Evaluating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Happiness and Life Expectancy in Female-Headed Households Supported by the Welfare of Lamerd County

Fatemeh Talati: M.A of counselling, Payame Noor University, Tehran, Iran. fati_faryade_sokut@yahoo.com
Ali Akbar Sharifi*: Assistant professor, department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. aliakbarsharifi@pnu.ac.ir
Maryam Moshfeghi: M.A. of counselling, Payame Noor University, Tehran, Iran. Marryamm515@gmail.com

Abstract

Introduction: Women heads of households have more psychological problems than other women and have a lower level of psychological well-being. The aim of present study was the Effectiveness of Concentration-Based Treatment on Happiness and Life Expectancy in female-headed households supported by the Welfare of Lamerd county.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest and follow up, with a control group. The study population contains all female-headed households supported by the Lamerd's Welfare Office in 2020. Thirty people were selected by the accessible sampling method and were replaced randomly in the experimental and control groups fifteen individuals for each group. The two groups answered the Oxford Happiness Questionnaire(Argyle & Lu, 1989) and Hope Scale(Snyder et al.,1991) in three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The experimental group received eight sessions of compassion-focused therapy and the control group did not receive any intervention.

Results: The findings of repeated measures showed that there is a significant difference between Happiness and life expectancy in the experimental and control group in the pre-test, post-test, and follow-up ($P<0.01$). The results also showed that the therapeutic effects remained at the follow-up stage.

Conclusions: According to the findings, it can be concluded that compassion-focused therapy can be used to increase the happiness and life expectancy of female-headed households.

Keywords

Compassion-Focused Theerapy

Happiness

Life Expectancy

Female-Headed Households

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 06 Mar 2021
Accepted: 06 Nov 2021

Please cite this article as follows: Talati F, Sharifi A, and Moshfeghi M. Evaluating the effectiveness of compassion-focused therapy on happiness and life expectancy in female-headed households supported by the welfare of Lamerd county. Quarterly Journal of Social Work. 2021; 10 (3); 58-66

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی

شهرستان لامرد

فاطمه طلعتی: کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. fati_faryade_sokut@yahoo.com
علی‌اکبر شریفی*: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. aliakbarsharifi@pnu.ac.ir
مریم مشفقی: کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. Marryamm515@gmail.com

واژگان کلیدی

درمان متمرکز بر شفقت

شادکامی

امید به زندگی

زنان سرپرست خانوار

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانواده در مقایسه با سایر زنان مشکلات روان‌شناختی بیشتری دارند و از سطح بهزیستی روان‌شناختی پایینتری برخوردارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان لامرد انجام شد.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه‌آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت بهزیستی شهرستان لامرد در سال ۱۳۹۹ بود تعداد سی نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفر آزمایش و گواه قرار گرفتند. دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه شادکامی آکسفورد آرگیل و لو۱۹۸۹ و مقیاس امیدواریاشنایدر و همکاران۱۹۹۱ پاسخ دادند. گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را به مدت هشت جلسه دریافت نمود و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

نتایج: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت.($P<۰/۰۱$) همچنین نتایج نشان داد که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی ماند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد و می‌توان از این روش برای افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۵

نحوه استناد به مقاله: فاطمه طلعتی، علی‌اکبر شریفی و مریم مشفقی. بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۳): ۶۶-۵۸

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

مقدمه

زنان سرپرســت خانوار به زنانی گفته می‌شود که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسوولیت اداره اقتصادی، تصمیمگیری‌های عمده و حیاتی خانوار را بر عهده دارند.

بر اساس آمارهای رسمی بیش از سه میلیون زن سرپرست خانوار در سراسر کشور وجود دارد و آمارهای به‌دست آمده نشان می‌دهد که طی ده ســال گذشته تعداد خانواده‌های دارای سرپرست زن نسبت به مردان پنجاه و هشت درصد افزایش داشته که بیشترین دلیل آن طلاق بوده است، ضمن آن‌که شاهد برخی تغییرات اجتماعی ازجمله بالا رفتن سن ازدواج نیز بوده‌ایم و در ســال‌های اخیر نرخ رشــد خانوارها دو و چهار دهم درصد و نرخ رشد جمعیت یک و بیست و چهار صدم بوده و این امر افزایش زنان سرپرست خانوار را به دنبال داشته است.[۱]

بررسی تحولات خانواده در مناطق مختلف جهان حاکی از افزایش میزان خانوارهای زن سرپرست نسبت به کل جمعیت در ســی سال گذشته است. بر اساس نتایج حاصل از سرشماری سال ۱۳۹۵ در کشورمان، سرپرستی دوازده درصد خانوارهای ایرانی بر عهده زنان سرپرســت خانوار اســت.[۱] خانواده شامل مجموعه افرادی اســت که به واسطه هم‌خونی، ازدواج و یا فرزندپذیری، با یکدیگر ارتباط می‌یابند و طی یک دوره زمانی نامشخص، با هم زندگی می‌کنند. امروزه، پدیده خانوارهای زن سرپرســت به دلایل گوناگون ازجمله مرگ همســر، طلاق، مفقودالاثر بودن، اعتیاد و متواری یا زندانی شــدن همسر در دنیا رو به افزایش است.[۲] بیشتر این خانواده‌ها با مشکلات فراوانی روبرو هستند ازجمله سرپرستی فرزندان به‌تنهایی و گاه به‌ســختی، مشــکل اقتصادی زندگی، تنهایی و افســردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه به زنان خودسرپرست در نبود همســر، آن‌ها را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشــکلات مختلفی روبرو می‌کند که این شرایط می‌تواند بر وضعیت روان‌شناختی آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد.[۳]

پژوهش‌های نف۲۰۰۲ و کوون و کیم۲۰۲۰ نشــان داده است که خوددلســوزی یا خود شفقتی یکی از متغیرهای موثر در بهزیســتی روان‌شناختی و سلامت روان اســت.[٤] این سازه توسط نف(۲۰۰۲) ارائه شده اســت و نگاه تازه‌ای به بهزیستی روان‌شــناختی اســت که ریشه در عقاید بوداییســم دارد و شکل سالمی از خودپذیری است.[۵] شــفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای با سه مولفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندســازی افراطی تعریف شــده است و افرادی که نســبت به خود شفیق هستند، ترکیبی از این ســه مولفه را دارند.[٦] شــفقت به خود را می‌توان به‌عنوان یک موضع مثبت نســبت بــه خود، حتی زمانی که دنیا بر وفق مراد ما نیســت، تعریف کرد. شــفقت به خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظت‌کننده موثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محســوب می‌شــود. از آن‌جاکه شفقت به‌نوعی با روانشناســی مثبت‌نگر ارتباط تنگاتنگ دارد، این رویکرد به‌عنوان رویکردی تازه در روانشناســی، بر فهم و تشــریح شادمانی و احساس بهزیستی ذهنی و همچنین پیش‌بینی دقیق عواملی که بر آن‌ها موثرند[۷] و چگونگی افزایش توانایی‌ها و هیجان‌های مثبت و این‌که چگونه افراد می‌توانند شــاد باشند، سروکار دارد.[۸] در همین راستا در سال ۱۹۹۸ رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا توسط سلیگمن پیشنهاد شد. این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از نشــانه‌های ناخوشــایند یک اختلال و تسکین مســتقیم نشانه‌ها وسعت بخشید و به توســعه متغیرهایی همچون شادکامی، امیدواری و خودکارآمدی پرداخته است.[۹]

باوجود شــواهد محکمی که در رابطه با اثربخشــی درمان‌های شناخته شده استاندارد وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشــان می‌دهد به‌کارگیری آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به اختلالات روان‌شــناختی، دشوار است و بیشتر این مداخلات با پاســخ درمانی مناســبی روبرو نمی‌شوند. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید. یکی از این درمان‌ها که اخیرا مورد توجه پژوهشــگران قرار گرفته اســت درمان پذیرش و تعهد می‌باشد. نگاه این درمان به شناخت بر پایه نظریه رفتاری در مورد زبان و شناخت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شــش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند، این شش زمینه عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، شناخت ارزش‌ها و عمل متعهدانه.[۱۰]

کسانی که با تحولات روان‌درمانی در اوایل قرن بیست و یکم آشنایی دارند می‌دانند که اکت شکل محبوبی از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مبتنی بر شــواهد است. گاهی اکت تحت عنوان درمان موج سوم شناخته می‌شود. فرایندهای اصلی

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

همچون ذهن‌آگاهی، تمایل، ناآمیختگی با رویدادهای ذهنی و عمل متعهدانه در راستای اهداف ارزشمند در هر دو رویکرد درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت عرضه شده است. درمان متمرکز بر شفقت، درمانی چندوجهی است که بر پایه طیف وسیعی از درمان‌های شناختی-رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است؛ بنابراین بر، توجه، استدلال و نشخوار ذهنی، رفتار، هیجان‌ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی تمرکز می‌کند.[۱۱]

شباهت زیادی بین مساله پذیرش و شفقت از یک‌سو و ارتباط علمی اکت و درمان متمرکز بر شفقت از سوی دیگر وجود دارد. برقراری روابط انسانی با کیفیت با دیگران مستلزم آن است که این‌گونه روابط بر پایه درک و حمایت متقابل بنا شود. اکت و درمان متمرکز بر شفقت در حال نزدیک شدن هرچه بیشتر به یکدیگر هستند. پیوند هر رویکرد با جنبه تکاملی آن منجر به افزایش اتحاد بین اکت و درمان متمرکز بر شفقت شده است.[۱۲]

درمان متمرکز بر شفقت وجوه متمایزی همچون تمرکز بر شفقت و استفاده از تصویرسازی مشفقانه را به انواع رویکردهای سنتی شناختی-رفتاری اضافه کرده است و در آن مانند بسیاری از پیشرفت‌های اخیر در درمان، توجه خاصی به خودآگاهی مراجع و درمانگر می‌شود. در فرمول‌بندی درمان متمرکز بر شفقت، کانون تمرکز بر مدل تنظیم عواطف است و مداخلات درمانی در راستای ایجاد الگوهای خاص تنظیم هیجان، حالات مغزی و تجارب شخصی که زیربنای فرایند تغییر هستند، به‌کار برده می‌شوند. این مساله به‌خصوص در پرداختن به خود انتقادگری و شرم در افرادی که سابقه زندگی خشن و ناگواری داشته‌اند، دارای اهمیت است. چنین افرادی احتمالا رفتارهای حمایتی از سوی دیگران را تجربه نکرده‌اند و در نتیجه سیستم تنظیم و کنترل هیجان آن‌ها کمتر در اختیارشان است.[۱۳]

درزمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است به‌عنوان مثال این درمان بر تصویر بدن،[۱۴] اعتمادبه‌نفس،[۱۵] بهزیستی روان‌شناختی[۱۶و۱۷] اثر داشته است و همچنین درمان مبتنی بر شفقت کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه،[۱۸] شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم،[۱۹] امید به زندگی سالمندان[۲۰] و افراد مبتلابه دیابت نوع دو[۲۱] را افزایش داده است و منجر به کاهش عواطف منفی[۲۲] و نشانه‌هایی افسردگی[۲۳و۲۴] شده است.

هرچند پژوهش‌های زیادی در مورد سلامت روان زنان صورت گرفته است در مورد اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار پژوهش‌های محدودی وجود دارد و با توجه به مطالب بیان شده در رابطه با شفقت به خود که می‌تواند بر سلامت روان و وضعیت روان‌شناختی افراد تاثیر داشته باشد و نظر به این‌که زنان سرپرست خانوار از وضعیت سلامت روان نامناسبی برخوردار می‌باشند، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان لامرد طراحی و اجرا گردید.

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با اجرای پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با یک دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر لامرد در سال ۱۳۹۹ بودند. چهارصد و نوزده زن سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی شهرستان هستند. حجم نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و گواه پانزده نفر و درمجموع سی نفر در نظر گرفته شده است. به‌این ترتیب که با مراجعه به بهزیستی شهرستان لامرد از میان زنان سرپرست خانوار سی تا چهل و پنج سال، دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم و فاقد اختلال روان‌شناختی و روان‌پزشکی و با جلب رضایت آن‌ها به‌روش نمونه‌گیری در دسترس سی زن سرپرست خانوار از زنان تحت پوشش بهزیستی شهر لامرد انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. روند اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها (نمودار شماره یک) به‌این‌صورت بوده است که پس از مراجعه به اداره کل بهزیستی شهرستان لامرد و جلب همکاری، جلسه‌ای جهت آشنایی با مددجویان زن سرپرست خانوار تحت پوشش این مرکز و توضیح در مورد محتوای جلسات، طول مدت

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

دوره، مکان و زمان جلسات برقرار شد و در این پژوهش گروه آزمایش در فاصله بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، دوره آموزشی درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مراحل آموزش خود شفقتی گیلبرت[۱۱] متشکل از سه مولفه مهربانی به خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی را در طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای دریافت نمودند این آموزش‌ها توسط یک درمانگر آموزش‌دیده به‌صورت گروهی انجام گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. جهت اطمینان از مبتلا نبودن شرکت‌کنندگان به اختلالات روانی، بر اساس مصاحبه تشخیصی موجود در پرونده مددجویان که تحت نظر کارشناسان اداره بهزیستی انجام گرفته بود، اطلاعاتی کسب شد تا در صورت وجود نشانه‌های اختلالات روانی، افراد از مطالعه خارج شوند.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: داشتن سن سی تا چهل و پنج سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی و روانپزشکی هم‌زمان با اجرای پژوهش.

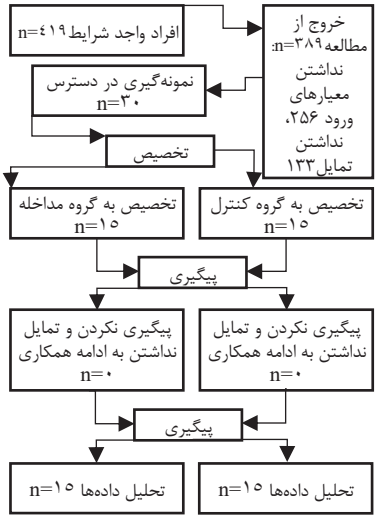
خروج: ابتلا به اختلالات روانی، غیبت بیش از دو جلسه بود.

لازم به ذکر است در فرایند اجرای این تحقیق کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به مطالعات انسانی مانند کسب رضایت آگاهانه و توضیح در مورد محرمانه ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش رعایت گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی: پرسشنامه شادکامی توسط آرگیل و لو[۲۵] برای سنجش شادکامی طراحی‌شده و دارای بیست و نه آیتم چهارگزینه‌ای است که گزینه‌های آن به‌ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و در هر آیتم فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند. نمرات پایینتر از بیست و دو شادی کم، نمرات بیست و دو تا چهل و چهار شادی متوسط، نمرات چهل و چهار تا شصات و هشت شادی بالا و نمرات شصت و هشت تا هشتاد و هفت شادی بسیار بالا است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش آرگیل و لو۱۹۸۹ به کمک ضریب آلفای کرونباخ نود صدم و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته هفتاد و هشت صدم گزارش شده است. همچنین برزگر بفرویی، اهالی آباده و محمدی قلعه تکی[۲۶] پایایی پرسشنامه مذکور را به‌روش آلفای رونباخ شصت و نه صدم محاسبه کرده‌اند.

مقیاس امیدواری: این پرسشنامه توسط اشنایدر، هریس و ایروینگ[۲۷] برای سنجش میزان امیدواری تدوین شده است و دوازده آیتم دارد. چهار آیتم شماره دو، سه، هفت و هشت برای سنجش تفکر عاملی، چهار آیتم شماره چهار، نه، یازده و دوازده برای سنجش تفکر راهبردی و چهار آیتم دیگر انحرافی است؛ بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس دارد: عامل و راهبرد. برای پاسخ دادن به هر پرسش، پیوستاری از یک یا کاملا غلط تا چهار یا کاملا درست در نظر گرفته شده است



نمودار(۱) نمودار کانسورت مطالعه

جدول(۱) تشریح جلسات مداخله

جلسات/// هدف/// محتوای جلسات///
اول/// آشنایی افراد گروه با یکدیگر و بیان قوانین گروه/// ارزیابی میزان شادکامی، خودکارآمدی و امید به زندگی، توصیف و تبیین شادکامی، خودکارآمدی و امید به زندگی پایین و عوامل مرتبط با آن و مفهوم‌سازی آموزش خوددلسوزی شناختی///
دوم/// توضیح و تشریح شفقت/// اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.///
سوم/// تفکر درباره شفقت/// توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز///
چهارم/// افزایش گرمی و انرژی/// ذهن‌آگاهی، پذیرش، گرمی و قضاوت نکردن///
پنجم/// تمرین هوشیاری و ذهن‌آگاهی/// بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آن///
ششم/// تمرین شفقت/// انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت و نامه‌نگاری بر اساس شفقت///
هفتم/// تمرین شفقت/// نامه‌نگاری شفقت‌ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه///
هشتم/// مرور، جمع‌بندی/// مرور، جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون///

که نمرات بالاتر نشان‌دهنده امید بیشتر است. در پژوهش اشنایدر، هریس و ایروینگ[۲۷] ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ هفتاد صدم و ضریب پایایی پس از یک ماه هفتاد و چهار صدم محاسبه شده است. نیکراهان و قاسمی[۲۸] نیز پایایی مقیاس مذکور را با روش ضریب آلفای کرونباخ هشتاد و یک صدم به‌دست آوردند.

بسته آموزش خودشفقتی: این بسته توسط گیلبرت۲۰۱۷ ساخته شده و شامل هشت جلسه است.[۱۱] طول مدت آموزش هر جلسه، نود دقیقه بوده و خلاصه محورهای آموزشی بسته مذکور به شرح جدول شماره یک می‌باشد.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

یافته ها

میانگین سنی گروه آزمایش برابر با سی و هشت و نود سه صدم با انحراف استاندارد سه و هشتاد و شش صدم، گروه گواه سی و هفت و شصت صدم با انحراف استاندارد چهار و هفتاد و شش صدم بود. همچنین جدول شماره دو، فراوانی و درصد علت سرپرستی و تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش استفاده گردید به‌این منظور جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گروه گواه معنی‌دار نبود.($P>0/05$) بنابراین توزیع متغیرها نرمال بود و می‌توان در مورد این متغیرها از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

نتایج جدول شماره چهار نشان می‌دهد که بین نمرات شادکامی در سه مرحله سنجش تفاوت معناداری وجود دارد $P<0/001$، $F=155/07$ و نشان می‌دهد که میزان متغیر شادکامی در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است. بنابراین می‌توان بیان کرد که درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی زنان سرپرست خانوار تاثیر معناداری داشته است. ($P<0/01$) همچنین مجذور اتا(اندازه اثر)، میزان تاثیر متغیرهای زمان و گروه را بر متغیر شادکامی نشان می‌دهد. بر این مبنا هشتاد و چهار و هفت دهم درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین متغیر شادکامی توسط متغیر دوره زمانی(پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) تبیین می‌شود. همچنین جدول شماره چهار نشان می‌دهد که بین نمرات امید به زندگی آزمودنی‌ها در سه مرحله آزمون تفاوت معناداری وجود دارد $F=48/383$، $P=0/001$ که نشان‌دهنده این موضوع است که میزان متغیر امید به زندگی در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متفاوت بوده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر معناداری داشته است.($P<0/001$) همچنین مجذور اتا (اندازه اثر)، میزان تاثیر متغیرهای زمان و گروه را بر متغیر امید به زندگی نشان می‌دهد. بر این مبنا شصت و سه و هشت دهم درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین متغیر امید به زندگی توسط متغیر دوره زمانی(پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) تبیین می‌شود. جهت مقایسه زوجی هر یک از مراحل و تعیین تفاوت بین میانگین‌های زوجی مراحل، از آزمون تصحیح بنفرونی استفاده شد. دول شماره چهار نشان می‌دهد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده متغیر شادکامی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.($P<0/001$) همین‌طور بین میانگین‌های تعدیل‌شده متغیر شادکامی در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.($P<0/001$) اما بین میانگین‌های تعدیل‌شده متغیر شادکامی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.($P>0/05$) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی مانده است. همچنین بر اساس این جدول، بین میانگین‌های تعدیل‌شده متغیر امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.($P<0/001$) اما بین میانگین‌های تعدیل‌شده متغیر امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت.($P>0/05$) به‌این‌ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول(۲) آماره‌های توصیفی علت سرپرستی و تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

	گروه آزمایش		گروه گواه	
علت سرپرستی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
طلاق	۷	۴۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
اعتیاد و مصرف مواد مخدر	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰
فوت همسر	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
بیماری همسر	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۹	۶۰
فوق‌دیپلم	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷
لیسانس	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
فوق‌لیسانس +	۱	۶/۶۷	۰	۰
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول(۳) میانگین و انحراف استاندارد شادکامی و امید به زندگی

شاخص‌های آماری متغیرها		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شادکامی	گروه آزمایش	۱۵	۲۳/۴۰	۱۰/۱۰
		۱۵	۲۹/۹۳	۱۰/۱۰
		۱۵	۳۰/۲۰	۱۰/۲۶
	گروه گواه	۱۵	۲۵/۰۶	۹/۳۳
		۱۵	۲۷/۵۳	۸/۴۸
		۱۵	۲۷/۸۶	۸/۶۰
امید به زندگی	گروه آزمایش	۱۵	۲۰/۶۶	۳/۹۰
		۱۵	۲۴/۷۳	۴/۶۲
		۱۵	۲۴/۲۶	۴/۰۴
	گروه گواه	۱۵	۲۱/۴۶	۴/۱۸
		۱۵	۲۲/۱۳	۳/۰۹
		۱۵	۲۲/۶۰	۳/۲۴

جدول(٤) نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه شادکامی و امید به زندگی شرکت‌کننده‌ها

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا	توان آماری
شادکامی	مرحله	۳۴۵/۶۰	۲	۳۴۵/۶۰	۱۵۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
	گروه	۶۰/۰۰	۱	۶۰/۰۰	۲۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰	۰/۹۹
امید به زندگی	مرحله	۳۷۹۶/۴۰۲	۲	۱۸۹۸/۲۰۱	۴۸/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱
	گروه	۸۷۰/۸۳	۱	۳۹۰/۶۳	۲۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۱

جدول(۵) تصحیح بنفرونی برای مقایسه شادکامی و امید به زندگی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
شادکامی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۵۰	۰/۴۴۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۸۰	۰/۳۸۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۰۰	۰/۴۰۶	۱/۰۰
امید به زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۳۶	۰/۴۲۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۲/۳۶	۰/۳۴۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۷	۰/۳۵۸	۱/۰۰

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، بین شادکامی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به‌این معنی که درمان متمرکز بر شـفقت بر شـادکامی زنان سرپرست خانوار تاثیر داشته است و اثـرات درمـان در مرحله پیگیری باقی مانده اسـت، این یافته با نتایج پژوهش‌های علی قنواتی و همکاران[۱۸] دروشـی و خیاطان،[۱۹]کوکوفسکی و مک کنزی[۲۴] و آلبرستون، نف و دیل-شاکلفورد[۱۴] همسو است.

افرادی که نسـبت به خود شـفیق هسـتند، ترکیبی از این سه مولفه شـفقت به خود یعنی مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشـتراکات انسـانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسـازی افراطی را دارند.[۶] اعتراف به این‌که همه انسان‌ها نواقصی دارند، خطا می‌کنند و رفتارهای ناسالم دارند، مشخصه اشتراکات انسانی است. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت به خود، منجر به یک آگاهی متعادل و مناسب نسبت به تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شـود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشـود و همواره ذهن را اشغال نکند.[۶] به‌این ترتیب می‌توان بیان کرد که آموزش شـفقت به خود، امنیت هیجانی فرد را افزایش می‌دهد تا به‌تواند بدون ترس از سـرزنش ، خود را به‌درستی ببیند و الگوهای ناسـازگار فکری، هیجانی و رفتاری را با دقت بیشـتری درک و اصلاح کند. به‌این ترتیب زنان سرپرست خانوار می‌توانند با دریافت این آموزش نسـبت به خود مهربانی و شـفقت نشان داده و هیجانات و افکار منفی را پذیرفته و در نتیجه نسبت به خود احساس خوبی داشته و هیجانات مثبت بیشتری همچون شادکامی را نشان دهند.

بر اسـاس نظر نف۲۰۱۱ سازه شفقت به خود نشـان‌دهنده گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند و مطلـوب بوده و شامل سه مولفـه اصلی اسـت.[۱۶] زمانی که فرد متوجه ضعف و ناکارآمدی خود می‌شـود و از آن رنج می‌برد، همچنان موجودیت خود را دوست دارد و آن را درک می‌کند. همچنین، می‌داند که این حسـی است از ویژگی‌های مشترک انسانی و درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتا، خود-دلسوزی معرف آگاهـی متعادل نسبت به هیجانات خود است و مسـتلزم توانایـی مواجهه با افکار و احساسات دردناک (به‌جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگنمایی و یا احساس غم و تاسف برای خود می‌باشد.[۲۹] در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، زنان سرپرست خانوار دریافت‌کننده این دوره آموزشی و دارای شفقت به خود تمایل دارند که از درون برانگیخته شوند و بیشتر تحت تاثیر انگیزه‌های درونی خود قرار گیرند و زمانی که با مشکلات و چالش‌ها مواجه می‌شوند از شکست و ناکامی هراس کمتری داشته بلشند. به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری تمرین تنفس تسکین‌بخش ریتمیک که در آن فرد به ریتم تنفسی آرام‌بخش و راحت دسـت پیدا می‌کند می‌تواند زمینه را برای کاهش تنش‌ها و تجربه اضطراب و نگرانی فراهم کند. این موارد می‌تواند منجربه افزایش هیجانات مثبتی چون شـادکامی شـود. به‌نظر می‌رسـد به‌کارگیری این تکنیک به هوشـیاری زنان سرپرست خانوار کمک کرده اسـت تا افکار منفی و مثبت خود را شناسـایی کنند، هیجانات خود را بهتر بشناسند و احساسات بدنی خود را بهتـر درک کنند. احساسـات، افکار و هیجانات را بدون قضاوت موردپذیرش قرار دهنـد. به‌این ترتیب پذیرش بدون قید و شرط این افکار و هیجانات منفی باعث شده است که این افکار و هیجانات منفی تاثیر کمتری روی آنان داشته باشد. بدین لحاظ زنان سرپرست خانوار شادکامی بیشتری را تجربه نمایند.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشـته اسـت، به‌این معنی که درمان متمرکز بر شـفقت بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر داشـته اسـت و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است، این یافته با نتایج پژوهش‌های سید جعفری و همکاران[۲۰و۲۱] برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و بختی،[۲۲] دیدریچ، گرانت، هافمن، هیلر و برکینگ[۲۳] همسـو است. افراد خود شـفقت ورز، زمانی که در تلاش خود ناموفق‌اند، قادر به توسـعه درک و حمایت از خود هسـتند، این ویژگی به آن‌ها اعتمادبه‌نفس دنبال کردن فرصت‌ها، چالش‌ها و رشـد و یادگیری را می‌دهد تا موقعیت خودرا بهبود بخشند. نه این‌که از خود انتقاد کنند.[۱۵]

خود-دلسوزی مستلزم در نظر گرفتن یک رویکرد متعادل به احساسات منفی است به‌طوری‌که احساسات نه سرکوب و نه بزرگنمایی شـوند. احساسات و افکار منفی بدون هیچ مانعی توسط ذهن‌آگاه درک شوند. ذهن‌آگاهی، یک حالت ذهنی پذیرا بدون پیش‌داوری یا قضاوت اسـت که در آن فرد، افکار و احساسـات خود را همان‌گونه که هسـتند، بدون سـرکوب

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

یـا انکار آن‌ها درک می‌کنـد. زمانی که افراد خـود را با مهربانـی، صبر و بـدون قضاوت می‌پذیرند، می‌توانند نقاط ضعف، شکست‌ها و اشتباهات آشکار خود را بدون داشتن حالت دفاعی مشاهده کنند. نگرش شفقت به خود، امنیت عاطفی مورد نیاز را برای شـفاف دیدن خـود، بدون تـرس و خودمحکومـی فراهم می‌کند.[۱۷]

به‌ایـن لحـاظ زنـان سرپرسـت خانـوار دریافت‌کننده این دوره آموزشـی توانسـتند امیدواری بیشتری به آینده داشته باشند. علاوه بر این در این دوره آموزشـی، فن و تمرین به هوشیاری بسـیار مورد تاکید قرار گرفت. در این تمرین زنان سرپرسـت خانوار از افکار و هیجانات مثبت و منفی خودآگاه شدند. لذا پذیـرش افکار منفی و قضاوت نکردن درباره این افکار باعث شد اثر آن بر زنان کمتر شده و در نهایت زنان سرپرسـت خانـوار به‌توانند آینـده بهتری را بـرای خود ترسـیم نمایند و امیدواری و امید به زندگی بیشـتری را تجربه نمایند. از دیگر سو به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری تکنیک‌های مانند تصویرسازی ذهنی شفقت ورز، توسـعه خویشتن شـفیق درونی، انتقال جریان شـفقت از مراجع بـه دیگران و انتقال شفقت از بیرون به‌سوی خود، زنان سرپرست خانـوار دیدگاهی همـراه با عشـق و محبت نسـبت به خـود پیدا کرده و کمتـر در مورد خود دسـت بـه قضـاوت و خودانتقادگری زده‌اند. لذا نسبت به زندگی و آینده امید بیشتری خواهند داشت. به این دلیل، که شـفقت به خود یک عامل موثر برای تعادل عاطفی محسوب می‌شود، احسـاس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسـبت به نابسندگی و شکست‌ها می‌تواند خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار را تحت تاثیر قرار دهد، زیرا شـفقت به خود مسـتلزم این اسـت که فرد احساسـات خود را بازگو کند. بازگو کردن احساسات،موجب شکسـتن چرخه در خود فرو رفتن می‌شـود و احسـاس خودمداری و تنهایـی راکاهش داده و هم‌زمان احسـاس به هم‌پیوسـتگی و ارتباط را افزایـش می‌دهد. این شـرایط می‌تواند موجب روابـط اجتماعی بهتر و روابط اجتماعی بهتر نیز می‌تواند به شادکامی بالاتر منجر گردد.

محدودیت‌ها: این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده اسـت. ازجملـه می‌توان به این موارد اشـاره کـرد. از آن‌جاکه در این پژوهش، درمانگر و ارزیاب یک نفر بود ممکن اسـت، در نتایج، سوگیری‌هایی پدید آمده باشد. پژوهش حاضر تنها در بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر لامرد انجام شده است. لذا باید در تعمیم یافته‌ها به سایر زنان، مردان و گروه‌ها و شهرستان‌های دیگر، احتیاط صورت گیرد.

پیشنهادها: بر این اساس پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در گروه‌های دیگر و مناطـق جغرافیایی دیگر تکرار گردد همچنیـن با توجه به نتایج پژوهش، پیشـنهاد می‌شـود از درمان متمرکز بر شـفقت بـرای افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده شود.

سپاسـگزاری: از تمام زنان سرپرسـت خانواده که در این پژوهش شـرکت کردند و همچنین کارکنان بهزیسـتی شهرستان لامرد که زمینه انجام این پژوهش را فراهم آوردند صمیمانه قدردانی و تشکر می‌گردد.

منابع

References:

1. Statistical Center of Iran. Population and housing census, detailed results. Tehran; 2016. [Persian]
2. Fahey T, Keilthy P, Polek E. Family relationships and family well-being: A study of the families of nine year-olds in Ireland. Dublin; 2012.
3. Solhi M, Shabani Hamedan M, Salehi M. The effect of educational intervention based on precede-proceed model on the life quality of women-headed households covered By Tehran welfare organization. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2017 Feb 1;4(4):259–70. [Persian]
4. Kwon M, Kim H. Psychological well-being of female-headed households based on age stratification: A nationwide cross-sectional study in South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 Sep 4;17(18):6445.
5. Rajabi G, Gashtil K, Amanallahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female nurses. Iran Journal of Nursing. 2016;29(99). [Persian]
6. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. Journal of Clinical Psychology. 2013 Aug;69(8):856–67.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]

7. Feldman DB, Kubota M. Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. Learning and Individual Differences. 2015 Jan;37:210–6.
8. Nelson SK, Lyubomirsky S. Finding happiness: Tailoring positive activities for optimal well-being benefits. Handbook of positive emotions. New York, NY, US: The Guilford Press; 2014. p. 275–93.
9. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. Behaviour Research and Therapy. 2016 Feb;77:78–85.
10. Habibi M, Ghanbari N, Khodae E, Ghanbari P. Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;11(3). [Persian]
11. Gilbert P. Compassion: concepts, research and applications. London New York: Routledge, Taylor \& Francis Group; 2017.
12. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy(ACT) and compassion focused therapy(CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. Family Psychology. 2017;3(2). [Persian]
13. Siegel D. The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration. New York: W.W. Norton \& Co; 2010.
14. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness. 2015;6(3):444–54.
15. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. Journal of Personality. 2009 Feb;77(1):23–50.
16. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and Personality Psychology Compass. 2011 Jan;5(1):1–12.
17. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2003;84(4):822–48.
18. Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on quality of life and happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. Journal of Nursing Education. 2018;7(2). [Persian]
19. Daroshi S, Khayatan F. Effects of self-compassion on the quality of life and happiness of mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of Exceptional Children. 2018;17(4). [Persian]
20. Seyyedjafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseyni E, Shakibmehr M. The effectiveness of compassion-focused therapy on elderly life expectancy. Journal Of Aging Psychology. 2020;5(2):157–68. [Persian]
21. Seyyedjafari J, Borjali A, Sherafati S, Panahi M, Dehnashi T,Oboodyat S. The effectiveness of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus. The Journal Of Psychological Science. 2020;19(92). [Persian]
22. Barghi Irani Z, Bagiyankulemarz MJ, Bakhti M. Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. Contemporary Psychology. 2016;11(1 (21)):103–17. [Persian]
23. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2014 Jul;58:43–51.
24. Kocovski N, MacKenzie M. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Trends and developments. Psychology Research and Behavior Management. 2016 May;9:125.
25. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. Personality and Individual Differences. 1990 Jan;11(10):1011–7.
26. Barzegarbafrooei K, Ahaliabadeh M, Mohamadighaletaky S. The relationship between social support and sense of humor on life expectancy in the elderly Yazd. Quarterly Journal of Geriatric Nursing. 2015;1(4):24–35. [Persian]
27. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology. 1991;60(4):570–85.
28. Nikrahan G, Ghasemi T. Determining the effectiveness of Lyubomirsky's happiness training program on happiness, hope, general health and life satisfaction among female high school students studying child development and psychology. Journal of Instruction and Evaluation. 2019;12(46):29–45. [Persian]
29. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. Journal of Research in Personality. 2007 Aug;41(4):908–16.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1400.10.3.6.0]