

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر تنظیم هیجان و استرس ادراک شده زنان سرپرست خانوار عبدالمحمد صفری^۱، جهانشاه محمدزاده^{۲*}، وحید احمدی^۳، شهرام مامی^۴

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانوار از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که تنش و استرس فزاینده‌ای را به دلیل پذیرش مسئولیت بیشتر برای اداره امور زندگی تجربه می‌کنند و بیشتر از سایر زنان در معرض بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی قرار می‌گیرند؛ بنابراین این مطالعه باهدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استرس و تنظیم هیجان در زنان سرپرست خانوار شهر ایلام اجرا گردید.

روش پژوهش: مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی بوده؛ که از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر ایلام به‌طور تصادفی ۳۰ نفر که دارای معیار ورود بودند، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) انتخاب شدند. ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه درمانی مبتنی بر شفقت تنها به گروه آزمون آموزش داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه استرس ادراک شده و تنظیم هیجان بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از آموزش مبتنی بر شفقت، تغییرات معنی‌داری در کاهش استرس ادراک شده و ابعاد تنظیم هیجان در گروه آزمون مشاهده گردید ($p < 0/05$). همچنین دو ماه بعد از مداخلات تغییرات ناشی از آموزش، پایدار بوده و میانگین نمرات استرس ادراک شده و ابعاد تنظیم هیجان نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشت. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که با استفاده از درمان مبتنی بر شفقت در زنان سرپرست خانوار، میزان استرس کاهش داشته و در زمینه تنظیم هیجان موفق بوده‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر شفقت در کاهش استرس ادراک شده و تنظیم هیجان موثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: استرس ادراک شده "تنظیم هیجان" درمان مبتنی بر شفقت "زنان سرپرست خانوار"

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۰/۲۵

استناد: صفری ع، محمد زاده ج، احمدی و، مامی ش. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر تنظیم هیجان و استرس ادراک شده زنان سرپرست خانوار، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۳): ۱۵۲-۱۳۲

۱ - دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

۲ - دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول) ایمیل: Jahansham252@gmail.com

۳ - استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

۴ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

مقدمه:

زنان سرپرست خانوار به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، در معرض آسیب‌های جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی بسیار هستند (۱، ۲). مطابق آخرین سرشماری کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۲/۷ درصد از خانوارهای ایرانی توسط زنان اداره می‌شوند (۳) و روند رو به افزایش این قشر در جامعه به دلایلی همچون فوت همسر، طلاق، اعتیاد و ... هم در سطح فردی و هم اجتماعی باعث به وجود آمدن مسائل و مشکلات بسیاری در جامعه می‌گردد (۴). زنان سرپرست خانوار هم باید اداره امور اقتصادی را بر عهده داشته و استرس‌های مربوط به شغل و حرفه و تنظیم درآمد را تجربه کنند و هم استرس‌های نقش والدینی، تربیتی و حمایتی از فرزندان را ایفا نمایند (۵). تعداد نقش‌های اضافی، نگرانی در مورد مسائل اقتصادی و استرس درباره آینده باعث افزایش مشکلات سلامت جسمی، اجتماعی و روانی می‌شود که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۶). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان، تنش و استرس بیشتری را تجربه کرده و در معرض ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی بیشتر قرار می‌گیرند (۷). استرس به‌عنوان یک عامل خطر مهم شناخته می‌شود که سلامت روانی را دچار اختلال می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که استرس مزمن منجر به عوارض متعددی می‌شود (۵). استرس ادراک‌شده، بر ادراک و ارزیابی از آسیب احتمالی ناشی از رویارویی با تجارب محیطی انگیزاننده تأکید می‌کند. وقتی افراد مطالبات محیط پیرامونی را از مجموعه منابع مقابله‌ای خویشتر فراتر ارزیابی می‌کنند، آن‌ها در معرض استرس قرار می‌گیرند. درواقع تفسیر از رویداد استرس‌زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدیدآمیز یا بی‌خطر بودن موقعیت را مشخص می‌کند و استرس ادراک‌شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگیشان را غیرقابل‌پیش‌بینی، غیرقابل‌کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد که زنان سرپرست خانوار به دلیل وظایف متعدد دارای سطح بالایی از استرس ادراک‌شده می‌باشند (۳).

توانایی تنظیم و مدیریت هیجان یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی است که در حفظ سلامت جسمانی و روان‌شناختی نقش مهمی دارد و فرد را قادر می‌سازد تا هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد (۸) و فقدان مهارت تنظیم هیجان^۱ به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مرکزی مشکلات عاطفی و ناسازگاری تلقی می‌شود که طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی را دربردارد؛ درواقع آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی شود (۹) تنظیم هیجان، فرایندی است که منجر به تغییر در نوع، شدت، مدت و یا بیان احساساتی می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط شده و درراه اندازی، حفظ رفتار انطباقی و کاهش استرس نقش دارند (۱۰) و به‌طورکلی تنظیم هیجان عبارت است از تمام فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند (۱۱). تنظیم هیجان نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی بازی می‌کند، نقص در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است عامل فرا تشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای آسیب‌های روانی متعددی را تشکیل دهند (۱۲) و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۱۳).

تاکنون رویکردهای درمانی متفاوتی برای تنظیم هیجان به کار گرفته شده است. در سال‌های اخیر تحقیقات روی درمان‌های موج سوم شناختی - رفتاری به‌ویژه درمان مبتنی بر شفقت^۲ و ذهن آگاهی^۳ مبتنی بر کاهش استرس تأکید داشته است (۱۴). در موج سوم درمان شناختی رفتاری که به درمان‌های پست‌مدرن معروف شده‌اند، باور بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل به‌جای رویکردهای شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کردند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در این رویکردهای درمانی به مراجعین آموزش داده

1 - Emotion regulation

2 - Compassion-based

3 - Mindfulness

می‌شود که در گام اول هیجان‌ات خود را شناسایی و در روشی بدون قضاوت و با انعطاف بپذیرند (۱۵). آموزش خود شفقت ورزی^۱، افراد را در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر برای اینکه چطور خودشان را علیرغم وجود نقصان‌ها بپذیرند، یاری می‌دهد. خود شفقت ورزی با ترس از شکست، کمال‌گرایی و نشخوار کمتر و همچنین ظرفیت بیشتری برای مقابله مؤثر با عوامل فشارزا روانی همچون فشارهای تحصیلی، طلاق و درد مزمن مرتبط است (۱۶).

گیلبرت (۲۰۱۴) شفقت را به‌عنوان فرآیندی چندوجهی توصیف می‌کند که دارای تعدادی عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی هست و توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر همراه با ملایمت و مراقبت نقش دارند؛ و همچنین گوهر و ماهیت شفقت را مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن می‌داند (۱۶). درمان متمرکز بر شفقت رویکردی است که به دنبال آن است که انطباق با محیط‌های دشوار را فراهم سازد، با توجه به اینکه در بررسی‌های انجام‌شده کارآمدی درمان مبتنی بر شفقت از درمان‌های معمول به‌طور قابل توجهی برجسته شده است (۱۷)؛ بنابراین این مطالعه باهدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت^۲ (CFT) بر تنظیم هیجان و استرس ادراک‌شده زنان سرپرست خانوار شهر ایلام انجام گردید.

روش پژوهش:

مطالعه حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای نیمه تجربی می‌باشد؛ که باهدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر تنظیم هیجان و استرس ادراک‌شده زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در فاصله سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۱۸ انجام پذیرفت. جمعیت کل زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی ۲۸۰۵ نفر بودند. در مرحله اول بعد از شناسایی تعداد زنان سرپرست خانوار بر اساس جدول مورگان، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب و در مرحله بعد با استفاده از آزمون استرس ادراک‌شده کوهن، کامارک و مرملاستین^۳ (۱۹۸۳) (۱۸)، غربالگری انجام و از بین افرادی که نمره کسب‌شده آن‌ها در آزمون استرس ادراک‌شده از متوسط بالاتر باشد ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ نمونه به‌صورت قرعه‌کشی به گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

نمونه‌گیری از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهر ایلام که دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل یک فرزند، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، عدم دریافت دارودرمانی یا روان‌درمانی به‌صورت همزمان، کسب نمره حداقل یک انحراف معیار بالاتر در پرسشنامه استرس ادراک‌شده در مرحله غربالگری و عدم ابتلا به بیماری جسمانی یا اختلالات روان‌پزشکی، عدم مصرف مواد مخدر و سایر داروهای روان‌گردان که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند انتخاب شدند.

قبل از انجام مطالعه هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده‌شده و از آنان اجازه کتبی دریافت گردید. نظارت دقیق بر نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای مداخله صورت گرفت. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و نتایج فقط برای اهداف پژوهشی مورداستفاده قرار خواهد گرفت و نتایج به‌صورت کلی انتشار خواهد یافت. در ابتدا پرسشنامه استرس توسط زنان سرپرست خانواده تکمیل گردید. سپس زنانی که میزان استرس آن‌ها بالا بود به‌صورت دو گروه آزمون و کنترل وارد مطالعه شدند؛ که در گروه آزمون، بر اساس مداخلات درمانی مبتنی بر شفقت در کاهش استرس به شرح زیر انجام شد. درمان مبتنی بر شفقت: به‌صورت ۸ جلسه آموزشی، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و به صورت گروهی هفته‌ای یکبار برگزار شد. (در قست ابزار، نحوه آموزش بیان گردیده است).

1 - self-compassion

2 - compassion focused therapy

3 - Cohen, Kamarck and Mermelstein

ابزارهای گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، استرس ادراک‌شده و تنظیم هیجان بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، نوع بی‌سرپرستی، تعداد فرزند بود.

پرسشنامه تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کرایچ و اسپین هاون^۲ (۲۰۰۱) (۱۹) برای ارزیابی شیوه‌های تفکر افراد بعد از تجربه یک موقعیت استرس‌زا و تهدیدکننده ساخته شده است. این مقیاس ۳۶ گوی دارد و دارای ۹ زیر مقیاس است که عبارت‌اند از: خود سرزنشگری^۳، سرزنش دیگران^۴، نشخوار ذهنی^۵، فاجعه انگاری^۶، پذیرش^۷، تمرکز مجدد مثبت^۸، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۹، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۰} و دیدگاه پذیری^{۱۱}. نمره‌گذاری گویه‌ها در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای است که به صورت هرگز (۱)، گاهی (۲)، مرتباً (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل‌دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. Garnefski و همکاران (۲۰۰۱) اعتبار آن را از طریق آلفای کرنباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۶ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده و نشان دادند این آزمون ثبات درونی و پایایی باز آزمون مناسبی داشته و همبستگی قابل توجهی نیز با مقیاس‌های افسردگی و اضطراب سیاهه علائم دارد. در ایران این پرسشنامه توسط حسنی (۱۳۹۰) هنجاریابی شد که در نتایج این پژوهش، خرده مقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشتند و دامنه آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس‌های ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود. بررسی روایی نسخه فارسی پرسشنامه، نشان داد که این پرسشنامه روایی قابل قبولی دارد. در این پژوهش ضریب آلفای کرنباخ کل مقیاس ۰/۷۷ محاسبه گردید. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه: چگونه با وقایع کنار می‌آیید؟ ۱- خودم را مقصر این مسئله می‌دانم. ۲- می‌توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.

پرسشنامه استرس ادراک‌شده: مقیاس استرس ادراک‌شده^{۱۲} (PSS) در سال ۱۹۸۳ (۱۸) توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای نسخه ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. قربانی آلفای کرونباخ این مقیاس را در جامعه ایرانی ۰/۸۱ گزارش کرده است.

به منظور تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها در این پژوهش، روایی محتوا و روایی صوری به صورت کمی مورد بررسی قرار گرفت. جهت اعتبار سنجی پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اساتید روانشناس قرار گرفت؛ که همه سؤالات پرسشنامه تأیید شدند.

^۱ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

^۲ - Garnefski, Kraaij & Spinhoven

^۳ self-blame

^۴ other blame

^۵ focus on thought/rumination

^۶ catastrophizing

^۷ acceptance

^۸ positive refocusing

^۹ refocus on planning

^{۱۰} positive reappraisal

^{۱۱} putting into perspective

^{۱۲} - Perceived Stress Scale

به منظور بررسی پایایی پرسشنامه‌ها، از روش همسانی درونی، از آلفای کرونباخ استفاده شد؛ که مقدار آن برای پرسشنامه استرس ادراک شده ۰/۹۲، پرسشنامه تنظیم هیجانی ۰/۷۶، به دست آمد.

پس از انجام مداخلات مجدداً پرسشنامه‌ها بلافاصله بعد از مداخله و همچنین دو ماه بعد در دو گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS شد. در ابتدا نرمالیتی داده‌ها با استفاده از کولموگروف اسمیرونوف (K-S) آزمون گردید و مشخص گردید که داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی زوجی و تی مستقل) استفاده شد. فاصله اطمینان ۰/۰۹۵ لحاظ گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۳۳/۳٪ از زنان گروه آزمون دارای سن ۲۶-۳۰ بوده و ۶۰٪ از زنان گروه کنترل دارای سن بالاتر از ۳۵ بودند. ۸۰٪ از زنان در گروه آزمون و ۳۳/۳٪ از زنان گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی سیکل می‌باشند. سایر اطلاعات دموگرافیکی در جدول شماره یک قابل رویت می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی مشخصات جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار

Table 1: Frequency of demographic characteristics of female-headed households

	گروه کنترل		گروه آزمون		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۱	۶/۷	۵	۳۳/۳	۲۶-۳۰
	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۳۱-۳۵
	۹	۶۰	۵	۳۳/۳	بالاتر از ۳۵
تحصیلات	۵	۳۳/۳	۱۲	۸۰	سیکل
	۷	۴۶/۷	۳	۲۰	دیپلم
	۳	۲۰	۰	۰	بالاتر از دیپلم
بی‌سرپرست	۰	۰	۳	۲۰	متارکه
	۱۰	۶۶/۷	۶	۴۰	طلاق
	۳	۲۰	۳	۲۰	فوت همسر
تعداد فرزند	۲	۱۳/۳	۳	۲۰	سایر
	۹	۶۰	۴	۲۶/۷	۱
	۴	۲۶/۷	۷	۴۶/۷	۲
	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷	۳
	۱	۶/۷	۰	۰	۴

همان‌طور که در جدول شماره ۲ قابل رویت است، استرس ادراک‌شده بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری نسبت به قبل از آزمون دارد ($p < 0/001$). درحالی‌که استرس ادراک‌شده در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نداشت ($p = 0/540$). همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که در مقایسه نمرات استرس ادراک‌شده بین گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/004$). بررسی یافته‌های مطالعه دو ماه بعد از مداخله آموزشی نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار میانگین استرس ادراک‌شده در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله می‌باشد ($p < 0/001$). درحالی‌که استرس ادراک‌شده در گروه کنترل قبل و دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید ($0/493$). همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که در مقایسه نمرات استرس ادراک‌شده بین گروه کنترل و آزمون دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$) (جدول ۲)

جدول شماره ۲: تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در مقایسه با گروه شاهد بلافاصله بعد از درمان و ۲ ماه بعد از مداخله

Table 2: The effect of compassion-based therapy on perceived stress of female-headed households in Ilam compared with the control group immediately after treatment and 2 months after the intervention

P	پس آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پیش آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	معیار
0/001	21/07 ± 7/86	30/73 ± 6/84	استرس ادراک‌شده
0/540	31/13 ± 9/68	29/73 ± 10/10	گروه شاهد
	0/004	0/753	P
0/001	21/20 ± 6/50	30/73 ± 6/84	استرس ادراک‌شده
0/493	32/35 ± 7/65	29/73 ± 10/10	دو ماه بعد از مداخله
	0/001 <	0/753	P

یافته‌ها نشان می‌دهد که نمره حیطة تنظیم شناختی مثبت در بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که در حیطة‌های تنظیم شناختی منفی ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی ($p < 0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($p < 0/001$)، دیدگاه پذیری ($p < 0/001$)، سرزنش خود ($p < 0/001$)، پذیرش ($p < 0/001$)، نشخواره فکری ($p = 0/10$) و فاجعه‌آمیز کردن ($p < 0/001$) اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون وجود دارد (جدول ۳). در گروه کنترل نیز، نمره حیطة‌های تنظیم شناختی مثبت ($p = 0/005$)، تمرکز مجدد مثبت ($p = 0/005$)، دیدگاه پذیری ($p = 0/036$) قبل و بعد از مداخله دارای اختلاف معنی‌داری بودند. (جدول ۳)

جدول ۳: تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در مقایسه با گروه شاهد بلافاصله بعد از درمان

Table 3: The effect of compassion-based therapy on emotion regulation of female-headed households in Ilam compared with the control group immediately after treatment

P	پس‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پیش‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	معیار	
۰/۰۰۱ <	۵۶/۷۳ ± ۴/۰۶	۴۱/۶۰ ± ۳/۰۴	گروه مداخله	تنظیم شناختی مثبت
۰/۰۰۵	۵۵/۰۰ ± ۸/۷۳	۶۰/۱۳ ± ۸/۷۲	گروه شاهد	
۰/۰۰۱ <	۴۷/۶۷ ± ۶/۶۵	۶۵/۶۰ ± ۴/۹۵	گروه مداخله	تنظیم شناختی منفی
۰/۳۹۷	۶۱/۷۳ ± ۱۱/۱۲	۶۳/۶۶ ± ۱۰/۷۱	گروه شاهد	
۰/۰۰۱ <	۱۴/۱۳ ± ۱/۹۲	۱۱/۰۰ ± ۱/۶۹	گروه مداخله	تمرکز مجدد مثبت
۰/۰۰۵	۱۳/۷۳ ± ۲/۶۸	۱۴/۸۶ ± ۲/۸۰	گروه شاهد	
۰/۰۰۱ <	۱۶/۲۶ ± ۱/۵۸	۵/۹۳ ± ۱/۲۸	گروه مداخله	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی
۰/۰۸۸	۱۵/۰۰ ± ۲/۴۵	۱۶/۰۶ ± ۲/۳۱	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۱۳/۶۷ ± ۱/۵۸	۱۰/۰۶ ± ۲/۶۶	گروه مداخله	ارزیابی مجدد
۰/۰۵۸	۱۳/۷۳ ± ۲/۸۴	۱۵/۲۰ ± ۳/۴۱	گروه شاهد	مثبت
۰/۰۰۱	۱۳/۸۰ ± ۱/۸۹	۱۰/۰۰ ± ۱/۳۱	گروه مداخله	دیدگاه‌پذیری
۰/۰۳۶	۱۲/۵۳ ± ۲/۶۱	۱۴/۰۰ ± ۲/۶۷	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۸/۳۳ ± ۲/۲۲	۱۲/۹۳ ± ۱/۲۲	گروه مداخله	سرزنش خود
۰/۰۵۶	۱۱/۴۰ ± ۱/۸۴	۱۳/۰۶ ± ۳/۴۹	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۹/۱۳ ± ۱/۵۱	۱۳/۷۳ ± ۱/۵۸	گروه مداخله	پذیرش
۰/۴۵۷	۱۳/۱۳ ± ۳/۳۵	۱۲/۵۳ ± ۲/۵۳	گروه شاهد	
۰/۰۱۰	۱۰/۸۶ ± ۱/۹۲	۱۳/۲۰ ± ۲/۰۴	گروه مداخله	نشخواره فکری
۰/۱۴۱	۱۲/۸۰ ± ۲/۵۴	۱۴/۰۰ ± ۲/۲۷	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۹/۶۶ ± ۲/۶۶	۱۲/۸۶ ± ۱/۷۶	گروه مداخله	فاجعه‌آمیز
۰/۱۴۵	۱۳/۲۰ ± ۲/۸۳	۱۲/۲۰ ± ۳/۳۰	گروه شاهد	کردن

جدول ۴ نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار حیطه‌های تنظیم شناختی مثبت ($p < 0/001$)، تنظیم شناختی منفی ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی ($p < 0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($p < 0/001$)، دیدگاه‌پذیری ($p < 0/001$)، سرزنش خود ($p < 0/001$)، پذیرش ($p = 0/010$)، نشخواره فکری ($p < 0/001$) و فاجعه‌آمیز کردن ($p < 0/001$)

در بین گروه آزمون قبل و دو ماه بعد از مداخله می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری در حیطه‌های مختلف تنظیم هیجانی در گروه کنترل قبل و دو ماه بعد از مداخله وجود ندارد ($p > 0.05$) (جدول ۴)
 جدول ۴: تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در مقایسه با گروه شاهد بلافاصله دو ماه بعد از مداخله

Table 4: The effect of compassion-based therapy on emotion regulation of female-headed households in Ilam compared with the control group two months after the intervention

P	پس‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	پیش‌آزمون (میانگین ± انحراف معیار)	معیار	
۰/۰۰۱	۵۶/۶۰ ± ۳/۵۲	۴۱/۶۰ ± ۳/۰۴	گروه مداخله	تنظیم شناختی
۰/۲۰۶	۵۵/۴۲ ± ۱۱/۷۷	۶۰/۱۳ ± ۸/۷۲	گروه شاهد	مثبت
۰/۰۰۱	۵۰/۱۳ ± ۴/۶۷	۶۵/۶۰ ± ۴/۹۵	گروه مداخله	تنظیم شناختی
<				منفی
۰/۷۹۰	۶۴/۲۰ ± ۸/۷۶	۶۳/۶۶ ± ۱۰/۷۱	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۱۴/۰۷ ± ۱/۶۷	۱۱/۰۰ ± ۱/۶۹	گروه مداخله	تمرکز مجدد
۰/۷۲۶	۱۳/۰۶ ± ۲/۲۸	۱۴/۸۶ ± ۲/۸۰	گروه شاهد	مثبت
۰/۰۰۱	۱۶/۴۰ ± ۱/۸۰	۵/۹۳ ± ۱/۲۸	گروه مداخله	تمرکز مجدد
۰/۸۲۰	۱۵/۶۰ ± ۸/۴۱	۱۶/۰۶ ± ۲/۳۱	گروه شاهد	برنامه‌ریزی
۰/۰۰۱	۱۴/۲۶ ± ۲/۰۶	۱۰/۰۶ ± ۲/۶۶	گروه مداخله	ارزیابی مجدد
۰/۰۹۵	۱۳/۶۴ ± ۲/۳۱	۱۵/۲۰ ± ۳/۴۱	گروه شاهد	مثبت
۰/۰۰۱	۱۴/۰۰ ± ۱/۶۹	۱۰/۰۰ ± ۱/۳۱	گروه مداخله	دیدگاه‌پذیری
۰/۲۵۳	۱۳/۲۰ ± ۲/۵۶	۱۴/۰۰ ± ۲/۶۷	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۹/۳۳ ± ۱/۱۷	۱۲/۹۳ ± ۱/۲۲	گروه مداخله	سرزنش خود
۰/۷۷۹	۱۲/۸۷ ± ۲/۳۹	۱۳/۰۶ ± ۳/۴۹	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۱۰/۲۰ ± ۱/۶۹	۱۳/۷۳ ± ۱/۵۸	گروه مداخله	پذیرش
۰/۶۶۵	۱۲/۸۶ ± ۲/۰۳	۱۲/۵۳ ± ۲/۵۳	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۱۰/۲۷ ± ۱/۴۸	۱۳/۲۰ ± ۲/۴	گروه مداخله	نشخواره فکری
۰/۷۶۲	۱۳/۸۰ ± ۲/۱۱	۱۴/۰۰ ± ۲/۲۷	گروه شاهد	
۰/۰۰۱	۱۰/۰۰ ± ۱/۵۵	۱۲/۸۶ ± ۱/۷۶	گروه مداخله	فاجعه‌آمیز
۰/۲۱۵	۱۲/۹۳ ± ۱/۹۴	۱۲/۲۰ ± ۳/۳۰	گروه شاهد	کردن

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استرس بر تنظیم هیجان زنان سرپرست خانوار شهر ایلام انجام شد.

خود شفقت ورزی یک رویکرد درمانی است که به مراجعین کمک می کند تا مهارت ها و نگرش ذهن مشفق را گسترش دهند این درمان می تواند موجب افزایش خود شفقتی و رضایت از زندگی گردد و افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش دهد. یافته‌های این مطالعه نشان از آن دارد که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش استرس ادراک شده زنان سرپرست خانوار شده است مطالعه باتیستا و همکاران^۱ (۲۰) همسو با یافته‌های حاضر است؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت با به‌کارگیری مهربانی و حمایت دیگران موجب کاهش استرس شده و در نتیجه باعث بهبود سلامت روان می‌گردد (۲۱). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، بنابراین دوره‌های درمانی مبتنی بر شفقت، سبب افزایش میزان شفقت به خود و کاهش عوامل آسیب‌زای روانی می‌شود (۲۲). علاوه بر این یافته‌های بریتوپونس و همکاران^۲ نشان داد که افرادی که دارای شفقت به خود بالاتر هستند استرس کمتری دارند و توانمندترند (۲۳). بنابراین می‌توان اظهار کرد که درمان مبتنی بر شفقت به فرد امکان می‌دهد که پاسخ‌های خودکار و عاداتی به تجربه‌های استرس‌زا را کاهش داده و با مرور زمان، با ترویج یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیر قابل تغییر زندگی، فعال‌سازی سیستم پاسخ استرس را کاهش دهد.

تاثیر مداخلات انجام‌شده بر تنظیم هیجان در مطالعه حاضر مشهود می‌باشد به طوری که بعد از مداخله میانگین ابعاد مختلف تنظیم هیجان اختلاف معنی‌داری با قبل از مداخله در گروه آزمون دارد و خود شفقتی باعث افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، مثبت دیدگاه‌پذیری ...) و کاهش به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان (فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش خود) می‌گردد. همچنین خود شفقت ورزی به طور مستقیم با توانایی‌های روان‌شناختی همچون شادمانی، خوش بینی، خرد، ابتکار شخصی و هوش هیجانی مرتبط است. آموزش خود شفقت ورزی، افراد را در بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر برای اینکه چطور خودشان را علیرغم وجود نقصان‌ها بپذیرند، یاری می‌دهد. خودشفقت ورزی با کاهش ترس از شکست و داشتن توان مقابله مؤثر با عوامل فشارزای روانی مرتبط است. همسو با نتایج حاضر دیدریچ و همکاران^۳ بیان می‌کنند که استفاده از خود شفقتی به عنوان یک استراتژی می‌باشد که موجب ارزیابی مجدد صریح شده و در کاهش افسردگی مؤثر می‌باشد (۲۴) و همچنین با افزایش انگیزه، رفتارهای مرتبط با سلامت، تصویر بدن مثبت و مقابله تاب‌آورانه مرتبط است.

نتایج تحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را در زنان سرپرست خانوار افزایش و راهبردهای منفی را در آنان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد؛ بنابراین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان تأیید می‌شود. نتایج یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۵). همسو می‌باشد؛ بنابراین می‌توان اظهار کرد که افرادی که سطوح بالاتری از خود شفقتی را دارند در تنظیم هیجان کارآمدتر هستند و در برخورد با مسائل و شرایط استرس‌زا از هیجان‌های مثبت و راهبردهای سازگارانه استفاده می‌کنند (۲۶).

در تبیین نتایج به دست آمده پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر کاهش استرس ادراک شده و تنظیم هیجان می‌توان عنوان کرد خود شفقتی یک جهت‌گیری درونی است که با خود مشفق و مهربان باشیم. این جهت‌گیری، احتمالاً به فرد اجازه می‌دهد تا ضمن ممانعت از تأکید بیش از حد بر جنبه‌های منفی

1 - Batista et al.

2 - Brito-Pons, Campos and Cebolla

3 - Diedrich et al.

رویدادها و شرایط زندگی، بر جنبه های مثبت زندگی تمرکز نماید. بنابراین هیجان های منفی به حالت احساسی مثبت تری تبدیل می شوند و به فرد فرصت درک دقیق تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش و مناسب می دهند. زنان سرپرست خانوار، بار روانی زیادی را به علت رویارویی با چالش های اجتماعی - روانی و اقتصادی ادراک می کنند، از جمله آسیب های اجتماعی که متوجه زنان سرپرست خانوار است نگرش منفی جامعه به این زنان است و تأثیر این دیدگاه منفی در زنان سرپرست خانوار به حدی زیاد است که پیامد آن در رفتار و هیجانانشان کاملاً مشهود است. یافته های این مطالعه نشان می دهد که با توانمندسازی زنان سرپرست خانوار با رویکرد درمان مبتنی بر شفقت می توان موجب کاهش استرس ادراک شده و بهبود تنظیم هیجان گردید. لذا بهره گیری از درمان مبتنی بر شفقت می تواند با تأثیر بر جنبه های گوناگون عاطفی و عملکردی زنان سرپرست خانوار به بهبود کیفیت عملکرد روانی، فیزیکی و همچنین جنبه های گوناگون کیفیت زندگی آنان نیز منجر گردد. نتایج این مطالعه می تواند به عنوان استراتژی برای طراحی مداخلات مناسب جهت کاهش استرس و عواطف منفی و افزایش عاطفه مثبت و ارتقای سبک زندگی زنان سرپرست خانوار مورد توجه و استفاده نهادهای حمایت کننده قرار گیرد

محدودیت های پژوهش

پژوهش حاضر محدودیت هایی را به همراه داشت که عبارت بودند از: اجرای پژوهش روی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد، استفاده از پرسشنامه خود گزارشی به عنوان ابزار جمع آوری داده ها و کوتاه بودن زمان پیگیری؛ بنابراین در تعمیم نتایج آن به زنان سرپرست خانوار تحت حمایت سایر سازمان های حمایتی و سایر اقشار جامعه جانب احتیاط رعایت شود. از این رو پیشنهاد می گردد تأثیر این رویکردهای مداخله ای بر روی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت سایر سازمان های حمایتی با سنین مختلف و یا زنان خانواری که تحت پوشش هیچ نهادی نیستند لحاظ گردند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکترا دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام است. پس از کسب مجوز و صدور معرفی نامه برای جمع آوری اطلاعات، پژوهشگر با حضور در ابتدا اهداف مطالعه را برای شرکت کنندگان به طور واضح شرح داد و از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی اخذ گردید. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده به صورت کلی و بدون ذکر نام اشخاص گزارش خواهد شد. همچنین به شرکت کنندگان نسبت به همکاری و عدم همکاری در مطالعه اختیار تام داده شد.

کاربرد پژوهش

پژوهش حاضر، برنامه آموزشی عملی جدیدی نسبت به کنترل استرس و تنظیم هیجان در گروه های آسیب پذیر جامعه است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان از تمامی افرادی که در اجرای پژوهش همکاری نموده اند کمال تشکر و قدردانی را دارد.

References:

1. Taftah MAAM. The Obstacles of Happiness from the View of Female-headed Households of Tehran. *Women and Family Studies*. 2016;2(3):33-60.
2. Soha MR. Comparison of life expectancy and resilience in female-headed households and ordinary women. *Family and Health* 2016;4(1). [Persian]

3. raport statict women of head
<http://women.gov.ir/uploads/images/gallery/%DA%AF%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%B4%20%D8%AD%D9%88%D8%B2%D9%87%20%D8%B2%D9%86%D8%A7%D9%86%20%D9%88%20%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%AF%D9%87/zanan.pdf>. [Persion]
4. Zare H, Mehmannaavazan A. The effectiveness of encouragement training on promotion of general self-efficacy and resiliency of female-headed households. 2015.
5. Janusek LW, Tell D, Mathews HL. Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: a randomized trial with active control. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019;80:358-73.
6. Chant S. Single-Pa rent Fa mi lies: Choice or Constraint? The Formation of Female-Headed Households in Mexican Shanty Towns. *Development: Critical Essays in Human Geography*. 2017:61.
7. solhi M. Shabani M.Salehi M. Quality of life of Women heading household covered by Tehran Welfare Organization. *Rahavard Salamat Journal*. 2015;1(1):1-10.[Persion]
8. Diedrich A, Burger J, Kirchner M, Berking M. Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):247-63.
9. Neacsiu AD, Herr NR, Fang CM, Rodriguez MA, Rosenthal MZ. Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of clinical psychology*. 2015;71(4):346-61.
10. Niazi E, Mami S, Ahmadi V. Comparison of the Efficacy of the Integrative Behavioral Couple Therapy and Rational-Emotive Behavior Therapy on the Communication Beliefs among Maladjustment Couples. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(0):14-.[Persion]
11. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry research*. 2015;225(3):425-32.
12. Petersen N, Ghahremani DG, Rapkin AJ, Berman SM, Liang L, London ED. Brain activation during emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychological medicine*. 2018;48(11):1795-802.
13. Fillo J, Kamper-DeMarco KE, Brown WC, Stasiewicz PR, Bradizza CM. Emotion regulation difficulties and social control correlates of smoking among pregnant women trying to quit. *Addictive behaviors*. 2019;89:104-12.
14. Engen HG, Singer T. Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2015;10(9):1291-301.
15. Nori D, Jalaei S. The effectiveness of compassion-based therapy on pain perception in patients with Acute Coronary Syndrome. *Medical Science*. 2019;23(99):639-51.
16. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.

17. Murfield J, Moyle W, O'Donovan A. Mindfulness-and compassion-based interventions for family carers of older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;103495.
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.
19. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*. 2002;16(5):403-20.
20. Batista R, Cunha M, Galhardo A, Couto M, Massano-Cardoso I. Psychological adjustment to lung cancer: the role of self-compassion and social support. *European Psychiatry*. 2015;30:1511.
21. Wang X, Chen Z, Poon K-T, Teng F, Jin S. Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2017;106:329-33.
22. Kelly M, Tyson M. Can mindfulness be an effective tool in reducing stress and burnout, while enhancing self-compassion and empathy in nursing? *Mental Health Nursing*. 2016;36(6).
23. Brito-Pons G, Campos D, Cebolla A. Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness*. 2018;9(5):1494-508.
24. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;82:1-10.
25. Tang Y-Y, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016;163:S13-S8.
26. Scoglio AA, Rudat DA, Garvert D, Jarmolowski M, Jackson C, Herman JL. Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of interpersonal violence*. 2018;33(13):2016-36.

ابزار پژوهش

برنامه آموزشی

جدول ۱: مراحل اجرای برنامه آموزشی	
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه و آشنایی اعضاء گروه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خود - شفقتی
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم این‌که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند- تکالیف خانگی
جلسه	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی

سوم	نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فدر «دارای شفقت» یا «غیر شفقت» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خود - شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد رد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجهه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد افراد آن موقعیت».
جلسه هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

پرسشنامه تنظیم هیجان

ر	د	ی	ف	سوالات	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
			۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و با شرایط استرس‌زا خودم مقصرم					
			۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم					
			۳	به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم					
			۴	به چیزهایی بهتر از آنچه که تجربه کرده‌ام فکر					

					می‌کنم	
					به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم	۵
					به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم	۶
					به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد	۷
					به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از آن چیزی است که بر سر دیگران آمده است	۸
					احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند	۹
					حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم هستم	۱۰
					فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم	۱۱
					افکار و احساس که در جریان ناگوارم تجربه داشته‌ام مرا به خود مشغول می‌کند	۱۲
					به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آنها نپرداخته‌ام	۱۳
					به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم	۱۴
					به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم	۱۵
					به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این هم تجربه کرده‌اند	۱۶

					مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه ای که داشته ام فکر می کنم	۱ ۷
					احساس می کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند	۱ ۸
					به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده ام فکر می کنم	۱ ۹
					فکر می کنم نمی توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم	۲ ۰
					تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته ام بفهمم	۲ ۱
					در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می کنم	۲ ۲
					به این فکر می کنم که چگونه می توانم شرایط را عوض کنم	۲ ۳
					به این فکر می کنم که این شرایط ناگوار می تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد	۲ ۴
					به این فکر می کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است	۲ ۵
					فکر می کنم اتفاقاتی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می توانست برای کسی اتفاق بیفتد	۲ ۶
					به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد، فکر می کنم	۲ ۷
					فکر می کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس زا خودم هستم	۲ ۸
					فکر می کنم باید یاد	۲

					۹	بگیرم با آن زندگی کنم
					۳	گرفتار احساساتی هستم
					۰	که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کند
					۳	به تجارب خوب فکر می‌کنم
					۱	
					۳	به نقشه ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم
					۲	
					۳	به ابعاد مثبت مسأله فکر می‌کنم
					۳	
					۳	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگوار وجود دارد که باید با آنها روبرو شد
					۴	
					۳	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم
					۵	
					۳	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند
					۶	

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران

در پرسشنامه زیر احساس و افکار شما در طی ماه گذشته در هر یک از عبارات ها، مورد پرسش قرار می‌گیرد. اگر چه برخی از عبارات ها ظاهرا به هم شبیه هستند، ولی بر اساس پاسخی که شما می‌دهید، مسائل جداگانه ای را بررسی می‌کنند. بهتر است نخستین پاسخی که به ذهنتان رسید، علامت بزنید.

ر	عبارات	هرگز	تقریبا هرگز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	بسیاری از اوقات
۱	آیا از اتفاقات غیر منتظره پریشان و آشفته شده اید؟	0	1	2	3	4
۲	آیا احساس کرده اید که قادر به کنترل مسایل مهم در زندگی خودتان نیستید؟	0	1	2	3	4

4	3	2	1	0	۳ آیا احساس عصبی بودن و تحت فشار بودن کرده اید؟
0	1	2	3	4	۴ آیا با موفقیت از عهده مسائل و مشکلات روزانه برآمده اید؟
0	1	2	3	4	۵ آیا احساس کرده اید که به طور مؤثر با تغییراتی که در زندگی رخ داده، کنار آمده اید؟
0	1	2	3	4	۶ آیا درباره توانایی حل مشکلات شخصی، احساس اطمینان کرده اید؟
0	1	2	3	4	۷ آیا احساس کرده اید، اوضاع همانطور که می خواهید پیش می رود؟
4	3	2	1	0	۸ آیا متوجه شده اید که نمی توانید از عهده کارهایی که باید انجام دهید، برآید؟
0	1	2	3	4	۹ آیا بطور موفقیت آمیز با مشکلات آزارنده زندگی کنار آمده اید؟
0	1	2	3	4	۱۰ آیا احساس کرده اید بر اوضاع تسلط دارید؟
4	3	2	1	0	۱۱ آیا به خاطر اتفاقات رخ داده که خارج از کنترل شما بوده، خشمگین شده اید؟
4	3	2	1	0	۱۲ آیا راجع به کارهایی که مجبور بوده اید انجام دهید، فکرتان مشغول شده است؟

0	1	2	3	4	آیا قادر بوده اید که بر استفاده از وقت های خودتان کنترل داشته باشید؟	۱ ۳
4	3	2	1	0	آیا مشکلات شما به حدی زیاد بوده که نتوانید بر آن ها غلبه کنید؟	۱ ۴