

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی
بر زنان خانه دار شهرستان خمینی شهر

Effectiveness of Matte Cure treatment on compassion on resilience
and marital adjustment on housewives in Khomeini Shahr

Reyhaneh Shojaei

Faculty of Feyz al-Islam Higher Education
Institute, Khomeini city, Isfahan province.

Email: shojaee@fei.ac.ir

Raziyeh Emadi Andani

Master of General Psychology, Feyz al-Islam
Institute of Higher Education, Khomeini Shahr,
Isfahan Province.

ریحانه شجاعی*

هیئت علمی موسسه آموزش عالی فیض الاسلام، شهرستان
خمینی شهر استان اصفهان.

راضیه عمادی اندانی

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فیض
الاسلام، شهرستان خمینی شهر استان اصفهان.

Abstract

The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of enduring treatment on compassion on resilience and marital adjustment in housewives in Khomeini Shahr. The present study is a quasi-experimental intervention with pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study included all married housewives in Khomeini Shahr in 1399, from which 30 people who had entry criteria to participate in the study were purposefully selected and divided into two groups of experimental (15 people) and control (15 people). (N) were randomly placed and the experimental group was exposed to compassionate treatment with compassion. Connor and Davidson (2003) Resilience Questionnaire and Locke and Wallace Marital Adjustment Questionnaire were used to collect data. Multivariate analysis of covariance was used to analyze statistical data using 23spss software. The results showed that the research intervention is significant at the level of 0.05 so that compassion-focused treatment has an effect on marital resilience and compatibility and its components.

Keywords: *treatment focused on compassion, resilience, marital adjustment.*

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بر زنان خانه دار شهرستان خمینی شهر می باشد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان متأهل خانه دار شهرستان خمینی شهر در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنان ۳۰ نفر که ملاک های ورود برای شرکت در پژوهش را داشتند، بصورت هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جای گرفتند و گروه آزمایشی در معرض درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. برای گرد آوری داده ها از پرسشنامه های تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک و والاس استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های آماری از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار ۲۳ spss استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است بطوری که درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی و مولفه های آن اثر گذار می باشد. از آنجایی که درمان متمرکز بر شفقت می تواند موجب مدل فکری مطلوب گردد و اشخاص می توانند نوع آگاهی و سنجش های غیر منطقی و نامربوط خود را آزمایش کنند، خود

واقعیشان را پذیرش کنند لذا باعث زیاد شدن مقدار تحمل موقعیت های دشوار زندگی بخصوص در زنان خانه دار می شود. بنابراین تهیه برنامه های درمانی و جلسه مشاوره در زمینه شفقت ورزی می تواند راهبرد های مناسب را به افراد از جمله زنان و یا زوجین آموزش دهد.

واژه های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، تاب آوری، سازگاری زناشویی.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : بهمن ۱۴۰۰	پذیرش: فروردین ۱۴۰۱
--------------------	--------------------	---------------------

مقدمه

اولین نهادی که به اعضای خود احساس امنیت و آرامش می بخشد. زندگی مشترکی است که بین زن و مرد بر اساس ارضای نیاز هایشان برقرار است و بر پایه روحیه همکاری، تقسیم کار و تربیت و پرورش کودکان و ایجاد محبت و همدلی ایجاد می شود. در واقع آنچه در یک ازدواج ضروری و مهم می باشد، رضایت از ازدواج و سازگاری بین زوجین است. سازگاری زناشویی فرآیندی است که در آن یک حس کلی از رضایت و شادی بین زن و مرد وجود دارد. در واقع بیشترین تعامل های صمیمی در ارتباط با همسر اتفاق افتاده و زوج یا همسر نقش ویژه ای برای فرد دارد [17] یکی از متغیر های تاثیر گذار در سازگاری زنان، تاب آوری می باشد. تاب آوری به توانمند بودن یک فرد در برقراری تعادل در شرایط دشوار تعریف می شود. لذا آنچه به تجربه پذیر بودن فردی در رویارویی با شرایط سخت و خطرناک اشاره دارد، تاب آوری است [29] در واقع یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با سازگاری زناشویی دارد، تاب آوری است. تاب آوری به فرایند پویای تطبیق مثبت با تجربه های ناگوار و تلخ اطلاق می گردد [26] بنابراین آنچه که می تواند مشکلاتی که از عدم سازگاری بین زوج ها را کم نماید، تاب آوری است. لذا یکی از مداخله هایی که می توان برای بهبود مولفه های روان شناسی بخصوص در زنان بکار برد، درمان مبتنی بر شفقت است که از مداخله های جدید در حوزه درمانی است. نف¹ [27] شفقت به خود را به عنوان سازه ای سه مولفه ای، شامل مواردی از قبیل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای سرزنش یا داوری و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کمبود ها و بی صلاحیت های خود)، اشتراک های انسانی در مقابل تنهایی (اقرار به اینکه همه آدم ها دارای نقصان هستند و خطا می کنند) و به هوشیاری در مقابل همسان سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث نادیده گرفته شدن جنبه های درد آور یک تجربه می شوند و به طور مکرر، ذهن را اشغال کنند) تعریف می کند. امروزه ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. مطالعات زیادی بیانگر این بوده اند که هر چه شفقت به خود در مرتبه بالاتری قرار گیرد، اضطراب و افسردگی پایین تر خواهند بود، همچنین پژوهش های دیگر نشان داده اند که هر چه شفقت به خود بیشتر باشد، اختلال های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب آوری بالاتری در مقابل استرس وجود خواهد داشت. لذا بر اساس این یافته ها و در راستای پژوهش هایی که در حوزه شفقت به خود انجام گرفت، گیلبرت² [24] به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه "درمان مبتنی بر شفقت" را مطرح کرد. سیر تاریخی شکل گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان های منفی در درمانهای شناختی-رفتاری ریشه دارد. اصول پایه در درمان مبتنی

¹. Neff

². Gilbert

بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. در واقع نف و پومیر^۳ [28] در پژوهش خود بیان داشتند که خود شفقتی به معنای احساس مواظبت و مهرورزی نسبت به خود، درک کردن، دیدگاه بدون داوری و قضاوت نسبت به کمبودها و ناکامی‌های خود و تشخیص اینکه تجربیات شخصی بخشی از تجربه‌های معمول انسانی است، می‌شود. موقعی که رنج بدون هیچ تقصیری از طرف خود شخص رخ می‌دهد شفقت می‌تواند نسبت به خود گسترش داده شود همچنین زمانی که تحمل شرایط بیرونی زندگی دشوار و رنج آور می‌شود. با این حال، زمانی که رنج ناشی از اشتباهات، شکست‌ها و یا ضعف شخصی خود شخص باشد شفقت به همان اندازه ارزش پیدا می‌کند. همچنین پژوهش‌های مختلفی به صورت جداگانه در زمینه تاثیرات شفقت درمانی بر روی سازگاری زناشویی صورت گرفته است بطوری که آموزش شفقت نسبت به خود به طور معناداری بر بخشش زنان ناسازگار موثر بوده است [9] بین سلامت روان شناختی و خود شفقت ورزی زوجین با سازگاری زناشویی رابطه مثبت و معناداری دیده شده و اینکه خود شفقت ورزی می‌تواند تغییرات سازگاری زناشویی را تبیین نمایند [2] همچنین افراد دارای شفقت در موقعیت‌های تعارضی با دیگران سازش بیشتری از خود نشان می‌دهند، در حالی که افراد فاقد شفقت نمی‌توانند این سازش را داشته باشند، این افراد به راحتی از همسرشان عذر خواهی می‌کنند و در پی بهبود جنبه‌های آسیب‌زای رابطه خود هستند. [11] بنابراین با توجه به بیان متغیرهای پژوهش و پیشینه پژوهشی متغیرها، یکی از شیوه‌هایی که به گمان می‌آید برای بالا بردن سازگاری و تاب آوری زنان در خانواده مؤثر واقع می‌شود، استفاده از رویکردهای درمانی جدید مثل رویکرد درمان متمرکز بر شفقت است. بطوری که پس از بررسی نتایج پژوهش‌های به عمل آمده در این حوزه نشان داده شده که اکثر پژوهش‌های انجام شده از قبیل پژوهش‌های سعیدیان [7] احمد پور دیزجی و همکاران [1]، نوابی نژاد [14]، برقی ایرانی و همکاران [3]، نو ربالا و همکاران [15]، دیواردنی^۴ و همکاران [22] به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انواع متغیرها از جمله میزان فشار خون و کیفیت زندگی، درمان زندگی بهتر بر سرمایه روانشناختی دانشجویان دختر که به شکست عاطفی دچار شده بودند، شرم درونی شده و خود انتقادی، میل به طلاق و نگرش‌های صمیمانه زنان متأهل، روان سازه‌های ناسازگار، نشخوارفکری بیماران افسرده، در درمان افسردگی، افزایش رضایتمندی و سازگاری زناشویی پرداخته شده است. لذا مطالعه پژوهش‌های پیشین نشان دهنده این مورد است که شفقت ورزی در انواع متغیرها اثر بخش بوده است، اما شاهد مطالعات محدودی در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بوده ایم. از طرفی چون زنان نقش بنیادین در خانواده دارند. و می‌تواند در نقش یک مدیر کارآمد برای همسرش باشد و مدیریت خانه را به طور موثر و در کمال آرامش تضمین کند. قطعاً این کار آسان نیست، بلکه یکی از دشوارترین کارهاست. خانه، مکانی برای آرامش، عشق و محبت و امنیت برای همسر و فرزندان می‌باشد؛ همچنین زنانی که رابطه مهربانانه با خود داشته باشند می‌توانند نقش موثر در تربیت فرزندان داشته باشند و حتی امر فرزندپروری می‌تواند به امری لذت بخش تبدیل شود، لذا در این پژوهش در صدد هستیم، بررسی نماییم که درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زنان خانه دار تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه گواه بوده است. مداخله صورت گرفته در این پژوهش از نوع درمان متمرکز بر شفقت بر گرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت راسل کولتز، گیلبرت

³ Neff , Pommier

⁴ .Dwiwardani

و استیون [13]، می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان متاهل خانه دار شهرستان خمینی شهر در سال ۱۳۹۹ بوده است. پرسشنامه ها از طریق فضای مجازی و به صورت الکترونیکی بین ۴۰۰ نفر پخش شد، که از این میان ۳۰ نفر از زنان که دارای ملاک ورود به پژوهش بودند (مانند دامنه ی سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات حداقل سیکل و حداقل ۵ سال از ازدواجشان گذشته است) و نمره حد نصاب در پرسشنامه تاب آوری نمرات کمتر از ۵۰ می باشد (که نشان دهنده عدم تاب آوری) و همچنین نمرات کمتر از ۱۰۰ در پرسشنامه سازگاری زناشویی می باشد (نشانه تنیدگی و عدم سازگاری) مد نظر بود. لذا نمونه پژوهش بصورت هدفمند و بعد بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسات بصورت حضوری و با رعایت پروتکل های بهداشتی در مرکز مشاوره مسیر زندگی بین گروه آزمایش برگزار گردید. در حالی که برای افراد گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. این جلسات بصورت هفته ای و به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد، بدین صورت که در هر جلسه ابتدا مروری بر شرح جلسات قبلی و سپس به بیان مطالب آن جلسه پرداخته می شد و در انتهای هر جلسه پرسش و پاسخی برای درک بهتر مطالب و رفع ابهام داشتیم. بعد از اتمام جلسات پرسشنامه ها را مجدد برای سنجش میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بین گروه آزمایش و کنترل توزیع کردیم. همچنین لازم به ذکر است بسته آموزشی مورد نظر به تایید صوری اساتید رسیده شد. در بخش آمار استنباطی برای مقایسه و بررسی تفاوت گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون (فرضیه اصلی) از تحلیل کواریانس چند متغیره و برای فرضیه های فرعی از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره بهره گرفته شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار ۲۳ spss مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری متغیرهای مورد نظر محقق در این پژوهش پرسشنامه و جلسات مبتنی بر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بود که در زیر به صورت کامل معرفی شدند.

پرسشنامه تاب آوری:

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون [21] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب آوری جمع آوری کرده اند. بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این پرسشنامه این عقیده را دارند که این پرسشنامه می تواند به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بپردازد و در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست=۰) تا پنج (همیشه درست=۵) نمره گذاری می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰ زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱۳-۲۱-۲۲-۱۳ زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳؛ محمدی [16] این پرسشنامه را برای استفاده در ایران بومی سازی کرده است.

پرسشنامه سازگاری زناشویی:

این پرسشنامه را لاک و والاس طراحی کرده اند و دارای ۱۵ گویه می باشد که نمره پایین، سازگاری کم و نمره بالا، سازگاری زیاد را نشان می دهد. نمره های زیر ۱۰۰ نشان دهنده ی تنیدگی و نمره های ۱۰۰ و بالاتر نشان دهنده ی سازگاری زناشویی

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بر زنان خانه دار شهرستان خمینی شهر

است. فاریابی و زارعی محمودآبادی [10] به کمک روش دونیمه کردن پایایی و روایی بالایی ۹۰ درصد گزارش نموده، وی هم چنین با تفاوت آشکار میان همسران تنیده و غیر تنیده، اعتبار بسیار بالایی را نشان داده است [4]

جدول ۳-۲. جلسات مبتنی بر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر گرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت [13]

جلسه	عنوان	خلاصه جلسه
اول	مفهوم سازی موردی	برقراری ارتباط اولیه با اعضای گروه، تعریف شفقت، مروری بر ساختار و آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	آشنا شدن سیستم های تنظیم هیجان	ارائه مختصری از جلسه قبل، معرفی کردن سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی اثر آن بر افراد، توضیح سه رقیب شفقت و این که چرا به شفقت نیازمندیم؟
سوم	آشنایی با مغز قدیم، جدید و آگاه	ارائه مختصر و چکیده ای از جلسه قبل، آشناسدن با مغز قدیم، جدید و آگاه، معرفی مهارت های توجه آگاهی تکلیف: خوردن با توجهی آگاهانه (مثل خوردن سیب)
چهارم	آشناسدن با ویژگی های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه مختصری از جلسه قبل، توضیح ویژگی های شش گانه شفقت؛ شامل: حساس بودن، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی، تعریف فرد مشفق و ویژگی های آن (خردمند، مسئولیت پذیر، گرم و شجاع) و توضیح این موضوع که فرد باید مهارت هایی یاد بگیرد تا به فرد مشفق تبدیل شود.
پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، معرفی تکنیک نامه مشفقانه.
ششم	تصویر سازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	ارائه مختصری از جلسه قبل، معرفی قدرت تصویر سازی برای انسان ها و رابطه آن با سه سیستم تنظیم هیجان
هفتم	احساس مشفقانه	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، تمرین مهربانی با خود و دیگران
هشتم	رفتار مشفقانه	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، توضیح رفتار مشفقانه شامل: نوازش، فرصت، ساختار و چالش

یافته های پژوهش

آمار استنباطی

در این بخش، یافته های استنباطی تحقیق بر اساس فرضیات تحقیق، تنظیم و به آن پرداخته شده است. با توجه به نحوه جمع آوری داده ها از تحلیل کوواریانس برای پاسخ به فرضیات اصلی و فرعی استفاده شده است. قبل از بررسی تحلیل کواریانس، آنچه که باید در نظر گرفته شود، مباحث مربوط به رعایت کردن و بررسی کردن مفروضه های آماری است که عبارتند از نرمال بودن و استقلال متغیرهای پژوهش، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، برابری واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون متغیر مورد بررسی هستند که در بعد از تحلیل هر فرضیه ارائه شده اند.

بررسی فرضیات پژوهش

فرضیه اول پژوهش: درمان متمرکز شفقت بر تاب آوری و سازگاری زنان خانه دار خمینی شهر تأثیر دارد. جدول (۱) به بررسی نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پس آزمون سازگاری و تاب آوری در زنان خانه دار پرداخته است.

جدول (۱): نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پس آزمون سازگاری و تاب آوری و مولفه های آن در دو گروه

شاخص	مقدار	F	معنی داری
اثر پیلائی	۰/۶۵۶	۱۶/۱۱۸	<0/01*
لامبدای ویلکز	۰/۳۴۴	۱۶/۱۱۸	<0/01*
اثر هتلینگ	۱/۹۰۹	۱۶/۱۱۸	<0/01*
بزرگترین ریشه روی	۱/۹۰۹	۱۶/۱۱۸	<0/01*

*معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج نشان داد که تمام آزمون های تحلیل کواریانس معنی دار است ($p < ۰/۰۱$). درمان متمرکز شفقت بر تاب آوری و سازگاری برای زنان خانه دار موثر بوده است. علاوه بر این، در جدول های (۲) میانگین تعدیل شده تاب آوری و سازگاری را نشان می دهد. این جدول، میانگین تاب آوری و سازگاری زناشویی را پس از درمان متمرکز شفقت با کنترل مقادیر پیش آزمون تاب آوری و سازگاری ارائه می دهد.

جدول (۲) میانگین و میانگین تعدیل یافته پس آزمون تاب آوری و سازگاری

متغیر	گروه آزمایشی	پس آزمون میانگین	میانگین تعدیل یافته
تاب آوری	کنترل	۴۶/۴۷	۴۴/۱۴
	آزمایش	۷۲/۴۰	۷۲/۷۴
سازگاری	کنترل	۷۵/۷۳	۷۲/۲۹
	آزمایش	۱۱۴/۰۰	۱۰۱/۴۲

بررسی پیش فرض های فرضیه اصلی

همان طور که قبلاً ذکر شد، پیش فرض های تحلیل کواریانس عبارتند از نرمال بودن متغیرهای پژوهش، استقلال متغیرهای پژوهش، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، برابری واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون متغیر مورد بررسی. اما لازم به ذکر است با توجه به اینکه گمارش آزمودنی ها در گروه های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده و با توجه به استفاده از پرسشنامه معتبر جهت سنجش متغیر های وابسته، پیش فرض فاصله ای بودن پرسشنامه های اندازه گیری متغیر های وابسته رعایت شده است. از طرف دیگر تعداد افراد دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی و به تعداد ۳۰ نفر بوده است. گمارش تصادفی معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد اما برای بدست آوردن اطمینان از توزیع نرمال داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها بهره گرفته شده است.

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بر زنان خانه دار شهرستان خمینی شهر

الف- بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش
از جمله پیش فرض هایی که در تحلیل کواریانس ایجاد شده است، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک است. که این پیش فرض روی متغیرهای پژوهش بررسی شد. و نتایج آن در جدول (۳) آورده شد.

جدول (۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون سازگاری و تاب آوری به تفکیک گروه

متغیر	گروه آزمایشی	پس آزمون	
		شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
تاب آوری	کنترل	۰/۷۸۱	۰/۰۰۲*
	آزمایش	۰/۸۹۵	۰/۰۷۹
سازگاری	کنترل	۰/۸۱۲	۰/۰۰۵*
	آزمایش	۰/۸۸۹	۰/۰۶۵

*معناداری در سطح ۰/۰۵

لازم به ذکر است مقادیر معناداری بیشتر از ۰/۰۵ نشان دهنده نرمال بودن توزیع متغیرها و مقادیر پایین تر از ۰/۰۵ نشان دهنده عدم پیروی توزیع متغیرها از توزیع نرمال می باشد. با توجه به سطح معناداری گزارش شده در جدول (۳)، می توان نتیجه گرفت که در سطح خطای ۵ درصد متغیرهای تاب آوری و سازگاری در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش دارای توزیع نرمال هستند اما در گروه کنترل متغیرهای تاب آوری و سازگاری در مرحله پس آزمون از توزیع نرمال پیروی نمی کنند. اما با توجه به اینکه حجم نمونه در گروه کنترل ۳۰ می باشد، نتایج تحلیل کواریانس نسبت به غیرنرمال بودن متغیرها مقاوم است.

ب- بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس
برای واریانس پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تاب آوری و سازگاری در گروه های مورد پژوهش از آزمون باکس استفاده شد.

جدول (۴) نتایج آزمون باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس

معنی داری	F	BOX'S M
۰/۷۰۱	۰/۴۱۹	۸/۷۹۸

جدول (۴) نشان می دهد مقدار سطح معناداری ($P > 0/05$) می باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = 0/419$ و $P = 0/701$).

ج- بررسی برابری واریانس ها
برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های سازگاری و ابعاد تاب آوری در گروه های مورد پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول (۵) ارائه گردیده است.

جدول (۵) نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های سازگاری و تاب آوری

متغیر	پس آزمون		
	F	df ₁	df ₂ سطح معنی داری
تاب آوری	۰/۰۰۰۴۴	۱	۲۸
سازگاری	۴/۰۳۳	۱	۲۸

نتایج جدول (۵) گویای آن است که واریانس تاب آوری و سازگاری دو گروه کنترل و آزمایش با هم برابرند و این پیش فرض برقرار است.

د- بررسی همگنی شیب رگرسیون

این پیش فرض به ارتباط بین متغیر هم‌تغییر و متغیر وابسته برای هر یک از گروه‌ها مربوط می‌شود. آنچه که در اینجا بررسی می‌شود وجود یا عدم وجود تعامل بین متغیر هم‌تغییر و مداخله یا دستکار آزمایشی می‌باشد. اگر تعامل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، بنابراین از این مفروضه تخطی کرده‌ایم. در جدول (۶) نتیجه آزمون بررسی همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است.

جدول (۶) بررسی همگنی شیب‌های رگرسیونی

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
سازگاری	پیش آزمون	۹/۸۱۷	۱	۹/۸۱۷	۰/۱۱۱	۰/۷۴۲
	گروه × پیش آزمون	۱۲۶/۵۵۹	۱	۱۲۶/۵۵۹	۰/۴۳۱	۰/۲۴۳
	خطا	۲۱۲۳/۰۸۷	۲۴	۸۸/۴۶۲		
تاب‌آوری	پیش آزمون	۳۷/۸۰۹	۱	۳۷/۸۰۹	۰/۲۱۲	۰/۶۵۰
	گروه × پیش آزمون	۴۴/۲۳۱	۱	۴۴/۲۳۱	۰/۲۴۷	۰/۶۲۳
	خطا	۴۲۹۰/۴۱۷	۲۴	۱۷۸/۷۶۷		

همان گونه که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد آماره آزمون اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای سازگاری و تاب‌آوری معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$). در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی‌گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای تاب‌آوری و سازگاری برقرار است.

فرضیه دوم پژوهش: درمان متمرکز شفقت بر ابعاد تاب آوری زنان خانه دار خمینی شهر تأثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تأثیر درمان متمرکز شفقت بر ابعاد تاب‌آوری با کنترل نمرات پیش‌آزمون، در جدول (۷) گزارش شده است.

جدول (۷) نتایج تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های تاب آوری گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
شایستگی فردی	پیش آزمون	۲۰۲۴۰/۱	۱	۲۰۲۴۰/۱	۷۲۱/۹	*.۰۰۰۰	۰/۸۰۰	۱/۰۰
	گروه	۸۸۱/۶۶۷	۱	۸۸۱/۶۶۷	۳۱/۴۴۴	*.۰۰۰۰	۰/۸۷۴	۰/۶۷۴
	خطا	۱۶۲۶/۲۶۷	۲۳	۲۸/۰۳۹				
تحمل عاطفه منفی	پیش آزمون	۱۲۷۰۲/۲	۱	۱۲۷۰۲/۲	۶۶۵/۲۱۴	*.۰۰۰۰	۰/۷۴۰	۱/۰۰
	گروه	۵۹۵/۳۵۰	۱	۵۹۵/۳۵۰	۳۱/۱۷۹	*.۰۰۰۰	۰/۷۹۲	۰/۷۷۴
	خطا	۱۱۰۷/۲۶۷	۲۳	۱۹/۰۹۵				
کنترل	پیش آزمون	۲۴۱۹/۳۵	۱	۲۴۱۹/۳۵	۱۳۶۴/۶	*.۰۰۰۰	۰/۶۵۷	۱/۰۰
	گروه	۲۲۸/۸۱۷	۱	۲۲۸/۸۱۷	۱۲/۸۶۹	*.۰۰۰۱	۰/۷۷۴	۰/۹۴۰
	خطا	۱۰۲/۸۳۳	۲۳	۱/۷۷۳				
تأثیرات معنوی	پیش آزمون	۹۵۷۶/۰۷	۱	۹۵۷۶/۰۷	۱۲۴۳/۸	*.۰۰۰۰	۰/۶۴۴	۱/۰۰
	گروه	۴۳۷/۴۰۰	۱	۴۳۷/۴۰۰	۵۶/۸۱۴	*.۰۰۰۰	۰/۶۷۴	۰/۹۹۸
	خطا	۴۴۶/۵۳۳	۲۳	۷/۶۹۹				
روابط ایمن	پیش آزمون	۲۵۸۷/۲۷	۱	۲۵۸۷/۲۷	۴۵۶/۸۵۴	*.۰۰۰۰	۰/۷۲۰	۱/۰۰
	گروه	۲۲۴/۲۶۷	۱	۲۲۴/۲۶۷	۳۹/۶۰۱	*.۰۰۰	۰/۷۸۵	۰/۶۲۶
	خطا	۳۲۸/۴۶۷	۲۳	۵/۶۶۳				

*معناداری در سطح ۰/۰۵

همانطور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود تمامی آماره آزمون‌های F مربوط به مقادیر گروه معنی‌دار هستند و نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر پنج زیر مقیاس تاب آوری در مرحله پس آزمون به طور معنی داری بالاتر از آزمودنی‌های گروه کنترل شده است. مقادیر اندازه اثر نشان می‌دهد که ۸۷/۴ درصد تغییرات مربوط به شایستگی فردی، ۷۹/۲ درصد تغییرات مربوط به تحمل عاطفه منفی، ۷۷/۴ درصد تغییرات مربوط به کنترل، ۶۷/۴ درصد تغییرات مربوط به تأثیرات معنوی و ۷۸/۵ درصد تغییرات مربوط به روابط ایمن در شرکت کنندگان گروه آزمایش بوده است. به عبارت دیگر، درمان تاکید شده بر مهربانی موجب بهبود ابعاد تاب آوری زنان خانه‌دار در گروه آزمایش شده است. همچنین، جدول (۸) میانگین‌های تعدیل یافته متغیر تأثیر درمان تاکید شده بر مهربانی بر نمره‌های ابعاد تاب آوری (شایستگی‌های فردی، تحمل عاطفه منفی، کنترل، تأثیرات معنوی و روابط ایمن) ملاحظه می‌گردد. یعنی اثر متغیر همپراش (نمره اولیه آزمودنی‌ها) به صورت آماری حذف شده است. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین گروه آزمایشی در مقایسه با میانگین گروه کنترل در سطح بالاتری قرار دارد. بدین معنی که درمان تاکید شده بر مهربانی باعث شده در نمونه مورد بررسی ابعاد تاب آوری افزایش پیدا کند.

جدول (۸) میانگین و میانگین تعدیل یافته پس آزمون مولفه‌های تاب آوری

متغیر	گروه آزمایشی	پس آزمون	
		میانگین	میانگین تعدیل یافته
شایستگی فردی	کنترل	۱۴/۸۶	۱۴/۵۳۳
	آزمایش	۲۲/۷۳	۲۲/۲۰۰
تحمل عاطفه منفی	کنترل	۱۱/۹۳	۱۱/۴۰۰
	آزمایش	۱۸/۰۶	۱۷/۷۰۰
کنترل	کنترل	۵/۸۶	۵/۷۳۳
	آزمایش	۷/۱۳	۶/۹۶۷
تأثیرات معنوی	کنترل	۹/۴۷	۹/۹۳۳
	آزمایش	۱۵/۶۰	۱۵/۳۳۳
روابط ایمن	کنترل	۷۲/۱۶	۴/۶۳۳
	آزمایش	۳۵/۴۵	۸/۵۰۰

بررسی پیش فرض‌های فرضیه دوم

الف- بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک است روی ابعاد تاب‌آوری انجام شده و نتایج آن در جدول (۹) آورده شده است.

جدول (۹) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون تاب‌آوری به تفکیک گروه

متغیر	گروه آزمایشی	پس آزمون	
		شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
شایستگی فردی	کنترل	۰/۸۶۰	۰/۰۲۴*
	آزمایش	۰/۹۶۰	۰/۶۸۶
تحمل عاطفه منفی	کنترل	۰/۸۲۴	۰/۰۰۸*
	آزمایش	۰/۹۷۳	۰/۹۰۱
کنترل	کنترل	۰/۷۷۱	۰/۰۰۲*
	آزمایش	۰/۸۲۸	۰/۰۰۹*
تأثیرات معنوی	کنترل	۰/۸۱۰	۰/۰۰۵*
	آزمایش	۰/۹۶۵	۰/۷۷۳
روابط ایمن	کنترل	۰/۸۱۲	۰/۰۰۵*
	آزمایش	۰/۸۹۱	۰/۰۷۰

*معناداری در سطح ۰/۰۵

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بر زنان دار شهرستان خمینی شهر

براساس یافته‌های جدول (۹) می‌توان مشاهده کرد که در سطح خطای ۵ درصد، در گروه آزمایش شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، تاثیرات معنوی و روابط ایمن دارای توزیع نرمال هستند و بقیه از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند ولی با توجه به اینکه حجم نمونه در گروه کنترل و آزمایش برابر ۳۰ است، نتایج تحلیل کوواریانس همچنان معتبر هستند.

ب- بررسی برابری واریانس‌ها

نتایج حاصل از آزمون لوین برای ابعاد تاب‌آوری در جدول (۱۰) گزارش شده است.

جدول (۱۰) نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس برای ابعاد تاب آوری

متغیرها	F	df1	df2	سطح معنی داری
شایستگی فردی	۰/۰۵۸	۱	۲۸	۰/۸۱۲
تحمل عاطفه منفی	۰/۳۰۳۲	۱	۲۸	۰/۸۶۰
کنترل	۰/۱۰۹۱	۱	۲۸	۰/۷۶۵
تاثیرات معنوی	۱/۳۵۴	۱	۲۸	۰/۲۵۴
روابط ایمن	۰/۳۲۳	۱	۲۸	۰/۵۷۴

با توجه به نتایج جدول (۱۰) مشاهده می‌شود که واریانس ابعاد تاب آوری در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و این پیش فرض برقرار است.

ج- بررسی همگنی شیب رگرسیون

در جدول (۱۱) نتیجه آزمون بررسی همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است.

جدول (۱۱) بررسی همگنی شیب رگرسیونی

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
شایستگی فردی	پیش آزمون	۵۷/۱۸۴	۱	۵۷/۱۸۴	۲/۶۰۱	۰/۱۲۴
	گروه × پیش آزمون	۲/۵۴۸	۱	۲/۵۴۸	۰/۱۱۶	۰/۷۳۷
	خطا	۳۹۵/۶۸۳	۱۸	۲۱/۹۸۲		
تحمل عاطفه منفی	پیش آزمون	۵۹/۹۹۶	۱	۵۹/۹۹۶	۳/۴۴۲	۰/۰۸۰
	گروه × پیش آزمون	۲۶/۷۳۵	۱	۲۶/۷۳۵	۱/۵۳۴	۰/۲۳۱
	خطا	۳۱۳/۷۹۳	۱۸	۱۷/۴۳۳		
کنترل	پیش آزمون	۲/۳۲۲	۱	۲/۳۲۲	۰/۵۱۹	۰/۴۸۱
	گروه × پیش آزمون	۱۷/۵۸۱	۱	۱۷/۵۸۱	۳/۹۲۸	۰/۰۶۳
	خطا	۸۰/۵۶۹	۱۸	۴/۴۷۶		
تاثیرات معنوی	پیش آزمون	۱۲/۱۹۴	۱	۱۲/۱۹۴	۰/۵۵۵	۰/۴۶۶
	گروه × پیش آزمون	۲/۰۵۴	۱	۲/۰۵۴	۰/۴۴۲	۰/۵۱۵
	خطا	۸۳/۶۳۳	۱۸	۴/۶۴۶		

پیش آزمون	۰/۳۸۳	۱	۰/۳۸۳	۰/۴۷۹	۰/۴۹۸
گروه × پیش آزمون	۱/۴۴۴	۱	۱/۴۴۴	۱/۸۰۷	۰/۱۹۶
خطا	۱۴/۳۸۷	۱۸	۰/۷۹۹		

همان گونه که نتایج جدول (۱۱) نشان می‌دهد تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیر وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی‌گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برقرار است. فرضیه سوم پژوهش: درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زنان خانه دار خمینی شهر تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تأثیر درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زناشویی با کنترل نمرات پیش‌آزمون، در جدول (۱۲) گزارش شده است.

جدول (۱۲) نتایج آزمون تحلیل کواریانس سازگاری

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
پیش آزمون		۳۳۲۲/۶۸	۱	۳۳۲۲/۶۸	۱۳/۴۹۸	۰/۰۴۲*
گروه		۹۶۱/۵۷۳	۱	۹۶۱/۵۷۳	۷۰/۱۸۸	۰/۰۰۰*
خطا		۷۵۷۵/۰۱	۲۶	۲۹۱/۳۴۷		

*معناداری در سطح ۰/۰۵

طبق یافته‌های جدول (۱۲)، سطح معناداری گروه کمتر از خطای ۵ درصد گزارش شده است. بنابراین، نتیجه می‌شود درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زنان خانه دار مؤثر است و فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود. همچنین، در جدول (۱۳) میانگین تعدیل یافته متغیر سازگاری در مرحله پس آزمون گزارش شده است. این جدول، میانگین سازگاری زناشویی را پس از درمان متمرکز شفقت با کنترل مقادیر پیش‌آزمون سازگاری ارائه می‌دهد.

جدول (۱۳) میانگین و میانگین تعدیل یافته پس آزمون تاب آوری

متغیر	گروه آزمایشی	پس آزمون
	میانگین	میانگین تعدیل یافته
سازگاری	کنترل	۷۵/۷۳
	آزمایش	۱۱۴/۰۰
		۷۲/۲۹

بررسی پیش‌فرض‌های فرضیه سوم

الف- بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

این پیش‌فرض در ذیل جدول (۳) مورد بررسی و تایید شده است.

ب- بررسی برابری واریانس‌ها

نتایج آزمون لوین در جدول (۱۴) گزارش شده است.

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگاری زناشویی بر زنان خانه دار شهرستان خمینی شهر

جدول (۱۴) نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس سازگاری

متغیر	F	df1	df2	سطح معنی داری
سازگاری	۳/۹۸۲	۱	۲۸	۰/۰۵۶

نتایج جدول (۱۴) گویای آن است که واریانس‌های سازگاری دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند.

ج- بررسی همگنی شیب رگرسیون

در جدول (۱۵) نتیجه آزمون بررسی همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است.

جدول (۱۵) بررسی همگنی شیب رگرسیونی

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
سازگاری	پیش آزمون	۱۴۷/۵۵	۱	۱۴۷/۵۵	۰/۵۰۶	۰/۴۸۳
	گروه × پیش آزمون	۴۵۲/۵۵	۱	۴۵۲/۵۵	۱/۵۵۳	۰/۲۲۴
	خطا	۷۵۷۵/۰۱	۲۶	۲۹۱/۳۴۷		

با توجه به نتایج جدول (۱۵) مشاهده می شود تفاوت معناداری میان ضرایب رگرسیون بین متغیر وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل برقرار است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های مربوط به فرضیه اول: درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری و سازگای زنان خانه دار تاثیر گذار است. نتایج حاکی از این بود که درمان تاکید شده بر مهربانی بر تاب آوری و سازگاری موثر است. بدین صورت که درمان تاکید شده بر مهربانی قابلیت این را دارد که تاب آوری زنان را بالا ببرد. لذا تاثیر این روش درمانی باعث ازدیاد مقدار سازگاری این زنان در مقابل با زنانی که در مواجهه این روش درمانی نبودند، شده بود که با نتایج پژوهش های نوابی نژاد [14] که بیان داشت که درمان گروهی بر مهربانی این قابلیت را دارد به عنوان یک مداخله جدید در کم شدن شرم درونی شده و خود انتقادی در زنان دچار آزار عاطفی به کار گرفته شود. آموزش مهربانی به خود باعث ازدیاد نگرش های صمیمی و کم شدن گرایش به طلاق در زنان می شود [5]. درمان مبتنی بر مهربانی بر کم شدن افسردگی و خود انتقادی دانشجویان موثر است [8]. نشان داده شد که نمره های مهربانی به خود و کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور قابل توجهی افزایش یافته و همچنین نمرات افسردگی و اضطراب به صورت قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کم شده است [18]، درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز، بر روانسازه های ناسازگار و عاطفه های منفی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال ریاضی تاثیر گذار بوده است [3]. درمان تاکید شده بر مهربانی قادر است افسردگی را کاهش دهد [6]. اثر تعاملی معنادار مداخله و خصیصه مهربانی به خود، روی مقدارنشخوار فکری افراد موثر است [15]، همسو است. در تمام پژوهش های فوق به بررسی اثر بخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت بر روی متغیر های مختلف پرداخته شده است که با پژوهش حاضر همسو می باشند. در تبیین فرضیه اصلی که درمان متمرکز شفقت بر تاب آوری و سازگاری زنان خانه دار تأثیر دارد. نتایج حاکی از این بود که درمان تاکید شده بر مهربانی بر تاب آوری و سازگاری تأثیر گذار است، لذا می توان گفت که این درمان باعث می شود فرد، خود واقعیش را

پذیرش کند و باعث زیاد شدن مقدار تحمل موقعیت های دشوار زندگی در زنان خانه دار می شود، از آنجایی که آموزش بر اساس مهربانی می تواند موجب مدل فکری مطلوب گردد و اشخاص می توانند نوع آگاهی و سنجش های غیر منطقی و نامربوط خود را آزمایش کنند، مسلماً به اشخاص این توانایی را می دهد تا با مسائل سخت و دشوار که رو در روی آنها است، مقابله سالم داشته باشند و امیدوار باشند و با جریان زندگی حرکت کنند. آموزش احتمالاً می تواند منشاء تغییراتی از جمله تغییر در نگرش و عقیده شود و این امر به نوع خود موجب ازدیاد امید در زنان می شود. همچنین باعث می شود زنان در روابط اجتماعی خویش و روابط والد-فرزندی به طور موثر عمل کنند و از کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند، که همین امر باعث کاهش فشار روانی می شود. از طرفی این درمان موجب آشکار شدن محدودیت ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می شود و فرد را برای اقدام به تحول قادر می سازد و او را در مقابل استرس حمایت می کند. شفقت به خود به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود می باشد و نیز می تواند منبعی بادوام برای دستیابی به توان بالقوه انسانی باشد و موجب سلامت روانی شود. همچنین چون در درمان بر پایه مهربانی و دلسوزی به دنبال ذهنی زیبا و مهربان هستیم این امر موجب می شود اشخاص در رابطه های خود افکار دیگران را پذیرا باشند و به نظرات و فکر هایی که بر خلاف خود هستند احترام و ارزش گذارد که این بر تاب آوری تأثیر گذار است.

یافته های مربوط به فرضیه دوم: درمان متمرکز شفقت بر ابعاد تاب آوری زنان خانه دار تأثیر دارد. در تبیین این فرضیه که درمان متمرکز شفقت بر تاب آوری زنان خانه دار تأثیر دارد. نتیجه حاکی از انجام تحلیل کواریانس تک متغیره بیانگر این است که درمان متمرکز شفقت بر تاب آوری زنان خانه دار مؤثر است. بنابراین می توان اینگونه بیان داشت که شفقت به خود، یعنی مهربانی نسبت به خود در زمان های دشوار و جایگزین کردن مهربانی به جای قضاوت خشن که یم تواند جایگزینی برای سرزنش کردن از خود و عزت نفس که به عنوان یک جایگزین برای انتقاد نسبت به خود و عزت نفس ارائه شده است. لذا مهربانی به خود، بر مدلی از هیجان بخصوص نسبت به خود یعنی خود مهربانی تمرکز دارد. در پژوهش هایی که لیبری و همکاران^۵ [25] انجام داده اند به این نتایج رسیدند که خود مهربانی از احساس های منفی که بر اساس وقایع اجتماعی ناراحت کننده بوجود آمده است، جلوگیری می نماید و عکس العمل فرد را به وقایع منفی را کم می کند. لذا در این بین درمانگر اشخاص را تشویق می نماید تا فکر ها و هیجان های مرتبط با یک ایده، حس، ارتباط و عمل را به صورتی کامل تجربه کرده بدون اینکه آنها را سرکوب نمایند و در مورد آن دآوری ارزشی کنند و هیجان های دوم مثل شرم، گناه، فقدان اعتماد، سرزنش و کوچک شمردن را پس از تجربه این رفتار، فکر و حس تجربه کنند. لذا مواقعی که فردی در مقابل درمان مبتنی بر مهربانی قرار می گیرد با روبه رو شدن با رنج ها و برخورد گرم و نزدیک با آنان جویی محبت گونه و شوق برانگیز بوجود می آورد به صورتی که اشخاص بتوانند هیجان های منفی خود را در دست گرفته و با انگیزه ای مثبت به سالم بودن و بهبود ارتباط خود با دیگران کمک کنند. با توجه به این شیوه تمام فکر ها و هیجانات منفی به فکر های مثبت مبدل شده و فرد با دیگر افراد به آسانی می تواند همدردی نماید و توانمندی خود را برای روبروشدن با مسائل اجتماعی افزایش دهد. بنابراین اشخاصی که مهربانی به خود زیادی دارند تجارب و اتفاق های نا مطلوب را اینگونه در نظر می گیرند که ممکن است انسان ها اشتباه کنند، لذا احساس های منفی خیلی کمی را تجربه خواهند کرد.

یافته های مربوط به فرضیه سوم: درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زنان خانه دار تأثیر دارد. در تبیین این فرضیه که درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زنان خانه دار تأثیر دارد. نتیجه حاکی از انجام تحلیل کواریانس تک متغیره بیانگر این است که درمان متمرکز شفقت بر سازگاری زنان خانه دار مؤثر است. لذا شفقت عبارت است از شناختن رنج خود و کوشش برای کم کردن آن خود و تلاش برای کاهش آن [23] همچنین مهربانی نسبت به خود از عامل هایی همچون مهربان بودن با خود، ذهن

⁵. Leary

آگاهی و همچنین، خودشفقتی از عواملی همچون مهربان بودن با خود، داشتن ذهن آگاهی و انسانیت مشترک تشکیل شده است. افراد مهربان با خود، با مهربانی و سهلگیری در برابر خود، اهمیت خاصی برای خود قائل هستند و از حس شادی زیادی برخوردارند. همچنین خانم ها خانه دار که دارای خود مهربانی نسبت به خود هستند، کمتر خود را تحقیر و کوچک می شمارند و دیدگاهی مثبت و بهتری برای خود در نظر می گیرند. این همسران قابلیت این را دارند ارتباط نزدیکی با همسر خود داشته باشند. همسران مهربان به خود، توانمندی این را دارند که تمامی ابعاد خوب، بد، درست و اشتباه خود را بپذیرند. این افراد خود را خالی از اشتباه نمی دانند و باور دارند که مرتکب شدن به اشتباه بخشی از شرایط انسانی است که غیرقابل اجتناب است. لذا نسبت به خود سختگیر نیستند و با شناخت بیشتر می توانند اشتباه های خود را اصلاح کنند و دوباره آنها را تکرار نکنند. در نتیجه، این خانم ها قادر به خلق محیطی دلگرم و مساعدت هستند که در آن توانایی انطباق بیشتر و در نتیجه سازگاری زناشویی بالاتری وجود دارد. که می توان از درمان تاکید شده بر مهربانی به منظور بهبود سازگاری و تحمل شرایط دشوار در زنان بهره برد [12]، همسو است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه ی کسانی که در به انجام رسیدن این مقاله یاریگرشان بوده اند تشکر و قدردانی می کنند.

منابع

- [۱] احمد پور دیزجی، ج؛ زهرا کار، ک و کیامنش، ع. (۱۳۹۶). مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان شناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی، *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۸ (۳۱)، ۷-۲۱.
- [۲] احمدی، ش و مرادی، ا. (۱۳۹۷). پیش بینی سازگاری زناشویی بر اسا مولفه های سلامت روان شناختی و خود شفقت ورزی در زوجین شهرستان بوکان، *زن و مطالعات خانواده*، ۱۱ (۴۱)، ۴۳-۵۵.
- [۳] برقی ایرانی، ز؛ بگیان کوله مرز، م ج و بختی، م. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر تعدیل روانسازه های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی، *روان شناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۱۰۳-۱۱۷.
- [۴] حسینی نسب، س د؛ بدری، ر قائمیان اسکویی، آ. (۱۳۸۷). رابطه ویژگی های شخصیتی و سبک های حل تعارض بین فردی با سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد تبریز، *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی (فصلنامه)*، ۱ (۴)، ۱۰۵-۱۳۰.
- [۵] دشت بزرگی، ز؛ عسگری، م و عسگری، پ. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش شفقت خود بر میل به طلاق و نگرش های صمیمانه زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاور خانواده، *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۸ (۱)، ۳۸-۴۵.
- [۶] زارعی، ف. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان.
- [۷] سعیدیان، ک؛ سهرابی، ا و زمستانی، م. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشار خون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۷ (۱)، ۱۶۱-۱۶۹.
- [۸] شریعتی، م؛ جمید، ن؛ هاشمی، س ا؛ بشلیده، کی و مرعشی، س ع. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر مهر ورزی بر افسردگی و خود انتقادی دانشجویان دختر، *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۷ (۱)، ۴۳-۵۰.
- [۹] شهابی، ب و آزاده، س م. (۱۳۹۵). اثر بخشی روش شفقت نسبت به خود بر افزایش بخشش در بین زنان ناسازگار، *کنفرانس جهانی روان شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*، شیراز، ایران.
- [۱۰] فاریابی ظ، زارعی محمودآبادی ح. (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه سازگاری زناشویی، شادکامی و میل به طلاق در ازدواجهای سنتی و غیر سنتی شهر یزد. *طلوع بهداشت*، ۱۴ (۳): ۹۴-۸۳.
- [۱۱] فاریابی، ظ؛ خیاطان، ف و منشئی، غ. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش بسته شفقت درمانی بخشش محور و بخشش درمانی بر مدیریت خشم، سازگاری زناشویی و فرکانس عشق در زنان دارای تعارضات زناشویی، *ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد*، ۱۹ (۶)، ۹۴-۷۸.
- [۱۲] قاسم زاده، م؛ معتمدی، ع و سهرابی، ف. (۱۳۹۸). اثر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه، *پژوهشنامه زنان*، ۱۰ (۲۷)، ۱۱۷-۱۳۹.
- [۱۳] کولتز، ر؛ گیلبرت، پ و هیز، استیون س. (۲۰۱۶). *درمان متمرکز بر شفقت (CFT) به زبان ساده*، ترجمه جواد خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷)، تهران: دانژه.
- [۱۴] نوایی نژاد، ش؛ رستمی، م؛ مظاهری، ز؛ مجلسی، ز و فتح اله زاده، ن. (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی، *مطالعات روان شناختی*، ۱۳ (۲)، ۱۵۱-۱۶۷.
- [۱۵] نور بالا، ف؛ برجلی، ا و نور بالا، ا ع. (۱۳۹۲). اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در درمان مبتنی بر شفقت، *دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۲۰ (۱۰۴)، ۷۷-۸۴.
- [۱۶] محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشگاه تهران.
- [۱۷] موالی، م. (۱۳۹۸). اثر بخشی مداخله شناختی بر تمایز یافتگی، سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی همسران جانباز و ایثارگر شهر اهواز، *مجله پیشرفت های نوین در روان شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۲ (۲۰)، ۱۴۵-۱۶۰.

- [۱۸] هارونی جمالویی، ی. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شفقت درمانی بر شفقت خود، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
- [19] Algoe, S.B., & Zhaoyang, R. (۲۰۱۶). Positive Psychology in Context: Effect of Expressing Gratitude in Ongoing Relationships Depend on Perception of Enactor Responsiveness. *Journal of Posit Psychol.*, 11(4): 399- 415.
- [20] Brown, G.w; (1999). Long - term effects of early loss of parent. In M. Rutter, Izard, L. & Read, P.(Eds), *Depression and childhood: developmental perspective* . New York: Guilford.
- [21] Connor, K M., Davidson, JRT. (۲۰۰۳). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety*, ۱۸: ۷۶-۸۲.
- [22] Dwiwardani, C.; Ord, A. S. ; Fennell, M.; Eaves, D.; Ripley, J. S. ; Perkins, A.; Sells, J.; Worthington, E. L. ; Garthe, R. C. ; Davis, D. E. ; Hook, J. N. ; Reid, C. A. ; Van Tongeren, D.R. (2017) Spelling Humble with U and ME: The role of perceived humility in intimate partner relationships. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 1-11.
- [23] Gilbert P (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53: 6-41.
- [24] Gilbert, P (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Hove, UK: Routledge. 9-74.
- [25] Leary, MR; Tate, EB; Adams, CE; Allen, AB & Hancock J (2007). Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. *J Personal Soc Psychol.* (92), 887-904.
- [26] Luthar, SS. Cicchetti, D. (۲۰۰۰). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, ۱۲: ۸۵۷-۸۵.
- [27] Marks, O. M. (2016). Self-compassion and marital satisfaction. A Ph.D. thesis in School of Psychology and Counseling. Regent University, Regent University, Virginia.
- [28] Neff, KD (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2: 85-101.
- [29] Neff, K. D. & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12 (2), 160-176.
- [30] Oldfield J, Stevenson A, Ortiz E, Haley B. (2018). Promoting or suppressing resilience to mental health outcomes in at risk young people: The role of parental and peer attachment and school connectedness. *Journal of Adolescence*, 64, 13-22.
- [31] Yadavaia. J.E (2013). Using Acceptance and Commitment Therapy to Decrease High-Prevalence Psychopathology by Targeting Self-Compassion: A Randomized Controlled Trial. *Dissertations & Theses - Gradworks* .214.