

Comparison of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on quality of interpersonal relationships and meaning in life in women with marital conflicts

Araghian, SH., Nejat, *H., Toozandehjani, H., Bagherzadeh-Golmakani, Z.

Abstract

Introduction: The role of family as the smallest social unit can be highly effective both in its positive and negative aspects. The present study aims to compare the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy in the quality of interpersonal relationships and meaning in life in women with marital conflicts.

Method: This study is a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The research statistical population comprised all married female students with marital conflicts. The statistical sample included 45 of these students who were selected by convenience sampling and were randomly assigned into three groups of 15 people. The first group received quality of life therapy; the second group underwent compassion-focused therapy and the third group was placed on the waiting list as the control group. For data collection, Pierce, Sarason, and Sarason Quality of Relationships Inventory (QRI) and Steger Meaning in Life Questionnaire (MLQ) were used. For data analysis, a repeated measures analysis of variance was applied.

Results: The final results suggested significant effectiveness for both types of treatment on the quality of interpersonal relationships and meaning in life indices. No significant difference evident between two therapeutic interventions in term of their effectiveness.

Conclusion: The results indicate that the therapies based on the quality of life and compassion in the field of family mental health have a significant effect on the quality of interpersonal relationships and meaning in life. Given the high rate of women referring to counseling centers for marital conflicts, it is possible to pay special attention to promoting the qualitative level of all people in society through public education and development of a positive attitude.

Keywords: compassion, Quality of life therapy, meaning in life, marital conflict.

مقایسه اثربخشی درمان مهارت مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی زنان دارای

تعارض زناشویی

شیمیا عراقیان^۱، حمید نجات^۲، حسن تونزنده‌جانی^۳، زهرا باقرزاده کلمکانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: نقش خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی با کارکردهای مختلف آن می‌تواند هم در جنبه مثبت و هم در جنبه منفی بسیار مهم و تأثیرگذار باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی زنان دارای تعارض زناشویی بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دارای تعارض‌های زناشویی شهر مشهد بود. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از این دانشجویان بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۵ نفره)، درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت روابط پیرز، ساراسون و ساراسون و پرسشنامه معنای زندگی استگرا استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نهایی نشان داد که هر دو نوع درمان در شاخص‌های کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی بطور معناداری اثربخش بوده است. تفاوت معناداری که بیانگر اثربخشی بیشتر یکی از این دو روش درمانی باشد، مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این است که درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و شفقت‌ورزی در حوزه سلامت‌روانی خانواده مانند کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی اثربخشی معناداری دارند. با توجه به میزان بالای مراجعه زنان به مراکز مشاوره در زمینه حل تعارضات زناشویی می‌توان با آموزش‌های عمومی و ایجاد نگرش مثبت به ارتقای سطح کیفی کلیه افراد جامعه توجه ویژه‌ای صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: شفقت درمانی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معنای زندگی، تعارض زناشویی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

مقدمه

خانواده، این واحد به ظاهر کوچک اجتماعی از ارکان عمده و از نهادهای اصلی هر جامعه به شمار می‌رود. خانواده را می‌توان خشت زیربنایی جامعه و کانون اصلی حفظ سنت و رسوم و ارزش‌های والا، مورد احترام و شالوده مستحکم مناسبات پایدار اجتماعی و روابط میان افراد دانست. خانواده محل ارضای نیازها مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آنها و تجهیز شدن به روش‌های شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر است (۱). خانواده با ازدواج شکل می‌گیرد و ازدواج نیازمند همکاری، همدلی، وحدت، علاقه، مهربانی و مسئولیت‌پذیری است. پایه و اساس خانواده از زوجینی شکل می‌یابد که به یکدیگر تعهد، وفاداری و مسئولیت‌پذیری را قول داده‌اند (۲). از نظر گلاسر (۲۰۰۷) تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خود محوری، اختلاف در خواسته، طرحواره‌های رفتاری و رفتار غیر مسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (۳). دو نوع تعارض در رابطه زناشویی مطرح شده است: تعارض سازنده و تعارض زیانبار. در تعارض سازنده تمرکز بر حل مسئله است و در تعارض زیانبار زوجین یکدیگر را به جای مشکل مورد حمله قرار می‌دهند (۴).

سوابق پژوهشی حاکی از این است که بین کیفیت روابط بین فردی پایین با تعارض‌های زناشویی رابطه معناداری وجود دارد (۵). بدون شک می‌توان گفت که یکی از موضوعات مهم در فرآیند رشد و تحول انسان‌ها کیفیت روابط بین فردی است (۶). نظریه‌های شناختی (مانند، نظریه شناختی بک^۱) شواهدی برای تأثیر تحریف‌های شناختی و افکار منفی در بروز تعارضات بین فردی ارائه کرده است. نظریه‌های میان فردی (مانند، نظریه تعامل افسردگی کوین^۲) بر نقش فرآیندهای میان فردی در کیفیت روابط بین فردی تأکید دارد (۷). استفاده از رویکرد یکپارچه شناختی - میان فردی به بررسی تعامل بین هر دو عامل درون فردی و میان فردی توجه می‌کند. نظریه دلبستگی یکی از این نظریه‌های یکپارچه است که می‌تواند به عنوان یک چارچوب

شناختی - میان فردی برای درک چگونگی بروز مشکلات بین فردی مورد استفاده قرار گیرد (۸). بر طبق نظریه کردارشناسی، دلبستگی عامل مهمی در کیفیت روابط بین فردی سال‌های بعدی زندگی فرد است (۹). کیفیت روابط بین فردی با دیگران از درگیرکننده ترین تجارب زندگی است، داشتن دوستانی خوب، رابطه خوب با والدین، افراد مهم محیط و همسر برای همه بسیار حائز اهمیت است (۱۰). همچنین، شواهد قابل توجهی دال بر این است که این گونه روابط صمیمی و حمایت گر می‌تواند پیامدهای مثبتی در بر داشته باشد. بر طبق شواهد پژوهشی کیفیت پایین روابط بین فردی یکی از استرس‌زاترین تجارب زندگی می‌باشد (۱۱). زنان به عنوان نیمی از جامعه نقش بسیار مهم و حیاتی در سلامت روانی جامعه و خانواده دارند. هنگامی که در یک خانواده تعارض به وجود می‌آید، هیجان‌های شدیدی رخ می‌دهد که اغلب کیفیت روابط بین فردی افراد و به طور کلی معنای زندگی را در آنها تغییر می‌دهد و طی آن فرد به مرور زندگی خود می‌پردازد، تجربیات گذشته را به یاد می‌آورد، به آنها فکر می‌کند، آنها را مورد تجدید نظر قرار می‌دهد و با هدف رسیدن به خودآگاهی بیشتر، به معنی آنها می‌اندیشد (۱۲). معنا در زندگی را به شیوه‌های گوناگونی تعریف کرده اند. برخی پژوهشگران آن را به عنوان ادراکی از انسجام و همبستگی در نظر گرفته‌اند (۱۳). معنا در زندگی از سازه‌های مهم روانشناختی است. منظور از معنا، داشتن هدف‌های روشن در زندگی، حس رسیدن به اهداف، باور و اعتقاد به اینکه فعالیت‌های روزانه فرد ارزشمند بوده و هم چنین داشتن حس وابستگی و اشتیاق و شور زندگی است. وجود معنا عبارت است از میزانی که فرد زندگی خود را مهم، معنادار و قابل فهم می‌داند (۱۴). به طور کلی وجود معنا در زندگی با سلامت عمومی، حمایت اجتماعی، شاکر بودن و عزت‌نفس رابطه مثبت و با افسردگی و اضطراب و استرس پس از آسیب رابطه معکوس دارد (۱۵). به طور کلی یافتن معنای زندگی یکی از عوامل مهم در بهزیستی انسان است. داشتن معنا در زندگی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌دارد آنچه که یک انسان را از پا در می‌آورد رنج‌ها و اتفاقات نامطلوب نیست بلکه بی‌معنا

1. Beck's Cognitive Theory of Depression
2. Coyne's Interactional Theory of Depression

(۱۹)، شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کنند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل همسانسازی افراطی. امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش 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. بر اساس پژوهشی مشخص شد درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تنظیم شناختی افراد مؤثر است (۲۰). همچنین بر اساس پژوهشی دیگر مشخص گردید که درمان متمرکز بر شفقت یک مداخله گروهی مؤثر برای برخی از مشکلات مربوط به سلامت روان است (۲۱).

با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع تعارضات زناشویی و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت‌درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شد. از آنجا که هر روز، افزایش مراجعان به ویژه زنان به کلینیک‌های مشاوره خانواده را مشاهده می‌شود و با توجه به اینکه مطالعات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت‌درمانی در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات انجام گرفته است، کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند متمرکز واقع شود بیشتر جلب توجه می‌کند. با توجه به این موارد، لزوم طراحی و اجرای مداخلاتی باهدف بهبود سلامت روان افراد ضرورت دارد. با توجه به این موارد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای با هدف بررسی مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی در زنان دارای تعارضات زناشویی صورت نگرفته بود بنابراین پژوهش حاضر در صدد است به این سؤال بپردازد که آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی در زنان دارای تعارضات تأثیرگذار باشد؟

شدن زندگی است. بر طبق دیدگاه معنادرمانی اگر رنج را شجاعانه بپذیریم زندگی همواره معنا خواهد داشت (۱۶). بنابراین توجه به این سازه مهم روانشناختی و بررسی و ارتقا ابعاد آن در زنان دارای تعارض می‌تواند نقش مهمی در سلامت روان و جسم این افراد داشته باشد. روانشناسان اشکال مختلفی از درمان‌های روانشناختی را برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین کرده‌اند که می‌توان به درمان‌های رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی، و شناخت درمانی، اشاره کرد. از جمله روش‌هایی که می‌توان مطرح نمود، آموزش کیفیت زندگی است. بر طبق نظر فریش (۲۰۰۶)، بر پایه تعریف سازمان بهداشت جهانی می‌توان گفت: آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی رویکردی است درمانی مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر، شناخت درمانی و نظریه کیفیت زندگی. این نظریه پنج شیوه یا الگو را برای رضایتمندی از زندگی به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روانشناسی مثبت نگر ارائه می‌دهد که آموزش و درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می‌شود (۱۷). لذا هدف پژوهش حاضر کاهش تعارضات زناشویی، بالا بردن کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی زنان دارای تعارض بود تا بتوانند با به کارگیری شیوه‌های مناسب مهارت‌های کیفیت زندگی و یافتن راه‌حل‌های منطقی در موقعیت‌های مشکل‌آفرین به تعارض‌های زندگی غلبه نموده و کیفیت زندگی خویش را بهبود ببخشند.

از روان‌درمانی‌های معروف جدید، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است. شفقت به خود توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند. شفقت بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیشبینی نشده متمرکز است. این رویکرد در آغاز برای افرادی با سطوح بالای شرم و خودانتقادی که مؤلفه‌های فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی هستند توسعه یافت. به علاوه علائم افسردگی و اضطراب در چندین تشخیص با سطوح بالاتر شرم و خودانتقادی و سطوح پایین‌تر شفقت نسبت به خود همراه است (۱۸). نف و جرمر

1. Compassion focused therapy

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دارای تعارض زناشویی بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۹-۹۸ (پیش از شیوع ویروس کرونا) به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد مشهد مراجعه کردند. پژوهش حاضر پژوهشی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه گواه بود. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از این دانشجویان بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شده‌اند. گروه اول شامل ۱۵ نفر بودند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، گروه دوم شامل ۱۵ نفر بودند که درمان مبتنی بر شفقت و گروه سوم ۱۵ نفر بودند که در لیست انتظار قرار گرفتند و درمانی دریافت نداشتند. پس از پایان دوره آزمایش هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار داده شدند و سپس دوماه بعد از پس‌آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به نمونه، سن بالاتر از ۲۰ سال، داشتن تعارض زناشویی بر اساس مصاحبه تشخیصی، دانشجویان مقطع کارشناسی و بالاتر، عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن، عدم سابقه دریافت درمان‌های مربوط به بهبود کیفیت زندگی و ملاک‌های خروج از پژوهش، دریافت درمان‌های روانشناختی به طور همزمان، دارا بودن اختلال روانی دیگر بود.

ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت روابط^۱: پرسشنامه کیفیت روابط پیرز، ساراسون و ساراسون (۲۲)، که دارای ۲۵ گویه و در طیف لیکرت نمره‌گذاری شده است. شیوه نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت هیچ، کم، متوسط و زیاد است. دارای سه مقیاس حمایت اجتماعی، اهمیت و عمق روابط و مقیاس تعارض‌های میان فردی است. بعد حمایت میزان در دسترس بودن فرد مورد نظر برای کمک در هنگام مشکلات را می‌سنجد. بعد عمق برای سنجش میزان اهمیت رابطه در زندگی فرد طراحی شده است و بعد تعارض برای سنجش عواطف منفی مثل خشم، احساس گناه می‌باشد. پیرز و همکاران پایایی آن را به روش بازآزمایی روی ۹۴ دانشجوی

پسر و ۱۱۶ دانشجوی دختر با فاصله دوهفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران، اعتبار محتوا توسط چند متخصص روانشناس تأیید شده است. نمره کل کیفیت روابط بین فردی از طریق جمع نمره‌های شرکت‌کننده در ارتباط با والدین، همسر و دوستان محاسبه می‌شود. پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۳ برای کل پرسشنامه و برای خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ حاصل شد. همچنین در هر یک از ۲۵ آیت، فرد باید کیفیت روابط خود را با والدین، دوستان و همسر ارزیابی کند (۲۳).

۲. پرسشنامه معنا در زندگی^۲: پرسشنامه معنا در زندگی استگر و همکاران، (۲۰۰۶) شامل ۱۰ گویه است که در طیف لیکرت نمره‌گذاری شده است. شیوه نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای است که به صورت کاملاً نادرست، بیشتر نادرست، تا حدودی نادرست، نمیدانم، تا حدودی درست، بیشتر درست، کاملاً درست طبقه‌بندی می‌شود. طبق پژوهش استگر و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار زیرمقیاس وجود معنا ۰/۸۶ و زیرمقیاس جستجوی معنا ۰/۸۷ برآورد شده است. در ایران، جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار صوری استفاده شده است. همچنین ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (۲۴). ضریب پایایی پرسشنامه معنا در زندگی در پژوهش پیمانفر و همکاران با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمده است (۲۵). در پژوهش مصرآبادی و همکاران، روایی سازه و تشخیصی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و مطلوب گزارش شد (۲۶).

روند اجرای پژوهش: یکی از راهکارهایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای منفی تعارض زناشویی مؤثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانه پژوهشی است. از روان‌درمانی‌های معروف جدید، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت است که شرح جلسات این دو درمان به صورت زیر است: درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که طبق پروتکل اتخاذ شده بر اساس کتاب روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی مایکل فریش اجرا شد (۲۷).

2. meaning in life

1. Quality of Relationship Inventory

مشاغل غیردولتی و ۱۰ نفر خانه‌دار بوده‌اند. در مورد متغیر دارا بودن فرزند تعداد ۲۵ نفر دارای فرزند و ۱۷ نفر بدون فرزند رده‌بندی شده‌اند. در مورد متغیر مدت ازدواج ۲۱ نفر کمتر از ۵ سال، ۱۸ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال و ۶ نفر بیش از ۱۰ سال سابقه زندگی مشترک داشتند. افراد بر اساس رده سنی در سه طبقه جای داده شده‌اند که از مجموع ۴۵ نفر ۷ نفر کمتر از ۳۰ سال، ۳۱ نفر در رده سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۷ نفر بین ۴۰ تا ۵۰ سال بوده‌اند. یافته‌های جدول نشان می‌دهد همگن بودن نمونه مورد مطالعه از لحاظ جمعیت شناختی باعث مطلوب بودن اعتبار نتایج شده است و در حقیقت دو عامل میزان تحصیلات و سن تأثیر بر نتایج هر یک از گروه‌ها نخواهد گذاشت و کنترل شده است.

همچنین اهداف، محتوا و مداخلات به کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران در ۸ جلسه هفتاد دقیقه‌ای انجام گرفت (۲۸).

یافته‌ها

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر یک از سه گروه تعداد ۱۵ زن شرکت نموده‌اند، که بر اساس مدرک تحصیلی در دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی مدرک لیسانس و کمتر از آن (دانشجو) و فوق لیسانس و بالاتر رده‌بندی شده‌اند و تقریباً به لحاظ میزان تحصیلات همگن بوده‌اند و تفاوت بسیار اندکی داشته‌اند. از مجموع ۴۵ نفر شرکت‌کننده در تحقیق ۲۰ نفر دارای مشاغل دولتی، ۱۵ نفر دارای

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان مهارت مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص و معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روانشناسی و آموزش مدل پنج راهه CASIO و تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات و تکمیل نیمرخ کیفیت زندگی به صورت فردی و توافقی بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و دریافت بازخورد
جلسه دوم	تعیین دستور جلسه و بررسی نقش متغیرهای مربوطه در سلامت روانی افراد و تعریف عزت‌نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش و ارائه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل و دومین راه موفقیت در دستیابی عزت‌نفس (مسیر «لطفاً سؤال نکنید!!!») و سومین راه موفقیت در دستیابی عزت‌نفس (مسیر خودپذیری) و چهارمین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس (روابط اجتماعی سودبخش) و پنجمین راه موفقیت در دستیابی به عزت‌نفس (یاری‌رسانی) و آموزش و ارائه تکنیک BAT جهت تکمیل در منزل و آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها» و دریافت بازخورد
جلسه سوم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی و بررسی عادات غلط در مورد سلامتی و دریافت بازخورد
جلسه چهارم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی و مشخص کردن فلسفه زندگی و اجرای تمرین هدف‌یابی و آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی و کارکردهای مذهبی و معنوی بودن و آشنایی با اصول تعیین هدف و دریافت بازخورد
جلسه پنجم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی. آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط و آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲ و آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات و دریافت بازخورد
جلسه ششم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش مراحل ۵ گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های مورد علاقه) و آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری و دریافت بازخورد
جلسه هفتم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن» و نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟ و مشخص کردن بازیهایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود. و بررسی رابطه شادی و تفریح و گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح و آموزش و ارائه تکلیف لیست بازی‌های جهت تکمیل در منزل و دریافت بازخورد
جلسه هشتم	تعیین دستور جلسه و مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل و آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطرابی عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود و دریافت بازخورد در خصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی

جدول ۲) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	ساختار	محتوا
اول	معرفی و اجرای پیش‌آزمون	معرفی، آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه براساس پذیرش و شفقت، سنجش میزان شفقت (پرکردن پرسشنامه مربوطه)، معرفی درمان متمرکز بر شفقت و انواع شفقت
دوم	ارائه نظریه و اصول ذهن آگاهی و تأکید بر همدلی	آموزش تنفس آگاهانه و تمرینات ذهن آگاهی، آموزش ذهن مشفق یا مهربان، تأکید بر همدلی برای درک و فهم همدلانه امور، حساسیت بیشتر در ارتباط با مسائل برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
سوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجانی و هدف نهایی	توضیح درباره سه سیستم هیجانی تهدید، تسکین و سائق و چگونگی عملکرد آنها، مشخص کردن هدف نهایی که شکل‌گیری خود مشفق و کاهش سیستم تهدید است، آموزش تنفس تسکین‌دهنده
چهارم	ایجاد و رشد خود مشفق درونی، آموزش بخشایش	آموزش تصویرسازی، استفاده از سؤال "اگر بتوانی با خودت مشفق باشی چه اتفاقی می‌افتد؟"، آموزش بخشایش و پذیرش اشتباهات خود و بخشیدن خود، انجام تنفس تسکین دهنده و تصویرسازی مکان امن، تصویرسازی رنگ‌آمیزی مشفقانه
پنجم	ایجاد و رشد شفقت نسبت به دیگران و پذیرش شفقت از دیگران	تنفس تسکین‌دهنده و تصویرسازی شفقت و مهربانی نسبت به دیگران (افراد نزدیک، غریبه یا حتی حیوانات و گیاهان)، تصویرسازی پذیرش شفقت از سوی دیگران
ششم	تحلیل کارکردی خودانتقادی و شرم، آموزش پذیرش مسائل	استفاده از سؤالات "بزرگترین ترس تو از اینکه دیگر از خودت انتقاد نکنی چیست؟" توضیح ناکارآمدی شرم و این واقعیت که شرم، فرد را وادار به خودانتقادی می‌کند؟ آموزش پذیرش تغییرات و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی، استفاده از تکنیک صندلی خالی
هفتم	تمرکز بر خود مشفق و شفاف‌سازی ارزش‌ها و آموزش مسئولیت‌پذیری	تقویت بخش‌هایی از خود که می‌تواند رشد و تغییر کرده و شفاف‌دهنده باشد همچون خود مشفق با تکنیک صندلی مشفق، پرورش احساسات، تاب‌آوری و توانمندی‌های خود مشفق، شناسایی ارزش‌هایی که به زندگی معنا می‌دهد، یافتن جایگاه شفقت در خود و مهربان و مشفق بودن با خود حتی وقتی که براساس ارزش‌های واقعی خود زندگی نمی‌کنند.
هشتم	مدیریت عواطف و احساسات دشوار و بازبینی ارزش‌ها و بررسی هدف نهایی	نام‌گذاری عواطف و احساسات با شفقت و مهربانی و سپس یافتن جایگاه این احساسات و عواطف در بدن، بازبینی ارزش‌ها و موانع موجود بر سر راه آنها با شفقت بیشتر نسبت به خود، انجام تصویرسازی‌های آموخته شده در زندگی واقعی و اختتام

جدول ۳) فراوانی متناظر با وضعیت جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	رده‌بندی		گروه گواه		درمان مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳
	۷	۴۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷
وضعیت اشتغال	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰	۷	۴۶/۶۷
	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
وضعیت داشتن فرزند	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۶۷	۶	۴۰
	۶	۴۰	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
مدت ازدواج	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰
	۶	۴۰	۶	۴۰	۳	۲۰
رده سنی	۱۱	۷۳/۳۴	۱۰	۶۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p > 0/05$).

جدول ۴) میانگین وانحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
SD	M	SD	M	SD	M		
۳/۵۰	۲۰/۵۳	۳/۰۸	۱۹/۳۳	۳/۶۶	۱۸/۵۳	گواه	حمایت اجتماعی
۳/۳۸	۲۹	۶۹/۳	۲۸/۰۶	۳/۹۷	۱۸/۱۳	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۳/۰۱	۲۵/۷۳	۳/۴۱	۲۴/۵۳	۳/۴۷	۱۸/۰۶	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۳/۰۹	۱۶/۸۰	۲/۹۱	۱۵/۶۶	۲/۴۸	۱۵/۲۰	گواه	اهمیت و عمق روابط
۲/۹۶	۲۳/۶۷	۳/۱۳	۲۴/۶۰	۳/۱۹	۱۴/۹۳	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۱/۹۲	۲۱/۵۳	۳/۲۹	۲۱	۳/۵۴	۱۴/۸۰	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۵/۶۶	۳۹/۶۰	۵/۸۲	۳۹/۸۶	۳/۹۶	۳۸/۱۳	گواه	تعارض‌های میان فردی
۶/۳۴	۴۵/۸۶	۵/۲۸	۴۸/۹۳	۴/۱۵	۳۸/۴۰	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۳/۹۰	۴۶/۶۷	۴/۳۹	۴۴/۸۰	۳/۲۹	۳۸	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۸/۹۷	۷۶/۹۳	۸/۶۴	۷۴/۸۶	۴/۸۶	۷۱/۸۶	گواه	کیفیت روابط (نمره کل)
۸/۶۲	۹۸/۵۳	۸/۴۹	۱۰۱/۶۰	۷/۸۶	۷۱/۴۶	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۶/۱۸	۹۳/۹۳	۷/۹۵	۹۰/۳۳	۴/۸۹	۷۰/۸۶	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۳/۱۸	۲۱/۱۳	۳/۴۰	۲۱	۳/۲۲	۲۰/۸۶	گواه	وجود معنا در زندگی
۳/۴۰	۲۶/۸۰	۲/۷۸	۲۶/۲۶	۲/۷۳	۲۰/۷۳	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۳/۶۶	۲۸/۲۰	۳/۴۹	۲۷/۹۳	۲/۸۴	۲۰/۳۳	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۲/۶۰	۲۵/۰۶	۳/۲۵	۲۵/۲۰	۲/۹۸	۲۴/۹۳	گواه	جستجوی معنا در زندگی
۲/۶۴	۲۹/۸۶	۲/۴۶	۲۸/۲۶	۲/۵۳	۲۵/۱۳	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۲/۴۶	۳۱/۰۶	۲/۰۹	۳۲/۳۳	۳/۱۴	۲۸/۴۰	آزمایش (۲) شفقت درمانی	
۴/۷۵	۴۶/۲۰	۴/۴۵	۴۶/۲۰	۳/۵۰	۴۵/۸۰	گواه	معنا در زندگی (نمره کل)
۳/۳۷	۵۶/۶۷	۳/۲۲	۵۴/۵۳	۳/۳۹	۴۵/۸۶	آزمایش (۱) درمان کیفیت زندگی	
۴/۰۴	۵۹/۲۶	۳/۵۱	۶۰/۲۶	۴/۲۹	۴۵/۱۳	آزمایش (۲) شفقت درمانی	

آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مقیاس‌های کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مقیاس کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در متغیرهای مذکور، حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش (۲) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه گواه می‌باشد.

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p > 0/05$). با انجام آزمون تعقیبی بن فرونی مشخص شد که اختلاف معناداری بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش اختلاف معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی در گروه آزمایش (۱) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر اختلاف معناداری داشته است. همچنین نتایج جدول فوق با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش

جدول ۵) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر متغیر کیفیت روابط بین فردی و

معنای زندگی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
کیفیت روابط بین فردی	مرحله	۹۷۰۰/۹۳	۲	۴۸۵۰/۴۶	۲۳۲/۱۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰
	مرحله*گروه	۳۳۶۳/۸۲	۴	۸۴۰/۹۵۶	۳۱/۰۷۵	۰/۰۰۱	۵۹۷
	خطا	۲۲۷۳/۲۴	۸۴	۲۷/۰۶۲			
	گروه	۲۰۶۰	۲	۱۰۳۰	۲۷/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
معنای زندگی	خطا	۱۵۷۴/۴۰	۴۲	۳۷/۴۸۶			
	مرحله	۲۰۴۷/۸۳	۲	۱۰۲۳/۹۱	۱۸۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
	مرحله*گروه	۱۱/۱۰۸۴	۴	۲۷۱/۰۳	۴۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	خطا	۴۵۶/۰۴	۸۴	۵/۴۲۹			
	گروه	۷۶۹/۶۸	۲	۳۸۴/۸۴	۵۴/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	خطا	۲۹۶/۸۶	۴۲	۷/۰۶۸			

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیرها

معنا در زندگی	گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)	پیش آزمون	پس آزمون
معنا در زندگی	گواه	پیش آزمون	۱۵/۱۳۴ ^{xx}
		پس آزمون	---
		پیش آزمون	۰/۴۰
		پس آزمون	---
کیفیت روابط	آزمایش	پیش آزمون	۲۳/۰۶۶ ^{xx}
		پس آزمون	---
		پیش آزمون	3
		پس آزمون	---
معنا در زندگی	گروه آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	پیش آزمون	۸/۶۶ ^{xx}
		پس آزمون	---
		پیش آزمون	۰/۴۰
		پس آزمون	---
کیفیت روابط	آزمایش	پیش آزمون	۳۰/۱۳۳ ^{xx}
		پس آزمون	---
		پیش آزمون	3
		پس آزمون	---

— $P < 0.05$ ، — $P < 0.01$

با مرحله پیش آزمون دارد و آزمودنی‌ها بعد از اینکه تحت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفته‌اند وضعیت مطلوب‌تری را گزارش کرده‌اند.

یافته‌های جدول ۸ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش که تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند وضعیت آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری اختلاف معناداری با مرحله پیش آزمون دارد و آزمودنی‌ها بعد از اینکه تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند وضعیت مطلوب‌تری دارند.

نتایج جدول ۷ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پس آزمون و پیگیری نمرات معنای زندگی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه یا کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p > 0.05$). با انجام آزمون تعقیبی بن‌فرونی مشخص شد که اختلاف معناداری بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش وجود دارد. همچنین در گروه آزمایشی که تحت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفته‌اند وضعیت آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری اختلاف معناداری

جدول ۷) نتایج آزمون مقایسه درون گروهی در گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

گروه (۱)	گروه (۲)	اختلاف بین گروه‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۵۳۳	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۰۶۷	۰/۵۳۷	۰/۰۴۹
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۶/۵۶۷	۱/۵۶۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۶/۰۶۷	۱/۷۸۱	۰/۰۰۱

جدول ۸) نتایج آزمون مقایسه درون گروهی در گروه درمان مبتنی بر شفقت

گروه (۱)	گروه (۲)	اختلاف بین گروه‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۷۶۷	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۷/۲۶۷	۰/۷۵۲	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۳۳۳	۱/۴۲۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۴/۰۶۷	۱/۳۷۷	۰/۰۰۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی زنان دارای تعارض زناشویی بود. این پژوهش نشان داد که در نمرات پس‌آزمون بین مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت در وضعیت آزمودنی‌ها اختلاف معناداری وجود داشته است. بر اساس نتایج آزمون نمرات کیفیت روابط بین فردی در گروه آزمایش اول که مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی را دریافت نموده‌اند؛ نسبت به پس‌آزمون کاهش یافته است ولی با این حال با گروه کنترل اختلاف قابل ملاحظه‌ای دارند. بنابراین اثربخشی هر دو درمان تأیید شده و در نمرات پس‌آزمون مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی نتایج مطلوب‌تری نسبت به شفقت درمانی داشته است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های شوکان و همکاران (۶)، سلطان‌نژاد (۱۱)، لویز (۵) همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر حالات اضطرابی، کیفیت روابط بین فردی و معنای زندگی زنان دارای تعارض مؤثر است، چرا که این افراد دارای نوعی خود اشتغالی ذهنی هستند که با خود کم‌انگاری و تردید در باره توانایی‌های خود مشخص می‌شوند و اغلب به ارزیابی شناختی منفی هیجان‌های آنان می‌انجامد (۲۹). درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تمرکز بر شناخت‌های افراد که یکی از مؤلفه‌های مهم در درمان اضطراب و آشفتگی می‌باشد، آزمودنی‌ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت و

مرتبط با فضاهای مختلف بنگرند. به این ترتیب، فرد قادر خواهد بود به تعریف بهتری از خود دست یابد و مشکل به عنوان یک تجربه فراگیر تلقی شده و با روش مناسبی به حل آن بپردازد (۳۰).

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با ایجاد تغییرات در پنج حوزه اصلی (شرایط زندگی، نگرش‌ها، معیارهای خرسندی، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی) انجام می‌شود (۳۱). در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، عنوان می‌شود که کیفیت روابط بین فردی همانند سایر رفتارها، یاد گرفته شده است، بنابراین، مهمترین هدف درمان، آن است که پیشایندهای مهم این رفتارها را شناسایی و روش‌های مؤثر تسلط بر آنها را به افراد آموزش دهد و شیوه‌های خود کنترلی، مدیریت خلق منفی، اضطراب و کنترل خشم تأکید می‌کند. در رویکرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد آموزش داده می‌شود که زندگی از ابعاد متفاوتی تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند، باید به ابعاد دیگر توجه کنند و زنان دارای تعارض از طریق تکالیف آموزشی می‌آموزند که چگونه به ابعادی که تاکنون بی‌توجه بوده‌اند توجه کنند. از طریق آموزش اصل غنای درونی و فنون این اصل به همراه تکالیف خاص آن می‌آموزند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادت ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و بالا بردن کیفیت روابط بین فردی برنامه‌ریزی کنند، از طریق اصل کیفیت زمان و فنون و تکالیف این اصل می‌آموزند که چگونه حل مسأله انجام دهند و مشکلاتشان را حل کنند و به هنگام غم و اندوه و

بالاتری از هوش هیجانی، روابط بین فردی، خرد و تابآوری بیشتری را گزارش می‌دهند (۳۴). سازه شفقت به خود از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان محور باشد چرا که به آگاهی از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها نیازمند است، در واقع، افراد در این مدل ابتدا با استفاده از هوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند. افزون بر آن یافته‌های این پژوهش تا حدودی همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند (۳۵). بنابراین افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (۳۶). ذکر این نکته حایز اهمیت است، که همان طور که نتایج آزمون نشان می‌دهد هم در متغیر کیفیت روابط بین فردی و هم در متغیر معنای زندگی مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نتایج مطلوب‌تری نسبت به شفقت درمانی داشته است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان مدت زمان کوتاه اجرا پژوهش اشاره کرد، همچنین این پژوهش فقط در مورد زنان دارای تعارض شهر مشهد، صورت گرفته است. بنابر این در تعمیم نتایج بایستی احتیاط لازم صورت پذیرد. همچنین نبود سنجش پیگیری در طرح پژوهش به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه پژوهش نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. عدم کنترل سایر عوامل اثرگذار بر شرایط پژوهش، مانند سابقه رشدی افراد، طبقه اقتصادی و اجتماعی یا میزان حمایت اجتماعی افراد نیز محدودیت پژوهش محسوب می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش اثر پیش‌آزمون روی نمره‌های پس‌آزمون می‌باشد. اعتقاد بر این است که پیش‌آزمون روی آزمودنی‌ها تأثیر گذاشته و نمره پس‌آزمون را مخدوش می‌کند.

تجربه هیجان‌های منفی از فن دومین عقیده استفاده کنند و از طریق اصل هدف یابی و معنایابی و فنون و تکالیف این اصل می‌آموزند که چگونه اهدافی مطابق ارزش‌هایشان تنظیم کنند و اهداف و معنا‌های واقع بینانه‌تر را مدنظر قرار دهند لذا این درمان از طریق چندین روش می‌تواند بر کیفیت روابط بین فردی مؤثر واقع شود (۳۲).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت به دلیل اینکه مسبب شفقت خود به پذیرش، مهربانی و عدم قضاوت می‌شود، موجب می‌شود افراد در هنگام مواجهه با مشکلات زندگی، خودتنظیمی مثبتی از خود نشان دهند و با افزایش عزت‌نفس باعث شود نگرش‌های صمیمانه در جهت زندگی هدمندتر ارتقا پیدا کند. همان‌گونه که نف (۳۳)، بیان داشت، افراد با شفقت بالا نسبت به خود و دیگران مهربان‌ترند و سعی در درک رویدادها دارند و باید گفت، درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند، بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند و در نتیجه کیفیت روابط را بالا می‌برد. مطالعات نشان داده اند افرادی که شفقت به خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت به خود کمی دارند، سلامت روانشناختی بیشتری نشان می‌دهند. زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند، به وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد. این نگرش حمایتگرانه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روانشناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات زناشویی، حل مسئله سازنده، تحمل آشفتگی بالاتر ارتباط دارد و افسردگی، اضطراب، کمال‌گرایی، نشخوار فکری کمتری را گزارش می‌دهند. همچنین افراد با شفقت خود بالا شادی، خوش بینی، رضایت از زندگی و انگیزه درونی بیشتر و سطوح

منابع

- 15-Steger, M.F., Oishi, S., & Kesebir, S. Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *The journal of positive psychology*. 2012; 6 (3):173-180.
- 16- Steger. M.F., Kashdon.T.B., Sullivan, B.A., Lorenz, D. Understanding the search for. *The journal of meaning. The Journal of in the life. The journal of personality*. 2008; 76 (2), 199-228.
17. Frisch M.B. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy* 2006; New York: John Wiley & Sons.
18. Gilbert p. *The compassionate mind: A new approach to life chaleng. london: constable and The develoment of a new measure. Addiction Research and theoty*. 2009; 19, 3-13.
19. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013; 69 (1):28-44.
20. Ahmad Poor Yazji J, Zaharakar K & Kiamensh A. [Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Well-Being Therapy on the Psychological Capital of Female Students with Emotional Failure]. *Women and Culture Research*. 2017, 8 (21): 7-31.
21. Cuppage, J., Baird, K., Gibson, j., Booth, R. & Hevey, D. (2017). *Compassion Focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group potential proecesses of change. British journal of clinical psychology*, wiley online library.
22. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship base dperceptionsof social support: Aretwo constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61, 1028-1039
23. Ghadamgahi, H. *The Quality of Social Relationships, the Level of Stress and Coping Strategies in Coronary Heart Disease. [Persian]*
24. Jamali F. [The Relationship between Religious Attitudes, Feeling Meaningful in Life and Mental Health among Students of Tehran Universities]. Master's thesis in Psychology, Tehran, School of Psychology, Alzahra University. 200. Page 35 [In Persian]
25. Peyman far AA. [Comparison of Loneliness and Meaning in Elderly Life with Different Religious Attitude Levels]. *Psychology and Religion* 2012, 5 (4): 41-52. [In Persian]
26. MesrAbadi J, Ostorva N & Jafarian S. [Structural validity and diagnosis of students' meaning of life questionnaire] *Behavioral Sciences* 2013, 7 (1): 80-90. [In Persian].
27. Frich MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology* 2011; New York, NY: John Wiley & Sons
1. Niknejad, I. Elahe. The effectiveness of group therapy through exchange analysis on expression of emotions, increasing mutual respect, resolving marital conflict and marital satisfaction, *Cultural and Educational Quarterly of Women and Family*, 1398; 14, 47, 146-129
2. Mutlu, B., Erkut, Z., Yildirim, Z., Gündoğdu, N. (2018). A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 64 (3), 243
3. Glasser W., & Glasser C. *Eight Lesson for Happier Marriage*. New York: Harper Collins, 2007.
4. Ubaidi B.A.A. *The Psychological and Emotional Stages of Divorce. Family and Preventive family medicine*. 2017; 3 (3).
5. Lopez-Mourelo O., Mur E., Madrigal I, Alvarez-Mora M.I., Gomez-Anson B. Pagonabarraga J., Rodriguez-Revenga L., Mila M. Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMR1 permutation carriers. *Clin Genet*. 2017; 111-14.
6. Shujuan Xu. Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients with Intestinal Stoma. *Gastroenterol Nurs*. Jul 2018; 41 (4): 341-346.
7. Van Kassel, k., Moss-Morris R, Willoughby. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychoses Med*. 2017; 70 (2), 205-13.
8. Lee, A. Hankin, B.L. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety during Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2009; 38 (2), 219-231.
9. Abela J, Hankin BL., Haigh E., Adams PH., Vinokur off T, Trayhern L. Inter per personal Vulnerability to Depression in High-Risk children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005; 34 (1), 182-192.
10. Sell, A.J. Applying the Intentional Forgetting Process to Forgiveness. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*. 2015; 1-47.
11. Soltannejad, Somyeh. The efficacy of quality of life training on Self- efficacy in patient under hemodialysis treatment, *Med Surg Nurs J*. 2018; (1 And 2): e87593.
12. Burke L. *Developmental psychology (from conception to childhood)*. [Y. Seyed Mohammadi, Persian Trans.]. Tehran: Arasbaran; 2005.
13. Pirtle T, Plata M. Meaning in life among latino university Students perceptions of meaning in life among first-semester latino university students. *Int J Exist Psychol Psychother* 2018; 2 (1).
- 14- Steger, M.F. *Making meaning in life. Psychological inquiry*, 2012; 23 (4): 381-3

28. Gilpert, P, Feizi A, Compassion focused therapy translator, Tehran: Ebne- sina Pres. 2010.
29. KhojastehKashani A. [The Effectiveness of Quality of Life Improvement Therapy on Anxiety in Adolescents with Abnormal Mourning] First National Conference on the Globalization of Children's and Youth Rights from a Legal and Psychological Perspective. Jon2010, 7 (2):52-53. [In Persian]
30. Abbasi S, Sajedi MD, Hemmati MD. The Effectiveness of Life Skills Training on Quality of Life in Mothers of Children with Down syndrome. Iranian Rehabilitation Journal2016; Vol. 12, No. 22.
31. Rostami M, Abolghasemi A & Narimani M. [The Effectiveness of Improved Quality of Life Therapy on the Quality of Life in Incompatible Couples] Pajouhan Scientific. JUL2018; 15 (1): 19-27. [In Persian].
32. TaherKarami, Zh, Hosseini O & DashtiBozorgi Z. [The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Psychological Resilience, Self-Detachment, Hope, and Well-Being in Menopausal Women]. Social Health 2019, 5 (3), 189-197. [In Persian].
33. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Hum Dev 2009; 52: 211-214.
34. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Hum Dev, 2009; 52: 211-214.
35. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Hum Dev, 2009; 52: 211-214.
36. Neff KD, McGhee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and Identity, 2010; 9,225-240.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 برتال جامع علوم انسانی