

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار*

گیتا منعمیان^۱، مژگان مردانیراد^۲، افسانه قنبری پناه^۳، عبدالله امیدی^۴

Comparison of the effectiveness of cognitive-existential therapy and compassion-focused therapy in groups on psychological well-being of divorced female heads of household

Gita Monemiyani¹, Mojgan Mardanirad², Afsaneh Ghanbari Panah³, Abdollah Omid⁴

چکیده

زمینه: مطالعات مداخله‌ای مختلفی با هدف ارتقاء شاخص‌های سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار انجام شده است، اما پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار پرداخته باشد، مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه پژوهش متشکل از تمامی زنان مطلقه سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۱۹ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه این مطالعه ۳۶ زن بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) بود. برای گروه آزمایشی اول، درمان شناختی وجودی (کیسان، ۲۰۰۴، ۲۰۰۹) و برای گروه آزمایشی دوم درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹، ۲۰۱۴) در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار گردید، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن (پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط) در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند. همچنین درمان شناختی - وجودی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری در افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده توصیه می‌گردد روانشناسان و مشاوران از این دو رویکرد درمانی جهت کاهش مشکلات روانشناختی زنان سرپرست خانوار استفاده نمایند. **واژه کلیدی‌ها:** درمان شناختی - وجودی، درمان متمرکز بر شفقت، بهزیستی روانشناختی، سرپرست خانوار، زنان.

Background: Various interventional studies have been conducted by the aim of improving mental health among divorced female heads of household, but no research has been conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-existential therapy and compassion-focused therapy on psychological wellbeing of divorced female heads of household. **Aims:** The present research was conducted by the aim of comparing the effectiveness of cognitive-existential therapy and compassion-focused therapy on psychological wellbeing of divorced female heads of household. **Method:** The current study was conducted by semi-experimental method in which a pretest-posttest-follow up with control group design was used. The research population included all divorced women who were heads of household who were members of the Imam Khomeini Relief Foundation in the 19th district of Tehran, Iran. The study sample included 36 women who were selected by purposeful sampling method and, then, were assigned into two experiment groups and one control group (12 individuals per group) through random assignment method. The research tool was Ryff's Psychological Wellbeing Scale (1989). For the first experiment group, the cognitive-existential therapy (Kissane, 2004, 2009), and for the second experiment group, the compassion focused therapy (Gilbert, 2009, 2014) were delivered in groups and in eight 120-minute sessions, but the control group received no intervention. The variance analysis test with repeated measures and the Bonferroni ad hoc test were used to analyze the data. **Results:** The results indicated that the cognitive-existential therapy and the compassion-focused therapy led to improvements in psychological wellbeing and all its components (acceptance of self, positive relations with others, self-autonomy, purposeful life, personal growth, environmental mastery) at the end of the intervention stage and in the follow-up stage. Moreover, the cognitive-existential therapy showed greater effectiveness on increasing psychological wellbeing and its components ($p < 0/01$) compared to the compassion-focused therapy. **Conclusions:** According to the obtained results, psychologists and counselors are recommended to employ these two therapeutic approaches for reducing psychological problems among divorced women who are heads of household. **Key Words:** Cognitive-existential therapy, compassion-focused therapy, psychological well-being, head of household, women.

Corresponding Author: mmrad11@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲. PhD Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۴. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding author)

^۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^۴. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۴. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۵/۰۳

دریافت: ۹۹/۰۴/۱۳

مقدمه

در طول تاریخ همواره مردان عهده‌دار مسئولیت خانواده بوده اند، اما با گذر زمان و پدیده جهانی شدن، ساختار خانواده نیز تحت تأثیر قرار گرفته و اکنون شاهدیم که زنان به دلایل مختلف وظیفه اداره خانواده را به دوش می کشند. زنان در توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه به خصوص در زمینه کمک‌های مالی جهت رفاه خانواده نقش مهمی ایفا می کنند (رهما و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از رضاییان، رسولی، عسکر بیوکی و اصل دهقان، ۱۳۹۷). در دنیای امروز خاصه در کشورهای در حال توسعه، زنان با مسائل عدیده‌ای مواجه هستند. یکی از این مسائل که اهمیت بسزایی دارد، نقش سرپرستی آنها و مشکلاتی است که از این نقش سرچشمه می گیرد. زنان سرپرست خانوار^۱ زنانی هستند که به دلایل مختلف از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر، مفقودالاثر بودن همسر و غیره سرپرستی خانواده خود را برعهده دارند (جعفری شیرازی، ۱۳۹۱). از جمله تغییرات اجتماعی و جمعیتی گسترده‌ای که در ایران در سال‌های گذشته تجربه نموده است، تغییر در فراوانی زنان سرپرست خانوار بوده است. این در حالی است که این گروه از زنان نه تنها در اکثر نقاط جهان، بلکه در ایران نیز جزء فقیرترین اقشار شناخته شده‌اند (فیروزآبادی و دیباجی فروشانی، ۱۳۹۶). متأسفانه در دنیای کنونی، زندگی زنان پس از ترک شوهر غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبرو است از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی، سختی مشکلات اقتصادی و زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی و ناامیدی. همچنین نگرش‌های سخت‌گیرانه جامعه نسبت به زنان مطلقه و فقدان حمایت‌های همسرشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع به خصوص در جوامع سنتی با مشکلات عدیده‌ای روبرو می کند (فلاتو، موتاراک و پلسر، ۲۰۱۷). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر، با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبرو می شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می شوند و آنها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می کنند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می دهد (کوین، ۲۰۰۳). بهزیستی

روانشناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد (کیس، شاموتکین و ریف، ۲۰۰۲). بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چند بعدی است که از طریق ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی رشد می یابد (ووسی، ونزیانی و فوجی، ۲۰۱۹). گورل (۲۰۰۹) بهزیستی را توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و هدف زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت تعریف می کند. بهزیستی روانشناختی بسیاری از جنبه‌های سلامت و عملکرد اجتماعی را پی ریزی کرده و به لحاظ اقتصادی مهم است. شاخص‌های بهزیستی پیرامون یک حالت مثبت هستند که منعکس کننده عملکرد اجتماعی و شغلی بهینه، اعتماد به نفس، خودشکوفایی، فضیلت گرایی، روابط میان فردی رضایت بخش، شادی، خوشبینی، رضایت از زندگی یا انعطاف پذیری است (ویچ و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از حسن زاده نمین، پیمانی، رنجبری پور و ابوالعالی الحسینی، ۱۳۹۸). از سالیان گذشته، در زمینه تعریف بهزیستی دو رویکرد وجود داشته است. رویکرد نخست که مبتنی بر لذت گرایی است، معتقد است که بهزیستی به معنای داشتن احساسات مثبت و لذت بخش و عدم وجود احساسات منفی و دردآور است. اما رویکرد دوم، بهزیستی را تنها شامل به حداکثر رساندن تجارب لذت بخش و کاستن از تجارب منفی نمی داند، بلکه از نظر این رویکرد، بهزیستی عبارت است از تلاش به منظور به فعلیت رساندن پتانسیل وجودی فرد. این رویکرد عموماً به عنوان رویکرد ارسطویی شناخته می شود (وازکویز، هرواس، راهونا و گومز، ۲۰۰۹). ریف (۱۹۹۸؛ به نقل از گورل، ۲۰۰۹) ابعاد بهزیستی روانشناختی را پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رابطه مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست ها و عمل براساس اصول شخصی)، زندگی هدفمند (داشتن غایت ها و اهدافی که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (به این معنا که استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی بویژه مسائل زندگی روزمره) معرفی می کند. امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد

۱. Female-Headed Households

بهبودی روانشناختی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر رهنمون می‌سازد (والکر، ۲۰۱۵).

تاکنون اثربخشی مداخلات درمانی مختلفی همچون آموزش ابراز وجود، آموزش خوددلسوزی شناختی، آموزش دلگرم‌سازی، آموزش تنظیم هیجان، آموزش هوش معنوی، آموزش مثبت اندیشی، آموزش تاب‌آوری، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش توانمندسازی روانشناختی، درمان شناختی رفتاری، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، هیپنوتراپی، واقعیت درمانی، درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار در جامعه زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد بر سطح بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار مؤثر باشد، درمان شناختی - وجودی^۱ است. درمان شناختی وجودی نخستین بار توسط کیسان (۱۹۹۷) برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق آن جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی شناختی بک و وجودگرایی یالوم در قالب فنون مشاوره گروهی که به نظر می‌رسید در کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری بیماران سرطانی بیشترین اثر را داشته‌اند، ارائه شد (اسکندری، بهمنی، حسنی و عسگری، ۱۳۹۴).

در این روش فرض بر این است که با استفاده از فنون شناختی می‌توان برخی از طرحواره‌ها و افکار مزاحم و خطاهای شناختی را که در شکل‌گیری آزدردگی و بیماری روانی نقش مهمی دارند، اصلاح کرد، در عین حال به آن دسته از نگرانی‌های وجودی نظیر اضطراب مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و گواه ناپذیری جهان پرداخته می‌شود (کیسان، ۲۰۰۹). اعضای گروه درمان شناختی - وجودی از مزایای حمایتی شرکت در مداخله گروهی نیز بهره می‌گیرند. این روش، ترکیبی از باز ارزیابی شناختی و بهبود مهارت‌های رویارویی است که با عوامل راهبردی وجودی و ابزارهای حمایتی یکپارچه شده است. با آنکه سایر مداخلات در نشان دادن ابعاد وجودی ناکام مانده‌اند، پژوهش‌ها مؤید امکان اثربخشی مداخلات شناختی - وجودی در بهبود زندگی هیجانی و ایجاد راهبردهای رویارویی فعال است (گاگون و همکاران،

۲۰۱۵). رویکرد درمانی دیگری که به نظر می‌رسد در بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار اثربخش باشد، درمان متمرکز بر شفقت^۲ است. در طول سالیان گذشته، توجه فزاینده‌ای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. به طور خلاصه، شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاقه روز افزون به مفهوم شفقت باعث تدوین و ارزیابی انواع مداخلات مبتنی بر شفقت شد که از بین آنها درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹ الف؛ ۲۰۱۴)، امروزه مناسب‌ترین مداخله ارزیابی شده است (کیربی، ۲۰۱۶؛ کیربی، تلگن و استیندل، ۲۰۱۷). هدف درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی و شفقت به خودانتقادی پاسخ دهند. یک بخش کلیدی در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود تا متوجه شوند که بسیاری از سوگیری‌ها / تحریف‌های شناختی، فرآیندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق می‌کند تا انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (لويس و آتلی، ۲۰۱۵). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴).

پیشینه پژوهشی پیرامون درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت حاکی از تأیید اثربخشی این مداخلات درمانی می‌باشد. کیسان و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - وجودی برای زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند، یک آزمایش کنترل شده تصادفی را در طی سه سال با پیگیری‌های شش ماهه و یک ساله با شرکت ۴۹۱ بیمار مبتلا به سرطان پستان ترتیب دادند که در ۱۹ گروه، درمانگرانی آموزش دیده، ۲۰ جلسه هفتگی به همراه سه کلاس ریلکسیشن را برای

2. Compassion-Focused Therapy (CFT)

1. Cognitive Existential Therapy

نشان داد. در پیگیری ۹ ماهه، بهبودی در تمام مقیاس‌ها در بین شرکت‌کنندگان گروه درمان متمرکز بر شفقت پایدار بود. در پژوهشی که شید و سینگ (۲۰۱۹) با عنوان "آیا درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بهبود دوگانه را برای کهنه سربازان تقویت کند؟" انجام دادند، برای یک پروژه تدوین برنامه در مرکز بهبود توانبخشی امور کهنه سربازان، یک برنامه درمانی گروهی براساس درمان متمرکز بر شفقت طراحی و پیاده سازی شد. نتایج به دست آمده از اندازه‌گیری‌های قبل و بعد از مداخله نشان داد که کهنه سربازان، مهارت‌های شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی را به دست آوردند و علائم افسردگی در آنها کاهش یافت. اندرسون و راسمن (۲۰۱۷) در پژوهش خود گروه درمانی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت را برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت نفس پایین اجرا کردند. ده گروه متشکل از ۱۰۲ بیمار مبتلا به انواع اختلالات روان‌پزشکی در یک برنامه درمانی ده هفته‌ای و با یک جلسه پیگیری شرکت کردند. طبق نتایج به دست آمده، درمان متمرکز بر شفقت، باعث کاهش معنادار در علائم افسردگی، اضطراب و خودانتقادی و افزایش معنادار در عزت نفس گردید. در پژوهش هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب مورد تأیید قرار گرفت. مواجهه زنان سرپرست خانوار با مشکلات مضاعف، انجام تحقیقات در زمینه مسائل زنان سرپرست خانوار و تلاش برای توانمندسازی آنها ضروری می‌نماید. از سویی با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش‌ها به نظر می‌رسد یکی از راه‌های کاهش مسائل زنان سرپرست خانوار و ارتقای بهداشت روانی آنها، توانمندسازی آنان از طریق آموزش‌هایی است که به وسیله آن، مهارت‌های مورد نیازشان را برای زندگی بهتر رشد و گسترش می‌دهند، لیکن مرور پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم شناسایی عوامل مؤثر بر وضعیت زنان سرپرست خانوار، به مؤلفه آموزش در میان این قشر کمتر پرداخته شده است. همچنین جستجوهای محقق پیرامون مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت نیز حاکی از آن است که کارآیی این دو مدل درمانی برای افراد با مشکلات گوناگون بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است، لیکن اثربخشی این دو رویکرد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار تاکنون مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است. از این رو پژوهش

گروه آزمایش (۱۵۴) نفر و کلاس‌های ریلکسیشن را برای گروه گواه (۱۴۹ نفر) اداره می‌کردند. نتایج نشان داد که اضطراب بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. همچنین بیماران گروه آزمایش پیشرفت خوبی را در عملکرد خانوادگی نسبت به گروه گواه نشان دادند. بیماران رضایت‌شان را از شرکت در جلسات و افزایش میزان آگاهی از سرطان و درمان آن و رشد شخصی و مقابله بهتر با مشکلات گزارش کردند. کیسان (۲۰۰۹) در تحقیقی دیگر با عنوان "فراتر از بحث‌های درمانی: چالش‌های اجتماعی افسردگی و راهبردهای درمانی برای آن در بیماران سرطانی" نشان داد که گروه درمانی شناختی - وجودی بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان تأثیر ندارد، اما میزان افسردگی بیماران را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد. پژوهشی توسط بهمنی، معتمد نجار، سیاح، شفیع‌آبادی و حداد کاشانی (۲۰۱۶) با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی - وجودی در سطح امیدواری و افسردگی بیماران همودیالیز انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی - وجودی منجر به افزایش امیدواری و کاهش سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شده است. گانگون و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که با هدف سنجش اثربخشی مداخلات شناختی - وجودی بر کیفیت زندگی وجودی و روانشناختی مبتلایان به سرطان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - وجودی موجب بهبود کیفیت زندگی وجودی و روانشناختی بیماران پس از اتمام مداخله و در پیگیری سه ماهه شده بود. در پژوهش خضری‌مقدم، وحیدی و آشورماهانی (۱۳۹۷) اثربخشی گروه درمانی شناختی - وجودی بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی - وجودی بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی تأثیر مثبت دارد. سامرس - اسپیکرمان، ترامپر، شروس و بوهلمیجر (۲۰۱۸) در پژوهشی که با عنوان "درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک ابزار خودیاری برای ارتقاء سلامت روانی عموم" انجام دادند، بیماران ابزارهای پژوهش را در خط پایه، پس از مداخله و پیگیری ۳ و ۹ ماهه تکمیل کردند. نتایج نشان داد در مقایسه با گروه گواه در لیست انتظار، گروه درمان متمرکز بر شفقت بهبود بیشتری را در بهزیستی پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه نشان داد. در تمام اندازه‌گیری‌های ثانویه، گروه تحت مداخله بهبودی معنادار و بیشتری را در پیگیری ۳ ماهه

سه گروه، برای گروه آزمایشی اول، درمان شناختی - وجودی و برای گروه آزمایشی دوم درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار گردید. در طی ارائه مداخلات درمانی به گروه‌های آزمایشی، آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات گروه‌های آزمایش، مجدداً هر سه گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند (مرحله پس‌آزمون). دوماه پس از پایان مرحله پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان هر سه گروه در یک دوره پیگیری نیز شرکت کردند و به ابزار پژوهش پاسخ دادند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، برای آزمودنی‌های گروه گواه، پس از اتمام مرحله پیگیری جلسات درمانی برگزار گردید.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، ۲. به شرکت‌کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، ۳. عقاید، فرهنگ، مذهب و... شرکت‌کنندگان محترم شمرده شد ۴. برآزاد بودن شرکت‌کنندگان جهت ادامه حضور در پژوهش تأکید گردید، ۵. حریم شخصی شرکت‌کنندگان حفظ شد و به آنها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، ۶. در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها و استفاده از منابع دقت و امانتداری علمی به عمل آمد. ساختار جلسات درمان شناختی - وجودی بر اساس مفاهیم و طرح درمانی کیسان (۲۰۰۴؛ ۲۰۰۹) و محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹؛ ۲۰۱۴) طراحی گردید. شرح مختصر جلسات درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان مطلقه سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام‌خمينی(ره) منطقه ۱۹ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۶ زن سرپرست خانوار بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، سابقه ازدواج رسمی دائم و زندگی مشترک با همسر حداقل به مدت یک سال، تحت پوشش کمیته امداد بودن، طلاق رسمی و سرپرست خانوار بودن، شاغل نبودن و نداشتن مستمری از جانب پدر، برادر و یا همسر و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل و مواد روانگردان، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه و دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات گروه درمانی نیز به عنوان معیارهای خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از تصویب طرح پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، پژوهشگر با مراجعه به کمیته امداد امام‌خمينی(ره) منطقه ۱۹ شهر تهران و ارائه توضیحات در زمینه اهداف مطالعه، موافقت مسئولین مربوطه را اخذ نمود و پس از هماهنگی با مددکاران و مشاوران کمیته امداد و توضیح اهداف طرح پژوهشی، از تمامی زنانی که متقاضی شرکت در جلسات آموزشی بودند، طی فراخوانی دعوت به عمل آمد. سپس بر اساس مصاحبه مقدماتی و بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، از میان افراد متقاضی شرکت در جلسات، ۳۶ نفر از زنان سرپرست خانوار به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها و اخذ پیش‌آزمون از هر

جدول ۱. ساختار جلسات درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت		
جلسات	درمان شناختی - وجودی (کيسان، ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۹)	درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۴)
۱	هدف: زمینه‌سازی استقرار عوامل اصلی و ضروری برای ایجاد فضای گروهی. روش: معرفی کلی فرایند گروه درمانی شناختی - وجودی، آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر مشخص کردن اهداف و فرآیند گروه درمانی شناختی وجودی. تکلیف: تفکر یک هفته‌ای و گزارش انتخاب و جبر در انجام امور. هدف: ادامه گروه و آشنایی با مفاهیم پایه درمان وجودی روش: استقرار مطلوب سنت‌های شکل‌دهنده گروه از قبیل مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگری، مشارکت فعال، تعبیر و تفسیر، رعایت حقوق دیگران و...، شرح انتخاب‌ها و آزادی ما در زندگی و معرفی مفهوم اضطراب‌های وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک. شرح وجود و ماهیت و ارائه مثال‌هایی از اهمیت و تقدم وجود بر وجوب (ماهیت). تکلیف: مطالعه کتاب موجودات فانی و گزارش.	هدف: آشنایی و ایجاد ارتباط، افزایش پویایی روش: معارفه اعضا با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه - مروری بر قوانین گروه، ساختار و اهداف جلسات، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی و تعریف مهربانی و نامهربانی، جمع‌بندی و پایان جلسه. هدف: آشنایی با گام اول در بهزیستی روش: مرور جلسه اول، معرفی مؤلفه مراقبت از بهزیستی به عنوان گام اول، شناسایی موانع گام اول: احساسات منفی، فشار ذهن و... جمع‌بندی و پایان جلسه تکلیف: یادداشت یک هفته‌ای از موانع احساس آرامش و سلامتی و گزارش احساسات: چه کارهایی در هنگام عصبانیت کرده اید که ابتدا دلان خنک شده و در ادامه احساسات بدی تجربه کرده‌اید؟ هدف: آشنایی با رنج بینی و درک رنج روش: معرفی مؤلفه حساسیت به رنج به عنوان گام دوم، رنج بینی در زندگی دیگران، پاسخگویی به چرایی بدکارکردی دیگران و خود. دلسوزی برای خود و رنج‌ها. فرار نکردن از رنج و درک بشریت ناقص برآمده از رنج‌های کودکی. تمرین رنج بینی در گروه و فکر کردن به رنج‌های فرد کج کارکرد. تکلیف: واقعه نگاری و تمرین رنج بینی و درک رنج در زندگی دیگران و دلسوزی برای آن و گزارش.
۳	هدف: آشنایی با حوزه زمان و کوتاهی زندگی روش: آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی که فرد نسبت به آن آگاهی یافته و به جای انکار و یا تحریف آن را بپذیرد. مواجهه با مرگ و بیان احساسات. تنظیم نقشه زندگی کوتاه و پیش‌بینی ناپذیری زندگی. ترسیم دو راهی انتخاب میان رشد و رکود و رنج و راحتی. تکلیف: تنظیم وصیت‌نامه و تفکر در باب دوراهی انتخاب در تنگنای زمان کوتاه زندگی.	هدف: آشنایی با تنظیم هیجان در شفقت روش: معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان. معرفی سیستم مبتنی بر شفقت و سیستم خودکار مبتنی بر انگیزش اولیه و دفاع. ارائه مثال‌های عینی از راهبردهای غلط در تنظیم احساسات. جمع‌بندی و پایان جلسه. تکلیف: نگارش رفتارهای مثبت و منفی یک هفته‌ای و تشخیص سیستم تنظیم هیجان موجود در آن و گزارش.
۴	هدف: آشنایی با تنهایی وجودی و چالش آن در زندگی روش: آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی، شرح مسئولیت برآمده از تنهایی برای تحمل رنج‌های شخصی، چالش انتخاب به تنهایی در زندگی شخصی. تکلیف: تمرین تنهایی وجودی و نوشتن مسئولیت‌های فردی در مقابله با مسائل زندگی و گزارش.	هدف: یادگیری فنون تغییر سیستم تفسیر در مغز روش: معرفی مؤلفه‌های همدردی، همدلی و غیرقضاوتی بودن به عنوان گام سوم. تمرین همدلی در گروه و تفسیر غیر قضاوتی. جمع‌بندی و پایان جلسه. تکلیف: واقعه نگاری و انجام تفسیرهای جایگزین قضاوت و سرزنش و مبتنی بر همدلی هدف: آشنایی با عملکرد مغز.
۵	هدف: مبارزه با تفسیرهای منفی و غیر واقعی ذهن. روش: به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر نحسی سرنوشت، تقدیر منفی، طالع نحس و تاوان گناه. تمرین فن بررسی شواهد و واقعیت سنجی. تکلیف: انجام واقعیت سنجی و بررسی شواهد یک هفته‌ای و ارائه در جلسه بعد.	هدف: یادگیری فنون تغییر سیستم تفسیر در مغز روش: معرفی مؤلفه‌های همدردی، همدلی و غیرقضاوتی بودن به عنوان گام سوم. تمرین همدلی در گروه و تفسیر غیر قضاوتی. جمع‌بندی و پایان جلسه. تکلیف: واقعه نگاری و انجام تفسیرهای جایگزین قضاوت و سرزنش و مبتنی بر همدلی هدف: آشنایی با عملکرد مغز.
۶	هدف: چالش با افکار و ارتباط آن با اضطراب روش: ادامه روند به چالش کشیدن باورهای غلط به عنوان منابع مهم اضطراب‌های نوروتیک و کاهش ترس از مشکلات به عنوان یک منبع مهم اضطراب. تمرین چالش با افکار و واگویی ذهن مضطرب. تکلیف: واقعه نگاری و انجام یک هفته‌ای چالش با افکار	روش: معرفی حالت‌های مختلف ذهن. معرفی مغز قدیم و کارکردهایش به عنوان اشتراک میان انسان و حیوان، مغز جدید (تحلیلی) و کارکردهای آن به عنوان وجه تمایز بین انسان و حیوان. معرفی مغز سوم با نام مغز آگاه به عنوان گنج شفقت و با کارکرد تصمیم‌گیری رها از مغز اول و دوم در موقعیت‌های مختلف زندگی. تکلیف: زندگی با مغز آگاه به مدت یک هفته و گزارش نتایج مثبت و منفی.
۷	هدف: معنا سازی و رسیدن به چرایی در زندگی روش: چالش از دست دادن معنای زندگی، زمینه سازی تعهد لازم برای کار مستمر و پیگیر برای رسیدن به اهداف جدید. شرح ارتباط معنای زندگی به مسئولیت و انتخاب. وقتی برای زندگی معنایی داریم، باید رنج‌ها و مسئولیت‌هایی را بپذیریم و انتخاب‌هایمان را جهت دهیم. این تجلی اراده انسانی است در تغییر سبک زندگی. تکلیف: تمرین یک هفته‌ای معنادهی به زندگی و شرح مسئولیت‌ها و انتخاب‌های ترسیم شده برای آینده.	هدف: یادگیری تغییر سبک توجه و تفسیر به روش متمرکز بر شفقت روش: تمرین توجه مهربانانه به احساسات و هیجانات دومین مهارت التیام بخش شفقت، تمرین توجه مهربانانه و تفاوت آن با قضاوت منطقی و یا اخلاقی و یا حسی - هیجانی مبتنی بر خوشایندی و ناخوشایندی. معرفی مهارت استدلال شفقت‌آمیز به عنوان گام چهارم، انجام عملی استدلال شفقت‌آمیز در یک فعالیت گروهی. تکلیف: ثبت وقایع هفته و گزارش تمرین استدلال شفقت‌آمیز.
۸	هدف: برنامه‌ریزی نهایی تغییر سبک زندگی روش: افزایش امیدواری نسبت به زمان باقیمانده زندگی برای انجام فعالیت‌های پرمعنا، زمینه سازی تعهد لازم برای کار مستمر و پیگیر برای رسیدن به اهداف. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات	هدف: معرفی مغز سوم به عنوان نتیجه مهربانی با خود روش: آشنایی و آموزش رفتار مهربانانه به عنوان مهارت‌های التیام بخش شفقت، معرفی مهارت‌های توجه شفقت‌آمیز و احساس شفقت‌آمیز به عنوان گام پنجم، رفتار، تصور و تجربه حسی شفقت‌آمیز به عنوان گام ششم، احساس مهربانانه به عنوان مهارت التیام بخش در شفقت. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات

ابزار

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. در این پژوهش از فرم ۵۴ سؤالی استفاده شد (ریف و کیس، ۱۹۹۵). این پرسشنامه شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، ضمن اینکه مجموع این شش عامل، نمره کلی بهزیستی روانشناختی را محاسبه می‌کند. این آزمون نوعی خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی این آزمون حاکی از آن است که شش عامل بهزیستی روانشناختی با مقیاس‌های رضایت از زندگی و عزت نفس رابطه مثبت و با افسردگی، اعتقاد به شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد (بارنز و ماچین، ۲۰۰۹؛ به نقل از درگاهی، محسن‌زاده و زهراکار، ۱۳۹۴). ریف (۱۹۸۹)؛ به نقل از تقوایی‌نیا و دلاوری‌زاده، ۱۳۹۵) در پژوهشی برای بررسی پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به دست آمده برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ به دست آمد که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می‌رود. در ایران این مقیاس توسط بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) بر روی ۱۴۵ دانشجو انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود (۰/۷۱)، روابط مثبت با دیگران (۰/۷۷)، خودمختاری (۰/۷۸)، تسلط بر محیط (۰/۷۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۷۸) و رشد شخصی (۰/۷۸) به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS24 استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد سن آزمودنی‌ها نشان داد میانگین سنی گروه درمان شناختی - وجودی $39/2 \pm 8/55$ سال، گروه درمان متمرکز بر شفقت $41/4 \pm 6/14$ سال و گروه گواه $5/04 \pm 46/5$ سال بود. میانگین مدت سرپرستی نیز برای گروه درمان شناختی - وجودی $4/66 \pm 5/9$ سال، برای گروه درمان متمرکز بر

شفقت $4/29 \pm 5/16$ سال و برای گروه گواه $3/11 \pm 4/08$ سال بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه درمان شناختی - وجودی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $125/83$ ، 203 و $218/83$ ، در گروه درمان متمرکز بر شفقت به ترتیب $127/92$ ، 168 و $180/67$ و نهایتاً در گروه گواه به ترتیب $129/58$ ، $126/83$ و $131/08$ بوده است. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی نیز برای هر سه گروه در جدول ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج بررسی این مفروضه نشان داد آماره آزمون برای متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$) و بنابراین این پیش‌فرض تأیید گردید. پیش‌فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین برای سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد که عدم معنادار بودن ($p > 0/05$) این آزمون نشان داد این پیش‌فرض نیز مورد تأیید است. نتایج بررسی پیش‌فرض خطی بودن حاکی از خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته و همپراش داشت. مقدار آزمون لامبدای ویلکز نیز برای اثرات بین آزمودنی‌های گروه ($Value = 0/212$) و برای اثرات درون آزمودنی‌ها زمان ($Value = 0/014$) و تعامل ($Value = 0/012$) به دست آمد که همگی معنادار هستند ($p < 0/01$). برای بررسی پیش‌فرض کرویت نیز از آزمون موجلی استفاده شد که عدم معناداری ($p > 0/05$) این آزمون برای متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن نشان داد این پیش‌فرض رعایت شده است. براین اساس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل سنجش به تفکیک گروه‌ها						
متغیر	مرحله	گروه درمان شناختی - وجودی		گروه درمان متمرکز بر شفقت		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۲۵/۸۳	۱۵/۳۶	۱۲۷/۹۲	۱۷/۹۸	۱۲۹/۵۸
	پس‌آزمون	۲۰۳	۱۶/۴۵	۱۶۸	۱۷/۱۴	۱۲۶/۸۳
	پیگیری	۲۱۸/۸۳	۱۳/۷۲	۱۸۰/۶۷	۱۵/۹۹	۱۳۱/۰۸
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۲۲/۵	۳/۲۰	۲۱/۶۷	۴/۷۷	۲۰/۳۳
	پس‌آزمون	۲۹/۵۰	۳/۲۰	۲۵/۵۰	۳/۵۵	۲۰/۱۷
	پیگیری	۳۲/۸۳	۴/۳۶	۲۷/۷۵	۶/۲۹	۲۰/۸۳
رابطه مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۲۴	۳/۶۶	۲۳/۵	۳/۴۲	۲۲/۹۲
	پس‌آزمون	۳۵/۳۳	۴/۳۹	۳۰/۱۷	۵/۳۴	۲۳/۴۲
	پیگیری	۳۸/۴۲	۳/۸۴	۳۴/۲۵	۴/۷۳	۲۳
خودمختاری	پیش‌آزمون	۲۰/۴۲	۸/۰۳	۲۲/۵۸	۶/۲۴	۲۱/۶۷
	پس‌آزمون	۳۶/۲۵	۸/۶۹	۲۷/۶۷	۵/۵۳	۲۱/۴۲
	پیگیری	۳۶/۳۳	۸/۶۰	۲۶/۶۷	۴/۳۵	۲۱/۵۸
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۱۷/۸۳	۵/۳۰	۲۰	۵/۶۸	۲۱/۱۷
	پس‌آزمون	۳۳/۷۵	۴/۹۵	۲۸/۲۵	۶/۱۳	۱۲/۰۸
	پیگیری	۳۷/۸۳	۳/۵۶	۳۱/۵۰	۶/۶۲	۲۳/۴۲
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۲۰/۶۷	۸/۱۳	۱۹/۱۷	۸/۶۹	۲۰/۶۷
	پس‌آزمون	۳۳/۹۲	۶/۹۲	۲۷/۶۷	۵/۸۶	۱۸/۷۵
	پیگیری	۳۵/۳۳	۶/۳۰	۲۸/۴۲	۶/۹۰	۲۰/۶۷
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۲۰/۴۲	۶/۵۹	۲۱	۶/۳۵	۲۲/۸۳
	پس‌آزمون	۳۴/۲۵	۶/۳۹	۲۸/۷۵	۷/۱۳	۲۲
	پیگیری	۳۸/۰۸	۵/۰۵	۳۲/۰۸	۶/۶۸	۲۱/۵۸

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون‌گروهی و برون‌گروهی						
متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	زمان	۴۷۸۲۰/۵۰	۲	۲۳۹۱۰/۲۵	۵۰۶/۹۴	۰/۰۰۱
	گروه	۵۱۵۲۲/۷۲	۲	۲۵۷۶۱/۳۶	۳۹/۷۳	۰/۰۰۱
	گروه & زمان	۲۹۹۰۷/۲۷	۴	۷۴۷۶/۸۱	۱۵۸/۵۲	۰/۰۰۱
پذیرش خود	زمان	۵۸۵/۳۵	۲	۲۹۲/۶۷	۲۶/۸۱	۰/۰۰۱
	گروه	۱۱۱۳/۴۶	۲	۵۵۶/۷۳	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه & زمان	۳۱۲/۱۴	۴	۷۸/۰۳	۷/۱۴	۰/۰۰۳
رابطه مثبت با دیگران	زمان	۱۳۶۷/۱۶	۲	۶۸۳/۵۸	۱۲۱/۱۵	۰/۰۰۱
	گروه	۱۶۶۶/۰۵	۲	۸۳۳/۰۲	۲۵/۵۵	۰/۰۰۱
	گروه & زمان	۷۲۴/۴۴	۴	۱۸۱/۱۱	۳۲/۰۹	۰/۰۰۱
خودمختاری	زمان	۱۰۹۹/۱۳	۲	۵۴۹/۵۶	۷۴/۷۲	۰/۰۰۱
	گروه	۱۶۱۵/۳۵	۲	۸۰۷/۶۷	۷/۸۳	۰/۰۰۲
	گروه & زمان	۱۰۹۱/۴۸	۴	۲۷۲/۸۷	۳۷/۱۰	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	زمان	۲۴۱۶/۶۸	۲	۱۲۰۸/۳۴	۱۲۴/۲۷	۰/۰۰۱
	گروه	۱۱۴۱/۳۰	۲	۵۷۰/۵۶	۷/۱۵	۰/۰۰۳
	گروه & زمان	۱۱۴۸/۹۲	۴	۲۸۷/۲۳	۲۹/۵۴	۰/۰۰۱
رشد شخصی	زمان	۱۳۰۹/۳۸	۲	۶۵۴/۶۹	۱۱۲/۰۲	۰/۰۰۱
	گروه	۱۷۸۰/۲۲	۲	۸۹۰/۱۱	۶/۸۲	۰/۰۰۳
	گروه & زمان	۹۲۴/۲۲	۴	۲۳۱/۰۵	۳۹/۵۳	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	زمان	۱۶۴۳/۱۶	۲	۸۲۱/۵۸	۱۳۱/۵۴	۰/۰۰۱
	گروه	۱۴۰۰/۳۸	۲	۷۰۰/۱۹	۶/۷۳	۰/۰۰۴
	گروه & زمان	۱۲۱۵/۲۷	۴	۳۰۳/۸۱	۴۸/۶۴	۰/۰۰۱

مشخص می گردد بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، بین گروه‌های درمانی و گواه در متغیر وابسته و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی آن ارائه شده است. در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می گردد در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مقایسه دو به دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می گردد، در اثر زمان با توجه به اینکه متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن معنادار شده‌اند ($p < 0/01$)، بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفته است و نتایج آن در ادامه ارائه گردیده است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۴. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل سه گانه سنجش در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن					
متغیر	مرحله	تفاوت میانگین (درمان متمرکز بر شفقت - درمان شناختی - وجودی)	تفاوت میانگین (گواه - درمان شناختی - وجودی)	تفاوت میانگین (گواه - درمان متمرکز بر شفقت)	تفاوت میانگین
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	-۲/۰۸ ^{ns}	-۳/۷۵ ^{ns}	-۱/۶۶ ^{ns}	
	پس آزمون	۳۵ ^{°°}	۷۶/۱۶ ^{°°}	۴۱/۱۶ ^{°°}	
	پیگیری	۳۸/۱۶ ^{°°}	۸۷/۷۵ ^{°°}	۴۹/۵۸ ^{°°}	
پذیرش خود	پیش آزمون	۰/۸۳۳ ^{ns}	۲/۱۶ ^{ns}	۱/۳۳ ^{ns}	
	پس آزمون	۴ [°]	۹/۳۳ ^{°°}	۵/۳۳ ^{°°}	
	پیگیری	۵/۰۸ [°]	۱۲ ^{°°}	۶/۹۱ ^{°°}	
رابطه مثبت با دیگران	پیش آزمون	۰/۵۰۰ ^{ns}	۱/۰۸ ^{ns}	۰/۵۸۳ ^{ns}	
	پس آزمون	۵/۱۶ ^{°°}	۱۱/۹۱ ^{°°}	۶/۷۵ ^{°°}	
	پیگیری	۴/۱۶ [°]	۱۵/۴۱ ^{°°}	۱۱/۲۵ ^{°°}	
خودمختاری	پیش آزمون	-۲/۱۶ ^{ns}	-۱/۲۵ ^{ns}	۰/۹۱۷ ^{ns}	
	پس آزمون	۸/۵۸ ^{°°}	۱۴/۸۳ ^{°°}	۶/۲۵ ^{°°}	
	پیگیری	۹/۶۶ ^{°°}	۷۵/۱۴ ^{°°}	۵/۰۸ [°]	
زندگی هدفمند	پیش آزمون	-۲/۱۶ ^{ns}	-۳/۳۳ ^{ns}	-۱/۱۶ ^{ns}	
	پس آزمون	۵/۵۰ [°]	۱۲/۶۶ ^{°°}	۷/۱۶ ^{°°}	
	پیگیری	۶/۳۳ [°]	۱۴/۴۱ ^{°°}	۸/۰۸ ^{°°}	
رشد شخصی	پیش آزمون	۱/۵۰ ^{ns}	۰ ^{ns}	-۱/۵۰ ^{ns}	
	پس آزمون	۶/۲۵ [°]	۱۵/۱۶ ^{°°}	۸/۹۱ ^{°°}	
	پیگیری	۶/۹۱ [°]	۱۴/۶۶ ^{°°}	۷/۷۵ ^{°°}	
تسلط بر محیط	پیش آزمون	-۰/۵۸۳ ^{ns}	-۲/۴۱ ^{ns}	-۱/۸۳ ^{ns}	
	پس آزمون	۵/۵۰ [°]	۱۲/۲۵ ^{°°}	۶/۷۵ [°]	
	پیگیری	۶ [°]	۱۶/۵۰ ^{°°}	۱۰/۵۰ ^{°°}	

ns = $p < 0/05$ = * $p < 0/01$ = **

پیگیری تفاوت معنادار ($p < 0/05$) حاصل شده است. مقایسه میانگین‌های گروه‌ها نشان می دهد هر دو درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن شده اند. همچنین درمان شناختی - وجودی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت دارای اثربخشی بیشتری در بهبود بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن می باشد.

اطلاعات جدول ۴، نشان می دهد در متغیر بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن بین هیچ یک از گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش آزمون تفاوتی وجود ندارد ($p > 0/05$) اما در پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ($p < 0/05$) حاصل شده است. همچنین بین دو گروه درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت در بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل پس آزمون و

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه باعث بهبود بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن شده بودند و درمان شناختی - وجودی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری در افزایش میزان بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار داشت. مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات کیسان و همکاران (۲۰۰۳)، کیسان (۲۰۰۹)، بهمنی و همکاران (۲۰۱۶)، گاگنون و همکاران (۲۰۱۵)، سامرس - اسپیکرمان و همکاران (۲۰۱۸)، شید و سینگ (۲۰۱۹)، اندرسون و راسمن (۲۰۱۷)، خضری مقدم و همکاران (۱۳۹۷) و هادیان و جبل عاملی (۱۳۹۸) که اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت را تأیید نموده بودند، همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - وجودی در افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن می‌توان گفت یکی از دلایل اصلی کاهش بهزیستی روانشناختی در انسان‌ها، شرایط محیطی آنها و همچنین افکار و هیجانات برآمده از این شرایط است که از آنها به عنوان افسردگی و اضطراب و... یاد می‌شود (فریدمن، ۲۰۱۱). در برخی موارد، آنچه تنها لازم است، تغییر محیط است، اما در برخی موارد تغییر شرایط امکان‌پذیر نیست و تنها راه ممکن، تغییر شناخت‌ها و ذهنیت‌ها و هیجانات با استفاده از اصول درمان روانشناختی است. زنان مطلقه درگیر سرپرستی خانوار، احساسات منفی زیادی را تجربه می‌کنند و با افزایش مسئولیت‌های زندگی و فقدان حمایت همسر، بعضاً اضطراب زیادی را نیز تجربه می‌کنند. از آنجایی که در رویکرد شناختی - وجودی، پذیرش تنهایی، اهتمام به انتخاب، معنادگی به رنج و انجام مسئولیت‌ها برای زندگی سالم اجتناب‌ناپذیر است، این درمان باعث می‌شود تا افراد اضطراب خود را از این واقعیات کاهش دهند و اگرچه موقتاً حال بدی را تجربه کنند، اما با مرور زمان و با روبرو شدن با این واقعیت، متوجه کوتاهی زمان زندگی شده و به زندگی وجودی مبتنی بر اصالت وجود و زندگی بدون شرم و اضطراب‌های ماهیتی زندگی روی

آوردند و در نهایت با زندگی کامل و غنی، بهزیستی روانی بالاتری را تجربه نمایند. درمان شناختی - وجودی از اجتناب از واقعیات زندگی مارا باز می‌دارد و ما را با آنها و تاریکی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی روبرو می‌کند، این تأثیر به واسطه آن است که اجتناب ناشی از ترس است و ترس همان شروع اضطراب و کاهش سلامت ذهنی است (بهمنی، اسکندری، حسنی، دکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۲). از این رو این درمان ترس‌ها و اضطراب‌ها را کاهش و روح اصیل زندگی را تقدیم می‌کند و افراد با استفاده از فلسفه وجودی به عنوان یک دارایی مقایسه‌ناپذیر، امید فراوانی را در خود می‌یابند. این درمان در ترکیب شناخت درمانی و با آموزش چالش با افکار خرافی و خودآیندی که عمدتاً ناشی از توهم و غیر واقعی هستند، اثربخش است. زنان مطلقه‌ای که از تنهایی حس خوبی ندارند، آن را به عنوان سرشت زندگی می‌پذیرند، اگرچه با اضطراب و دلهره، اما با شجاعت مسئولیت زندگی و رنج‌های خود را می‌پذیرند و به جای تقلید و دنباله‌روی و التماس، اصالت‌دارتر از گذشته به مصاف مسئولیت‌های زندگی رفته و از آرامش خواهی صرف تبلیغ شده در دنیای امروز، فاصله می‌گیرند؛ چرا که در رنج‌های خود معنایی یافته‌اند که آرامش را از راه تحمل آنها و افتخار به انجام کار درست برایشان فراهم می‌کند که این مسأله در واقع همان شروع بهزیستی روانشناختی است.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن می‌توان گفت شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است (نف، ۲۰۱۶). شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد بیمار، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (سیدلکی، سالتوس، اویشی و جسوانین، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت در بازگرداندن تعادل بین سیستم‌های تنظیم عواطف به افراد کمک می‌کند و همچنین درصدد است که افراد بیاموزند در پاسخ به تهدید، به سیستم خود آرام بخشی دسترسی پیدا کنند. در چارچوب درمان، افراد از طریق انواع مداخلات، افراد می‌آموزند که ذهن شفقت‌ورز را پرورش داده و می‌آموزند که در کشان از رنجی که احساس می‌کنند، را گسترش دهند (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت با تکنیک تصویرپردازی مشفقانه، سیستم‌های خاص مغزی بویژه سیستم پذیرش و آرام‌بخشی (اوکسی

توسین / اندورفین) را تحریک می‌کند. آموزش ذهن مشفق در فرآیند درمان موجب تنظیم فیزیولوژیکی شده و تمرین‌هایی که این درمان به کار می‌برد، منجر به بروز انواع الگوهای خاص عاطفه مثبت شده و به افزایش احساس امنیت، اطمینان، بهزیستی و تعادل سیستم تهدید منتهی می‌شود. در درمان متمرکز بر شفقت اکتساب انگیزه و احساس برای کمک مشفقانه به بخش خود انتقادگر، مضطراب یا عصبانی اهمیت ویژه دارد؛ بنابراین ضمن گفتگو درباره ماهیت بخش‌های خود، تقویت آن بخش‌هایی که می‌توانند رشد و تغییر کرده به درمانجویان آموخته می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۰).

درمان متمرکز بر شفقت، رویکردی برای کمک به مشکلات هیجانی و تمایلات مربوط به خود تخریبی است. درمان متمرکز بر شفقت با تمرین‌های ویژه، تفکر، تجسم و تمرکز بر آنچه که به شیوه‌ای غیرقضاوتی به فرد امکان مهربانی به خود می‌دهد، دلسوزی و شفقت به خود را افزایش می‌دهد. این رویکرد به افراد آموزش می‌دهد تا با آرامش دهی و مهربانی به خود، احساس شرمساری و پریشانی و خود سرزنشگری را از خود دور سازند (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). در این رویکرد، درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آنکه آنها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند. همچنین هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند (یارنل و همکاران، ۲۰۱۵). از منظر درمان متمرکز بر شفقت، مشکلات، سیستم تهدید - حفاظت از خود را بیش از حد فعال می‌کند و به این بیش فعال شدگی ادامه می‌دهد. در مقابل خود اطمینان بخشی و احساس آرامش و امنیت، سیستم تسکین را فعال کرده و تعاملات اجتماعی و تلاش برای حمایت متقابل را تقویت می‌کند. لذا فعال‌سازی این سیستم موجب کاهش عملکرد سیستم متمرکز بر تهدید و اثر مهاری آن بر رفتار شده و بهزیستی روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد. از آنجایی که زنان سرپرست خانوار، سیستم تسکین کمتر توسعه یافته‌ای دارند؛ چرا که هرگز فرصت رشد آن را نداشته و از سیستم تهدید شدیداً فعالی برخوردار هستند، ذهن مشفق اتوماتیک وار با گسترش سیستم تسکین و تنظیم سیستم تهدید، یک تعادل هیجانی ایجاد کرده و بهزیستی روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و

رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم. همچنین درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید (دیدریچ، گرت، هافمن، هیلر و برکینگ، ۲۰۱۴)؛ لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی فرد افزایش یابد. در توجیه اثربخشی بیشتر درمان شناختی - وجودی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت در افزایش بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت این امر می‌تواند به دلیل تلفیقی بودن درمان شناختی - وجودی باشد و اینکه این رویکرد از مزایای هر دو درمان شناختی و وجودی بهره می‌گیرد و از طرفی با واقعیات زندگی زنان سرپرست خانوار از جمله مسئله رنج و انتخاب، بیشتر همخوان است. درمان وجودی - شناختی هم شناخت‌های ناسازگار را اصلاح می‌نماید و هم معنای رنج را بهبود داده و انتخاب‌های اصیل را جایگزین احساس اجبار در زندگی می‌کند (کیسان، ۲۰۰۹). با معنیافتن رنج در زندگی، زنان سرپرست خانوار به رنج نگاهی تازه دارند و برای هرچه بهتر زندگی و صبر کردن تلاش می‌کنند، حال آنکه درمان متمرکز بر شفقت تنها موضوعی در بحث تغییر سیستم ذهنی و افزایش عملکرد ذهن همدلانه و مهربان است و بسیاری از معناهای عمیق و فنون پالایشگر و تجربه رابطه درمانی اصیل و بی‌واسطه در خلال درمان گروهی در رویکرد شناختی - وجودی را ندارد. با تجارب سختی که زنان سرپرست خانوار در زندگی پشت سر گذاشته‌اند، ایجاد ذهن مهربان و شکل‌گیری همدلی کار ساده‌ای نیست و در بسیاری موارد، مهربان بودن با افرادی که به ما آسیب می‌زنند یا زده‌اند، امری ناشی از بی-عرضگی و ساده لوحی تلقی می‌شود، لذا این درمان با مقاومت فرهنگی بیشتری نسبت به درمان شناختی - وجودی که ریشه‌های دینی، واقعیت‌مدار و انسانی زیادی دارد، روبرو می‌شود. به دلیل اینکه فرآیند درمان متمرکز بر شفقت تحت تأثیر اسطوره‌های ذهنی همچون اینکه خودت را گول زن و اگر به دیگران رو بدهی پر رو می‌شوند و باید به دیگران فهماند که بی‌عرضه نیستی و... می‌تواند تمامی تأثیر این رویکرد را به حاشیه براند. لذا درمان متمرکز بر شفقت برای عوام اغلب یک درمان فریبنده و نصیحتی به نظر

می‌رسد که از اثربخشی لازم برخوردار نیست و در بسیاری موارد با خصوصیات همچون ابراز وجود در تناقض است.

هر پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است. پژوهش حاضر محدود به جامعه زنان مطلقه سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۱۹ شهر تهران بود که دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بودند، به همین دلیل باید در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط نمود. به دلیل عدم توانایی پژوهشگر در کنترل برخی متغیرهای همزمان فرهنگی و اقتصادی افراد نمونه در گروه‌ها، ممکن است وقایع همزمان با پژوهش نظیر تعارضات با خانواده اصلی و مسائل مربوط به حضانت و ملاقات، نگرانی‌های تربیتی فرزندان و... نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار داده باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی این موارد کنترل و اثر آنها حذف گردد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوشبینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. در گروه‌های بزرگتر امکان‌پذیر و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های مختلف می‌تواند اثربخشی این رویکرد را با سایر رویکردها، مقایسه کرده و تأثیر عواملی چون مهارت و شخصیت درمانگر و فاکتورهای مشترک در تمامی درمان‌ها را کنترل کند. پیشنهاد می‌شود واحدهای توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در جلسات مشاوره فردی و گروهی از درمان شناختی - وجودی و متمرکز بر شفقت در جهت افزایش بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار استفاده نمایند.

منابع

اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا و عسگری، علی (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و

تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۲(۱۲)، ۱۴-۳.

بهمنی، بهمن؛ اسکندری، مهدی؛ حسنی، فریبا؛ دکانه‌ای فرد، فریده و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۲(۲)، ۶۱-۴۸.

بیانی، علی‌اصغر؛ کوچکی، محمدعاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۵۱-۱۴۶.

تقوایی‌نیا، علی و دلاوری‌زاده، سارا (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان بازنشسته سالمند. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۲۴-۱۱۵.

جعفری‌شیرازی، فائزه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بالابردن خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شهرداری شهر تهران در سال ۹۰-۸۹. *پژوهش‌نامه زنان*، ۲(۳)، ۷۰-۴۷.

حسن‌زاده نمین، فرزانه؛ پیمانی، جاوید؛ رنجبری‌پور، طاهره و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه (۱۳۹۸). مدل پیشینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی استرس ادراک شده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۷)، ۵۷۷-۵۶۹.

خضری‌مقدم، نوشیروان؛ وحیدی، سولماز و آشورماهانی، مرجان (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی وجودگرا بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۱)، ۷۳-۶۲.

درگاهی، شهریار؛ محسن‌زاده، فرشاد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی ادارک شده زنان ناباور. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱(۳)، ۵۸-۴۸.

رضاییان، حمید؛ رسولی، رویا؛ عسکریوکی، سمیرا و اصل‌دهقان، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی توانمندسازی روانشناختی بر ارتقای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۴)، ۱۴-۵.

فیروزآبادی، سید احمد و دیباجی‌فروشان، شکوه (۱۳۹۶). نقد سیاست اجتماعی در باب زنان سرپرست خانوار در ایران. *بررسی مسایل اجتماعی ایران*، ۸(۲)، ۵۱-۲۶.

هادیان، صفورا و جبل‌عاملی، شیدا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب. *دانشور پزشکی*، ۲۷(۱۴۰)، ۲۸-۱۹.

- psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532-546.
- Kissane, D.W., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D.M., Patricia Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N., & Snyder, R.D. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), 4255-4260.
- Kissane, D.W. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: The challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology*, 18(1), 1-5.
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 90(3), 432-455.
- Kirby, J. N., Tellegen, C.L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.
- Leaviss, L., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
- Neff, K.D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological wellbeing revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Siedlecki, K.L., Salthouse, T.A., Oishi, S., & Jeswanin, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.
- Scheid, D., & Singh, F. (2019). Can compassion focused therapy enhance dual recovery for veterans? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(3), 329-346.
- Sommers-Spijkerman, M.P.J., Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 101-115.
- Voci, A., Veneziani, C.A., & Fuochi, G. (2019). Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: The role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness*, 10, 339-351.
- Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J.J., & Gomez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions from positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- Walker, M.H. (2015). *The self, social networks and psychological wellbeing*. (dissertation). University of Iowa.
- Yarnell, L.M., Stafford, R.E., Neff, K.D., Reilly, E.D., Knox, M.C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14(5), 499-520.
- Andersen, B., & Rusmassen, P.H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14), 185-196.
- Bahmani, B., Motamed Najjar, M., Sayyah, M., ShafiAbadi, A., & Haddad Kashani, H. (2016). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 219-255.
- Coyne, G. (2003). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology*, 18(3), 127-138.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 43-51.
- Friedman, E.M. (2011). Sleep quality, social well-being, gender, and inflammation: an integrative analysis in a national sample. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231, 23-34.
- Flatø, M., Muttarak, R., & Pelser, A. (2017). Women, weather, and woes: The triangular dynamics of female-headed households, economic vulnerability, and climate variability in South Africa. *World Development*, 90, 41-62.
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M.A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J.P., & Breitbart, W. (2015). A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 13(4), 981-990.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *The CBT distinctive features series. Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gilbert P (2009a). *Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy* In Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician, vol. 2 (ed. Simos G), pp. 205-220 Routledge: East Sussex, UK.
- 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. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 353-379.
- Gurel, N.A. (2009). *Effects of thinking styles and gender on psychological well-being*. (dissertation). Middle East Technical University.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group