

## تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض

## Effect of compassion-based intervention on optimism and resiliency in conflicting couples'

Maryam Zahedi

مریم زاهدی \*

## abstract

Marital conflicts reduce the quality of couples' relationship, marital courage and Resiliency. According to this, The present study was conducted aiming to determine the Effect of Compassion-based Counseling on Optimism and Resiliency in Conflicting Couples' in the city of Isfahan. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest and control group design. The statistical population of the study included all the couples referred to consultation centers in the city of Isfahan in 2017. The sample size in the study was composed of 30 couples selected through purposive non-random sampling method and randomly replaced into experimental and control groups. The experimental group received eight one-and-a-half hour sessions of affection-based consultation interventions during two months while the control groups didn't receive them. Then the people in both groups took the posttest. The applied instruments included marital conflict questionnaire (Barati and Sana'ie, 2005), optimism questionnaire (Sheer and Caror, 1985) and Resiliency questionnaire (Coner and Dividson, 2003). the data analysis was done through SPSS23 software via descriptive statistics and ANCOVA methods. The results showed that Compassion-based Counseling has significantly influenced Optimism and Resiliency of the couples of Isfahan at the posttest stage. ( $P < 0.0001$ ). According to the findings of the present study it can be concluded that Compassion-based Counseling using techniques such as mindfulness training, Empathy and sympathy for yourself and managing difficult emotions can increase the level of Optimism and Resiliency of conflicting couples.

**Key words:** *compassion-based counseling, optimism, resiliency, conflicting couples'*

## چکیده

تعارضات زناشویی، کیفیت ارتباط میان زوجین، صمیمت زناشویی و تاب‌آوری را کاهش می‌دهد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض صورت پذیرفت. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری دربرگیرنده همه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه در پژوهش ۳۰ زوج بود که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله مشاوره مبتنی بر شفقت را ۸ جلسه یک و نیم‌ساعته به مدت ۲ ماه دریافت نمود، درحالی که گروه گواه این مداخله را دریافت نکرد. سپس افراد هر دو گروه تحت پس‌آزمون قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده دربرگیرنده پرسشنامه تعارض زناشویی (براتی و ثنایی، ۱۳۷۵)، پرسشنامه خوش‌بینی (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۵) و تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. تجزیه و تحلیل داده‌های برآمده از این پژوهش توسط نرم‌افزار (SPSS) ویرایش ۲۳ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت گرفت. برآوردها نشان داد که مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌دار داشته است ( $P < 0.0001$ ). بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت با بهره‌گیری از فوونی همانند آموزش ذهن‌آگاهی، همدلی و همدردی نسبت به خویش و مدیریت احساسات و عواطف دشوار می‌تواند خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض را افزایش دهد.

**واژگان کلیدی:** مشاوره مبتنی بر شفقت، خوش‌بینی، تاب‌آوری، زوجین دچار تعارض

## مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را پروراند. با توجه به اهمیت خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه که پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان و روابط رسمی و قانونی زن و مرد به شکل یک استاندارد مشروع و مقبول در آن بنیان نهاده می‌شود، اهمیت توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روانی و عاطفی، اجتماعی و رفتاری آن و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی کاملاً مشهود است. نظر به اینکه در جوامع امروز درباره آینده خانواده و زندگی خانوادگی عقاید و نظریات متفاوتی ابراز می‌شود، بسیاری معتقدند که در آینده‌ای نه‌چندان دور خانواده به صورتی که هم‌اکنون وجود دارد، از میان خواهد رفت (بایرمن و کلورسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). اگرچه در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دائمی می‌کنند، لیکن برخی از زوجین به تدریج دچار تعارض می‌شوند، هرچند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (ویلسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

تعارضات زناشویی نوعی ناسازگاری مداوم و معنی‌دار میان دو همسر است که حداقل به وسیله یکی از آن‌ها بروز داده می‌شود. منظور از معنی‌دار، یعنی تأثیر این مسئله بر کارکرد همسران و منظور از مداوم، اختلافاتی است که به مرور زمان از میان نمی‌رود (اسارنر، نادینگ و آنیاما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). زمانی که همسران از تعارض و احساسات همراه با آن، برای توجه به جنبه‌هایی از رابطه‌شان که نیاز به تأمل و کار دارد، استفاده کنند، این تعارض می‌تواند پشتیبان آن‌ها باشد. اگر همسران روش سازنده‌ای را برای مقابله با تعارض، به کار نگیرند، ممکن است به تدریج از یکدیگر جدا شوند؛ بنابراین سناریوی طلاق یک معرکه ناگهانی نیست، بلکه فقدان تدریجی صمیمیت و نزدیکی است. به طور خلاصه ترس از تعارض و احساسات همراه با آن می‌تواند منجر به عدم درگیری در مسائل و عدم درگیری در مسائل می‌تواند منجر به طلاق هیجانی و نهایتاً طلاق قانونی شود (انسی و امر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴).

با بروز تعارض زناشویی مؤلفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی زوجین دچار آسیب جدی می‌گردد (فینی و کارناتزاس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). آشفتگی و تعارض زناشویی موجب کاهش شادمانی، کاهش رضایتمندی از زندگی و عزت نفس، دل‌بستگی‌های مسئله‌ساز برای همسران، افزایش علائم آشفتگی روان‌شناختی،

1, Bayerman &amp; Kleverson

2. Wilson, Andridge, Peng, Bailey, Malarkey

3. Osarenren, Nwadinigwe, Anyama

4. Onsy, Amer

5. Feeney, Karantzas

کیفیت زناشویی<sup>۱</sup> و صمیمیت زناشویی<sup>۲</sup> پایین می‌شود (هاوکینز و بوت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در چندین مطالعه، زوج‌های پریشان سطوح بالاتری از تعارض، احساسات منفی، شکایت و دوری از هم را در مقایسه با هم‌تایان بدون مشکل خود گزارش نمودند (مارکمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ باکوم و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). از آنجایی که ناتوانی در حل تعارضات منجر به از بین رفتن صمیمیت می‌شود، فهم بهتر تعارض و کمک به هم‌سران برای یادگیری مدیریت سازنده‌تر آن دارای اهمیت است (کاسلو<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴).

یکی از متغیرهای مهم در فرایند زندگی زناشویی که ممکن است بر اثر پدیده تعارضات زناشویی، دچار آسیب شود، خوش‌بینی<sup>۷</sup> است (مینکا و تاسکا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). خوش‌بینی به انتظارات ذهنی افراد هنگام مواجهه با مشکلات و بر رفتار آن‌ها هنگام غلبه بر مشکلات تأثیر می‌گذارد (موسوی نسب، تقوی و محمدی، ۱۳۸۵؛ جیمز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). خوش‌بینی انتظار کلی وقوع امور خوش‌شانس و مطلوب فراوان و امور نامطلوب کم در آینده است و به این باور مربوط می‌شود که آینده پیامدهای مطلوبی خواهد داشت (لیونز، استورات، آرکیلود و کارتر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ اورباخ، کیزلر، وارتلا، راوش<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). افراد خوش‌بین برای پذیرش واقعیت در زندگی در زمان حال آمادگی بیشتری دارند، در اهداف خود مصمم هستند و کمتر علائم ناسازگاری نشان می‌دهند (کارور، شی‌یر و سگرستورم<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰؛ کلبور، کاریانس و ولز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۸). در گذشته خوش‌بینی به عنوان یک صفت و نوعی تمایل ذاتی نسبت به حالت‌های پاسخ دادن قلمداد می‌شد، ولی با ظهور مفهوم هوش هیجانی، مفهوم خوش‌بینی نیز به عنوان یکی از ابعاد آن قابل دست‌کاری و افزایش شد (بلوم<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶).

بروز تعارضات زناشویی به تاب‌آوری<sup>۱۵</sup> زوجین نیز آسیب جدی وارد می‌کند (مطهری، بهزادپور و سهرابی، ۱۳۹۲). تاب‌آوری از جمله سازه‌هایی است که در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی در سال‌های

1. Marital quality
2. Marital intimacy
- 3 - Hawkins & Booth
- 4 -Markman
5. Baucom
- 6 -Kaslow
7. Optimism
8. Mincu, Taşcu
9. James
10. Lyons, Struatt, Arehblod & Carter
11. Auerbach, Kiesier, Wattella, Rausch
12. Carver, Scheier, Segerstrom
13. Kelberer, Kraines, Wells
14. Blume
15. Resilience

اخیر توجه محققان زیادی را به خود جلب نموده است و به‌عنوان توانایی بازگشت به حالت اولیه و سازگاری موفقیت‌آمیز به‌رغم استرس زیاد و شرایط ناگوار تعریف می‌شود (کمپل - سیلرز، کوهن و واستین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ باکر و مک‌نالتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). علیرغم آن‌که تحقیقات و باورهای اولیه در مورد تاب‌آوری، آن را یک خصیصه ذاتی پنداشته و افراد تاب‌آور را با ویژگی‌های منحصربه‌فرد و غیر آسیب‌پذیر در نظر می‌گرفتند، اما یافته‌های مطالعات سال‌های اخیر حاکی از آن است که تاب‌آوری یک توانمندی ذاتی نبوده و قابل حصول بوده و زمانی به دست می‌آید که در زندگی افراد تاب‌آور عوامل حفاظتی مناسب به‌رغم وجود عوامل خطرزا حضور داشته باشند (لی، سادوم و زامورسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). بر همین پایه در مطالعه‌ای هجمدال، ووجل، سولم، هاگن و استیلز<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) دریافتند افرادی که بالاترین نمرات را در تاب‌آوری به دست می‌آوردند، پایین‌ترین سطح از علائم آسیب‌های روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب را دارا می‌باشند.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین دارای تعارضات زناشویی به کار گرفته شده است. یکی از این روش‌ها، مشاوره مبتنی بر شفقت<sup>۵</sup> است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (بلاث و ایزنلوهر-ماول<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ الاین و هالیز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). مشاوره مبتنی بر شفقت<sup>۱۱</sup>، شیوه‌ای جهت‌یاری به افراد جهت گذر از شرایط درماندگی پذیرفته شده و تغییر آن به رابطه محبت‌آمیز با خود و دیگران است (گیلبرت و آبرونز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵). مشاوره مبتنی بر شفقت سبب می‌شود که کیفیت مواجهه با رنج و رفتارهای خودآسیبی دچار کاهش شده و از طرفی احساس کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات فزونی می‌یابد (ورن، سومرز، ملیسا، گوتز، لاری و فراس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). خودشفقتی به مراقبت و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی اطلاق می‌شود. فرایند حاصل از خودشفقتی

1. Campbell-Sills, Cohan & Stein

۲. Baker & McNulty

3. Lee, Sudom, Zamorski

4. Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, Stiles

5. Compassion-based Counseling

6. Bluth, Eisenlohr-Moul

7. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood

8. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin

9. Elaine & Hollins

10. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso

11. Advice based on compassion

12. Gilbert, Irons

13. Wren, Somers, Melissa, Goetz, Leary, Fras

بالا منجر به بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> در افراد شده که این طریق، خودشفقتی از افراد در مقابل استرس حمایت می‌کند (نف، کریک‌پاتریک و رادو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد که افرادی که از خودشفقتی بالاتری برخوردارند، هیجانات منفی کمتری نظیر افسردگی و اضطراب را تجربه می‌نمایند و می‌توانند در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی و شخصی چالش‌انگیز، دست به نشخوارگری<sup>۳</sup> کمتری بزنند (پیس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ رایس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ کمپنین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)

اسمیت، نف، آلبرت و پترز<sup>۷</sup> (۲۰۱۴)؛ کیونگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۳)؛ ورن و همکاران (۲۰۱۲)؛ عجم، فرزانه و شکوهی‌فرد (۱۳۹۳) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که به‌کارگیری درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند به شکل معنی‌داری از هیجانات منفی کاسته و در مقابل، سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت افراد را دچار بهبود نماید. حال با توجه به اهمیت کانون خانواده در چرخه سلامت جامعه و همچنین آسیب‌پذیری زوجین دچار تعارض در مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون خوش‌بینی و تاب‌آوری و از طرفی نبود پژوهشی در راستای بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض، پژوهشگر در پژوهش حاضر بر آن شد تا تأثیر این روش را بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض مورد آزمون قرار دهد. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی زوجین دچار تعارض تأثیر دارد.

۲. مشاوره مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری زوجین دچار تعارض تأثیر دارد.

## روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش جامعه آماری را همه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. تعداد حجم نمونه ۳۰ زوج بود (۱۵ زوج برای گروه آزمایش و ۱۵ زوج برای گروه گواه) که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان و با دسترسی به زوجین مراجعه‌کننده

1. Psychological Well-being

2. Neff, Kirkpatrick, Rude

3. Rumination

4. Pace

5. Raes

6. Kemppainen

7. Smeets, Neff, Alberts, Peters

8. Kyeong

به این مراکز، پرسشنامه تعارض زناشویی به زوجینی که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، تحویل داده شد (تعداد ۵۳ زوج جهت شرکت در پژوهش ابراز تمایل نموده و به پرسشنامه تعارض زناشویی پاسخ دادند). در مرحله بعد پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری شد و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند، ۳۰ زوجی که نمرات بالاتر از نمره برش پرسشنامه (نمره ۱۲۶ در پرسشنامه تعارض زناشویی) کسب کرده بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخله مشاوره مبتنی بر شفقت را هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. درحالی‌که افراد حاضر در گروه گواه در طول انجام پژوهش حاضر، از این مداخلات بی‌بهره بود. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن تعارض زناشویی (کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارض زناشویی) و مراجعه به مراکز مشاوره شهر اصفهان، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده مشاوره‌ای آنان)، نداشتن بیماری روان‌شناختی حاد و مزمن همانند افسردگی (با توجه به پرونده مشاوره‌ای آنان) و داشتن حداقل سواد دیپلم جهت درک شرح جلسات آموزش شفقت به خود بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه محیطی و شخصی پیش‌بینی‌شده در جریان پژوهش برای شرکت‌کنندگان بود. قبل از ارائه مداخله درمانی مشاوره مبتنی بر شفقت زوجین حاضر در پژوهش به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (مرحله پیش‌آزمون). سپس زوجین حاضر در گروه آزمایش مداخله مشاوره مبتنی بر شفقت را دریافت نمودند، این در حالی بود که گروه گواه تا پایان فرایند پژوهش از دریافت این مداخله بی‌بهره بود. بعد از پایان جلسات درمانی باز هم افراد گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های پژوهش را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند.

## ابزار

**پرسشنامه تعارض زناشویی.** پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنائی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارت‌اند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر

اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه میان ۴۲ تا ۲۱۰ است. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳ و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده‌درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (مطهری، بهزادپور و سهرابی، ۱۳۹۲).

**مقیاس تاب‌آوری.** مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. محمدی و همکاران (۱۳۸۴)، پایایی مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و همچنین روایی آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

**پرسشنامه خوش‌بینی.** پرسشنامه خوش‌بینی توسط شیر و کارور<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۵ به منظور ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، به صورت فرم خودگزارشی تهیه شد. این پرسشنامه دارای ۸ سؤال (۴ سؤال دارای بار مثبت و ۴ سؤال دارای بار منفی) است که انتظاراتی را که افراد درباره پیامدهای زندگی دارند را ارزیابی می‌کند. هر سؤال بر اساس طیف ۴ درجه‌ای (۱-۴) به شیوه لیکرتی (کاملاً موافقم) تا (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات دارای بار مثبت به صورت مستقیم و سؤالات دارای بار منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (شیر و کارور، ۱۹۹۳). دامنه نمرات پرسشنامه میان ۸ تا ۳۲

1. Conner & Davidson

2. Scheier, Carver

است. این پرسشنامه از اعتبار خوبی برخوردار است، به‌طوری‌که شیر و کارور (۱۹۹۳)، اعتبار کل این پرسشنامه را با استفاده روش آلفای کرونباخ  $0/70$  گزارش کردند. موسوی نسب، نقوی و محمدی (۱۳۸۵) اعتبار کل این پرسشنامه را با استفاده روش آلفای کرونباخ  $0/87$  گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/89$  محاسبه گردید.

### شیوه اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش با مراجعه به مراکز مشاوره شهر اصفهان و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. درنهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی مشاوره مبتنی بر شفقت مطابق با جدول یک انجام شد درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکردند و قرار شد که آن‌ها نیز پس از اتمام فرایند پژوهش مداخله مشاوره مبتنی بر شفقت را دریافت نمایند. جلسات آموزش مشاوره مبتنی بر شفقت توسط نویسنده اول پژوهش در طول ۲ ماه و نیم طی ۸ جلسه آموزشی یک و نیم‌ساعته و به‌صورت هفته‌ای یک جلسه به شرح زیر اجرا گردید:

### مداخله

نشست اول: ارائه مقدمه‌ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی؛ آموزش اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تأثیر آن بر سیستم مغزی؛ آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل میان کارکرد مغز قدیم و مغز جدید)

نشست دوم: آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)؛ آموزش مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت: شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته

نشست سوم: تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویرسازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی؛ برقراری شفقت‌آمیز و انعطاف‌پذیری میان جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت‌آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش.



نشست چهارم: ایجاد هویت شفقت‌آمیز؛ هدف اصلی این جلسه: چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر رفته و به‌صورت طبیعی ذهن شفقت‌آمیز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).

نشست پنجم: مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛ تمرینات شامل؛ آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده‌اند؛ استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی‌تقصیری (گسلش از احساس شرمندگی).

نشست ششم: عمیق‌زدگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد.

نشست هفتم: تغییر روابط؛ کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل؛ تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری در فعالیت‌های دشوار و ترس‌آور.

نشست هشتم: مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی (مداخله خاتمه دادن به جنگ)؛ تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل‌شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل کردن فرم ۸ آیتمی: شغل و زندگی کاری، خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامتی جسمی، معنویت، مشارکت اجتماعی، تفریح و سرگرمی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری ۲۳- IBM-SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۷ تا ۴۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۳ تا ۳۶ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۳ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه سنی دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که سطح تحصیلی لیسانس بیشترین تعداد فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۴۵ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

## جدول ۱. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش و پس آزمون

| مؤلفه‌ها    | پیش آزمون |              |         | پس آزمون |              |         |
|-------------|-----------|--------------|---------|----------|--------------|---------|
|             | میانگین   | انحراف معیار | P Value | میانگین  | انحراف معیار | P Value |
| گروه آزمایش | ۱۲/۷۳     | ۳/۶۱         | ۰/۱۷    | ۱۶/۶۳    | ۳/۵۶         | ۰/۲۱    |
| خوش بینی    | ۱۲/۳۳     | ۳/۸۶         | ۰/۱۵    | ۱۱/۴۳    | ۳/۴۷         | ۰/۲۶    |
| گروه آزمایش | ۳۵/۱۳     | ۸/۱۷         | ۰/۲۴    | ۵۰/۶۳    | ۹/۰۴         | ۰/۱۷    |
| تاب آوری    | ۳۷/۳۳     | ۶/۴۲         | ۰/۶۶    | ۳۵/۱۰    | ۶/۵۹         | ۰/۵۹    |

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ( $P > 0/05$ ). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی دار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای خوش بینی و تاب آوری رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه‌بندی در متغیرهای خوش بینی و تاب آوری معنی دار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای خوش بینی و تاب آوری برقرار بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان خوش بینی و تاب آوری زوجین دچار تعارض با کنترل متغیر پیش آزمون در جدول ۲ آمده است.

## جدول ۲. تحلیل کوواریانس تأثیر مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش بینی و تاب آوری زوجین دچار تعارض

| متغیرها  | شاخص‌های آماری | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معنی داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|----------|----------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|------------|------------|
| خوش بینی | پیش آزمون      | ۴۷/۶۶         | ۱          | ۴۷/۶۶           | ۳۱/۳۵  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۳۵       | ۱          |
|          | عضویت گروهی    | ۲۳۵/۸۵        | ۱          | ۲۳۵/۸۵          | ۱۵۵/۱۲ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۷۳       | ۱          |
|          | خطا            | ۸۶/۶۶         | ۵۷         | ۱/۵۲            |        |               |            |            |
|          | کل             | ۱۱۳۸۸         | ۶۰         |                 |        |               |            |            |
| تاب آوری | پیش آزمون      | ۵۳۰/۶۶        | ۱          | ۵۶۰/۶۶          | ۹/۷۴   | ۰/۰۰۳         | ۰/۱۴       | ۰/۸۶       |
|          | عضویت گروهی    | ۳۹۶۱/۴۸       | ۱          | ۳۹۶۱/۴۸         | ۷۲/۷۷  | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۵۶       | ۱          |
|          | خطا            | ۳۱۰۳          | ۵۷         | ۵۴/۴۴           |        |               |            |            |
|          | کل             | ۱۱۷۵۰۶        | ۶۰         |                 |        |               |            |            |

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیر مستقل (مشاوره مبتنی بر شفقت) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی دار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (خوش بینی و تاب آوری زوجین دچار تعارض شهر اصفهان) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل

می‌شود که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، میانگین نمرات متغیرهای خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض شهر اصفهان با مشاوره مبتنی بر شفقت بهبود یافته است. مقدار تأثیر مشاوره مبتنی بر شفقت بر میزان خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض شهر اصفهان به ترتیب ۷۳٪ و ۵۶٪ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۷۳ و ۵۶ درصد تغییرات متغیرهای خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض شهر اصفهان توسط عضویت گروهی (مشاوره مبتنی بر شفقت) تبیین می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی و تاب‌آوری زوجین دچار تعارض شهر اصفهان صورت پذیرفت. در یافته اول نتایج نشان داد که مشاوره مبتنی بر شفقت بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌دار داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته میزان خوش‌بینی زوجین دچار تعارض را افزایش دهد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش باتیستا، کانه‌ها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو (۲۰۱۵) همسو بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و خانوادگی و آن‌ها شود. همچنین بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننهام، آدامز، گونالز، هانس و هود (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگک، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود کارآیی درمان مبنی بر شفقت را بر استرس و سلامت روان‌شناختی افراد موردبررسی و تأیید قرار داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر باید گفت، با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین افرادی که از خودشفقتی بالا برخوردارند، در حل تعارضات درون فردی و میان فردی مهارت داشته و آن‌ها را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران برطرف می‌کنند (یارنل و نف، ۲۰۱۳). پژوهش‌های دیگری به افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، همچون مدیریت کردن پاسخ‌های متناسب با استرس (پیس و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش اضطراب در افراد (کمپنین و همکاران، ۲۰۱۳) و نقش مؤثر شفقت به خود در حوزه سلامت جسمی، روان‌شناختی و ارتباطی اشاره کرده‌اند. به‌منظور تبیین کارآیی مشاوره مبتنی بر شفقت و تأثیر آن بر خوش‌بینی زوجین دچار تعارض، باید اذعان داشت که درمان مبتنی بر خودشفقتی علاوه بر آنکه موجب تقویت حالات هیجانی مثبت در فرد می‌شود، بلکه وی را در مقابل حالات روانی منفی نیز محافظت می‌نماید. باوجوداینکه شفقت به خود با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این خصیصه صرفاً در بر داشتن هیجانات منفی در هوشیاری غیرقضاوتگر، بدون

فرونشاندن توأم با انکار جنبه‌های منفی تجربه نیست. بر این اساس مشاوره مبتنی بر شفقت با به کارگیری عواطف مثبت در تعامل زوجین، سبب می‌شود تا آن‌ها رویکرد مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری را نسبت به همدیگر و حل سازنده مشکلات از خود نشان دهند که این فرایند می‌تواند به بهبود خوش‌بینی یاری رساند. علاوه بر این آموزش مشاوره مبتنی بر شفقت به زوجین کمک می‌کند تا بر روی کسب شفقت، تمرین‌های تمرکز و اقدام مشفقانه تمرکز کند. شفقت به زوجین کمک می‌کند تا نسبت به خود و دیگران مهربان باشند و اولین قدم برای نشان دادن مهربانی، حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران است، نه حساسیت به رفتار خود و دیگران (یارنل و نف، ۲۰۱۳). همچنین رویکرد شفقت به زوجین آموزش می‌دهد که هرچقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند کم‌کم ذهن آن‌ها هم مهربان می‌شود؛ بنابراین به مراجع پیشنهاد می‌شود تا از طریق تحمل پریشانی بر غنای زندگی خود بیفزایند. این فرایند منجر به افزایش خوش‌بینی زوجین می‌گردد.

در یافته دوم نتایج نشان داد که مشاوره مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری زوجین شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌دار داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته میزان تاب‌آوری زوجین دچار تعارض را افزایش دهد. همسو با این یافته الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳)؛ و عجم، فرزانه و شکوهی فرد (۱۳۹۳) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه شفقت و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی، کاهش پریشانی روانی و افزایش قدرت تاب‌آوری افراد گردد.

در تبیین یافته حاضر باید گفت که مطابق با یافته مطالعات پیشین، افرادی که شفقت خود بالایی دارند، نسبت به افرادی که شفقت خود کمی دارند، سلامت روان شناختی بیشتری نشان می‌دهند؛ زیرا در آن‌ها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند به وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد (سویسا و ویلکامپ، ۲۰۱۵). این نگرش حمایت‌گرا نه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات شخصی و حل مسئله سازنده در تعاملات اجتماعی و خانوادگی و همچنین قدرت تاب‌آوری افراد ارتباط دارد (باکر و مک نالتی، ۲۰۱۱) و سبب می‌شود تا فرد آموزش دیده تعاملات اجتماعی سازنده‌تری را تعاملات زوجی خود گزارش نماید (نف و همکاران، ۲۰۰۷) که نتیجه این فرایند، تاب‌آوری بهبودیافته‌تر است. علاوه بر این، با توجه به اینکه در مداخله مشاوره مبتنی بر شفقت از تکنیک‌های تصویرسازی خود مهربان، تکنیک دو صندلی

به منظور برقراری ارتباط مشفقانه میان جنبه‌های مختلف خود (خود انتقادگر، خود عصبانی، خود مضطرب و خود مهربان)، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت جهت شناسایی بستر مشکلات کنونی و ریشه‌یابی آن‌ها در تاریخچه زندگی فردی و حساسیت شفقت‌آمیز نسبت به رنج خود و دیگری، پذیرش، همدلی، اقدام متعهدانه جهت کاهش رنج در زندگی و تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی می‌شود، می‌توان انتظار کاهش در سطوح خود انتقادی را پیش‌بینی نمود. کاهش خود انتقادگری نیز می‌تواند منجر به بهبود تصویر از خود، عزت‌نفس و خودپنداره در نزد زوجین شده و این فرایند باعث شود تا زوجین بتوانند مبتنی بر رضایت از خود، تاب‌آوری بالاتری را تجربه نمایند.

**محدودیت‌ها و پیشنهادها.** پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. همچون محدود بودن دامنه تحقیق به زوجین دچار تعارض شهر اصفهان، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی زوجین حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آن‌ها و همچنین عدم برگزاری مرحله پیگیری مواجه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زوجین، کنترل عوامل ذکرشده، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی مشاوره مبتنی بر شفقت بر صمیمیت زناشویی زوجین دچار تعارض، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود مشاوره مبتنی بر شفقت به‌عنوان روشی مناسب و کارآ در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، برای زوجین بکار گرفته شود.

**سپاسگزاری و قدردانی.** مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. بدین وسیله از زوجین حاضر در پژوهش و مسئولان مراکز مشاوره قدردانی می‌شود.

## منابع

- عجم، علی‌اکبر، فرزانه‌فر، جواد، شکوهی فرد، حسین. (۱۳۹۳). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۰(۵): ۹-۱۶.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.

مطهری، زهرا، بهزاد پور، سمانه، سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۲). تبیین سطح تعارضات زناشویی بر اساس هیجان خواهی و تاب آوری در زوجین، مجله زن و مطالعات خانواده، ۵(۲): ۱۰۵-۱۲۲.

موسوی نسب، محمدحسین، نقوی، محمدرضا، محمدی، نرگس. (۱۳۸۵). خوش بینی و ارزیابی استرس: بررسی دو مدل نظری در پیش بینی سازگاری روان شناختی، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳(۲)، ۱۱۱-۱۲۰.

## Reference

- Auerbach, S.M., Kiesler, D.J., Wartella, J., Rausch, S. (2005). Optimism, Satisfaction with Needs Met, Interpersonal Perceptions of the Healthcare Team, and Emotional Distress in Patient Family Members During Critical Care Hospitalization, *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-211.
- Baker, L.R., McNulty, J.K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality Social Psychology*, 100(5): 853-873
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30: 28-32.
- Baucom, B.R., Sheng, E., Christensen, A., Georgiou, P.G., Narayanan, S.S., Atkins, D.C. (2015). Behaviorally-based couple therapies reduce emotional arousal during couple conflict. *Behavior Research and Therapy*, 72: 49-55.
- Bayerman, S., Kleveron, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Social and Behavioral Sciences*, 2(11): 223-232.
- Blume, T. (2006). Emotional Intelligence in Couples Therapy: Advances from Neurobiology and the Science of Intimate Relationships, *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 401.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 57: 108-118.
- Campbell-sills, L., Cohan, S., and Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior research and therapy*, 44, 585-599.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30, 879-889.
- Conner, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner –Davidson Resilience scale(CD- RISC). *Depression & Anxiety*, (18), 36-82
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22: 5-13.

- Feeney, J.A., Karantzas, J.C. (2017). Couple conflict: insights from an attachment perspective. *Current Opinion in Psychology*, 13: 60-64.
- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Hawkins, D.N., Booth, A. (2005). Unhappily Ever After: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.
- Hjemdal, O., Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K., Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 18: 314-21.
- Kaslow, F.W. (1994). Divorce: An evolutionary process of change in family system. *Journal of Divorce*; 7(3): 21- 39.
- Kelberer, L.J.A., Kraines, M.A., Wells, T.T. (2018). Optimism, hope, and attention for emotional stimuli. *Personality and Individual Differences*, 124: 84-90.
- Kemppainen, R.N.J., Johnson, M.O., Phillips RN. & et al. (2013). A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International Nursing Review*, 60, 477-486.
- Kyeong, L.W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8): 899-902.
- Lee, J.E., Sudom, K.A., Zamorski, M.A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occup Health Psychology*, 18: 327.
- Lyons, K.S., Stewart, B.J., Archbold, P.G., Carter, J.H. (2009). Optimism, Pessimism, Mutuality, and Gender: Predicting 10-year Role Strain in Parkinson's Disease Spouses, *The Gerontologist*, 49(3), 378-387.
- Markman, H.J. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training. *Journal of Clinical Psychology*; 61: 70-77.
- Mincu, C.L., Taşcu, A. (2015). Social Support, Satisfaction with Physician-Patient Relationship, Couple Satisfaction, Body Satisfaction, Optimism as Predictors of Life Satisfaction in People having a Current Perceived Health Problem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187: 772-776.
- Neff K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85- 102.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L., Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140: 470-475.
- Osarenren, N., Nwadinigwe, P., Anyama, S. (2013). The impact of marital conflicts on the psychosocial adjustment of adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria. *Journal of Emere Tren in Education Research Policy Study*, 4(2): 320-326.

- Pace, TD., Negi, LT., Adame, DD., Cole, SP., Sivilli, TI., Brown, TD., Issa, MJ., Raion, CL. (2009). Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioral Responses to Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34 (1), 178-189.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1): 26-30.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief selfcompassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9):794-807.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*. 33(10): 1540-1541.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106: 329-333.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psych neuroendocrinology*, 85: 6-13.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, AW. Goetz, MC. Leary, MR., Fras, AM., et al. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.
- Yarnell, L.M., Neff, K.D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2):146-59.

### Reference in Persian

- Ajam, A.A., Farzanfar, J., Shokohi Fard, H. (2017). The Role of Self-Compassion in the General Health and Academic Achievement of the Nursing and Midwifery Students in Mashhad University of Medical Sciences in 2014. 3 JNE. 2017; 5 (5):9-16. (In Persian).
- Mohammadi, M. (2005). Investigate the factors affecting the sustainability of people at risk of substance abuse. Finally, another name. Third College of Law and Order, Shirvan. (In Persian).
- Motahhari, Z., Behzadpour, S., Sohrabi, F. (2013). Explaining the Level of Marital Conflicts Based on Emotion-seeking and Resilience in Couples, *Journal of Woman and Family Studies*, 5 (2): 2015-122. (In Persian).
- Mousavi Nasab, M.H., Taghavi, M.R. (2007). Optimism-Pessimism and Coping Strategies: Prediction of Psychological Adjustment in Adolescents. *IJPCP*, 12 (4):380-389. (In Persian).