MEJDS. 2024; 14:150.

Published online 2025 March. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Self-compassion Training on Mental Well-Being and Self-criticism in Women with Marital Conflicts

Fallah H[1], *Aghaei H[2]

Author Address
1. MA in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
***Corresponding Author Email**: ha.aghae@gmail.com

Received: 2023 November 5; **Accepted**: 2024 January 3

Abstract

Background & Objectives: Couples marry based on specific goals and wish to experience a stable and satisfying life; however, when couples have a stable and satisfying life, they also experience conflicts in their life together. Marital conflict can damage the structure of marital relations. Teaching self–compassion can help women develop a more compassionate and tolerant attitude toward themselves, improving relationship satisfaction. Marital satisfaction is directly related to psychological well–being. Psychological well–being includes positive thoughts and feelings that people have about their lives. People with poor self–criticism resolve interpersonal conflicts by considering their needs and those of others. Among the third–wave therapies, compassion therapy is an integrated, multidimensional approach that draws from neuroscience, developmental science, social science, evolutionary science, and Buddhist psychology. Some experts believe that the core of helping people is based on compassion. Therefore, this research examined the effectiveness of self–compassion training on mental well–being and self–criticism in women with marital conflicts.

Methods: The current research was quasi–experimental and was conducted with a pretest–posttest design with the control and experimental groups. The statistical population of this research comprised all women with marital conflicts referred to Mehrara Psychological Clinic in Sari City, Iran, in 2022. Among the statistical population, 30 qualified volunteers entered the study as available and were randomly assigned to two groups of self–compassion training and control (each group included 15 people). After selecting the people of the sample group and before starting the treatment program, the Ryff Psychological Well–Being Scale (Ryff, 1989) and the Levels of Self–Criticism Scale (Thompson & Zuroff, 2004) were distributed among both groups. Afterward, self–help training was implemented in the experimental group (in the form of 8 sessions of 90 minutes, each session once a week), and the control group was not subjected to any treatment program. In the end, the posttest was done again from both groups. Also, after the end of the research, the treatment programs implemented in this research were implemented in the control group to maintain the ethical standards in the study. The inclusion criteria include married women who scored above the average on the scale of marital conflicts, have at least a diploma level of education, and are not participating in other therapeutic interventions at the same time. The exclusion criteria include an absence of more than three sessions and non–observance of group therapy rules. This research observed ethical standards including obtaining informed consent and ensuring privacy and confidentiality. Also, when participating in the study, the participants could withdraw from the research and provide individual information. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics univariate covariance analysis was used. Data analysis was done using SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: The results showed that the effect of self–compassion training on all components of mental well–being and self–criticism in women with marital conflicts was significant ($p<0.001$). Also, effect sizes were obtained for self–acceptance (0.75), positive relationships with others (0.80), autonomy (0.76), mastery of the environment (0.90), purposeful living (0.89), personal growth (0.94), internalized self–criticism (0.97), and comparative self–criticism (0.92).

Conclusion: The results show that self–compassion training significantly improves mental well–being and reduces self–criticism in marital conflict women. So, promoting self–compassion can be an effective strategy for managing marital conflicts in women.

Keywords: Self–compassion training, Mental well–being, Self–criticism, Marital conflicts.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۵۰.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی

حمیده فلاح[۱]، *حکیمه آقایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ha.aghae@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴آبان۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳دی۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: تعارض زناشویی ممکن است ساختار روابط زناشویی را دچار آسیب کند. آموزش شفقت به خود، به زنان کمک می‌کند نگرش دلسوزانه‌تر و پذیرنده‌تری دربارهٔ خویش داشته باشند که به‌نوبهٔ خود می‌تواند منجربه بهبود رضایت از رابطه شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی مهرآرا در شهر ساری در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس مقیاس سطوح خودانتقادگری (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (ریف، ۱۹۸۹) توسط دو گروه تکمیل شد. در ادامه گروه آزمایش آموزش خودشفقت‌ورزی را در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد. پرسش‌نامه‌های مذکور مجدد توسط دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر همهٔ مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین اندازهٔ اثر برای پذیرش خود (۰/۷۵)، روابط مثبت با دیگران (۰/۸۰)، خودمختاری (۰/۷۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، زندگی هدفمند (۰/۸۹)، رشد فردی (۰/۹۴)، خودانتقادگری درونی‌شده (۰/۹۷) و خودانتقادگری مقایسه‌ای (۰/۹۲) به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج مشخص کرد، آموزش خودشفقت‌ورزی بهبودی معناداری در بهزیستی ذهنی و کاهش خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی ایجاد می‌کند؛ ازاین‌رو ارتقای خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان راهکاری مؤثر برای مدیریت تعارضات زناشویی در زنان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش خودشفقت‌ورزی، بهزیستی ذهنی، خودانتقادگری، تعارضات زناشویی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

ازدواج[1] مهم‌ترین روابط بین‌فردی است که خیلی از افراد آن را تجربه می‌کنند. ازدواج، نهادی اجتماعی است که براساس آن مرد و زن ازطریق تعهدی قانونی و مذهبی و اخلاقی تصمیم می‌گیرند به‌عنوان زن و شوهر در کنار هم زندگی کنند. زوجین براساس اهداف مشخصی ازدواج می‌کنند و آرزو دارند تجربه‌گر زندگی باثبات و رضایتمندی باشند (۱)؛ اما در مواقعی که زوجین زندگی باثبات و رضایتمندی دارند، تعارضاتی را نیز در زندگی مشترک خود تجربه می‌کنند (۲)؛ لذا از دستاوردهای تحولات نهاد خانواده و از عوامل تهدیدکنندهٔ بنیان و کانون خانواده، تعارضاتی[2] است که در روابط بین زوجین بروز پیدا می‌کند (۳). تعارضات زناشویی[3]، از مشکلات شایع زوجین و ناشی‌از ناهماهنگ‌بودن زوجین در نوع خواسته‌ها و انتظارات و اختلاف در رفتارهای غیرمسئولانه درقبال ارتباط زناشویی و ازدواج است (۴). تحقیقات نشان داد، رضایت زناشویی[4] با بهزیستی روانی افراد ارتباط مستقیم دارد؛ چنان‌که پاسی و همکاران دریافتند، افراد دارای سطح بهزیستی روان‌شناختی[5] بالا از زندگی خانوادگی خود رضایت بیشتری دارند و دارای دوستان زیادی هستند و روابط خوبی برقرار می‌کنند (۵). در سال‌های اخیر، مطالعه دربارهٔ افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی افزایش چشمگیری داشته است (۶). بهزیستی روان‌شناختی شامل افکار و احساسات مثبتی است که افراد زندگی خود را به‌طور مطلوب ارزیابی می‌کنند (۷). در روان‌شناسی مثبت‌گرا[6]، بهزیستی روان‌شناختی به مجموعه‌ای از عوامل و شرایطی اطلاق می‌شود که افزایش رضایتمندی و خوشبختی و بهبود کیفیت زندگی فرد را به‌دنبال دارد. این عوامل شامل احساسات مثبت، ارتباطات مثبت، ارزش‌های شخصی، تعالی و رشد شخصی، پایداری عاطفی و عملکرد بهتر شغلی و تحصیلی است. به‌طور خلاصه، هدف بهزیستی روان‌شناختی بهبود کیفیت زندگی افراد در سطح روان‌شناختی و عاطفی است (۸).

ازسوی‌دیگر پژوهش‌ها نشان داد، افراد با خودانتقادی[7] ضعیف تعارضات بین‌فردی خود را با درنظرگرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (۹). خودانتقادگری دربارهٔ خود به‌نحوی با خودانتقادگری دربارهٔ دیگران همراه است. خودانتقادگری، الگویی رفتاری[8] است که شامل انتقاد و انتقادات منفی دربارهٔ خود است. در طول خودانتقادگری، فرد به خودش انتقاد می‌کند، عملکرد خویش را هدف بررسی قرار می‌دهد و به خود، ارزیابی منفی می‌دهد. این الگوی رفتاری ممکن است به تأثیرات منفی بر خوداحترامی، اعتمادبه‌نفس و رضایتمندی زندگی منجر شود (۱۰). خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی دو نوع خاص از خودانتقادی است. در خودانتقادی مقایسه‌ای فرد خود را با دیگران مقایسه می‌کند و به نتیجه می‌رسد که درمقایسه با آن‌ها ناکامل‌تر است. این نوع خودانتقادی ممکن است باعث احساس ارزشیابی‌نشدن و ناراحتی شود. فرد امکان دارد به خود انتقاد کند که «من همیشه اشتباه می‌کنم» یا «من ناتوان هستم». این الگوی رفتاری معمولاً به تشدید احساسات منفی و اضطراب[9] و افسردگی[10] منجر می‌شود. فرد در این حالت به‌طور ناخودآگاه به خودش انتقاد می‌کند و گاهی حتی نمی‌تواند آگاه شود که درحال خودانتقادی است (۹). در هردو نوع خودانتقادی، مهم است که فرد بتواند آگاه شود و الگوهای منفی را شناسایی کند. باتوجه به آگاهی، فرد می‌تواند به تغییر الگوهای خودانتقادگری منفی بپردازد و به‌سمت خودانتقادگری سازنده و سالمی حرکت کند (۱۱).

در میان درمان‌های موج سوم، شفقت‌درمانی[11] رویکردی یکپارچه و چندبُعدی به‌شمار می‌رود که از علوم عصبی، رشدی، اجتماعی، تکاملی و روان‌شناسی بودا گرفته شده است (۱۲). بعضی متخصصان باور دارند هستهٔ اصلی کمک به افراد براساس حس شفقت است (۱۳). شفقت به خود دربرگیرندهٔ گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد دربارهٔ درد و رنج‌های خود است (۱۴). شفقت را می‌توان به‌عنوان آگاهی عمیق از رنج شخص دیگر، همراه با تمایل به کاهش آن رنج تعریف کرد. این مطلب به‌معنای احساس همدلی و نشان‌دادن مهربانی، درک و حمایت درقبال افرادی است که درد، مشکل یا سختی را تجربه می‌کنند. شفقت یک ویژگی اساسی انسانی است که به افراد امکان می‌دهد با دیگران ارتباط برقرار سازند و با آن‌ها با مهربانی و سخاوت رفتار کنند (۱۵). درمان شفقت به خود رویکردی است که بر توسعهٔ مهربانی و درک و پذیرش درقبال خود تمرکز دارد. این امر شامل رفتار با خود با همان مراقبت و شفقت است که دربارهٔ عزیزی ابراز می‌کند که در رنج است. هدف درمان شفقت به خود، پرورش صدای درونی پرورش‌دهنده و حمایت‌کننده، به‌چالش کشیدن قضاوت و انتقاد از خود است (۱۶). این رویکرد درمانی توسط دکتر کریستین نف توسعه یافت و دارای سه مؤلفهٔ اصلی است: مهربانی با خود؛ انسانیت مشترک؛ ذهن‌آگاهی[12]. مهربانی با خود دربرگیرندهٔ مهربانی و درک درقبال خود، ارائهٔ آرامش و حمایت در مواقع سخت است. بشریت، مشترک بر این نکته تأکید دارد که هرکسی در زندگی رنج و چالش را تجربه می‌کند و متوجه است مبارزات یک فرد منحصربه‌فرد نیست. ذهن‌آگاهی به‌معنای حضور در لحظه، تصدیق و پذیرش افکار و احساسات خود بدون‌قضاوت است (۱۷).

درمجموع باوجود شواهد مربوط به مفیدبودن شفقت‌درمانی برای یاری‌رسانی به افراد دارای تعارضات زناشویی زیاد، همراه با امکان ترکیب نقاط قوت این درمان به‌ویژه در زنان دارای تعارضات زناشویی، تأثیر شفقت‌درمانی بر مؤلفه‌های خودانتقادگری و بهزیستی ذهنی در زنان دارای تعارضات زناشویی تاکنون بررسی نشده است؛ ازاین‌رو، درراستای رفع خلأ دانش علمی موجود درزمینهٔ تأثیر روش شفقت‌درمانی و شفاف‌سازی مسیر پژوهش و آموزش در آینده برای پژوهشگران و درمانگران، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام گرفت.

---

1. Marriage
2. Conflicts
3. Marital conflicts
4. Marital satisfaction
5. Psychological well-being
6. Positive psychology
7. Self-criticism
8. Behavior pattern
9. Stress
10. Depression
11. Compassion Therapy
12. Mindfulness

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه گواه و آزمایش بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی مهرآرا در شهر ساری در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. حجم نمونه ازطریق نرم‌افزار G*Power به‌گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص اختلاف حداقل ۱ واحد از متغیرهای وابستهٔ پژوهش را بین گروه آزمایش و گروه گواه داشته باشد. بافرض احتمال خطای نوع اول ۵درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰درصد و انحراف معیار ۰/۹، تعداد حجم نمونه برابر با حدوداً پانزده نفر برای هر گروه به‌دست آمد؛ بنابراین از بین جامعهٔ آماری، سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌طور دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آموزش خودشفقت‌ورزی (آزمایش) و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به‌این‌ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[1] (۱۸) و مقیاس سطوح خودانتقادگری[2] (۱۹) بین دو گروه توزیع شد. در ادامه گروه آزمایش آموزش خودشفقت‌ورزی را به‌صورت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد در دو گروه پس‌آزمون صورت گرفت. همچنین پس از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین اخلاقی، برنامه‌های درمانی انجام‌شده در پژوهش برای گروه گواه اجرا شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: زنان متأهل دارای نمرهٔ بیشتر از ۸۰ در مقیاس تعارضات زناشویی[3]؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت‌نکردن قوانین گروه‌درمانی بود.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان درزمینه‌های خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ باهدف بررسی ابعاد مختلف بهزیستی در سطح روان‌شناختی تدوین شد (۱۸). فرم اصلی مقیاس دارای ۱۲۰ سؤال بود؛ ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴سؤالی و ۵۴سؤالی و هیجده‌سؤالی تشکیل شد. در این پژوهش فرم هیجده‌سؤالی به‌کار رفت. این مقیاس از شش خرده‌مقیاس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تشکیل شده است. در این مقیاس پاسخ به هر سؤال روی طیفی شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶ مشخص می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۱۸). اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعدد گزارش شده است. ریف همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را مناسب دانست و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۰/۷۷تا۰/۹ به‌دست آورد. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی[4] نیوگارتن و همکاران (۲۰) و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ[5] (۲۱) به‌ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۴۶ بود (۱۸). این ابزار در ایران توسط بیانی و همکاران با ضریب پایایی کلی ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش، تسلط بر محیط، زندگی خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ هنجاریابی شد. همچنین همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی[6] دینر و همکاران (۲۲) و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۲۱) به‌ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۱۷ به‌دست آمد (۲۳).

ـ مقیاس سطوح خودانتقادگری: این مقیاس توسط تامسون و زوروف در سال ۲۰۰۴ تهیه و تنظیم شد (۱۹). این پرسش‌نامه، در دو سطح خودانتقادگری را در فرد می‌سنجد: اول خودانتقادگری درونی‌شده و دوم خودانتقادگری مقایسه‌ای. خودانتقادگری مقایسه‌ای به‌عنوان دیدگاه و نظر منفی دربارهٔ خود دربرابر دیگران تعریف می‌شود. خودانتقادگری مقایسه‌ای بر مقایسهٔ نامناسب خود با دیگران که خصمانه یا انتقادی است، تمرکز می‌کند؛ بنابراین یکی از مشخصات خودانتقادگری مقایسه‌ای، خصومت بین‌فردی است (۱۹). خودانتقادگری درونی به‌عنوان دیدگاه و نظر منفی دربارهٔ خود درمقابل استانداردهای شخصی و درونی خود تعریف می‌شود. خودانتقادگری درونی شامل مقایسهٔ خود با دیگران نیست؛ بلکه فرد، خود را (درمقابل با انتظارات خودم) ناکارآمد می‌بیند. مقیاس سطوح خودانتقادگری مشتمل بر ۲۲ سؤال است و نمره‌گذاری هفت‌درجه‌ای از صفر تا ۶ را در بر می‌گیرد. مؤلفه‌ها و سؤالات مربوط به هر مؤلفه عبارت است از: آیتم‌های خرده‌مقیاس خودانتقادگری درونی‌شده: ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹؛ آیتم‌های خرده‌مقیاس خودانتقادگری مقایسه‌ای: ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ به‌دست آمد. برای سنجش روایی هم‌گرا از مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ استفاده شد و ضرایب همبستگی خودانتقادگری درونی‌شده و خودانتقادگری مقایسه‌ای با کل پرسش‌نامه به‌ترتیب ۰/۶۶ ـ و ۰/۵۷ ـ بود (۱۹). در ایران ملک‌پور و همکاران، آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس سطوح خودانتقادگری ۰/۷۹ گزارش کردند. برای سنجش روایی سؤالات از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و شاخص‌های برازش (شاخص نکویی برازش=۰/۹۶، شاخص برازش تطبیقی=۰/۹۴، شاخص برازش هنجارشده=۰/۹۵، ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد=۰/۰۳۸) حاکی‌از روایی مناسب پرسش‌نامه بود (۲۴).

ـ آموزش خودشفقت‌ورزی: این فرایند درمانی بااقتباس از پروتکل درمانی گیلبرت تهیه شد (۱۶). روایی محتوایی بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی فعال در حوزهٔ خودشفقت‌ورزی، به‌تأیید رسید و شاخص نسبت روایی محتوایی ۰/۹ به‌دست آمد. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

---

[1]. Ryff Psychological Well-Being Scale
[2]. Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)
[3]. Marital Conflicts Scale
[4]. Life Satisfaction Scale
[5]. Rosenberg Self-Esteem Scale
[6]. Satisfaction with Life Scale

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش خودشفقت‌ورزی

جلسه	درمان مبتنی‌بر شفقت
اول	برقراری رابطهٔ اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی‌بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	ارائهٔ خلاصه از جلسهٔ قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است.
سوم	بررسی تکلیف و خلاصه‌ای از جلسهٔ قبل، آشنایی با مغز قدیم و مغز جدید و مغز آگاه، آموزش تنفس آرام‌بخش و نحوهٔ اجرای آن، معرفی مهارت‌های توجه‌آگاهی، خوردن توجه‌آگاهانه (به‌عنوان مثال تمرین خوردن کشمش) تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه و خوردن توجه‌آگاهانه در خانه، صورت گیرد.
چهارم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، توضیح خصوصیت‌های شش‌گانهٔ شفقت، تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح درزمینهٔ لزوم آموختن مهارت‌هایی در مُراجع برای تبدیل وی به فرد مشفق تکلیف: مُراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بُعد اشتیاق در زندگی خود را برای جلسهٔ بعد بنویسد. مُراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
پنجم	مرور تمرین جلسهٔ قبل و بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، استفاده از ریتم تنفس آرام‌بخش، آموزش نحوهٔ تصویرسازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای مهارت صندلی مشفق تکلیف: مُراجع چند ثانیه نشخوار فکری کند و بعد تمرین خودمشفق‌شدن را انجام دهد و به تفاوت این دو وضعیت دقت کند. مُراجع بااستفاده از صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.
ششم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه تکلیف: استفاده از تصویرسازی مشفقانه هنگام مواجهه با رنج صورت گیرد.
هفتم	مرور تمرین جلسهٔ قبل، انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از هر تمرین، تمرین شفقت به دیگران، تمرین دریافت شفقت ازسوی دیگران، تمرین شفقت‌ورزی به خود تکلیف: مُراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به‌کار برد.
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت‌کننده‌ها به‌منظور توانا‌شدن آن‌ها در مقابله با شرایط متفاوت زندگی خویش به‌روش‌های مختلف توضیح معنای واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامهٔ مشفقانه به خود، درنهایت جمع‌بندی و ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه‌ـ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه) شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی در افراد گروه آزمایش ۲/۳±۳۱/۴ سال و در افراد گروه گواه ۲/۸±۲۸/۷ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	۸/۴	۱/۴	۱۲/۷	۱/۳	۷/۹	۱/۵	۷/۴	۱/۳
روابط مثبت با دیگران	۷/۷	۱/۳	۱۱/۶	۱/۷	۶/۵	۱/۴	۷/۱	۱/۷
خودمختاری	۵/۵	۱/۲	۱۰/۹	۱/۶	۶/۲	۱/۳	۶/۹	۱/۵
تسلط بر محیط	۶/۴	۱/۷	۱۲/۶	۲/۱	۷/۱	۱/۴	۶/۸	۱/۶
زندگی هدفمند	۷/۹	۱/۹	۱۲/۴	۱/۴	۸/۳	۱/۶	۷/۷	۱/۷
رشد فردی	۵/۱	۰/۹	۱۰/۱	۱/۳	۷/۴	۱/۷	۷/۵	۱/۶
خودانتقادگری درونی‌شده	۴۱/۶	۵/۷	۳۴/۵	۳/۵	۳۹/۹	۴/۹	۳۸/۱	۳/۲
خودانتقادگری مقایسه‌ای	۴۷/۷	۵/۹	۴۰/۹	۵/۳	۴۲/۳	۶/۲	۴۱/۶	۵/۱

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای آموزش خودشفقت‌ورزی آورده شده است. همان‌گونه که از جدول مشخص است، نمرات میانگین آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در هردو متغیر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری به‌ترتیب افزایش و کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نشد.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لون استفاده شد. آزمون کولموگروف اسمیرنف برای توزیع متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد (p>۰/۰۵). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون برای متغیرهای خودانتقادگری و بهزیستی ذهنی معنادار نشد (p>۰/۰۵)؛ لذا مفروضهٔ همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش محقق شد. باتوجه به یافته‌های مذکور، به‌منظور بررسی فرضیهٔ مدنظر، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۳مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای خودانتقادگری و بهزیستی ذهنی

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
پذیرش خود	۱۸۴/۵	۱۸۴/۵	۶۹/۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
روابط مثبت با دیگران	۵۱/۲	۵۱/۲	۸۹/۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
خودمختاری	۵۵/۷	۵۵/۷	۷۱/۹	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
تسلط بر محیط	۸۱۲۸/۹	۸۱۲۸/۹	۲۱۵/۵	۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۰
زندگی هدفمند	۱۴۵۷/۸	۱۴۵۷/۸	۱۷۹/۵	۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۹
رشد فردی	۲۱۹/۹	۲۱۹/۹	۴۱۵/۷	۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۴
خودانتقادگری درونی‌شده	۷۰۱۰/۵	۷۰۱۰/۵	۸۵۲/۳	۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۷
خودانتقادگری مقایسه‌ای	۶۰۹/۶	۶۰۹/۶	۳۰۰/۰۲	۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۲

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از متغیرهای خودانتقادگری و بهزیستی ذهنی نشان داد، در همهٔ مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). اندازهٔ اثر برای پذیرش خود (۰/۷۵)، روابط مثبت با دیگران (۰/۸۰)، خودمختاری (۰/۷۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، زندگی هدفمند (۰/۸۹)، رشد فردی (۰/۹۴)، خودانتقادگری درونی‌شده (۰/۹۷) و خودانتقادگری مقایسه‌ای (۰/۹۲) به‌دست آمد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی ذهنی و خودانتقادگری آزمودنی‌های گروه آزمایش معنادار بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های زیر همسوست: مؤید مشخص کرد، آموزش ذهن شفقت‌ورز بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی (مؤلفه‌های روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط) و تحمل پریشانی (مؤلفه‌های تحمل و جذب) اثرگذاری معناداری دارد (۲۵)؛ اربابی و همکاران دریافتند، شفقت به خود، افزایش معناداری در تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زوجین با تعارضات زناشویی ایجاد کرده و این نتایج در پیگیری دوماهه ثابت باقی مانده است (۲۶)؛ بارلو و همکاران با بررسی تأثیر شفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی خانواده‌ها به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر شفقت بر کیفیت زندگی افراد بررسی‌شده تأثیرگذار است (۲۷).

در تبیین تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر کاهش خودانتقادگری می‌توان گفت، آموزش شفقت به خود نوعی مداخله به‌شمار می‌رود که هدف آن کمک به افراد برای ایجاد نگرش دلسوزانه‌تر و درک درقبال خود است. این مطلب می‌تواند به‌ویژه برای زنانی مفید باشد که درگیری‌های زناشویی را تجربه می‌کنند؛ زیرا ممکن است با احساساتی مانند سرزنش خود، گناه یا شرم دست‌وپنجه نرم کنند (۲۸). آموزش شفقت به خود معمولاً دارای سه مؤلفهٔ اصلی است: ذهن‌آگاهی؛ مهربانی با خود؛ انسانیت مشترک. ذهن‌آگاهی دربرگیرندهٔ یادگیری حضور و قضاوت‌نکردن دربارهٔ افکار و احساسات است. مهربانی با خود به‌جای انتقاد شدید از خود، شامل برخورد گرم، مراقبت و درک دربارهٔ خود است. انسانیت مشترک مستلزم شناخت این است که رنج و مشکلات، جزئی عادی از تجربهٔ انسانی است (۱۲).

بنابراین تحقیقات نشان داد، آموزش شفقت به خود بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب و استرس در زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر است. همچنین منجربه بهبود رضایت از رابطه می‌شود؛ زیرا زنان یاد می‌گیرند درقبال خود و شریک زندگی‌شان بیشتر پذیرنده و دلسوز باشند (۱۷). آموزش شفقت به خود می‌تواند ازطریق جلسات گروه‌درمانی یا مربیگری فردی ارائه شود و معمولاً شامل ترکیبی از تمرین‌های تمرکز حواس، بازسازی شناختی و زبان دلسوزانه است. مهارت‌های خاص استفاده‌شده ممکن است بسته به نیازها و ترجیحات هر زن متفاوت باشد (۱۳).

همچنین ازلحاظ نظری، شفقت به خود، افزایش رفتارهای پیشگیرانه را برای حفظ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی به‌دنبال دارد (۲۹).

آموزش ذهن مشفق باعث آشکارشدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود و شخص را برای تحول آماده و تغییر برای ارتقای بهزیستی را تشویق می‌کند؛ بنابراین شفقت‌ورزی زیاد ذهن با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از افراد دربرابر استرس حمایت می‌کند (۱۴). آموزش ذهن شفقت‌ورز، توجه مشفقانه، تمرکز مجدد، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه را برای توسعهٔ سیستم تسکین رضایت و امنیت پیشنهاد می‌دهد و همگی بر راهبردهای ایمنی‌بخش و آرامش روانی متمرکز است. این سیستم افراد را قادر می‌سازد احساس پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی و روابط مثبت با دیگران را برای خود فراهم آورند و به تعادل روان‌شناختی دست پیدا کنند (۱۷). شفقت به خود به‌معنای مراقبت مهربانانه درقبال خود، پذیرش احساسات آسیب‌پذیر و نداشتن نگرش ارزیابانه دربارهٔ شکست‌ها و نارسایی‌های خویش و بازشناسایی تجربیات فرد است (۱۸). به‌همین دلیل می‌تواند منبعی ماندگار برای دستیابی به بهزیستی روان باشد.

در تبیین تأثیر آموزش خودشفقت‌ورزی بر افزایش بهزیستی ذهنی می‌توان گفت، وقتی فرد به خود شفقت‌ورزی دارد، این نکته را پذیرفته است که نواقص و شکست‌ها بخشی از زندگی همهٔ انسان‌ها به‌شمار می‌رود و به‌مقدار کم و زیاد ایجاد می‌شود. بدین‌ترتیب همهٔ افراد ازجمله خود آن‌ها نیازمند شفقت و مهربانی هستند (۱۵). زمانی که فرد به‌دلیل قصور، شکست‌ها و نرسیدن به معیارهای شخصی از خود انتقادگری نمی‌کند، به آن معنا نیست که توجهی به این مسائل ندارد؛ بلکه به‌معنای نشان‌دادن شفقت به خود است (۱۳). عملکردهای حمایتی برای حفظ حرمت و عزت‌نفس زمانی پدیدار خواهد شد که فرد با باور اینکه خودانتقادگری به تغییر منجر می‌شود، وقتی اشتباه می‌کند خود را به‌سختی سرزنش، قضاوت و ارزیابی منفی می‌کند. در این هنگام نواقص شخص طی فرایندی از حیطهٔ خودآگاه به ناخودآگاه رانده می‌شود (۱۲). زمانی که خودآگاه وجود ندارد، ضعف‌ها و نواقص فردی نیز در حیطهٔ هشیاری و دردسترس فرد نیست؛ بنابراین حرمت نفس وی تهدید نمی‌شود؛ درحالی‌که اگر فرد از خود شفقت نشان دهد، امنیت هیجانی را برای پذیرش خود بدون‌خودسرزنشگری به‌وجود می‌آورد که طی آن می‌تواند به‌وضوح نواقص را مشاهده کند و به اصلاح الگوهای ناسازگار، تفکر هیجان و رفتار بپردازد (۱۷).

ازسوی‌دیگر آموزش خودشفقت‌ورزی باعث افزایش آگاهی از احساسات و افکار و رفتارهای فرد می‌شود. این خودآگاهی به فرد کمک می‌کند بهتر بفهمد چگونه با چالش‌ها و استرس‌های زندگی روبه‌رو شود و بهبودی به‌دست آورد. آموزش خودشفقت‌ورزی به فرد راهکارهایی را برای تنظیم و کنترل احساساتش می‌آموزد. این مهارت به فرد کمک می‌کند با احساسات منفی مانند استرس و اضطراب و افسردگی بهتر کنار بیاید و احساسات مثبت را تقویت کند. آموزش خودشفقت‌ورزی با تمرین‌های روان‌شناختی و ذهنی، توجه و تمرکز فرد را بهبود می‌بخشد. این مهارت به فرد کمک می‌کند در فعالیت‌های روزمره و حتی در مواجهه با چالش‌های بزرگ‌تر، تمرکز خود را حفظ کند. آموزش خودشفقت‌ورزی می‌تواند خلاقیت فرد را نیز تقویت کند. با تمرین‌های خلاقانه و تحلیل مسائل از زوایای مختلف، فرد قادر خواهد بود بهبودی در حل مسائل و پیداکردن راه‌حل‌های نوآورانه داشته باشد. آموزش خودشفقت‌ورزی سبب افزایش رضایتمندی از زندگی می‌شود. با دستیابی به مهارت‌های خودشفقت، فرد قادر خواهد بود بهترین نحوهٔ برخورد با چالش‌ها را پیداکند و درنتیجه، رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشد (۱۳).

در زنانی که دچار تعارضات زناشویی هستند، انتقاد از خود می‌تواند به‌ویژه به سلامت روان و رفاه آن‌ها آسیب برساند. تعارضات زناشویی، منبع مهم استرس و آشفتگی عاطفی است که منجربه افکار و احساسات منفی دربارهٔ خود می‌شود. با تمرین شفقت به خود، زنان شاید بهتر بتوانند با چالش‌های پیش رو کنار بیایند و ممکن است کاهش سطح انتقاد از خود را تجربه کنند (۲۶).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط به زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی مهرآرا در شهر ساری محدود شد؛ لذا، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که خواهان دریافت خدمات مشاوره نیستند، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف است. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کاستی کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج مشخص کرد، آموزش خودشفقت‌ورزی بهبودی معناداری در بهزیستی ذهنی و کاهش خودانتقادگری در زنان دارای تعارضات زناشویی ایجاد می‌کند. این نتایج نشان داد، ارتقای خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان راهکاری مؤثر برای مدیریت تعارضات زناشویی در زنان استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر درراستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به‌علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع
هزینه‌های این پژوهش توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.
منابع مالی
پژوهش حاضر با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان
مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

References

1. Jafarimanesh M, Zahrakar K, Taghvaei D, Pirani Z. The effect of acceptance and commitment therapy on marital burnout in couples with marital conflicts. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2021;18(4):435–46. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5964-en.pdf
2. Jeong H, Yim HW, Lee SY, Lee HK, Potenza MN, Jo SJ, et al. A partial mediation effect of father–child attachment and self–esteem between parental marital conflict and subsequent features of internet gaming disorder in children: a 12–month follow–up study. BMC Public Health. 2020;20(1):484. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08615-7
3. Park TY, Park Y. Contributors influencing marital conflicts between a Korean husband and a Japanese wife. Contemp Fam Ther. 2019;41(2):157–67. https://doi.org/10.1007/s10591-018-9475-9
4. Zhou N, Buehler C. Marital hostility and early adolescents' adjustment: the role of cooperative marital conflict. The Journal of Early Adolescence. 2019;39(1):5–27. https://doi.org/10.1177/0272431617725193
5. Paci I, Szleifer I, Ratner MA. Chirality on surfaces modeling and behaviour. Chimica Oggi. 2007;25(5 suppl 2):18–22.
6. Seyed Ebrahimi SA, Yazdkhasti A. The effect of positive group training on psychological well–being and marital satisfaction in women. Positive Psychology Research. 2022;8(2):33–50. [Persian] https://doi.org/10.22108/ppls.2022.130146.2170
7. Kubzansky LD, Huffman JC, Boehm JK, Hernandez R, Kim ES, Koga HK, et al. Positive psychological well–being and cardiovascular disease: JACC health promotion series. J Am Coll Cardiol. 2018;72(12):1382–96. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042
8. Ryff CD. Psychological well–being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2014;83(1):10–28. https://doi.org/10.1159/000353263
9. Noorbala F, Borjali A, Noorbala AA. The interaction effect between self–compassion and rumination of depressed patients in compassion focused therapy. Daneshvar Medicine. 2013;21(1):77–84. [Persian] https://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_1567_435e027d0ff773067bfd9645dafe2922.pdf
10. Ahmadi S, Moradi O. Predicting marital adjustment based on components of psychological health and self–compassion in Buchanan couples. Women and Family Studies. 2018;4(41):43–55. [Persian] https://sanad.iau.ir/en/Journal/jwsf/DownloadFile/955014
11. Marzi S, Saadati Shamir A. The role of self-efficacy and happiness in predicting self–criticism/reassurance among teachers. Rooyesh–e–Ravanshenasi Journal. 2019;8(5):153–62. [Persian] https://frooyesh.ir/article-1-907-en.pdf
12. Faryabi Z, Khayatan F, Manshaee G. The effect of forgiveness–based compassion therapy package training and forgiveness therapy on anger management, marital adjustment, and frequency of love in women with marital conflict. Tolooebehdasht. 2021;19(6):77–94. [Persian] http://dx.doi.org/10.18502/tbj.v19i6.5711
13. Rahmani S, Rahmati A, Kazemi Rezaei A, Pishgahi B. The effectiveness of self–compassion therapy on cognitive emotion regulation strategies and anxiety sensitivity in female nurses. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;8(4):99–110. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1498-en.pdf
14. Bell T, Montague J, Elander J, Gilbert P. "A definite feel–it moment": embodiment, externalisation and emotion during chair–work in compassion–focused therapy. Counselling & Psychotherapy Research. 2020;20(1):143–53. https://doi.org/10.1002/capr.12248
15. Zakeri F, SaffarianToosi M, Nejat H. The role of self–compassion moderator in the effect of Alexithymia and interpersonal problems on marital boredom in maladjusted women. Positive Psychology Research. 2020;5(4):35–50. [Persian] https://doi.org/10.22108/ppls.2020.115339.1662
16. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043
17. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self–criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2006;13(6):353–79.
18. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well–being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069–81. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
19. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self–Criticism Scale: comparative self–criticism and internalized self–criticism. Personality and Individual Differences. 2004;36(2):419–30. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5

20. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology. 1961;16:134–43. https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134
21. Rosenberg M. Society and the adolescent self–image. Princeton: Princeton University Press; 2016.
22. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71–5. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
23. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's Psychological Well–Being Scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146–51. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.pdf
24. Malekpour F, Mehrabizadeh M, Rahimi M. The causal relationship of types of self–absorption and maladaptive perfectionism with depression through the mediating role of self-criticism in university students. Journal of Psychological Studies. 2017;13(3):25–42. [Persian] https://doi.org/10.22051/psy.2017.16342.1456
25. Moayed P. The effectiveness of compassionate mind training on psychological well-being and tolerance of women experiencing marital conflict. Journal of Modern Psychological Researches. 2022;17(67):259–68. [Persian] https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15301
26. Arbabi F, Saravani S, Zeinali Pour M. The effectiveness of self–compassion on psychological well–being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts. Feyz Medical Sciences Journal. 2022;26(1):82–90. [Persian] http://dx.doi.org/10.48307/FMSJ.2022.26.1.82
27. Barlow MR, Goldsmith Turow RE, Gerhart J. Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. Child Abuse Negl. 2017;65:37–47. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.006
28. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta–analysis of compassion–based interventions: current state of knowledge and future directions. Behavior Therapy. 2017;48(6):778–92. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003
29. 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. https://doi.org/10.1002/jclp.21923