

## اثر بخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه

فاطمه تبریزی<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۲\*</sup>، کیومرث فرحبخش<sup>۳</sup> و سعیده بزازیان<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه انجام شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه ۲۰ - ۵۰ ساله‌ای بود که در سال ۹۵-۹۶ جهت مشاوره به یکی از مراکز مشاوره، وابسته به بهزیستی استان تهران مراجعه کرده بودند. تعداد ۲۰ نفر از زنان مطلقه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره، آزمایش و کنترل گمارده شدند. پیش از شروع مداخله، با استفاده از مقیاس‌های نگرانی مایر و نشخوار نولن-هوکسیما از دو گروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد. سپس افراد گروه آزمایش تحت درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت طی ۱۰ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. گروه‌ها بعد از دوره مداخله و پس از سه‌ماه مجدد با ابزار فوق ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در بهبود نگرانی و نشخوار زنان مطلقه تأثیر معنادار داشته است. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برای کاهش نگرانی و نشخوار فکری می‌توان از مداخلات مبتنی بر تلفیق درمان پذیرش و تعهد با شفقت استفاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** درمان پذیرش و تعهد، درمان شفقت محور، زنان مطلقه، نگرانی، نشخوار فکری

۱. دانشجوی دکتر، گروه مشاوره و راهنمایی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره و راهنمایی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران  
counselor\_ghamari@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸-۰۴-۲۶

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷-۰۹-۲۲

**مقدمه**

در سال‌های اخیر، وضعیت زناشویی و الگوی ازدواج دستخوش تحولاتی شده است. طلاق در زمره غم‌انگیزترین پدیده‌های اجتماعی است که مطالعات متعدد در کشور نشان داده که آمار طلاق در حال افزایش است (عابدی‌نیا، بوالهروی و نقی‌زاده، ۱۳۹۴؛ سازمان ثبت‌احوال کشور، ۱۳۹۶). فروپاشی ازدواج برای هرکسی سخت و دشوار است و سازگار شدن با زندگی پس از طلاق گاهی ممکن است از چند هفته تا چند سال طول بکشد (گیتتا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). از شاخص‌های سلامت ذهنی مرتبط با طلاق می‌توان افسردگی، اضطراب، نگرانی، عزت‌نفس پایین (ملدوان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴)؛ احساس ناامیدی، غم، درد و تنهایی (گیلس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) را نام برد.

شکست در زندگی زناشویی، نشخوارفکری<sup>۴</sup> و مشغولیت ذهنی زنان مطلقه به زندگی زناشویی گذشته‌شان، هیجانات منفی و نگرانی آن‌ها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶). همین‌طور زنان در مقایسه با مردان احتمال بیشتری برای ابتلا به افسردگی را دارند و نولن\_هوکسیما این تفاوت را به دلیل متوسل شدن بیشتر زنان به نشخوار به‌عنوان یک راهبرد انطباقی برمی‌شمارد (اچ سو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). نشخوارفکری یک فرآیند شناختی است که به شدت خطر شروع علائم آسیب‌شناسی روانی<sup>۶</sup> را بالا می‌برد و با ابقاء اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی مرتبط است. نشخوار فرآیند فکرکردن تکرارشونده است که اغلب کنترل‌ناپذیر و با محتوای فکری خاص (نه ضرورتاً) است و به‌کرات، شکل نشخوار افسرده‌ساز را به‌خود می‌گیرد. یعنی افکار منفی و تکرارشونده که معمولاً درباره رویدادهای گذشته یا استرس‌ورهای جاری است (لوئیز و جورمن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

همچنین از آنجایی که زنان مطلقه آشفتگی روان‌شناختی بیشتری نسبت به زنان متأهل تجربه می‌کنند، استرس‌های ناشی از بودن در یک ازدواج ناشاد ممکن است با نگرانی‌های

- 
1. Ginta
  2. Moldovan
  3. Giles
  4. Rumination
  5. Hsu
  6. Psychopatology
  7. Lewis and Joormann

مختلف جایگزین شود (گیلس، ۲۰۱۷). بر طبق پیشینه پژوهش نگرانی<sup>۱</sup> تحت عنوان افکار اضطرابی تکراری و کنترل ناپذیر درباره رویدادهای زندگی تعریف شده است (رومر و برکوویچ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳؛ استین فورت، آلیوس، ونت و هام<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). نگرانی حاکی از یک پیش‌بینی هراس‌گونه از رویدادهای منفی در آینده است. بر طبق مدل اجتناب تجربه‌ای نگرانی<sup>۴</sup> برکوویچ (۱۹۹۴) نگرانی به‌عنوان یک راهبرد شناختی اجتنابی در نظر گرفته می‌شود (استین فورت و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین نگرانی با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هیجانی و عملکرد فیزیولوژیکی در ارتباط است (استیون، جندروسینا، لگراند<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). همانند نگرانی، نشخوار نیز سبب حل مسأله فعال نمی‌شود، بلکه صرفاً به درجا زدن در مشکل می‌انجامد. به هر حال برخلاف نگرانی، نشخوار با افکار منفی درباره رویدادهای گذشته برانگیخته می‌شود (نولن هوکسیما، ویسکو و لیبومرسکی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از استین فورت و همکاران، ۲۰۱۶). طبق تعریف پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) نشخوار فکری به‌عنوان ویژگی اختلال افسردگی اساسی و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده شروع و تداوم علائم؛ و نگرانی مزمن ویژگی عمده اختلال اضطراب فراگیر عنوان شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله بافت‌گرای کارکردی<sup>۷</sup> بر مبنای نظریه چارچوب ارتباطی<sup>۸</sup> است (زانگ، لیمینگ، اسمیت، چانگ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود (هایز، استروسال و ویلسون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱؛ کوئینلان، دینه، کراو<sup>۱۱</sup>،

- 
1. worry
  2. Roemer and Borkovec
  3. Steinfurth, Alius, Wendt and Hamm
  4. Avoidance model of worry
  5. Stevens, Jendrusina, Legrand, Nahin, Kaufman, Borkovec and Behar
  6. Nolen-Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky
  7. Functional Contextualism
  8. Relational Frame Theory
  9. Zhang, Leeming, Smith, Chung, Hagger and Hayes
  13. Hayes, Strosahl and Wilson
  11. Quinlan, Deane and Crowe

(۲۰۱۸). بنابراین، در این رویکرد اولین هدف درمان خنثی کردن رفتارهای اجتنابی (کوئینلان و همکاران، ۲۰۱۸) و دومین هدف ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (هایز، ۲۰۰۴) است که از طریق شش فرآیند رفتاری (هگزافلکس<sup>۱</sup>) یعنی ارتباط با زمان حال، پذیرش<sup>۲</sup>، گسلش<sup>۳</sup>، خود به‌عنوان زمینه<sup>۴</sup>، شناسایی ارزش‌ها<sup>۵</sup> و عمل متعهدانه<sup>۶</sup> به ارزش‌ها به‌دست می‌آید (هایز و همکاران، ۲۰۱۱؛ زانگ و همکاران، ۲۰۱۸). گرچه در درمان پذیرش و تعهد به‌طور مستقیم نشانگان بالینی هدف قرار نمی‌گیرند، اما با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تغییر در نشانه‌ها مشاهده می‌شود (گلاستر، کلوتشه، سیاروچی، ایفرت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در حالی که نگرانی و نشخوار فکری هریک ویژگی‌های منحصر به فردی دارند، اما آنچنان مشترکات فراوانی با یکدیگر دارند که برخی از پژوهشگران معتقدند، شاید این دو، یک سازه واحد از افکار منفی باشند (اسلویسون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). هم نگرانی و هم نشخوار فکری به صورت اشکالی از اجتناب مفهوم پردازی شده‌اند. جورجیو و همکاران (۲۰۱۰) در سه مطالعه پی بردند که افراد با نشخوار فکری بالا در مقایسه با افرادی که نشخوار فکری پایین داشتند به‌طور معناداری اجتناب تجربه‌ای بیشتر و ترس از هیجانات را دارا بودند. برخی مدل‌ها به اجتناب از طریق لnzهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نگاه می‌کنند (هایز و همکاران، ۲۰۱۱). رویکرد پذیرش و تعهد با شناخت سروکار دارد و تمرکز آن بر پرورش زمینه‌ای برای پذیرش افکار پزیشان‌کننده است تا پرداختن به محتوای خاص شناخت‌ها و مقابله با آن‌ها. کاری که در درمان شناختی رفتاری انجام می‌شود و فرد در چنگ دنیای شناختی نگاه داشته می‌شود که براساس یافته‌ها برای افراد دچار نگرانی و نشخوار فکری مضر است و به تشدید افکار منفی تکراری منجر می‌شود. نتایج تحقیق (جانکوز و د-پاویه پونا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸) بیان‌کننده اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر درمان نگرانی و اضطراب بود. پژوهش اسلویسون (۲۰۱۳) با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد

1. Hexaflex
2. Acceptance
3. Defusion
4. Self as context
5. Valuse
6. Commitment
7. Gloster, Klotsche, Ciarrochi, Eifert, Sonntag, Wittchen and Hoyer
8. Slevison
9. Juncos and dePaiva e Pona

بر نگرانی و نشخوار به عنوان یک فرآیند فراتشخیصی نشان داد که این درمان در کاهش اضطراب، نگرانی و نشخوار مؤثر بوده است. مطالعه توهیگ و لوین<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی اثر بخش بوده و پیامدهای این درمان با میانجی گری افزایش انعطاف پذیری روان شناختی به دست می آید. یافته های محقق، دوستی و جعفری (۱۳۹۵) حاکی از اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افکار فرانگرانی و نگرانی اجتماعی است. همچنین این رویکرد بر تغییر رفتار سلامت نیز مؤثر است (زانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر اکثر روان درمانگران بر این باورند که شفقت بخش مهمی از روان درمانی محسوب می شود (گیلبرت، ۲۰۱۵). شفقت عبارت از حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای تسکین و جلوگیری از آن است (گیلبرت، ۲۰۱۷). در درمان شفقت محور بر کسب شش ویژگی (حساسیت، همدردی، انگیزه مشفقانه، تحمل فاجعه، عدم قضاوت گری و همدلی) تمرکز می شود که در راستای پرورش شجاعت مشفقانه است. زیرا بر اساس رویکرد شفقت محور تمایل به نزدیک شدن به چیزهای واقعاً سخت و کار با آنها نیازمند شجاعت است (کولتز، بل، لوی و آرونز،<sup>۲</sup> ۲۰۱۸). هدف درمان تأکید بر محوریت سیستم مهربانی در کاهش فرآیند مبتنی بر تهدید، از طریق پرورش احساس مراقبت گری نسبت به خود و دیگران در درمانجو است (گیلبرت، ۲۰۱۴، ۲۰۱۰). در این راستا دو روان شناسی مختلف به کار گرفته می شود: روان شناسی اول به توانایی پیوستن با رنج و رفتن به سوی آن اشاره دارد که از طریق شش ویژگی (حساسیت، همدردی، تحمل پریشانی، مراقبت از بهزیستی / انگیزه، عدم قضاوت گری و همدلی) رشد می یابد؛ و روان شناسی دوم به توسعه مهارت های خاص برای کاهش رنج و جلوگیری از آن (تصویرسازی مشفقانه، منطق، توجه، احساس، رفتار، تمرکز حساس) مربوط می شود (گیلبرت، ۲۰۱۵).

با اینکه رویکرد شفقت محور اغلب به عنوان یک درمان مستقل به کار می رود، اما روش های آن طوری طراحی شده است که درمانگرانی با رویکردهای درمانی مختلف می توانند

- 
1. Twohig and Levin
  2. Kolts, Bell, Levy and Irons

از آن استفاده کنند (تیرچ، شوندورف و سیلبراستاین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش‌های مرتبط با رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت محور نشان می‌دهد که این دو روش درمانی برای درمان مشکلات روانشناختی مفید هستند (گیلبرت، ۲۰۱۴). به علاوه استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست (ماتوف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) و جهت‌گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند و می‌تواند به عدم پیشرفت و بهبود بسیاری از بیماران منجر شود (گورین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). برطبق یافته‌های ظهیری، دهقانی و ایزدی (۹۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت سبب بهبود وسواس عملی و فکری شده است. نتایج پژوهش هریس<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) نشان داد که رویکرد شفقت‌محور در کاهش انتقاد از خود، شرم، حس حقارت، افسردگی و اضطراب مؤثر است. یافته‌های فتح‌اله‌زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوابی نژاد (۱۳۹۶) حاکی از آن بود که آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت، مؤلفه‌های شرم درونی شده، خودانتقادی درونی و خودانتقادی مقایسه‌ای را به‌طور معناداری کاهش داده است. براساس پژوهش سعادت، رستمی و دربیانی (۱۳۹۵)، هم درمان پذیرش و تعهد و هم شفقت‌محور علاوه بر ارتقاء سطح سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه به بهبود عزت‌نفس نیز منجر شده است.

جستجوی پژوهش‌های انجام‌شده نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی مبنی بر تأثیر تلفیق درمان پذیرش و تعهد با درمان شفقت‌محور در کاهش نگرانی و نشخوار انجام نشده است. لذا به دلیل خلاء پژوهشی و اهمیت توجه به مشکلات سلامت ذهنی و روانی زنان مطلقه، این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در کاهش نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه مؤثر است؟

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه‌ای بود که در سال ۹۵-۹۶ برای مشاوره به مرکز

- 
1. Tirsch, Schoendorff and Silberstein
  2. Matoff
  3. Govrin
  4. Harris

مشاوره خانواده آمنة، وابسته به بهزیستی استان تهران مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. اطلاع‌رسانی برای جذب داوطلبان برای شرکت در جلسات آموزشی به سه طریق انجام شد. الف) تماس تلفنی با زنان مطلقه‌ای که در مرکز پرونده داشتند؛ ب) نصب اعلامیه‌های فراخوان؛ ج) حضور هفته‌ای ۲ روز پژوهشگر در مرکز مشاوره آمنة و انجام مشاوره فردی با زنان مطلقه. بدین ترتیب از میان ۵۷ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند، طی انجام مصاحبه روان‌شناختی ساختارمند و تکمیل پرسشنامه‌های نگرانی و نشخوار فکری، ۲۴ نفر که بیشترین میانگین را در نمره نگرانی و نشخوار کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش تحت درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک‌بار قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی، پرسشنامه‌ها دوباره در هر دو گروه اجرا و پس از سه‌ماه آزمون پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از تشخیص نگرانی و نشخوار براساس انجام مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰-۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و گذشت حداکثر ۲ سال از طلاق. ملاک‌های خروج از طرح درمانی، دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی، سوء مصرف مواد یا الکل بود. برای رعایت حقوق اخلاقی شرکت‌کنندگان ابتدا فرم رضایت و اطلاعات لازم درباره مطالعه و اهداف آن و حقوق شرکت‌کنندگان در اختیار آن‌ها قرار داده شد. تا مرحله پس‌آزمون ۲ نفر از هر گروه ریزش و درانتها در هر گروه ۱۰ نفر با پژوهشگر همکاری کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد.

در این پژوهش به منظور غربالگری از ابزارهای نگرانی مایر و نشخوار فکری نولن-هوکسیما استفاده شد.

**پرسشنامه نگرانی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه را مایر، میلر، متزگر و بروکوویچ<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) برای اندازه‌گیری نگرانی آسیب‌شناسی ارائه کرده‌اند که شامل ۱۶ گویه است و هر گویه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱-۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۱۶-۸۰ متغیر است. در این

- 
1. Penn State Worry Questionere (PSWQ)
  2. Meyer, Miller, Metzger and Borkovec

پرسشنامه هر چه نمره شرکت‌کننده‌ها بالاتر باشد نشان‌دهنده نگرانی بیشتر است. پالسن، نوردهاس، کارل‌استد، تایر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی ۰/۹۲ و پایایی آزمون بازآزمون ۰/۷۰ را به دست آوردند. این پرسشنامه را در ایران دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی (۱۳۸۸) اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد شد. ضریب همسانی درونی در این پژوهش از طریق آلفای کرانباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**مقیاس پاسخ‌های نشخواری<sup>۲</sup> (RRS):** این پرسشنامه زیرمقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن-هوکسیما و مورو (۱۹۹۱) است. پرسشنامه سبک‌های پاسخ<sup>۳</sup> (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس<sup>۴</sup> (DRS) تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری شامل ۲۲ گویه است و در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شوند (نولن هوکسیما، ۲۰۰۳). دامنه نمرات از ۲۲ - ۸۸ متغیر است. نمره کل نشخوار با جمع همه گویه‌ها محاسبه می‌شود. هر چه نمره شرکت‌کنندگان بالاتر باشد نشان‌دهنده نشخوارفکری بیشتر آن‌ها است. ترینور، گونزالز و هوکسیما<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی ۰/۶۰ در طی دو سال را گزارش کرده‌اند و در مطالعه‌ای از مدل دو عاملی پاسخ‌های نشخواری (درفکرفرو رفتن<sup>۶</sup> و تعمق<sup>۷</sup>) حمایت کردند. محمدخانی، پورمند و حسن‌آبادی (۱۳۹۲) همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های درفکرفرو رفتن و تعمق را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۹ گزارش کردند.

ضریب همسانی درونی در این پژوهش از طریق آلفای کرانباخ ۰/۸۹ به دست آمد. جلسات درمانی براساس مفاهیم هایز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹، ۲۰۱۴) طراحی شد. در شروع تمام جلسات، تکالیف بررسی می‌شد که جزء محتوای جلسات بود.

- 
1. Pallesen, Nordhus, Carlstedt, Thayer and Johnsen
  2. Ruminative Response Scale
  3. Response Styles Questionnaire
  4. Distracting Response Scale
  5. Treynor, Gonzalez and Nolen-Hoeksema
  6. brooding
  7. reflection



جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت

جلسات	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
اول	معرفی اعضا، شیوه و تعهدات درمانی، ایجاد رابطه درمانی	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین، اهداف و ساختار گروه، آشنایی با مکانیزم نگرانی و نشخوار ACT, CFT	کسب آگاهی نسبت به نگرانی ACT و نشخوار و درمان CFT	شناسایی مهم ترین حوزه های نگرانی و نشخوار
دوم	شناخت ۳ سیستم تنظیم هیجان، آموزش توجه مشفقانه	تمرین ذهن آگاهی مشفقانه و مشاهده افکار بدون قضاوت، توضیح ویژگی های ۳ سیستم هیجانی (تهدید، سائق، رضایت)	توجه به تجارب کنونی، شروع فعال کردن سیستم رضایت و کاهش بیش فعالی دو سیستم تهدید و سائق	توجه به افکار، رفتار مشفقانه و بدون قضاوت، یادداشت موقعیتهایی که سیستم تهدید یا سائق بیش فعال می شوند.
سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی شناخت ۳ مغز CFT	ذهن آگاهی، توصیف رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم هیجانی، معرفی ۳ مغز	بودن در لحظه حال، ارتباط با مغز آگاه و توجه به آنها	شناسایی و یادداشت مواردی که سه مغز تولید می کنند.
چهارم	معرفی استدلال فنون مشفقانه	استدلال مشفقانه، حساس بودن به رنج خود، خود مشاهده گر و توجه مشفقانه	فعال سازی سیستم امنیت و توجه مشفقانه	تمرین استدلال مشفقانه
پنجم	آموزش رفتارهای مشفقانه	ذهن آگاهی، رفتار مشفقانه، مهربانی با خود و دیگران، همدردی و همدلی (استعاره چراغ قوه)	کسب رفتارهای مشفقانه به جای سرزنش و انتقاد از خود و دیگران	تمرین حساسیت به رنج، همدردی و همدلی با خود و دیگران
ششم	آموزش فنون درمانی ACT گسلش، تغییر کلامی، افزایش اشتیاق	ذهن آگاهی، آموزش گسلش شناختی (استعاره مسافران تویوس)، خود مشاهده گر، توجه مشفقانه	درک ذهن به عنوان یک واقعیت جدا از خود و توجه به تولیدات ذهن و عدم اجتناب	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد گسلش، و تمرین خود مشاهده گر
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پریشانی	ذهن آگاهی مشفقانه، عدم کنترل وقایع منفی، آموزش پذیرش و تحمل پریشانی، استعاره مهمان ناخوانده	پذیرش هیجان ها و افکار منفی به عنوان مهمان و بدون قضاوت و اجتناب از آنها	یادداشت روزانه تجارب ذهن، مشاهده رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربانی با ذهن
هشتم	آموزش ارزش ها و ارتباط ارزش و پذیرش	تمرین رنگ، صدا، تصویر شفقت، شناسایی ارزش ها (استعاره فتجان بد)	عمل به ارزش ها و اهداف تعیین شده	تمرین تفکر و رفتار مشفقانه شناسایی ارزش ها و اهداف
نهم	ادامه تصریح ارزش ها، عمل	ذهن آگاهی، بررسی موانع، الگوی عمل و برنامه ریزی	عمل بر اساس ارزش ها و افزایش	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف

جلسات	هدف	محتوا	تغییر رفتار موردنظر	تکلیف خانگی
دهم	متعهدانه، افزایش کارآمدی بین‌فردی و ارزیابی ارزش‌ها و ایجاد تعهد در راستای ارزش‌ها	مناسب برای حرکت (استعاره صفحه شطرنج) ذهن‌آگاهی، پیگیری ارزش‌ها، بحث درباره نتایج فنون آموزش‌دیده در زندگی واقعی	انعطاف‌پذیری روان شناختی عدم کنترل و اجتناب از هیجان، افکار منفی، نگرانی و نشخوار با افزایش انعطاف‌پذیری	طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش‌دیده

### یافته‌ها

اطلاعات جدول ۲ حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش نسبت گروه کنترل در متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین نتیجه آزمون کالموگروف\_اسمیرنوف حاکی از برقراری شرط توزیع نرمال نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نگرانی و نشخوار در گروه آزمایش و کنترل

مرحله	متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	نگرانی	۴۰/۵۷	۹۹۳/۱۱	۴۰/۵۹	۹۵۸/۹
	نشخوار	۸۰/۶۵	۹۹۶/۵	۴۰/۶۴	۳۹۷/۷
پس‌آزمون	نگرانی	۸۰/۴۴	۱۴۷/۷	۹۰/۵۸	۱۸۱/۱۰
	نشخوار	۳۰/۴۴	۴۹۸/۴	۷۰/۶۳	۷۴۷/۷
پیگیری	نگرانی	۰۰/۴۹	۰۶۸/۹	۳۰/۶۰	۲۵۳/۱۰
	نشخوار	۸۰/۵۱	۹۲۷/۷	۴۰/۶۵	۶۳۳/۷

در جدول ۳ نتیجه آزمون لوین نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیرها	F	df1	df2	P
نگرانی	۰/۱۹۵	۱	۱۸	۰/۶۶۴
نشخوار	۰/۱۸۲	۱	۱۸	۰/۶۷۵

باتوجه به اینکه سطح معناداری مجذورکای برای این آزمون در جدول ۴ کمتر از ۰/۰۵ است؛ از این پیش فرض تخطی شده است؛ در این شرایط از سه گزینه پیشنهادی گرین-هاوس-گیسر محافظه‌کارتر از دو مورد دیگر است. لذا در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون-آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون کرویت موجلی متغیرهای وابسته

متغیر	موجلی Muchly	خی دو	Df	P	گرین هاوس-گیسر	هوبنه-فلدت	حد پایین
نگرانی	۰/۲۱۱	۲/۴۲۹	۲	۰/۰۱	۰/۵۵۹	۰/۵۸۳	۰/۵۰۰
نشخوار	۰/۵۱۳	۵/۳۴۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳	۰/۷۴۸	۰/۵۰۰

براساس نتایج جدول ۵، سطح معناداری تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهد که تکرار آزمون یعنی تفاوت میانگین متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ( $p < 0.01$ ). همچنین تعامل تکرار آزمون و متغیر آزمایشی (درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت) تفاوت میانگین متغیرهای نگرانی و نشخوار در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ( $p < 0.01$ ). به عبارتی تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (۲۹/۱۵۵)؛ تعامل گروه و زمان (۲۷/۰۷۶) و عامل بین‌گروهی (آزمایش و کنترل) (۱۴/۵۰۶) در متغیر نگرانی معنادار است و میزان تأثیر بین‌گروهی ۰/۲ است. همچنین تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (۴۵/۴۱۹)، تعامل گروه و زمان (۴۲/۰۶) و عامل بین‌گروهی (۱۴/۰۳) در متغیر نشخوار فکری معنادار است و میزان تأثیر بین‌گروهی ۰/۴۳ است.

بنابراین، می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات نگرانی و نشخوارفکری در پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل‌واریانس آمیخته تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با معیار گرین‌هاوس\_گیسر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
زمان (مرحله)		۰۳۳/۴۳۲	۳۷۳/۱	۶۱۸/۳۱۴	۱۵۵/۲۹	۰۰۱/۰	۶۱۸/۰
زمان* گروه		۲۳۳/۴۰۱	۱/۳۷۳	۱۸۸/۲۹۲	۰۷۶/۲۷	۰۰۱/۰	۶۰۱/۰
نگرانی	خطا	۷۳۳/۲۶۶	۲۴/۷۱۸	۷۹۱/۱۰	-	-	-
گروه		۲۶۷/۱۲۵۱	۱	۲۶۷/۱۲۵۱	۵۰۶/۱۴	۰۰۱/۰	۲۰۰/۰
خطا		۶۶۷/۴۹۹۸	۱۸	۷۰۴/۲۷۷	-	-	-
زمان (مرحله)		۱۳۳/۱۲۴۴	۳۹۶/۱	۳۶۵/۸۹۱	۴۱۹/۴۵	۰۰۱/۰	۷۱۶/۰
زمان* گروه		۱۳۳/۱۱۵۲	۳۹۶/۱	۴۵۲/۸۲۵	۰۶۰/۴۲	۰۰۱/۰	۷۰۰/۰
نشخوار	خطا	۰۶۷/۴۹۳	۱۲۴/۲۵	۶۲۶/۱۹	-	-	-
گروه		۲۶۷/۱۶۶۴	۱	۲۶۷/۱۶۶۴	۰۳۰/۱۴	۰۰۱/۰	۴۳۸/۰
خطا		۱۳۳/۲۱۳۵	۱۸	۶۱۹/۱۱۸	-	-	-

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه تحلیل آماری نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه مؤثر بوده است. اولین دستاورد این مطالعه نشان داد آموزش گروهی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر کاهش نگرانی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر داشته است. باتوجه به این‌که در منابع داخلی و خارجی، اثربخشی تلفیق این دو رویکرد درمانی بر نگرانی و نشخوارفکری مشاهده نشد، بنابراین، نتایج با پژوهش‌های مشابه مقایسه شد. این نتیجه با مطالعات جانکوز و همکاران (۲۰۱۸)؛ توهیگ و همکاران (۲۰۱۷)، اسلویسون (۲۰۱۳)؛ محقق و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین این

نتیجه می‌توان گفت مفهوم‌پردازی نگرانی به‌عنوان مکانیزم اجتناب تجربه‌ای با مدل آسیب‌شناسی درمان پذیرش و تعهد هماهنگ است. برکوویچ (۱۹۹۴) در مدل اجتنابی نگرانی عنوان می‌کند که نگرانی مزمن و اضطراب فراگیر به وسیله اجتناب تجربه‌ای از تجربه روان‌شناختی ناراحت‌کننده، حفظ می‌شود. در درمان پذیرش و تعهد، پذیرش پادزهر اجتناب تجربه‌ای محسوب می‌شود و به‌عنوان جایگزینی برای راهبردهای اجتنابی از تجربیات ناخواسته به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود. در طی درمان، زنان مطلقه یاد گرفتند که چگونه با هیجانات و موقعیت‌های دشوار از طریق پذیرش سازگار شوند و فضایی را برای رخداد آن‌ها باز نمایند، در نتیجه انگیزه برای مدیریت تجربیات روان‌شناختی سخت و دشوار از طریق نگرانی کاهش یافته است. همچنین زنان مطلقه بسیار نگران قضاوت اطرافیان و جامعه هستند؛ لذا به‌شدت درگیر قضاوت درباره دیگران و تعاملات‌شان با آن‌ها هستند. فن گسلش به زنان مطلقه کمک کرد تا افکارشان را به‌عنوان رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه حقایق کلامی؛ و از این طریق خود را از افکار پریشان‌کننده و غیرسودمند رها سازند؛ و به‌جای غرق شدن در الگوهای خودکار، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط محیطی کنونی‌شان عمل کنند (کوئینلان و همکاران ۲۰۱۸). یعنی آن‌ها یاد گرفتند که تشخیص دهند، چه وقت در یک سیکلی از نگرانی و افکار پریشان‌کننده گیر افتاده‌اند و در آن زمان با استفاده از فنون گسلش‌شناختی خود را از محتوای کلامی افکارشان دور کنند. درحقیقت گسلش‌شناختی چارچوب و فنون خاصی را برای آن‌ها فراهم ساخت تا از تقلای درونی برای سرکوب یا تغییر افکارشان رها شوند و فرصت بیشتری برای ارتباط برقرار کردن با دنیای بیرونی فراهم آورند، دنیایی که در آن تغییرات مؤثرتری می‌تواند اتفاق بیفتد. ازسویی وجود برخی مؤلفه‌های درمان شفقت‌محور در پژوهش حاضر یک عامل تسهیل‌کننده در کاهش نگرانی بود. زیرا فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم برای رو در رو شدن با چالش‌های زندگی را فراهم کرده و قدمی به سوی زندگی معنادار و بانشاط باشد (کولتز و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین با استفاده از واژگان رفتاری بافتار مشفقانه زنان مطلقه یاد گرفتند که چه طور از دیدگاه خود به‌عنوان بافتار، تجربه خود را مشفقانه مشاهده کنند و به‌طور تدریجی از داستان‌ها و روایت‌های تلخ مربوط به خود یا خودپنداشت‌های منفی که گاهی موضوع اصلی نگرانی‌ها و نشخوارهای فکری زنان مطلقه است، آسان‌تر گسلیده شوند و در بستری از پذیرش ارزش‌های اصلی و

اهداف خود را دنبال کنند.

دومین دستاورد پژوهش حاضر، کاهش نشخوارفکری در اثر آموزش گروهی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود. این نتیجه با یافته‌های هریس (۲۰۱۷)؛ اسلویسون (۲۰۱۳)؛ فتح‌اله‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در پیشینه پژوهش نشخوار به‌عنوان نوعی از اجتناب مفهوم‌پردازی شده‌است. و این فرآیند در جهت اجتناب از آشفتگی‌های هیجانی عمل می‌کند. طبق یافته‌های اسلویسون (۲۰۱۳) ذهن‌آگاهی و جنبه‌های ارزشی مداخلات پذیرش و تعهد بیشترین و طولانی‌ترین اثر را بر روی مدیریت نشخوار دارند. همچنین پرورش ذهن مشفق احتمالاً به زنان مطلقه کمک کرده تا دیدگاهی غیرقضوتی و بدون سرزنش را پرورش دهند و با درد تجربه‌هایشان تماس پیدا کنند (تیرچ و گیلبرت، ۲۰۱۴) بدون اینکه تاریخچه زندگی‌شان که پتانسیل ارزیابی‌های خودشرمگین‌کننده دارد، بر آن‌ها مسلط شود. همچنین پذیرش جایگزینی برای راهبردهای کنترل فکراست که با هدف سرکوب کردن نشخوارفکری به‌کار می‌رود که این راهبردها در درازمدت ناکارآمد هستند. در طی درمان زنان مطلقه یادگرفتند که با هیجانان و موقعیت‌های دشوار خود از طریق پذیرش، همدلی و سبک مشفقانه سازگار شوند و فضایی را برای رخداد آن‌ها بازکنند، در نتیجه انگیزه برای مدیریت تجربیات روان‌شناختی سخت و دشوار از طریق نشخوار کاهش یافت که در واقع یک نوع راهبرد اجتنابی است. همچنین گسلس شناختی به درمانجویان کمک کرد تا از تکرار فرآیندهای به‌ظاهر کنترل‌ناپذیر نشخوار، از طریق تضعیف کلامی محتوای شناختی افکار زنجیره‌وار فاصله بگیرند. نگرانی و نشخوارفکری نقطه مقابل بودن در زمان حال هستند؛ زیرا در طی این افکار تکراری منفی و زنجیره‌وار فرد در دنیای شناختی ذهنش گیر کرده است. مهارت‌های ذهن‌آگاهی به زنان مطلقه کمک کرد تا توجه کنند که چه موقع از نظر ذهنی در دام زنجیره افکار نگرانی و نشخوار گرفتار شده‌اند و دوباره توجه خود را به زمان حال بازگردانند. از منظر درمان شفقت‌محور نشخوار فکری سیستم تهدید-حفاظت از خود را بیشاز حد فعال می‌کند و به این‌بیش فعال شدگی ادامه می‌دهد. پس همه درمان‌هایی (نظیر ذهن‌آگاهی) می‌توانند مفید باشند که به کاهش نشخوارفکری از طریق بازجهت‌دهی توجه منجر می‌شوند. باز تمرکز کردن مشفقانه، به درمانجویان کمک کرده تا از چرخه‌های نشخوارفکری متمرکز بر تهدید، بیرون آیند. از سوی

دیگر پژوهش‌ها نشان داده افرادی که از لحاظ شناختی انعطاف‌ناپذیرند، در هنگام ناراحتی به نشخوار روی می‌آورند. به طوری که در پژوهش‌های مختلف به رابطه بین نشخوار و انعطاف‌پذیری توجه شده است (توهیگ و همکار، ۲۰۱۷). مؤلفه همدلی و تأیید هیجانی نیز از دهه‌ها پیش تاکنون به عنوان بخشی از مهم‌ترین مؤلفه‌های اثربخشی روان‌درمانی شناسایی شده است. در درمان شفقت‌محور، شفقت با انگیزش مبرم برای مراقبت از بهزیستی خود و دیگران شروع می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۷). آموزش دو مؤلفه همدردی و همدلی به درمانجویان کمک کرد تا دیدگاهی منعطف‌تر نسبت به رنج‌ها و مشکلات‌شان اتخاذ کنند. با پرورش شفقت‌ورزی زنان مطلقه توانستند به خود و اعمال‌شان همدلانه نگاه کرده و به این آگاهی برسند که تجربیات دشوار، از جمله طلاق، بخشی از فراز و نشیب‌های کل زندگی نوع بشر است و دست از قضاوت و سرزنش خود و دیگران بردارند. درحقیقت در درمان پذیرش و تعهد، همزمان با کار بر روی بودن در زمان حال، روشن‌سازی ارزش‌ها، و متعهد شدن به تغییر در جهت مثبت؛ تلفیق شفقت (یعنی تمرین گسترش شفقت به خود و دیگران)؛ سبب بهبود بهتر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درمانجویان و در نتیجه ارتقاء نتایج درمان شده است. پس می‌توان گفت که در این پژوهش درمان تلفیقی تعهد و پذیرش با شفقت سبب شد تا زنان مطلقه بتوانند افکار و احساسات منفی و مثبت را در کنار هم تجربه کنند و نسبت به تجربیات ناخواسته خود رفتارهای اجتنابی کم‌تری نشان دهند. با آموزش شفقت زنان مطلقه یاد گرفتند که با رنج‌هایشان با مهربانی و حس مشترک انسانی و ذهن آگاهانه رفتار کنند و به آن‌ها نزدیک شوند و احساس مراقبت، تعلق و آرامش در درون‌شان گسترش یابد. در نهایت با تسهیل پذیرش، کاهش اجتناب، و پیگیری ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها افزایش یافته، و این امر به کاهش نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه منجر شده است.

بی شک زنان مطلقه که با محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی گوناگونی مواجه هستند، مصائب بیشتری دارند که باعث وارد شدن فشار روانی به این افراد می‌شود. از آنجایی که روحیه جامعه ایرانی به گونه‌ای است که شخصیت زن را در چارچوب خانواده می‌بیند، لذا با شکستن این کانون شخصیت و هویت خانوادگی زن دستخوش اختلال می‌شود. جامعه به زنان مطلقه نگاه تحقیرآمیزی دارد و زنان مطلقه جایگاهی در نظام اجتماعی ندارد. از این رو تقویت مؤلفه‌های پذیرش، همدلی و شفقت به خود و دیگران و تقویت احساس مشترکات انسانی در

زنان مطلقه که به دلیل فرهنگ و جو حاکم بر جامعه ایرانی و تابو بودن طلاق، خود را جدای از جامعه می‌دانند شاید عامل مهمی در پذیرش خود و اجتناب کمتر و کاهش نگرانی و نشخوار آن‌ها بوده است. از آنجایی که نرخ آمار طلاق در کشور ما رو به افزایش است، فهم کلید دستیابی به یک جدایی آرام و راحت می‌تواند به میلیون‌ها انسان کمک کند که شادتر و سالم‌تر زندگی کنند. ممکن است پرورش شفقت چاره همه مشکلات نباشد، اما دست کم این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که کار بر روی پرورش ذهن آگاهی، پذیرش و شفقت نسبت به خود و دیگران ممکن است یک گام مهم در مسیر درست باشد. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس، افت شرکت‌کننده‌ها، محدود شدن افراد نمونه به یک مرکز خدمات مشاوره‌ای و حجم نمونه اشاره کرد. استفاده از نتایج این پژوهش برای روان‌درمانگران و مراکز مشاوره و روان‌درمانی، مشاوران مراکز حمایتی چون بهزیستی، کمیته امداد، شهرداری و... پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از زنان مطلقه گروه آزمایش و کنترل و کارکنان اداره بهزیستی شهر تهران و مرکز مشاوره خانواده آمنه در عملیاتی کردن این پژوهش قدردانی می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



## منابع

- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۶). <http://www.sabteahval.ir>.
- سعادت، نادره، رستمی، مهدی و دریانی، علی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان مطلقه. *فصلنامه روان‌شناسی خانواده*، ۲(۱۲): ۴۵-۸۵.
- ظهیری، سعید، دهقانی، اکرم و ایزدی، راضیه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، بر وسواس دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۴): ۹۳-۱۰۸.
- عابدی‌نیا، نسرين، بوالهري، جعفر و نقی‌زاده، محمدمهدی (۱۳۹۴). مقایسه عوامل زمینه‌ساز تقاضای طلاق بر حسب جنسیت. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۱): ۱۴۱-۱۷۷.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۸۲): ۲۰۷-۲۳۶.
- فتح‌اله‌زاده، نوشین، مجلسی، زینب، مظاهری، زهرا، رستمی، مهدی و نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خودانتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۲): ۱۵۱-۱۶۸.
- محقق، حسین، دوستی، پیمان و جعفری، داود (۱۳۹۵). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرآیندهای نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی* ۶ (۲۳): ۸۱-۹۴. [https://www.civilica.com/Paper-JR\\_CPS-JR\\_CPS-6-23\\_005.html](https://www.civilica.com/Paper-JR_CPS-JR_CPS-6-23_005.html)
- American Psychiatric Association. (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Azizi, A., and Ghasemi, S. (2017). Comparison the Effectiveness of Solution-focused Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on depression and quality of Life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8(82):207-236 (Text in Persian).
- Abedinia, N., Bolhari, J. and Naghizadeh M. (2014). The Comparison of Predisposition Factors on Request Divorce on Gender. *Psychology Studies*, 11(1):141-177 (Text in Persian).
- Borkovec, T.D. (1994). *The nature, functions, and origins of worry: Worrying Perspectives on theory, assessment and treatment*. (pp. 5-33): John Wiley & Sons, Oxford.
- Fatollahzadeh, N., Majlesi, Z., Mazaheri, Z., Rostami, M., Navabinejad, S.H.

- (2017). The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Psychology Studies*, 13(2):151-168 (Text in Persian).
- Gloster, A., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H. and Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviours precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91(1):64-71.
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, Research and Applications*. New York: Routledge
- Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6):239-254.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Clinical Psychology*, 53(1): 6-41.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson
- Giles, C. (2017). *The Effects of Divorce on Women*.  
<https://www.livestrong.com/article/140785-the-effect-divorce-women>.
- Govrin, A. (2014). The vices and virtues of monolithic thought in the evolution of psychotherapy. *Psychotherapy Integration*, 24(2):79-90.
- Hsu, J.K. (2017). Rumination is a risk factor for anxiety. Date of original publication: February 25, 2016, Updated: March 16, 2017. <https://www.anxiety.org>.
- Harris, K.L. (2017). *Compassion Focused Therapy for Shame-Prone Individuals: An eight-week group therapy investigation*. A thesis of Masters of Science in Psychology. Canterbury, New Zealand.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. and Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(1):639-665.
- Juncos, D.G. and dePaiva e Pona, E. (2018). Acceptance and commitment therapy as a clinical anxiety treatment and performance enhancement program for musicians. *Music & Science*, 1(1):1-17.
- Kolts, L.R.L., Bell, T., Levy, J.B. and Irons, C. (2018). *Experiencing Compassion-Focused Therapy from the Inside Out*. The Guilford Press. New York.
- Lewis, E.J. and Joorman, J. (2018). Rumination. doi: 10.1093/obo/9780199828340-0206.
- Mattoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy

- with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5(1):1-24.
- Mohagheghi, H.; Dousti, P. and Jafari, D.(2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction, Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia and Health Anxiety in Students. *Clinical Psychology Studies*, 6(23): 81-94(Text in Persian).
- Moldovan, O.D.(2014). The Impact of divorce on Women. *Agora Psycho-Pragmatica*, 8(2):5-28
- Quinlan, E., Deane, P.F. and Crowe, T.(2018). Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and Schema group intervention for Mental Health Carer's Interpersonal Problems. *Contextual Behavioral Science*, 9(1):53-62.
- Saadati, N., Rostami, M. and Darbani, A.S.(2017). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy(ACT) and Compassion Focused Therapy(CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Family Psychology*, 3(2):45-58(Text in Persian).
- Slevison, M.(2013). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Worry and Rumination*. Phd. Thesis, RMIT University, Australia.
- Steinfurth, C.K.E., Alius, G.M., Wendt, J. and Hamm, O.A.(2017). Physiological and neural correlates of worry and rumination: Support for the contrast avoidance model of worry. *Psychophysiology*, 54(2):161-171.
- Stevens, E., Jendrusina, A., Legrand, A., Nahin, E., Kaufman, M., Borkovec, T.D. and Behar, E.(2018). The Effects of Worry and Relaxation on Flexibility During Cognitive Restructuring. *Behavior Modification*, 42(6): 838-863.
- Treynor, W., Gonzalez, R. and Nolen-Hoeksema, S.(2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3):47-59.
- Tirch, D., Schoendorff, B. and Silberstein, L.R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion*. New York, NY: New Harbinger.
- Twohig, M.P. and Levin, M.E.(2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatr Clin*, 40(1):751-770
- Zhang, C.Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.K., Hagger, M. and Hayes, S.(2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Psychotherapy Integration*, 25(3):175-182.
- Zahiri, S., Dehghan, A. and Izady, R. (2018). The Effectiveness of Acceptance and commitment therapy Enriched with Compassion Focused Therapy on Obsession Symptom of Students with Obsessive Compulsive Disorder. *Psychology Studies*, 13(4):95-107(Text in Persian).



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

---

**The Effectiveness of Integrating Acceptance and Commitment  
Therapy(ACT) with Compassion on Worry and Rumination of  
Divorced Women**

---

Fatemeh Tabrizi<sup>1</sup>, Mohammad Ghamari\*<sup>2</sup>,  
Kiumars Farahbakhsh<sup>3</sup> and Saiedeh Bazzazian<sup>4</sup>

**Abstract**

The purpose of this study was to determine the effectiveness of integrating Acceptance and Commitment therapy with compassion on worry and rumination of divorced women in Tehran. The research method was quasi-experimental based on a pre-test, post-test design and follow-up with control group. The statistical population were divorced women with worry and rumination in Tehran during of 2016-2017 year who were referred to one of the Counselling Centers of Wellbeing in Tehran. They were 20 divorced women who were selected using available and purposive sampling method. Then they were randomly divided into experimental and control groups (10 persons in each group). The experimental group was received 10 weekly 120 minutes' sessions of CFACT techniques , but the control group did not receive any intervention. The research instruments were Nolen-Hoeksema's Ruminative Response Scale (RRS) and Meyer's Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Scale. Data were analyzed by using mix analysis of variance. The results indicated that ACT integration with compassion

---

1. Ph.D. Student, Department of counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

2. Corresponding author: Associate Professor, Department of counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. [counselor\\_ghamari@yahoo.com](mailto:counselor_ghamari@yahoo.com)

3. Associate Professor, Department of counseling, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Submit Date: 2018-12-13      Accept Date: 2019-07-17

DOI: 10.22051/psy.2019.23046.1777

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

influenced on worry and rumination of divorced women. Therefore, the use of Acceptance and Commitment Therapy integration with compassion is an effective treatment on worry and rumination of divorced women.

**Keywords:** *Acceptance and commitment therapy, compassion focus therapy, divorced women., rumination, worry*

