مورد تایید قرار دادند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق، ۰/۷۴ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته را ۰/۸۰ گزارش دادند. در مطالعه حاضر، روایی محتوابه روش کیفی «سیاهه تمایز یافتگی خود» و «پرسشنامه امید به زندگی» توسط ۵ تن از مشاوران حوزه زوج درمانی و خانواده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان بررسی و تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۴ تن از زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ برای «سیاهه تمایز یافتگی خود» نمره کل ۰/۸۳، واکنش هیجانی ۰/۸۰، موقعیت من ۰/۷۴، گریز عاطفی ۰/۸۱ و آمیختگی با دیگران ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق، برای «پرسشنامه امید به زندگی» نمره کل ۰/۷۰، تفکر عاملی ۰/۸۰ و تفکر راهبردی ۰/۷۹ به دست آمد.

محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»

«درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر اساس متون «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان وجودی» و با استفاده از تحلیل شبکه های موضوعی قیاسی نظریه محور مبتنی بر رویکرد Attride-Stirling (۴۵) برای اولین بار توسط محمدی و همکاران (۱۳) طی یک فرآیند ۸ ماهه تدوین شد. به این صورت که در یک بررسی تخصصی توسط ۲ داور مستقل، تناسب و ارتباط نظری و منطقی بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان دهنده و مضامین پایه بررسی گردید و ضریب توافق آن بر اساس نظر ۶ داور متخصص در حوزه روانشناسی بالای ۸۰ درصد و مطلوب به دست آمد و مواردی که توافق کمتر از ۸۰ درصد بود بر اساس پیشنهادات ۲ داور، بازنگری شدند. در نهایت، پایایی فرآیند و محتوای کدگذاری برای «بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر» با نسبت روایی محتوایی ۰/۹۸ تایید گردید (۱۳).

روانشناسی دانشگاه علامه مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، کل ۰/۷۴، واکنش عاطفی ۰/۸۰، موقعیت من ۰/۸۰، قطع عاطفی ۰/۸۰ و آمیختگی با دیگران ۰/۷۳ به دست آمد.

«پرسشنامه امید به زندگی» (Life Expectancy Questionnaire) توسط Snyder و همکاران در انگلیس روی ۵۵۷ تن از افراد عادی برای اندازه گیری امیدواری در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است (۴۱). این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ عبارت است که ۸ عبارت آن مورد استفاده قرار می گیرد و ۴ عبارت دیگر دروغ سنج است که در نمره گذاری محاسبه نمی شوند. از این ۸ عبارت، عبارت های ۱۰، ۹، ۲، ۱۲ مربوط به مولفه تفکر عاملی (agency thinking) و عبارت های ۱، ۴، ۱، ۸ مربوط به مولفه تفکر راهبردی (pathway thinking) است. بنابراین، پرسشنامه ۲ مولفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی را اندازه می گیرد (۴۱). نمره دهی بر اساس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۵ است. دامنه نمره ۴۰-۸ است. هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند نشان دهنده امید به زندگی بیشتر است.

Snyder و همکاران (۴۱)، روایی ملاکی به روش روایی همزمان، «پرسشنامه امید به زندگی» با «مقیاس افکار خودکشی» (Suicide Scale Ideation) بررسی و ۰/۴۴- را گزارش کردند. ثبات به روش بازآزمایی بر روی ۴۵ تن از دانشجویان دانشگاه کانزاس پس از ۳ هفته برای کل ابزار ۰/۸۵، برای تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای تفکر راهبردی ۰/۷۴ گزارش شده است. Park و همکاران (۴۲) در پژوهشی به بررسی ویژگی روانسنجی «پرسشنامه امید به زندگی» پرداختند و روایی سازه ۲ عاملی این پرسشنامه را با تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار دادند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را روی ۴۱۹ تن از افراد عادی کره، ۰/۸۳ گزارش داده اند. در پژوهش کرمانی و همکاران (۴۳) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «پرسشنامه امید به زندگی» با «مقیاس افکار خودکشی» ۰/۵۳- و با «آزمون معنا در زندگی» (Meaning in Life Test) ۰/۵۷ و «مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده» (Scale of Perceived Social Support) ۰/۴۰ به دست آمده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق برای

در مطالعه حاضر، روایی محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» به روش محتوایی توسط ۳ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»

جلسه اول: آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر و با درمانگر صورت گرفت و شرکت کنندگان با ساختار مداخله آشنا شدند، نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت کنندگان مشخص گردید، با مفهوم پوچی و بی‌معنایی و اهمیت جستجو و یافتن معنا با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی آشنا شدند.

جلسه دوم: ارزش‌ها با مورد سؤال قرار دادن آن‌ها مورد شناسایی قرار گرفت و سپس از کارت ارزش‌ها استفاده شد و با پاسخ‌های نصیحت‌گر و لزوم شناسایی پاسخ‌های مشاهده‌گر جهت شناسایی ارزش‌های واقعی آشنا شدند. جلسه سوم: اهمیت مسئله انتخاب ارزش‌ها و مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب ارزش‌ها و معناجویی و سپس زیستن بر اساس ارزش‌ها و شناسایی انکار مسئولیت‌پذیری توضیح داده شد.

جلسه چهارم: مسئولیت‌پذیری و توان پاسخگویی در مقابل مسئولیت‌پذیری به منظور مقابله با افسردگی آموزش داده شد، سپس شناسایی هدف‌ها و گام‌های لازم جهت تحقق اهداف با هدف اقدام عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن عمل صورت گرفت.

جلسه پنجم: موانع رسیدن به اهداف از جمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار خود به عنوان زمینه و اضطراب‌های وجودی از جمله اضطراب مرگ و تنهایی مورد شناسایی قرار گرفت، و سپس ذهن آگاهی با درک هیجان‌ها و آگاهی از احساسات جسمی، ارتباط با آن و برچسب زدن به احساسات آموزش داده شد.

جلسه ششم: ادامه آموزش ذهن آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و خودآگاهی صورت گرفت، زیرا هستی اصیل فقط در زمان حال وجود دارد و سپس مفهوم خودها و اهمیت شناسایی خود به عنوان زمینه شناسایی شدند.

جلسه هفتم: مفهوم آمیختگی و گسلس از افکار خاطرات، احساسات و هیجان‌ها به منظور رهایی از افکار و تعیین رفتار توسط آن‌ها با هدف انعطاف‌پذیری روانی بیشتر آموزش داده شد.

جلسه هشتم: ادامه آموزش گسلس و رهایی از افکار و

هیجان‌ها و سپس آموزش اضطراب مرگ به عنوان یکی از نگرانی‌های وجود انسانی و اهمیت پذیرش آن به عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد صورت گرفت.

جلسه نهم: پذیرش و آگاهی از اینکه تجربیات حتی اگر مایل به آن نباشیم اتفاق می‌افتند، آموزش داده شد و اهمیت پذیرش تجربیات به جای انکار یا سرکوب و اختصاص انرژی آن در مسیر زندگی هدفمند و معنادار توضیح داده شد.

جلسه دهم: انزوا و تنهایی و اهمیت پذیرش آن به عنوان نگرانی غیرقابل انکار وجود انسانی آموزش داده شد، پس آزمون اجرا گردید.

جلسات «درمان شفقت محور» در مطالعه رنجبرکهن و نوری (۴۶) اجرا و روایی محتوای آن تایید شده است. Gilbert & Procter (۴۶) در پژوهشی خود روایی به روش محتوا به روش کیفی «درمان شفقت محور» را مورد تایید قرار دادند.

در مطالعه سیدجعفری و همکاران (۴۸) روایی محتوای «درمان شفقت محور» با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان و مدرسین حوزه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران به صورت مطلوب ارزیابی و تایید شده است. همچنین در پژوهش قاسمی و همکاران (۴۹) روایی محتوای «درمان شفقت محور» با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان مطلوب ارزیابی و تایید شده است.

در مطالعه حاضر روایی محتوایی جلسات «درمان شفقت محور» به روش محتوایی توسط ۳ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) مورد تایید و بررسی قرار گرفت.

محتوای جلسات «درمان شفقت محور»

جلسه اول: شرکت کنندگان و درمانگر با یکدیگر آشنا شدند، طرح قوانین گروه بیان شد، توضیح کوتاهی درباره «درمان شفقت محور»، هیجان‌ها، «رویکرد شفقت محور» (به ویژه بحث ذهن آگاهی و شفقت) داده شد، آموزش و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه انجام شد.

جلسه دوم: مدل سه حلقه‌ای تهدید و واکنش‌های جسمی روانشناختی و هیجانی به آن، معرفی رویکرد ذهن شفقت ورز (توجه، تفکر و استدلال، تصور، انگیزه، رفتار و هیجان) و رسم نمودار اجرا شد.

جلسه سوم: مغز قدیم و جدید و هیجان‌ها منفی و تهدیدکننده (خشم، اضطراب و ترس) از منظر سیستم سه حلقه‌ای و مغز

بودند، تقسیم شدند. لازم به ذکر است که به افراد ۲ گروه مداخله تاکید شد که در مدت اجرای پژوهش از ارتباط با گروه مقابل خودداری کنند و همچنین جلسات درمانی ۲ گروه مداخله در روزهای متفاوت صورت می گرفت و از این طریق از عدم مواجهه ۲ گروه مورد مداخله اطمینان حاصل شد.

پس از انتخاب شرکت کنندگان به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی، برای گروه های «درمان پذیرش و تعهد وجود نگر»، «درمان شفقت محور» و کنترل، با استفاده از «سیاهه تمایز یافتگی خود» و «پرسشنامه امید به زندگی» پیش آزمون توسط نویسنده اول مقاله حاضر و آموزش دیده در زمینه درمان های فوق در یک مرکز مشاوره و غربالگری در اصفهان انجام شد. گروه های مداخله طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، به مدت حدود ۱ ماه و نیم تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت، درمانی دریافت نکرد. پژوهشگر جهت اطمینان از اینکه آموزش به خوبی انجام شده است؟ از شرکت کنندگان در پایان هر جلسه سوال می کرد که اگر ابهامی وجود دارد رفع شود. پس از دوره آموزشی به عنوان پس آزمون از هر ۳ گروه (گروه های مداخله و کنترل) درخواست شد که مجدداً «سیاهه تمایز یافتگی خود» و «پرسشنامه امید به زندگی» را تکمیل کنند. «سیاهه تمایز یافتگی خود» و «پرسشنامه امید به زندگی» در گروه های مداخله و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماه بعد توسط شرکت کنندگان در همان مرکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان که تحت درمان قرار گرفتند، تکمیل شد. گروه کنترل نیز بعد از پایان فرآیند پژوهش، تحت «درمان پذیرش و تعهد وجود نگر» قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی مانند رعایت رازداری، اختیار برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی درباره پژوهش، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و ارائه «درمان پذیرش و تعهد وجود نگر» به گروه کنترل پس از اتمام دوره پیگیری مدنظر قرار گرفتند. داده های حاصل از پرسشنامه های پژوهش در ۲ سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی و جدول شاخص های گرایش مرکزی و پراکنندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش استفاده شده است. در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش فرض های لازم شامل نرمال

قدیم و جدید معرفی شد و کار با مدل سه حلقه ای-تنفس آرامبخش اجرا شد.

جلسه چهارم: طیف هیجانات مانند افسردگی، اضطراب و خشم از دیدگاه ذهن مشفق. کشف بخش های مختلف یک هیجان و تمرین در این خصوص بررسی شد.

جلسه پنجم: چگونگی تغییر الگوهای دردرساز، بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات، معرفی مؤلفه های شفقت. بررسی یک هیجان اخیر با مؤلفه های شفقت آموزش داده شد.

جلسه ششم: کار با عادت های هیجانی. معرفی مهارت های شفقت، تفکر و رفتار شفقت ورز و تمرین ایجاد فضای امن اجرا گردید.

جلسه هفتم: تفکر و رفتار سرزنشگر در مقابل تفکر و رفتار مشفق با یادآوری مهارت های شفقت و توضیح نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش ها بررسی شد. افکار و رفتار شفقت ورز در مقابل انتقادگر آموزش داده شد و نوع واکنش در مقابل شکست ها و موانع با تمرین خود انتقادی و علل و پیامدها بررسی شد.

جلسه هشتم: تغییرات در یک ساختار مشفقانه با ایجاد خودشفقتی ایده آل از طریق تصویرسازی ادغام گردید، کاهش ترس از شفقت با خود با شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود کاهش یافت.

جلسه نهم: شفقت نسبت به دیگران و فرایند همدلی و فرآیند بخشش آموزش داده شد.

جلسه دهم: شفقت و همدلی نسبت به دیگران، بخشش نسبت به دیگران، رشد مثبت و کمک به دیگران آموزش داده شد و پس آزمون اجرا شد.

روش اجرا بدین صورت بود که در مرحله اول ابتدا مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) کسب گردید. سپس با مراجعه به اداره کل بهزیستی استان اصفهان و صدور مجوزهای لازم از طریق بهزیستی، مراکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان معرفی شدند و با مراجعه به آن ها پس از مصاحبه فردی با زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر و با توجه به میزان تمایل و علاقه آن ها، نمونه های مورد مطالعه برای جمع آوری داده ها مشخص شد.

سپس «سیاهه تمایز یافتگی» و «پرسشنامه امید به زندگی» بین ۵۱ تن از شرکت کنندگان توزیع شد. در مرحله بعد بطور تصادفی ساده به روش قرعه کشی، شرکت کنندگان به ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل، که هر گروه ۱۷ تن

یافته ها

در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه ها با یکدیگر، متغیرهای جمعیت شناختی تحلیل شدند.

بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس های خطا و برقراری پیش فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

جدول ۱: فراوانی گروه های سنی، شغل و تحصیلات در ۳ گروه پژوهش

مقدار احتمال (P>۰/۰۵)	«درمان شفقت محور» فراوانی (%)	«درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» فراوانی (%)	گروه کنترل فراوانی (%)	گروه های سنی	گروه های سنی
(p=۰/۷۶) ۲/۸۶	۳ (۱۷/۶)	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	تا ۲۵ سال	سن
	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)	۸ (۴۷)	۲۶ تا ۳۵ سال	
	۸ (۴۷)	۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۹/۴)	۳۶ سال و بالاتر	
	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	مجموع	
(p=۰/۸۵) ۲/۸۷	۷ (۴۱/۲)	۷ (۴۱/۲)	۹ (۵۲/۹)	خانه دار	شغل
	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	۳ (۱۷/۶)	فرهنگی	
	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)	۵ (۲۹/۴)	سایر مشاغل	
	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	مجموع	
(p=۰/۷۲) ۳/۱۷	۴ (۲۳/۵)	۷ (۴۱/۲)	۵ (۲۹/۴)	تا دیپلم	تحصیلات
	۸ (۴۷)	۸ (۴۷)	۷ (۴۱/۲)	کاردانی و کارشناسی	
	۵ (۲۹/۴)	۲ (۱۱/۸)	۵ (۲۹/۴)	کارشناسی ارشد و دکتری	
	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	مجموع	

شبهات دارند.

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار تمایز یافتگی خود و امید به زندگی گروه های پژوهش در فرآیند اجرای پژوهش ارائه شده است.

نتایج آزمون خی دو در جدول ۱ نشان می دهد که بین فراوانی گروه های سنی، شغل و تحصیلات در ۳ گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). بنابراین، گروه ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تمایز یافتگی خود و امید به زندگی

متغیر	زمان	گروه کنترل		«درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»		«درمان شفقت محور»	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تمایز یافتگی	پیش آزمون	۱۶۳/۹۴	۲۶/۹۲	۱۶۳	۲۵/۶۸	۱۶۴/۴۷	۲۵/۹۰
	پس آزمون	۱۷۱/۲۳	۲۷/۱۰	۱۹۵/۵۳	۲۲/۰۹	۱۹۰/۲۳	۱۸/۸۰
	پیگیری	۱۷۱/۱۸	۲۷/۶۲	۱۹۶/۲۹	۲۲/۹۸	۱۹۴/۸۲	۱۹/۶۰
امید به زندگی	پیش آزمون	۴۲/۵۳	۶/۷۹	۴۳/۵۳	۵/۱۶	۴۱	۴/۹۴
	پس آزمون	۴۱/۸۲	۵/۱۰	۴۹/۷۰	۳/۰۶	۴۷	۳/۷۶
	پیگیری	۴۳/۲۹	۴/۷۱	۵۱/۶۵	۳/۳۵	۴۹/۵۹	۳/۸۴

میانگین افزایش یافته تری بوده است. همچنین در متغیر امید به آینده، گروه «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» در مرحله پس آزمون (۴۹/۷۰) و مرحله پیگیری (۵۱/۶۵) و گروه «درمان شفقت محور» در مرحله پس آزمون (۴۷) و مرحله پیگیری (۴۹) نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون (۴۱/۸۲) و مرحله پیگیری (۴۳/۲۹) دارای میانگین افزایش یافته

چنان که در جدول ۲ مشاهده می شود، در متغیر تمایز یافتگی، گروه «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» در مرحله پس آزمون (۱۹۵/۵۳) و مرحله پیگیری (۱۹۶/۲۹) و گروه «درمان شفقت محور» در مرحله پس آزمون (۱۹۰/۲۳) و مرحله پیگیری (۱۹۳/۸۲) نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون (۱۷۱/۲۳) و مرحله پیگیری (۱۷۱/۱۸) دارای

محدثه اسماعیلی و محسن گل پرور

ماکلی (ماچلی) معنادار است. در این مورد بر اساس تصحیح درجه آزادی برحسب اپسیلون به ردیف گرین هاوس-گیزر مراجعه شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در متغیر تمایز یافتگی و امید به آینده در جدول ۳ ارائه شده است.

تری بوده است. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک، نرمال بودن توزیع داده‌ها، نتایج آزمون لوین برابری واریانس خطا و تعامل پیش‌آزمون با گروه نیز برابری شیب خط رگرسیون را در راستای رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان دادند ($P \geq 0.05$). نتایج آزمون کرویت

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای متغیر تمایز یافتگی و امید به زندگی

متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال ($P < 0.01$)	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
زمان	۱۷۳۸۴/۹۵	۱/۱۱	۱۵۷۲۱/۸۴	۸۶/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
تعامل زمان × گروه	۴۲۱۱/۲۴	۲/۲۱	۱۹۰۴/۱۹	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
خطا	۹۶۵۰/۴۷	۵۳/۰۸	۱۸۱/۸۲	-	-	-	-
گروه	۷۸۷۲/۶۴	۲	۳۹۳۶/۳۲	۵۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
خطا	۳۵۴۹/۵۳	۴۸	۷۳/۹۵	-	-	-	-
زمان	۸۹۳/۰۶	۱/۳۵	۶۶۰/۰۶	۳۳/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
تعامل زمان × گروه	۳۹۶/۲۰	۲/۷۱	۱۴۶/۴۱	۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۷
خطا	۱۲۶۸/۰۸	۶۴/۹۴	۱۹/۵۳	-	-	-	-
گروه	۸۴۸/۲۷	۲	۴۲۴/۱۴	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
خطا	۱۸۴۹/۹۲	۴۸	۳۸/۵۴	-	-	-	-

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، برای متغیر تمایز یافتگی عامل زمان ($F=۸۶/۴۷$ ، $df=۱/۱۱$ و $P < 0.01$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F=۱۰/۴۷$ ، $df=۲/۲۱$ و $P < 0.01$) معنادار هستند. به این معنا که حداقل بین یکی از گروه‌های مداخله (۲ گروه درمانی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل در امید به آینده در مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۴۱ و توان آزمون برابر با ۱، و برای عامل تعامل زمان و گروه برابر با ۰/۲۴ و ۰/۹۷ است. به این معنا که تحلیل واریانس انجام شده، به ترتیب ۴۱ درصد تفاوت در عامل زمان و ۲۴ درصد تفاوت در تعامل زمان و گروه را به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۷ درصد توان تایید نموده است. همچنین چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، عامل گروه ($F=۱۱$ ، $df=۲$ و $P < 0.01$) نیز معنادار است. مجذور سهمی اتا برای گروه برابر با ۰/۳۱ و توان آزمون برابر با ۰/۹۹ است. به این معنا که تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، حداقل ۳۱ درصد تفاوت بین ۲ گروه درمان با یکدیگر و یا با گروه کنترل را با ۹۹ درصد توان آماری تایید نموده است. برای تعیین تفاوت جفتی ۳ گروه پژوهش، آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد (جدول ۴).

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، برای متغیر تمایز یافتگی عامل زمان ($F=۸۶/۴۷$ ، $df=۱/۱۱$ و $P < 0.01$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F=۱۰/۴۷$ ، $df=۲/۲۱$ و $P < 0.01$) معنادار هستند. به این معنا که حداقل بین یکی از گروه‌های مداخله (۲ گروه درمانی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل در تمایز یافتگی در مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۶۴ و توان آزمون برابر با ۱، و برای عامل تعامل زمان و گروه برابر با ۰/۳۰ و ۰/۹۹ است. به این معنا که تحلیل واریانس انجام شده، به ترتیب ۶۴ درصد تفاوت در عامل زمان و ۳۰ درصد تفاوت در تعامل زمان و گروه را به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۹ درصد توان تایید نموده است. همچنین چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، عامل گروه ($F=۵۳/۲۳$ ، $df=۲$ و $P < 0.05$) نیز معنادار است. مجذور سهمی اتا برای گروه برابر با ۰/۵۲ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنا که تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، حداقل ۵۲ درصد تفاوت بین ۲ گروه درمان با یکدیگر و یا با گروه کنترل را با ۱۰۰ درصد توان آماری تایید نموده است. برای متغیر امید به آینده عامل زمان ($F=۳۳/۸۰$ ، $df=۱/۳۵$ و $P < 0.01$) و عامل

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در متغیر تمایز یافتگی و امید به زندگی

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار احتمال ($P < 0/01$)	
زمان	۱	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۱/۸۶	۲/۴۱	۰/۰۰۱	
	۲		پیگیری	-۲۳/۲۹	۲/۳۷	۰/۰۰۱	
	۳		پس آزمون	پیگیری	-۱/۴۳	۰/۶۳	۰/۰۹
	گروه	۴	گروه کنترل	«درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»	-۱۶/۱۶	۳/۸۴	۰/۰۰۱
		۵		«درمان شفقت محور»	-۱۴/۰۶	۳/۸۴	۰/۰۰۱
		۶		«درمان شفقت محور»	۲/۰۱	۳/۸۴	۰/۸۸
زمان		۱	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۸۲	۰/۷۹	۰/۰۰۱
		۲		پیگیری	-۵/۸۲	۰/۸۷	۰/۰۰۱
		۳		پس آزمون	پیگیری	-۲	۰/۴۱
	گروه	۴	گروه کنترل	«درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»	-۵/۷۴	۱/۲۳	۰/۰۰۱
		۵		«درمان شفقت محور»	-۳/۳۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱
		۶		«درمان شفقت محور»	۲/۴۳	۱/۲۳	۰/۱۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» با «درمان شفقت محور» بر تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر انجام شد. نتایج نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» موجب افزایش تمایز یافتگی و امید به زندگی در شرکت کنندگان شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های محمدی و همکاران (۱۳) مبنی بر اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر بهزیستی روانشناختی، پژوهش عقیلی و همکاران (۲۵) مبنی بر تاثیر «درمان پذیرش و تعهد» بر امید به زندگی، و با پژوهش صدیقه نجاراصل و همکاران (۵۰) مبنی بر تاثیر «پذیرش و تعهد» بر تمایز یافتگی خود همسو است. به طور مثال، نتایج مطالعه نجاراصل و همکاران (۵۰) نشان داد که آموزش مثبت نگری و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» باعث بهبود سرخوردگی زناشویی، اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و تمایز یافتگی خود در افراد متأهل می شود. نتایج مطالعه عقیلی و همکاران (۲۵) نشان داد که «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» باعث افزایش امید به زندگی و کاهش درد مزمن در دختران دارای معلولیت جسمی حرکتی می شود. در «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر داده های وجود انسان تمرکز دارند - حقایقی که مانند مشکلات قابل «حل» نیستند، اما انسان ها را در طول زندگی شان همراهی می کنند. چنین داده هایی در حالی که در مواقعی

چنان که در جدول ۴ مشاهده می شود، در متغیر تمایز یافتگی، در عامل زمان، بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، ولی بین پس آزمون و پیگیری (پایداری نتایج از پس آزمون به پیگیری) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). با توجه به میانگین ۳ مرحله زمانی تمایز یافتگی از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون افزایش معناداری داشته، ولی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تغییر معناداری نداشته است ($P > 0/05$). در مقایسه ۳ گروه، گروه «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» و «درمان شفقت محور» با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری هستند، ولی بین ۲ گروه درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در متغیر امید به آینده، در عامل زمان، بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، و بین پس آزمون با پیگیری (امید به آینده به صورت معناداری از پس آزمون به پیگیری افزایش داشته است) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). با توجه به میانگین ۳ مرحله زمانی (جدول ۴) امید به آینده از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و از مرحله پس آزمون و پیگیری معناداری داشته است ($P < 0/01$). در مقایسه ۳ گروه، «گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» و «درمان شفقت محور» با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری هستند، ولی بین ۲ گروه درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

کننده شده است. مطالعه پژوهش های طلعتی و همکاران (۳۲) مبنی بر اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و دستمردی و همکاران (۵۲) مبنی مقایسه اثربخشی «درمان تحلیل رفتار متقابل و شفقت به خود» بر حرمت خود و تمایز یافتگی در دانشجویان دارای شکست عاطفی همسو با نتایج مطالعه حاضر است. نتایج طلعتی و همکاران (۳۲) نشان داد که «درمان شفقت محور» بر افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد. همچنین نتایج مطالعه دستمردی و همکاران (۵۲) نشان داد که «درمان شفقت محور» و تحلیل رفتار خود، باعث افزایش حرمت خود و تمایز یافتگی دانشجویان با تجربه شکست عاطفی می شود. در تبیین نتایج به دست آمده در مورد اثربخشی «درمان شفقت محور» بر تمایز یافتگی می توان بیان کرد که این درمان که برخاسته از روان شناسی تکاملی، رشد، دلبستگی و روانی عصبی است. بر همین اساس، هدف از این درمان، بهبود شفقت به خود برای ایجاد امنیت و تسکین است. این فرایند از طریق توجه و حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران همراه با تعهدی برای التیام و جلوگیری از چنین رنجی انجام می پذیرد. یعنی فرد هم آگاهانه به سمت رنج خود و دیگران می رود (اشتیاق) و هم با تعهدی که به خود دارد، موجب التیام این رنج در خود و دیگران می شود که در نهایت به برقراری رابطه گرم و صمیمانه با خود منجر می شود. از این رو، شفقت به خود سبب تعادل هیجانی و راه اندازی سیستم تسکین دهنده فرد می شود که این عامل سبب افزایش بهزیستی و تمایز یافتگی خود می شود (۵۳).

در تبیین اثربخشی «درمان شفقت محور» بر امید به آینده می توان گفت که «درمان شفقت محور» بر تصویرپردازی مشفقانه، سیستم های خاص مغزی به ویژه سیستم پذیرش و آرامش بخشی را تحریک می کند. افزایش شفقت به خود می تواند سلامت روانی و جسمی را ارتقا دهد. «درمان مبنی بر شفقت» سیستم تسکین و آرامش را رشد می دهد و در نتیجه تاب آوری افراد در مقابل اضطراب و افسردگی را افزایش می دهد و فرد می آموزد در زمان مواجهه با تنش ها، هیجاناتش را برطرف کند تا بتواند احساس بهتری را تجربه کند و نسبت به زندگی امید بیشتری داشته باشد (۵۳).

آزاددهنده، چالش برانگیز و برانگیزاننده اضطراب هستند، برای معنای زندگی انسانی اساسی هستند (۵۱). در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر این اصول است که پذیرش رویدادهای مزاحم بدون تلاش برای کنترل آن ها و عمل بر اساس ارزش یا تعهد، با تمایل به اقدام در جهت اهداف شخصی معنادار قبل از حذف تجربیات ناخواسته (۱۳). لذا زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر در یک فعالیت متعهدانه، تشویق می شود تا تمام تلاش خود را برای رسیدن به هدف انجام دهد. در تبیین نتایج به دست آمده در مورد اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر تمایز یافتگی می توان بیان کرد که «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» به فرد، تمرکز بر روی هدف، پذیرش و مهارت هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و متعهد شدن به ارزش های شخصی را می آموزد (۲۴). زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر با سطح پایین از تمایز یافتگی خود در روابط خود با همسر احساس آسیب پذیری بیشتری می کنند و گاهی در نتیجه این احساس رفتار دفاعی پیش می گیرند و حالت اجتناب در روابط و تعامل خود با دیگران به خود می گیرند و هیجانات خود را نمی پذیرند. نداشتن هدف و معنا در زندگی است که منجر به کاهش تمایز یافتگی خود می شود. پذیرش و تعهد وجودنگر با کمک به آزمودنی ها برای کشف خود واقعی، انتخاب ارزش های شخصی و یافتن معنا در زندگی خود توانسته است تمایز یافتگی خود را افزایش دهد. همچنین در تبیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر امید به زندگی می توان گفت که «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» از طریق آموزش آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلس شناختی، روشن سازی ارزش ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف پذیری روانی می شود (۲۴). در این درمان از مراجع برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی که توانایی ذهن آگاهانه به انواع تجربیات درونی و بیرونی موجود در لحظه اکنون و رفتار کردن در خدمت اهداف تعریف می شود، حمایت می کند (۱۳). درمانگر و مراجع با یکدیگر همکاری می کنند تا تجربیات مراجع بیان شوند و آگاهی مراجع از موقعیت های زندگی خود افزایش یابد و فرد به زندگی امیدوار شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد «درمان شفقت محور» موجب افزایش تمایز یافتگی خود و امید به آینده در افراد شرکت

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد وجود نگر» و «درمان شفقت محور» در افزایش تمایز یافتگی خود و امید به زندگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر اثربخش است. لذا پیشنهاد می شود مشاوران و روان درمانگران از این درمان ها برای درمان زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر استفاده کنند. محدودیت های این مطالعه شامل محدود بودن نمونه تنها بر روی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود. بنابراین، استفاده از نتایج و تعمیم یافته ها دقت شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد محدثه اسماعیلی در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) و به راهنمایی آقای دکتر محسن گل پرور با کد اخلاق با شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1402.075 در تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۳۱ در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) بررسی و مصوب گردید. از کلیه زنان شرکت کننده در انجام پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

- Gonczarowski YA, Nisan N, Ostrovsky R, Rosenbaum W. A stable marriage requires communication. *Games and Economic Behavior*. 2019; 118:626-647. <https://doi.org/10.1016/j.geb.2018.10.013>
- Rokach A, Chan SH. Love and Infidelity: Causes and Consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(5):3904. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053904>
- Niknezhadi M, Sajjadian I, Manshaee G. The effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on self-control and intimacy of women injured by trauma husband Infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2023; 4(2):29-46. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.2>
- Bozoyan C, Schmiedeborg C. What is infidelity? A vignette study on norms and attitudes toward infidelity. *The Journal of Sex Research*. 2023; 60(8):1090-1099. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2104194>
- Pichon M, Treves-Kagan S, Stern E, Kyegombe N, Stöckl H, Buller AM. A mixed-methods systematic review: Infidelity, romantic jealousy and intimate partner violence against women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(16):5682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165682>
- Cepukiene V. Adults' psychosocial functioning through the lens of Bowen theory: The role of interparental relationship quality, attachment to parents, differentiation of self, and satisfaction with couple relationship. *Journal of Adult Development*. 2021;28(1):50-63. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09351-3>
- Mozas-Alonso M, Oliver J, Berástegui A. Differentiation of self and its relationship with marital satisfaction and parenting styles in a Spanish sample of adolescents' parents. *Plos one*. 2022; 17(3): e0265436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265436>
- Ramos-Luna ME, Oliver J. Relationship between differentiation of self, emotional intelligence and self-esteem in a Spanish sample. *Current Psychology*. 2023; 23:1-0. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04822-8>
9. Castro-Dávila C, Oliver J. La relación entre la diferenciación del self, las habilidades sociales y la asistencia a psicoterapia en una muestra de adultos españoles. *Terapia psicológica*. 2022;40(3):347-365. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082022000300347>
- Oliver J, Jódar R, Berástegui A, Skowron EA, Friedlander ML, Schmitt TA. Psychometric study of the differentiation of self-scale-revised in a sample of Spanish adults. *Current Psychology*. 2023;42(20):16894-16907. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02929-y>
- Chang EC, Chang OD, Li M, Xi Z, Liu Y, Zhang X, Wang X, Li Z, Zhang M, Zhang X, Chen X. Positive emotions, hope, and life satisfaction in Chinese adults: A test of the broaden-and-build model in accounting for subjective well-being in Chinese college students. *The Journal of Positive Psychology*. 2019; 14(6):829-835.

- <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1579358>
12. Yip TH, Tse WS. Why hope can reduce negative emotion? Could psychosocial resource be the mediator? *Psychology, Health & Medicine*. 2019; 24(2):193-206. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1493207>
 13. Mohammadi Z, Atashpour SH, Golparvar M. Differential effects of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on psychological capital and self-compassion. *Positive Psychology Research*. 2022;8(3):99-120.
 14. Hussein A. ACT and Existential Therapy. *Contemporary Psychotherapy*. 2020; 12 (1): 1-13.
 15. Spinelli E. An existential challenge to some dominant perspectives in the practice of contemporary counselling psychology. *Counselling Psychology Review*. 2014;29(2):7-14. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2014.29.2.7>
 16. Rainer JP, Gay J. Bridging the gap between existential/experiential psychotherapies and ACT (Acceptance and Commitment Therapy). *Psychology Research*. 2013; 3(9):485. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2013.09.001>
 17. Kavousian J, Haniffi H, Karimi K. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction in couples. *Journal of Health and Care*. 2017; 19(1):75-87. <http://ijpn.ir/article-1-1035-en.html>
 18. Nameni E, Jajarmi M, Soliemanian A. Comparison of the Effectiveness of Existential Therapy and Compassion-based therapy on Psychological Well-being and Marital Disturbance of Conflicting Women. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2021; 28(4):608-620.
 19. Bakhshipour A, Mahdian H. Comparing the effectiveness of «Acceptance and Commitment Therapy» and «Compassion-Focused Therapy» and «Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy» on communication patterns of married women suffering from depression and marital conflicts. *Journal of Health Promotion Management*. 2023; 12(1):95-112.
 20. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative Behavioral Couple Therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(2):176. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
 21. Şanlı E, Ersanli K. The effects of psycho-education program based on Logo Therapy for the development of a healthy sense of identity in emerging adulthoods. *Current Psychology*. 2021;40(9):4173-4188. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01009-3>
 22. Mohammadi Z, Atashpour H, Golparvar M. A comparison of the effect of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on meaning in the life of depressed adolescent girls. *Community Health Journal*. 2022; 16(4):26-37.
 23. Mohammadi Z, Atashpour SH, Golparvar M. A comparison of the effect of Existentialism Acceptance and Commitment Group Therapy and Compassion-Focused Therapy on affective capital of depressed adolescent girls. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022;10;10(3):65-77.
 24. Mohammadi Z, Atashpour SH, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy on positive youth development in depressed adolescent girls. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(3):80-89. <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-553-en.html>
 25. Aghili M, Ghahraman Izadi Z. Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on hope and chronic pain in girls aged 20 to 50 years with physical disabilities in Arsanjan. *Community Health Journal*. 2023; 17(1):1-2.
 26. Kavaklı M, Ak M, Uğuz F, Türkmen OO. The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Anxiety*. 2020;4(5)15-23.
 27. Bui TH, Nguyen TN, Pham HD, Tran CT, Ha TH. The mediating role of self-compassion between proactive coping and perceived stress among students. *Science Progress*. 2021. <https://doi.org/10.1177/00368504211011872>
 28. Biddle Z, O'Callaghan FV, Finlay-Jones AL, Reid NE. Caregivers of children with fetal alcohol spectrum disorder: Psychosocial factors and evidence for self-compassion as a potential intervention

- target. *Mindfulness*. 2020; 11:2189-2198. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01443-1>
29. Carvalho SA, Trindade IA, Gillanders D, Pinto-Gouveia J, Castilho P. Self-compassion and depressive symptoms in chronic pain (CP): A 1-year longitudinal study. *Mindfulness*. 2020; 11:709-719. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01292-7>
 30. Adie T, Steindl SR, Kirby JN, Kane RT, Mazzucchelli TG. The relationship between self-compassion and depressive symptoms: Avoidance and activation as mediators. *Mindfulness*. 2021;12(7):1748-1756. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01637-1>
 31. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006;13(6):353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
 32. Talati F, Sharifi A, Moshfeghi M. Evaluating the effectiveness of Compassion-Focused Therapy on happiness and life Expectancy in female-headed households supported by the Welfare of Lamerd County. *Quarterly Journal of Social Work*. 2021; 10;10(3):58-66. <http://socialworkmag.ir/article-1-725-en.html>
 33. Aghaee Khajelangi H, Neshatdoost HT, Najafi MR, Mazi M. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on the positive/negative affect and hope in multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2020; 12(3):1-2.
 34. Rajaei R, Neshat Doost HT, Aghaee Khajelangi H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Marital Conflicts in women applying for divorce in Isfahan city consulting centers. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2022;20(2):255-266. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1230-en.html> <https://doi.org/10.52547/rbs.20.2.255>
 35. Sarmad z, Bazargan A, Hejazi A. *Research methods in behavioral sciences*. First edition, Tehran: Aghah Publications;1997.
 36. Skowron EA, Friedlander ML. The differentiation of Self Inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*. 1998;45(3):235. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235>
 37. Skowron EA, Schmitt TA. Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003;29(2):209-222. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
 38. Buser JK, Gibson S. Differentiation and eating disorder symptoms among males. *The Family Journal*. 2014;22(1):17-25. <https://doi.org/10.1177/1066480713504903>
 39. Eskian P, Sanaei Zaker B, Navabinejad S. The effect of psychodrama on increasing the individual self-differentiation of the main family of high school girl students in district5 of Tehran. *J Counsel Res*. 2008;7(25):27-42.
 40. Khorshidzad K. [The relationship between emotional regulation and disorientation in adjustment in students of Allameh Tabatabai University]. Master thesis. Department of Psychology. Faculty of psychology and Educational Sciences. Allameh Tabatabai University.2017. <https://d-lib.atu.ac.ir/>
 41. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60(4):570. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
 42. Park EY, Choi YI, Kim JH. Psychometric properties of the Korean Dispositional Hope Scale using the rasch analysis in stroke patients. *Occupational Therapy International*. 2019;2019. <https://doi.org/10.1155/2019/7058415>
 43. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Snyder Hope Scale psychometric properties. *Journal of Applied Psychology*. 2011;3(19):7-23. <https://doi.org/10.1177/00302228221102687>
 44. Shegefti NS, Samani S. Psychometric properties of the Academic Hope Scale: Persian form. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30:1133-1136. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.221>
 45. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001;1(3):385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
 46. Ranjbarkohan Z, Nouri H. *Theoretical foundations and principles of Compassion-Focused Therapy*. Tehran: Nahr Publication. 2017.

47. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006;13(6):353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
48. Seyyedjafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseyni E, Shakibmehr M. The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on elderly life expectancy. *Aging Psychology*. 2020; 5(2):157-168.
49. Ghasemi N, Goudarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of Compassion-Based Therapy on cognitive emotion regulation, shame and guilt-proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety-depression disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2019; 9(34):145-166.
50. Najarasl S, Asgari P, Naderi F, Esmaeelkhani F. Compare the effectiveness of Positive Thinking Education, and based on Acceptance and Commitment Treatment on marital disaffection, communication attributions and self-differentiation in people visiting Behbahan city counseling centers. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;13(1):35-46. <http://ijrn.ir/article-1-725-en.html>
51. Heidenreich T, Noyon A, Worrell M, Menzies R. Existential Approaches and Cognitive Behavior Therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14:209-234. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00096-1>
52. Dastmardi Z, Moghtader L, Akbari B. Comparing the effectiveness of Mutual Behavior Analysis and Self-Compassion Therapy on self-esteem and differentiation in students with emotional failure. *Islamic Life Journal*. 2023; 7(1):176-187. <http://islamiclifej.com/article-1-1502-en.html>
53. Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15 (3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>