

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی

رضا داورنیا، کیانوش زهراکار*، اسماعیل اسدیپور، فرشاد محسن زاده، عبدالرحیم کسائی اصفهانی

گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: خیانت زناشویی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل آسیب‌رسان برای زوجها و خانواده‌ها و همچنین پدیده‌ای رایج برای درمان‌گران حوزه خانواده و ازدواج مطرح است. یکی از پیامدهای خیانت زناشویی، نشخوار فکری همسر آسیب دیده از خیانت است. هدف از این پژوهش تعیین و بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش را تمامی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی تشکیل دادند که به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی راستین، آرام، ترنم و باران در شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ مراجعه نموده بودند. نمونه پژوهش ۲۴ زن بودند که به شیوه هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه‌های ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن-هوکسما و مورو ارزیابی شدند. مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت در ۱۳ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. آزمودنی‌های گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $58/08 \pm 2/84$ ، پس‌آزمون $52/50 \pm 5/74$ و در مرحله پیگیری $49/50 \pm 5/35$ بود. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری قبل از مداخله $59/08 \pm 1/92$ ، بعد از مداخله $57/67 \pm 1/82$ و یک ماه پس از مداخله $58/25 \pm 1/96$ به دست آمد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت، نشخوار فکری آزمودنی‌های گروه تحت مداخله را به طور معنی‌داری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است ($F=21/23, p<0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش نشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی را مورد تأیید قرار داد. درمان‌گران و مشاوران خانواده می‌توانند از این مدل درمانی جهت کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، نشخوار فکری، زنان، خیانت زناشویی، مشاوره گروهی

* نویسنده مسئول: کیانوش زهراکار، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: dr_zahrakar@yahoo.com

مقدمه

خانواده به عنوان یک گروه واحد اجتماعی در برگیرنده بیشترین و اساسی‌ترین مناسبات انسانی است که بر اساس ازدواج و زندگی زناشویی شکل می‌گیرد (۱). ازدواج به عنوان عالی‌ترین و مهم‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی همواره مورد تأیید بوده است و رابطه‌ای انسانی، پیچیده، ظریف و پویا است که از ویژگی‌های خاصی برخوردار است. دلایل اصلی ازدواج به طور عمده عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء انتظارات عاطفی و روانی و افزایش شادی و خشنودی است (۲). با این که تعهد عاطفی و جنسی نقش مهمی را در تحکیم روابط ایفا می‌کند و هنجار کلیدی در تنظیم ازدواج محسوب می‌شود، خیانت زناشویی^(۱) به طور بالقوه باعث انحلال زناشویی^(۲) می‌شود (۳ و ۴).

بیش از ۳۰ سال است که مسئله خیانت به وسیله پژوهش‌گران این حیطه مورد بحث قرار گرفته است (۵). گزارش‌های مشاوران و درمان‌گران خانواده حاکی از آن است که این پدیده یکی از مهم‌ترین و جدی‌ترین مشکلات زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌باشد (۳). در یک پژوهش، درمان‌گران خانواده، خیانت زناشویی را به عنوان سومین مورد مشکل در درمان بعد از فقدان عشق و الکلیسم در کار با خانواده‌ها مشخص کردند (۶). نتایج یک نظر سنجی که به وسیله موسسه گالوپ انجام شد، نشان داد ۹۱ درصد از بزرگسالان در ایالات متحده معتقد بودند که

در نظر آنها خیانت نامشروع و از نظر اخلاقی اشتباه است (۷).

خیانت برای برخی از افراد به معنای داشتن رابطه جنسی و برای برخی دیگر به معنای داشتن رابطه عاطفی پنهانی با فرد دیگری به جز همسر است (۹ و ۸). خیانت زناشویی به عنوان تخطی از تعهد در روابط عاطفی یا جنسی و یا هر دو تعریف می‌گردد که منجر به دور شدن از ارتباط بنیادی بدون رضایت طرف مقابل است (۳). ایندور و همکاران (۱۰) در پژوهشی که در آمریکا انجام دادند، نشان دادند که ۲۱ تا ۲۵ درصد از مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی شده‌اند. با این حال بسیاری از دیگر پژوهش‌گران، تراز گرایش زوجین به خیانت را در جوامع مختلف ۲۰ تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (۱۱-۱۳).

در ایران نیز نتایج تحقیقی که در ۱۵ استان کشور انجام شده، نشان می‌دهد خیانت همسر، علت ۶۷ درصد قتل مردان از سوی زنان خود بوده است. ۳۳ درصد مردان هم با واکنش در برابر خشونت، حمله ناگهانی و تهدید از سوی همسران خود مواجه بوده‌اند. همچنین ۳۰ الی ۵۵ درصد مردان پس از ازدواج به دنبال ارتباط با زن دیگری بودند. یعنی به طور میانگین یک سوم مردان مرتکب روابط فرا زناشویی می‌شوند. این آمار در زنان بین ۳ تا ۳۰ درصد است (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوه

1-Marital Infidelity
2-Marital Dissolution

پاسخ دادن مردان و زنان به انواع مختلف خیانت متفاوت است. زنان تمایل دارند که حسادت بیشتری نسبت به خیانت احساسی نشان دهند و مردان بیشتر به خیانت جنسی حسادت می‌کنند (۱۵).

شکل‌فورد، لبلانس و دراس (۱۶) در مطالعه خود عنوان کردند که همسران آسیب دیده از خیانت همسر در ابعاد عاطفی، روانی و جسمانی دچار مشکل می‌شوند و در برابر این بحران، واکنش‌های روانی شدید شامل؛ احساس خشم، احساس گناه، ناامیدی، از دست دادن اعتماد، آسیب دیدن عزت نفس و دوره‌های طولانی افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند. بریور و ابل (۱۷) در پژوهش خود تجاربی هم‌چون کاهش عزت نفس، انتقام جویی و ناکامی را در افرادی که همسرشان درگیر خیانت زناشویی شده است، گزارش کردند. ناآرامی شدید عاطفی پس از افشای خیانت زناشویی اغلب با آشفتگی شناختی همراه است.

یکی از اختلالات مهم تجربه شده به وسیله همسری که به او خیانت شده، نشخوار فکری شدید درباره این رویداد است که می‌تواند آن‌قدر شدید و غیر قابل کنترل باشد که در عملکرد روزانه و تمرکز فرد اختلال ایجاد کند (۱۹ و ۱۸). نشخوار فکری به عنوان یک خصیصه شخصیتی شناختی می‌شود که افراد را در خطر ابتلا به مشکلات روان شناختی در مواجهه با یک رخداد زندگی دشوار قرار می‌دهد. بنابراین، بررسی نشخوار فکری به عنوان یک ویژگی خصیصه‌ای در بافت خیانت، می‌تواند به ما کمک کند که دلایل زیربنایی را که پشت تفاوت‌های فردی در

واکنش به خیانت قرار گرفته‌اند، بهتر بشناسیم (۲۰). نشخوار فکری یک سبک پردازش شناختی است که ویژگی‌های آن شامل؛ تفکرات تکراری، عودکننده، مزاحم و غیرقابل کنترل هستند (۲۱). اسکینر و همکاران (۲۲) نشخوار فکری را به عنوان تمرکز فعال و تکراری بر ویژگی‌های آسیب‌زا و منفی تعاملات پر استرس معرفی می‌کنند. سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که فرد افسرده به طور مکرر و منفعلانه بر علایم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس افسردگی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کنند (۲۳). نشخوار فکری دارای طیفی از پیامدها و وابسته‌های منفی و نامطلوب است، از جمله این که نشخوار فکری با حفظ و تشدید علایم افسردگی و عاطفه منفی ارتباط دارد (۲۴-۲۸). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشخوار فکری باعث بازداری حل مساله مؤثر می‌شود و رفتار سودمند را کاهش می‌دهد (۲۹ و ۳۰).

در تبیین و درمان افراد درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارائه شده در زمینه درمان خیانت زناشویی می‌توان به درمان هیجان مدار^(۱)، بخشش درمانی^(۲)، درمان شناختی-رفتاری^(۳)، مدل آسیب‌زا^(۴)،

1-Emotionally Focused Therapy
2-Forgiveness Therapy
3-Cognitive-Behavioral Therapy
4-Traumatic Model

آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت(۳۶).

با تکیه بر مدل نظری مبتنی بر تکامل که زیربنای درمان متمرکز بر شفقت است، مکانیسم‌های تغییر متعددی را می‌توان شناسایی کرد؛ پرورش اطمینان به خود، جدا شدن از تفکرات خودانتقادی، تحریک توجه برای عاطفه مثبت و پردازش آن و 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، در حالی که سه مکانیسم دیگر مکانیسم‌های ثانویه‌ای هستند که از رشد اطمینان به خود حاصل می‌شوند. در مجموع، تفکر بر این است که این فرآیندهای تغییر، افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روان‌شناختی را تسهیل می‌کنند(۳۷).

در پژوهش‌های مختلفی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقاء سلامت روان(۳۷)، کاهش شرم و خودانتقادی(۳۸)، بهبود اختلالات خوردن(۳۹) و کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین(۴۰) بررسی و تأیید شده است. فرستادوتیر و دورجی(۴۱) در پژوهشی به مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تغییر علایم، ذهن آگاهی، شفقت به خود و نشخوار فکری مراجعان دارای افسردگی، اضطراب و

مدل آیینی^(۱) و مدل بینش‌گرا^(۲) اشاره کرد(۳۱). از بین این مدل‌ها، مدل آسیب‌زا، مدل بخشودگی، هیجان مدار و شناختی - رفتاری بیشترین پژوهش‌ها را در زمینه خیانت به خود اختصاص داده‌اند(۳۲). یکی از مدل‌های درمانی که به نظر می‌رسد در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر از جمله نشخوار فکری مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^(۳) است. درمان متمرکز بر شفقت به وسیله پائول گیلبرت^(۴) و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، به ویژه آنهایی که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خودحمایت‌گر و مهربانانه تجربه می‌کردند(۳۳). این درمان یکپارچه‌نگر برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است(۳۴).

محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت پرورش ذهن شفقت ورز است، در حقیقت درمان‌گر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعه‌کنندگان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، یا خودانتقادی و کمک لازم به مراجعان می‌شود(۳۵). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید آرامی می‌شود که نقش به سزایی در

1-Ritual Model
2-Insight Oriented
3-Compassion-Focused Therapy (CFT)
4-Paul Gilbert

استرس پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی باعث بهبود علایم، افزایش ذهن آگاهی و شفقت به خود و کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و استرس شد. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری و درمان متمرکز بر شفقت در افزایش ذهن آگاهی تأثیر بیشتری داشت. کریگ، هیسکی، رویان، پوز و اسپکتور (۴۲) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای افراد مبتلا به زوال عقل پرداختند. در سیر مداخله، بهبودی‌هایی در خلق، اضطراب و خودشفقت ورزی مشاهده شد و سه نفر از شش شرکت کننده از طیف افسردگی بالینی خارج شدند. شش شرکت کننده قادر بودند که تنفس با ریتم آرام کننده را انجام دهند و پنج نفر نیز موفق به بحث در مورد خودانتقادی و افزایش خودشفقت ورزی شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند برای افراد مبتلا به زوال عقل با خلق پایین، اضطراب یا دیگر پریشانی‌ها به کار گرفته شود. راس، مک اینتری و ریمس (۴۳) در قالب یک مطالعه پایلوت به بررسی اثر مداخله متمرکز بر شفقت برای افراد دارای خودانتقادی بالا پرداختند. از نظر خودانتقادی، اختلال عملکردی، خلق، عزت نفس و کمال گرایی ناسازگارانه، بهبودی‌های معنی‌داری بین مراحل پیش و پس از مداخله وجود داشت و اندازه اثرهای متوسط تا زیادی در مراحل پس از مداخله و پیگیری وجود داشت. بهبودی‌ها بین مراحل پس از مداخله و پیگیری دو ماهه حفظ شد یا افزایش یافت.

با توجه به آن چه پیرامون اثرات منفی و مخرب خیانت زناشویی بر روابط زوجها و استحکام بنیان خانواده بیان شد، ضروری است، مداخلات درمانی مناسب و کاربردی برای افراد درگیر در این پدیده طراحی و آرایه شود. زنان به عنوان رکن اصلی خانواده در برابر مشکلات زندگی زناشویی همچون خیانت همسر، بیشتر آسیب می‌بینند و بیشتر نیازمند دریافت درمان‌های روان شناختی موثر جهت بهبود وضعیت روانشناختی شان می‌باشند. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی نسل سوم همچون درمان متمرکز بر شفقت، دستاوردهای درمانی سودمندی را برای مراجعین با آشفتگی‌های شدید روان‌شناختی به همراه داشته‌اند. همچنین جستجوهای محقق پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر این شیوه درمانی بر نشخوار فکری زنان خیانت دیده نپرداخته است. هدف از این پژوهش تعیین و بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه این پژوهش را تمامی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی تشکیل دادند که جهت دریافت

پژوهش، با مدیریت کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان شناختی راستین، آرام، باران و ترنم شهر گرگان جهت انتخاب نمونه رایزنی‌های لازم انجام شد و در جهت ارجاع موارد خیانت زناشویی (زنان خیانت دیده) به مرکز راستین، هماهنگی به عمل آمد. همچنین اطلاعیه فراخوان شرکت در جلسه‌های مشاوره گروهی برای زنان آسیب دیده از خیانت همسر از طریق کانال تلگرامی مراکز مورد نظر نیز اعلام شد. در مرحله بعد، از متقاضیان شرکت در جلسه‌های درمانی ثبت نام به عمل آمد و با هریک از متقاضیان مصاحبه اولیه‌ای صورت گرفت و ۲۴ نفر از افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب شدند. سپس ۲۴ آزمودنی مورد نظر با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. در جلسه توجیهی برای اعضای گروه‌ها، روال انجام پژوهش و مزایای شرکت در جلسه‌های گروهی توضیح داده شد و سپس جهت سنجش موارد مورد نظر محقق، تمامی شرکت کنندگان ابزار پژوهش را تکمیل کردند (مرحله پیش آزمون). پس از اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، جلسات مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت برای گروه آزمایش در ۱۳ جلسه دو ساعته و با توالی هر هفته یک جلسه در محل مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی راستین برگزار گردید. در زمان ارایه بسته درمانی به گروه آزمایشی و تا پایان مرحله پیگیری پژوهش، آزمودنی‌های گروه کنترل، مداخله‌ای

خدمات تخصصی مشاوره و روان‌درمانی به کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان شناختی راستین، آرام، ترنم و باران در شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. بر اساس مصاحبه مقدماتی و ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه، ۲۴ نفر از زنان آسیب دیده از خیانت همسر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. از آن جایی که در گروه‌های مشاوره و روان درمانی بهتر است تعداد نفرات گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد (۴۴) تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: حداقل دارای تحصیلات دیپلم باشند، حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند، از افزایش خیانت همسرشان بیش از شش ماه گذشته باشد، به دلیل مساله خیانت همسرشان متقاضی طلاق نباشند، فرم رضایت نامه درمان را تکمیل کرده باشند و در حین شرکت در جلسه‌های درمانی، جهت دریافت خدمات مشاوره فردی مراجعه نکرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز موارد زیر در نظر گرفته شد؛ به دلیل خیانت همسرشان طلاق گرفته باشند، سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی داشته باشند، مصرف کننده مواد مخدر یا الکل مصرف باشند و بیش از دو جلسه غیبت داشته باشند. شیوه اجرای مطالعه بدین صورت بود که محقق ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای مطالعه را از دانشکده اخذ کرد. در مرحله بعد جهت اجرایی کردن

دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسه‌ها مشاوره گروهی، مجدداً آزمودنی‌های دو گروه به وسیله ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند (مرحله پس‌آزمون). یک ماه پس از پایان مرحله پس‌آزمون نیز جهت سنجش اثر ماندگاری مداخله، شرکت کنندگان هر دو گروه در یک مرحله پیگیری نیز شرکت کردند. پس از پایان مرحله پیگیری، طبق تعهدات داده شده و نیز تشکر از مشارکت و همراهی آزمودنی‌های گروه کنترل، جلسه‌های درمانی برای آنها برگزار گردید. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۴۵). محتوای جلسه‌ها مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی پژوهش فتح‌الله‌زاده و همکاران (۴۶) تنظیم گردید. شیوه اجرای جلسه‌های درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از مقیاس پاسخ‌های نشخواری استفاده گردید. این مقیاس به وسیله نولن-هوکسما و مورو تهیه شده و

شامل ۲۲ ماده می‌باشد که در یک طیف لیکرت چهار رتبه‌ای (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و همیشه=۴) مرتب شده است. دامنه نمرات این ابزار از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است. در این ابزار هر چه نمرات آزمودنی‌ها بالاتر باشد، نشان دهنده نشخوار فکری بیشتر آنهاست (۴۷). پایایی این مقیاس با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ قرار دارد که نشان دهنده همسانی درونی بالای آن است. همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه، ۰/۶۷ گزارش شده است (۴۸). در ایران این پرسشنامه به وسیله باقری‌نژاد و همکاران به فارسی ترجمه شده است و در پژوهش آنها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۹). پایایی این مقیاس در پژوهش محسنی و یزدخواستی (۵۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس و تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه‌ها	اهداف	محتوای جلسه‌ها	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه‌های و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسه‌ها، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی، نشخوار فکری و خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
جلسه سوم و چهارم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر، و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	پرورش خودشفقتی
جلسه پنجم و ششم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی و نشخوار فکری	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
جلسه هفتم و هشتم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و 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 چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی
جلسه نهم و دهم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجادتصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	احساس ارزشمندی و خودشفقتی
جلسه یازدهم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مثبتی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی
جلسه دوازدهم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های آرایه شده در جلسه‌های گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی
جلسه سیزدهم	جمع بندی	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسه‌های، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.		

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۲/۴۲ سال و میانگین مدت تأهل آن‌ها ۷/۵۸ سال بود. در گروه کنترل نیز میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۴/۵۰ سال و میانگین مدت تأهل آنها ۷/۸۳ سال بود. همچنین بررسی اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها نشان داد بیشتر افراد گروه آزمایش دارای تحصیلات کارشناسی (۶ نفر) و بیشتر افراد گروه کنترل را نیز افراد با تحصیلات کارشناسی (۵ نفر) تشکیل داده‌اند. در مورد تعداد فرزند نیز بیشتر افراد گروه آزمایش را افراد دارای یک فرزند با ۵ فراوانی و بیشتر افراد گروه کنترل را افراد بدون فرزند با ۵ فراوانی شامل شده‌اند.

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۲، میانگین نمرات نشخوار فکری برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۵۸/۰۸، در پس‌آزمون ۵۲/۵۰ و در پیگیری ۴۹/۵۰ به دست آمده است. میانگین این نمره برای گروه کنترل در پیش‌آزمون ۵۹/۰۸، در پس‌آزمون ۵۷/۶۷ و در پیگیری ۵۸/۲۵ به دست آمده است. برای بررسی معنادار بودن تفاوت‌های حاصل از آزمون، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه شده است، اما استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد. مفروضه نرمال بودن با استفاده از آزمون

کولموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید و عدم معنی‌داری این آزمون ($p > 0.05$) برای نشخوار فکری در هر دو گروه نشان از نرمال بودن توزیع نمرات داشت. همچنین نتایج بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین و عدم معنی‌داری این آزمون ($p > 0.05$) نشان از همگن بودن واریانس‌های دو گروه در متغیر نشخوار فکری داشت. نتیجه بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد این پیش‌فرض رعایت نشده است ($W = 0.496$ ، $p > 0.05$) و برای تفسیر نتایج از ضریب هوی-فیلد استفاده شد.

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین‌آزمودنی نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول از آن جایی که اثر زمان و تعامل برای متغیر نشخوار فکری معنی‌دار شده است ($p < 0.01$)، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت وجود دارد که برای بررسی این تفاوت‌ها در مورد هر مرحله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معنی‌داری مشاهده می‌گردد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در نشخوار فکری وجود دارد

گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$) که نشان از تأثیر رویکرد درمانی بر متغیر نشخوار فکری دارد. با توجه به میانگین دو گروه در جدول ۲ نیز ملاحظه می‌گردد که مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت (CFT) باعث کاهش نشخوار فکری گردیده است.

($F=21/23, p < 0/01$). با توجه به مقدار ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه می‌گردد تأثیر درمان بر نشخوار فکری ۴۹ درصد بوده است. بر اساس جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر نشخوار فکری در مرحله پیش آزمون بین هیچ یک از گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد ($p > 0/05$)، اما در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین گروه آزمایش CFT و

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۵۸/۰۸	۲/۸۴	۵۹/۰۸	۱/۹۲
پس آزمون	۵۲/۵۰	۵/۷۴	۵۷/۶۷	۱/۸۲
پیگیری	۴۹/۵۰	۵/۳۵	۵۸/۲۵	۱/۹۶

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به تاثیر درمان بر نشخوار فکری

اثرات	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	۲۸۷/۰۲	۱/۴۴	۱۹۸/۳۶	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱	
	اثر تعامل	۱۸۰/۵۲	۱/۴۴	۱۲۴/۷۶	۹/۳۲	۰/۰۰۲	
	خطا	۴۲۵/۷۷	۳۱/۸۳	۱۲۳/۳۷			
بین آزمودنی	گروه	۴۴۵/۰۱	۱	۴۴۵/۰۱	۲۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۴۶۰/۹۷	۲۲	۲۰/۹۵			

جدول ۴: مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل سنجش در متغیر نشخوار فکری

متغیر	مرحله	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
نشخوار فکری	پیش آزمون	CFT	کنترل	-۱	۰/۹۹۲	۰/۳۲۴
	پس آزمون	CFT	کنترل	-۵/۱۶	۱/۷۴	۰/۰۰۷
	پیگیری	CFT	کنترل	-۸/۷۵	۱/۶۴	۰/۰۰۱

بحث

بیش از ۳۰ سال است که مسئله خیانت توسط پژوهشگران این حیطه مورد بحث قرار گرفته است (۵). پژوهش حاضر با هدف تعیین و بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از آن بود که میزان نشخوار فکری زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود. نتایج این پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد. فروستادوتیر و دورجی در پژوهشی به مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر تغییر علائم، ذهن آگاهی، شفقت به خود و نشخوار فکری مراجعان دارای افسردگی، اضطراب و استرس پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی باعث بهبود علائم، افزایش ذهن آگاهی و شفقت به خود و کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و استرس گردید (۴۱). لوکر و کورتن اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری بیماران دارای اختلال شخصیت تأیید کردند (۵۱). کولینز، گیلیگان و پوز در مطالعه‌ای به ارزیابی گروه درمانی مبتنی بر شفقت برای زوج‌هایی که زوال عقل را تجربه می‌کردند، پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و نرخ تنفس در افراد

دارای زوال عقل و همسرانشان، و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر بود (۵۲). کلی و همکاران در پژوهشی که با عنوان "گروه درمانی متمرکز بر شفقت به عنوان یک مکمل برای درمان بیماران سرپایی مبتلا به اختلالات خوردن" انجام دادند، ۲۲ بیمار سرپایی با انواع مختلف اختلالات خوردن به طور تصادفی در گروه‌های ۱۲ هفته‌ای درمان روتین و درمان روتین به همراه درمان متمرکز بر شفقت برای اختلال خوردن قرار گرفتند. نتایج نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت که همراه با درمان روتین برای بیماران سرپایی مبتلا به اختلالات خوردن ارائه شده بود، توانست بهبودی را برای بیماران به همراه داشته باشد (۵۳). بومان و همکاران در پژوهشی که با عنوان "آیا آموزش درمان متمرکز بر شفقت برای مربیان و مجریان مراقبت‌های بهداشتی، خودشفقت ورزی را افزایش و خودانتقادی و خودآزاری را کاهش می‌دهد؟" انجام دادند، نتایج نشان داد که به طور کلی، افزایش معنی‌داری در خود شفقت ورزی و همچنین کاهش معنی‌داری در قضاوت خودانتقادی پس از تمرینات درمان متمرکز بر شفقت به دست آمد (۵۴). در پژوهش قطور و همکاران تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مورد بررسی قرار گرفت (۵۵). نتایج تحلیل کواریانس نشان دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های تحت مداخله بود. همچنین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با نتایج

نکته مهم دیگر این که بسیاری از آنچه در ذهن و مغز ما می‌گذرد، به وسیله ما طراحی نشده و بنابراین "تقصیر ما نیست". فهم این نکته در درمان متمرکز بر شفقت مهم است. روشن کردن این جنبه در اوقاتی که افراد افسرده‌اند یا احساس می‌کنند که کنترل ذهن خود را از دست داده‌اند، نقشی کلیدی در از بین بردن احساس بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی و خوب نبودن دارد. مغز سرکشی که در طول میلیون‌ها سال تکامل خلق شده، تمایلات ژنتیکی مان، حسی که از خود داریم، و خاطرات هیجانی گوناگونی که در شرایط اجتماعی زندگی خود به دست آوردیم، هیچ‌کدام انتخاب ما نبوده است (۶۵). زمانی که صرف کمک به افراد می‌کنیم تا مسئله "تقصیر ما نیست" را درک کنند، واقعاً مفید است و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌های بسیار عینی و مشفقانه‌تر در مقابل مشکلات خود اتخاذ کنند. ذهن آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند (۶۶). همچنین ذهن آگاهی می‌تواند به فرد کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند، آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنند. بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به

پژوهش‌های سامرس اسپیجکرمان و همکاران (۳۷)، گالی و همکاران (۳۹)، کریگ و همکاران (۴۲)، راس و همکاران (۴۳)، ریز (۵۶)، بوئرسما و همکاران (۵۷)، جاج و همکاران (۵۸) و زمانی مزده و همکاران (۵۹) هم‌سو می‌باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، نف و همکاران دریافتند که شفقت به خود، تاب‌آوری هیجانی را بالا می‌برد؛ چنان که افرادی که دارای درجات بالاتری از این خصیصه شخصیتی هستند، گرایش کمتری به افسردگی و فرونشانی یا نشخوار فکری دارند (۶۰). در پژوهش دیگری نف نشان داد که شفقت به خود با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب کردن افکار و و کمال‌گرایی روان رنجور رابطه منفی و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد (۶۱). افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش مسوولیت خود در حوادث منفی زندگی دارند، می‌توانند اتفاق‌های منفی را آن چنان که هستند، بدون اتخاذ رویکردی قضاوت گونه نسبت به خود درک کنند و در عین حال حوادث منفی را کمتر مورد نشخوار فکری قرار دهند (۶۲-۶۴). ادو و برینکر نشان دادند که مداخلات متمرکز بر شفقت به خود با کاهش خلق و خوی منفی و افسردگی در ارتباط است و اتخاذ یک نگرش مشفقانه نسبت به خود برای افراد مستعد ابتلا به نشخوار فکری در مقایسه با افرادی که تمایلی به نشخوار فکری ندارند، مفیدتر خواهد بود (۶۲).

دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود (۶۷). می‌توان گفت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی (افسردگی و اضطراب) در آنها می‌شود. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل پیامدهای منفی خیانت عمل می‌کند. درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم. هم‌چنین بر اساس رویکرد سبک تنظیم هیجانی، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل کرده و هیجان‌های منفی فرد را کاهش و هیجان‌های مثبت را جایگزین آن می‌کند (۶۸)، لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، نشخوار فکری فرد کاهش یابد.

پژوهش حاضر نیز به مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است. خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. متفاوت بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز می‌تواند در میزان اثرگذاری مداخلات مؤثر باشد که باید به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به

دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. کنترل تمامی متغیرهای مزاحم به طور هم‌زمان در پژوهش‌ها بسیار مشکل و نزدیک به محال است و نمی‌توان در انتخاب، همسان‌سازی کامل ایجاد کرد و این امکان به طور کامل در این پژوهش فراهم نشد. در هر صورت ناتوانی محقق در کنترل متغیرهای مزاحم به عنوان یک محدودیت گزارش می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. در گروه‌های بزرگتر امکان گزینش و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های مختلف می‌تواند اثربخشی این رویکرد را با سایر رویکردها، مقایسه کرده و تأثیر عواملی چون مهارت و شخصیت درمان‌گر و فاکتورهای مشترک در تمامی درمان‌ها را کنترل کند. در صورتی که امکان داشته باشد با حفظ رعایت اصول اخلاقی بتوان تحقیقی مشابه را با تشکیل گروه پلاسیبو سامان داد، زمینه

می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری رشته مشاوره و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران با کد IR.KHU.REC.1397.014 می‌باشد. از مدیران محترم مراکز مشاوره راستین، آرام، ترنم و باران شهر گرگان و تمامی شرکت کنندگانی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری مناسب تری فراهم می‌گردد، به ویژه اگر گروه‌های پلاسیبو متناسب با گروه‌های درمانی شکل داده شوند. پژوهش‌های طولانی‌تر و با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای به نظر نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت، در پژوهش‌های گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش به صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل شود. پیشنهاد می‌گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای زناشویی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح‌های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت در کاهش نشخوار فکری زنان خیانت دیده را تأیید کرد. از دست آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر

REFERENCES

1. Mohammadi M, Salimi A, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. Investigating the performance of relationship enhancement program (REP) on reducing burnout in couples. *IJPN* 2016; 4(3):8-16.
2. Ahmadi M, Zaharakar K, Davarniya R, Rezaiee M. The effectiveness of brief self-regulation couple therapy on couple burnout in couples of Saveh city. *RJMS* 2016; 22(139): 64-75.
3. Fife ST, Weeks GR, Stellberg-Filbert J. Facilitating forgiveness in the treatment of infidelity: An interpersonal model. *Am J FAM Ther* 2011; 35(4):343-67.
4. Previti D, Amato PR. Is infidelity a cause or a consequence of poor marital quality? *J Soc Pers Relat* 2004; 21(2): 217-30.
5. Scheeren P, de Apellániz I, Wagner A. Marital infidelity: The experience of men and women. *Trends Psychol* 2018; 26(1): 371-85.
6. Whisman MA, Dixon AE, Johnson B. Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *J Fam Psychol* 1997; 11(3): 361-66.
7. Asayesh MH, Farahbakhsh K, Salimi Bajestani H, Delavar A. Explanation of experiences and emotional reactions in women victims of infidelity: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2018; 6(4): 355-72.
8. Guitar AE, Geher G, Kruger DJ, Garcia JR, Fisher ML, Fitzgerald CJ. Defining and distinguishing sexual and emotional infidelity. *Current Psychology* 2017; 36(3):434-46.
9. Kruger DJ, Fisher ML, Fitzgerald CJ, Garcia JR, Geher G, Guitar AE. Sexual and emotional aspects are distinct components of infidelity and unique predictors of anticipated distress. *Evolutionary Psychological Science* 2015; 1(1): 44-51.
10. Ein-dor T, Perrypaldi A, Hirschberger G, Birnbaum EG, & Deutsch D. Coping with mate poaching: Gender differences in detection of infidelity-related threats. *Evol Hum Behav* 2015; 36(1): 17-24.
11. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Curr Opin Psychol* 2017; 13: 70-4.
12. Mark KP, Janssen E, Milhausen RR. Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. *Arch Sex Behav* 2011; 40(5): 971-82.
13. Whisman MA, Gordon KC, Chatav Y. Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *J Fam Psychol* 2007; 21(2):320-4.
14. Firozjaeian AA, Ghadiri H. A phenomenological study of the causes of marital infidelity. *Iranian Social Studis* 2017; 11(1):120-44.
15. Guadagno RE, Sagarin BJ. Sex differences in jealousy: An evolutionary perspective on online infidelity. *J Appl Soc Psychol* 2010; 40(10): 2636-55.
16. Shackelford TK, LeBlanc GJ, Drass E. Emotional reactions to infidelity. *Cogn Emot* 2000; 14(5): 643-59.
17. Brewer G, Abell L. Machiavellianism and sexual behavior: Motivations, deception and infidelity. *Pers Individ Dif* 2015; 74:186-91.
18. Brown B. I thought it was just me (but it isn't): Making the journey from what will people think? to I am enough. New York: Gotham; 2007; 141-42.
19. Glass SP, Wright TL. Reconstructing marriages after the trauma of infidelity. In: Halford WK, Markman HJ(editors) *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997; 471-507.
20. Onaylı S, Erdur-Baker O, Kordoutis P. The relation between rumination and emotional reactions to infidelity in romantic relationships. *Athens Journal of Social Sciences* 2016; 3(1): 53-64.
21. Brinker JK, Dozois DJ. Ruminative thought style and depressed mood. *J Clin Psychol* 2009; 65(1): 1-19.
22. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull* 2003; 129(2): 216-69.
23. Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognit Ther Res* 2006; 30(2): 149-60.
24. Donaldson C, Lam D, Mathews A. Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther* 2007; 45(11): 2664-78.
25. Huffziger S, Kuehner C. Rumination, distraction, and mindful self-focus in depressed patients. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 224-30.

26. Kuehner C, Holzhauer S, Huffziger S. Decreased cortisol response to awakening is associated with cognitive vulnerability to depression in a nonclinical sample of young adults. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32(2):199-209.
27. Lavender A, Watkins E. Rumination and future thinking in depression. *Br J Clin Psychol* 2004; 43(Pt 2):129-42.
28. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67(1): 92-104.
29. Lyubomirsky S, Tkach C. The consequences of dysphoric rumination. In: Papageorgiou C, Wells A (editors). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2004; 21-42.
30. Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K. Why ruminators are poor problem solvers: clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(5):1041-60.
31. Peluso PR. *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York: Routledge; 2015; 174-76.
32. Malek Zadeh Torkamani P, Aminpoor M, Bakhtiari Said B, Khalili G, Davarniya R. The effectiveness of forgiveness-based intervention on couple burnout in women affected by infidelity of spouse. *Zanko J Med Sci* 2018; 19(60): 31-45.
33. Ahmadpour J, Zaharakar Z, Kiamanesh A. Comparative efficacy of compassion focused therapy (CFT) and wellbeing therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Journal of Woman and Culture* 2017; 9(31):7-21.
34. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther* 2010; 3(2): 97-112.
35. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci* 2018; 24 (2):125-31.
36. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69(1): 28-44.
37. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2018; 86(2):101-15.
38. Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *Br J Clin Psychol* 2018; 57(2): 240-54.
39. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother* 2014; 21(1): 1-12.
40. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol* 2011; 53(1):78-94.
41. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Front Psychol* 2019 May 17; 10: 1099.
42. Craig C, Hiskey S, Royan L, Poz R, Spector A. Compassion focused therapy for people with dementia: A feasibility study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018; 33(12):1727-35.
43. Rose A, McIntyre R, Rimes KA. Compassion-focused intervention for highly self-critical individuals: pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2018; 46(5): 583-600.
44. Sanai B. *Group Counseling and Psychotherapy*. Tehran: Chehr Press; 2012.
45. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191-94.
46. Fatollahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Psychological Studies* 2017; 13(2): 151-68.
47. Rajabi G, Gashtil K, Amanollahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female Nurses. *IJN* 2016; 29 (99 & 100): 10-21.
48. Erdur-Baker O, Bugaya A. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 2178-81.

49. Mohammad Pour S, Rahmani S, Haji Rasouliha Z, Roshandel Z, Ghaedi F. Effectiveness of meta-cognitive therapy on depression and rumination in women with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2016; 5(18): 21-34.
50. Yazdkhasti F, Mohseni A. The efficacy of dialectical behavior therapy in reducing attentional bias and rumination in patients with OCD- Isfahan. *Community Health Journal* 2017; 11(2): 48-57.
51. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother* 2013; 86(4): 387-400.
52. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol* 2018; 41(5): 474-86.
53. Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2017; 24(2): 475-87.
54. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *J Contin Educ Health Prof* 2016; 36(1): 4-10.
55. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane Danesh* 2018; 23(3): 350-63.
56. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness* 2011; 2(1): 33-6.
57. Boersma, K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *J Contemp Psychother* 2015; 45(2): 89-98.
58. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *Int J Cogn Ther* 2012; 5(4): 420-29.
59. Zamani-Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Babaei-Gharmkhani M. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health* 2019; 9(4): 233-43.
60. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41(4): 908-16.
61. Neff KD. Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2003; 2(2): 85-101.
62. Odou N, Brinker J. Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self Identity* 2014; 13(4): 449-59.
63. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther* 2013; 44(3): 501-13.
64. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2(3): 223-50.
65. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment* 2009; 15(3): 199-208.
66. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
67. Besharat MA, Ali Bakhshi, Z, Movahedi Nasab, AA. Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with physical ill-health. *Contemporary Psychology* 2011; 5(2): 3-14.
68. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther* 2014; 58: 43-51.

The Effectiveness of Group Counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on Rumination in Women Affected by Marital Infidelity

Davarniya R, Zaharakar K*, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Kasaei Esfahani A

Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 29 Oct 2019 Accepted: 24 Dec 2019

Abstract

Background & aim: Marital infidelity is considered to be one of the most important traumatic factors for couples and families, and it is also a prevalent phenomenon for family and marital therapists. One of the consequences of marital infidelity is rumination in the spouse affected by infidelity. The present research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of group compassion-focused therapy on rumination in women affected by marital infidelity.

Methods: The current research was a semi-experimental study conducted by pretest-posttest and follow up with control group design. The current research population included all the women affected by marital infidelity who referred to Rastin, Aram, Taranom, and Baran psychological and counselling services centers in Gorgan, Iran, in 2019. The research sample composed of 24 women who were selected by purposeful sampling method and were put into experiment and control groups by random assignment method (12 subjects per group). Both groups were assessed using Nolen-Hoeksema and Morrow's ruminative response scale in pretest, posttest, and follow up stages. Group compassion-focused therapy was provided in 13 120-minute sessions for participants of the experiment group. The subjects of the control groups did not receive any intervention until the end of the follow up stage. The data were analyzed by variance analysis test with repeated measures in SPSS.

Results: Mean and standard deviation of the scores of rumination in the subjects of the experiment group were 58.08 ± 2.84 in pretest, 52.50 ± 5.74 in posttest, and 49.50 ± 5.35 in the follow up. In the control group, mean and standard deviation of the scores of rumination were 59.08 ± 0.92 before the intervention, 57.67 ± 1.82 after the intervention, and 58.25 ± 1.96 one month after the intervention. Results of the variance analysis with repeated measures indicated that group compassion-focused therapy has significantly reduced rumination in the intervention group in posttest and follow up stages ($p < 0.01$, $F = 21.33$).

Conclusion: Results of the present research confirmed the effectiveness of compassion-focused therapy in reducing rumination among women affected by marital infidelity. Family counsellors and therapists can use this therapeutic model for reducing the traumas caused by marital infidelity.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Rumination, Women, Marital Infidelity, Group Counseling

*Corresponding author: Zaharakar K, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
Email: dr_zaharakar@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Davarniya R, Zaharakar K, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Kasaei Esfahani A. The Effectiveness of Group Counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on Rumination in Women Affected by Marital Infidelity. *Armaghane-danesh* 2020; 24(5)(2): 950-967.