

Comparison of the Effectiveness of Solution-Focused Approach and Compassion-focused Therapy on Emotional Cognitive Regulation and Post-traumatic Stress Disorder in Female Head of Households

Mojgan Pourdel¹, Melika sefidrood², Masoumeh Valipour³, Mona Mobayeni⁴

1. (Corresponding Author), PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences., Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: Pourdel.m2018@gmail.com
2. Phd student in counseling , faculty of psychology and educational sciences , saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh ,iran. Email: Alyssa_am@yahoo.com
3. MS.c Student, Department of Counseling , Faculty of Education and psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
3. MS.c student, Department of counseling , Tehran West Branch ,Islamic Azad University, Tehran ,Iran.

ABSTRACT

Received: 07/02/2022 - Accepted: 09/11/2022

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of solution-focused approach and compassion-focused therapy on emotional cognitive regulation and post-traumatic stress disorder in female-headed households. **Methods:** The research method was quasi-experimental having pre-test and post-test with a control group. The statistical population included female-headed households who referred to the Welfare Center of Tehran province in 2021. Thirty-six female-headed households were selected through simple random sampling and randomly assigned to three groups of 12 (two experimental groups and one control group). The research instruments were Mississippi (2006) Post Traumatic Stress Disorder Scale and Garnfsky, Grich & Spinhaven (2002) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Participants in the experimental group received Grant's (2011) Solution-focused counseling sessions and Gilbert's (2010) Compassionate Therapy sessions, both for 8 sessions. In addition to descriptive statistics, analysis of covariance and Benferoni pair comparison were used to analyze the data. **Findings:** The results of data analysis showed that the differences between the three groups in the variables of adaptive emotion regulation ($F=30.61$, $P < 0.001$), uncompromising emotion regulation ($F=22.73$, $P < 0.001$) and post-traumatic stress disorder ($F=37.45$, $P < 0.001$), is significant. There is no significant difference between solution-focused therapy and compassion-focused therapy on the regulation of compromised emotion and post-traumatic stress disorder, but there is a significant difference in the non-compromised variable. **Conclusion:** The findings of this study shows that solution-focused therapy and compassion-focused therapy were both effective in improving cognitive emotion regulation and stress disorder (PTSD), and of the two approaches can be used to reduce emotional regulation and post-traumatic stress disorder in female-headed Households.

Keywords: Solution-focused Therapy, Compassion-focused Therapy, Emotional Cognitive Regulation, Post-Traumatic Stress Disorder, Female-Heads of Household



مقایسه‌ی اثربخشی رویکرد راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار

مرگان پوردل^۱، ملیکا سفیدرود^۲، معصومه ولی پور^۳، مونا مبینی^۴

۱. (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. Pourdel.m2018@gmail.com
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. Alyssa_am@yahoo.com
۳. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده آموزش و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۴. کارشناسی ارشد گروه مشاوره، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

(صفحات ۱۶۲-۱۹۱)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ بود. ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی کن (۲۰۰۶) و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، گرابچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش جلسات مشاوره راه حل محور گرانت (۲۰۱۱) و درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) را به مدت ۸ جلسه دریافت کردند. علاوه بر آماره‌های توصیفی، از تحلیل کواریانس و مقایسه زوجی بنفرونی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آنالیز داده‌ها نشان داد که تفاوت سه گروه در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته ($F=30/61, P<0/001$)، تنظیم هیجان سازش نایافته ($F=22/73, P<0/001$) و اختلال استرس پس از ضربه ($F=45/37, P<0/001$)، معنی‌دار است. تفاوت بین درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان سازش یافته و اختلال استرس پس از ضربه غیرمعنادار، ولی در متغیر سازش نایافته تفاوت معنادار وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش مداخلات رویکرد راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود نظم جویی شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است و از این دو رویکرد می‌توان برای کاهش تنظیم هیجان سازش نایافته و اختلال استرس پس از ضربه زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان راه حل محور، درمان متمرکز بر شفقت، نظم جویی شناختی هیجانی، اختلال استرس پس از ضربه، زنان سرپرست خانوار

مقدمه

خانواده، کوچک‌ترین واحد اجتماعی است که در سلامت و تداوم جامعه نقش بسیار زیادی دارد. می‌توان خانواده را به عنوان یک سیستم اجتماعی تعریف کرد که از افرادی تشکیل شده است که به یکدیگر وابستگی احساسی و هیجانی دارند و دارای گذشته‌ی مشترکی، همراه با تلاش برای رفع نیازهای اعضای خانواده هستند (بالکن و کایا، ۲۰۱۶). خانواده تأثیر بسیار زیادی بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد و هیچ جامعه‌ای بدون داشتن خانواده سالم نمی‌تواند ادعای سلامت کند (بالکن، ۲۰۱۵). در اکثر جوامع، اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده پدر است که مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را بر عهده دارد. به همین دلیل، مفهوم بی‌سرپرستی در اغلب تعاریف به معنی فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود (شیخ‌الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵). زنان سرپرست خانوار اشاره به زنانی دارد که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی، تصمیم‌گیری‌های عمده و حساس خانوار را بر عهده دارد (فلاتو، میوتاراک و پلسر، ۲۰۱۷). امروزه این زنان عهده‌داره مسئولیت‌های زندگی خانوادگی هستند، در معرض آسیب‌پذیری زیادی قرار دارند. عدم برخورداری اینگونه زنان از سطح نسبی رفاه و شکاف عمیق بین وضعیت آنان با شاخص‌های رفاه اجتماعی از جمله بهداشت، آموزش، مهارت و پائین بودن میزان درآمد سرانه، محدودیت‌های اجتماعی و مالی، بروز افسردگی، ترک تحصیل، ازدواج اجباری، ازدواج ناموفق و سایر مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آنها درگیر هستند، منجر به ایجاد یک چرخه ناتمام مملو از محرومیت شده و به تدریج زندگی آنان و سایر افرادی که به نوعی تحت مراقبت این زنان می‌باشند را تهدید می‌نمایند (لبنى،

1. Bolkan, A; & Kaya, A
2. Bolkan, A
3. Flatø, M; Muttarak, R; & Pelsler, A
4. Lebni, JY

۲۰۲۰). مجموعه مشکلات ذکر شده، بهداشت روانی این گروه را متأثر می‌سازد. اگرچه ممکن است که برخی از این زنان توان سازگاری با چنین وضعیتی را داشته باشند، اما اغلب آن‌ها تحت تأثیر این شرایط دشوار، سطوح بالایی از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری میزان بالایی از استرس را در زنان سرپرست خانوار گزارش کردند (حبیبی، قنبری پیرکاشانی، خدایی و قنبری، ۱۳۹۲). شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شوند و آن‌ها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مجموعه مشکلات ذکر شده، بهداشت روانی این گروه را متأثر می‌سازد. اگرچه ممکن است که برخی از این زنان توان سازگاری با چنین وضعیتی را داشته باشند، اما اغلب آن‌ها تحت تأثیر این شرایط دشوار، سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند. پژوهش‌های قبلی میزان بالایی از استرس را در زنان سرپرست خانوار گزارش داده‌اند (پروانه، خفتان، خانه‌یی و سقری، ۱۳۹۹ و ضرغام حاجبی و نوری، ۱۳۹۹).

همچنین سرپرستی خانواده و بار مشکلاتی که در پی آن برای زنان به وجود می‌آید منجر به آشفتگی‌های روحی و روانی بسیاری به خصوص برای زنان می‌شود. تنظیم هیجان^۱ از جمله مواردی است که می‌تواند در کنترل این آشفتگی‌ها هدایتگر باشد (فولادچنگ و حسن‌نیا، ۱۳۹۳). هیجان نقش مهمی در جنبه‌های گوناگون زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. اصولاً هیجان را می‌توان واکنشی زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را فرصتی مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم هم‌راه می‌شوند. هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند در

شیوه‌های ابراز این هیجان‌ها تأثیر بگذارند. این توانایی که نظم جویی هیجان نامیده می‌شود فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف بر عهده دارد. کسانی که از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان‌ها بیشتر استفاده می‌کنند اضطراب و افسردگی کم‌تری را گزارش می‌دهند در عوض کسانی که از راهبردهای غیرانطباقی استفاده می‌کنند، بیشتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند (گرانفسکی^۱، ۲۰۰۱). براساس نتایج پژوهش مارتین و داهلن^۲ (۲۰۰۵)، افراد مبتلا به استرس و اضطراب اغلب از استراتژی‌های ناکارآمدی همانند نشخوارفکری و تلقی فاجعه‌آمیز در رویارویی با اوضاع ناگوار استفاده می‌کنند. به باور این پژوهشگران این استراتژی‌ها موجب تشدید و استمرار میزان استرس و افسردگی در افراد می‌شود. همچنین دشواری در تنظیم هیجان با خشم و استرس و پرخاشگری در ارتباط است (پورعبدل، چسلی، یعقوبی، صبحی قراملکی و غلامی فشارکی، ۱۳۹۹).

از آنجایی که نقش سرپرستی خانوار برای زنان یک نقش چالش‌برانگیز است (چسمن، فرگوسن و کوهن^۳، ۲۰۱۱) و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات روانی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده‌ی مادر است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود، از ایجاد حداقل تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، برخورداری از سلامت روان و مدیریت هیجان‌ها در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برا خود و فرزندانش ایجاد می‌شود، ضروری است. رویکردهایی همچون، رویکرد راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در زمینه کاهش آسیب‌های مطرح می‌باشند. در کمتر از دو دهه،

1. Garnefski, N
 2. Martin, A. J; & Marsh, H
 3. Cheeseman, S; Ferguson, C; & Cohen, L

درمان راه حل محور از یک رویکرد غیرمتداول و ناشناخته به رویکردی تبدیل شد که در ایالات متحده و دیگر کشورها به طور فزاینده‌ای از آن استفاده می‌شود (فرانکلین، بولتون و گاز، ۲۰۱۹). مشاوران راه حل محور ادعا کرده‌اند که این روش تغییر سریع و پایدار و همین‌طور در جه بالایی از رضایتمندی‌های مراجع را فراهم می‌کند (رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷). درمان راه حل محور بر روی ویژگی‌های مثبت و عملگرایی متمرکز دارد. در درمان کوتاه مدت راه حل محور تشخیص وجود ندارد، ارتقاء بینش مد نظر نیست و گذشته تحلیل نمی‌شود. به جای آن، مراجعان را تشویق می‌کنند که توجه کنند و اعمال متفاوتی انجام دهند (پوردل و جعفری، ۱۳۹۸). درمانگران راه حل محور به مراجعان کمک می‌کنند که در خصوص آنچه می‌تواند متفاوت باشد، بیندیشند. به محض اینکه یک راه حل شناسایی می‌شود، مراجع و درمانگر قدم به قدم به طرف آن حرکت می‌کنند (گینگریچ و پترسون^۱، ۲۰۱۳). این رویکرد دیدگاهی قابلیت محور است که به جای تمرکز بر رفتارهای مشکل آفرین بر رشد و پرورش راه حل‌ها متمرکز دارد. قابلیت‌های مراجع در جلسه درمان براساس تمرکز تمرکز بر تعاملات و یافته‌های مثبت و غیرمشکل‌زا تشخیص داده می‌شود و مقاومت مراجعین در جلسه درمان به دلیل تمرکز بر موارد مثبت (آنچه باید افزایش پیدا کند) به عوض تمرکز بر نقایص از بین می‌رود (بیباچ^۲، ۲۰۱۴). درمانگر راه حل محور در جلسه مشاوره بر معانی کلمات تأکید دارد و به جای تحلیل بیرونی جستجوی خارجی حقیقت به واقعیت از چشم انداز متفاوتی نگاه می‌کند و فرایند محاوره در این روش برای معنی‌سازی به کار برده می‌شود؛ همچنین محاوره درمانی به درمانگر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به گونه‌ای ببینند که فضا برای چشم‌اندازهای جدید باز شود و اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آن‌ها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (دامرون^۳،

1. Gingerich, W. J; & Peterson, L.T
2. Beyebach, M
3. Dameron, M. L

۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان راه‌حل‌محور توانسته بر کنترل عواطف (بهبهانی، ذواقاری و حبیبی، ۱۳۹۹)؛ تاب‌آوری و بهزیستی (نصیرنژاد، پویامنش، فتحی اقدم و جعفری، ۱۳۹۹)، خودتنظیمی و بخشودگی (شکری، رحمانی، ابوالقاسمی و طیبی، ۱۳۹۹)، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان، خودتنظیمی و کنترل عواطف (آرین‌فر و حسینیان، ۱۳۹۸)، خودکنترلی و خودتنظیمی (تورنس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اسمیت و ماکدوف^۲، ۲۰۱۷)، بهزیستی و سازگاری (مالاوارمن، موناواروه و نوگراهنی^۳، ۲۰۱۶) اثرگذار باشد.

همسو با رویکرد راه‌حل‌محور، مداخلات مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت^۴ مهارتی است که می‌توان به فرد آموخت و سپس با تمرین آن توسط شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (گیلبرت^۵، ۲۰۰۹). اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خردورزانه کهن دارد، اما تعریف استاندارد وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). این تعریف عبارت است از «حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن». این تعریف به دو بعد اصلی شفقت اشاره می‌کند: بعد اشتیاق که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن با آن اشاره دارد و بعد التیام‌بخشی که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۱۴). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۰۹). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، تصاویر و رفتارهای

-
1. Turns, B
 2. Smith, S; & Macduff, C
 3. Mulawarman, M; Munawaroh, E; & Nugraheni, E.P
 4. compassion-focused therapy (CFT)
 5. Gilbert, P

تشکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان هماهنگ‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴) که در درازمدت سلامت روان شناختی را افزایش می‌دهد (تبریزی، قمری، فرحبخش و بزاریان، ۱۳۹۹). هدف اولیه درمان متمرکز بر شفقت کمک به مراجعین است تا بتواند از دیدگاه ذهن مشفق، که شامل طیف وسیعی از مهارت‌ها، نگرش‌ها و ویژگی‌های مشفقانه است، آشفستگی خود را درک کنند و به آنها پاسخ دهند (افشار، شهبازی و عباسپور، ۱۳۹۹). با تکیه بر مدل نظری مبتنی بر تکامل که زیربنای درمان متمرکز بر شفقت است، مکانیسم‌های تغییر متعددی را می‌توان شناسایی کرد: ۱. پرورش اطمینان به خود؛ ۲. جدا شدن از تفکرات خودانتقادی؛ ۳. تحریک توجه برای عاطفه مثبت و پردازش آن؛ و ۴. بهبود تحمل پریشانی و کاهش عاطفه منفی. پرورش اطمینان به خود را می‌توان به عنوان مکانیسم اصلی و محوری درمان متمرکز بر شفقت در نظر گرفت، درحالی‌که سه مکانیسم دیگر، مکانیسم‌های ثانویه‌ای هستند که از رشد اطمینان به خود حاصل می‌شوند. در مجموع، اعتقاد بر این است که این فرآیندهای تغییر، افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روان شناختی را تسهیل می‌کنند (سامرس اسپیکرمن، ترامپتر، شریرس و بوهملیجر^۱، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان متمرکز بر شفقت توانسته بر احساس شرم و گناه (کارتر، گیلبرت و کیربی^۲، ۲۰۲۰)؛ استرس (ریبریو داسیلوا، ریجو، کاستیلهو و گیلبرت^۳، ۲۰۱۹)؛ خودانتقادی و با عزت نفس پایین (اندرسون و راسمن^۴، ۲۰۱۷)؛ نظم جویی شناختی هیجان و مهارت‌های ذهن‌آگاهی (قاسمی، گودرزی و عضنفری، ۱۳۹۸، دانسون^۵، ۲۰۱۵) و دیمینوف^۶، ۲۰۱۳) اثربخش است.

1. Sommers-Spijkerman, M.P.J; Trompeter, H.R; Schreurs, K.M.G; & Bohlmeijer, E.T
2. Carter, A; Gilbert, P; & Kirby, J.N
3. Ribeiro da Silva, D; Rijo, D; Castilho, P; & Gilbert, P
4. Andersen, B; & Rusmassen, P.H
5. Damson, R
6. Deminof, L

زنان سرپرست خانوار به علت شرایط خاصی که با آن مواجهه هستند، در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی متعددی می‌باشند و باید به دنبال شناسایی این آسیب‌ها و همچنین راهکارها و مداخلات مؤثر در جهت کاهش بار آسیب‌های مذکور بود. درمان راه‌حل‌محور و درمان متمرکز بر شفقت اشاره به دو مداخله‌ای دارند که در مطالعات متعدد، اثربخشی آنها در بهبود علائم روان‌شناختی در افراد و گروه‌های مختلف و تأثیر آن در کاهش علائم استرس و هیجان منفی نشان داده شده است، بر همین اساس مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور و درمان متمرکز بر شفقت (به عنوان دو رویکرد مؤثر در کاهش علائم روان‌شناختی منفی) بر نظم جویی شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار صورت گرفت.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران در نیمه اول ۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی منطقه شرق شهر تهران، ۲ کلینیک مددکاری که به زنان سرپرست خانوار، خدمات روان‌شناختی ارائه می‌دادند، به پژوهشگر معرفی گردید. با روش تصادفی ساده، تعداد ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار که ۲۵ درصد نمره کرانه‌ای را در پرسشنامه‌ی مقیاس استرس پس از ضربه کسب کردند را انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفره (به این صورت که ۱۲ نفر در گروه درمان راه‌حل‌محور، ۱۲ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت و ۱۲ نفر هم در گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه کنترل را ۱۲ نفر از زنانی تشکیل دادند که هیچ آموزشی به آن‌ها داده نشد. همچنین نیمی از جلسات پژوهش به دلیل رعایت پروتکل‌های بهداشتی از طریق گوشی و فضای مجازی با استفاده از نرم افزارهای موجود برای به اشتراک گذاری صوت و تصویر انجام گرفت. ضمن اینکه مرتباً درمانگر از طریق تماس تلفنی با افراد در ارتباط بود. ملاک‌های ورود به

پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۴۰-۶۵ سال- داشتن سواد خواندن و نوشتن- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش بازدارد. ملاک‌های خروج از پژوهش: عدم تمایل برای شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، وجود بیماری پیشرفته جسمانی بود. در این تحقیق، اصول اخلاقی زیر رعایت شده است: به آزمودنی‌ها این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند مطالعه خارج شوند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آن‌ها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر، سه گروه از زنان سرپرست خانوار (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) برای پژوهش انتخاب شدند. قبل از انتخاب شرکت‌کنندگان، طی جلسه معارفه با اعضاء، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد و بعد از اعلام رضایت آن‌ها جهت شرکت و همکاری، از آن‌ها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. غربالگری افراد مبتنی بر وجود مقیاس اختلال استرس پس از ضربه، کسب نمرات متوسط و بالاتر در مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی سی پی کن (۲۰۰۶) بود. طبق توضیحات روش تعیین حجم نمونه، تعداد ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار که ۲۵ درصد نمره کرانه‌ای را در پرسشنامه‌ی مقیاس استرس پس از ضربه کسب کردند را انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفره (به این صورت که ۱۲ نفر در گروه درمان راه حل محور، ۱۲ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت و ۱۲ نفر هم در گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش توسط رویکردهای منتخب تحت آموزش قرار گرفتند؛ گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پیش از شروع مداخله، همه شرکت‌کنندگان مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی سی پی کن (۲۰۰۶) و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، گرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) را تکمیل کردند (پیش‌آزمون). جلسات آموزشی

به صورت گروهی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش (هفته‌ای یک بار در نوبت صبح)، توسط پژوهشگران مقاله در یکی از اتاق‌های مشاوره گروهی که داری فضای مناسب بود به شکل گروهی برگزار شد. برای اجرای پس‌آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای پرسشنامه‌ها و شروع مداخله، نسبت به دریافت رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده برای شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن رد مشخصات شخصی اقدام شد. شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های خود آگاه شوند. برای درمان راه حل محور، از پروتکل درمان راه حل محور که توسط گرانت (۲۰۱۱) در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده، استفاده شد. همچنین در درمان متمرکز بر شفقت از طرح درمان ۸ جلسه‌ای گیلبرت (۲۰۱۰)، استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی: مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی توسط کن (۲۰۰۶) تحول یافته است. این مقیاس خودگزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه به کار برده می‌شود. مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی ۳۵ آیتم دارد که در پنج گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه مجدد (شامل سؤالات ۱ تا ۷)، کناره‌گیری (شامل سؤالات ۸ تا ۱۴)، کرختی (شامل سؤالات ۱۵ تا ۲۱)، پیش‌برانگیختگی (شامل سؤالات ۲۲ تا ۲۸) و خودآزاری (شامل سؤالات ۲۹ تا ۳۵). آزمودنیها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (غلط، به ندرت، درست، گاهی درست، خیلی درست، کاملاً درست) پاسخ می‌دهند، که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۷۵ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از ضربه در فرد است.

همچنین، ضریب پایایی این فهرست با استفاده از روش تصنیف (دو نیمه کردن فهرست براساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر با ۰/۹۲ بود. این مقیاس قادر به افتراق افراد دارای اختلال استرس پس از ضربه و بدون این اختلال میباشد. این مقیاس در ایران توسط گودرزی و همکاران (۱۳۸۶) اعتباریابی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ شده است. جهت تبیین روایی همزمان مقیاس مذکور نیز از دو ابزار فهرست اختلال استرس پس از ضربه^۱ بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶) و سیاهه پادوآ^۲ ساناویو (۱۹۸۸) استفاده گردید که ضریب همبستگی می‌سی‌سی‌پی با هریک از آن‌ها به ترتیب ۰/۲۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است.

پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، گرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) تدوین شده است. این پرسشنامه خود یک ابزار خودگزارشی است که فرم بلند آن دارای ۳۶ ماده و فرم کوتاه آن ۱۸ ماده است. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش (شامل سؤالات ۱ و ۲)، پذیرش (شامل سؤالات ۳ و ۴)، نشخوارگری (شامل سؤالات ۵ و ۶)، تمرکز مجدد مثبت (شامل سؤالات ۷ و ۸)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (شامل سؤالات ۹ و ۱۰)، ارزیابی مجدد مثبت (شامل سؤالات ۱۱ و ۱۲)، دیدگاه‌پذیری (شامل سؤالات ۱۳ و ۱۴)، فاجعه‌پنداری (شامل سؤالات ۱۵ و ۱۶) و ملامت دیگران (شامل سؤالات ۱۷ و ۱۸) را ارزیابی می‌کند. هریک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه ۲ گزینه دارد که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت نمره‌ی هر خرده مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره‌ی کسب شده بیشتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی

1. Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL)
 2. Padua Inventory
 3. cognitive emotion regulation questionnaire

هیجان‌انگیز نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گازنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط (حسینی، ۱۳۸۹) در فرهنگ ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفته است که آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی پرسشنامه با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره راه‌حل محور (گرانت، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه	تکالیف
اول	آشنایی، کنجکاوی و پیوستگی رهبر با گروه	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر، نام‌گذاری برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و اهداف جلسات، انجام پیش‌آزمون	بیان مشخصات و پیشینه کلی توسط اعضای گروه
دوم	خلق سازه‌های ذهنی مشترک مشکل و هدف توسط اعضا و رهبر و شناسایی تصریح آینده‌ای ترجیحی	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، پرسیدن سؤالات مقیاسی، پرسیدن پرسش معجزه‌ای	نوشتن جملات مثبت تا جلسه بعد
سوم	مشارکت، خلق امید و برجسته کردن موقعیت‌ها و استثناهای گذشته، پیدا کردن استثناها (گذشته و حال)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سؤالات استثنا	نوشتن دو اتفاق خوشایند در هفته گذشته
چهارم	پیدا کردن استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی‌آفرین، پرسیدن سوال معجزه‌ای و گوی بلورین	---

جلسه	هدف	خلاصه جلسه	تکالیف
پنجم	کشف راه حل‌ها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال‌هایی که منجر به کشف راه حل‌ها می‌شود، پرسیدن پرسش سازگاری	پیدا کردن راه حل‌های مثبت و جایگزین سه باور غیرمنطقی با باور منطقی
ششم	کشف راه حل‌ها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله‌ای، پرسیدن تکنیک پیش فرض، تکلیف پیش‌بینی‌کننده	---
هفتم	تقویت استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تعریف و تحسین، پرسیدن سوال (چه بهبودی حاصل شده است؟)، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را کمتر انجام بده، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را بیشتر انجام بده	یافتن جایگزین برای سه مشکل خود و تشویق خود به خاطر موقعیت‌های شادی آفرین
هشتم	اختتام	مروری بر جلسات قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقیاسی، گرفتن بازخورد از اعضا، برجسته کردن تغییرات اتفاق افتاده، قدردانی از تلاش‌ها و فعالیت‌های مراجع، انجام پس‌آزمون	---

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه	تکالیف
جلسه اول	آشنایی و بیان اهداف	مفهوم سازی درمان متمرکز بر شفقت و بیان هدف آموزش	بیان مشخصات و بیان اهداف درمان
جلسه دوم	آموزش همدلی	آموزش در جهت درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.	ثبت فعالیت‌هی همدلانه در فعالیت‌های روزانه

جلسه	هدف	خلاصه جلسه	تکالیف
جلسه سوم	آموزش دلسوزی و همدردی	که شامل آموزش در جهت شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است.	---
جلسه چهارم	آموزش بخشایش	آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
جلسه پنجم	آموزش پذیرش مسائل	آموزش در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های کشاکش برانگیز روزانه و ثبت این موارد
جلسه ششم	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
جلسه هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری	آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه اساسی درمان متمرکز بر شفقت است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.	ثبت و یادداشت روزانه فعالیت‌های مسئولانه
جلسه هشتم	اختتام	خلاصه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	---

یافته‌های پژوهش

یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بین سه گروه مورد مطالعه در زنان سرپرست خانوار

متغیر	درمان راه حل محور	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل
تحصیلات	۴ (۳۳٪)	۳ (۲۵٪)	۵ (۴۱/۶۶٪)
دیپلم	۶ (۵۰٪)	۷ (۵۸/۳۳٪)	۶ (۵۰٪)
فوق دیپلم	۲ (۱۶/۶۶٪)	۲ (۱۶/۶۶٪)	۱ (۸/۳۳٪)
تعداد فرزندان	۱	۴ (۳۳٪)	۷ (۵۸/۳۳٪)
۲	۴ (۳۳٪)	۷ (۵۸/۳۳٪)	۲ (۱۶/۶۶٪)
بیشتر از ۲	۲ (۱۶/۶۶٪)	۱ (۸/۳۳٪)	۳ (۲۵٪)
وضعیت اقتصادی	زیر ۸۰۰ هزار تومان	۷ (۵۸/۳۳٪)	۸ (۶۶/۶۶٪)
بین ۸۰۰ هزار تا ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار تومان	۵ (۴۱/۶۶٪)	۴ (۳۳٪)	۶ (۵۰٪)

نتایج جدول ۳، یافته‌های جمعیت‌شناختی (تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی) را در ۳ گروه، درمان راه حل محور، درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	گروه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار
		پیش‌آزمون / پس‌آزمون
تنظیم شناختی هیجانی	درمان راه حل محور	۴۸ \pm ۹/۱۲ / ۶۱/۹۸ \pm ۹/۰۲
سازش یافته	درمان متمرکز بر شفقت	۵۱/۶۱ \pm ۸/۵۶ / ۵۷/۰۰ \pm ۹/۳۶
	کنترل	۵۳/۸۳ \pm ۱۰/۶۶ / ۵۰/۲۲ \pm ۵/۵۱
تنظیم شناختی هیجانی	درمان راه حل محور	۵۸/۳۸ \pm ۱۲/۳۰ / ۴۷/۸۳ \pm ۷/۸۸

میانگین \pm انحراف معیار		گروه‌ها	متغیرهای پژوهش
پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۵۰/۲۷ \pm ۶/۲۸	۵۹/۷۲ \pm ۹/۸۹	درمان متمرکز بر شفقت	سازش‌نا یافته
۵۶/۸۸ \pm ۴/۹۴	۵۵/۸۴ \pm ۸/۰۴	کنترل	
۸۳/۲۹ \pm ۸/۲۴	۹۷/۸۵ \pm ۱۰/۲۳	درمان راه‌حل‌محور	اختلال پس از ضربه
۸۵/۷۲ \pm ۸/۵۸	۱۰۲/۵۵ \pm ۱۱/۶۱	درمان متمرکز بر شفقت	
۹۹/۱۶ \pm ۱۲/۵۱	۹۸/۴۰ \pm ۱۳/۱۷	کنترل	

جدول شماره ۴، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از اثربخشی درمان راه‌حل‌محور و درمان متمرکز بر شفقت در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه پیش‌فرض‌های واریانس‌ها برقرار بوده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض‌های واریانس - کوواریانس نیز برقرار بوده است ($P > 0/05$). نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه معنادار نبوده است ($P > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیرها بوده است. نتایج تحلیل آزمون کوواریانس چندمتغیری نشان دادند سطوح معنی‌داری در هر چهار آزمون، کمتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین، میان سه گروه پژوهش در دست کم یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد (مقدار لامبدای ویلکز = ۵/۶۲ و $Sig = 0/001$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمره‌های پس‌آزمون در تنظیم

شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته	۱۷۸۷/۶۲	۲	۸۹۳/۸۱	۳۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
تنظیم شناختی هیجانی سازش نیافته	۱۱۶۹/۴۲	۲	۵۸۴/۷۱	۲۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
اختلال استرس پس از ضربه	۲۴۴۱/۴۶	۲	۱۲۲۰/۷۳	۴۵/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت سه گروه در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت ($P < 0/001, F = 30/61$)، تنظیم شناختی هیجانی منفی ($P < 0/001, F = 22/73$) و اختلال استرس پس از ضربه ($P < 0/001, F = 45/37$)، معنی دار است. در جدول شماره ۵، نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه دوه‌دوی میانگین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آورده شده است (برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است).

جدول ۶. نتایج آزمون تعبی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	مقایسه	تفاضل میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته	درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت	۸/۶۴	۳/۸۰	۰/۰۹
درمان راه حل محور و گروه کنترل	۱۶/۳۷	۲/۳۳	۰/۰۰۱	
درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل	۷/۸۲	۲/۶۱	۰/۰۲	

مقیاس	مقایسه	تفاضل میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
تنظیم شناختی هیجانی سازش نیافته	درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت	-۱۱/۶۵	۳/۵۹	۰/۰۰۸
	درمان راه حل محور و گروه کنترل	-۱۴/۶۴	۲/۲۸	۰/۰۰۱
	درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل	-۲/۹۸	۲/۴۵	۰/۰۰۲
اختلال استرس پس از ضربه	درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت	۱/۳۸	۰/۶۵	۰/۲۷
	درمان راه حل محور و گروه کنترل	-۱۲/۲۹	۱/۶۵	۰/۰۰۱
	درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل	-۱۳/۴۶	۱/۷۲	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین درمان راه حل محور با گروه کنترل در متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته ($d=۱۶/۳۷, P=۰/۰۰۱$)، تنظیم شناختی هیجانی سازش نیافته ($d=-۱۴/۶۴, P=۰/۰۰۱$) و اختلال استرس پس از ضربه ($P=۰/۰۰۱$)، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین درمان متمرکز بر شفقت با گروه کنترل در متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته ($d=۷/۸۲, P=۰/۰۰۱$)، تنظیم شناختی هیجانی سازش نیافته ($d=-۲/۹۸, P=۰/۰۰۱$) و اختلال استرس پس از ضربه ($d=-۱۳/۴۶, P=۰/۰۰۱$)، تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین بین درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر تنظیم

شناختی هیجانی سازش نایافته تفاوت معناداری یافت شد ($d=-11/65$ ، $P=0/008$)، که اثربخشی درمان راه حل محور بر کاهش تنظیم شناختی هیجانی سازش نایافته به صورت معنی داری بیشتر از درمان متمرکز بر شفقت بود. اما بین درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر اختلال استرس ($d=1/38$ ، $P=0/27$) و تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته ($d=8/64$ ، $P=0/09$)، تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجانی و اختلال استرس پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به گروه کنترل نمرات اختلال استرس پس از ضربه به طور معنادار کاهش و در متغیر تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته به طور معنادار افزایش یافته است. در مقایسه دو روش درمان راه حل محور در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت بیشتر توانسته بر متغیر تنظیم شناختی هیجانی سازش نایافته تأثیر داشته باشد. اما بین درمان راه حل محور و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر اختلال استرس پس از ضربه و تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته تفاوت معناداری وجود نداشت.

در رابطه با تأثیر بیشتر درمان راه‌محور نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجانی سازش نایافته می‌توان اینگونه بیان کرد که در درمان راه‌محور به نوعی با تشویق مراجع و نیز فنون مختلف، مانند سوال معجزه و استثنائات به مراجع کمک می‌شود تا تنظیم هیجانش در برابر مشکلات و مسائل پیش‌رو افزایش یابد. چرا که این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجع به او کمک می‌کند تا نسبت به آینده خوشبین‌تر بوده و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت‌آمیزی آن شرایط نامطلوب را پشت سر بگذارد و با آن سازگار شود. همچنین درمانگران راه‌حل‌محور از سؤالات درجه‌بندی نیز در فرایند درمان استفاده می‌کنند. از سؤالات درجه‌بندی برای

اندازه‌گیری میزان پیشرفت مراجعان در طول جلسات درمانی استفاده می‌شود. سؤالات درجه‌بندی از مراجعان می‌خواهد که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس‌های ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی کنند. این سوال برای کمک به مراجعان مفید است و به آنها کمک می‌کند تا جنبه‌های پیچیده زندگی‌شان را عینی‌تر و قابل فهم‌تر کنند و بتوانند پیشرفت درمان را از ابتدا تا انتها ارزیابی کنند. سؤالات درجه‌بندی همچنین مراجعان را تشویق می‌کند تا تغییرات را به عنوان مجموعه‌ای از گام‌های کوچک ببینند، نه راه‌حل‌های بزرگ و یا همه یا هیچ. درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد کرد؛ از این رو، درمانگر راه‌حل محور حس خودکنترلی و مدیریت روابط و کنترل عواطف را در مراجعان تقویت می‌کند؛ آن‌ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷).

مشاوره راه حل مدار معتقد است افراد تحت درمان شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر هیجان را در درون خود دارند. بر اساس دیدگاه راه‌حل محور تغییر و دگرگونی، امری اجتناب ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز به جای زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر بر روی مسایلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. به همین علت است که درمان راه حل محور به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است. مشاوره راه حل مدار با شکستن چرخه راه‌حل‌های تکراری به کاربرده شده توسط زنان و تشویق آنها به پیدا کردن و امتحان راه‌های جدید به آنها کمک می‌کند تا دریابند مشکل همواره به یک شدت وجود ندارد و تلاش آنها برای ایجاد تغییرات کوچک در نهایت می‌تواند باعث ایجاد تغییرات بزرگتر شود. درمان راه حل محور به نوعی با تشویق مراجع و نیز فنون دیگر، مانند سوال معجزه و استثنائات به مراجع کمک می‌شود تا تنظیم هیجاناتش در برابر مسائل و مشکلات پیش رو افزایش یابد. چرا که این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجع به او کمک می‌کند تا نسبت

به آینده خوشبین بوده و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت آمیزی آن شرایط نامطلوب را پشت سر بگذارد و با آن سازگار شود.

همچنین نتایج نشان داد رویکرد راه حل محور باعث کاهش اختلال استرس پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار می شود. این یافته با یافته‌های نصیرنژاد و همکاران (۱۳۹۹)، آرین فر و همکاران (۱۳۹۸)، مالا وارمن و همکاران (۲۰۱۶)، همسو می باشد. در تبیین یافته‌ی حاضر می توان اینگونه بیان کرد مدل درمانی راه حل محور به مراجعان به عنوان متخصصان شایسته و توانایی که قادر به حل مسائل خود هستند و به درمان به عنوان فرایندی که مراجع و درمانگر به وسیله آن واقعیات مطلوب را بازسازی می کنند، می نگرد. در طول فرایند درمان برای درمانگر مهم است که روابط مشارکتی را با اصلاح زبان، عقاید و عملکردهای مراجع پایه گذاری کند و از زبان و سؤالات تغییر محور استفاده کند (کیم، ۲۰۰۶). درمان کوتاه مدت راه حل محور با این عقیده که مراجعان قادر به تشخیص اهداف و شکل دهی راه حل های مؤثر برای موقعیت های مشکلا ساز هستند، ضرورتاً بر قدرتمند کردن و منعطف کردن مراجعان با کشف راه حل ها و استثنائات قبلی برای مسائل و تشویق مراجعان به تکرار رفتارهای مفید و مؤثر که اساس راه حل های تحقق اهداف را شکل می دهند، تمرکز می کند (مک کل، ۲۰۰۴). یکی از مداخلات کلیدی در درمان راه حل محور برای استرس، جستجوی استثنائات برای استرس است. یافتن زمان هایی توسط مراجعین که استرس وجود نداشته یا قابل مدیریت بیشتری بوده، می تواند در بازسازی فهم مراجعان از انتخاب ها و محیطشان مفید باشد (دشازر و همکاران، ۱۹۸۶). فریدمن و کامبز جستجوی استثنائات را به عنوان راه هایی که افراد تجاربی را در مغایرت با داستان خود کسب می کنند، توصیف می کنند. با برجسته کردن وقایع متفاوت، آن ها فضایی را برای نوشتن داستان جدیدی برای خود به وجود می آورند. اگر مراجعان بتوانند استثنائات را تشخیص دهند، تکرار یا توسعه آن ها می تواند قسمت صحیح راهکار آن ها شود. زمان هایی وجود دارد که نشانگان

استرس ظاهر می شود اما به طریقی کمتر می شوند و زمان هایی وجود دارد که آن نشانگان برای یک دوره زمانی ناپدید می شوند. در زمان های استثنائی، مراجع در حال کشف نوعی زندگی است که بدون مساله باشد یا حداقل شدت مسائل تا اندازه ای کمتر شده باشد (اوکانل، ۲۰۰۱).

یافته ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت باعث تعدیل راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش شده است. که به طور غیرمستقیم با دانسون (۲۰۱۵) و دیمینیوف (۲۰۱۳) و قاسمی و همکاران (۱۳۹۸)، همسو است. در تبیین نتایج پژوهش می توان گفت که افراد برخوردار از راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان با خودگردانی هیجانی هرچه بیشتر و بهتر و همچنین استفاده کمتر از راهبردهای ناسازگارانۀ تنظیم هیجان زمینه افزایش سلامت روان خود را فراهم نموده و به این ترتیب فرد با شرایط و وضعیت روان شناختی بهتری می تواند با مشکلات و مسائل مربوط به وضعیت زندگی خود برخورد کند. مداخله درمان متمرکز بر شفقت به خود به شیوه گروهی باعث ایجاد شفقت به خود، از طریق تمرین های مراقبه و شفقت به خود به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در زنان می شود. شفقت به خود یک روش یا فن نیست، بلکه به عنوان یک شیوه در دسترس برای کاهش رنج کشیدن و گسترش کیفیت های مثبت مانند هشیاری، بینش، خرد و همدردی توصیف می شود (بایر و لوماس، ۲۰۱۶).

شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می شود. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می توانند اتفاقات منفی را با آنچه هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند (ون و همکاران، ۲۰۱۹). درمان

مبتنی بر شفقت خود سبب شده است آزمودنی‌ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگاران هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازماندهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از ندگی افراد را ارتقا می‌دهد. می‌توان گفت که در همین راستا نف (۲۰۰۳) بیان می‌کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسبتری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کم‌تری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد میتواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل نظم جویی هیجانی را بهبود بخشد.

همچنین درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش اختلال پس از ضربه در زنان سرپرست خانوار شد. این یافته با یافته‌های کارتر و همکاران (۲۰۲۰)، ریبریو داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) و اندرسون و همکاران (۲۰۱۷)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که زمانی که افراد با وقایع دردناک و رنج‌آور

فراتر از تحمل خود در زندگی روبه‌رو می‌شوند به جای آنکه با دید هوشیارانه و واقع‌بینانه‌تر با مسائل برخورد کنند، به صورت ناهشیارانه و ناآگاهانه به قضاوت و ارزیابی منفی در مورد خود می‌پردازند و دچار احساس گناه و به دنبال آن افسردگی و اضطراب می‌گردند، در حالیکه یکی از مشخصه‌های انسان سالم پذیرفتن این نکته است که همه افراد نواقص و اشتباهاتی دارند و باید بتوانند در عین اینکه جوانب دردناک زندگی را نادیده نمی‌گیرند، مکرراً ذهن خود را درگیر آن حادثه نسازند. به طور کلی درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه تکنیک‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهورزی و همچنین برطرف‌سازی موانع خودشفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت، انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرات‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسی انتظارات سطح بالا از خود را مورد سوال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را باز طراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد؛ بنابراین، با افزایش گذشت و کاهش سرزنش خود، دور از انتظار نیست. صرف نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدن و قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۴). از طرفیتفکر، رفتار و تصویرسازی مشفقانه به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند. همچنین بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود؛ شفقت درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و

آسیبی که به بار می‌آورد آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنند (تریچ و همکاران، ۲۰۱۴).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محل جامعه‌ی پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر، دشواری در هماهنگی‌های لازم به دلیل شرایط کرونا و قرنطینه بودن، سنجش با تکیه بر ابزار خودگزارشی و عدم استفاده از ارزیابی‌های کیفی بود که لزوم توجه به آنها در تفسیر نتایج اهمیت دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در انجام پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها مدنظر قرار گیرند و در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر زنان سرپرست خانوار نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشد. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کیفی و کمی)، و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. پیشنهاد می‌شود واحدهای توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در جلسات مشاوره فردی و گروهی از درمان راه‌حل محور و درمان متمرکز بر شفقت در جهت کاهش اختلال استرس پس از ضربه و تنظیم هیجان‌سازش‌نایافته و افزایش تنظیم هیجان‌سازش‌یافته استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی

تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آن‌ها داده شده است.

سهم نویسندگان: نویسنده‌ی اول اجرا و نگارش مقاله را با همکاری سایر نویسندگان انجام داده است.

حمایت مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام گرفته است.

تعارض منافع: یافته‌های این پژوهش هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از زنان سرپرست خانوار شهر تهران که با همه‌ی دغدغه‌های خود، بی‌دریغ در به انجام رسیدن این پژوهش آنها را یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

منابع

- آرین‌فر، ن؛ حسینیان، س (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه حل‌مدار-روایتی و زوج‌درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته. فصلنامه مطالعات زن و خانواده، ۷ (۳)، ۵۱-۸۲.
- افشار، ا؛ شهیازی، م؛ عباسپور، ذ (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۱۹ (۷۶)، ۴۸-۶۹.
- بهبهانی، م؛ ذوافقاری، م؛ حبی، م (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی راه حل‌محور بر الگوهای ارتباطی و کنترل عواطف زنان آشفته. نشریه خانواده، ۱ (۴)، ۱۸-۳۷.
- پروانه، آذر؛ خفتان، پروانه؛ خانه‌یی، داریوس، سقزی، ایوب (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار. مجله پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۱۰، ۱-۱۶.
- پورعبدل، س؛ روشن چسلی، ر؛ یعقوبی، ح؛ صبحی قراملکی، ن؛ غلامی فشارکی، م (۱۳۹۹). نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و بدتنظیمی هیجان در پیش‌بینی شدت خشم و ورزشکاران رقابتی. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۱۹ (۷۵)، ۱۹۱-۲۱۳.
- تبریزی، ف؛ قمری، م؛ فرحبخش، ک؛ بزاریان، س (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت‌محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، ۱۹ (۷۵)، ۶۴-۸۶.
- حبیبی، م؛ قنبری پیرکاشانی، ن؛ خدایی، ا؛ قنبری، پ (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناخت-رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱ (۳)، ۱۶۶-۱۷۵.
- حسینی، ج. (۱۳۸۹). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲ (۳)، ۷۳-۸۴.
- رستمی، م؛ سعادت، ن؛ یوسفی، ز (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار راه حل‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، ۸ (۲)، ۱-۲۲.

شکری، م؛ رحمانی، م. ع؛ ابوالقاسمی، ش؛ طیبی، ا (۱۳۹۹). تأثیر زوج‌درمانی راه حل محور بر بخشودگی خودتنظیمی هیجانی و دل زدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۳۶، ۵۷-۶۶.

شیخ الاسلامی، ع؛ محمدی، ن (۱۳۹۵). تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان (جسمانی کردن، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی) زنان سرپرست خانوار. فصلنامه‌ی علمی پژوهش‌های مشاوره، ۱۹ (۷۶)، ۴۸-۶۹.

ضرغام حاجبی، م؛ و نوری، م (۱۳۹۹). تأثیر درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار. نشریه پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۳۱، ۱۶۸-۱۸۰.

فولادچنگ، م؛ حسن‌نیا، س (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. زن و جامعه، ۵ (۴)، ۸۹-۱۰۵.

قاسمی، ن؛ گودرزی، م؛ غضنفری، ف (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجانی، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹ (۳۴)، ۱۴۵-۱۶۶.

لوتس، آن بودمر (۱۳۹۸). یادگیری درمان راه حل محور. (ترجمه‌ی میژان پوردل و میرسعید جعفری). تهران: آکادمیک.

نصیرنژاد، ف؛ پویامنش، ج؛ فتحی اقدم، ق؛ جعفری، ع (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله فیض، ۲۵ (۵)، ۵۳۶-۵۴۴.

Allen, A., & Leary, M (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4 (2), 107-118.

Andersen, B., & Rusmassen, P.H (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4 (14), 185-196.

Bayir, A., & Lomas, T (2016). Difficulties generating self-compassion: An interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4 (1), 15-33.

Beyebach, M. (2014). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33 (1), 62-77.

Blanchard, E. B., Alexander, J. J., Buckley, T. C., Forneris, A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavior, Research and Therapy*, 34 (8), 669-673.

Bolkan, A. (2015). The Effects of Life Skills Psycho-education Programme on Divorced Women's Level of Inner Directed Support and Analysis of this Effect Based on Types of Marriage and Various Demographic Features. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205 (3), 655-663.

- Bolkan, A., & Kaya, A (2016). The Effects of Life Skills Psychoeducation Program on Divorced Women's Self-actualization Levels. *Anthropologist*, 23 (3), 343-354.
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J.N (2020). *Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial*. Clinical Psychology and Psychotherapy, Early View, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2488>.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L (2011). The Experience of Single Mothers: Community and Other External Influences Relating to Resilience. *The Australian Community Psychologist*, 23 (2).
- Dameron, M. L (2016). Person-centered counseling and solution-focused brief therapy: An integrative model for school counselors. *Journal of School Counseling*, 14 (10), 1-28.
- Damson, R (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 - 274.
- de Shazer S, Berg IK , Lipchik E , Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, et al (1986). Brief therapy: focused solution development. *Fam Proc*, 25 (2), 207-21.
- Deminof, L (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal Anxiety Disorder*, 11 (5), 279-315.
- Flatø, M., Mutarak, R., & Pelsler, A (2017). Women, weather, and woes: The triangular dynamics of female-headed households, economic vulnerability, and climate variability in South Africa. *World Development*, 90 (1), 41-62.
- Garnefski, N (2001). 'Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation, and Emotional Problems', *Personality and Individual Differences*, Vol. 30.
- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006 Nov; 13 (6):353-79
- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014 Mar; 53 (1):6-41.
- Gilbert, P (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7 (3), 174-189.
- Gilbert, P (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15 (3), 199-208.
- Gilbert, P (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L.T (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23 (3), 266-283.
- Grant, AM (2011). The Solution-Focused Inventory—A tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *Coaching Psychologist*, 7 (2), 98-106.
- Greccucci, A., Giorgetta, C., van't Wout, M., Bonini, N., & Sanfey, A.G (2013). Reappraising the ultimatum: an fMRI study of emotion regulation and decision making. *Cerebral Cortex*, 23 (2), 399-410.

- Gross, J.J., & Jazaieri, H (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2 (4), 387-401.
- Kim, H (2006). *Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy*. The State University of New York: Buffalo.
- Lebni, JY., Gharehghani, MA., Soofizad, G., & Irandoost, SF (2020). Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health*, 20 (1), 1-1.
- Martin, A. J., & Marsh, H (2006). 'Academic Resilience and Its Psychological and Educational Correlations: A Construct Validity Approach', *Psychology in the Schools*, No. 43.
- McKeel, AJ (2004). Solution focused therapy: A selected review of research of solution-focused brief therapy. *J Psychol*, 12, 463-9.
- Mulawarman, M., Munawaroh, E., & Nugraheni, E.P (2016). Effectiveness of solution focus brief counseling approach (SFBC) in developing student career adaptability. *Couns-Edu: International Journal of Counseling and Education*, 1 (1), 10-15.
- Neff, K. D., & Germer, C. K (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69 (1), 28-44.
- Neff, K.D (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-252.
- O'connell, B (2001). *Solution-focused stress counselling*. 1th ed. London: Continuum Press; P. 209.
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P (2019). The efficacy of a compassion-focused therapy-based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: a clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies*, 18 (5), 323-343.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and Compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour, Research and Therapy*, 26 (2), 169-177.
- Smith, S., & Macduff, C (2017). A thematic analysis of experience of UK mental health nurses who have trained in Solution focused Brief Therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2 (3), 105-113.
- 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.
- Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility. New Harbinger Publications; 2014 Dec 1.
- Turns, B., Jordan, SM., Callahan, K., Whiting, J., & et al (2019). Assessing the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy for Couples Raising a Child with Autism: A Pilot Clinical Outcome Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18 (3), 257-279.
- Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ open*, 9 (1), bmjopen-2017.

