



Positive Psychology Research

Positive Psychology Research

E-ISSN: 2476-3705

Vol. 10, Issue 4, No.40, Winter 2025, P: 1-22

Received: 02/17/2025 Accepted: 06/17/2025

Research Article

The Effect of Compassion-Focused Therapy on Resilience and Family Hardiness in Female-Headed Households

Elahe Fallah Tafti: Ph.D. Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
negar6886@gmail.com

Kianoush ZahraKar* : Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
dr_zahraKar@khu.ac.ir

Esmail Asadpour: Associate professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
dr.iasadpour@khu.ac.ir

Abstract

This study was conducted to examine the effect of compassion-focused therapy on resilience and family hardiness in female-headed households under the Imam Khomeini Relief Committee, Iran. This research design was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population of the study included women heads of households of the Imam Khomeini Relief Committee (RH) of Yazd, Iran in 2023. To select the sample, 30 female heads of households were chosen using convenience sampling and randomly assigned to the experimental group (15 women) and the control group (15 women). The measurement tools used in this study involved Family Resilience Questionnaires. Compassion-focused therapy was conducted over 24 sessions, each lasting 90 minutes, for the experimental group. A repeated measure analysis of variance (ANOVA) was performed to analyze the data, followed by Bonferroni's post-hoc test to account for multiple comparisons. The results showed that compassion-focused therapy improved the resilience and tenacity of the family in female heads of the household. Therefore, compassion therapy can be a good option for female heads of households so that they can treat themselves compassionately and deal more appropriately with the pressures and responsibilities of life.

Keywords: compassion-focused therapy, resilience, family hardiness, female-headed households.



Introduction

The number of female heads of households is increasing, they are more vulnerable to the stresses brought to the family, and employment and life responsibilities are more difficult for them than for married women (Asieduet et al., 2024). Female heads of households are at risk of psychosocial factors that reduce their resilience and hardiness. (Hassanzade et al., 2019). Therefore, it is necessary to increase these two psychological characteristics among female heads of households with the help of therapeutic methods. Compassion therapy is one of the therapeutic methods that leads to a reduction in symptoms of depression and anxiety in individuals (Kaveh Farsani et al., 2021). Therefore, the hypotheses of this study are:

1. Compassion-based therapy is effective on the resilience of female-headed households.
2. Compassion-based therapy is effective on the resilience of female-headed households.

Method

The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a follow-up with a control group. After obtaining the code of ethics through the Imam Khomeini Relief Committee (RA), Yazd, Iran by referring to the executive offices, the female heads of households were identified and women who were willing to participate in the project and met the criteria for entry into the project were selected using the available sampling method and then randomly assigned to two groups (experimental group and control group). The Family Resilience Scale and Family Hardiness Index questionnaires were used to obtain pre-test scores (before the intervention) in

the experimental group and the control group. Then, compassion-focused therapy (Gilbert, 2014) was implemented in 24 90-minute sessions twice a week for the experimental group, and the control group did not receive any intervention. After the end of the group psychotherapy sessions, both groups were evaluated with the same two questionnaires to obtain post-test scores, and finally, after two months, both groups were evaluated again to obtain follow-up scores. Then, the data were analyzed using SPSS 22 software. For descriptive statistics, mean and standard deviation were used, while for inferential statistics, analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post-test were used.

Results

To analyze the data, analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni post hoc test were used. Before presenting the results of the repeated-measures analysis of variance, the assumptions of the parametric tests were tested. Accordingly, the results of the Shapiro-Wilk test indicated that the assumptions of normal distribution of the data in the variable of family resilience and hardiness of female-headed households in the experimental and control groups in the pre-test stage were met ($p < 0.05$). Also, the assumption of homogeneity of variance was tested by the Levine test, and its results were not significant, which indicated that the assumption of homogeneity of variances was not rejected ($p < 0.05$). On the other hand, the results of the t-test showed that the difference in the pre-test scores of the experimental and control groups in the dependent variables (family resilience and hardiness in female-headed households) was not significant ($p < 0.05$). Moreover, the results of the Mauchly test indicated that the assumption of sphericity of the data in

the variable of family resilience and hardiness of female-headed households was met ($p < 0.05$). Considering the average scores of the different stages of the test, it was observed that in the pre-test stage, the average scores of family resilience and hardiness in the two experimental and control groups did not differ significantly. However, in the post-test and follow-up stages, a significant difference was observed in favor of the experimental group ($p < 0.05$, $F = 213.798$). In regards to family hardiness, the average of the experimental group also increased in the post-test and follow-up, while no significant change was observed in the control group. Therefore, these findings indicated that the two groups did not differ in the pre-test, but in the post-test and follow-up, a significant difference was observed in favor of the experimental group. ($p < 0.05$, $F = 274.478$). Accordingly, the first hypothesis that self-compassion-based therapy would affect increasing resilience was confirmed. The second hypothesis that this therapy would have an effect on increasing family resilience was also confirmed. According to the obtained results, the presentation of the independent variable (Compassion-Focused therapy package) lead to a significant difference in the mean scores of the dependent variables (i.e., family resilience and tenacity) in the post-test stage at the error level of 0.05. The mean scores of family resilience and tenacity variables observed a significant change during the post-test and follow-up stages, regardless of the effect of grouping, which was a significant difference compared to the pre-test.

Conclusion

This study aimed to investigate the effectiveness of compassion-based therapy for improving the resilience and hardiness of the families of female-

headed households. According to the results obtained, compassion therapy was effective on the resilience of the experimental group's family. These results are consistent with the research of Taher Karami et al. (2018) and Franco and Christie (2021). The findings of the study also show that compassion therapy was effective on the hardiness of the families of female-headed households. These results are consistent with the research of Mahdavi et al. (2014) and Kohaki et al. (2014). Moiseevitch et al. (2019) showed that people with higher self-compassion have more progress in their goals, more positive affect, and less negative affect, and in general, self-compassion increases adaptation and coping in individuals and hardiness. Among the limitations of this study were the use of an accessible and voluntary sampling method and the existence of special conditions for selecting subjects, the small sample size, and the inability to control variables such as economic status, job, and stressors. Accordingly, it is suggested that future research should use random sampling, control for confounding variables, and use tools such as interviews and observation. Another limitation of this study was that it focused solely on female heads of households covered by the Imam Khomeini Relief Committee (RA) in Yazd, Iran. Therefore, generalizing the results to female heads of households who were not covered by the Imam Khomeini Relief Committee (RA) should be done with caution. The authors recommend that compassion-based treatment also be implemented for female heads of households who are not clients of this organization.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines: All ethical considerations were observed, including ensuring the confidentiality of participants' identities and obtaining informed consent from all participants.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Authors' contributions: All authors contributed to the study. The first author conducted the intervention and data collection and wrote the introduction and method sections. The second author wrote the results and discussion sections and edited the initial draft.

Funding: The authors did not receive any financial support for this study.

Acknowledgments: We would like to express our deepest gratitude to the Imam Khomeini (RA) Relief Committee of Yazd for their assistance and support in carrying out this research.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار

الهه فلاح تفتی: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

negar6886@gmail.com

کیانوش زهرا کار* : استاد گروه آموزشی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

dr_zahrakar@khu.ac.ir

اسماعیل اسدپور: دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

dr.iasadpour@khu.ac.ir

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی شفقت‌درمانی بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی شهرستان یزد در سال ۱۴۰۲ بودند. برای انتخاب نمونه، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زن سرپرست خانوار انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ زن) و کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. پس از گروه‌بندی و انجام پیش‌آزمون، طی ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان مبتنی بر شفقت به گروه آزمایش ارائه شد. ابزار سنجش این پژوهش پرسشنامه‌های تاب‌آوری خانواده و سرسختی خانواده بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار می‌شود. بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای زنان سرپرست خانوار باشد تا بتوانند مشفقانه با خود رفتار کنند و مناسب‌تر با فشارها و مسئولیت‌های زندگی مقابله کنند.

واژه‌های کلیدی: شفقت‌درمانی، تاب‌آوری، سرسختی خانواده، زنان سرپرست خانوار.

* نویسنده مسئول:



مقدمه

نهاد خانواده و نقش سرپرست در خانواده اهمیت زیادی دارد، زیرا سرپرست خانوار باید تأمین‌کنندهٔ مایحتاج خانواده باشد. در جامعهٔ ایران سرپرستی خانوار معمولاً به عهدهٔ مردان است، مگر اینکه مرد به دلایلی همچون فوت، ازکارافتادگی، بیکاری و طلاق حضور نداشته باشد و زن سرپرستی خانواده را به عهده گیرد (Abedi Diznab et al., 2018). زنان سرپرست خانوار^۱ در کشورهای در حال توسعه افزایش یافته‌اند و این مسأله باعث نگرانی در تغییرات ساختاری جامعه شده است. این تغییرات ساختاری شامل تغییر در سطح اقتصادی مانند تغییر در الگوهای اشتغال زنان و موقعیت‌های عمومی اقتصادی آنها در خانواده و تغییرات اجتماعی فرهنگی در موقعیت‌های زنان در خانوارها به عنوان سرپرست می‌شوند که پیامدهای بسیار فراتر از توانمندسازی زنان برای توسعهٔ اقتصادی عمومی دارند (Asiedue et al., 2024). ادبیات اولیه دربارهٔ زنان سرپرست خانوار عمدتاً چنین خانواده‌هایی را آسیب‌پذیر و مضر توصیف می‌کند، زیرا آنها معمولاً درآمد کمتری دارند و دسترسی محدودی به خدمات ضروری دارند. زنان بخشی فزاینده از افراد فقیر را تشکیل می‌دهند، اما یکی از مهم‌ترین پیامدهای سرپرستی خانوار در زنانی که مادر هستند ممکن است بر سلامت جسمی و روانی فرزندانشان باشد که این مسأله به ساعات طولانی حضور زن سرپرست خانوار در خارج از منزل و محیط کار مربوط می‌شود (Wendt et al., 2021). کوهن و همکاران بیان کردند زنان سرپرست خانوار به دلیل عدم حمایت‌های لازم آسیب-

پذیری بیشتری نسبت به سایر زنان دارند (Kuhn et al., 2023). انجام چند نقش به طور هم‌زمان توسط زنان سرپرست خانوار منجر به تعارض و کشمکش‌های روانی و انواع استرس‌ها می‌شود. با وخیم‌تر شدن شرایط اقتصادی، اشتغال زنان سرپرست خانوار تأثیرات منفی بر سلامت جسمی و روحی‌شان دارد (Nazari et al., 2023). با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار ممکن است در برآوردن نیازهای اساسی خود با چالش مواجه شوند، بیشتر در معرض استرس و افسردگی قرار دارند (Safari et al., 2023).

زنان سرپرست خانوار با عوامل خطر روانی - اجتماعی شامل ساعات طولانی، عدم کنترل بر حجم کار، شرایط بد فیزیکی کار، حقوق کم یا عدم شناخت و تبعیض در دریافت حقوق نسبت به مردان مواجه هستند که این مسأله منجر به کاهش به‌زیستی روان‌شناختی آنان می‌شود (Lim et al., 2024). پایین‌بودن سطح به‌زیستی روان‌شناختی منجر به کاهش تاب‌آوری می‌شود (Hasanzadeh Namin et al., 2019). تاب‌آوری به سازگاری افراد به هنگام روبه‌رو شدن در شرایط سخت کمک می‌کند تا بتوانند موقعیت‌های استرس‌آمیز را مدیریت کنند (Gao et al., 2019). تاب‌آوری، اکتسابی و سازه‌ای شناختی است و عامل اصلی شکل‌گیری آن خانواده است. اینکه یک خانواده بتواند در مواجهه با چالش‌ها خود را مدیریت و تنظیم کند منجر می‌شود تا تاب‌آوری همهٔ اعضای خانواده افزایش یابد (Dadashi et al., 2021). در واقع، تاب‌آوری خانواده^۲ حکم پیشگیری در بروز مشکلات را دارد و زمانی که خانواده خود را اصلاح کند یک

² Family Resilience¹ Female-Headed Households

فرایند تاب‌آوری خانوادگی در بین اعضا شکل می‌گیرد که اعضا را کارآمدتر می‌کند (Walsh, 2016). تاب‌آوری خانواده دربرگیرنده وجود بحران‌هایی که عملکرد خانواده را بر هم می‌زند، به‌کارگیری منابع داخلی و خارجی خانواده هنگام روبه‌رو شدن با چالش‌ها و درگیر شدن خانواده با چالش‌هاست (Zahrakar et al., 2014). از جمله عوامل افزایش‌دهنده تاب‌آوری خانواده حضور و نقش پدر به ویژه حمایت عاطفی پدر (حمایت، پاسخ‌گویی و گرمی) است (Mahedy et al., 2019)، اما زمانی که پدر حضور ندارد و نقش سرپرستی خانواده به عهده زن است، تاب‌آوری اعضای خانواده کاهش می‌یابد و این مسأله پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانی است که کارکرد خانواده را مختل می‌کند (Rezaei et al., 2017).

نقش‌های متعددی که زنان سرپرست خانوار در طول روز ایفا می‌کنند معمولاً آنان را دچار احساس خستگی می‌کند. این خستگی با نابه‌سامانی اقتصادی دو چندان می‌شود و زمینه افسردگی را افزایش و تاب‌آوری را کاهش می‌دهد (Ghaderi et al., 2021). زمانی که تاب‌آوری کاهش می‌یابد، فرد در مواجهه با رویدادهای تهدیدکننده عملکردی ضعیف از خود نشان می‌دهد و با موقعیت‌های استرس‌زا به طرزی نامناسب مقابله می‌کند، اما تاب‌آوری زیاد منجر به عملکرد بهتر در شرایط استرس‌زا می‌شود که این امر بر روی عزت‌نفس، خودکارآمدی و روابط بین‌فردی تأثیری مثبت دارد (Yang et al., 2019). تاب‌آوری معمولاً منجر به سرسختی می‌شود و عمدتاً این دو مفهوم با هم همراه هستند، با این تفاوت که افراد سرسخت حس

قوی نسبت به زندگی و تعهد کاری و احساس کنترل بیشتر (و آزاد بودن) نسبت به تغییرات و چالش‌های زندگی دارند (Chuning et al., 2024). سرسختی دربرگیرنده مجموعه‌ای از صفات شخصیتی است که باعث بهبود سلامت روان می‌شوند (Krauss et al., 2019). سرسختی زیاد با افسردگی کم و سرسختی کم با افسردگی زیاد در ارتباط است (Wen & Goh, 2023). یکی از عوامل شکل‌دهنده صفت سرسختی در افراد، خانواده است. از دیدگاه مک‌کوئین، سرسختی خانواده^۱ باعث دوام خانواده در برابر تنش‌ها و توانایی مدیریت آنها می‌شود (Pardar et al., 2021). سرسختی خانواده منجر به استرس کمتر والدین می‌شود و رابطه‌ای مثبت با سلامت جهانی، به‌زیستی و شیوه‌های فرزندپروری والدین دارد. سرسختی خانواده از دیدگاه مک‌کوئین دارای سه جزء تعهد، چالش‌طلبی و کنترل است، اما وجود یا عدم وجود یکی از اعضای خانواده، یعنی پدر، می‌تواند در سرسختی خانواده اثرگذار باشد. درک سرسختی خانواده به عنوان یک عامل محافظ در برابر حوادث استرس‌زای زندگی و عملکرد فردی اعضای خانواده منجر به کاهش عملکرد منفی خانواده می‌شود (Dunst, 2021).

افزایش سرسختی و تاب‌آوری در خانواده موجب می‌شود تا فرزندان بر زندگی خود کنترل بیشتری داشته باشند و توانایی مبارزه با مشکلات و حل آنها را در خود ببینند. با وجود این، تاب‌آوری و سرسختی می‌تواند در زنان بعد از مسئولیت سرپرستی دستخوش تغییراتی شده باشد. زنان سرپرست خانوار به علت مشغله‌هایی که دارند بیشتر دچار فرسودگی

¹ Family Hardiness

روان‌شناختی می‌شوند و نیاز دارند تا صفت سرسختی را در خود افزایش دهند (Aflaki Fard et al., 2022). بر این اساس، لازم است تا به کمک روش‌های درمانی روان‌شناسی این دو ویژگی را در آنان افزایش دهیم. شفقت‌درمانی^۱ روش درمانی است که به فرد کمک می‌کند تا خود را در برابر تنش و سختی محافظت کند. استفاده از این روش درمانی برای زنان سرپرست خانوار که عمدتاً بدون حمایت مناسب از طرف خانواده و اطرافیان هستند، ضروری به نظر می‌رسد، زیرا بر این ایده استوار است که احساس رضایت، امنیت، اطمینان و رفاه زیربنای سه سیستم تنظیم عاطفی شامل سیستم تهدید، سیستم محرک و سیستم تسکین‌دهنده است (Millard et al., 2023). درمان مبتنی بر شفقت رویکردی است که خوداطمینان‌بخشی فرد را نسبت به خودانتقادی تقویت می‌کند. اساس این روش درمانی تجسم تصاویر مشفقانه به خود همراه با آموزش روانی و تمرینات تنفسی است (Heriot- Maitland et al., 2019). افرادی که مشفقانه نسبت به خود رفتار می‌کنند علائم افسردگی و اضطراب را کمتر تجربه می‌کنند (Kavehfarsani et al., 2020). تا کنون پژوهش‌هایی متعدد در راستای اثربخشی این درمان بر روی زنان انجام شده‌اند. برای نمونه، پژوهش طاهر کرمی و همکاران (2018) نشان داد شفقت به خود منجر به افزایش تاب‌آوری، امیدواری، به‌زیستی روان‌شناختی و کاهش خودگسستگی در زنان می‌شود. پژوهش فرانکو و کریستی بیانگر آن است که شفقت‌درمانی با اثرگذاری بر روی عوامل استرس‌زا، تاب‌آوری را در زنان افزایش می‌دهد (Franco & Christie, 2021). پژوهش طلعتی و همکاران (2021)

¹ Compassion-Focused Therapy

بیانگر آن است که شفقت‌درمانی باعث افزایش شادکامی و انگیزه در زنان سرپرست خانوار می‌شود. عزیز محمدی و همکاران (2019) شفقت به خود را از عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار می‌دانند. مهدوی و همکاران (2024) و کهکی و همکاران (2023) درمان مبتنی بر شفقت را باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی دانستند. موسیوچ و همکاران شفقت‌درمانی را به عنوان یک منبع برای مدیریت منابع دشوار در زنان در نظر می‌گیرند که می‌تواند سطح استرس آنان را کاهش دهد (Mosewich et al., 2019). اما پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار را بررسی کرده باشد مشاهده نشد. حال با توجه به اینکه با تغییر شکل خانواده و افزایش خانواده با سرپرستی زنان مواجه هستیم، باید در نظر داشته باشیم که سرپرستی خانواده همیشه به عهده مرد بوده است؛ اما پذیرش مسئولیت سرپرستی خانواده توسط زنان به هر دلیلی می‌تواند کل زندگی افراد خانواده و فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد، زیرا این زنان با مشکل ایفای نقش‌های دوگانه در داخل و خارج از خانه مواجه هستند. این نقش‌ها شامل ایفای نقش مادری، رسیدگی به منزل و خانه‌داری و شغل بیرون از منزل هستند که باید نابرابری در دریافت حقوق نسبت به مردان را به آنها اضافه کرد (Shahpari Sani et al., 2021). در نتیجه، این زنان با مشکلات سلامت جسمی و روانی مواجه هستند؛ بنابراین لازم

است با روش‌های درمانی مناسبی سطح سلامت روان آنان را بالا برد، زیرا زمانی که زن به عنوان سرپرست خانوار در شرایط روحی و روانی مناسبی نباشد بر روی

۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار در جلسات درمانی شرکت کردند، در حالی که بر روی گروه گواه هیچ مداخله‌ای انجام نشد. پس از سه ماه از اجرای آزمون مجدد، آزمون پیگیری روی شرکت‌کنندگان اجرا شد.

ابزار سنجش: پرسشنامه تاب‌آوری خانواده سیکسبی در سال ۲۰۰۵ ساخته شد که مبتنی بر مدل تاب‌آوری خانواده والش است. این ابزار یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرتی از به‌شدت مخالفم: ۱ تا به‌شدت موافقم: ۴ است. نمرات این مقیاس بین ۵۴ تا ۲۱۶ هستند. سیکسبی پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ به دست آورد و اعتبار این پرسشنامه با شاخص معنای شخصی (PMI)^۳ و ابزار سنجش خانواده فرم ۱ (FAD)^۴ متوسط ارزیابی شده است (Sixbey, 2005) در ایران، زهراکار و همکاران (2014) این پرسشنامه را مورد ارزیابی روان‌سنجی قرار دادند و برای اجرای تحلیل عاملی با محاسبه شاخص کفایت نمونه‌گیری (KMO)^۵ و آزمون کرویت بارتلت^۶ استفاده کردند. در ماتریس ساختار عاملی، پرسش‌های با بار عاملی کمتر حذف شدند و از ۵۴ پرسش به ۴۸ پرسش کاهش یافتند. خرده‌مقیاس‌های نسخه ۴۸ پرسشی شامل ارتباط و حل مسأله (۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۴۱، ۴۲، ۴۶، ۴۷)، چشم‌انداز مثبت (۱۲، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۴۵)، منابع اقتصادی و اجتماعی (۱۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۴۴)، معنویت خانواده (۱۰، ۱۱، ۳۸، ۳۹، ۴۰)، انعطاف‌پذیری خانواده

سایر اعضا خانواده و فرزندان اثر منفی خواهد گذاشت. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از: ۱. درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری خانواده زنان سرپرست خانوار مؤثر است. ۲. درمان مبتنی بر شفقت بر سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد بودند. گروه نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن سرپرست خانوار بودند که به صورت در دسترس و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت شفقت درمانی قرار گرفتند، در حالی که بر روی گروه گواه درمانی انجام نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سرپرست خانوار بودن، داشتن سلامت جسمی و روانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و عدم همکاری و تعهد به انجام وظایف و تکالیف بودند. قبل از شروع دوره و پس از پایان دوره، زنان سرپرست خانوار به عنوان نمونه آماری به پرسشنامه تاب‌آوری خانواده سیکسبی (FRAS)^۱ و سرسختی خانواده مک‌کوبین و همکاران (FHI)^۲ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. سپس، گروه‌های آزمایش در ۲۴ جلسه

^۳ Purchasing Managers' Index

^۴ Family Assessment Device

^۵ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy

^۶ Bartlett's Test of Sphericity

^۲ کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران این پژوهش را با کد اخلاق

IR.KHU.REC.1400.041 تصویب کرد.

^۱ Family Resilience Scale

^۲ Family Hardiness Index

کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد (Seydi & Bagherian, 2011).

روش اجرا و تحلیل: پس از اخذ کد اخلاق^۲ از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) با مراجعه به ادارات اجرایی شهرستان یزد، زنان سرپرست خانوار شناسایی شدند و زنانی که مایل به شرکت در طرح بودند و همچنین معیارهای ورود به طرح را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس با جایگزینی تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) قرار گرفتند. از پرسشنامه‌های مقیاس تاب‌آوری خانواده و شاخص سرسختی خانواده برای به دست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون (پیش از اجرای مداخله) در گروه آزمایش و گروه گواه استفاده شد. سپس درمان متمرکز بر شفقت (Gilbert, 2014) در ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار بر اساس جدول (۱) برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از پایان جلسات روان‌درمانی گروهی، هر دو گروه به همان دو پرسشنامه برای به دست آوردن نمره‌های پس‌آزمون و سرانجام پس از دو ماه، مجدداً هر دو گروه برای کسب نمره‌های پیگیری ارزیابی شدند. سپس، داده‌ها به کمک نرم‌افزار Spss22 با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تجزیه و تحلیل شد.

(۱، ۳، ۴، ۷، ۱۷) و ابراز هیجانی/همبستگی (۳۶، ۴۳، ۴۸) هستند. زهراکار و همکاران (2014) پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ و بازآزمایی کل پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آوردند و ضرایب روایی همگرایی این پرسشنامه را با پرسشنامه عملکرد خانواده نسخه ۱ (FAD)، مقیاس عملکرد خانواده نسخه ۲ (FAD)، مقیاس انسجام خانواده و پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون، به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۳، ۰/۶۵ و ۰/۴۵ به دست آوردند.

پرسشنامه سرسختی خانواده توسط مک‌کوبین و همکاران (1996) ساخته شد و شامل ۲۰ پرسش در سه خرده‌مقیاس شامل تعهد (۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۸)، چالش‌طلبی (۳، ۵، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷) و کنترل (۱، ۲، ۶، ۱۶، ۱۹، ۲۰) است که پرسش‌های (۱، ۲، ۳، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۲۰) معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه در لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً غلط: صفر تا کاملاً صحیح: ۳ است. مک‌کوبین و همکاران (1996) آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ و گستره ضریب اعتبار ملاکی با رضایت از زندگی و انعطاف‌پذیری را بین ۰/۲۰ تا ۰/۲۳ گزارش کردند (McCubbin et al., 1996). در ایران نیز ضریب همبستگی این ابزار با ابزار سنجش خانواده نسخه دوم (FADII) ۰/۴۰ و ضریب پایایی با روش آلفای

جدول ۱

ساختار پروتکل درمان مبتنی بر شفقت (Gilbert, 2014)

Table 1

Structure of Compassion Therapy Protocol (Gilbert, 2014)

جلسه	عنوان جلسات	خلاصه جلسات، تکالیف و تمرین‌ها
اول	قوانین زیربنایی گروه و توضیحات اولیه	خوش آمدگویی گروهی، واکنش شما به خود زندگی خود چگونه است؟، واکنش شما به خودتان نوعاً چگونه است؟، واکنش شما به مشکلات زندگی نوعاً چگونه است؟، ذهن تکامل یافته و درمان متمرکز بر شفقت، تمرین ریتم تنفس آرامش بخش
دوم	دلبستگی و اهمیت مراقبت	مرور مطالب جلسه قبل، اهمیت محبت، حوزه‌های چندگانه مراقبت، اثرات شیمیایی مراقبت، قدرت نوازش ملایم، تمرین بغل کردن
سوم	تنظیم عاطفه	مرور مطالب جلسه قبل، تنظیم عاطفه: ۳ سیستم تنظیم عاطفه، مراقبت و درمان
چهارم	پذیرا بودن، ملایمت محبت	مرور مطالب جلسه قبل، توضیح پذیرا بودن، ملایمت محبت
پنجم	عناصر کلیدی در فرمول‌بندی درمان متمرکز بر شفقت	مرور مطالب جلسه قبل، تأثیرات تاریخچه‌ای و ذاتی منجر به اختلالات، ترس‌ها و تهدیدهای اصلی درونی و بیرونی منجر به اختلالات، راهبردهای ایمنی‌طلبی و جبرانی درونی و بیرونی منجر به اختلالات، عواقب و نتایج ناخواسته و غیرعمدی از جمله خودانتقادگری که منجر به آشفتگی، راهبردهای ایمنی‌طلبی و مشکلات بیشتر می‌شوند
ششم	شفقت به خود و شرم	مرور مطالب جلسه قبل، شرم ناشی از محرومیت، شرم ناشی از تعدی و مزاحمت، خاطره شرم، باورهای مرکزی منفی، تمرین مواجهه با باورهای مرکزی منفی، تمرین مواجهه با شرم، برچسب زدن به باورهای اساسی، آگاهی از شرم در بدن
هفتم	خودانتقادگری	مرور مطالب جلسه قبل، تحلیل کارکردی، خودنظارت‌گری و خودسرزنش‌گری به عنوان راهبردهای ایمنی‌طلبی، تمرین توصیف و آموزگار، تمرین تغییر خودانتقادی، تمرین خود را همان‌طور که هستید، ببینید.
هشتم	شرم، احساس گناه و تحقیر	مرور مطالب جلسه قبل، تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر، مسئولیت‌پذیری در برابر تقصیرجویی خودانتقادگرانه، متمایز کردن خوداصلاح‌گری مشفقانه از حمله به خود ناشی از شرم
نهم	انگیزه خود مشفق	مرور مطالب جلسه قبل، من چقدر خود مشفق هستم؟، با دوستم چطور رفتار می‌کنم؟، یافتن صدای مشفقان، شناسایی صدای منتقد درونی‌تان
دهم	ترویج خود مشفق	مرور مطالب جلسه قبل، رویکرد ایفای نقش، گسترش شفقت نسبت به خود آسیب‌پذیر
یازدهم	نامه مشفقانه	مرور مطالب جلسه قبل، دستورالعمل‌هایی برای نوشتن نامه مشفقانه
دوازدهم	تفکر و استدلال مشفقانه	مرور مطالب جلسه قبل، کار با افکار متمرکز بر تهدید، ذهنی‌سازی، ایجاد ارتباط بین کار فکری و درک مشفقانه
سیزدهم	تجسم مشفقانه	مرور مطالب جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، تمرین تجسم مشفقانه ایده‌آل، شفقت نسبت به پریشانی، احساس تهدید و درد

چهاردهم	تجسم شفقت	مرور مطالب جلسه قبل، صندلی مشفقانه، صندلی خالی، کار بر روی دو صندلی، تسهیل ارتباط بین خود مشفق و خود آسیب‌پذیر، تسهیل ارتباط بین خود مشفق و خود آسیب‌پذیر و خود متقد
پانزدهم	شفقت به خود و بدن ما	مرور مطالب جلسه قبل، تمرین پذیرش بدنمان به کمک شفقت به خود، پوشش مشفقانه بدن
شانزدهم	رویارویی با احساسات دشوار	مرور مطالب جلسه قبل، برجسب‌زدن به احساسات و تمرین آن، آگاهی از احساسات در بدن و تمرین آن، تلطیف‌کردن، تسلی‌دادن، اجازه‌دادن و تمرین آن، تمرین احساس‌کردن کف پا
هفدهم	ژرف‌زیستن	مرور مطالب جلسه قبل، کشف ارزش‌های اساسی، تمرین نیمه پر لیوان
هجدهم	دستیابی به ذهنیت بزرگسال سالم	مرور مطالب جلسه قبل، افزایش آگاهی از رفتارهای ذهنیت بزرگسال سالم، انتخاب ذهنیت و توصیف آن در قالب اصطلاحات آگاهی، آفریدن موقعیت، شکل‌گیری دیدگاه والد خوب، طراحی برنامه عملیاتی برای ذهنیت بزرگسال سالم و تشخیص توانمندی‌ها و مهارت‌های لازم
نوزدهم	هوشیاربودن نسبت به آنچه هست	مرور مطالب جلسه قبل، توقف اعلان لحظات بخشش، دوری از احساسات دردناک، آگاهی از آگاهی، درخشش نور هوشیاری، تمرین توجه
بیستم	ادامه هوشیاربودن نسبت به آنچه هست	مرور مطالب جلسه قبل، پاسخ به جای واکنش، تمرین مقابله هوشیارانه نسبت به درد، یاد بگیریم هوشیار باشیم، تمرین هوشیاری در زندگی روزمره، یادداشت روزانه شفقت به خود
بیست‌ویکم	ما همه با هم هستیم	مرور مطالب جلسه قبل، منزوی و تنها، نیاز به تعلق و دلبستگی، بازی مقایسه، ما در مقابل آنها
بیست‌ودوم	ادامه ما همه با هم هستیم	مرور مطالب جلسه قبل، توهم کمال، درهم‌تنیدگی، تمرین رهاشدن از خودتعریفی از طریق شناسایی درهم‌تنیدگی‌مان
بیست‌وسوم	شفقت نسبت به دیگران	مرور مطالب جلسه قبل، نگاه واقع‌بینانه، خستگی از شفقت به خود، شفقت به خود و بخشش، تمرین بخشیدن کسی که ما را آزار داده است، ترویج و نهادینه‌سازی عشق و مهربانی، تمرین هدایت عشق - محبت به سمت رنج‌هایمان
بیست‌وچهارم	حمایت از دیگران بدون در نظر نگرفتن دیگران	مرور مطالب جلسه قبل، دادن و گرفتن شفقت، لذت افراطی از تنفس، گرم‌کردن آگاهی، داخل برای من - بیرون برای تو، گوش‌دادن مشفقانه

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

Table 2
Descriptive Indices of the Research Variables, Separated into Two Groups and Three Phases of the Research

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	آزمایش	۷۱/۶۷	۴/۹۷	۱۲۳	۷/۷۹
	گواه	۷۳/۵۳	۶/۱۲	۷۴/۷۳	۷/۳۰
سرسختی	آزمایش	۱۲/۰۷	۱/۴۹	۲۰/۴۰	۲/۹۲
خانواده	گواه	۱۲/۶۷	۱/۴۵	۱۳/۲۷	۲/۴۰

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۳/۷۳ و در گروه کنترل ۳۴/۹۳ سال بوده است. همچنین، ۵۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات لیسانس داشته‌اند و ۴۴/۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم بودند. در نمونه این پژوهش تحصیلات بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان در گروه‌های آزمایش و گواه در **جدول (۲)** آمده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل واریانس مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفتند. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن

توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانواده در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون رد نشد ($p > 0/05$). همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0/05$). از طرفی، نتایج آزمون t نشان داد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانواده) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانواده رد نشد ($p > 0/05$).

جدول ۳

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی خانواده

Table 3

Analysis of Variance with Repeated Measures to Examine the Effects Within and between Groups of Variables

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
تاب‌آوری	زمان	۱۴۱۵۷/۸۶۷	۲	۷۰۷۸/۹۳۳	۲۱۳/۷۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۴	۱
	گروه	۲۴۱۴۰/۸۴۴	۱	۲۴۱۴۰/۸۴۴	۳۴۷/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵	۱
	زمان × گروه	۱۳۵۳۳/۹۵۶	۲	۶۷۶۶/۹۷۸	۲۰۴/۳۷۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۴	۱
سرسختی خانواده	زمان	۵۴۸/۹۵۶	۲	۲۷۴/۴۷۸	۵۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱
	گروه	۶۸۳/۳۷۸	۱	۶۸۳/۳۷۸	۷۹/۲۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱
	زمان × گروه	۴۵۰/۹۵۶	۲	۲۲۵/۴۷۸	۴۱/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱

بر اساس نتایج جدول (۳) و با توجه به میانگین نمرات مراحل مختلف آزمون، مشاهده شد در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات تاب‌آوری و سرسختی خانواده در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار نداشت، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش مشاهده شد ($p < 0/05$ ، $F=213/798$) در متغیر سرسختی خانواده نیز میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و در پیگیری افزایش یافت، در حالی که در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد. بنابراین، این یافته‌ها نشان می‌دهد دو گروه در پیش‌آزمون تفاوتی نداشتند، اما در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار به نفع گروه آزمایش ایجاد شد ($p < 0/05$ ، $F=276/478$). بر این اساس، فرضیه اول مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر افزایش تاب‌آوری تأیید شد. فرضیه دوم مبنی بر تأثیر این درمان بر افزایش سرسختی خانواده نیز تأیید شد. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه بر هر دو متغیر نشان داد مداخله درمانی موجب بهبود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است.

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار انجام شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، شفقت‌درمانی بر تاب‌آوری خانواده گروه آزمایش مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش طاهر کرمی و همکاران (2018) صفحه پنجم خط اول هم‌سو بود. پژوهش فرانکو و کریستی (2021) نیز هم‌سو با این نتایج بیانگر این است که زنان سرپرست خانوار به

دلیل نقش‌های چندگانه‌ای که دارند ممکن است تاب‌آوری کمی داشته باشند. پژوهش طلعتی و همکاران (2021) بیانگر این است که پایین‌بودن سطح تاب‌آوری یک زن سرپرست خانوار می‌تواند بر روی سایر اعضای خانواده اثرگذار باشد، اما زمانی که زن سرپرست خانوار یاد می‌گیرد با خود مشفقانه رفتار کند، این امر منجر می‌شود تا خودسرزنی در او کاهش یابد، خودآگاهی و خودپذیری در او افزایش یابد و الگوهای ناسازگاری فکری خود را اصلاح و در نتیجه با مهربانی بیشتری با خود رفتار کند. شفقت به معنای ظرفیت توجه و آگاهی نسبت به رنج، همراه با انگیزه یا انگیزه برای کاهش این رنج هم در خود و هم در دیگران و همچنین ایجاد شفقت برای خود است. شفقت به خود منجر به آگاه‌تر شدن از نحوه واکنش شما به لحظه‌های دردناک می‌شود و موجب پرورش مهربانی، احترام و رفتارهای آرام با خود و دیگران می‌شود که این امر شکل‌دهنده تاب‌آوری روان‌شناختی است. شفقت به خود اثرات روانی و فیزیولوژیکی قوی دارد و منجر به بهبود رفتار اجتماعی و افزایش به‌زیستی روان‌شناختی می‌شود (Fraser & Gregory, 2024). با توجه به اینکه یکی از ویژگی‌های تاب‌آوری مقاومت است، درمان متمرکز بر شفقت با افزایش مهربانی نسبت به خود باعث می‌شود تا فرد در مقابله با مشکلات زندگی، با رفتار مناسب با خود، تاب‌آوری بیشتری داشته باشد و با افزایش شفقت فرد به خود، شفقت به دیگران افزایش یابد و سایر اعضای خانواده تاب‌آوری بیشتری داشته باشند (Kavehfarsani et al., 2020). شفقت به خود در زنان سرپرست خانوار منجر به افزایش اشتیاق به زندگی و انگیزه‌های درونی می‌شود تا در برابر مشکلات و ناکامی‌ها کمتر بهراسند. در

این مشکلات زندگی به سبب سبک زندگی متفاوتی که نسبت به سایر زنان دارند منجر به عواملی می‌شود که در آنها رخ‌نمایی کرده‌اند. در این خصوص، یافته‌های پژوهش افلاکی فرد و همکاران (2022) نشان داد میانگین سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی روان‌شناختی در بین زنان سرپرست خانوار بیشتر از زنان عادی است. بنابراین، این زنان برای اینکه بتوانند از پس مسئولیت‌های بسیاری که بر دوش آنهاست برآیند نیازمند سرسختی روان‌شناختی و خانوادگی زیادی هستند و بر این اساس، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند افزایش‌دهنده سرسختی در آنها باشد. اساس این درمان بر آموزش روانی، وضعیت بدن و سپس تمرینات تنفس و تن صدا قرار دارد. در این درمان، افراد تصورات مشفقانه را درباره خود تمرین می‌کنند و ایجاد و خلق این طرح‌های مشفقانه منبع تغییر و رشد می‌شود (Heriot-Maitland et al., 2019). توجه مشفقانه به معنای متمرکزکردن توجه توأم با حمایت است و این تکنیک به زنان سرپرست خانوار کمک کرد تا بهتر بتوانند موقعیت خود، شرایط و مشکلات را درک کنند، بیشتر برای خود ارزش و احترام و مهربانی قائل باشند و از لحاظ درونی و روانی، سرسختی بیشتری در زندگی داشته باشند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار مؤثر است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلب و وجود شرایط ویژه برای انتخاب آزمودنی‌ها، تعداد کم حجم نمونه و عدم توانایی کنترل متغیرهایی همچون وضعیت اقتصادی،

نتیجه، با افزایش شفقت در زنان سرپرست خانوار، چرخه در خود فرورفتن می‌شکند و به هم‌پیوستگی و ارتباطات اجتماعی افزایش می‌یابد (Azizmohammadi et al., 2019).

همچنین، نتایج پژوهشی نشانگر آن است که شفقت‌درمانی بر سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار مؤثر بوده است. هم‌سو با این نتایج، مهدوی و همکاران (2024) به این نتیجه رسیدند که کاهش سرسختی منجر به کاهش سلامت روان و افزایش افکار خودکشی می‌شود. بر این اساس، شفقت‌درمانی می‌تواند با افزایش سرسختی، سلامت روان را افزایش دهد. کهکی و همکاران (2023) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش امید به زندگی و سبک زندگی می‌شود و ارتقا‌دهنده سلامت افراد است. موسیویچ و همکاران (2019) در پژوهش خود نشان دادند زنانی که از شفقت به خود بیشتری برخوردار هستند، پیشرفت بیشتری در هدف، تأثیر مثبت‌تر و تأثیر منفی کمتری دارند و به طور کلی، شفقت به خود سازگاری و سرسختی را در افراد افزایش می‌دهد. در تبیین این یافته پژوهشی، باید اشاره کرد زنان سرپرست خانوار زنانی عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار هستند. این زنان بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانوار را به عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی با آنهاست. این زنان به دلیل ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای فرزندان با مشکلاتی از جمله از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان، اداره امور خانه، کار در خارج از خانه با دستمزد کم و ... مواجه می‌شوند و تحمل

حسن‌زاده نمین، ف.، پیمانی، ج.، رنجبری‌پور، ط.، و ابولمعالی، خ. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی استرس ادراک‌شده. علوم روان‌شناختی، ۱/۱، ۵۶۹-۵۷۸.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-446-fa.html>

داداشی، م.، کرمی‌نیا، ر.، و حاجی‌آقاژاد، ی. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر مؤلفه‌های تاب‌آوری خانواده والدین نظامی. فصلنامه مدیریت سرمایه انسانی دفاعی، ۱(۲)، ۵۲-۴۳.

https://jdchcm.iamu.ac.ir/article_251082.html

رضایی، ز. س.، دهقانی، م.، و حیدری، م. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر. خانواده پژوهی، ۱۳(۳)، ۴۲۱-۴۰۷.

https://jfr.sbu.ac.ir/article_97581.html

زهراکار، ک.، کرمی، خ.، و بزرگمنش، ک. (۱۳۹۳). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری خانواده سیکسبی. اندازه‌گیری تربیتی، ۵(۱۸)، ۱۵۵-۱۳۳.

<https://doi.org/10.22054/jem.2015.792>

شهیری‌ثانی، د.، صادقی، ر.، حدادی، ج.، خواجه‌نژاد، ر.، حسینی، م.، ر.، و محمودیان، ح. (۱۴۰۰). تحلیل وضعیت جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی خانوارهای زن سرپرست در ایران. فصلنامه زن و جامعه، ۱۲(۴۷)، ۱۸-۱.

<https://doi.org/10.30495/jzv.2021.25575.3320>

شغل و عوامل استرس‌زا بود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از روش نمونه‌گیری تصادفی، کنترل متغیرهای مداخله‌گر، استفاده از ابزارهایی همچون مصاحبه و مشاهده استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز صرف بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد بود. بنابراین، تعمیم نتایج به زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) نبودند باید با جانب احتیاط رعایت شود و پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر شفقت بر روی زنان سرپرست خانواری که مددجو نیستند نیز اجرا شود.

سپاسگزاری

از کمیته امداد امام خمینی (ره) یزد به خاطر کمک و همراهی در اجرای این پژوهش کمال تشکر را داریم.

منابع

افلاکی‌فرد، ح.، قلعه‌نوی، م.، و رمضان‌خانی، ص. (۱۴۰۱). مقایسه سرسختی روان‌شناختی، تمایز یافتگی خود و فرسودگی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی شهر مرودشت. فناوری آموزش، ۹، ۱۵-۱۰.
<https://doi.org/10.22061/tej.2022.8962.2759>
پرداز، چ.، مرادی، ا.، احمدیان، ح.، و ثنایی‌ذاکر، ب. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در مدل ساختاری سرسختی خانواده بر اساس انعطاف‌پذیری خانواده. دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی، ۹(۲)، ۶۹۴-۶۷۱.
http://pssw.jrl.police.ir/article_97872.html

- صفری، ع.، محمدزاده، ج.، احمدی، و.، و مامی، ش. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک‌شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۱۲(۲)، ۱۶۸-۱۵۷. <https://doi.org/10.61186/aums.12.2.157>
- صیدی، م. س.، و باقریان، ف. (۱۳۹۰). پیش‌بینی سرسختی خانواده توسط فراغت و اجام فرائض دینی در منزل با واسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲)، ۲۴۲-۲۲۶. https://fcp.uok.ac.ir/article_9452.html
- عابدی دیزناب، م.، عباسی، م.، و علی‌مندگاری، م. (۱۳۹۷). مطالعه تطبیقی ویژگی‌های زنان و مردان سرپرست خانوار به تفکیک مناطق شهری و روستایی در سرشماری ۱۳۹۵. *مجله بررسی‌های آمار رسمی ایران*، ۲۹(۱)، ۱۱۳-۹۵. <http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-262-fa.html>
- عزیزمحمدی، س.، راکبی، ن.، کامران کوچصفهانی، س.، و اسدی، ه. (۱۳۹۸). نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹، ۱-۹. <http://jdisabilstud.org/article-1-1462-fa.html>
- قادری، ص.، کریمی، ع.، سلیمانی، س.، کارگر اسفندآبادی، خ.، و عنبری روزبهرانی، م. (۱۴۰۱). تجربه سرپرستی خانوار توسط زنان
- چرخه بازتولید فلاکت (نمونه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر کرج). *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۱(۱)، ۲۷-۱. <https://doi.org/10.22059/jisr.2021.307490.1096>
- طاهرکریمی، ژ.، حسینی، ا.، و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خودگسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی. *سلامت اجتماعی*، ۵(۳)، ۱۹۷-۱۸۹. <https://doi.org/10.22037/ch.v5i3.19235>
- طلعتی، ف.، شریفی، ع.، ا.، و مشفق، م. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی. *مددکاری اجتماعی*، ۱۰(۳)، ۶۶-۵۸. <http://socialworkmag.ir/article-1-725-fa.html>
- کاوه‌فارسانی، ذ.، صالحی، ر.، و ربیعی، م. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روانشناسی*، ۹(۱۰)، ۱۱۴-۱۰۳. <https://frooyesh.ir/article-1-2067-fa.html>
- کهرکی، ف.، بخشانی، ن.، م.، و فردین، م. ع. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر امید به زندگی، سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت و سرسختی سلامت در بیماران دیابتی نوع دو. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴(۴)،

and Children's educational investments in an imperfect credit market in Africa. *Structural Change and Economic Dynamics*, 68, 30-42.

<https://www.scirp.org/reference/referencepapers?referenceid=3911025>

Azizmohammadi, S., Rakebi, N., Kamra Koochesfehiani, S., & Asadi, H. (2019). Role of Self-Compassion and Distress Tolerance in the Social Health of Female Household Heads. *Journal of Disability Studies*, 9, 1-9.

<http://jdisabilstud.org/article-1-1462-fa.html> [In Persian]

Chuning, A., Durham, M., Killgore, W., & Smit, R. (2024). Psychological resilience and hardiness as protective factors in the relationship between depression/anxiety and well-being: Exploratory and confirmatory evidence. *Curr Psychol*, 43, 30613-30628.

<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06612-2>

Dadashi, M., Karaminia, R., & Hajiaghanejad, Y. (2021). the effectiveness of family resilience training on family resilience components of military parents. *The Quarterly Journal of Defense Human Capital Management*, 1(2), 43-52. https://jdhcm.iamu.ac.ir/article_251082.html [In Persian]

Dunst, C. (2021). Family Hardiness and Parent and Family Functioning in Households with Children Experiencing Adverse Life Conditions: A Meta-Analysis. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 93-118. <https://doi.org/10.21500/20112084.5236>

Franco, P. L., & Christie, M. (2021). Effectiveness of a one-day self-compassion training for pediatric nurses' resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.020>

Fraser, M., & Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to

۸۳-۶۹

<https://doi.org/10.61186/jayps.4.4.69>

مهدوی، ح. س.، آقاعباسی، آ.، زنگی دارستانی، ف.، و منظری توکلی، ر. (۱۴۰۲). تأثیر شفقت‌درمانی بر سرسختی روانشناختی و افکار خودکشی سالمندان مبتلا به افسردگی. *سالنامه‌شناسی*، ۸(۴)، ۳۹-۴۶.

<http://dx.doi.org/10.22034/JOGE.8.4.39>

نظری، ف.، کریمیان، ح.، و شریفی، م. (۱۴۰۱). بررسی تأثیر کیفیت اشتغال زنان بر تحول خانواده (مطالعه موردی زنان شاغل شهر تهران). *جامعه‌شناسی سیاسی ایران*، ۵(۱۱)، ۳۶۸۲-۳۶۹۶.

<https://doi.org/10.30510/psi.2022.343192.3479>

References

- Abedi Diznab, M., Abbasi, M., & AliMandegari, M. (2018). A comparative study of the characteristics of women and household heads by urban and rural areas in the 2016 census. *Iranian Official Statistics Review Council*, 29(1), 95-113. <http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-262-fa.html> [In Persian]
- Aflaki Fard, H., Ghaleh Noei, M., & Ramezan Khani, S. (2022). Comparison of psychological hardiness, self-differentiation and psychological burnout in female-headed households and normal women in Marvdash. *Technology of Education Journal*, 9, 10-15. <https://doi.org/10.22061/tej.2022.8962.2759> [In Persian]
- Asiedu, E., Karimu, A., & Iddrisu, A. (2024). Structural changes in African households: Female-headed households

- Commitment Therapy (ACT) on Emotional Processing, Irrational Beliefs and Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 4(4), 69-83. <https://doi.org/10.61186/jayps.4.4.69> [In Persian]
- Kavehfarsani, Z., Salehi, R., & Rabiee, M. (2020). Investigating the role of Self-Compassion and Psychological Capital (hope, resilience, Self-efficacy and Optimism) in predicting depression and death anxiety in Patients with Cancer. *Journal of Rooyesh-e Ravanshenasi*, 9(10), 103-114. <https://frooyesh.ir/article-1-2067-fa.html> [In Persian]
- Krauss, S. W., Russell, D. W., Kazman, J. B., Russell, C. A., Schuler, E. R., & Deuster, A. (2019). Longitudinal effects of deployment, recency of return, and hardiness on mental health symptoms in US Army combat medics. *Traumatology*, 25(3), 216-223. <https://doi.org/10.1037/trm0000173>
- Kuhn, M., Dudel, CH., & Werding, M. (2023). Maternal Health, Well-Being, And Employment Transitions: A Longitudinal Comparison of Partnered and Single Mothers in Germany. *Social Science Research*, 114, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2023.102906>
- Lim, J., Kamposioras, K., Élez, E., Haanen, G., Hardy, C. Murali, K., ..., & Banerjee, S. (2024). ESMO Resilience Task Force recommendations to manage psychosocial risks, optimize well-being, and reduce burnout in oncology. *European Society for Medical Oncology*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103634>
- Mccubbin, M. A., Mccubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1996). *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation-Inventories for Research and* compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100754>
- Gao, J. L., Wang, L. H., Yin, X. Q., Hsieh, H. F., Rost, D. H., Zimmerman, M. A., & Wang, L. (2019). The Promotive Effects of Peer Support and Active Coping in Relation to Negative Life Events and Depression in Chinese Adolescents at Boarding Schools. *Current Psychology, A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(5), 2251-2260. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0143-5>
- Ghaderi, S., Karimi, A., Soleymani, S., Kargar Esfanabadi, K., & Anbari Roozbahani, M. (2021). The Experiences of Female-Headed Households and the Cycle of Misery (Case Study of Female-Headed Households in Karaj). *Quarterly of Social Studies Research in Iran*, 11(1), 1-27. <https://doi.org/10.22059/jisr.2021.307490.1096> [In Persian]
- Gilbert, P. (2014). The Origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal clinical psychology*. 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Hasanzadeh Namin, F., Peymani, J., Ranjbaripoor, T., & Abolmaali Alhoseini, K. (2019). Predictive model of psychological well-being based on resilience considering the mediating role of perceived stress. *Journal of Psychological Science*, 18, 569-578. <http://psychologicalscience.ir/article-1-446-fa.html> [In Persian]
- Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones, S., Longden, E., & Gilbert, P. (2019). Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00152>
- Kahaki, F., Bakhshani, N., & Fardin M. (2023). Effectiveness of Acceptance and

- Women & Family*, 9(2), 671-694.
http://pssw.jrl.police.ir/article_97872.html
[In Persian]
- Rezaei, Z., Dehghani, M., & Heidari, M. (2017). Quality of Life of Women Heading Family: The Role of Resiliency, and Family Functioning Based on McMaster Model. *Journal of Family Research*, 13(3), 407-421.
https://jfr.sbu.ac.ir/article_97581.html [In Persian]
- Safari, A., Mohammadzadeh, J., Ahmadi, V., & Mami, S. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on self-efficacy, perceived stress and depressive symptoms in female-headed households in Ilam. *Alborz University of Medical Sciences Journal*, 12(2), 157-168.
<https://doi.org/10.61186/aums.12.2.157> [In Persian]
- Seydi, M. S., & Bagherian, F. (2011). Predicting Family Hardiness by Family Leisure and Home Religious Rituals with the Mediating Role of Family Communication Quality. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 1(2), 226-242.
https://fcp.uok.ac.ir/article_9452.html [In Persian]
- Sixbey, D. M. (2005). *Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience Constructs*. University of Florida.
- Shahpari Sani, D., Sadeghi, R., Hadadi, J., Khajenexad, R., Hosseini, M., & Mahmoudian, H. (2021). Analysis of the demographic, social and economic situation of female-headed households in Iran. *Quarterly Journal of Women and Society*, 12(47), 1-18.
<https://doi.org/10.30495/jzv.2021.25575.3320> [In Persian]
- Taherkarami, J., Hosseini, A., & Dasht-Bozorgi, Z. (2018). The effectiveness of self-compassion-based therapy on resilience, self-dissociation, life expectancy and
- Practice*. University of Wisconsin Publishers.
- Mahdavi, H., Aghaabasi, A., Zangi Darestani, F., & Manzari Tavakoli, R. (2024). The effect of compassion therapy on psychological toughness and suicidal thoughts suicidal thoughts in the elderly with depression. *Journal of Gerontology*, 8(4), 39-46.
<https://doi.org/10.22034/JOGE.8.4.39> [In Persian]
- Mahedy, L., Harold, G., Maughan, B., Gardner, F., Araya, R., Jones, R. B., ..., & Collishaw, S. (2018). Resilience In High-Risk Adolescents of Mothers with Recurrent Depressive Disorder: The Contribution of Fathers. *Journal Of Adolescence*, 65, 207-218.
<https://doi.org/10.1016/J.Adolescence.2018.03.016>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Mosewich, A. D., Sabiston, C. M., Kowalski, K. C., Gaudreau, P., & Crocker, R. (2019). Self-compassion in the stress process in women athletes. *The Sport Psychologist*, 33(1), 23-34.
<https://doi.org/10.1123/tsp.2017-0094>
- Nazari, F., Karimian, H., & Sharifi, M. (2023). Effect of women's employment quality on family development (Case study of working women in Tehran). *Journal of Iranian Political Sociology*, 5(11), 3682-3696.
<https://doi.org/10.30510/psi.2022.343192.3479> [In Persian]
- Pardar, C., Moradi, O., Ahmadian, H., & Sanaee Zaker, B. (2021). The Mediating Role of Self-efficacy in Structural Model of Family Hardiness Based on Family Flexibility. *Journal of Policing & Social Studies of*

- Barros, A., & Victora, C. (2021). Are children in female-headed households at a disadvantage? An analysis of immunization coverage and stunting prevalence: in 95 low- and middle-income countries. *SSM - Population Health*, 15, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100888>
- Yang, H., Waugh, D., Orbe, C., Patra, P., Jöckel, P., Lamarque, J., ..., & Dlugokencky, E. (2019). Evaluating simulations of interhemispheric transport: Interhemispheric exchange time versus SF₆ age. *Geophys Research Letters*, 46(2), 1113-1120.
<https://doi.org/10.1029/2018GL080960>
- Zahrakar, K., Karami, K. H., & Bozorgmanesh, K. (2014). Evaluate the psychometric properties of the Sixbey Family Resilience scale. *Quarterly Journal of Educational Measurement*, 5(18), 133-155.
<https://doi.org/10.22054/jem.2015.792> [In Persian]
- psychological well-being of menopausal women. *Journal of Social Health*, 5(3), 189-197.
<https://doi.org/10.22037/ch.v5i3.19235> [In Persian]
- Talati, F., & Moshfeghi, M. (2021). Evaluating the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Happiness and Life Expectancy in Female-Headed Households Supported by the Welfare of Lamerd County. *Socialworkmag Journal*, 10(3), 58-66.
<http://socialworkmag.ir/article-1-725-fa.html> [In Persian]
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (3rd Edition). Guilford Press.
- Wen, D. J., & Goh, E. (2023). The moderating role of trajectories of family hardiness in the relationship between trajectories of economic hardship and mental health of mothers and children. *Current Psychology*, 11(2), 29012-29022.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-03972-5>
- Wendt, A., Hellwig, F., Saad, GH., Faye, C., Mokomane, Z., Boerma, T.,

