

Research Paper



**The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resilience, Emotional Ataxia and Feelings of Loneliness in Female Heads of Households**



Hadis Valizadeh <sup>1</sup>, Vahid Ahmadi <sup>\*2</sup>, Sare Mirshekar <sup>3</sup>

1. PhD student of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
3. Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16248

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.24.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16248)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16248.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16248.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
Compassion-Focused Therapy, Resilience, Emotional ataxia, Feelings of loneliness, Female supervisors

Received: 2022/08/16  
Accepted: 2022/10/18  
Available: 2023/05/21

The aim of the present study was the effectiveness of compassion-focused therapy on resilience, emotional ataxia and feelings of loneliness among female heads of households in Kermanshah. The research design of this study was quasi-experimental in the pre-test and post-test manner with a control group. The statistical population was made up of female heads of households referring to Exir counseling center in Kermanshah. The research sample consisted of 40 female heads of households referring to Exir counseling center in Kermanshah city, which were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group of compassion-focused therapy and the control group did not receive any training. The research tools were resilience questionnaire (Connor & Davidson, 2003), Toronto emotional dyslexia questionnaire (Bagby, Parker & Taylor, 1994) and loneliness questionnaire (Asher, Hymel & Renshaw, 1984). Compassion-Focused therapy was implemented as a group for 8 sessions of 90 minutes and twice a week. Data were analyzed using SPSS version 26 software with a probability value of 0.05. The results showed that compassion-focused therapy compared to the control group, they have been significantly effective on the resilience, emotional ataxia, and loneliness of female heads of households ( $P < 0.05$ ). These results represent new horizons in psychological interventions, and compassion- focused therapy can be used as an effective treatment method to increase resilience and also reduce emotional ataxia and feelings of loneliness among female heads of households.



\* Corresponding Author: Vahid Ahmadi

E-mail: vahid\_ahmadi20@yahoo.com

## مقاله پژوهشی



## اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار



حدیث ولی‌زاده<sup>۱</sup>، وحید احمدی<sup>۲\*</sup>، ساره میرشکار<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16248

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.24.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16248)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16248.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16248.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه بود. طرح تحقیق این پژوهش از نوع شبه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه تشکیل داده بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. بدین صورت از بین کسانی که تمایل به شرکت در مداخله به همراه ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) و پرسشنامه‌ی احساس تنهایی (اشر، هایمل و رنشاو، ۱۹۸۴) بود. درمان مبتنی بر شفقت به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۶ با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار اثربخش بوده‌اند ( $P < 0/05$ ). این نتایج نمایان‌گر افق‌های جدیدی در مداخلات روان‌شناختی است و می‌توان از درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای افزایش تاب‌آوری و همچنین کاهش ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

## کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری، ناگویی هیجانی، احساس تنهایی، زنان سرپرست

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۷/۲۶

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

\* نویسنده مسئول: وحید احمدی

رایانامه: vahid\_ahmadi20@yahoo.com

## مقدمه

زنانی که در نتیجه‌ی طلاق، جدایی، مهاجرت یا بیوه شدن خانواده را اداره کند، زنان سرپرست خانوار<sup>۱</sup> می‌گویند (کوان و کیم،<sup>۲</sup> ۲۰۲۰). زن سرپرست خانوار یک مفهوم جامع است که می‌تواند عدم حضور همسر، حضور همسری که نمی‌تواند مسئولیت تأمین خانواده را بر عهده بگیرد یا یک زن مجرد را شامل شود (فولر و لاین،<sup>۳</sup> ۲۰۲۰). تعداد زنان سرپرست خانوار در نیم قرن اخیر، به ویژه در کشورهای در حال توسعه به طرز چشمگیری افزایش یافته است (نیکنام و عظیمی، ۱۴۰۰). این گروه نزدیک به یک چهارم از خانوارهای جهان را تشکیل می‌دهد (سعیدمنش و مداینی، ۱۳۹۸)، و براساس گزارش سازمان بهداشتی حدود ۹۳۰۰۰ زن بی سرپرست وجود دارد که بهزیستی ۱۱/۷ و کمیته امداد ۸۸/۳ از آنها را تحت حمایت قرار داده است (سهرابی، خانجانی، اعظمی، خانجانی، مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۸). زندگی زنان پس از ترک مرد خانواده غالباً دچار مشکل‌هایی می‌شود، که سبب خستگی جسمی و روانی آنان می‌شود. فقر و ناتوانی و بی‌قدرتی به ویژه در اداره امور اقتصادی خانواده، عزت نفس و سلامت روانی را در این افراد مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلال‌های روانی را فراهم می‌سازد (عزیزمحمدی، راکبی، کامران کوچصفهانی و اسدی، ۱۳۹۸). در این میان، زنانی که دارای مسئولیت‌های اقتصادی و فرهنگی در خانواده بوده و به عبارتی بی‌سرپرست هستند، مسائل بیشتری نیز دارند (گیلن، پانادرو و وازکیوز،<sup>۴</sup> ۲۰۲۱). بنابراین زنان سرپرست خانوار از گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که به دلیل مواجه بودن با وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیت‌های چندگانه، با مشکلات زیادی در رابطه با سلامت روان‌شناختی خود مانند کاهش تاب‌آوری روبه‌رو هستند (فتحی، رهنمو، اسمعیل‌زاده و عباسی، ۱۴۰۰).

تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی پیدا کرده است (سیدان و ضیایی، ۱۳۹۷). تاب‌آوری یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی است (نولت، لاتینگ و دوی،<sup>۵</sup> ۲۰۱۸). تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل روانی فرد در شرایط خطرناک است (حسنی و همکاران، ۱۴۰۰). تاب‌آور بودن به این معنا نیست که افراد از این طریق بتوانند زندگی بدون تجربه استرس و درد را داشته باشند (افتخاری، حیدری و داوودی، ۱۳۹۹). فردی که دارای تاب‌آوری است چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر است (سید جعفری و همکاران، ۱۳۹۹)، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و پس از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد (صدقی، چراغی و ذاکری، ۱۳۹۹). دی فابو و پالازسچی<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) اظهار داشتند که تاب‌آوری نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی افراد دارد. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که ویژگی‌های تاب‌آوری فردی نقش مهمی در کاهش استرس‌های زندگی و

1. Female-headed households
2. Kwon & Kim
3. Fuller & Lain
4. Guillen, Panadero & Vazquez
5. Noullet, Lating & Dewey
6. Di Fabio & Palazzeschi
7. Huber, Navarro, Womble & Mumme
8. Neff & Broady

افزایش هیجانات مثبت دارد (هویر، ناوارو، ومیل و میوم،<sup>۷</sup> ۲۰۱۰؛ و نف و برادی،<sup>۸</sup> ۲۰۱۱). بنابراین فرض بر آن است که تاب‌آوری فردی بتواند در برابر عوامل استرس‌زایی که زنان سرپرست خانواده در زندگی با آنها روبه‌رو هستند به عنوان یک ضربه‌گیر قوی عمل کند و زنانی که از این توانمندی بیشتر بهره‌مند باشند، بهتر می‌توانند در برابر عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کنند (رضایی، دهقانی و حیدری، ۱۳۹۶). به دلیل تغییر نقش و مسئولیت زنان سرپرست خانوار علاوه بر کاهش تاب‌آوری (سعیدمنش و مداینی، ۱۳۹۸)، احتمال وقوع ناگویی هیجانی<sup>۹</sup> در میان این افراد افزایش می‌یابد (قشقایی، دلاور، خلعتبری و شفیع آبادی، ۱۴۰۰).

ناگویی هیجانی عبارت است از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی (شش بلوکی و هارون رشیدی، ۱۴۰۰). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی عواطف مختلف را تجربه و احساس می‌کنند، اما نمی‌توانند احساسات و عواطف خود را بشناسند و از این‌رو نمی‌توانند آنها را ابراز کنند (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). بر اساس رویکرد پارکر و تیلور<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۳)، نقل از قشقایی و همکاران،<sup>۱۱</sup> (۱۴۰۰). می‌توان گفت ناگویی هیجانی به دلیل دشواری در شناسایی، تمایز بین احساسات و آشفتگی هیجانی به علاوه تحریفات شناختی (زبردست و شفیع‌تبار، ۱۳۹۸) و بدتنظیمی هیجانی (صفی‌نژاد و عبداللهی، ۱۳۹۸) در افراد دیده می‌شود، همچنین می‌تواند باعث اختلالات روان تنی (لوپز مونوز و فرناندز،<sup>۱۱</sup> ۲۰۲۰)؛ مشکلات ارتباطی (لی، پلمن اسکات، حبیبی،<sup>۱۲</sup> ۲۰۲۰)؛ ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها شود (همینگ، هاداک، شاو، پرت،<sup>۱۳</sup> ۲۰۱۹)، بر این اساس ناگویی هیجانی سلامت روانی و جسمی زنان سرپرست خانوار را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد (ابید، اکل، حداد، فارز،<sup>۱۴</sup> ۲۰۱۹).

افزون بر این، مشکلات ناشی از نبود همسر یا پدر، موجب افزایش احساس تنهایی<sup>۱۵</sup> در زنان سرپرست خانوار می‌شود (محمدی و قدرتی، ۱۴۰۰). احساس تنهایی حالتی است که در آن فرد فقدان روابط با دیگران را ادراک یا تجربه می‌کند و شامل عناصر اصلی و مهمی مانند احساس نامطلوب فقدان یا از دست دادن همدم، جنبه‌های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگری است (سیاه، بنی سی و محمدی آریا، ۱۴۰۰). احساس تنهایی در واقع، یک شاخص مهم از سلامت روان است که تأثیر گسترده‌ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های روانی و جسمانی دارد، که پیش‌بینی‌کننده افسردگی، کاهش فعالیت جسمی، بدکارکردی در شناخت مانند شروع دمانس و خواب آشفته می‌باشد

9. Alexithymia
10. Parker & Taylor
11. Lopez-Munoz & Fernandez
12. Li, Pollmann-Schult & Habib
13. Hemming, Haddock, Shaw & Pratt
14. Obeid, Akel, Haddad & Farez
15. Feeling lonely

روان بیشتری برخوردار است؛ یعنی فرد با ملایمت، خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتارهای مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بنابراین این درمان می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود (صالحی و سجادیان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر روی بهزیستی روانشناختی (منعمیان و همکاران، ۱۴۰۰)، معنایابی در زندگی (امیری راد، اسلمی و موسوی، ۱۳۹۹)، تنظیم هیجان و استرس ادراک شده (صفری، محمدزاده، احمدی و مامی، ۱۳۹۹)، کنترل خشم و خودکارآمدی (اسلمی، امیری راد و موسوی، ۱۳۹۹)، اعتماد به نفس (حسینی و نیستانک، ۱۳۹۸) و افسردگی (شیرالی نیا، چلداوی و امان الهی، ۱۳۹۷) زنان سرپرست خانوار مورد تایید قرار گرفته است.

با توجه به اهمیت نقش زنان سرپرست خانوار و مواجهه آنان با مشکلات مضاعف، انجام پژوهش‌های در زمینه تلاش برای توانمندسازی آنها ضروری به نظر می‌رسد. 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. لیکن مطالب مطرح شده و ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که به مؤلفه مداخلات درمانی در میان این قشر کمتر پرداخته شده است. همچنین با استناد به پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان مبتنی بر شفقت، نتایج سودمندی در جهت کارایی این درمان برای افراد با مشکلات گوناگون حاصل شده است، و در آخر می‌توان اشاره نمود تاکنون اثربخشی این درمان بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار نگرفته است. از اینرو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه انجام شد. برای این منظور فرضیه‌ای در خصوص تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار مطرح شده است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل<sup>۱۰</sup> بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه تشکیل داده بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از افراد جامعه، که به روش نمونه‌گیری دردسترس با توجه به ملاک ورود به پژوهش (قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، سرپرست خانوار بودن، نداشتن اختلالات شخصیتی و روانشناختی، عدم مصرف مواد یا الکل، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، مایل به همکاری جهت دریافت مداخله درمانی باشند) و ملاک خروج از پژوهش

(کریستیانسن، لارسن و لاسگارد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). درنتیجه، به دلیل پیامدهای منفی احساس تنهایی، بررسی این سازه در زنان سرپرست خانوار لازم و ضروری است. سیاه و همکاران (۱۴۰۰) نیز بر تفاوت میزان احساس تنهایی زنان سرپرست و غیر سرپرست اشاره شده است که زنان سرپرست خانوار بیشتر از زنان عادی احساس تنهایی می‌کنند. همچنین احساس تنهایی با رفتارهای خودمراقبتی (کاظمی، احدی و نجات، ۱۳۹۹)، امید به زندگی (ایزدپناه کاخک، ثمری و تونزنده‌جانی، ۱۳۹۸) و سلامت عمومی (همتی علمدارلو، احمدی و تیموری آسفیچی، ۱۳۹۸) مرتبط است.

برای جلوگیری از تبعات سنگین عملکرد روانشناختی پایین و به دنبال آن مشکلات جسمی و روانی زنان سرپرست خانوار، از روش‌های درمانی متنوعی چون درمان مبتنی بر شفقت استفاده شد (منعمیان، مردانی راد، قنبری پناه و امید، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) مطرح شده است و این درمان شیوه‌های التقاطی است که از روان‌شناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی و همچنین از دیگر الگوهای درمانی با مداخله مؤثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روانی برآمده است (نفا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش 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 می‌شود (ایرونز و لد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). در تمرین‌های شفقت درمانی بر تن آرامی، ذهن آگاهی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴). شفقت بر خود علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد (نفا، رود و کریک پاتریک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). با استناد به مطالعات پژوهشگران پیشین می‌توان اظهار داشت که درمان متمرکز بر شفقت منجر به ثبات و تحمل آشفتگی‌های هیجانی می‌شود (نفا، ۲۰۱۳) و اینکه فردی که شفقت بالایی دارد، هیجانات و خلق مثبت بیشتر و هیجانات منفی کمتری را تجربه می‌کند (سجادیان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). همچنین کسانی که شفقت بالاتری دارند احساس حقارت و تنهایی کمتری نسبت به افراد دیگر دارند (چوی، لی و لی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). در این نوع آموزش از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود؛ سپس عواطف منفی به عواطف مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند؛ بنابراین افرادی که نسبت به خود، شفقت خود بالاتری دارند در تجربه اتفاقات ناخوشایند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (ولی‌زاده، دورتاچی، دلاور و هاجیعلی‌زاده<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸)، که این امر باعث بهبودی احساس تنهایی در میان افراد می‌شود (توحیدی‌فر، کاظمیان‌مقدم و هارون رشیدی، ۱۴۰۰؛ میرمعینی، بیاضی و خلعتبری، ۱۳۹۹). فردی که به درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی

6. Sajjadian
7. Choi, Lee, & Lee
8. Valizadeh, Dortaj, Delavar & Hajjalizadeh
9. Salehi & Sajjadian
10. The pretest-posttest control group design

1. Christiansen, Larsen & Lasgaard
2. Gilbert
3. Neff
4. Irons & Lad
5. Neff, Rude & Kirkpatrick

دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، دریافت خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی از رویکردهای دیگر به طور همزمان، انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر) انتخاب شد (دلور، ۱۳۹۸). پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، در ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و سپس به گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت، طبق جدول ۱ آموزش داده شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد.

#### ابزارها

**پرسشنامه تاب‌آوری:** برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از پرسشنامه کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی (۸ گویه)، تحمل عاطفه منفی (۷ گویه)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۵ گویه)، کنترل (۳ گویه) و تأثیرات معنوی (۲ گونه) است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشه‌باز (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط ولی‌بیگی، محب و عبدی (۱۴۰۰) در بین دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه ناگویی هیجانی:** برای اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) با ۲۰ ماده استفاده شد. پاسخ‌ها روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافق (پاسخ ۵) تا کاملاً مخالف (پاسخ ۱) قرار می‌گیرند. در این مقیاس سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته ۰/۷۷ به دست آمد (بگی، پارکر و تیلور<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ در نسخه فارسی ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۸۷ به دست آمد (بشارت، ۱۳۸۶). روایی همزمان این مقیاس بر اساس همبستگی بین این

آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی توسط بشارت (۱۳۸۶) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی  $r=0/80$  بهزیستی روانشناختی  $r=0/78$  و درماندگی روانشناختی  $r=0/44$  در سطح معنی‌دار  $0/001$  همبستگی معنی‌دار وجود داشت (بشارت، ۱۳۸۶). در پژوهشی که توسط شاه‌سیاه، رضایر میرصالح و صافی (۱۳۹۹) در بین دانش‌آموزان دختر دارای سابقه خودزنی صورت گرفت، پایایی آن را  $0/95$  گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $0/91$  به دست آمد.

**پرسشنامه احساس تنهایی:** در این پژوهش از مقیاس احساس تنهایی آشر، هایمل و رنشاو<sup>۳</sup> (۱۹۸۴) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۸ گویه آن انحرافی بوده و با موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مرتبط است. در نمره‌گذاری از این گویه‌ها استفاده نمی‌شود. هدف از این گویه‌ها این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری گویه‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً همین‌طور است) تا (اصلاً این‌طور نیست) صورت می‌گیرد. با افزایش نمره، احساس تنهایی نیز افزایش می‌یابد. حسین چاری و خیر (۱۳۸۱) روایی آن را با روش تحلیل عاملی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، مناسب به دست آوردند. پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ  $0/81$  به دست آمد. داور پناه (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضریب آلفای  $0/85$  را به دست آورد. معدنی پور، حق رنجبر، کاکوند و ثنایی ذاکر (۱۳۹۰) نیز ضریب پایایی به دست آمده توسط داورپناه را با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲۵ روز، بر روی ۴۱ دانش‌آموز دختر دبیرستانی  $0/94$  گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط نجاریپور استادی، اکبری، خلعتبری و باباپور خیرالدین (۱۳۹۹) در بین دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند صورت گرفت، پایایی آن  $0/76$  گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ  $0/84$  به دست آمد.

#### روش‌ها

**درمان مبتنی بر شفقت:** این شیوه درمانی برگرفته از پروتکل درمانی گیلبرت<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) طراحی شد که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

#### جدول ۱: ساختار محتوای جلسات درمانی مبتنی بر شفقت (گیلبرت،

۲۰۱۴)

جلسه	محتوا
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، برقراری ارتباط اولیه برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون. آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ها و احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن، تمرین واریس بدنی و تنفس، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت.
دوم	

3. Asher, Hymel & Renshaw  
4. Gilbert

1. Connor & Davidson  
2. Bagby, Parker & Taylor

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	آزمایش	۴۶/۱۵۰	۱/۲۶۳	۷۲/۳۵۰	۱/۴۶۰
تاب آوری	کنترل	۴۷/۳۵۰	۰/۹۳۳	۴۹/۲۵۰	۰/۸۵۰
ناگویی	آزمایش	۷۱/۳۵۰	۰/۵۸۷	۴۶/۴۰۰	۱/۱۴۲
هیجانی	کنترل	۷۲/۱۵۰	۰/۸۷۵	۷۱/۳۵۰	۱/۵۳۱
احساس	آزمایش	۶۲/۲۰۰	۱/۴۸۶	۴۳/۹۵۰	۱/۶۳۷
تنهایی	کنترل	۵۸/۳۵۰	۱/۴۶۰	۵۵/۸۰۰	۱/۷۶۵

شاخص‌های توصیفی در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در شرکت‌کننده‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. لذا اطلاعات به‌دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در پس آزمون برای متغیر تاب‌آوری بیشتر و برای متغیرهای ناگویی هیجانی و احساس تنهایی پایین‌تر از پیش‌آزمون و همچنین پس‌آزمون گروه کنترل بوده است که جهت تعیین معنادار بودن تفاوت‌ها نیاز به آزمون‌های آماری مناسب است که در بخش یافته‌های استنباطی به آن پرداخته شد. برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیر وابسته از آزمون M باکس استفاده شد. بر اساس مقدار نتایج به‌دست آمده فرض برابری ماتریس کوواریانس‌ها تأیید شد ( $F=1/543$ ,  $sig=0/160$ ). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. با توجه به سطح معناداری ( $P>0/05$ ) برای همه متغیرها شرط همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون برقرار بود.

جدول ۳: تحلیل مانکوا بر روی متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

آزمون	مقدار	F	سطح معنی-داری	تا	توان آماری
آزمون اثر بیلابی	۰/۹۸۷	۸۱۵/۱۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷	۱
آزمون لاینی و لیکر	۰/۱۰۳	۸۱۵/۱۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷	۱
گروه آزمون اثر همبستگی	۷۴/۱۰۵	۸۱۵/۱۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه	۷۴/۱۰۵	۸۱۵/۱۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷	۱

در تحلیل مانکوا نمره‌های پیش‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش کنترل شد و نمره‌های پس‌آزمون تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد که کنترل نمره‌های پیش‌آزمون معنی‌دار بوده و کنترل به درستی انجام شده است ( $sig>0/05$ ). همچنین طبق نتایج جدول ۳ بین دو گروه کنترل و آزمایش به صورت کلی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P>0/05$ ), همچنین واریانس تفاوت بین دو گروه ۹۸/۷ درصد با توان آماری ۱ بود.

آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب‌گراییه.

ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد باشفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش.

آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری).

تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش‌ها در تردید روزمره برای دوستان و آشنایان.

آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.

جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس‌آزمون.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا برای جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و تکمیل مقیاس‌ها، تعداد ۴۰ نفر از زنان سرپرست خانوار که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و همچنین تمایل به همکاری داشتند، به صورت دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت برابر ۲۰ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، طی ۴ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت که توسط پژوهشگران صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی به عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. به طوری که در سطح توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار و جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف و جهت برقراری تساوی واریانس‌ها از آزمون F لوین استفاده شد. پس از آن داده‌ها با استفاده از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیری با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش  $38/124 \pm 1/204$  و در گروه کنترل  $37/1 \pm 561/473$  بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس در مورد اثر درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۲/۱۰۶	۱	۲/۱۰۶	۲۳۴۰	۰/۱۲۵	۰/۰۶۳
پیش‌آزمون تاب‌آوری	ناگویی هیجانی	۱۰/۱۲۶	۱	۱۰/۱۲۶	۶۶۲۷	۰/۰۵۴	۰/۱۵۹
احساس تنهایی	احساس تنهایی	۰/۰۲۰	۱	۰/۰۲۰	۰/۰۱۰	۰/۹۲۱	۰/۰۰۰
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۹/۰۷۴	۱	۹/۰۷۴	۲/۰۶۸	۰/۰۸۹	۰/۰۸۱
پیش‌آزمون تاب‌آوری	ناگویی هیجانی	۰/۲۷۲	۱	۰/۲۷۲	۰/۱۶۵	۰/۶۸۷	۰/۰۰۵
احساس تنهایی	احساس تنهایی	۱/۶۱۹	۱	۱/۶۱۹	۰/۵۲۱	۰/۴۷۱	۰/۰۱۵
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۰/۱۰۵	۱	۰/۱۰۵	۰/۰۷۹	۰/۷۸۰	۰/۰۰۲
پیش‌آزمون احساس تنهایی	ناگویی هیجانی	۰/۹۰۷	۱	۰/۹۰۷	۰/۵۴۹	۰/۶۶۳	۰/۰۱۵
احساس تنهایی	احساس تنهایی	۲/۷۴۹	۱	۲/۷۴۹	۰/۱۰۵	۰/۳۴۹	۰/۰۲۵
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۱۷۹۶/۰۸	۱	۱۷۹۶/۰۸	۱۲۵۲/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۷۵
گروه	ناگویی هیجانی	۱۹۱/۸۴۲۷	۱	۱۹۱/۸۴۲۷	۱۱۶۲/۴۷۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱
احساس تنهایی	احساس تنهایی	۵۰/۹۴۷۲	۱	۵۰/۹۴۷۲	۱۶۵/۵۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۴۶/۴۷۱	۲۵	۱/۳۲۸			
خطا	ناگویی هیجانی	۵۷/۷۶۰	۲۵	۱/۶۵۰			
احساس تنهایی	احساس تنهایی	۱۰۶/۶۴۳	۲۵	۴/۰۶۷			
تاب‌آوری	تاب‌آوری		۳۰				
مجموع	ناگویی هیجانی		۳۰				
احساس تنهایی	احساس تنهایی		۳۰				

طبق جدول ۴ با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری ( $P=0/000$ ,  $F=1252/116$ )، ناگویی هیجانی ( $P=0/000$ ,  $F=1162/475$ ) و احساس تنهایی ( $P=0/000$ ,  $F=165/551$ ) معنی‌دار است، و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر سه متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شده است. بر اساس اندازه اثر به دست آمده می‌توان گفت میزان تأثیر درمان مبتنی بر شفقت ۰/۹۷۵ برای متغیر تاب‌آوری، ۰/۹۷۱ برای متغیر ناگویی هیجانی و ۰/۸۲۵ برای متغیر احساس تنهایی می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه بود. بر اساس نتایج این پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی در میان زنان سرپرست خانوار تفاوت وجود دارد؛ بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر بهبودی تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه تأثیرگذار است. این یافته‌ها مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری با نتایج پژوهش‌های حسنی و همکاران (۱۴۰۰)، سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار باید

1. Carlyle

اشاره کرد، در این درمان افراد با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و حل مسأله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین این درمان کمک می‌کند تا زنان سرپرست خانوار معیارها و انتظارات شناختی، هیجانی و ارتباطی جدیدی را برای خود تعریف نمایند. این فرایند سبب می‌شود تا آنها سلامت روان و آرامش درونی بیشتری را تجربه نمایند. با بهبود سلامت روان و دستیابی به قدرت حل مسأله، این زنان قدرت تحمل روانی و تاب‌آوری بیشتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این درمان مبتنی بر شفقت یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود (باکر و همکاران، ۲۰۱۹). زیرا شفقت به خود مستلزم آن است که فرد احساسات خود را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخه در خود فرو رفتن می‌شود. بازگویی احساسات نیز تخلیه هیجانی و روانی را برای زنان سرپرست خانوار در پی داشته و باعث می‌شود آنها تاب‌آوری بالاتری را ادراک نمایند.

همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی با نتایج پژوهش‌های شش بلوکی و هارون رشیدی (۱۴۰۰)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۹)، صالحی و سجادیان (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است زنان سرپرست خانوار با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در روبرویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگاران هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازمان‌دهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از ندگی افراد را ارتقا می‌دهد. در همین راستا کارلایل<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) بیان می‌کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل منطقی هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل ناگویی هیجانی این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز فردی از هیجان‌ها خودآگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خود سرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی

نمونه به یکی از روش‌های تصادفی انجام گیرد. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه، همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها، نداشتن مرحله پیگیری طولانی مدت و گردآوری داده‌ها تنها بر اساس ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد. از اینرو، به نظر می‌رسد که در تعمیم نتایج آن باید جوانب احتیاط رعایت شود. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در مورد سایر زنان و به کمک سایر روش‌های درمانی صورت گیرد و به مقایسه این روش‌های درمانی با روش‌های فراشناخت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد. همچنین، جهت سنجش اثر مداخلات درمانی، اجرای پس‌آزمون بعد از گذشت مدت زمان مشخصی از اتمام جلسات مداخله‌ای و آزمون پیگیری شش ماه پس از آن برگزار گردد. بر اساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود برای بهبود تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار از درمان مبتنی بر شفقت استفاده گردد.

### تشکر و سپاسگزاری

از تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش که با صبر و حوصله، ما را در این طرح همراهی کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

### منابع

- اسلمی، الهه؛ امیری راد، ملیحه؛ موسوی، شکوفه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱ (۳۹)، ۴۹-۶۶.
- افتخاری، رامین؛ حیدری، حسن؛ داوودی، حسین. (۱۳۹۹). درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۳ (۶۳)، ۲۴۱۳-۲۴۰۴.
- امیری راد، ملیحه؛ اسلمی، الهه؛ موسوی، شکوفه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۰ (۴۰)، ۷۷-۱۰۲.
- ایزدپناه کاخک، محمدرضا؛ ثمری، علی‌اکبر؛ تونزنده‌جانی، حسن. (۱۳۹۸). بررسی نقش احساس تنهایی و فراهیجان مثبت در پیش‌بینی امید به زندگی مردان سالمند. *روان پرستاری*، ۷ (۴)، ۳۱-۲۵.
- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجریشی، کمیل؛ نور بالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روانشناسی معاصر*، ۱۸ (۲)، ۱۶-۳.
- توحیدی فر، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۱۷)، ۹۷-۱۱۶.
- حسینی، فریبا؛ رضازاده، محمدرضا؛ قنبری پناه، افسانه؛ خوشخبر، عباس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۷ (۳)، ۵۲-۶۴.
- حسین چاری، مسعود؛ خیر، محمد. (۱۳۸۱). بررسی کارایی یک مقیاس برای سنجش احساس تنهایی در دانش‌آموزان دوره راهنمایی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی*، ۱۹ (۱)، ۴۶-۵۹.

هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل ناگویی هیجانی را بهبود بخشد (افتخاری و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. افرادی که شفقت خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه کمتر از ناگویی هیجانی استفاده می‌کنند.

علاوه بر این، از نظر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی با نتایج پژوهش‌های توحیدی فر و همکاران (۱۴۰۰)، میرمعینی و همکاران (۱۳۹۹)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۹)، دشت بزرگی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در این درمان فرد از طریق افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر، منطقی و کاهش اجتناب از تجربیات روانشناختی به طور غیر مستقیم و افزایش آگاهی از وجود آنها با متمرکز کردن توجه بر زمان حال، معنای واقعی زندگی را درک کرده و مراجع می‌آموزد تا خود را از آشفته‌گی‌های ناشی از اجتناب به منظور کاهش تجربیات درونی ناخوشایند رها کند (توحیدی فر و همکاران، ۱۴۰۰)؛ به عبارت دیگر می‌توان مکانیسم اصلی اثربخش بودن این روش درمان را بهبود کنش‌وری از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی دانست، چه از این طریق فرد می‌تواند تا حدودی بر رنج‌ها و افکار مربوط به مشکلات نشأت گرفته از زندگی غلبه کند و خود را برای آینده‌ای مهیا کند که ناشی از درک عمیق معنای زندگی است (گیلبرت، ۲۰۱۴). می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت به زنان سرپرست خانوار گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، پذیرش مشکلات و مصائب، قضاوت نامناسب در باره خود و موقعیت‌هایی که در آن قرار دارد را آموزش می‌دهند. این درمان از طریق افزایش شفقت و مهربانی به خود و پذیرش مشکلات باعث می‌شود که زنان سرپرست خانوار با وجود مشکلات در زندگی خود با صمیمیت بیشتری با دیگران برخورد نمایند، در مواجهه با مشکلات کارآمدی بیشتری از خود نشان دهند و برای حفظ تعادل روانشناختی خود تلاش بیشتری نمایند. بنابراین، افزایش صمیمیت حاصل از درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش حمایت دیگران، ارتقای عزت‌نفس، تسهیل بازخوردهای مثبت اجتماعی، احساس به هم پیوستگی عاطفی و شناختی با دیگران، دستیابی به یک زندگی هدفمند و سهیم شدن در حالات هیجانی دیگران باعث کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار می‌گردد.

پژوهش حاضر بر روی زنان سرپرست خانوار شهر کرمانشاه انجام شده و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. همچنین انتخاب نمونه به صورت غیرتصادفی بوده است که نتایج را با محدودیت روبرو کرده است. برای رفع محدودیت‌ها پیشنهاد می‌گردد، پژوهشی بر روی زنان سرپرست خانوار سایر شهرها انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های آتی انتخاب



- حسینی، سعیده السادات؛ نیستانک، محمد زارع. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست شهر اصفهان. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۱۷ (۱)، ۶۹-۷۷.
- داورپناه، فروزنده. (۱۳۸۳). هنجاریابی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس احساس تنهایی برای دختران ۱۲ تا ۱۸ سال در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸ (۴)، ۷۹-۷۲.
- رضایی، زهرا سادات؛ دهقانی، محسن؛ حیدری، محمود. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر. *خانواده پژوهی*، ۱۳ (۳)، ۴۰۷-۴۲۱.
- زبردست، عدرا؛ شفیع‌ی تبار، مهدیه. (۱۳۹۸). عاطفه مثبت و منفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، و ناگویی هیجانی در دختران مبتلا به سردرد میگرنی. *سلامت روان*، ۶ (۲)، ۱۸۳-۱۸۰.
- سیدی، محسن؛ یمنی، محمد. (۱۳۹۷). پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس راهبردهای مقابله ای و ناگویی هیجانی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴ (۲)، ۱۴۱-۱۲۵.
- سعیدمنش، محسن؛ مدائنی، لیلی. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب و تاب‌آوری زنان افسرده سرپرست خانوار شهر تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹ (۱)، ۵۸-۵۸.
- سهرابی، فرامرز؛ خانجانی، مهدی؛ اعظمی، یوسف؛ خانجانی، اسماعیل؛ مام شریفی، پیمان و فروغی نژاد، الهه. (۱۳۹۸). آموزش برنامه ایمن سازی در مقابل استرس بر سبک مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی سرپرست. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۶ (۴۲)، ۴۳۱-۴۴۳.
- سیاه، علی؛ بنی سی، پری ناز؛ محمدی آریا، علیرضا. (۱۴۰۰). مقایسه سبک های فرزندپروری، احساس تنهایی و مهارت های ارتباطی زنان بی سرپرست و عادی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲ (۲)، ۳۲۲-۳۰۶.
- سید جعفری، جواد؛ برجلی، احمد؛ شرافتی، شاهین؛ پناهی، مهدی؛ دهناشی لاطان، تاجماه؛ عبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۲)، ۹۴۵-۹۵۶.
- سیدان، سید ابوالقاسم؛ ضیایی، سارا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان قربانی خشونت خانگی، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۹ (۱)، ۱۹-۱۲.
- شاه سیاه، نسیم؛ رضایور، میر صالح؛ یاسر، صافی؛ محمد، هادی. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری روابط ذهن آگاهی، خودتعیین‌گری، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در دانش آموزان دختر دارای سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۵ (۶۰)، ۱۶۹-۱۴۹.
- شش بلوکی، فرناز؛ هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷ (۳)، ۱۹۹-۲۱۰.
- شیرالی نیا، خدیجه؛ جلدادی، رحیم؛ امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰ (۱)، ۲۰-۹.
- صدقی، پروین؛ چراغی، ایاذر. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار. *مطالعات زن و خانواده*، ۸ (۱)، ۱۸۷-۱۵۷.
- صفری، عبدالحمید؛ محمدزاده، جهان‌شاه؛ احمدی، وحید؛ مامی، شهرام. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر تنظیم هیجان و استرس ادراک شده زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه خانواده و بهداشت*، ۱۰ (۳)، ۱۸-۱.
- صفا نژاد، عباسعلی؛ عبداللهی، عباس. (۱۳۹۸). رابطه بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۶ (۲۱)، ۹۷-۱۱۲.
- عزیزمحمدی، ساناز؛ راکبی، نازنین؛ کامران کوچصفهانی، سودابه، اسدی، هادی. (۱۳۹۸). نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹ (۱)، ۵۶-۵۶.
- قشقای، فهیمه؛ دلاور، علی؛ خلعتبری، جواد؛ شفیع آبادی، عبدالله. (۱۴۰۰). نقش میانجی ناگویی هیجانی در ارتباط بین راهبردهای مقابله ای با سرمایه های روانشناختی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار: یک مدل معادلات ساختاری. *فصلنامه روانشناسی سلامت و رفتار اجتماعی*، ۱ (۲)، ۴۵-۷۰.
- کاظمی امیرپاشا، احدی حسن؛ نجات، حمید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۶ (۳)، ۴۹-۴۲.
- محمدی، فرناز؛ قدرتی، سیما. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و امیدواری زنان سرپرست خانوار. *پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۹ (۱)، ۱۳۶-۱۰۵.
- محمدی، مسعود؛ جزایری، علیرضا؛ رفیعی، امیرحسین؛ جوکار، بهرام؛ پورشهباز، عباس. (۱۳۸۵). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر. *پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱ (۲)، ۲۲۴-۲۰۳.
- معدنی پور، کبری؛ حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۰). رابطه سبک دل‌بستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در دانش آموزان ۱۲-۹ سال شهر کرج. *سلامت روان شناسی*، ۱ (۱)، ۹۳-۱۱۰.
- منعمیان، گیتا؛ مردانی راد، مژگان؛ قنبری پناه، افسانه؛ امیدی، عبدالله. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹)، ۴۵۲-۴۳۹.
- میرمعینی، پردیس؛ بیاضی، محمد حسین؛ خلعتبری، جواد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکلروزوز. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۲۲ (۴)، ۱۴۵-۱۳۲.
- نجارپور استادی، سعید؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد؛ باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی های هوشمند، *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۶ (۶۲)، ۳۲-۴۵.
- نیکنام، ماندانا؛ عظیمی، مهشید. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله سرمایه روان شناختی لوتانز بر بهزیستی روان شناختی و سخت‌رویی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۹ (۲)، ۶۴۰-۶۱۵.
- اله فتحی، آیت؛ شریفی رهنمو، سعید؛ اسمعیل زاده، محمد؛ عباسی، حسن. (۱۴۰۰). تحلیل کانونی رابطه تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی در زنان بی سرپرست خانواده. *پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۹ (۲)، ۶۶۸-۶۴۱.
- همتی علمدارلو، قربان؛ احمدی، هادی؛ تیموری آسفیچی، محمد مهدی. (۱۳۹۶). نقش احساس تنهایی در پیش‌بینی سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان با ناتوانی‌های عصبی-تحوالی. *فصلنامه مداخله‌های اجتماعی*، ۶ (۴)، ۴۲-۳۳.
- ولی بیگی، میترا؛ محب، نعیمه؛ عبدی، رضا. (۱۴۰۰). تبیین مدل ساختاری روابط بین خوشبینی و تاب‌آوری با بهزیستی روانشناختی بر اساس رضایت از زندگی در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶ (۶۴)، ۱-۱۸.

- Asher, R., Hymel, S., Renshaw, D. (1984). Loneliness in children. *Child development*, 1 (1), 1456-1464.
- Bagby, M., Parker, D., Taylor, J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Choi, M., Lee, D., Lee, K. (2014). The Effect of Self-Compassion on Emotions When Experiencing a Sense of Inferiority across Comparison Situations. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 114 (1), 949-953.
- Christiansen, J., Larsen, B., Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people. *Social Science & Medicine*, 152 (1), 80-86.
- Connor, M., Davidson, R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Di Fabio, A., Palazzeschi, L. (2015). Hedonic and eudaimonic well-being: the role of resilience beyond fluid intelligence and personality traits. *Frontiers in Psychology*, 6 (1), 13-67 .
- Fuller, R., Lain, J. (2020). Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. *Climate and Development*, 12 (5), 420-435.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15 (3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Guillen, I., Panadero, S., Vazquez, J. (2021). Disability, health, and quality of life among homeless women: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91 (4), 569-577.
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., Pratt, D. (2019). Alexithymia and Its Associations with Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Psychiatry*, 11 (1), 1-5.
- Huber, H., Navarro, L., Womble, W., Mumme, L. (2010). Family resilience and midlife marital satisfaction. *The Family Journal*, 18 (2), 136-145.
- Irons, C., Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3 (1), 123-140.
- Kwon, M., Kim, H. (2020). Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18), 2-11.
- Li, j., Ohlbrecht, H., Pollmann-Schult, M. and Habib, E. (2020). Parents' nonstandard work schedules and children's social and emotional wellbeing. *Journal of Family*, 1 (1), 1-27.
- Lopez-Munoz, F., Fernandez, F. (2020). A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Front. Psychiatry*, 31 (1), 1-6.
- Neff, A., & Broady, F. (2011). Stress resilience in early marriage: Can practice make perfect? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (5), 1050-1068.
- Neff, D. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12 (1), 160-176.
- Neff, D., Rude, S., Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41 (1), 908-916.
- Noullet, C.J., Lating, K.M., Dewey, R. (2018). Effect of pastoral crisis intervention training on resilience and compassion fatigue in clergy. *Spirituality in Clinical Practices*, 5(1), 1-10.
- Obeid, S., Akel, M., Haddad, Ch., Farez, S. (2019). Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 7 (1), 53-55.
- Sajjadian, I. (2018). The mediating role of self compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions among female university students. *Positive Psychology*, 4 (3), 13-28.
- Salehi, S., Sajjadian, I. (2018). The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizing, and Self-efficacy of Pain and affect in Women with Musculoskeletal Pain. *J Anesth Pain*, 8 (2), 72-83.
- Valizadeh, M., dortaj, F., delavar, A., Hajjalizadeh, K. (2018). Evaluation of educational package focused on compassion and mindfulness and its impact on self-efficacy activation. *Quarterly of Educational Measurement Allameh Tabatabai University*, 9 (33), 1-30.
- Yu, N., Lau, T., Mak, W., Zhang, J., Lui, W. (2011). Factor Structure and Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (2), 218-224.