

# تأثیر آموزش خود - دلسوزی شناختی بر سلامت روان (جسمانی کردن، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی) زنان سرپرست خانوار

علی شیخ الاسلامی<sup>۱</sup>، نسیم محمدی<sup>۲</sup>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۴

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان (جسمانی کردن، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی) زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. روش پژوهش به شیوه‌ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه‌ی خود-دلسوزی شناختی دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. داده‌ها با روش آماری کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر ابعاد سلامت روان (جسمانی کردن، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی) زنان سرپرست خانوار مورد تأیید قرار گرفته است و زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش نسبت به زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در پس‌آزمون به‌طور معناداری، جسمانی کردن، اضطراب، بدکارکردی

۱. (نویسنده مسئول)، دانشیار روان‌شناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

(a\_sheikholslami@yahoo.com)

(nasimmohammadi@vatanmail.ir)

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

اجتماعی و افسردگی کمتری داشتند. نتیجه‌گیری: به طور کلی، یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که آموزش خود-دلسوزی شناختی می‌تواند بر افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار اثربخش باشد.

واژه‌های کلیدی: خوددلسوزی شناختی، سلامت روان، زنان سرپرست خانوار

## مقدمه

خانواده چیزی بیش از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به سر می‌برند، خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که مجموعه‌ای از قواعد و اصول را ابداع و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کنند، این کارکرد می‌تواند ویرانی و آبادانی جامعه را رقم زند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۹۹۴؛ ترجمه‌ی شاهی و نقشبندی، ۱۳۹۵). خانواده کانونی است که بسیاری از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابانی، کودک‌آزاری، فرار از خانه و ... از آن سربرمی‌آورد. عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود. منظور از تغییر ساختار خانواده افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی زنان در سراسر جهان است (فهی، کیلسی و پولک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن، باعث به وجود آمدن رشته‌ای از نامنی‌ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان می‌شود، در نتیجه اثر معکوس بر سلامت جسم، روان و رضایت از زندگی زنان گذاشته و مسائل روان‌شناختی تازه‌ای به بار می‌آورد (هربست<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی بسیاری از افراد به خصوص زنان سرپرست خانوار<sup>۳</sup>، آن‌ها فاقد توانایی‌های اساسی و مهارت‌های لازم برای مواجهه شدن با مشکلات خاص زندگی خود هستند و همین امر این گروه زنان را در مواجهه با

1. Fahey, T., Keilthy, P., & Polek, E  
2. Herbst, C  
3. female headed households

مسائل و مشکلات زندگی آسیب پذیر نموده است و سلامت روان این گروه از زنان را کاهش داده است (میرز و عبدول مالک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

سلامت روان موضوع مهمی در سراسر جهان می باشد که افراد باید در تمام جنبه هایی از زندگی خویش از جمله مهارت در مراقبت از سلامت جسمی، روانی و مهارت در ارزیابی و مدیریت چالش های پیش رو در آن بهبود یابند (الیسیا، میتچل، امی و جاستون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). سلامت روان عبارت است از داشتن سازگاری کافی و احساس خوب بودن از دیدگاه روان شناختی، متناسب با معیارهای قابل قبول روابط انسانی و جامعه (ساعتچی، ۱۳۹۳). فرهنگ روان پزشکی کمپل این اصطلاح را احساس رضایت بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه تعریف کرده است (پورافکاری، ۱۳۹۳). مشکلات ناشی از آسیب روانی که اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی را در پی دارد به عنوان پدیده جهانی مطرح شده است (سایپوترا، یونیبهند و سیوکراتول<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). آمارها نشان می دهد که حدود دوسوم از زنان سرپرست خانوار، به تنهایی یعنی بدون فرد شاغل دیگر در خانواده، زندگی و تأمین معاش خانوار را برعهده دارند و به دلایل اقتصادی و اجتماعی نامطلوب، پایین بودن سطح دانش و آگاهی و همچنین پایین بودن سطح سلامت جسمی و روانی، به قشر آسیب پذیر جامعه تبدیل گردیده اند. آن ها بیش از زنان دیگر، نیازمند سلامت روان، توجه و حمایت روانی هستند. زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با اضطراب بیشتری برای اداره زندگی روبه رو می شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب اضطراب و پریشانی زنان سرپرست خانوار می شوند و آن ها را با مشکلاتی از قبیل بیماری های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می کنند که در نهایت به زیستی خود و خانواده شان را

1. Meyer, M. H., & Abdul-Malak, Y

2. Elicia, L., Mitchell, A., & Johnston, B

3. Saputra, F., Yunibhand, J., & Sukratul, S

تحت تأثیر قرار می‌دهند (سام<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از شیخ الاسلامی، قمری گیوی و محمدی، ۱۳۹۵).

سلامت روانی مادر در تعیین سلامت روانی فرزندان نقش به‌سزایی دارد. این مسئله با فقدان پدر پررنگ‌تر و مهم‌تر می‌شود. این زنان که بنا به قولی، فقیرترین فقرا به شمار می‌آیند در زنجیره‌ی فقر گرفتار می‌شوند. با کاهش طیف سلامتی جسمی و به تبع آن سلامت روانی، سایر حلقه‌های این زنجیره، از جمله بی‌قدرتی، آسیب‌پذیری در برابر رخدادها، ضعف، افسردگی، اضطراب و ناتوانی... فشار مضاعفی را برایشان تحمیل می‌کند و ممکن است از لحاظ کارکردهای اجتماعی دچار افت شوند و نتوانند در جامعه به‌طور مؤثر عمل کنند (محمدی، ۱۳۹۵).

از آنجایی که نقش سرپرستی خانوار برای زنان یک نقش چالش‌برانگیز است (چسمن، فرگوسن و کوهن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات روانی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده‌ی مادر است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود، از ایجاد حداقل تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، برخورداری از سلامت روان و مدیریت آن در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و فرزندانش ایجاد می‌شود، ضروری است. روش‌های شناختی-رفتاری از جمله آموزش خود-دلسوزی شناختی<sup>۳</sup> می‌تواند برای بهبود روان‌شناختی افراد مفید باشد. به اعتقاد نف و جرمر<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) خود-دلسوزی شناختی جزء مهم از مؤلفه‌های سلامت روانی است و این روش دارای قابلیت‌هایی است که افراد مبتلا به افسردگی با یادگیری و انجام مهارت‌های آن می‌توانند کیفیت زندگی مناسب‌تری را تجربه نمایند. خود-دلسوزی شناختی شامل مهارت‌هایی است که باعث افزایش

1. Sum

2. Cheeseman, S., Fergusin, C., & Cohen, L

3. Cognitive Self-Compassion

4. Neff, K. D., & Germer, R

آگاهی از حال حاضر می‌شود. انعطاف‌پذیری را پرورش می‌دهد و موجب تغییر در عواطف منفی می‌شود (لی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). به افراد مبتلا کمک می‌کند تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهند (گیلبرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)، خود-دلسوزی شناختی موجب افزایش توان مقابله با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌شود و قابلیت تعامل با دیگران را که از مسائل مهم عملکرد انطباقی و اجتماعی نیز است، بالا می‌برد (گیلبرت، ۲۰۰۹). براساس نظریه نف (۲۰۰۹) خود-دلسوزی شامل تعامل میان سه مؤلفه است که می‌تواند برای افراد مفید باشد، که عبارتند از: خودمهربانی<sup>۳</sup> در مقابل خودقضاوتی<sup>۴</sup> (یعنی تمایل به داشتن بینش در جهت مراقبت از خود در مقایسه با قضاوت‌های آسیب‌زا در مورد خود)، نوع دوستی در مقابل انزوا<sup>۵</sup> (احساس این‌که همه انسان‌ها ممکن است زمانی دچار شکست شوند و به خاطر این شکست نباید روابط با دیگران قطع گردد) و ذهن‌آگاهی در مقابل تشخیص افراطی<sup>۶</sup> (آگاه بودن از تجربیات در زمان حاضر به صورتی که تحت تأثیر افراطی هیجان‌های خاص نگردد). انسان‌هایی که نسبت به خود، دلسوزی دارند، درک می‌کنند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه سختی‌های زندگی غیرقابل اجتناب است. بنابراین آن‌ها زمانی که با تجارب سخت زندگی مواجه می‌شوند به جای آنکه از نرسیدن به ایده آل‌هایشان عصبانی شوند، تمایل دارند که با خود با مهربانی رفتار نمایند (سبارا، اسمیت و مهل<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). در واقع می‌توان بیان کرد آموزش خود-دلسوزی شناختی موجب می‌گردد زنان سرپرست خانوار در مواجهه با مصائب و دشواری‌هایی که در زندگی خود با آن مواجه هستند، رویکردی انعطاف‌پذیر از خود نشان داده و توان مقابله‌آنها در این‌گونه از شرایط افزایش یابد که باعث افزایش سلامت روان آنها می‌گردد. پیشینه‌های پژوهشی

- 
1. Lee, D
  2. Gillbert, P
  3. self- kindness
  4. self- Judgment
  5. Altruism versus isolation
  6. Mindfulness against extremist diagnosis
  7. Sabara, D. A., Smith, H. L., & Mehel, M. R

بسیاری به بررسی اثربخشی خود=دلسوزی شناختی بر متغیرهایی همچون افسردگی، اضطراب و ... اشاره کرده‌اند که در ذیل به بیان آنها پرداخته می‌شود.

کریگر، آلتن استیل، بینگ، دورینگ و هالتفورس<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که بیماران افسرده حتی در زمانی که نشانه‌های افسردگی آن‌ها کنترل شد، سطوح پایین‌تری از خود-دلسوزی را نسبت به افراد غیرافسرده نشان می‌دهند. سمایی و فراهانی (۲۰۱۱) دریافتند که خود-دلسوزی به عنوان یک عامل میانجی و تعدیل‌کننده در میان متغیرهای استرس عمل می‌کند. رایس<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) بیان می‌کند که خود-دلسوزی نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای برای افسردگی به واسطه‌ی تعدیل‌نگرانی و نشخوار ذهنی دارد. زارع و مهمان‌نوازان (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان "تأثیر آموزش دلگرم‌سازی بر ارتقاء خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار" به این نتیجه رسیدند که آموزش دلگرم‌سازی به طور معناداری موجب افزایش میزان خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش شده است. زارع بهرام‌آبادی و نظری (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی گروه درمانی شناختی بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار" به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی به طور معناداری باعث کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان "مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به افسردگی" به این نتیجه رسیدند که آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل در بهبود سلامت روانی افراد افسرده موثر بود. همچنین آموزش خود-دلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه‌های خود-دلسوزی افراد افسرده موثرتر بود.

با توجه به تحقیقات انجام گرفته و پایین بودن میزان سلامت روان در زنان سرپرست

1. Kreiger, T., Altenstein, D., Baetig, L., Doering, N & Holtforth, M. G

2. Res, F

خانوار و آسیب پذیر بودن آنها در ابعاد مختلف و تبعات سوء آن، اعتماد به نفس پائین و منزوی شدن آنها در جامعه و عدم شرکت در فعالیت های اجتماعی و ارتباط موثر با محیط و اطرافیان، و از آنجا که تاکنون در داخل کشور، پژوهشی به صورت آزمایشی به بررسی اثربخشی خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان (اضطراب، افسردگی، جسمانی کردن، اختلال در کارکرد اجتماعی) زنان سرپرست خانوار نپرداخته است؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان (اضطراب، افسردگی، جسمانی کردن، اختلال در کارکرد اجتماعی) زنان سرپرست خانوار انجام گرفت.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی می باشد که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه ی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۴ تشکیل می دادند که از میان آن ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ زن سرپرست خانوار انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود شامل: ۱- سن بین سی تا پنجاه سال، ۲- تحصیلات دست کم سیکل، ۳- نداشتن اختلالات روانی و ملاک های خروج شامل: ۱- عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش، ۲- غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات گروه بود. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه ی ذیل استفاده شد.

پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه ی سلامت عمومی، شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روان پزشکی است. این پرسشنامه بصورت فرم های ۳۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی می باشد (هندرسون، ۱۹۹۰؛ به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰). پرسشنامه ی سلامت عمومی، ناراحتی هایی با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی

می‌کند و نسبت به بیماری‌های گذرا که ممکن است بدون درمان شفا یابند نیز حساس است. نمره‌ی بالا در این آزمون بیانگر وجود بیماری و نمره‌ی پائین، بیانگر عدم بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است (البته لازم به توضیح است که در این پژوهش برای به دست آوردن نمره‌ی کل، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت و در واقع گرفتن نمره‌ی کل بالا به معنای سلامت روان بیشتر می‌باشد). این پرسشنامه، از ۴ خرده‌مقیاس که هر کدام شامل ۷ سوال در زمینه‌ی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد، تدوین شده است. نشانه‌های جسمانی از سوال ۱ تا ۷ که شامل سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و یا سردی بدن می‌باشد؛ نشانه‌ی اضطراب، شامل سوال‌های ۸ تا ۱۴ است که مواردی چون اضطراب، بی‌خوابی و تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ اختلال در کارکرد اجتماعی شامل سوال‌های ۱۵ تا ۲۱ است که احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره را بررسی می‌کند و نشانه‌های افسردگی، از سوال ۲۲ تا ۲۸ را شامل می‌شود و احساس بی‌ارزشی در خود و زندگی، ناامیدی و افکار خودکشی، آرزوی مرگ و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می‌دهد. از این پرسشنامه، ۵ نمره حاصل می‌شود که ۴ نمره آن مربوط به خرده‌مقیاس‌های فوق و آخری مربوط به کل پرسشنامه است. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسشنامه کسب کند، ۸۴ و حداقل نمره، صفر است. نظام نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت می‌باشد که به هریک از موقعیت‌های چهارگانه نمره (۰-۱-۲-۳) داده می‌شود (گلدبرگ و هیلر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹). تقوی (۱۳۸۰) در ایران، صلاحیت‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره‌ی کل و تحلیل عوامل بررسی کرده است. نتایج تحلیل عامل حاکی از وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم

---

1. Goldberg & Hiller



جسمانی در این پرسشنامه است. پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی براساس سه روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ بررسی و به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ برای نمره‌ی کلی این پرسشنامه به دست آمده است. در مجموع، پژوهش‌های داخلی یک دهه‌ی اخیر، همراه کارآمدی این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند.

## روش جمع‌آوری داده‌ها

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های موردنیاز، پس از اخذ مجوز از کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت مبنی بر اجرای طرح، با مراجعه به پرونده‌ی زنان سرپرست خانوار، با کمک کارشناس کمیته امداد امام خمینی (ره) با زنانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند تماس تلفنی گرفته شد و رضایت ۳۰ نفر از آنان برای شرکت در پژوهش جلب گردید و از آن‌ها دعوت شد تا در جلسه‌ی توجیهی که در محل کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره) تشکیل شد، حضور بهم رسانند. بعد از برگزاری جلسه‌ی توجیهی، پژوهشگر با انجام قرعه‌کشی زنان سرپرست خانوار را به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم نمود. سپس به افراد شرکت‌کننده توضیحاتی در مورد پژوهش، تصادفی‌سازی و محرمانه بودن داده شد. سپس پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را برای به دست آوردن نمرات پیش‌آزمون روی هر دو گروه اجرا کرد. سپس جلسات آموزش برنامه‌ی خود-دلسوزی شناختی براساس یک طرح از پیش تعیین شده، به مدت ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید (۴ هفته، هفته‌ای دو روز و هرروز حدوداً یک و نیم ساعت) و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه برای به دست آمدن نمرات پس‌آزمون، مجدداً با استفاده از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پروتکل آموزشی برگرفته از گیلبرت (۲۰۰۹) در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش خود-دلسوزی شناختی

مدت	توضیح	هدف جلسه	جلسات
۹۰ دقیقه	آشنایی اعضای گروه با هم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزش خود-دلسوزی شناختی و تعریف خود-دلسوزی شناختی براساس نظریه گیلبرت.	آشنایی اعضا با یکدیگر و معرفی خود-دلسوزی شناختی	جلسه‌ی اول
۹۰ دقیقه	آموزش در جهت درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.	آموزش همدلی	جلسه‌ی دوم
۹۰ دقیقه	که شامل آموزش در جهت شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است.	آموزش دلسوزی و همدردی	جلسه‌ی سوم
۹۰ دقیقه	آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	آموزش بخشایش	جلسه‌ی چهارم
۹۰ دقیقه	آموزش در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	آموزش پذیرش مسائل	جلسه‌ی پنجم
۹۰ دقیقه	شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	جلسه‌ی ششم
۹۰ دقیقه	آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه اساسی آموزش خود-دلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.	آموزش رشد مسئولیت‌پذیری	جلسه‌ی هفتم
۹۰ دقیقه	خلاصه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون. تشکر از اعضای گروه و خداحافظی.	جمع‌بندی و خاتمه	جلسه‌ی هشتم

## یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و

انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد که نتایج آنها در جداول ذیل آمده است. میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه آزمایش  $37/17 \pm 3/63$  سال و گروه کنترل  $37/25 \pm 4/11$  سال بود.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
تحصیلات	سیکل	۱۱	۳۶/۶۶
	دیپلم	۷	۲۳/۳۳
	لیسانس	۱۲	۴۰
سن	۳۰-۴۰	۱۴	۴۶/۶۶
	۴۰-۵۰	۱۶	۵۳/۳۳
	آزاد	۱۵	۵۰
شغل	بیکار	۸	۲۶/۶۶
	دولتی	۷	۲۳/۳۳

جدول ۳. آماره‌های توصیفی سلامت روان زنان سرپرست خانوار

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۰/۶۶	۲/۹۲
	کنترل	۱۵	۲۸/۱۳	۲/۰۶
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۶/۴۰	۱/۹۰
	کنترل	۱۵	۲۸/۰۷	۲/۴۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار سلامت روان زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب  $30/66$  و  $2/92$  و میانگین و انحراف معیار سلامت روان زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با  $28/13$  و  $2/06$  می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار سلامت روان زنان سرپرست خانوار در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با  $36/40$  و  $1/90$

و میانگین و انحراف معیار سلامت روان زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶ می‌باشد (لازم به توضیح است که در این پژوهش برای به دست آوردن نمره‌ی کل، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت و در واقع گرفتن نمره‌ی کل بالا به معنای سلامت روان بیشتر می‌باشد).

جدول ۴. آماره‌های توصیفی ابعاد سلامت روان زنان سرپرست خانوار

مرحله	متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل
		انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	جسمانی کردن	۸/۸۶	۰/۷۷	۱/۰۷
	اضطراب	۹/۱۳	۰/۹۱	۰/۹۴
	بدکارکردی اجتماعی	۹/۳۳	۱/۱۷	۱/۱۲
	افسردگی	۹/۱۴	۱/۱۲	۱/۴۱
پس‌آزمون	جسمانی کردن	۷/۵۰	۱/۱۸	۰/۹۶
	اضطراب	۷/۸۷	۱/۰۶	۰/۸۰
	بدکارکردی اجتماعی	۸	۱/۵۶	۱/۰۵
	افسردگی	۷/۲۰	۰/۹۲	۱/۳۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۸/۸۶ و ۰/۷۷، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۹/۱۳ و ۰/۹۱، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۹/۳۳ و ۱/۱۷، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۹/۱۴ و ۱/۱۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۵۰ و ۱/۱۸، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۸۷ و ۱/۰۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۸ و ۱/۵۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۲۰ و ۰/۹۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۰۷ و ۲/۴۶.

بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۸/۴۷ و ۱/۱۲، و میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۹/۱۴ و ۱/۱۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۷/۴۷ و ۱/۴۱، می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۵۰ و ۱/۱۸، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی جسمانی کردن زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷/۸۶ و ۰/۹۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۸۷ و ۱/۰۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی اضطراب زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۸/۲۷ و ۰/۸۰، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۸ و ۱/۵۶، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی بدکارکردی اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۸/۴۰ و ۱/۰۵، و میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب ۷/۲۰ و ۰/۹۴، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌ی افسردگی زنان سرپرست خانوار گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷/۵۳ و ۱/۳۰، می‌باشد.

برای آزمون فرضیه در رابطه با سلامت روان از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل کوواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به کار می‌رود. بدین ترتیب که هر یک از نمرات در پیش‌آزمون به عنوان هم‌تغییر در نمرات پس‌آزمون به کار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که

این مفروضه‌ها (همگنی شیب خط رگرسیون:  $F=2/89, P>0/05$  و همگنی واریانس‌های خطا:  $F=1/30, P>0/05$ ) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های سلامت روان زنان سرپرست خانوار در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۵. تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های سلامت روان زنان سرپرست خانوار در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۶۴/۹۸	۱	۶۴/۹۸	۲۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸
گروه	۲۷۳/۹۲	۱	۲۷۳/۹۲	۱۰۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹
خطا	۷۱/۵۶	۲۷	۲/۶۵			

با توجه به نتایج جدول ۵ ( $F=103/35, P<0/01$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان سلامت روان در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

برای آزمون فرضیه در رابطه با مؤلفه‌های سلامت روان از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت بعضی مفروضه‌ها از قبیل همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ( $F=1/11, P>0/05$ )، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر جسمانی کردن ( $F=0/19, P>0/05$ )، برای متغیر اضطراب ( $F=1/10, P>0/05$ )، برای متغیر بدکارکردی اجتماعی ( $F=0/24, P>0/05$ ) و برای متغیر افسردگی ( $P>0/05$ ).

همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه‌ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روان در زنان سرپرست خانوار گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

#### جدول ۶. تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین

##### نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روان زنان سرپرست خانوار در پس‌آزمون

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۵۱	۵/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۹	۵/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱
اثر هتلینگ	۱/۰۵	۵/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۱/۰۵	۵/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره اثر پیلائی ( $F=5/53, P<0/01$ )، لامبدای ویلکز ( $F=5/53, P<0/01$ )، اثر هتلینگ ( $F=5/53, P<0/01$ ) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ( $F=5/53, P<0/01$ )، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که روش مداخله (خود-دلسوزی شناختی) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده‌شده در ترکیب خطی، مربوط به کجا است.

جدول ۷. تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روان زنان سرپرست خانوار در پس‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	جسمانی کردن	۱۷/۵۸	۱	۱۷/۵۸	۳۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	اضطراب	۹/۶۵	۱	۹/۶۵	۱۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	بدکارکردی اجتماعی	۳۴/۱۱	۱	۳۴/۱۱	۶۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	افسردگی	۱۴/۰۰	۱	۱۴/۰۰	۱۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
گروه	جسمانی کردن	۵/۱۲	۱	۵/۱۲	۹/۹۷	۰/۰۰۴	۰/۲۹
	اضطراب	۴/۸۸	۱	۴/۸۸	۹/۰۹	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	بدکارکردی اجتماعی	۴/۹۳	۱	۴/۹۳	۸/۷۱	۰/۰۰۷	۰/۲۵
	افسردگی	۴/۳۲	۱	۴/۳۲	۴/۷۶	۰/۰۳۹	۰/۱۶
خطا	جسمانی کردن	۱۲/۳۲	۲۴	۰/۵۱			
	اضطراب	۱۲/۹۰	۲۴	۰/۵۴			
	بدکارکردی اجتماعی	۱۳/۵۷	۲۴	۰/۵۶			
	افسردگی	۲۱/۸۲	۲۴	۰/۹۱			

با توجه به نتایج جدول ۷ ( $F=۹/۹۷, P<۰/۰۱$ )، ( $F=۹/۰۹, P<۰/۰۱$ )، ( $F=۸/۷۱, P<۰/۰۱$ )، ( $F=۴/۷۶, P<۰/۰۱$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر کاهش مؤلفه‌های سلامت روان زنان سرپرست خانوار و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان مؤلفه‌های سلامت روان در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.



## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان زنان سرپرست خانوار بود. یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش خود-دلسوزی شناختی باعث افزایش قابل ملاحظه‌ای در میزان سلامت روان و کاهش زیرمؤلفه‌های آن در زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش شده بود. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌ی پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵)، گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳)، بشرپور و عیسی‌زادگان (۱۳۹۱)، شاهر، کارلین، انگل، هگد، سزپسول و آرکویتز<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، راکو-باکدان، اریکسون، جکسون، مارتین و بریان<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، کوزی، مک کوری، سالوویپل<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، رایس (۲۰۱۰)، همسومی باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت خود-دلسوزی شناختی یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌نگراست که می‌تواند در ارتقای سلامت روان نقش داشته باشد. یقیناً مزیت اصلی خود-دلسوزی شناختی نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی، ایجاد تفکری کارآمد نسبت به زندگی و فائق آمدن بر مشکلات و اثرات مخرب آن در سطوح مختلف زندگی می‌باشد. تأثیر آموزش خود-دلسوزی شناختی بر سلامت روان و ابعاد آن به دلیل استفاده از مؤلفه‌هایی مهمی است که جهت تغییر در رفتار زنان سرپرست خانوار به کار می‌رود (نف و گرمر، ۲۰۱۳). خود-دلسوزی یکی از مؤلفه‌های سلامت روانی است و خوددلسوزی شناختی دارای قابلیت‌هایی است که افراد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی را کسب کنند (نف، هسیه و دجیتثیرات<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

1. Shahar, B., Carlin, E., Engle, D., Hegde, J., Szepeswol, O & Arkowitz, H
2. Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Beryan, N. A
3. Cosley, S., McCoy, E & Saslow, R., & Elissa, S
4. Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirat, K

درمان مبتنی بر خود-دلسوزی شناختی موجب می‌شود تا با به کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر، منظم‌تر شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). خود-دلسوزی شناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای شدت نشانه‌ها و سلامت روانی، به‌ویژه افسردگی و اضطراب است (نف و گرمر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). آموزش خود-دلسوزی شناختی موجب فراهم ساختن رویکرد و نگاهی جدید نسبت به آسیب می‌شود که می‌تواند به عنوان یک چارچوب مداخله‌ای مفید و مناسب برای افراد در موقعیت‌های بالینی و غیربالینی مختلف مورد استفاده قرار گیرد (ردی، نگی، دودسون، اوزاوا، پاس، کول، رایسون و کرایگهد، ۲۰۱۳). همچنین، آموزش خود-دلسوزی شناختی یادگیری مهارت‌های دیگری، از جمله ذهن‌آگاهی که منجر به افزایش آگاهی از حال حاضر و سلامت روان بهتر می‌شود را به دنبال دارد. در واقع توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود (خود-دلسوزی) و احساس تعلق نسبت به دیگران (دلسوزی) عامل اصلی دل‌بستگی آن‌ها در ارتباط با سلامت روان است (روکیو، اریکسون، مارتین و برایان، ۲۰۱۱). می‌توان بیان کرد سرپرست خانوار بودن ممکن است منجر به آسیب‌پذیری در برابر مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی علی‌الخصوص در زنان شود که مداخلات خود-دلسوزی شناختی، با افزایش میزان معنای زندگی و عزت‌نفس منجر به افزایش سلامت روان می‌شود و افسردگی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و بدعملکردی جسمانی را کاهش می‌دهد. زنان سرپرست خانوار اغلب به توانمندی‌های خود به دیده‌ی تردید می‌نگرند و به دلیل محدودیت‌هایی که ممکن است بر سرراهشان قرار گیرد با بازخوردهای منفی از سوی جامعه روبه‌رو شوند که منجر به پایین آمدن سلامت روان در آنها می‌شود. خود-دلسوزی شناختی نیروی مثبتی است که انگیزش این گروه از زنان را بالا برده و سلامت روان آنها را افزایش می‌دهد. تحقیقات گذشته بیانگر این هستند که سطح بالای عاطفه‌ی مثبت و سطح پایین

---

1. Neff, K. D., & Germer, R

عاطفه‌ی منفی کارکرد ضربه‌گیری دارد. بنابراین، می‌توان گفت که خود-دلسوزی شناختی می‌تواند به واسطه‌ی اثر بر عواطف مثبت و منفی با شدت پائین هیجانات منفی از قبیل استرس، اضطراب و ... همراه شود که در این صورت سلامت روان را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. حضور ذهن و هوشیاری داشتن نسبت به افکار، احساسات و حواس به عنوان یک مؤلفه‌ی خود-دلسوزی، ابزاری برای مواجهه و غلبه بر نامالایمات شخصی است که به واسطه‌ی آن شخص می‌تواند از محتویات ذهنی خود آگاه شده، آن‌ها را تحت کنترل شخصی خود درآورد و سطوح سلامت روان بیشتری برخوردار گردد. خود-دلسوزی شناختی می‌تواند با ایجاد برخی ویژگی‌های مثبت چون ادراک معقول خود، صبر و بردباری و تعادل هیجانی در طول تجربه‌های دشوار و همچنین یادآوری این نکته به شخص که نامالایمات و بدبیباری‌ها برای همگان اتفاق می‌افتند، از اثرات منفی آن‌ها پیشگیری نموده، به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل اختلالات روان شناختی از قبیل استرس، اضطراب و افسردگی عمل نموده و میزان سلامت روان افراد را افزایش دهد (گیلبرت، ۲۰۰۶). خود-دلسوزی شناختی به افراد کمک می‌کند با تاکید بر نقاط مثبت زندگی‌شان و مقابله با خودگویی‌های منفی در جهت رسیدن به اهداف زندگی‌شان، انرژی مثبت بیشتر و هیجانات مثبت بالاتری داشته باشند در نتیجه‌ی این عوامل سلامت روان بیشتری خواهند داشت. خود-دلسوزی شناختی می‌کوشد تا با تعمیر آسیب روانی که زنان سرپرست خانوار ممکن است با آن روبه‌رو شوند با تاکید بر توانایی‌ها و ظرفیت‌های مثبت افراد همچون شادی و امید نسبت به زندگی، کیفیت زندگی آنها اهتمام ورزد. خود-دلسوزی شناختی حالت انگیزشی و معنی‌داری در زندگی زنان سرپرست خانوار ایجاد می‌کند و به فردی که در مصیبت‌ها و موقعیت‌های سخت قرار گرفته، انرژی لازم را برای مقابله با سختی‌ها برای رسیدن به هدف می‌دهد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش خود-دلسوزی شناختی در افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری دارد. پس بنابراین یافته‌های این

پژوهش پیشنهاد می‌شود که از آموزش خود-دلسوزی شناختی در مداخلات روانشناختی مربوط به زنان سرپرست خانوار استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب در دسترس نمونه، محل جامعه‌ی پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر، دشواری در هماهنگی‌های لازم جهت حضور زنان سرپرست خانوار در جلسات، سنجش با تکیه بر ابزار خودگزارشی و عدم استفاده از ارزیابی‌های کیفی است، که لزوم توجه به آنها در تفسیر نتایج اهمیت دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در انجام پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از زنان سرپرست خانوار شهر رشت که با همه‌ی دغدغه‌های خود، بی‌دریغ در به انجام رسیدن این پژوهش آنها را یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

### منابع

- اوتادی، م. (۱۳۸۰). "تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان". پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه الزهراء.
- بشرپور، س؛ عیسی زادگان، ع. (۱۳۹۱). بررسی نقش صفات شخصیتی دلسوزی به خود و بخشایش در پیش‌بینی شدت افسردگی دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری*، (۶)، ۴۶۱-۴۵۲.
- پورافکاری، ن. (۱۳۹۳). فرهنگ *جوامع روانشناسی روان‌پزشکی انگلیسی به فارسی*، چاپ هشتم، تهران: انتشارات فرهنگ معاصر.
- زارع بهرام‌آبادی، م؛ نظری، ط. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر افسردگی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، (۱۴)، ۹۴-۸۳.
- زارع، ح؛ مهمان نوازان، ا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش دلگرم‌سازی بر ارتقاء خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. *مطالعات زن و خانواده*، (۱)، ۳، ۵۷.
- ساعتچی، م. (۱۳۹۳). *روانشناسی در کار، سازمان و مدیریت*، چاپ دهم، تهران: نشر ویرایش.
- شیخ‌الاسلامی، ع؛ قمری کیوی، ح؛ محمّدی، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی خود-دلسوزی شناختی بر اضطراب زنان

- سرپرست خانوار. پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی. مرکز همایش های پژوهشگاه نیرو. ۳۰ تیرماه ۱۳۹۵.
- گل پور، ز؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب؛ نریمانی، م. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود سلامت جسمانی و روانی دانش آموزان مبتلابه افسردگی. *مجله‌ی روانشناسی مدرسه*، ۳(۲)، ۱۶۹-۱۵۳.
- گلدنبرگ، ا؛ گلدنبرگ، ه. (۱۹۹۴). خانواده درمانی. (ترجمه‌ی حسین شاهی بروانی، ح و نقشبندی، س. ۱۳۹۵). تهران. نشر روان، ۷۸-۹۹.
- محمدی، ن. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی و سلامت روان زنان سرپرست خانوار*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. رشته مشاوره خانواده. دانشگاه محقق اردبیلی.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. (2011). The Experience of Single Mothers: Community and Other External Influences Relating to Resilience. *The Australian Community Psychologist*, 23(2).
- Cosley, S., McCoy, E., Saslow, R., & Elissa, S. (2010). "Is compassion for others stress buffering? Consequences for physiological reacting to stress". *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 113-123.
- Elicia, L., Mitchell, ., Amy, N., & Johnston, B. (2016). Manikin Simulation in Mental Health Nursing Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(11), 484-495.
- Fahey, T., Keilthy, P., and Polek, E. (2012). *Family Relationships and Family Well-Being: A Study of the Families of Nine Year-Olds in Ireland*. Published by University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Journal of Advances in psychiatric treatment*, 1(15), 199-208.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*, 13, 353-79.
- Herbst, C. (2010). "Footloose and Fancy Free? Two Decades of Single Mothers' Subjective Well-Being." Working Paper.
- Kreiger, T., Altenstein, D., Baetig, I., Doering, N., & Holtforth, M. G. (2013). Selfcompassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination and avoidance in depressed outpatients. *Journal of Behavior Therapy*, 44 (33), 501-513.
- Lee, D. (2005). *The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy*. In P. Gilbert (ED), *Compassion: Conceptualisation, research and use in psychotherapy*. New York, NK: Rutledge, 326-351.
- Meyer, M. H., & Abdul-Malak, Y. (2015). Single-Headed Family Economic Vulnerability and Reliance on Social Programs. *Public Policy & Aging Report*, 25 (3), 102-106.

- Neff, K. D., Hseih Y, Dejithirat K. (2005). Self - compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Journal Self Identit*, (4), 263–287.
- Neff, K. D. (2009). *Self-Compassion*. In M. R. LLeary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior*, 561-573
- Neff, K. D., Germe, R. & Christopher, K. (2013). Self-Compassion Program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M & Bryan, N. A. (2011). Attachment and Mental and Physical Health: Self-Compassion and Mattering as Mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (2): 272-278.
- Reddy, SD., Negi, LT., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, TW., Cole, SP., & Raison, CL., Craighead, LW. (2013). Cognitiv e-Based Compassion Training: A Prom ising Prevention Strategy for At- Risk Adolescents. *Journal Child fam stud*, 22(2): 219-230.
- Res, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48: 757-761.
- Samaie, G., & Farahani, H. A. (2011). Self-Compassion as amoderator of the relationship between rumination, Self-reflection and stress. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 978-982.
- Saputra, F., Yunibhand, J., & Sukratul, S. (2016). *Relationship between personal, maternal, and familial factors with mental health problems in school-aged children in Aceh province, Indonesia*. *Asian Journal of Psychiatry*, In Press, Accepted Manuscript, Available online 11 November.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehi, M. R. (2012). When learning your Ex, love youeself: observation ratings of self-compassion predict the couesr of emotional recovery following marotal separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269.
- Shahar. B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012) A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinicl Psychology and Psychotherapy*, 19(6), 496-507.