

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

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

علی اکبر شریفی*: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. aliakbarsharifi@pnu.ac.ir

مریم مشفق: کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. Marryamm515@gmail.com

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 نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت بهزیستی شهرستان لامرد در سال ۱۳۹۹ بود تعداد سی نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفر آزمایش و گواه قرار گرفتند. دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به پرسشنامه شادکامی آکسفورد آرگیل و لو ۱۹۸۹ و مقیاس امیدواری شنایدر و همکاران ۱۹۹۱ پاسخ دادند. گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را به مدت هشت جلسه دریافت نمود و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکرد.

نتایج: تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که بین شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش و گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. ($P < 0/01$) همچنین نتایج نشان داد که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی ماند. **بحث و نتیجه گیری:** بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد و می توان از این روش برای افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

واژگان کلیدی

درمان متمرکز بر شفقت

شادکامی

امید به زندگی

زنان سرپرست خانوار

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۵

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

نحوه استناد به مقاله:

(۳): ۵۸-۶۶

مقدمه

زنان سرپرست 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 سال 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 از جمله بالا رفتن سن ازدواج نیز بوده‌ایم و در سال‌های اخیر نرخ رشد 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 سی سال گذشته است. بر اساس نتایج حاصل از سرشماری سال ۱۳۹۵ در کشورمان، سرپرستی دوازده درصد خانوارهای ایرانی بر عهده زنان سرپرست خانوار است. [۱] خانواده شامل مجموعه افرادی است 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 سرپرست به دلایل گوناگون از جمله مرگ همسر، طلاق، مفقودالاثر بودن، اعتیاد و متواری یا زندانی شدن همسر در دنیا رو به افزایش است. [۲] بیشتر این خانواده‌ها با مشکلات فراوانی روبرو هستند از جمله سرپرستی فرزندان به‌تنهایی و گاه به‌سختی، مشکل اقتصادی زندگی، تنهایی و افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه به زنان خودسرپرست در نبود همسر، آن‌ها را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات مختلفی روبرو می‌کند که این شرایط می‌تواند بر وضعیت روان‌شناختی آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد. [۳]

پژوهش‌های نف ۲۰۰۲ و کوون و کیم ۲۰۲۰ نشان داده است که خوددلسوزی یا خود شفقتی یکی از متغیرهای موثر در بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان است. [۴] این سازه توسط نف (۲۰۰۲) ارائه شده است و نگاه تازه‌ای به بهزیستی روان‌شناختی است که ریشه در عقاید بوداییسم دارد و شکل سالمی از خودپذیری است. [۵] شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای با سه مولفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است و افرادی که نسبت به خود شفیق هستند، ترکیبی از این سه مولفه را دارند. [۶] شفقت به خود را می‌توان به‌عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود، حتی زمانی که دنیا بر وفق مراد ما نیست، تعریف کرد. شفقت به خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظت‌کننده موثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود. از آن‌جا که شفقت به‌نوعی با روانشناسی مثبت‌نگر ارتباط تنگاتنگ دارد، این رویکرد به‌عنوان رویکردی تازه در روانشناسی، بر فهم و تشریح 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 شاد 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 نشانه‌های ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم نشانه‌ها وسعت بخشید و به توسعه متغیرهایی همچون شادکامی، امیدواری و خودکارآمدی پرداخته است. [۹]

باوجود شواهد محکمی که در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناخته شده استاندارد وجود دارد، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد به‌کارگیری آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی، دشوار است و بیشتر این مداخلات با پاسخ درمانی مناسبی 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 اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است 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 شش 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 ذهن آگاهی و مبتنی بر شواهد است. گاهی اکت تحت عنوان درمان موج سوم شناخته می‌شود. فرایندهای اصلی

همچون ذهن آگاهی، 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]

شبهات زیادی بین مساله پذیرش و شفقت از یک سو 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 این گونه 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

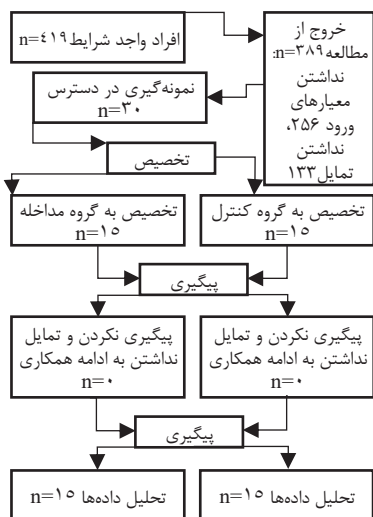
درمان متمرکز بر شفقت، کانون تمرکز بر مدل تنظیم عواطف است و مداخلات درمانی در راستای ایجاد الگوهای خاص تنظیم هیجان، حالات مغزی و تجارب شخصی که زیربنای فرایند تغییر هستند، به کار برده می‌شوند. این مساله به‌خصوص در پرداختن به خود انتقادگری و شرم در افرادی که سابقه زندگی خشن و ناگواری داشته‌اند، دارای اهمیت است. چنین افرادی احتمالاً رفتارهای حمایتی از سوی دیگران را تجربه نکرده‌اند و در نتیجه سیستم تنظیم و کنترل هیجان آن‌ها کمتر در اختیارشان است. [۱۳]

در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است به‌عنوان مثال این درمان بر تصویر بدن، [۱۴] اعتماد به نفس، [۱۵] بهزیستی روان‌شناختی [۱۶ و ۱۷] 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 مبتلا به دیابت نوع دو [۲۱] را افزایش داده است و منجر به کاهش عواطف منفی [۲۲] و نشانه‌هایی افسردگی [۲۳ و ۲۴] 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 این که 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 در مجموع سی نفر در نظر گرفته شده است. به این 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 به روش نمونه‌گیری در دسترس سی زن سرپرست خانوار از زنان تحت پوشش بهزیستی شهر لامرد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. روند اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها (نمودار شماره یک) به این صورت 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



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 مفهوم سازی آموزش خوددلسوزی شناختی
دوم // توضیح و تشریح شفقت // اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.
سوم // تفکر درباره شفقت // توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت آمیز، رفتار شفقت آمیز، تصویرسازی شفقت آمیز
چهارم // افزایش گرمی و انرژی // ذهن آگاهی، پذیرش، گرمی و قضاوت نکردن
پنجم // تمرین هوشیاری و ذهن آگاهی // 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 نامگذاری بر اساس شفقت
هفتم // تمرین شفقت // نامگذاری شفقت وز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه
هشتم // مرور، جمع بندی // مرور، جمع بندی و انجام پس آزمون

که نمرات بالاتر نشان دهنده 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 به دست آوردند.

بسته آموزش خودشفقتی: این بسته توسط گیلبرت ۲۰۱۷ 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 می باشد.

دوره، مکان و زمان جلسات برقرار شد و در این پژوهش گروه آزمایش در فاصله بین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، دوره آموزشی درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مراحل آموزش خود شفقتی گیلبرت [۱۱] متشکل از سه مولفه مهربانی به خود، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی را در طی هشت جلسه نود دقیقه ای دریافت نمودند این آموزش ها توسط یک درمانگر آموزش دیده به صورت گروهی انجام گرفت؛ اما گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد. جهت اطمینان از مبتلا نبودن شرکت کنندگان 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 نشانه های اختلالات روانی، افراد از مطالعه خارج شوند.

ملاک های ورود و خروج

ورود: داشتن سن سی تا چهل و پنج سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، دریافت نکردن درمان های روان شناختی و روان پزشکی هم زمان 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 شرکت کنندگان در پژوهش رعایت گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی: پرسشنامه شادکامی توسط آرگیل و لو [۲۵] برای سنجش شادکامی طراحی شده و دارای بیست و نه آیت چهارگزینه ای است که گزینه های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره گذاری می شود و در هر آیت فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می کند. نمرات پایین تر از بیست و دو شادی کم، نمرات بیست و دو تا چهل و چهار شادی متوسط، نمرات چهل و چهار تا شصت و هشت شادی بالا و نمرات شصت و هشت تا هشتاد و هفت شادی بسیار بالا است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش آرگیل و لو ۱۹۸۹ 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 به روش آلفای کرونباخ شصت و نه صدم محاسبه کرده اند.

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

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 آزمودنی ها به تفکیک گروه نشان می دهد.

به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش استفاده گردید به این منظور جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گروه گواه معنی دار نبود. ($P > 0/05$) بنابراین توزیع متغیرها نرمال بود و می توان در مورد این متغیرها از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده کرد.

نتایج جدول شماره چهار نشان می دهد که بین نمرات شادکامی در سه مرحله سنجش تفاوت معناداری وجود دارد $F=155/07, P<0/001$ و نشان می دهد که میزان متغیر شادکامی در طول سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متفاوت است. بنابراین می توان 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 می دهد. بر این مبنا هشتاد و چهار و هفت دهم درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین متغیر شادکامی توسط متغیر دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) تبیین می شود. همچنین جدول شماره چهار نشان می دهد که بین نمرات امید به زندگی آزمودنی ها در سه مرحله آزمون تفاوت معناداری وجود دارد $F=48/383, P=0/001$ که نشان دهنده این موضوع است که میزان متغیر امید به زندگی در طول سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متفاوت بوده است. بنابراین می توان 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 می دهد. بر این مبنا شصت و سه و هشت دهم درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین متغیر امید به زندگی توسط متغیر دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) تبیین می شود. جهت مقایسه زوجی هر یک از مراحل و تعیین تفاوت بین میانگین های زوجی مراحل، از آزمون تصحیح بنفرونی استفاده شد. دول شماره چهار نشان می دهد که بین میانگین های تعدیل شده متغیر شادکامی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. ($P<0/001$) همین طور بین میانگین های تعدیل شده متغیر شادکامی در مرحله پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. ($P<0/001$) اما بین میانگین های تعدیل شده متغیر شادکامی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P>0/05$) بنابراین می توان نتیجه گرفت که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی مانده است. همچنین بر اساس

جدول (۲) آماره های توصیفی علت سرپرستی و تحصیلات آزمودنی ها به تفکیک گروه

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

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

شاخص های آماری متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲۳/۴۰
	پس آزمون	۱۵	۲۹/۹۳
	پیگیری	۱۵	۳۰/۲۰
گروه گواه	پیش آزمون	۱۵	۲۵/۰۶
	پس آزمون	۱۵	۲۷/۵۳
	پیگیری	۱۵	۲۷/۸۶
گروه امید به زندگی	پیش آزمون	۱۵	۲۰/۶۶
	پس آزمون	۱۵	۲۴/۷۳
	پیگیری	۱۵	۲۴/۲۶
گروه زندگی	پیش آزمون	۱۵	۲۱/۴۶
	پس آزمون	۱۵	۲۲/۱۳
	پیگیری	۱۵	۲۲/۶۰

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه شادکامی و امید به زندگی شرکت کنندگان

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	توان آماری
شادکامی	مرحله	۲۴۵/۰۰	۲	۱۲۲/۵۰	۱۵۵۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	گروه	۶۰/۰۰	۱	۶۰/۰۰	۲۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
امید به زندگی	مرحله	۲۷۹۶/۰۰	۲	۱۳۹۸/۰۰	۸۸/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	گروه	۸۷۰/۸۳	۱	۸۷۰/۸۳	۲۹/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱

جدول (۵) تصحیح بنفرونی برای مقایسه شادکامی و امید به زندگی آزمودنی ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

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

این جدول، بین میانگین های تعدیل شده متغیر امید به زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و در مرحله پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. ($P<0/001$) اما بین میانگین های تعدیل شده متغیر امید به زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. ($P>0/05$) به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که اثرات درمانی در مرحله پیگیری باقی مانده است.

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، به این معنی که درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی زنان سرپرست خانوار تاثیر داشته است و اثرات درمان در مرحله پیگیری باقی مانده است، این یافته با نتایج پژوهش‌های علی قنوتی و همکاران [۱۸] دروشی و خیاطان، [۱۹] کوکوفسکی و مک کنزی [۲۴] و آلبرستون، نف و دیل -شاکلفورد [۱۴] همسو است.

افرادی که نسبت به خود شفیق هستند، ترکیبی از این سه مولفه شفقت به خود یعنی مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی را دارند. [۶] اعتراف به این که همه انسان‌ها نواقصی دارند، خطا می‌کنند و رفتارهای ناسالم دارند، مشخصه اشتراکات انسانی است. ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت به خود، منجر به یک آگاهی متعادل و مناسب نسبت به تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و همواره ذهن را اشغال نکند. [۶] به این ترتیب می‌توان بیان کرد که آموزش شفقت به خود، امنیت هیجانی فرد را افزایش می‌دهد تا به‌تواند بدون ترس از سرزنش، خود را به‌درستی ببیند و الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را با دقت بیشتری درک و اصلاح کند. به این ترتیب زنان سرپرست خانوار می‌توانند با دریافت این آموزش نسبت به خود مهربانی و شفقت 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 اساس نظر نف ۲۰۱۱ سازه شفقت به خود نشان‌دهنده گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند و مطلوب بوده و شامل سه مولفه اصلی است. [۱۶] زمانی که فرد متوجه ضعف و ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج می‌برد، همچنان موجودیت خود را دوست دارد و آن را درک می‌کند. همچنین، می‌داند که این حسی است از ویژگی‌های مشترک انسانی و درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً، خود-دلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و مستلزم توانایی مواجهه با افکار و احساسات دردناک (به جای 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 باشند. به نظر می‌رسد به‌کارگیری تمرین تنفس تسکین‌بخش ریتمیک که در آن فرد به ریتم تنفسی آرام‌بخش و راحت دست پیدا می‌کند می‌تواند زمینه را برای کاهش تنش‌ها و تجربه اضطراب و نگرانی فراهم کند. این موارد می‌تواند منجر به افزایش هیجانات مثبتی چون شادکامی شود. به نظر می‌رسد به‌کارگیری این تکنیک به هوشیاری زنان سرپرست خانوار کمک کرده است تا افکار منفی و مثبت خود را شناسایی کنند، هیجانات خود را بهتر بشناسند و احساسات بدنی خود را بهتر درک کنند. احساسات، افکار و هیجانات را بدون قضاوت موردپذیرش قرار دهند. به این 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 داشته است، به این معنی که درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر داشته است و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است، این یافته با نتایج پژوهش‌های سید جعفری و همکاران [۲۰ و ۲۱] برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و بختی، [۲۲] دیدریچ، گران، هافمن، هیلر و برکینگ [۲۳] همسو است. افراد خود شفقت ورز، زمانی که در تلاش خود ناموفق‌اند، قادر به توسعه درک و حمایت از خود هستند، این ویژگی به آن‌ها اعتماد به نفس دنبال کردن فرصت‌ها، چالش‌ها و رشد و یادگیری را می‌دهد تا موقعیت خود را بهبود بخشند. نه این که از خود انتقاد کنند. [۱۵]

خود-دلسوزی مستلزم در نظر گرفتن یک رویکرد متعادل به احساسات منفی است به طوری که احساسات نه سرکوب و نه بزرگنمایی شوند. احساسات و افکار منفی بدون هیچ مانعی توسط ذهن آگاه درک شوند. ذهن آگاهی، یک حالت ذهنی پذیرا بدون پیش‌داوری یا قضاوت است که در آن فرد، افکار و احساسات خود را همان گونه که هستند، بدون سرکوب

یا انکار آن‌ها درک می‌کند. زمانی که افراد خود را با مهربانی، صبر و بدون 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 شفاف دیدن خود، بدون ترس و خودمحکومی فراهم می‌کند [۱۷].

به این لحاظ زنان سرپرست خانوار دریافت‌کننده این دوره آموزشی توانستند امیدواری بیشتری به آینده داشته باشند. علاوه بر این در این دوره آموزشی، فن و تمرین به هوشیاری بسیار مورد تاکید قرار گرفت. در این تمرین زنان سرپرست خانوار از افکار و هیجانات مثبت و منفی خود آگاه شدند. لذا پذیرش افکار منفی و قضاوت نکردن درباره این افکار باعث شد اثر آن بر زنان کمتر شده و در نهایت زنان سرپرست خانوار به‌توانند آینده بهتری را برای خود ترسیم نمایند و امیدواری و امید به زندگی بیشتری را تجربه نمایند. از دیگر سو به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری تکنیک‌های مانند تصویرسازی ذهنی شفقت ورز، توسعه خویش‌شن شفیق درونی، انتقال جریان شفقت از مراجع به دیگران و انتقال شفقت از بیرون به‌سوی خود، زنان سرپرست خانوار دیدگاهی همراه با عشق و محبت نسبت به خود پیدا کرده و کمتر در مورد خود دست به قضاوت و خودانتقادگری

زده‌اند. لذا نسبت به زندگی و آینده امید بیشتری خواهند داشت. به این دلیل، که شفقت به خود یک عامل موثر برای تعادل عاطفی محسوب می‌شود، احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌ها می‌تواند خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار را تحت تاثیر قرار دهد، زیرا شفقت به خود مستلزم این است که فرد احساسات خود را بازگو کند. بازگو کردن احساسات، موجب شکستن چرخه در خود فرو رفتن می‌شود و احساس خودمداری و تنهایی را کاهش داده و هم‌زمان احساس به‌هم‌پیوستگی و ارتباط را افزایش می‌دهد. این شرایط می‌تواند موجب روابط اجتماعی بهتر و روابط اجتماعی بهتر نیز می‌تواند به شادکامی بالاتر منجر گردد.

محدودیت‌ها: این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. ازجمله می‌توان به این موارد اشاره کرد. از آن‌جاکه در این پژوهش، درمانگر و ارزیاب یک نفر بود ممکن است، 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. **پیشنهادهای:** بر این اساس پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در گروه‌های دیگر و مناطق جغرافیایی دیگر تکرار گردد همچنین با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود از درمان متمرکز بر شفقت برای افزایش شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده شود.

سیاسگذاری: از تمام زنان سرپرست خانواده که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین کارکنان بهزیستی 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, Amanollahi 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.

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 mindfulness 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 one-self. *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. Barzegarbafrroei 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.