



مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم-هیجانی زنان سرپرست خانوار

فهیمة اسدی خانوکی^۱، علیرضا منظری توکلی^۲، حمید ملایی زرندي^۳، اعظم وزیری نسب^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی زنان سرپرست خانوار بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در گروه‌های آزمایش و گواه جایگماری شدند. برای گروه آزمایشی اول، مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و برای گروه آزمایشی دوم، شفقت‌درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته اجرا شد. در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی (اسپریتزر، ۱۹۹۵) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی بر توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی تاثیر دارد ($p < 0.05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که بین دو روش درمانی بر توانمندسازی و تنظیم-هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$). بر اساس یافته‌های پژوهش روانشناسان و روانپزشکان می‌توانند برای بهبود توانمندسازی و تنظیم‌هیجانی زنان سرپرست خانوار از این مداخلات استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی، شفقت‌درمانی، توانمندسازی، تنظیم هیجان، زنان سرپرست خانوار.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

۲. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (نویسنده مسئول). Email: manzari@iauk.ac.ir.

۳. گروه روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

۴. گروه روانشناسی، واحد زرندي، دانشگاه آزاد اسلامی، زرندي، ایران.

مقدمه

یکی از آسیب پذیرترین اقشار اجتماعی زنان سرپرست خانوار هستند (کریستیان^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند، آنان زنانی هستند که عهده دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار هستند (بابایی فرد، ۱۳۹۳). در دهه های اخیر نرخ رشد زنان سرپرست خانوار بسیار سریع بوده به گونه ای که براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست تنها ۹/۵ درصد خانوارها را تشکیل می دادند در حالی که این میزان در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۱ درصد (توسلی و همکاران، ۱۴۰۱) و در سال ۱۳۹۵ به ۱۲/۷ درصد افزایش یافته است (ترابی و همکاران، ۱۴۰۱). در کنار رشد کمی این پدیده، تغییرات کیفی در ویژگی های اقتصادی-اجتماعی این گروه از زنان از قبیل ترکیب سنی، تحصیلی و درآمدی و فقر اقتصادی بخش قابل تأملی از این خانوارها، این موضوع را به مرور و بیش از پیش از یک پدیده اجتماعی نسبتاً طبیعی به موضوعی اجتماعی از جنس آسیب تبدیل کرده است (پوسل^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین آن ها از دردهای جسمانی متعددی رنج می برند که منشأ بیشتر آن ها روحی روانی است (ترابی مومن و همکاران، ۱۳۹۶).

از سویی آسیب پذیر بودن زنان سرپرست خانوار، موجب شده که بسیاری از دستگاه ها و سازمان های محلی، ملی و بین المللی خود را موظف به حل مسائل این زنان و خانواده های آن ها بدانند و در جهت توانمندسازی و حمایت از آنان گام بردارند (ایشفاق^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه اجماع کاملی درباره تعریف توانمندسازی وجود ندارد، اما به طور کلی توانمندی و توانمندسازی زنان را می توان با مؤلفه هایی همچون تقویت جرئت دست یابی به هدف، توانایی لازم برای عملی ساختن خواسته های خود، آگاهی از نیازهای درونی خود، افزایش خودتکایی، گسترش حق انتخاب در زندگی، فائق آمدن بر شرم بی مورد، داشتن اعتماد به نفس و اطمینان خاطر، توانایی ارزیابی صحیح و شناخت واقعی خویش، آگاهی به استعدادها و محدودیتهای خویش و قدرت رویارویی با دشواری ها نشان داد (فاکیر و عابدین^۵، ۲۰۲۱). در همین راستا هفساه باتول و رحمان^۷ (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در حوزه های دسترسی و کنترل بر منابع اقتصادی؛ تضمین حقوق مالکیت؛ استقلال اقتصادی؛ افزایش ظرفیت تصمیم گیری؛ مشارکت شغلی با حقوق؛ آگاهی از مسائل پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده در دستیابی به توسعه پایدار نقش اساسی دارد.

علاوه بر این بررسی متون و مطالعات روان شناختی نشان می دهد یکی از عواملی که تاثیر مهمی در سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات زنان سرپرست خانوار دارد، تنظیم هیجان^۸ است (حسینی بهشتیان و میرزازاده، ۱۳۹۵). تنظیم هیجان به هر فرآیند یا عملی اطلاق می شود که از طریق آن فرد بر احساسات یا بیان عاطفی خود تأثیر می گذارد (مکری و گروس^۹، ۲۰۲۰). نتوفیتو^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۳) نیز تنظیم هیجان را شامل فرآیندهای رفتاری، فیزیولوژیکی و شناختی می دانند که برای مدیریت شدت و ظرفیت هیجانات به طور آگاهانه یا خودکار استفاده می شود. اختلال در تنظیم هیجان با تجارب عاطفی منفی مکرر، ناتوانی

1. female-headed households
2. Christian
3. Posel
4. Ishfaq
5. Empowerment
6. Abedin & Fakir
7. Rehman & Hafsah Batool
8. emotion regulation
9. McRae, Gross
10. Neophytou

در تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی شدید، مشکل در جهت‌دهی توجه به دور از محرک‌های هیجانی، تحریف شناختی و مشکل در پردازش اطلاعات و کنترل ناکافی رفتار تکانشی مرتبط با هیجانات قوی مشخص می‌شود (فتیچ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). لسانی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نشان دادند زنان سرپرست خانواری که از مهارت‌های تنظیم هیجان برخوردارند، شادی بیشتری را تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های هیجانی عملکرد بهتری دارند. همچنین یافته‌های بهروز و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از این بود که بین تنظیم هیجان با حمایت اجتماعی و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار رابطه معنی داری وجود دارد.

بنابراین پرواضح است که زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط خاصی که دارند بیش از سایر زنان در مواجهه با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی قرار دارند (صدقی و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو تاکنون مداخلات متعددی با رویکردهای گوناگون، به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار انجام شده‌اند (مرادی و مرادی، ۲۰۲۳). یکی از این مداخلات درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ است (نیکان و همکاران، ۱۴۰۲). این درمان جزء درمان‌های موج سوم است که در ترکیبی از مراقبه و جهت‌گیری ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی منجر به کاهش درگیری افکار و احساسات می‌گردد (کابات‌زین^۳، ۲۰۰۳). تفاوت این روش نسبت به دیگر درمان‌ها در این است که افراد در این درمان بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آنها این اجازه را می‌دهد جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به طور بی‌طرفانه قضاوت نمایند (راجر^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی، رضوی‌زاده تبادکان و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار ذهنی، استرس ادراک شده و دشواری تنظیم هیجانی به جز خرده مقیاس آگاهی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است. سوره و همکاران (۱۴۰۲) نیز دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری روانی اجتماعی و ارتقای روحیه بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است.

یکی دیگر از رویکردهای آموزشی و درمانی که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، درمان مبتنی بر شفقت^۵ می‌باشد (بهاء‌لو هوره و همکاران، ۱۴۰۲). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی، واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت^۶، ۲۰۱۴). افزون‌براین در درمان شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (هورود^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که توجه خود را از شرمساری به خاطر این مشکلات به نحوه کار دلسوزانه با آن‌ها تغییر دهند (نف و گرمر^۸، ۲۰۱۷). نتایج تیموری و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور مؤثر مشکلات را در تنظیم هیجان کاهش دهد. عزیزیان کهن و همکاران (۱۴۰۱) همچنین دریافتند که شفقت‌ورزی بر ارتقاء کیفیت زندگی و توانمندسازی افراد مؤثر است.

بنابراین بر اساس مبانی نظری و پیشینه پژوهش‌ها، یکی از راه‌های ارتقای بهداشت روانی زنان سرپرست خانوار و کاهش مشکلات آنان، توانمندسازی این افراد از طریق مداخلات درمانی است که منجر به بهبود مشکلات روان‌شناختی آنان می‌گردد.

1. Fattich
2. Mindfulness based Cognitive Therapy
3. Kabat-Zinn
4. Roger
5. Compassion-Focused Therapy
6. Gilbert
7. Horwood
8. Germer

لیکن مطالب مطرح شده و ادبیات پژوهش نشان می دهد که به مؤلفه مداخلات درمانی در میان این قشر کمتر پرداخته شده است. همچنین با استناد به پژوهش های داخلی و خارجی انجام شده در حوزه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت، نتایج سودمندی در جهت کارآیی این دو درمان برای افراد با مشکلات روان شناختی زنان سرپرست خانوار نپرداخته است، از این رو نمود تاکنون مطالعه ای به مقایسه اثربخشی این دو درمان بر مشکلات روان شناختی زنان سرپرست خانوار نپرداخته است، از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتاردرمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. برای انتخاب نمونه در این پژوهش در ابتدا با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند نمونه ای شامل ۳۰ نفر بر اساس ملاک های ورود انتخاب و سپس در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد دیپلم و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل مغایرت با هریک از ملاک های فوق، غیبت بیش از یک جلسه و شرکت در جلسات درمانگری مشابه بود. ابزار گردآوری داده ها:

پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی^۱ این پرسشنامه توسط اسپریتزر^۲ (۱۹۹۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن سنجش توانمندسازی روانشناختی است. نمره گذاری براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) جواب داده می شوند و دامنه نمرات بین ۱ تا ۷۵ است و امتیازات بالاتر بیانگر میزان توانایی بیشتر در توانمندسازی است و برعکس. در پژوهش تیمورنژاد و همکاران (۱۳۸۹) جهت افزایش روایی پرسشنامه از نقطه نظرات کتبی و شفاهی اساتید متخصص استفاده گردیده است و اعتبار آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۵ گزارش کردند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایج^۴ (۲۰۰۶) تدوین شد و و برای افراد ۱۲ سال به بالا (جمعیت بالینی و غیر بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده می باشد که نحوه ی پاسخ به آنها بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. در این پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای سازگاران (سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) و راهبردهای ناسازگاران (سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) تقسیم می شود. نمرات بیشتر در هر راهبرد بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس زا و منفی است. گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ را برای راهبردهای سازگاران و راهبردهای ناسازگاران به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش کرده اند. بشارت و

-
1. Psychological empowerment Scale
 2. Spreitzer
 3. Cognitive emotion regulation questionnaire
 4. Garnefski, Kraaij

بزازیان (۱۳۹۳) روایی محتوایی را براساس ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ و همسانی درونی ماده‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه برحسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

شناخت رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی

در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال^۱ و همکاران (۲۰۰۳) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و با تمرکز بر عناوین مربوط در این زمینه برای گروه آزمایش اول برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، تعریفی از ذهن آگاهی و ارائه تکلیف خانگی برای هفته آینده،
دوم	کنار آمدن با مانع ها، تمرین بیشتر بر روی بدن که هدف از این تمرین توجه به احساسهای جسمی و فیزیکی و آوردن آگاهی به قسمت های مختلف بدن و دیدن احساس ها با دقت، مرور تکلیف خانگی و ارایه تکلیف برای هفته آینده.
سوم	ذهن آگاهی در باره تنفس، شامل تمرین مدیتیشن نشسته، مرور تمرین بدن، مرور تکالیف خانگی جدید، (شامل مرور بدن)، ذهن آگاهی درباره نفس، فعالیت های معمول، وقایع خوشایند و ارائه تکلیف خانگی
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر، شامل پنج دقیقه، تمرین دیدن یا شنیدن، آگاهی از بدن، صداها و سپس افکار، مرور تمرین، مرور تکالیف خانگی، سه دقیقه فضای نفس کشیدن و انجام دوباره آن، ارائه تکالیف خانگی هفته آینده.
پنجم	ارتباط متفاوت با واقعیت، همانا رها کردن امور همانطور که هستند، بدون آنکه قضاوت ما در آن دخیل باشد. استفاده از فضای نفس کشیدن و ارائه تکالیف خانگی و ادامه دستورات.
ششم	افکار واقعیت نیستند و شیوه هایی که شما می توانید افکار خود را به گونه ای دیگر ببینید. تکالیف شامل پنجاه دقیقه مدیتیشن نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، به اضافه توجه به واکنش ها در مقابل مشکلات، مرور تمرین، مرور تکالیف خانگی، نوار آرامش در ژرفا، نفس کشیدن، نفس کشیدن منظم سه بار در روز، ارائه تکلیف خانگی برای هفته بعد.
هفتم	چگونه می توان به بهترین وجه مراقب خود بود. چهل دقیقه مدیتیشن نشسته، مرور تمرین ها، مرور تکالیف خانگی برای کشف پیوند بین فعالیت و خلق، درست کردن فهرستی از فعالیت های خوشایند، نفس کشیدن منظم .
هشتم	تمرین منظم ذهن آگاهی ، تمرین مرور بدن، مرور تکالیف خانگی، مرور تمامی دوره و آنچه که یاد گرفته شده است. سپس بحث تمامی گروه ، دادن پرسشنامه به شرکت کنندگان، برای انعکاس نظراتشان.

شفقت درمانی

برای درمان مبتنی بر شفقت از برنامه ۸ جلسه ای با ترکیبی از ساختار جلسات گیلبرت بر گرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) استفاده شد. خلاصه جلسات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسه	محتوا
اول	اهداف آشنایی با اصول کلی شفقت. محتوای کلی جلسات: اجرای پیش آزمون - معارفه اعضا - انتظاراتی که اعضا از جلسات دارند - تعیین اهداف گروه توسط مشاور، انتظارات و توافق درباره آنها، آشنایی با مفاهیم کلی و ویژگی‌های شفقت، دیدگاه بدون سرزنش و قضاوت چیست؟ مقایسه مغز قدیم و میانی و جدید، آموزش تنفس. تکلیف خانگی: به اعمالشان هوشیار باشند. رفتار و گفتارشان مربوط به کدام مغز است؟ تنفس صحیح. رفتار مورد انتظار: آشنایی کلی با شفقت.
دوم	اهداف: آگاهی در زمان حال و توضیح کامل شفقت. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل، بازخورد اعضا. شرح شفقت و تفاوت آن با ترحم و دلسوزی به خود؛ و عزت نفس. تمرین واریسی بدنی برای تنش زدایی. فواید شفقت. تکلیف خانگی: تنفس عمیق و تمرین واریسی بدنی. رفتار مورد انتظار: آشنایی با بودن در زمان حال.
سوم	اهداف: فواید خود شفقتی. مهربانی با خود از طریق خود مراقبتی. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، شرح مهربانی با خود، رابطه شفقت در خانواده افراد. تمرین خلق یک مکان امن و رنگ شفقت آمیز، آموزش مراقبت از خود و درماندگی خلاق (حل مسئله) استعاره باتلاق شنی و هیولا، تمرین تنفس و خود مشفق. تکلیف خانگی: ذکر ۵ مورد مراقبت از خود؛ ۳ فعالیت که مراقبت از خود را نمایان می‌کند. حل مسئله در مورد یکی از چالش‌های هفته. رفتار مورد انتظار: پذیرش خود.
چهارم	اهداف: یافتن جایگاه شفقت در زندگی. کنترل خشم، درک و پذیرش و ملایمت با خود و دیگران. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل. کلیپ اتوبوس برای نشخوارهای فکری، مشارکت اعضا در رابطه با خشم و راه کنترل آن. آموزش خودگویی‌های مثبت با استعاره آب و هوا، آموزش شفقت نسبت به دیگران. استفاده از صندلی خالی و اجازه عقده گشایی، تصویرسازی شفقت برای دیگران. تکلیف خانگی: فهرستی از مسائلی که شما را عصبانی می‌کند. تصویر سازی خود مشفق و توجه به مکان امن، شیء یا رنگ مورد علاقه در زمان نشخوار فکری و تشویش. رفتار مورد انتظار: کنترل احساسات

اهداف: پرورش اشتراکات انسانی و مدیریت احساس و عواطف دشوار و حساسیت بر رنج اعضاء. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین خواندن نامه و هوشیار کردن عواطف اعضا سپس بیان درد و رنج اعضاء، موانع از بین بردن درد و رنج. همدلی اعضا با هم از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه های خود، آموزش پذیری شکست و اشتباهات خود بدون قضاوت و احساس گناه. پیامدهای عدم بخشش. کلیپ مهمان ناخوانده برای پذیرش دیگران.

پنجم

تکلیف خانگی: اگر من با خودم شفقت داشته باشم این کارها را انجام می دهم.
رفتار مورد انتظار: پرورش اشتراکات انسانی، بخشش.

اهداف: کشف ارزش های اصلی.

محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین. موانع شفقت به خود. چه چیزی برای شما ارزشمند است؟ آموزش روش های تقویت خود ارزشمندی عمیق زندگی کردن و تماشای نکات مثبت زندگی، تمرین تنفس، تصویر سازی خود مشفق، توضیح مهارت های شفقت.

ششم

تکلیف خانگی: تصویر سازی قدردانی از خود، ذکر ۱۰ مورد از ارزش ها و ویژگی های مثبت خود.
رفتار مورد انتظار: رشد احساس خود ارزشمندی و معنا دهی به زندگی.

اهداف: شناسایی احساسات متناقض، التیام زخم روانی، احساس توانمندسازی خود و معنا دهی به زندگی.
محتوای کلی جلسات: مرور جلسه قبلی. انگیزه مراقبت از خود، اهداف هوشمندانه و اولویت بندی آن ها برای داشتن معنای بیشتر در زندگی، شناسایی احساسات متناقض (خود انتقادگر)، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود. تغییر روابط خود با دیگران خارج از تعصبات منفی و پذیرش.

هفتم

تکلیف خانگی: اهداف هوشمندانه برای ایجاد و معنا دهی بیشتر به زندگی، تمرین خود شفیق بر دیگران، شناسایی و ارتباط بین افکار، عواطف و احساسات متناقض. نوشتن نامه مهر انگیز به خود. رفتار مورد انتظار: مراقبت از خود و آگاهی از افکار و احساسات متناقض و هدف گذاری.

اهداف: مرور مباحث آموزشی.

محتوای کلی جلسات: بازخورد اعضای گروه. مروری بر تمرینات دوره، جمع بندی و اجرای پس آزمون.
تکلیف خانگی: مرور تمرینات، برنامه ریزی شفقت برای تمام دوره های زندگی (در مسائل جسمانی، روحی و روانی)، برنامه شفقت به خود در ارتباط مشفقانه با دیگران.

هشتم

رفتار مورد انتظار: به کارگیری شفقت در زندگی روزمره برای تمام عمر.
انجام پس آزمون ها

نتایج

براساس یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی، در گروه مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۸ نفر بود؛ میانگین سن نیز $(35/73 \pm 4/42)$ بود. همچنین در گروه شفقت درمانی از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۹ نفر بود. میانگین سن نیز $(39/70 \pm 4/54)$ بود. در گروه کنترل نیز از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مدرک دیپلم با فراوانی ۸ نفر بود. میانگین سن نیز

(۳۶/۵۴±۳/۷۴) بود. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
توانمندسازی	MiCBT	۳۲/۴۶	۵/۱۸	۵۲/۸۰	۵/۰۷	۵۱/۶۶
	شفقت درمانی	۳۳/۴۷	۳/۴۰	۵۶/۹۳	۴/۸۳	۵۵/۴۰
	گواه	۳۱/۶۶	۳/۷۳	۴۱/۸۰	۳/۳۶	۴۱/۴۰
راهنمادهای سازگارانه	MiCBT	۲۳/۷۳	۳/۸۰	۳۴/۵۳	۲/۲۶	۳۴/۶۰
	شفقت درمانی	۲۴/۶۰	۳/۹۷	۳۱/۳۳	۲/۹۹	۳۱/۲۶
	گواه	۲۵/۱۳	۴/۷۰	۲۳/۹۳	۴/۰۶	۲۳/۲۰
راهنمادهای ناسازگارانه	MiCBT	۲۰/۰۰	۳/۳۸	۱۰/۹۳	۲/۳۴	۱۰/۶۶
	شفقت درمانی	۱۹/۶۶	۲/۴۳	۱۳/۰۷	۳/۰۳	۱۳/۲۶
	گواه	۱۷/۴۷	۲/۹۷	۱۸/۱۳	۲/۳۲	۱۷/۷۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات توانمندسازی و راهنمادهای سازگارانه در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمرات راهنمادهای ناسازگارانه کاهش داشته است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس متغیرهای توانمندسازی ($F=1/826, P > 0/05$)، راهنمادهای سازگارانه ($F=0/050, P > 0/05$) و راهنمادهای ناسازگارانه ($F=0/435, P > 0/05$) در گروه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین-هاس-گایزر در این متغیر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار است.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی نمرات متغیر پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	MS	df	SS	F	Sig	Eta
توانمندسازی	عامل	۹۱۷۶/۰۴۴	۱/۴۶۴	۶۲۶۷/۶۴۶	۷۰۴/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴
	عامل و گروه	۸۹۹/۲۴۴	۲/۹۲۸	۳۰۷/۱۱۲	۳۴/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	خطا	۵۴۶/۷۱۱	۶۱/۴۸۹	۸/۸۹۱			
راهبردهای سازگارانه	عامل	۸۵۱/۱۲۶	۱/۲۸۰	۶۶۴/۹۰۴	۱۵۴/۸۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	عامل و گروه	۸۰۰/۰۳۰	۲/۵۶۰	۳۱۲/۴۹۴	۷۲/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
	خطا	۲۳۰/۸۴۴	۵۳/۷۶۳	۴/۲۹۴			
راهبردهای ناسازگارانه	عامل	۷۷۴/۰۵۹	۱/۶۸۹	۴۵۸/۲۰۱	۱۳۳/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	عامل و گروه	۴۹۹/۰۵۲	۳/۳۷۹	۱۴۷/۷۰۶	۴۳/۱۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۲۴۲/۸۸۹	۷۰/۹۵۳	۳/۴۲۳			

نتایج جدول ۴ نشان داد که با معنادار بودن F به دست آمده عامل درون گروهی متغیرهای توانمندسازی ($P=۰/۰۰۱$)، راهبردهای سازگارانه ($F=۷۲/۷۷۹$, $P=۰/۰۰۱$) و راهبردهای ناسازگارانه ($F=۴۳/۱۴۸$, $P=۰/۰۰۱$) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در سطح ۰/۰۱ تأیید می شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیر پژوهش

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
توانمندسازی	MiCBT	شفقت درمانی	-۲/۹۵۶	۰/۱۵۸
	MiCBT	گواه	۷/۳۵۶	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	گواه	۱۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
	MiCBT	شفقت درمانی	۱/۸۸۹	۰/۳۵۱
راهبردهای سازگارانه	MiCBT	گواه	۶/۸۶۷	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	گواه	۴/۹۷۸	۰/۰۰۱
	MiCBT	شفقت درمانی	-۱/۴۶۷	۰/۳۲۸
	MiCBT	گواه	-۳/۹۱۱	۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه	شفقت درمانی	گواه	-۲/۴۴۴	۰/۰۲۸

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان می‌دهد که بین گروه‌های مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی در توانمندسازی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). اما بین گروه مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و گروه گواه، همچنین گروه شفقت درمانی و گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۵$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه‌های آزمایشی (مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی) است. به عبارتی هر دو درمان بر بهبود توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار اثر داشته‌اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار انجام شد. نتایج نشان داد بین دو درمان تفاوت معنی داری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار اثربخش هستند. این یافته با برخی از نتایج هوگورف^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، سلطانی زاده و همکاران (۱۴۰۰)، سوره و همکاران (۱۴۰۲)، هدایتی دانا و همکاران (۱۴۰۲)، عابد و همکاران (۱۴۰۱)، سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، گیلبرت^۲ (۲۰۲۲)، رجائی و همکاران (۱۳۹۹)، تیموری و همکاران (۱۴۰۰)، بهاء‌لو هوره و همکاران (۱۴۰۲) همسو است.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می توان گفت که در مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، با به کارگیری تکنیک های مراقبه ای مانند ذهن آگاهی به تنفس و افزایش آگاهی از تجربه های زمان حال، به افراد کمک می کند تا در زمان بحران، توانایی کنار آمدن با موقعیت را پیدا کنند و فرد در بلندمدت و کوتاه مدت پذیرای رنج و آشفتگی جسمی و هیجانی خود باشند (سلطانی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی به آزمودنی ها فضای ذهنی داد تا شرایط دشوار به شیوه ای شناختی، رفتاری یا احساسی ماهرانه پاسخ دهند و به نوبه خود به نظر می رسد که کاهش علائم روانی و بهبود رفاه را به دنبال دارد (سوره و همکاران، ۱۴۰۲). به عبارتی از آنجاکه ذهن آگاهی، پذیرش تجربه بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه را منعکس می کند که این امر می تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با مشکلات روبه رو می شوند، بشود و به آن ها اجازه بدهد که شناخت واره های منفی مربوط به رویدادهای ناخوشایند را متوقف کنند؛ درواقع، می توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان ها و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند می تواند در توانمندسازی افراد تاثیر داشته باشد (هدایتی دانا و همکاران، ۱۴۰۲). عابد و همکاران (۱۴۰۱) نیز عنوان می کند عوامل درمانی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی مانند تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت، نوع دوستی، تایید همگانی، همدلی، همانندسازی، تقلید، بصیرت، تعامل، یادگیری، واقعیت سنجی، انتقال، همگانی پنداری و بسیاری از عوامل دیگر باعث بالارفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری و در نتیجه توانمندشدن در افراد می شود.

در تبیین اثربخشی شفقت درمانی بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می توان گفت در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند؛ در تمرین های شفقت بر تنش زدایی، ذهن آرام، دلسوزی و ذهن آگاهی تاکید می شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی و به تبع آن افزایش سازگاری روانی خواهد داشت (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۹). از طرفی در درمان مبتنی بر شفقت با کمک تکنیک هایی مانند مهربانی با خود و ذهن آگاهی، به درمانجویان آموزش داده می شود که تمایل خود به حمله کردن به خودشان به خاطر چیزهایی که انتخاب و طراحی خودشان نبوده است را کم رها کنند و کم کم تاثیر تجربه ها و رفتارهای خود را در زندگی شان لمس کنند بنابراین صحنه ای برای آنها ایجاد می شود که به صورت مشفقانه مسئول زندگی شان شوند و بهترین زندگی را برای خودشان بسازند (رجائی و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر آن، این روش درمانی دارای منابع مقابله ای مناسب است که به افراد کمک می کند تا با رنج ها و رویدادهای منفی زندگی به خوبی مواجه شوند و با آن ها مقابله نمایند؛ هم چنین، این روش درمانی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد زیرا در این روش افراد یاد می گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هوشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبه رو شوند (تیموری و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج ها و آسیب های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می شود و با

مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد (بهاء‌لو هوره و همکاران، ۱۴۰۲). صرف‌نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت (۲۰۲۲) مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بی‌قید و شرط، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روانشناختی می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که بین مداخله شناخت‌رفتار درمانی یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی و شفقت درمانی بر تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانوار اثربخش هستند. این یافته با برخی از نتایج نیکان و همکاران (۱۴۰۲)، رضوی‌زاده تبادکان و همکاران (۱۴۰۲)، کهریزی و همکاران (۱۳۹۶)، سیدآسیابان و همکاران (۱۳۹۶)، قدرتی تربتی و همکاران (۲۰۲۰)، یزدانبخش و همکاران (۱۳۹۹)، گیلبرت (۲۰۱۷)، آکین (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی می‌توان گفت که پژوهش‌هایی که به تازگی روی ماهیت زیست‌عصبی ذهن‌آگاهی انجام شده‌اند، حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با تقویت ترجمه مستقیم حس‌های بدنی به هیجان‌های مختلف و بدون مرتبط‌کردن بیش‌ازحد این هیجانات با خاطرات روایتی، عملکرد پردازش هیجانی را بهبود دهد؛ به‌نظر می‌رسد در این فرایند، تقویت بالقوه عملکرد قطعه جزیره‌ای و قشر کمربندی قدیمی نقش داشته باشد (رضوی‌زاده تبادکان و همکاران، ۱۳۹۷). از طرفی ذهن‌آگاهی مستلزم استفاده از روش‌های شناختی رفتاری و فراشناختی مخصوصی برای متمرکز کردن پروسه توجه است و به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی از شناخت‌ها و نشانه‌های فیزیکی خود آگاه شده و آن‌ها را بپذیرند و این پذیرش موجب پیشگیری از افکار منفی، کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌های بدنی و درد و رشد دیدگاه جدید و تولید افکار و هیجانات خوشایند می‌گردد (نیکان و همکاران، ۱۴۰۲). افزون بر این می‌توان گفت که مکانیسم‌های اثرگذاری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییرشناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش نیز باعث تنظیم هیجان می‌شوند؛ طی این تمرینات، حالات بدنی و ذهنی معیوب شناسایی می‌شوند و فرد یاد می‌گیرد در لحظه از وقوع این افکار و احساسات و حس‌های بدنی آگاه شود و به جای واپس‌رانی و کنترل‌شان، آن‌ها را بپذیرد و همین پذیرش بار منفی این حالات را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم و به دنبال آن بروز حالات هیجانی ناخوشایند در فرد می‌شود (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر با توجه به نقش مهم هیجانات در زندگی، آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی به افراد به منظور تنظیم و تعدیل هیجان به عنوان یک روش درمانی در مدیریت هیجانات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی خوشایند در ارتباط است که سبب ایجاد یک مراقبه‌ی اثربخش با شرایط اغواکننده و استرس‌زا گردیده و بهبود عملکرد در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. از این رو آموزش مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در مدیریت و تنظیم هیجان ایفا می‌کند (سیدآسیابان و همکاران، ۱۳۹۶).

در تبیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر تنظیم هیجانی می‌توان عنوان کرد که ارتقاء پردازش هیجانی، افراد را قادر می‌سازد تا با هیجانات منفی و مثبت سازگار شوند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند که چگونه هیجانات خود را مدیریت کنند. تلاش برای آگاهی از هیجانات باعث می‌شود افراد خودآگاه‌تر و خودکنترل شوند و کمتر احساس ناامیدی، سرزنش خود و ناراحتی کنند. بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند انسجام عاطفی را تقویت کند، با رفتارهای سازگارانۀ جدید سازگار شود، هیجانات مثبت و منفی را ارزیابی کند و تنظیم کلی هیجان را تقویت کند (قدرتی تربتی و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر در درمان متمرکز بر شفقت درمانگر با اشاره به اینکه هیجانات ریشه تکاملی داشته و برای بقاء انسان ضروری هستند؛ افراد را به درک عملکرد هر هیجان ترغیب می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۷). درک عملکرد و تأثیرات هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا به نیاز زیرین هر هیجان دسترسی پیدا کنند و سپس با اتخاذ رویکرد مشفقانه بهترین راه موجود را انتخاب کنند. از آنجایی که احساسات ریشه در نیازها یا خواسته‌های اساسی دارند؛ بنابراین، تجربه هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز خود را تغییر داده و

آن ها را به شیوه ای سالم تحمل و ابراز کنند (یزدانبخش و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین خود-شفقتی به مثابه یک صفت روان-شناختی مثبت در جهت بهبود شرایط، پذیرش توانایی ها و بهزیستی روانی افراد عمل می کند؛ افرادی که از سطح بالاتری از خود-شفقتی برخوردارند، معمولاً از خود مهرورزی، حس اشتراک انسانی و ذهن آگاهی فزون تری بهره مند بوده و در تنظیم و تعادل هیجان ها کارآمدتر هستند و معمولاً در برخورد با مسائل و شرایط استرس زای زندگی از هیجان های مثبت و راهبردهای سازگارانه-تری استفاده می کنند؛ علاوه بر این، مانع بروز برخی هیجان های منفی از جمله اضطراب و استرس خواهند شد. زیرا خود-شفقتی اساساً نوعی ذهن آگاهی است که به فرد اجازه می دهد دردآورترین هیجان های زندگی را درک کند و بپذیرد، بدون آن که به واسطه آن ها ریشه کن و سرخورده شود (آکین، ۲۰۱۴). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت به خود، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می شود، قابلیت پذیرش ناراحتی ها را بالا می برد و آشفتگی های عاطفی را کاهش می دهد و باعث ارتقاء توانایی افراد در مدیریت، کنترل و پردازش هیجانات می شود.

پژوهش حاضر محدودیت هایی را به همراه داشت که عبارتند از: استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس و کوتاه مدت بودن زمان پیگیری. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می تواند متغیرهای مداخله گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می شود مطالعات آتی، پیگیری های بلندمدت طولانی تر را مدنظر قرار دهند. در نهایت براساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله شناخت رفتار درمانی یکپارچه شده با ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر توانمندسازی و تنظیم هیجان زنان سرپرست خانوار، پیشنهاد می گردد درمان گران از این دو روش جهت توانمندسازی و بهبود مهارت های هیجانی زنان سرپرست خانوار استفاده کنند.

منابع

- بابایی فرد، اسداله. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی مرتبط در فشارهای زندگی زنان سرپرست خانوار. رفاه اجتماعی، ۱۴ (۵۴): ۱۴۵-۱۱۱.
- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۴ (۸۴): ۶۱-۷۰.
- بهاء‌لو هوره، آرزو، خوش اخلاق، حسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر امید به زندگی و چشم‌انداز زمانی خانواده‌های جان‌باختگان در اثر ویروس کرونا در شهرکرد: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۲ (۹): ۹۷۹-۹۹۸.
- ترابی مومن، الهام، راهب، غنچه، علی پور، فردین، بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه بر توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. مجله توانبخشی. ۱۸ (۳): ۲۴۲-۲۵۳.
- ترابی، فاطمه، صادقی، حنا، سادات، رنجبری بیوردی، سمانه. (۱۴۰۱). آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار و دلالت‌های سیاست‌گذاری آن در ایران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۳ (۱): ۳۳۸-۳۳۱.
- توسلی، افسانه، عبدی فر، زهرا، شیخی، محمدتقی. (۱۴۰۱). آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متاهل در انجام مراقبت‌های بهداشتی. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۹ (۳۱): ۸۷-۱۱۷.
- تیمورنژاد، کاوه، صریحی اسفستانی، رسول (۱۳۸۹). تأثیر یادگیری سازمانی بر توانمندسازی روانشناختی کارکنان ستادی وزارت امور اقتصادی و دارایی. فصلنامه مطالعات مدیریت بهبود و تحول. ۲۰ (۶۲)، ۳۷-۵۹.
- تیموری، زهره، مجتبابی، مینا، و رضازاده، سیدمحمد رضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خیانت همسر. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۳۰ (۱۱۸)، ۱۳۰-۱۴۳.
- حسینی بهشتیان، سید محمد، میرزازاده، رقیه. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. جامعه‌پژوهی فرهنگی، ۷ (۳): ۱۹-۳۶.
- رجائی، سمیه، سدرپوشان، نجمه. (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس. قرآن و طب. ۵ (۱): ۱۱۸-۱۲۶.
- رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره، جاجرمی، محمود، و وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ (پیگیری ۳ ماهه). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۴ (۴)، ۳۷۰-۳۸۳.
- سلطانی زاده، محمد، کاظمی، حمید، دارابی، ندا، قدرتی پور، سپیده. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در آتش‌نشانان شهر اصفهان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۲ (۲): ۸۳-۱۰۰.

- سوره، جمال،، حاجلو، نادر،، عطادخت، اکبر،، بشرپور، سجاد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش تفکر مثبت و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای روحیه و سازگاری روانی- اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۳۰ (۲): ۱۹۳-۲۰۷.
- سید جعفری، جواد،، برجلی، احمد،، شرافتی، شاهین،، پناهی، مهدی،، دهناشی لاطان، تاجماه،، عبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم روانشناختی، ۱۹ (۹۲): ۹۴۵-۹۵۶.
- سیدآسیابان، سمیرا، و منشئی، غلامرضا، و عسگری، پرویز. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان مواد محرک. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. ۱۸ (۲) (پیاپی ۶۸)، ۱-۱۰.
- صدقی، پروین،، چراغی، اباذر، و ذاکری، محمدمهدی. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار. مطالعات زن و خانواده، ۸ (۱) (پیاپی ۱۶)، ۱۵۷-۱۸۷.
- عابد، یاسمن،، ابوالقاسمی، شهنام،، خلعتبری، جواد. (۱۴۰۱). اثربخشی «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر سازگاری اجتماعی و تنش والدگری در مادران دارای کودکان کم توان جسمی - حرکتی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۱ (۴): ۵۲-۶۴.
- عزیزیان کهن، نسرين،، بخشوده نیا، ایمان،، نجاری، مسعود،، ورمقانی، مجید،، سعادی، دیاکو. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت CFT بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان شناختی سربازان وظیفه. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۳ (۵۲): ۷۷-۹۱.
- کهریزی، شقایق،، تقوی، محمدرضا،، قاسمی، رامین،، گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۶). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی بیماران مبتلا به آسم. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۴ (۱۵۴): ۲۷-۳۶.
- نیکان، عبدالصمد،، ترابی، احمد،، محسنی نسب، زهرا،، بهادری، اسیه،، جوانمرد، زینب،، حسینی راد، معصومه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس، تاب آوری، تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی بیماران قلبی- عروقی. پژوهش در سلامت روان شناختی. ۱۷ (۱): ۶۰-۴۶.
- هدایتی دانا، سوسن،، صابری، هاییده،، نصرالهی، بیتا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر تاب آوری. تحقیقات علوم رفتاری. ۲۱ (۱): ۱-۱۰.
- یزدانبخش، کامران،، کرمی، جهانگیر،، دریکوند، فتانه. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان در دانش آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه. مطالعات روان شناختی. ۱۶ (۱): ۱۲۲-۱۰۷.

Akin, U. (2014). Self-Compassion as a Predictor of Proactivity. International Online Journal of Educational Sciences, 6(1): 103-111.

Behroz, M., Marashian, F. S., & Alizadeh, M. (2023). The Relationship of Social Support and Psychological Capital with Empowerment of Female Heads of Households: The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. Caspian Journal of Health Research, 8(2), 93-102.

Christian, A. K., Atiglo, D. Y., Okyere, M. A., Obeng-Dwamena, A., Marquis, G. S., & Jones, A. D. (2023). Women's empowerment, children's nutritional status, and the mediating role of household headship structure: Evidence from sub-Saharan Africa. *Maternal & Child Nutrition*, e13520.

Fakir, A. M., & Abedin, N. (2021). Empowered by absence: does male out-migration empower female household heads left behind?. *Journal of International Migration and Integration*, 22(2), 503-527.

Fettich, K. C., McCloskey, M. S., Look, A. E., & Coccaro, E. F. (2015). Emotion regulation deficits in intermittent explosive disorder. *Aggressive behavior*, 41(1), 25-33.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.

Ghodrati Torbati, A., Nejat, H., Toozaandehjani, H., Samari, A. A., Akbari Amarghan, H. (2020). Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Blood Cortisol and Cognitive-Emotion Regulation in Drug Abusers. *Jundishapur J Health Sci*. 12(1):e100148.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiat Treat*. 15:199–208.

Gilbert, P. (2014). Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PloS one*, 9 (11): e111933.

Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, 3(6): 218–227.

Gilbert, P. (2022). Compassion focused therapy. *Spirituality and Psychiatry*, 262.

Hafsah Batool, M. I., & Rehman, A. (2022). The Impact Of Women's Empowerment On Sustainable Development In The District Of Sargodha. *Journal of Positive School Psychology*, 6(8), 5193-5211.

Hoogerwerf, A. E., Bol, Y., Lobbestael, J., Hupperts, R., & van Heugten, C. M. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: a waiting list controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(6), 497-504.

Horwood, V., Allan, S., Goss, K., & Gilbert, P. (2019). The development of the Compassion Focused Therapy Therapist Competence Rating Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 93: 387–407.

Ishfaq, S., Anjum, A., Kouser, S., Nightingale, G., & Jepson, R. (2022). The relationship between women's empowerment and household food and nutrition security in Pakistan. *PloS one*, 17(10), e0275713.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Science and Practice*. 10(2):144-56

Lesani, M. D., Makvandi, B., Naderi, F., & Hafezi, F. (2020). Relationship of self-differentiation and social intelligence with happiness by mediating role of difficulty in cognitive emotion regulation among female-headed households. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(3).

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion* (Washington, D.C.), 20(1), 1–9.

Moradi, S., & Moradi, S. (2023). Efficacy of Schema Therapy training on self-efficacy, self-esteem and assertiveness in women heads of households covered by welfare in Karaj. *Psychology of Woman Journal*, 4(2), 9-16.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2017). Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press.

Neophytou, K., Theodorou, M., Artemi, T. F., Theodorou, C., & Panayiotou, G. (2023). Gambling to escape: A systematic review of the relationship between avoidant emotion regulation/coping strategies and gambling severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Posel, D., Hall, K., & Goagoses, L. (2023). Going beyond female-headed households: Household composition and gender differences in poverty. *Development Southern Africa*, 1-18.

Roger, J.S., Michele, Y., Sue, R., Gail, J., & Josephine, M.C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12), 47–59.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of management Journal*, 38(5), 1442-1465.

Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy intervention integrated with mindfulness and compassion therapy on the empowerment and emotional regulation of women heads of households

Fahimeh Asadi Khanouki¹, Alireza Manzari Tavakoli², Hamid Molaei Zarandi³, Aezam Vaziri Nasab⁴

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy intervention integrated with mindfulness (MiCBT) and compassion therapy on the empowerment and emotional regulation of women heads of households. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the present study included all female heads of households covered by the welfare of Kerman city in 2024. The sample size includes 45 people from the statistical population selected by available sampling method and placed in experimental and control groups. For the first experimental group, MiCBT was implemented during 8 sessions of 60 minutes during four weeks, and for the second experimental group, compassion therapy was implemented during 8 sessions of 60 minutes during four weeks, While the control group did not receive training. The research tools included the Psychological empowerment Scale (Spreitzer, 1995) and the Cognitive emotion regulation questionnaire (Garnefski and Kraaij, 2006). The data was analyzed using the analysis of variance test with repeated measurements. The results showed that MiCBT and compassion therapy has an effect on empowerment and emotional regulation ($p < 0.05$). Also, the results of the follow-up test showed that there is no significant difference between the two treatment methods on empowerment and emotional regulation ($p > 0.05$). Based on the results of the research, psychologists and psychiatrists can use these interventions to improve the empowerment and emotional regulation of female heads of households.

Keywords: MiCBT, compassion therapy, empowerment, emotional regulation, women heads of households.

1. Ph.D student in Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran (Corresponding author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.