

## Comparison of the Effectiveness of Self-compassion Treatment, Self-compassion based on Monotheistic Teachings, and Treatment based on Acceptance and Commitment on Happiness and Quality of Life of Depressed Married Women

Amid Tashakori<sup>1</sup>, Najmeh Sedrpoushan<sup>2</sup>

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
2. (Corresponding author), Assistant Professor, Faculty Member, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Faculty of Humanities, Isfahan, Iran. [sedrpoushan@iaukhsh.ac.ir](mailto:sedrpoushan@iaukhsh.ac.ir)

### ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation

Received: 06/06/1400 - Accepted: 11/03/1401

**Aim:** The aim of this study was to compare the effectiveness of three approaches of self-compassion treatment, compassion based on religious teachings, and treatment based on acceptance and commitment to reduce depression in married women. **Methods:** The present study was performed through quasi-experimental method of pre-test and post-test using three experimental groups and one control group. The statistical population of the study was all women referred to counseling centers in Yazd in the year 2020 who were diagnosed with depression. The sample size was 40 people who were selected through available sampling method and randomly assigned to three experimental groups and one control group. In order to measure the happiness and quality of life in the sample, Life satisfaction Scale of Diner et al. (1985), and the Oxford Happiness Scale of Argyle and Lou (1989) were used. In order to analyze the research data, the analysis of covariance was used. **Results:** The analysis of the findings showed that all three treatments were effective in improving happiness ( $F=33.25$  and effect size,  $0.792$ ) and quality of life ( $F= 89.38$  and effect size,  $0.911$ ) in women ( $P<0/01$ ). Also, the results of pairwise comparison of the groups showed that the treatments used in increasing happiness were not significantly different from each other, but compassion treatment based on religious teachings was more effective in improving women's quality of life than the other two treatments ( $P<0.01$ ). All three methods are effective in increasing happiness and improving the quality of life of depressed married women.

**Keywords:** Compassion, religious teachings, happiness, quality of life, acceptance and commitment



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره  
انجمن مشاوره ایران  
جلد ۲۱، شماره ۸۲، تابستان ۱۴۰۱  
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v22i82.10116

## مقایسه اثربخشی درمان شفقت خود، شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های توحیدی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان افسرده متاهل

عمید تشکری<sup>۱</sup>، نجمه سدروپوشان<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسؤل) عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران.  
sedrpoushan@iaukhsh.ac.ir

(صفحات ۱۹۷-۲۲۳)

### چکیده

مقاله برگرفته از رساله دکتری است

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی سه رویکرد درمان شفقت خود، شفقت مبتنی بر آموزه‌های دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان متاهل صورت گرفت. **روش:** پژوهش حاضر با روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه‌آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر یزد در سال ۱۳۹۹ بودند که برای آن‌ها تشخیص افسردگی داده شده بود. تعداد افراد نمونه ۴۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. به منظور سنجش شادکامی و کیفیت زندگی افراد نمونه از مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵) و مقیاس شادکامی آکسفورد آرکایل و لو (۱۹۸۹) استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که هر سه روش درمانی بر بهبود شادکامی ( $F=33/25$  و اندازه اثر،  $0/792$ ) و کیفیت زندگی ( $F=89/38$  و اندازه اثر،  $0/911$ ) زنان اثربخش بوده‌اند ( $P<0/01$ ). همچنین نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که درمان‌های به کار رفته در افزایش شادکامی تفاوت معنادار با یکدیگر نداشتند اما درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی نسبت به دو درمان دیگر اثربخشی بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی زنان داشت ( $P<0/01$ ) **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که هر سه روش در افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده تأثیر دارند همچنین بررسی تفاوت گروه‌ها مشخص شد کرد که اثربخشی روش‌های درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیشتر است.

**واژه‌های کلیدی:** شفقت، آموزه‌های مذهبی، شادکامی، کیفیت زندگی، پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

## مقدمه

به طور کلی افسردگی با دوره‌های غمگینی، خلق پایین، کم‌اشتهایی یا پراشتهایی، احساس پوچی و بی‌ارزشی و نشخوارهای فکری همراه است (سادوک، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر میزان افسردگی در زنان شیوع بیشتری داشته و این امر سبب‌شناسی و مداخله برای بهبود این وضعیت را ضروری می‌نماید؛ پژوهش سلطانه‌لی پور، صدر و آذرگشپ (۱۳۹۶) نشان می‌دهد که شیوع افسردگی شدید در میان زنان خانه‌دار شرکت‌کننده در این پژوهش ۷/۹٪ و در زنان شاغل ۸/۴٪ می‌باشد. همچنین پژوهش اصفهانی، افشین، رسولخانی و عزیزی (۱۳۹۹) نشان داد که میزان شیوع افسردگی در زنان باردار ایرانی ۱۰/۹٪ است. همچنین پژوهش ابراهیم زاده اردکانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که افسردگی در زنان شه‌ریزد که با مشکل ریزش مودرگیرند سطح بالایی دارد. به گونه‌ای که ۰/۶۷٪ از آن‌ها با افسردگی درگیرند. به این ترتیب افسردگی یکی از اختلالات شایع در میان زنان ایرانی است. پژوهش‌ها نشان‌دهنده میزان تحمل هیجان‌های منفی بیشتر در زنان در مقایسه با مردان در مواجهه با مسائل و مشکلات است؛ همچنین سطح آشفتگی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در زنان دو برابر مردان است (زهراکار و همکاران، ۱۳۹۷). اشتاینر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵). اشاره کرده‌اند زنانی که مطلقه‌اند افزایش پریشانی، افسردگی، تنهایی، خشم، پشیمانی و درماندگی را تجربه کرده‌اند. تحقیقات اخیر نشان داده است که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسی در پاسخ‌های بیولوژیکی به استرس دهنده‌ها می‌تواند در افسردگی پیش‌رونده زن‌ها بیش از مردها نقش داشته باشد.

رویکردهای روان‌درمانی مختلفی در درمان افسردگی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. یکی از درمان‌هایی که اخیراً در بین درمانگران پرکاربرد است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مدل درمانی است که با تکیه بر رابطه میان

زبان و شناخت تلاش دارد تا بر بهبود مسائل و مشکلات روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد. تحقیقات موید اثربخشی این رویکرد در درمان اختلالات بوده است (توهیگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). این درمان برای افراد مجالی فراهم می‌کند تا بدون داشتن الزام به درمان اضطراب و هیجانات ناخوشایند آن‌ها را تجربه کرده و در عین تجربه آن‌ها ساختارهای شناختی غنی را برای رفتار خود فراهم کنند. نقطه تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جلوگیری از اجتناب تجربه ای<sup>۲</sup> است. این موضوع به بیماران می‌آموزد که چگونه عقیده‌ی سرکوب کردن را کنار گذاشته، خود را از افکار مزاحم رها کرده و در نهایت به افراد اجازه می‌دهد تا بجای سرکوب هیجانات ناخوشایند آن‌ها را به گونه‌ای مطلوب تجربه کنند (هایس، ۱۹۸۹). اورسیل و باتن<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) توضیح می‌دهند که ترس و اجتناب در این درمان کاهش یافته و به کمک راهکارهایی که هدف آنها کاهش آمیختگی<sup>۴</sup>، تماس با خود به عنوان زمینه، تعیین جهت مندی ارزش‌های زندگی و ساختن الگوهای برای انجام متعهدانه رفتار است بهبودی حاصل کنند. شواهد نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گونه‌ای فعالانه ترس از مواجهه با فعالیت‌های دشوار و تغییر در سبک زندگی را کاهش می‌دهد که این موضوع منجر به بهبود وضعیت روان‌شناختی فرد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی و افزایش شادکامی گروه‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهش مرمچی‌نیا و ذوقی‌پایدار (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آنجا که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد؛ می‌تواند به عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای ایجاد و افزایش امیدواری و شادکامی در افراد استفاده شود. همچنین امان‌الهی، زارع و رجبی (۱۳۹۶). دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رشد پس از آسیب دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی مؤثر واقع شده

1. Twihg, M.P

2. Experiential avoidance

3. Hayes ,S.C, Orsillo, S.M., Batten, S.V

4. Fusion

است. بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه یکی دیگر از متغیرهایی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی قابل ملاحظه‌ای برافزایش آن در زنان مطلقه داشته است. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اصول محوری و هسته مفهومی آن یکی از مداخلات پرکاربرد در حوزه‌های مختلف است. (تبریزی، قمری، بزازیان، ۱۳۹۹). در فرهنگ‌نگی، به دلیل آداب و رسوم خاص موجود در آن ممکن است رویکردهای روان‌درمانی با چالش‌هایی مواجه باشند. یکی از دشواری‌های کار با مراجعین در جوامعی مانند ایران هماهنگی رویکرد مورد استفاده‌ی درمانگر با فرهنگ غالب و متنوع ایران است. درمان متمرکز بر شفقت در سال‌های گذشته بواسطه نزدیکی‌های فرهنگی مورد توجه اغلب پژوهشگران حوزه‌ی خانواده بوده است (بنت گلمن، ۲۰۰۱؛ به نقل از نف، رود کریک، پاتریک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). نف<sup>۲</sup> (۲۰۰۳، ۲۰۰۳) شفقت خود را بدین گونه تعریف کرده است: مهربانی نسبت به خویشتن<sup>۳</sup> در برابر خود قضاوتی<sup>۴</sup>، اشتراک انسانی<sup>۵</sup> در برابرانزوا<sup>۶</sup>، و ذهن آگاهی<sup>۷</sup> در برابر بیش برآورد<sup>۸</sup>. ایجاد درکی بدون قضاوت و گرم از موقعیت برای خویشتن توسط افراد در گرو این است که آن‌ها در برخورد با مسائل و موقعیت‌های تنش‌زا با توجه به اصول مطرح شده با آن موقعیت روبرو شوند. بدون نشخوار ذهنی در مورد درد یا مشکل و پررنگ کردن آن در اکنونیت زندگی.

در الگوی درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی با ادغام آموزه‌های دینی و اصول درمان شفقت خود ارزش‌هایی در فرد احیا می‌شود که توان یکپارچه سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و

1. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., Rude, S. S

2. Neff, D. K

3 . Self-kindness

4 . self-judgment

5 . common humanity

6. isolation

7. mindfulness

8. over-identification

اورا از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد. هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نوبخشیدن به عشق، ابعاد جذبه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است. از میان برداشتن موانع این جذبه و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت‌آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند (فلاح و همکاران، ۱۳۹۹). به منظور ایجاد راهکارهای مناسب برای درمان افسردگی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی پروتکل‌ها و اساسنامه‌های متعددی در رابطه با روش‌های مختلف درمانی ارائه شده است. ولی امروزه متخصصان و مشاوران بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی و التقاطی دارند و معتقدند یک رویکرد محض به دلیل آنکه به طور همه‌جانبه و عمیق، مشکلات افراد جامعه را نمی‌شکافد، از کارایی لازم برخوردار نیست. رویکردهای با یک زمینه نظری خاص شامل شفقت‌درمانی، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر کدام سهم جداگانه‌ای در درمان و مداوای بیماران روانی و اختلالات روحی و روانی مانند افسردگی دارند ولی تلفیق و ترکیب، آراستن و جورکردن و پیوند دادن نظریات و مکاتب مختلف روان‌درمانی و مشاوره با یکدیگر می‌تواند سهم به‌سزایی در درمان مشکلات روحی و روانی و افزایش رضایتمندی و شادکامی داشته باشد (فلاح و همکاران، ۱۳۹۹).

پژوهش‌های مختلف به بررسی اثربخشی درمان‌های معنوی بر اختلالات روانی پرداخته‌اند. به گونه‌ای که در ویراست جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توصیه شده تا از این درمان‌ها به عنوان عاملی اثربخش در افزایش شادکامی و بهبود افسردگی افراد و دیگر زمینه‌های موجود استفاده شود. همچنین مرور مطالعات، کتب و نشریات علمی، اثربخشی رویکردهای تک‌مکتبی را بررسی و در بعضی موارد آنها را اثر بخش دانسته است. در این میان می‌توان به پژوهش شاکر نژاد و همکاران (۱۳۹۶)، در زمینه اثربخشی درمان مثبتی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به ام

اس، پژوهش شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، در خصوص اثربخشی متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه و تحقیق ویسی و همکاران (۱۳۹۵)، در ارتباط با اثربخشی درمان چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر اشاره نمود. پژوهش‌های فوق حاکی از آن است که درمان‌های مختلف بر سلامت روان، رضایت از زندگی و کاهش مشکلات روحی و روانی مانند اضطراب و افسردگی اثر داشته است. اما پژوهش حاضر بر آن است تا به روشی مقایسه‌ای به بررسی اثربخشی درمان شفقت خود، شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد بپردازد.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر یزد در سال ۹۹-۱۳۹۸ که برای آن‌ها تشخیص افسردگی داده شده بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ نفر از زنان افسرده متاهل بود که از طرف متخصصان روان‌شناسی و روانپزشکی با توجه به نقطه برش (۱۸) آزمون افسردگی بک (۱۹۹۶) تشخیص افسردگی در سطوح مختلف دریافت کرده بودند. با تکیه بر روش نمونه‌گیری در دسترس، در قدم اول از تمام زنان متاهل شرکت‌کننده در پژوهش که مایل به شرکت در گروه درمانی بودند ثبت نام به عمل آمد و در قدم بعدی از میان آن‌ها با توجه به پرونده مشاوره، مصاحبه تشخیصی گرفته شد و با توجه به ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و ملاک‌های ورود ۴۰ نفر از زنان متاهل مبتلا به افسردگی که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۰ نفری (سه گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. ابتدا پیش‌آزمون از همه گروه‌ها به عمل آمد و سپس مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش اجرا شد. در نهایت نیز پس‌آزمون از همه گروه‌ها به عمل آمد. در انتها تجزیه و تحلیل آماری در داده‌های جمع‌آوری شده اجرا شد.

ملاک‌های ورود: تاهل، نداشتن بیماری‌های خاص، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی برای دیگر اختلالات به منظور کنترل اثر عوارض جانبی دارو درمانی (مانند: کم‌خوابی / پر خوابی یا کم‌اشتهایی / پراشتهایی و خلق پایین). عدم تشخیص همزمان دیگر اختلالات روانی و نداشتن بیماری‌های جسمی بود که اطلاعات لازم توسط یک فرم خودگزارشی و همچنین ارزیابی‌های روان‌پزشکی از شرکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز؛ غیبت بیش از یک جلسه در گروه درمانی و افکار خودکشی که توسط پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک<sup>۱</sup> مورد ارزیابی قرار گرفت.

## ابزار

### مقیاس شادکامی آکسفورد<sup>۲</sup> (۱۹۸۹)

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و لو<sup>۳</sup> تهیه شده است که دارای ۲۹ ماده است و ۵ حیثی رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت را می‌سنجد. خرده‌مقیاس رضایت از زندگی شامل هشت پرسش، خرده‌مقیاس حرمت خود شامل هفت پرسش و خرده‌مقیاس بهزیستی فاعلی شامل پنج پرسش، خرده‌مقیاس رضایت خاطر دارای چهار پرسش و خرده‌مقیاس خلق مثبت شامل سه پرسش می‌باشند. گزاره ۲۳ در مولفه‌های دو و چهار مشترک است، چون هم با حرمت خود هم با رضایت خاطر بار عاملی نزدیکی دارد، بنابراین به صورت مشترک محاسبه شده است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه‌ی شادکامی به این صورت است که هر ماده از این پرسشنامه دارای چهار گزینه است که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند. بدین صورت که به گزینه اصلاً (۰)، گزینه کم (۱)، گزینه متوسط (۲)، و گزینه زیاد (۳) تعلق می‌گیرد؛ مجموع نمرات افراد نشان دهنده شادکامی بیشتر

1. Beck suicide scale ideation (BSSI)  
2. Oxford Happiness Scale  
3. Martin , Lu



است (آرگایل، ۲۰۰۱، ترجمه انارکی و همکاران، ۱۳۸۵). آرگیل و همکاران (۱۹۹۲؛ به نقل از فضلی، ۱۳۹۱) جهت تعیین پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۰ را گزارش دادند. روایی و پایایی مقیاس شادکامی آکسفورد در تحقیق علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها نشان داد این مقیاس از همسانی درونی بالایی برخوردار است آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با مقیاس افسردگی بک و زیرمقیاس‌های برونگرایی و نوروزگرایی EPQ به ترتیب برابر با ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی همگرا و واگرایی فهرست شادکامی را تایید کرد. همچنین در تحقیق علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) به منظور بررسی روایی پرسشنامه از ۱۰ متخصص روان‌شناسی و روان‌پزشک نظرخواهی شد که همه توانایی بالای پرسشنامه آکسفورد را برای سنجش شادکامی افراد مورد تایید قرار دادند. برای محاسبه اعتبار پرسشنامه شادکامی؛ باقری (۱۳۸۵)، آن را با آزمون خود پنداره بک همبسته نمود و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ( $p < .0/001$  و  $r = 0/52$ ).

#### مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) داینرو همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۵)

مقیاس پنج گویه‌ای رضایت از زندگی توسط داینرو، امونس، لارسن و گرینین (۱۹۸۵) به منظور سنجش رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. داینرو همکارانش (۱۹۸۵) روایی (به شیوه همگرا و افتراقی) و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای مقیاس گزارش نموده‌اند. در مقابل هر سؤال طیف لیکرت ۵ نمره‌ای از کاملاً راضی (نمره ۵) تا کاملاً ناراضی (نمره ۱) در نظر گرفته شد. این مقیاس توسط خیر و سامانی (۱۳۸۳)، نقل نصیری و جوکار، (۱۳۸۷)، برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای آن گزارش شده است. بررسی روایی این مقیاس در پژوهش نصیری و جوکار (۱۳۸۷) با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس

نشان داد که در مقیاس فوق یک عامل اصلی وجود دارد که ۶۴٪ از واریانس کل را تبیین می‌کند.

پس از آنکه افراد نمونه انتخاب و بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند ابتدا پیرامون روش‌های مداخله توضیحاتی به آن‌ها ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد تا حضور فعالی در همه جلسات درمان داشته باشند و سپس اقدام به برگزاری پیش‌آزمون شد. پس از آن برنامه‌های مداخله‌ای برای گروه‌های آزمایشی (درمان شفقت خود، درمان شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در قالب جلسات گروه درمانی اجرا شد. گروه آزمایشی مربوط به درمان شفقت خود، مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت<sup>۱</sup> (۲۰۰۹). شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی (مبتنی بر تلفیق طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) و درمان یکپارچه توحیدی مبتنی بر طرح فلاح و همکاران (۱۳۹۷) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر طرح هیزو همکاران (۲۰۱۳). در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای منطبق با دستورالعمل ارائه شده در جدول شماره ۱ و ۲ به صورت هفتگی و در ۸ هفته‌ی متوالی شرکت کردند. همچنین گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز اساس پروتکل درمانی در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی که در جدول شماره ۳ گزارش شده است شرکت کردند. گروه گواه در پژوهش حاضر هیچ نوع درمانی دریافت نکردند در پایان مداخلات هر ۴ گروه در مرحله پس‌آزمون با پرسشنامه‌های پژوهش که در مرحله پیش‌آزمون اجرا شده بود مورد آزمون قرار گرفتند. بازه زمانی اجرا در سه ماه سوم سال ۱۳۹۹ بوده است. طی مراحل اجرای جلسات نیز یک نفر دانشجوی کارشناسی ارشد به عنوان دستیار درمانگر به منظور توزیع مقیاس‌ها در میان گروه‌های شرکت‌کننده در درمان، نمره‌گذاری و کمک به پژوهشگر در اجرای روان‌درمانی حضور داشته است.

### جدول ۱. عناوین و محتوای مختصر جلسات درمان شفقت خود

تعداد	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه و درمانگر، گفتگو پیرامون اهداف و ساختار جلسات، تعیین انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت خود و تمایز گذاشتن میان شفقت و تاسف
جلسه دوم	تشریح شفقت؛ شفقت چیست و چگونه می‌تواند در رویارویی با مشکلات به فرد کمک کند، آموزش ذهن آگاهی و تمرین واریسی بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت
جلسه سوم	خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش گرمی و مهربانی، پرورش حس اشتراک انسانی در برابر احساسات خودتخریب‌گر، آموزش‌های افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت و عدم قضاوت
جلسه چهارم	ترغیب افراد به خودشناسی، بررسی شخصیت خود به عنوان فرد شفقت ورز یا غیرشفقت ورز، ارائه تمرین‌های ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت و همدلی نسبت به خود و دیگران
جلسه پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت، شفقت کلامی، مقطعی، پیوسته، عملی و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره فرد
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار و تصویرپردازی شفقت ورز، احساسات و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش به عنوان خودشفقت ورز، خودانتقادگر و خودانتقاد شونده با استفاده از صندلی خالی گشتالت؛ یافتن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت ورز با خود و دیگران
جلسه هفتم	جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار و رفتار شفقت ورز، یافتن رنگ و صدا و موسیقی شفقت ورز، کار روی ترس از شفقت به خود، برطرف کردن موانع این ویژگی، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز
جلسه هشتم	جمع‌بندی از جلسات پیشین، پاسخگویی به سؤالات و ارزیابی جلسات، تقدیر و تشکر از اعضا، اجرای پس‌آزمون

### جدول ۲. عناوین و محتوای مختصر جلسات روان‌درمانی شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و هدف
اول	معارفه و آشنایی	معرفی درمانگر و آشنایی با افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشریح برنامه‌ی روان‌درمانی شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و قوانین جلسات

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و هدف
دوم	چهارچوب بندی درمان، نقش درمانگر و لزوم توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی در انواع روان درمانی	بحث پیرامون فقدان تجربه‌ی عمیق معنویت و آرامش ذهنی در افراد افسرده، توانمندی مذهب در القای شادکامی و به زندگی و افزایش رضایت از زندگی، و ضایف درمانگر و نقش و مسولیت مراجعین طی جلسات درمان
سوم	معنویت و آموزه‌های مذهبی	معنویت چیست؟ جهت گیری مذهبی (درونی و بیرونی)، کفر، شرک و ایمان، تقوا، دوری از نفاق، تقلب و خیانت، رضایت الهی و رضایت از زندگی، شادکامی در قرآن (فرح)، تفاوت لذت و شادی، یاد خدا و رضایت از زندگی، رضوان و رضایت در قرآن، ذکر و دعا و احساس حضور، صبر و شکیبایی، توبه یا بازگشت، مثبت نگری در دین اسلام، تکالیف خانگی
چهارم	مسولیت پذیری از منظری مذهبی	مسئولیت پذیری در برابر سرنوشت، تغییر کردن با اراده خویش، عشق به خدا عامل نیرومند و شفافبخش، احساس حضور خدا در زندگی، مفهوم انسان تراز در قرآن و نهج البلاغه، مفهوم تقدیر و تدبیر در زندگی، نیاز به معنی و رشد در زندگی، برقراری رابطه همدلانه و اعتماد متقابل، اهمیت و کارکرد ارتباط معنوی با خدا، مفهوم و درک بسم الله الرحمن الرحیم در زندگی، باورهای مربوط به زندگی در کلام پیشوایان دینی، تکالیف خانگی.
پنجم	سبک زندگی شفقّت و روزه‌ی مذهبی	مرور جلسات قبل، سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غمخوار، اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه، اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، تنفس آرامشبخش، چشم پوشی و بخشش، پذیرفتن یا فراموش کردن، نوشتن نامه مبتنی بر شفقّت، عدم افراط در کار، خندیدن و صله رحم، ایفای نقش، تکالیف خانگی و تمرین.
ششم	بخشش خود، شفقّت کلامی و کاربرد احادیث در زندگی	مرور جلسات قبل، مرور احادیث و بررسی رابطه زندگی روزمره افراد با مفهوم ضمنی موجود در حدیث، شجاعت و خلاقیت، عدم توقف در زندگی، رابطه عمل و ارزش ها، وجه مثبت اتفاقات در زندگی، دنبال کردن علایق، ایجاد رابطه همدلانه موثر، مواجهه با ترس، تنفس دیافراگمی، کسب حمایت از اعضا گروه، شمارش تنفس، خود ابرازگری، مواجهه با نیاز درونی، ترحم و بخشش به

جلسه	عنوان جلسه	شرح محتوا و هدف
		خود، خودالقایی مثبت، پاسخ مقابله‌ای، تصویرسازی مبتنی بر شفقت، تقویت قدرت تحمل، شفقت کلامی، عملی و مقطعی و پیوسته، ایفای نقش، گرفتن بازخورد از اعضا گروه، تکالیف خانگی و تمرین.
هفتم	یافتن روحیه‌ی توحیدی و نشاط مذهبی	علل مشکلات روانی و رفتاری (زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی)، رابطه بین بیماری اصلی با اختلالات پیرامونی و ماهیت در هم تنیده و متعامل اختلالات روانی، نوشتن نامه معنوی و سخن گفتن با خداوند، پیدا کردن رویدادهای معنوی در زندگی، توحید و یکتاپرستی، درک زندگی بزرگان دین و الگوگیری از آنها (داستان راسان)، گرفتن بازخورد از اعضا گروه، تکالیف خانگی
هشتم	معنای زندگی مذهبی و شفقت داشتن با خویش از نظر فرهنگ	جمع‌بندی جلسات پیشین، مرور آیه‌های قرآن کریم مرتبط با مهربانی با خویش، تمرینات واری بدن پس از مرور آیات و روایات، ارائه‌ی منطق و معنای زندگی از منظری شفقت ورزانه و مذهبی، جمع‌بندی تکالیف مراجعین، ارائه‌ی پس‌آزمون
<b>جدول ۳. عناوین و شرح مختصر جلسات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد</b>		
جلسه	شرح مختصر	
اول	آشنایی و معارفه درمانگر و اعضا، شرح قوانین گروه، توصیف کلی از رویکرد و اهداف درمانی، تکالیف خانگی: ایجاد فهرست پنج موردی از مهمترین مشکلات در زندگی	
دوم	بررسی تکالیف، سنجش مشکلات از منظر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (استخراج کردن تجارب اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تکالیف خانگی: تهیه فهرستی از مزایا و معایب روش‌های کنترل	
سوم	بررسی تکالیف، تصریح این موضوع ناکارآمدی روش‌های کنترل با استفاده از استعاره و آموزش رغبت به هیجانات، تکالیف خانگی: مشاهده و ثبت دفعاتی که روش‌های ناکارآمد کنترل کنار گذاشته شده است.	
چهارم	بررسی تکالیف، آموزش تمایز میان ارزیابی‌ها و تجارب شخصی با استفاده از استعاره فنجان بد، آموزش مشاهده افکار بدون قضاوت، استفاده از استعاره‌های مختلف برای رفع قضاوت، تکالیف خانگی: ثبت مشاهدات از عدم ارزیابی تجارب و هیجانات	
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش پیرامون اهمیت زمان حال، خود به عنوان زمینه، استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آموزش ذهن آگاهی، تکالیف خانگی: ثبت موارد مشاهده افکار با استفاده از ذهن آگاهی	

جلسه	شرح مختصر
ششم	بررسی تکلیف، شناسایی ارزش‌ها، سنجش ارزش بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تکلیف خانگی: تهیه فهرست موانع تحقق ارزش‌ها
هفتم	بررسی تکلیف، ارائه راهکار برای مقابله با موانع پیگیری ارزش‌ها، استفاده از استعاره‌ها و برنامه برای تعهد به ارزش‌ها، تکلیف خانگی: گزارش قدم‌های پیگیری ارزش‌ها و ثبت دستاوردها در جلسات
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم و درمان ارائه شده، توضیح دستاوردها توسط اعضا، ایجاد برنامه برای ادامه‌ی زندگی، اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

بخش اول از یافته‌های پژوهش شامل؛ اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش می‌شود. براین اساس از میان ۴۰ نفر افراد نمونه ۱۱ نفر ۲۷/۵ درصد مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۷ نفر ۴۲/۵ درصد مدرک تحصیلی لیسانس و ۱۲ نفر ۳۰/۳ مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند. همچنین وضعیت شغلی افراد نمونه نیز شامل؛ ۵ نفر ۱۲/۵ درصد خانه‌دار، ۲۶ نفر ۶۵/۰ درصد دارای شغل آزاد و ۹ نفر ۲۲/۵ درصد کارمند بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۱/۴۷ سال و دامنه سنی افراد نمونه بین ۲۵ تا ۴۴ سال بود. در ادامه در جدول شماره ۴ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۴. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش بر اساس نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
شادکامی	درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی	۳۲/۶۰	۲/۴۵	۵۵/۴۰	۴/۹۲
	درمان شفقت خود	۳۳/۰۰	۳/۰۶	۵۰/۵۰	۵/۹۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۲/۸۰	۲/۲۰	۵۴/۹۰	۲/۶۰
گروه گواه		۲۷/۱۰	۲/۲۳	۳۱/۰۰	۷/۸۴

متغیرها	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
کیفیت زندگی مذهبی	درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی	۱۳/۳۰	۱/۳۳	۳۱/۵۰	۱/۶۴
	درمان شفقت خود	۱۳/۶۰	۱/۹۶	۲۶/۷۰	۲/۶۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴/۱۰	۱/۶۶	۲۴/۹۰	۲/۳۳
	گروه گواه	۱۴/۷۰	۱/۷۰	۱۴/۵۰	۱/۴۳

به منظور مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی شفقت خود، شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای شادکامی و کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در قدم اول پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس از آزمون ام‌باکس<sup>۱</sup> استفاده شد ( $P=0/092, F=1/66, MBOX=16/62$ ). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار می‌باشد. همچنین برای ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون<sup>۲</sup> استفاده شد، نتایج آزمون برای شادکامی ( $P>0/05, F=0/569$ ) و برای کیفیت زندگی ( $P>0/05, F=2/19$ ) بود به این ترتیب با توجه به نتایج آزمون لون مشاهده می‌شود که شرط برابری واریانس‌های خطا برای متغیرها برقرار است ( $P>0/05$ ). تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد و نتایج بیانگر تفاوت معنادار در ترکیب خطی متغیرها بود ( $P<0/05, F=33/48$ )، لامبدای ویکلز<sup>۳</sup>  $=0/64$ . این نتایج بیانگر آن است که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای شادکامی و کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس

1. M. box  
2. Levene  
3. Wilks lambda

تک متغیری استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا برای متغیرهای کیفیت زندگی و شادکامی در پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای وابسته در پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
شادکامی	۴۰۶۲/۸۲۳	۳	۱۰۱۵/۷۰۶	۳۳/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹۲
کیفیت زندگی	۱۵۴۴/۴۲۰	۳	۳۸۶/۱۰۵	۸۹/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱

همان‌طور که اطلاعات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد نتایج نشان داد که در هر دو متغیر شادکامی و کیفیت زندگی بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه بخش بزرگی از واریانس تغییرات در شادکامی (۰/۷۹۲) و کیفیت زندگی (۰/۹۱۱) در پس آزمون به تأثیر روش‌های درمان ارائه شده مربوط می‌شود. در ادامه در جدول شماره ۶ مقایسه‌ی زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه‌ی زوجی گروه‌های آزمایش ۱ (درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی) و گروه آزمایشی ۲ (درمان اکت) و گروه آزمایشی ۳ (درمان شفقت خود) گروه گواه در پس آزمون

گروه‌ها	خطای متغیر استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری		
(گروه آزمایش ۱)	گروه آزمایش ۲	شادکامی	۲/۵۳	۰/۵۰۰	۰/۹۹۷
درمان شفقت مبتنی بر	گروه گواه	شادکامی	۲/۵۳	۲۴/۴۰	۰/۰۰۰
آموزه‌های مذهبی	گروه آزمایش ۲	کیفیت	۰/۹۳۰	۶/۶۰	۰/۰۰۰
	گروه گواه	زندگی	۰/۹۳۰	۱۷/۰۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۳	شادکامی	۲/۵۳	۴/۹۰	۰/۲۳۲
		کیفیت	۰/۹۳۰	۴/۸۰	۰/۰۰۰
		زندگی			



گروه‌ها	متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
(گروه آزمایش ۲)	شادکامی	۲/۵۳	۲۳/۹۰	۰/۰۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه آزمایش ۱	۲/۵۳	-۰/۵۰۰	۰/۹۹۷
	گروه آزمایش ۳	۲/۵۳	۴/۴۰	۰/۳۲۰
	گروه گواه	۰/۹۳۰	۱۰/۴۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۱	۰/۹۳۰	-۶/۶۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۳	۰/۹۳۰	-۱/۸۰	۰/۲۳۲
(گروه آزمایش ۳)	شادکامی	۲/۵۳	۱۹/۵۰	۰/۰۰۰
درمان شفقت خود	گروه آزمایش ۱	۲/۵۳	-۴/۹۰	۰/۲۳۲
	گروه آزمایش ۲	۲/۵۳	-۴/۴۰	۰/۳۲۰
	گروه گواه	۰/۹۳۰	۱۲/۲۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۱	۰/۹۳۰	-۴/۸۰	۰/۰۰۰
	گروه آزمایش ۲	۰/۹۳۰	۱/۸۰	۰/۲۳۲

همانطور که اطلاعات جدول ۶، مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها به لحاظ نمرات متغیرهای شادکامی و کیفیت زندگی نشان می‌دهد سه گروه آزمایش تفاوت معناداری در پس‌آزمون شادکامی با یکدیگر ندارند. و تأثیر هر سه به یک اندازه بوده است. به عبارتی ضمن تفاوت با گروه گواه گروه‌های آزمای تفاوتی با هم نداشتند. در متغیر کیفیت زندگی سه گروه آزمایش تفاوت معناداری را در پس‌آزمون نشان دادند. گروه آزمایشی ۱ (درمان شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های مذهبی) در پس‌آزمون شادکامی تفاوت معناداری را با گروه گواه و عدم تفاوت را با گروه‌های آزمایشی (درمان شفقت خود) و (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد). نشان داد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون شادکامی تفاوت معناداری را با دیگر گروه‌های آزمایشی نشان داد به همین ترتیب درمان شفقت خود نیز در پس‌آزمون شادکامی تفاوت معناداری را با دیگر گروه‌های آزمایشی نشان نداد. در پس‌آزمون کیفیت زندگی درمان شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های مذهبی با دیگر گروه‌ها

تفاوت معناداری را نشان داد. همچنین گروه‌های آزمایشی ۲ و ۳ نیز به همین ترتیب در پس‌آزمون کیفیت زندگی تفاوت نشان دادند. در ادامه مقایسه‌ی زوجی روش‌های درمانی نتایج آزمون تفاوت‌ها نشان داد که روش‌های درمانی به لحاظ اثربخشی بر شادکامی هر سه در یک سطح و به لحاظ اثربخشی بر کیفیت زندگی روش‌های شفقت خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک سطح و درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی در سطح دیگر قرار می‌گیرد که نشان دهنده‌ی تفاوت در اثربخشی این روش با دو روش دیگر بر متغیر کیفیت زندگی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شفقت خود، شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده‌ی بود. نتایج بدست آمده نشان داد که هر سه مداخله درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده در مرحله‌ی پس‌آزمون شدند.

یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر برای بررسی اثربخشی درمان شفقت خود بر کاهش افسردگی و بهبود شادکامی و کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده نشان دهنده‌ی اثربخشی این درمان بر کاهش افسردگی زنان است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های محمدی؛ دوکانه‌ای فرد و حیدری (۱۳۹۸)، رجایی و سدرپوشان (۱۳۹۹)، امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۳). سرمه، مشهدی و سپهری شاملو (۲۰۲۰)، گیلبرت و پراکتر (۲۰۰۶)، نف (۲۰۰۳)، ریود و کریک پاتریک (۲۰۰۷) و یارنل و نف (۲۰۱۲) همسواست. این پژوهش‌ها به طور ضمنی هرکدام تایید کننده‌ی نتایج بدست آمده در این پژوهش هستند. پژوهش یارنل و نف (۲۰۱۲) نشان داد که هر چه سطح خودشفقتی افراد بالاتر باشد، در موقعیت‌های تنش‌زا آن‌ها سطح پایین‌تری از آشفتگی عاطفی را نشان می‌دهند. امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که هر چه مؤلفه‌های خودشفقتی در

زنان با تجربه شکست عاطفی بالاتر باشد آن‌ها افسردگی کمتر و سلامت عمومی بیشتری را پس از شکست عاطفی تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که افراد با شفقت خود به نحو بهتری با پیامدهای شکست عاطفی مواجه می‌شوند، با خود مهربان‌ترند و دست به خودقضاوتی نمی‌زنند و می‌تواند شکست‌شان را به عنوان یک تجربه بپذیرند. افراد شفقت‌ورز با توجه به آن‌که مؤلفه‌های شفقت خود ناظر بر گسترش درک و عطوفت به خود به جای خودسرزنشگری و قضاوت، مشاهده تجربیات شخصی به عنوان بخشی از یک تجربه انسانی و دیدن وحدت خود با دیگرانسان‌ها، داشتن آگاهی متوازن نسبت به افکار و احساسات دردناک بجای بیش تفسیری به وسیله آن‌ها است (نف، ۲۰۰۳) در مواقع افسردگی می‌توانند با گسترش تجربه‌ی عاطفی خود به شکلی وحدت یافته با دیگران، جلوگیری از خودسرزنشی و داشتن دیدگاهی متوازن نسبت به احساسات دردناک بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و در نتیجه افسردگی کمتری را تجربه کنند (سرمه، مشهدی و سپهری شاملو، ۲۰۲۰). پژوهش‌های مختلفی به بررسی کیفیت زندگی و شادکامی افراد و رابطه آن با سطوح افسردگی پرداخته‌اند، کریگر، برگرو هالتفورث<sup>۱</sup>، نشان دادند که افراد با سطح شفقت خود بیشتر نشانه‌های افسردگی کم‌تر و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند. این یافته‌ها مؤید این است که نتایج پژوهش حاضر در زمینه‌ی اثربخشی شفقت خود بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی زنان مؤثر بوده و توانسته است به طرز مطلوبی موجب افزایش شادکامی و کیفیت زندگی آن‌ها شود.

در پژوهشی که سامرز، اسپیجکرمن، ترومپتر<sup>۲</sup> و دیگران (۲۰۱۸) با موضوع اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سلامت عمومی انجام دادند مشخص شد که بین گروه کنترل و گروه آزمایش که درمان شفقت دریافت کرده بود پس از یک پیگیری سه ماهه تفاوت معناداری در شاخص‌های سلامت عمومی مشاهده شد. همچنین عواطف

1. Krieger T, Berger T, Holtforth M-g

2. Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer

مثبت گروه آزمایش افزایش معناداری را در مرحله پیگیری و پس‌آزمون نشان دادند. همچنین پژوهش فاوِل، بروئو و پیولینو<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) با موضوع سطح تغییرات در نشخوار فکری و شفقت به خود تحت تأثیر روانگردان‌ها در کاهش استرس، افسردگی و اضطراب نشان داد که در طول جلسات درمانی بینش‌های روانی تجربه شده در طول جلسه به‌طور محسوسی نشخوار فکری را کاهش و شفقت به خود را افزایش می‌دهد. بویل، استانتون، گانز<sup>۲</sup> و دیگران (۲۰۱۷) نشان دادند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی که یکی از راهبردهای اساسی در درمان متمرکز بر شفقت است موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در زنان جوان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. همچنین پژوهش شیرالی نیا و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب اثر معناداری داشت. پیگیری دوو چهار هفته‌ای نیز حاکی از پایداری تغییرات درمانی در این پژوهش بود به این ترتیب درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه اثر معناداری داشت. احمدی، سجادیان و جعفری (۱۳۹۸) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی، اضطراب و میل به خودکشی زنان مبتلا به ویتیلیگو اثر معناداری دارد. از آنجا که افسردگی جزء شایع‌ترین اختلالات روانی در زنان به‌شمار می‌رود و مؤلفه‌های صبر و امیدواری نقش مهمی در تسکین این اختلال دارند، هدف پژوهش بیاتی اشکفتکی و همکاران (۱۳۹۹) تعیین اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر بهبود سه مؤلفه صبر، امید و اضطراب وجودی در زنان افسرده بود. که با توجه به نتایج پژوهش می‌توان ادعا کرد که درمان یکپارچه توحیدی در بهبود مؤلفه‌های صبر، امید و اضطراب وجودی در زنان افسرده مؤثر بوده است. در رابطه با نقش آموزه‌های مذهبی در سلامت روان نیز به نظر وست<sup>۳</sup> (۲۰۰۰)، درمانگر متمایل به معنویت برای فراهم آوردن امکان تغییر و رشد بیشتر مراجع، راه توفیق یافتن از جانب خداوند را باز می‌گذارد. این تغییر و رشد بسیار بیشتر از

1. Fauvel, B., Strika-Bruneau, L., & Piolino, P

2. Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E

3. West

رشدی است که از راه مهارت‌های معمول درمانگران ممکن می‌شود علاوه بر این، درمانگر باید قبل از ورود مراجع به جلسه درمان، خود را از نظر روانی تقویت کند.

بسیاری از درمانگران معنوی، قبل از جلسات درمان یا در بین آن‌ها به دعا و نیایش، تفکر عمیق، مراقبه و دیگر تدابیر معنوی می‌پردازند (وست، ۲۰۰۰). به نقل از قلاح‌زاده و همکاران، (۱۳۹۷). مناسب است درمانگر، حداقل یک بار، مراجع بودن را تجربه کرده باشد؛ زیرا وقتی درمانگر، تجربه درمان جو بودن را داشته باشد، تکلیفی را به مراجع محول می‌کند که قبلاً خود با آن مواجه شده است. داشتن چنین تجربه‌ای باعث می‌شود که احساس یکپارچگی، حساسیت و سلامت روانی وی افزایش یابد. این امر باعث می‌شود تا بعد معنوی مراجع همراه با سایر ابعاد وجودی وی رشد نماید و درمان استحکام و پایداری بیشتری داشته باشد. بر پایه الگوی درمانی شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی، تلاش‌های اولیه عمدتاً برای کاهش فشار نشانه‌ها و موقعیت‌های مشکل‌ساز هستند؛ زیرا بیشتر مراجعانی که برای درمان مراجعه می‌کنند، به دنبال رهایی از شرایط و نشانه‌های استرس‌زا هستند. همان‌طور که درمان ادامه می‌یابد، بهبودی عمیق‌تر می‌شود؛ به همین دلیل درمانگر می‌تواند مراجعانی را که مدت طولانی‌تری در درمان شرکت می‌کنند، در ابعاد رفتاری، شناختی، عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی بررسی عمیق‌تر کند و تغییرات پایدارتری در آنها به وجود آورد به این ترتیب درمان شفقت متمرکز بر آموزه‌های مذهبی با توجه به تایید اثربخشی آن در پژوهش حاضر بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی زنان افسرده می‌تواند در درمان افسردگی زنان متأهل به شکل مطلوبی عمل کند.

یکی دیگر از فرضیه‌های پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان متأهل بود. یافته‌های بدست آمده از تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معناداری بر کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی

زنان دارد.

روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هیزو و لیلیز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). به این ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً مبتنی بر تغییر رابطه‌ی فرد با تجارب درونی است. همچنین این نوع درمان بر ایجاد و تقویت یک رابطه‌ی غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب فردی تأکید می‌کند. در این نوع درمان واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت تغییر چشم‌گیری می‌کنند که یکی از اساسی‌ترین قدم‌ها در برخورد افراد افسرده با تجارب خود است (زرگر، محمدی، امید، ۱۳۹۱). وایت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بدکار کردی هیجانی که به دنبال سایکوز می‌آید مورد مطالعه قرار دادند. تعداد نمونه این مطالعه کوچک بود (۲۷ نفر) که ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل میزان معمول به منظور مقابله با افسردگی و اضطراب پس از سایکوز را دریافت کردند. مطالعه دارای مرحله ۳ ماهه پیگیری بود، نتایج مویند اثربخشی معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کاهش علائم منفی، افسردگی، اضطراب و نیز افزایش حضور ذهن بود. این نتایج در پی‌گیری نیز تأیید شد. همچنین اشجع، فرح بخش، سدرپوشان و ستوده (۱۳۹۱)، اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد را بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران مؤثر بوده است. به این ترتیب رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با تغییر رابطه‌ی فرد با هیجانات و تجاربش موجب می‌شود که سطح افسردگی کاهش

1. Hayes, SC., & Lillis, J

2. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, Mitchell G

یافته و شادکامی و رضایت از زندگی در آنان افزایش یابد.

در مجموع براساس نتایج بدست آمده می‌توان گفت هر سه مدل درمانی شفقت خود، شفقت درمانی مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده اثر دارند. همانگونه که در تحلیل زوجی نیز مشاهده شد درمان‌های استفاده شده در پژوهش حاضر به طرز مشابهی بر افزایش شادکامی در زنان اثرگذار بودند. اما در ارتباط با بهبود کیفیت زندگی در افراد نمونه اثربخشی آن‌ها تفاوت معناداری داشت. براین اساس درمان شفقت خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ اثربخشی بر کیفیت زندگی در یک دسته و درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی در دسته دیگری قرار گرفت. این موضوع نشان دهنده‌ی لزوم پرداختن به بومی‌سازی درمان‌های روان‌شناختی با توجه به اثرگذاری بیشتر درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی است.

پژوهش حاضر با توجه به این‌که بر روی زنان متاهل افسرده شهریزد اجرا شده لذا به لحاظ تعمیم‌پذیری یافته‌ها در سطح بالایی قرار ندارد، همچنین فضای اجرای درمان‌های مورد نظر در پژوهش حاضر مرکز مشاوره بوده و محدودیت زمانی برای اجرای هر جلسه از درمان‌ها برای اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌تواند از طریق اثرگذاری بر پاسخدهی اعضای گروه به مقیاس‌ها بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد پیشنهاد می‌شود که درمان‌های ارائه شده در پژوهش حاضر با نمونه‌های مختلف شامل؛ زنان بزه‌کار، سطوح مختلف تحصیلی، زنان با بیماری‌های خاص و مردان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود پژوهشگران با توجه به بومی‌سازی دستورالعمل شفقت خود با توجه به آموزه‌های مذهبی پژوهش‌هایی را برای غنا بخشیدن و تایید یافته‌های پژوهش فوق در جمعیت‌های فرهنگی دیگر اجرا کرده و به مقایسه این دستورالعمل با دیگر مدل‌های درمانی بپردازند.

متخصصان بالینی و مشاوران خانواده می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر برای

افزایش دقت در مداخلات بالینی با گروه‌های خاص و همچنین آموزش در جهت ارتقا سطح کیفیت زندگی و شادکامی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مشاوره استفاده کنند.

**ملاحظات اخلاقی:** تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام کرده و به آن‌ها اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات داده شده است. **سهم نویسندگان:** نویسنده مسئول تمامی نراحل فرآیند پژوهشی را به تنهایی دیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

**حمایت مالی:** این مقاله هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

**تعارض منافع:** این مقاله هیچ‌گونه تعارضی با منافع شخص یا سازمانی ندارد **قدردانی:** از کلیه کسانی که به روند اجرای پژوهش یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

- آرگایل، م. (۱۳۸۴). روان‌شناسی شادی، ترجمه، گوهری انارکی، م؛ طاهر نشاط دوست، ح؛ پالانگ، ح؛ فاطمه، ب. اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- آیزنک، م. (۱۳۷۵). روان‌شناسی شادی، ترجمه؛ فیروزبخت، م؛ و بیگی، خ. تهران، انتشارات بدر.
- اوزنیا، ز؛ زهراکار، ک؛ اسدپور، ا؛ محسن زاده، ف؛ کسایی اصفهانی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت برنشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. ارمغان دانش. ۲۴ (۵)، ۹۵۰-۹۶۷.
- ابراهیم زاده اردکانی، م.، و دستجردی، ق، و صحرايي، ف.، و دهقان هراتی، پ. (۱۳۹۵). شیوع افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه‌کننده به یک درمانگاه مرجع پوست در شهريزد: مطالعه‌ای مقطعی. پوست و زیبایی، ۷ (۱)، ۱۷-۲۳.
- احمدی، ز؛ سجادیان، ا؛ جعفری، ف. (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. پوست و زیبایی. ۱۰ (۱): ۱۸-۲۹.
- اصفهانی، پ؛ افشین، م؛ رسولخانی، ف؛ عزیزی، ن. (۱۳۹۹) شیوع افسردگی در زنان باردار ایرانی: یک مطالعه متآنالیز. پژوهش‌های سلامت محور. ۶ (۱): ۵۱-۶۵.



- اشجع، م؛ فرح بخش، ک؛ سدروپوشان، ن ستوده، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. ماهنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۷، ۱۹، ص ۱۶۷-۱۶۹.
- امان الهی، ع؛ زارع، ف؛ رجیبی، غ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی. پژوهش‌های مشاوره. ۱۶ (۶۴): ۴-۲۹.
- تبریزی، ف؛ قمری، م؛ بزازیان، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. پژوهش‌های مشاوره. ۱۹ (۷۵): ۶۵-۸۷.
- رجائی، س؛ سدروپوشان، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس. قرآن و طب. ۵ (۱): ۱۱۸-۱۲۶.
- مرمرچی‌نیا، م؛ ذوقی پایدار، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۳، (۱۱)، ۱۵۷-۱۷۴.
- حکیم زاده اردکانی، ع؛ فلاح، م؛ وزیری، س؛ عاصی نسب، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی الگوی قرآنی - روایی امید درمانی با رویکرد درمان یکپارچه توحیدی بر امید به زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. طلوع بهداشت. ۱۹ (۵): ۶۸-۷۷.
- سلطانعلی پور، م؛ آذرگشب، ا؛ (۱۳۹۷). بررسی مقایسه‌ای شیوع افسردگی در زنان شاغل و خانه‌دار، رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ش پ، ۳۹۳.
- شاکرژاد، س؛ موذن، ن؛ حمیدی، م؛ هاشمی، ز؛ بزاززاده، ن؛ بدایقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر برپیشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹ (۱): ۷-۱۷.
- شیرالی‌نیا، خ؛ جلدآوری، ح؛ امان الهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. روان‌شناسی بالینی.
- بیاتی اشکفتکی، م؛ امیرفخرایی، آ؛ شریفی‌نیا، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مولفه‌های اضطراب وجودی، صبر و امید در زنان افسرده، دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱۴ (۲۷)، ۹۵-۱۱۵.
- محمدی، ف؛ و دوکانه‌ای فرد، ف؛ و حیدری، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی معنا درمانی بر شفقت بر خود و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی. سنجش و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی، (۲)، ۱-۱۱۸.
- فلاح زاده، م؛ شایق، م؛ عاصی، ا؛ طحانی، ع. (۱۳۹۷). ساختمان زندگی خود را ایمن سازید، درمان یکپارچه توحیدی، یزد، شهرعلم.
- ویسی، شویو، ح؛ بساک نژاد، س. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران، دست آوردهای روان‌شناختی (2) 21، ۱۲۵-۱۴۴.
- ولز، ک؛ سوزل، ج. (۱۳۹۱). زندگی با درد مزمن، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، (ترجمه‌ی فاطمه مسگریان). تهران: نشر ارجمند.

علیپور، ا؛ نوربالا، ا؛ اژه‌ای، ح، مطیمیان، ح. (۱۳۷۹). شادمانی و عملکرد ایمنی بدن. مجله روان‌شناسی، ۳، ۲۱-۱۴.

علی پور، ا؛ و آگاه هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. روان‌شناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی، ۳ (۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.

نصیری، ح؛ جوکار، ب. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. پژوهش زنان، ۶، ۱۵۷-۱۷۶.

Argyle, M., & Martin, Lu. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. D. Spilberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and emotion*. Washington: Taylor. 70 (5), 173-187

Argyle M, (2003). The happiness of extraverts . *Personality and Individual Differences*, 11 (1), 1011- 1017.

Argyle, M. (2001). *The Psychology of happiness*. London: Routledge.

Ayles, C. (2004). Biographical Determinates of Marital Quality.

Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85 (4), 397-402

Diener, E. (1984). Subjective well-being . *psychology Bulletin*, 95, 542-575

Diner, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (2000). Subjective well-being three decades of well-being . *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

Fauvel, B., Strika-Bruneau, L., & Piolino, P. (2021). Changes in self-rumination and self-compassion mediate the effect of psychedelic experiences on decreases in depression, anxiety, and stress. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15 (3), 199-208.

Gilbert, P., Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Hayes, S. C. (Ed.). (1989). Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control. New York: Plenum

Hayes, S.C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy (Theory and Psychotrasy). *Amer psychological Assn*.

Hayes, L., Boyd, C.P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric out patients eating. *Mindfulness*, 2, 86-94.

Krieger T, Berger T, Holtforth M-g. (2016) The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *J Affect Disord*; 202:39-45

Mohammadi, S. Y., & Soufi, A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on quality of life and perceived stress in cancer patients.

*Quarterly Journal of Health Psychology*, 8 (32), 57-72.

- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916
- Reeud, M. J., & Craigie, P. A. (2007). Outcomes Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in a Heterogeneous Sample of Adult Outpatients. *Behaviour Change*, 24 (2), 70–86.
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (2), 101–115
- Steiner, L. M., Durand, S., Groves, D., & Rozzell, C. (2015). Effect of infidelity, initiator status, and spiritual well-being on men's divorce adjustment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 56(2), 95-108.
- Twohig, M.P., Masuda, A., Varra, AA., Hayes, S.C. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety Disorder . Conceptualization and Treatment., *Springer Press*:34, 101-130.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H. & Woidneck, M.R . (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Orsillo, S.M., Batten, S.V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behave Modifiers*. 29 (1), 95-129.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2012). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 1, 1-14.
- White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, Mitchell G. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav Res Ther*. 2011 Dec;49 (12):901-7

