مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره پیوسته ۱۶۱، ۱۷ دی ۱۴۰۲ https://doi.org/10.47176/rjms.30.161

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی–رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار

اعظم رهبریان: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

طیبه شریفی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (* نویسنده مسئول) sharifi_ta@yahoo.com

احمد غضنفری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار با انبوهی از مسئولیت‌ها مواجه‌اند که نتیجه آن ایجاد شرایط استرس‌زا و فشار روانی می‌باشد و این فشارهای روانی می‌تواند تاب‌آوری این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی–رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار بود .

روش کار: پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با اجرای پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی ساکن شهرکرد در سال۱۴۰۱ تعداد۶۰ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه گمارش شدند. هر سه گروه قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله توسط پرسشنامه تاب‌آوری کانر–دیویدسون(۲۰۰۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای مداخله مورد نظر قرارگرفتند. در نهایت داده ها توسط تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد، تفاوت میانگین نمره تاب‌آوری درگروه درمان‌های شناختی–رفتاری مثبت نگر (MD =۰/۳۶۳، P=۰/۰۰۰۱) و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی(MD=۰/۵۱۱ ، P=۰/۰۰۰۱) با گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد. همچنین یافته ها حاکی از آن بود که تفاوت میانگین نمره تاب‌آوری در دو گروه آزمایش(MD=۰/۱۴۸ ، P=۰/۰۰۲) نیز تفاوت معنی‌داری باهم دارد. در نهایت نتایج مبین پایداری اثرات دو مداخله در مرحله پیگیری بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، استفاده از این دو مداخله مخصوصاً شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار کاربردی به نظر می رسد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

شفقت درمانی،

ذهن‌آگاهی،

درمان شناختی–رفتاری

مثبت‌نگر،

تاب‌آوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱۰/۱۷

شیوه استناد به این مقاله:

Rahbarian A, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy and Positive Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience of Female-Headed Households. Razi J Med Sci. 2024(7 Jan);30.161.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

Razi Journal of Medical Sciences. 2024(7 Jan);30.161. https://doi.org/10.47176/rjms.30.161

Original Article

Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy and Positive Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience of Female-Headed Households

Azam Rahbarian: PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Tayebeh Sharifi: Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (* Corresponding Author) sharifi_ta@yahoo.com

Ahmad Ghazanfari: Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Abstract

Background & Aims: Resilience is one of the main personality structures and one of the basic psychological resources in facing stress and problems (1). Resilience is a personal characteristic that helps people to cope with the hardships of life, to adapt and make good progress in difficult situations. This feature protects people from the consequences and effects of difficulties and traumatic events (2). The American Psychological Association defines resilience as being able to adapt well during hardships, trauma, threats, or even stressful situations (3). Resilience occurs when people engage in their inner strengths, such as using coping skills and attitudes, and are free from less helpful thoughts and behaviors (4). It is often observed that gender plays a role in resilience. Women are more vulnerable to shocks and stresses than men, and the strategies they use to manage and deal with risk are also different (5). Of course, this vulnerability also exists in female-headed households due to their living conditions; these women are in a situation full of stress, and financial, economic, social and psychological pressure, which disrupts their performance in all aspects, including personal, family, social, and psychological aspects (6). According to research, among the effective interventions to improve resilience, we can mention mindfulness (10,11) and positive cognitive-behavioral therapy (12). Mindfulness is one of the tools to strengthen adaptive coping skills and resilience (4). Among the interventions emanating from the mindfulness approach is Mindfulness-Based Compassion Therapy. Kristin Neff introduces self-compassion as a kind of relationship with oneself, which consists of three components: self-kindness versus self-judgment, common humanity versus isolation, and mindfulness versus over-identification (14). These components interact with each other to create a compassionate frame of mind (15). Many studies have confirmed the relationship between self-compassion and well-being and state that self-compassion, on the one hand, is associated with higher levels of happiness, optimism, life satisfaction, gratitude, and psychological well-being, resilience and motivation (16,17) and on another hand, it is related to lower levels of depression, anxiety, stress, rumination, shame and fear of failure (18,19). In addition, one of the other interventions used to improve resilience is positive cognitive-behavioral therapy, which is based on the strengths of people and their resources, and is the main factor in helping to create change. One of the most important goals of this intervention is to improve self-efficacy, well-being, quality of life and resilience of people. Finally, this intervention helps therapists to increase and improve resilience by increasing the self-efficacy and self-respect of patients (21). Due to the importance of resilience in the ability to create immunity against problems and traumatic events and the lack of researches regarding the effectiveness of the above interventions in the community of female-headed households, the researcher was prompted to investigate and compare the effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the resilience of female-headed households in Shahrekord.

Keywords
Compassion Therapy, Mindfulness, Positive Cognitive-Behavioral Therapy, Resilience

Received: 05/08/2023

Published: 07/01/2024

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

Methods: The study was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design. The statistical population consisted of female-headed households in Shahrekord in 1401. 60 female-headed households were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 persons in each group). The informed consent to attend psychotherapy sessions and not participating in other therapeutic interventions at the same time were the criteria for entering the research, as well as having the absence of more than 2 sessions during the intervention and the occurrence of any disorder in the time of participation in the interventions were the criteria for leaving the research. Then experimental groups were treated with mindfulness-based compassion therapy and positive cognitive-behavioral therapy for 8 sessions of 120 minutes. Each group was assessed before, after, and 3 months later the interventions with the Connor-Davidson Resilience Scale. The data were analyzed using repeated measures Analysis of variance.

Results: The results showed that at one time, at least one of the interventions had an effect on the resilience score and explained 40% of the variance of the resilience score. Also, the results showed that at least one of the interventions in one of the groups affected the resilience score in the post-test and 73.5% of the variance of the resilience score is explained by the interventions. Also, the difference between the mean of the pre-test and post-test and the difference between the mean of the pre-test and follow-up was significant, but the result of the post-test and follow-up was not significant, which indicates that positive cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based compassion therapy had a significant effect on resilience in the post-test and their effect was continuous in the follow-up.

Conclusion: According to the findings, both mindfulness-based compassion therapy and positive cognitive-behavioral therapy are suitable options for increasing the resilience of female-headed households. Mindfulness makes a person understand that negative emotions may happen, but they are not a permanent element of personality. In this situation, instead of an involuntary response, a person responds to events with more thought and reflection. This increases the ability to observe states such as anxiety and, instead of automatic behavior patterns, enables a person to manage existing conditions and reduces stress and increases psychological well-being. The result of this process is increasing the ability to consciously face the problem and resilience and endurance in dealing with difficult situations, which leads to the relaxation of the person and finding a logical solution to the problem (10). Also, compassion helps female-headed households to experience less psychological distress and adapt to difficult conditions and show greater resilience (24). In explaining the effect of positive-cognitive therapy on resilience in female-headed households, it can be said that this intervention can overcome the lack of adaptive and problem-solving skills by using short-term solution-oriented approach techniques. In other words, because positive-cognitive therapy is a solution-oriented therapy, it can solve problems with its techniques. This intervention increases the person's adaptation to stressful situations so that he will be able to better adapt to adverse life events. Under this intervention, people do not lose their hope after experiencing failure and have better control over negative emotions such as sadness, fear, and anger, which strengthens the individual's resilience (21).

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Rahbarian A, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion Therapy and Positive Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience of Female-Headed Households. Razi J Med Sci. 2024(7 Jan);30.161.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

مقدمه

تاب‌آوری یکی از سازه های اصلی شخصیت و از منابع روانشناختی اساسی در رویارویی با استرس و مشکلات است (۱). تاب‌آوری یک ویژگی فردی است که به اشخاص در مقابله با مشقت‌های زندگی کمک می‌کند تا در شرایط دشوار، سازگاری و پیشرفت خوبی کسب نمایند. این ویژگی اشخاص را در مقابل پیامدها و اثرات دشواری‌ها و حوادث آسیب‌زا مصون نگاه می‌دارد (۲). انجمن روانشناسی آمریکا، تاب‌آوری را به صورت سازگاری خوب در هنگام مشقت‌ها، ضربه و آسیب روحی، فاجعه، تهدید یا حتی وضعیت‌های استرس‌زا، تعریف می‌کند (۳). تاب‌آوری زمانی به وجود می‌آید که افراد درگیر قدرت های درونی خود مانند استفاده از مهارت‌ها و نگرش‌های مقابله‌ای می‌باشند و از افکار و رفتارهای کمتر مفید رها هستند (۴). غالباً مشاهده می شود که جنسیت در میزان تاب‌آوری نقش دارد. میزان آسیب‌پذیری زنان نسبت به مردان در مواجهه با شوک‌ها و استرس‌ها بیشتر و همچنین استراتژی‌هایی که جهت مدیریت و مقابله با خطر استفاده می‌کنند، متفاوت است(۵). این آسیب پذیری در زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط زندگی آنان نیز مطرح است؛ زیرا این زنان در فضایی پر از استرس، فشار مالی و اقتصادی و اجتماعی و روانی قرار دارند که عملکرد فرد را از جنبه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی، روان‌شناختی مختل می‌نماید (۶). طبق پژوهش‌های صورت گرفته ازجمله درمان‌های مختلف برای بهبود میزان تاب‌آوری می‌توان به معنویت درمانی(۷)، درمان پذیرش و تعهد(۸)، لوگوتراپی (۹) ،ذهن آگاهی (۱۱،۱۰) و درمان شناختی رفتاری مثبت نگر(۱۲)و... اشاره کرد. ذهن‌آگاهی یکی از ابزارهای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای سازگار و تاب‌آوری است(۴). ازجمله مداخلات منبعث شده از رویکرد ذهن‌آگاهی، شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شفقت عبارت است از حساسیت و توجه به رنج کشیدن خود یا دیگران همراه با تعهد به تلاش در جهت تقلیل یا جلوگیری از آن رنج (۱۳).کریستین نف خود شفقتی را به‌عنوان نوعی ارتباط فرد با خود معرفی می کند که از سه مؤلفه: مهربانی با خود در مقابل خود قضاوتی، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل شناسایی بیش‌ازحد تشکیل‌شده است (۱۴). این مؤلفه‌ها با یکدیگر ترکیب می‌شوند و برای ایجاد یک چارچوب ذهنی توأم با شفقت و دلسوزانه با یکدیگر تعامل دارند (۱۵). پژوهش‌های زیادی پیوند بین شفقت به خود و بهزیستی را تأیید نموده و بیان می‌کنند که خودشفقتی از یک‌سو با سطوح بالاتری از شادی، خوش‌بینی، رضایت از زندگی، قدردانی و انگیزه همراه است (۱۷،۱۶) و از سوی دیگر با سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب، استرس، نشخوار فکری، شرم و ترس از شکست در ارتباط است (۱۹،۱۸). نتایج پژوهش خسرو بیگی و همکاران نشان داد که که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش ناامیدی دارد (۲۰) .

نتایج پژوهش صدقی و چراغی (۱۰) نشان داده است که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار را افزایش دهد. همچنین یافته‌های فتاحی و همکاران (۱۱) حاکی از این بود که آموزش ذهن‌آگاهی در گروه مادرانی که فرزند مبتلا به اختلال یادگیری دارند می‌توانند در افزایش تاب‌آوری و شادکامی این مادران اثربخش باشد.

افزون بر این از دیگر درمانهای استفاده شده برای بهبود تاب‌آوری، درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر است که بر جنبه‌های قوت افراد یعنی توانایی‌ها و منابع آنان استوار است و اصلی‌ترین عامل در یاری‌رسانی به ایجاد تغییر است. از مهم‌ترین اهداف این درمان ارتقا و پیشرفت خودکارآمدی، بهزیستی و کیفیت زندگی و همچنین تاب‌آوری طولانی‌مدت است که متمرکز بر توانمندی‌های فردی و توانمندی‌های سازش یافتگی و حس خودکارآمدی بیشتر افراد است و این نقاط قوت، توانایی‌ها و انعطاف‌پذیری افراد است که موجب تغییر می‌شود و به درمانگران در ارتقا بخشیدن و بهبود تاب‌آوری طولانی‌مدت از طریق افزایش خودکارآمدی و حرمت نفس بیماران کمک می‌نمایند (۲۱). نتایج پژوهش صالحی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیر بالینی نشان داد که نمرات درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر در هر دو متغیر مذکور در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

هیجان به‌طور معناداری بیشتر بوده است (۱۲). پژوهش بیگی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و عزت‌نفس نوجوانان دارای علائم افسردگی نشان داد، امتیازات تاب‌آوری افراد در گروه مداخله به‌مراتب بالاتر از گروه گواه بوده است (۲۲). نتایج پژوهش‌ها تأییدکننده اثربخشی مداخلات فوق بر بهبود تاب‌آوری می باشند؛ اما اینکه کدام درمان اثربخش‌تر است مشخص نیست. همچنین تاکنون اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار بررسی نشده و اثربخشی شفقت‌درمانی و ذهن‌آگاهی نیز بصورت جداگانه بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار بررسی شده و به نظر می رسد تلفیق این دو درمان نیاز به بررسی بیشتری دارد.

مطابق آمارمنتشر شده توسط مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت کار،تعاون و رفاه اجتماعی پدیده رو به افزایش خانوارهای زن سرپرست در ایران همسو با میانگین جهانی در حال افزایش است(۲۳)؛ لذا لازم است سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های ویژه‌ای در خصوص کاهش و تعدیل آثار سوء و پیامدهای نامطلوب رخداد این پدیده‌اجتماعی و همچنین افزایش و بهبود سرمایه‌های روانشناختی از جمله تاب‌آوری این گروه از زنان پایه ریزی شود. با توجه به پیشینه، مبانی نظری و جدید بودن دو درمان فوق و از طرفی کمبود پژوهش‌ها در خصوص اثربخشی این دو مداخله ، سبب شد تا پژوهشگر به‌طور اختصاصی به بررسی و مقایسه همزمان اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار بپردازد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون – پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۸۲۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرکرد در سال ۱۴۰۱ بود. در ابتدا تعداد ۵۰۰ پرسشنامه تاب‌آوری به مراکز مثبت زندگی وابسته به سازمان بهزیستی در شهرکرد تحویل داده شد که نهایتاً ۲۸۸ فقره تکمیل و در اختیار محقق قرار گرفت. از بین پرسشنامه‌ها تعداد ۶۰ نفرآزمودنی که نمره تاب‌آوری پایین‌تری داشتند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و پس از اخذ رضایت آگاهانه و دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد واحد شهرکرد به

جدول ۱- پروتکل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پروتکل درمان شناختی -رفتاری مثبت‌نگر

جلسات	پروتکل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	پروتکل درمان شناختی _رفتاری مثبت‌نگر
جلسه ۱	خوشامدگویی، معرفی اعضا و روانشناس، بیان انتظارات و اهداف محقق و گروه،آشنایی مفاهیم شفقت‌ورزی به خود و ذهن‌آگاهی، بحث در مورد سوءبرداشت‌های رایج درباره شفقت به خود، انجام تمرین (آرام نشستن، لمس تسکین‌دهنده و تفریح شفقت خود)، دادن تکالیف خانگی	خوشامدگویی، آشنایی با اعضا گروه و روانشناس، ایجاد رابطه درمانی با هر یک از مراجعین و اینکه هر یک مشغول چه‌کاری هستند، بیان اهداف و انتظارات گروه، توضیح منطق درمان شناختی رفتاری مثبت نگر، سؤالاتی درباره تغییرات قبل از شروع درمان و پرسیدن اهداف مراجعین، تکالیف خانگی (مشاهده اتفاقات روزانه و یا انتظار چه اتفاقاتی رادارند، چه چیزهایی نیاز به تغییر ندارد و بحث و تفکر در مورد بهترین خود ممکن)
جلسه ۲	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، انجام تنفس مهربانانه،تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین کف پا، آرام نشستن) توضیحات در مورد جنبه مقاومت در ذهن‌آگاهی و پریشانی موجود در حین شفقت‌ورزی به خود و نحوه برخورد با این پریشانی‌ها،تمرین و آموزش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در زندگی روزانه، تمرین سنگ اینجا و اکنون، دادن تکالیف خانگی (تنفس مهربانانه، ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در زندگی، سنگ اینجا و اکنون)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بحث در مورد اهداف مراجعین، گفتگو در مورد موفقیت‌های قبلی مراجعین،توضیحات لازم در مورد دقت نظر مراجعین در مورد استثناها،گفتگو و کنکاش در مورد نقاط مثبت هر مراجع،کالیف خانگی (تهیه فهرستی از بهترین لحظات و لیست حامیان برای کمک به مراجعین دررسیدن به اهدافشان)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

جدول ۱– ادامه

جلسات	پروتکل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	پروتکل درمان شناختی _رفتاری مثبت‌نگر
جلسه ۳	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل،انجام تنفس مهربانانه، تمرین مهربانی صمیمانه، بیان تفاوت مهربانی صمیمانه و شفقت، تمرین کلاسی (بیدار کردن قلب‌هایمان، آرام نشستن، مهربانی صمیمانه نسبت به فردی عزیز، یافتن عبارات مهربانی صمیمانه)،تکالیف خانگی (مهربانی صمیمانه نسبت به فردی عزیز، یافتن عبارات مهربانی صمیمانه)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، گفتگو در مورد کارهای خوب انجام‌شده روزانه توسط مراجعین،گفتگو در مورد یافته‌های مراجعین در خصوص نقاط قوت شخصیتشان،بحث و گفتگو در مورد پنج فقره از بهترین تجربیات مراجعین برای بهتر زیستن، تمرین خانگی (دورنمای خودمثبت)
جلسه ۴	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، مدیتیشن مهربانی صمیمانه نسبت به خودمان، مرور مراحل پیشرفت در آموزش شفقت به خود،بیان مطالبی در خصوص خود انتقادگری و احساس امنیت، تمرین کلاسی (انگیزه دادن به خود با شفقت، نامه مشفقانه به خودم) تکالیف خانگی (مهربانی صمیمانه نسبت به خودمان و نوشتن نامه مشفقانه به خودمان)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل،توضیح مفهوم لحظات درخشان و شفقت به خود و تمرین کلاسی،تکالیف خانگی (نامه‌ای از آینده به شما)
جلسه ۵	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، مدیتیشن ابراز و دریافت شفقت،توضیح مطالبی در باب عمیقاً زندگی کردن و ارزش‌های اصلی به شرکت‌کنندگان، تمرین کلاسی (کشف ارزش‌های اصلی خود، زندگی با یک تعهد، آرام نشستن) آموزش گوش دادن همراه با شفقت، تمرین (گوش دادن مشفقانه) تکالیف خانگی (ابراز و دریافت شفقت، زندگی با یک تعهد و گوش دادن مشفقانه)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بررسی نظرات مراجعین در خصوص درمان، گفتگو در مورد دورنمای خودمثبت،گفتگو در خصوص یافته‌های مراجعین در مورد باورها و طرح‌واره‌های مفیدشان، اجرا پیکان رو به بالا برای بعضی از مراجعین،انجام تمرین روش تفکر خوش‌بینانه،تکالیف خانگی (تمرین لحظات بهتر، تمرین تفکر خوش‌بینانه به‌صورت روزانه)
جلسه ۶	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آشنایی با جلسه کناره‌گیری،تمرین کلاسی کناره‌گیری (اسکن مشفقانه بدن، راه رفتن حسی و لذت‌بخش، استقرار، حس کردن طعم غذا، راه رفتن مشفقانه، تمرین کف پا، مهربانی صمیمانه نسبت به خود، ابراز و دریافت شفقت، بیرون آمدن از سکوت)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد معنای زندگی هر یک از مراجعین و ۵ فقره ترجیح مراجعین برای ساختن دنیای بهتر،توضیح نوع‌دوستی و اعمال محبت‌آمیز، تمرین اعمال محبت‌آمیز،تمرین قدردانی در چهار مرحله و تمرین نگارش نامه سپاسگزاری،تکالیف خانگی (ثبت لحظات بهتر روزانه، انجام ۵ عمل محبت‌آمیز در طول هفته، تمرین قدردانی و نگارش نامه سپاسگزاری)
جلسه ۷	بررسی تکالیف خانگی، مدیتیشن مهربانی صمیمانه نسبت به خودمان،توضیح نحوه مواجهه با هیجانات دردناک،تمرین آرام نشستن، بیان مفهوم شرم و منابع شرم و احساسات مرتبط و باورهای هسته‌ای، تمرین کلاسی کار بااحساس شرم، تکالیف خانگی (کار با هیجانات دردناک، کار بااحساس شرم)	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد حفظ رفتار،تکالیف خانگی (ثبت لحظات بهتر روزانه، نوشتن نامه سپاسگزاری و خواندن آن برای سایر مراجعین)
جلسه ۸	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، مدیتیشن دوست مشفق، بررسی روابط چالش‌برانگیز،تمرین کلاسی (رفع نیازهای برآورده نشده و حرکت طنز، آرام نشستن)، توضیح مطالب در خصوص درد ناشی از رابطه و فرسودگی ناشی از مراقبت، تمرین کلاسی (تفریح شفقت خود در روابط، شفقت همراه با تعادل)، تکالیف خانگی	برسی تکالیف خانگی جلسه قبل،تمرین گروهی جعبه تعارف و خواندن آن‌ها،برگزاری جشن موفقیت مراجعین،تکالیف خانگی (ادامه نوشتن لحظات بهتر روزانه)

شماره IR.IAU.SHK.REC.1401.092 به‌طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارش شدند. رضایت آگاهانه جهت حضور در جلسات روان‌درمانی و عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات درمانی به‌عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و همچنین داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه در طول دوره درمان و تشدید یا بروز هرگونه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

اختلال در صورت شرکت در مداخلات به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش بود. سپس، دو گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت و بعد از پایان مداخلات از هر سه گروه پس‌آزمون و سه ماه پس از آن یک آزمون پیگیری اخذ گردید.در این پژوهش از پروتکل شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از گرمر و نف(۲۴) و پروتکل درمان شناختی-رفتاری مثبت نگر اقتباس از بننینک (۲۵) استفاده شد (جدول ۱).

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۵ گویه است که میزان تاب‌آوری فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون با بررسی و مرور ادبیات ۱۲ ساله (۱۹۹۱-۱۹۷۹) تدوین شد. پرسشنامه دارای ۵ عامل و یک نمره کلی است. عوامل عبارتاند از: سرسختی و توانایی فردی (۲۵- ۲۴- ۲۳- ۱۷- ۱۶- ۱۲- ۱۱- ۱۰)، تحمل عوامل منفی (۲۰- ۱۹- ۱۸- ۱۵- ۱۴- ۷- ۶)، پذیرش مثبت تغییرات (۸- ۵- ۴- ۲- ۱)، گواه (۲۲- ۲۱- ۱۳) و مذهب (۹-۳) و یک نمره کلی است. نمره‌گذاری ۲۵ گویه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً نادرست=۰ تا همیشه درست= ۴ است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده و جهت روان‌سنجی، پژوهشی روی ۷۱۸ مرد ۲۵ -۱۸ ساله در گروه‌های سالم و سوءمصرف کننده مواد مخدر انجام داده است(۲۶).

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آمار و اطلاعات در دو سطح آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی نیز با رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (طرح آمیخته) برای بررسی فرضیات پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس نتایج سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلک برای تمام گروه ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از ۰/۰۵ بیشتر بود که این مطلب مؤید فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله موردنظر است. به‌منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در مراحل پیش‌آزمون(F=۱/۶۹۵، p=۰/۱۹۳) ، پس‌آزمون (F=۰/۶۶۰ ، p=۰/۵۲۱) و پیگیری(p=۰/۱۸۸ ، F=۱/۷۱۹) بود که مؤید فرض صفر مبنی بر برابری واریانس‌های خطا در سه گروه موردپژوهش است. جهت بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون موخلی(p=۰/۹۰۸ ، Muchly=۰/۹۹۷) استفاده شد. بر

جدول ۲- خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع	آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان*گروه	اثر پیلای	۰/۶۶۳	۱۴/۱۳۳	۴	۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۳۳۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵۸	۱۸/۸۰۳	۴	۱۱۲	۰/۰۰۰	۰/۴۰۲	۱
	اثر هتلینگ	۱/۷۳۶	۲۳/۸۶۵	۴	۱۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۵	۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۰۱	۴۸/۴۸۶	۲	۵۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۰	۱
تاب‌آوری*گروه	اثر پیلای	۰/۷۳۵	۷۷/۵۹۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۶۵	۷۷/۵۹۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	۱
	اثر هتلینگ	۲/۷۷۱	۷۷/۵۹۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۷۷۱	۷۷/۵۹۸	۲	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	۱

p<۰/۰۵

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مقایسه زوجی میانگین تاب‌آوری در گروه‌ها

		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۴۱۹*	۰/۰۴۰	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۵*	۰/۰۴۲	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۴۶	۰/۰۴۱	۰/۲۶۹
درمان شناختی– رفتاری مثبت نگر	شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۱۴۸*	۰/۰۴۲	۰/۰۰۲
درمان شناختی– رفتاری مثبت نگر	گواه	۰/۳۶۳*	۰/۰۴۲	۰/۰۰۰
شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۰/۵۱۱*	۰/۰۴۲	۰/۰۰۰

*p<۰/۰۵

جدول ٤- نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه تاب‌آوری به تفکیک سه گروه در مراحل پژوهش

مرحله	مقایسه	آماره	معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	شناختی–رفتاری مثبت نگر با گواه	۰/۰۴۸	۰/۴۹۸	۰/۰۰۸
	شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گواه	-۰/۰۵۲	۰/۴۶۳	۰/۰۰۹
پس‌آزمون	شناختی–رفتاری مثبت نگر با گواه	*۰/۵۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۵۲
	شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گواه	*۰/۷۹۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۶
پیگیری	شناختی–رفتاری مثبت نگر با گواه	*۰/۴۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱
	شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گواه	*۰/۷۹۰	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶

*p<۰/۰۵

اساس نتایج چون سطح معنی‌داری در آزمون کرویت موخلی بالاتر از ۰/۰۵ شد لذا از آزمون فرض کرویت برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

نتیجه آزمون ام. باکس(P=۰/۵۴۰ ، F=۰/۹۰۶، Box,s M=۱۱/۷۷۳) بیانگر برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیر وابسته تاب‌آوری در بین گروه‌های مختلف بود.

مطابق با جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در یکی از زمانها، حداقل یکی از مداخله ها بر نمره تاب‌آوری تأثیر داشته‌است و ۴۰درصد واریانس نمره تاب‌آوری را تبیین می‌کند. همچنین نتایج مبین آن بود که حداقل یکی از مداخله ها در یکی از گروه ها بر نمره تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون تأثیرگذا شته و ۷۳/۵ در صد واریانس نمره تاب‌آوری را مداخله‌ها تبیین می‌کند. با توجه به نتایج فوق، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار تأیید شد.

با توجه به نتایج جدول ۳ تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) معنادار بود ولی نتیجه پس‌آزمون با پیگیری (اثر ثبات مداخله) معنادار نبود که این نتیجه بیانگر آن است که درمان شناختی –رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری بر تاب‌آوری داشته و تأثیر آن‌ها در مرحله پیگیری متداوم بوده است. عدم معناداری تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیگیری مؤید این مطلب است که اثر درمان‌ها در طول زمان پایدار بوده است.همچنین با توجه به نتایج جدول فوق درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده‌اند. نکته قابل‌تأمل این است که میانگین نمره تاب‌آوری در دو گروه آزمایش نیز تفاوت معنی‌داری باهم داشت.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان داد که دو گروه درمان شناختی -رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری با گروه گواه نداشت (P>۰/۰۵)؛ اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره تاب‌آوری گروه گواه به‌طور معنی‌داری از گروه‌های درمان شناختی- رفتاری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

مثبت‌نگر (P<۰/۰۰۱) و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (P<۰/۰۰۱) کمتر بود. میزان تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پس‌آزمون بر تاب‌آوری به ترتیب ۰/۵۵۲ و ۰/۶۹۶ به دست آمد. همچنین تأثیر دو روش درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار بود و میزان تأثیر آن‌ها به ترتیب ۰/۴۰۱ و ۰/۶۶۶ به دست آمد.

بحث

در این پژوهش، به بررسی تفاوت اثربخشی و پایداری اثر دو مداخله شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در شهرکرد پرداخته شد که با توجه به یافته ها اثربخشی مداخله‌ها ازلحاظ آماری معنادار و فرضیه پژوهش اثبات گردید. نتایج نشان داد که پس از مداخله ۸ جلسه‌ای، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه و همچنین بین دو گروه آزمایش در تاب‌آوری نمونه موردبررسی وجود دارد.

یافته های این پژوهش مطابق با نتایج مطالعات پیشین (۱۰،۱۱،۱۴،۲۶،۲۷) است. نتایج پژوهش خسرو بیگی و همکاران که به بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر ناامیدی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به سرطان پرداخته بودند، نشان داد که آموزش شفقت به خود تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش ناامیدی دارد(۲۰) .در تبیین تأثیر شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و همچنین اثربخشی بیشتر آن نسبت به درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر می‌توان به این نکته اشاره کرد که ذهن‌آگاهی با کمک فنونی از قبیل مثبت‌اندیشی، مراقبه، خودآرامی، پذیرش بدون قضاوت، خودبهشیاری موجب تنظیم هیجانات و بهبود حالات روان‌شناختی افراد می‌شود که درنتیجه میزان تاب‌آوری را افزایش می‌دهد (۱۱). ذهن‌آگاهی موجب می‌شود تا فرد به این درک برسد که هیجانات منفی ممکن است اتفاق بیفتند ولی عنصر دائمی شخصیت نیستند. در این شرایط فرد به‌جای پاسخ غیرارادی به اتفاقات با تفکر و تأمل بیشتری پاسخ می‌دهد. این امر موجب می‌شود توانایی مشاهده نمودن حالت‌هایی مانند اضطراب بیشتر شود و در عوض الگوهای رفتاری خودکار، فرد را قادر می‌سازد تا با درک حضور در زمان جاری با همراهی هیجان‌ها و عدم قضاوت، شرایط موجود را مدیریت نماید و استرس را کاهش و بهزیستی روان شناختی را افزایش می‌دهد. نتیجه چنین فرایندی افزایش توانایی مواجهه آگاهانه با مسئله و تاب‌آوری و استقامت در مقابله با شرایط مشقت‌بار است که منجر به آرامش فرد و یافتن راه‌حلی منطقی برای مسئله می‌شود (۱۰). لذا این رویکرد با بالا بردن میزان آگاهی شخص از تجربه‌های لحظه جاری و بازگرداندن تمرکز بر سیستم شناختی و تفسیر کارآمدتر اطلاعات، از میزان نگرانی، اضطراب و برانگیختگی فیزیولوژی می‌کاهد که منجر به افزایش توان مقابله و تاب‌آوری می‌گردد (۲۸). شفقت ورزی به افراد کمک می‌کند تا پریشانی روان‌شناختی کمتری تجربه نمایند و با شرایط سخت سازگاری بیشتری نموده و تاب‌آوری بالاتری بروز دهند. همچنین خود شفقتی با تحریک عصب واگ، از طریق فرونشانی فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم پاراسمپاتیک واکنش‌های تهدید به استرس را کم می‌کند. برای نمونه در هنگام دریافت شفقت، سطح کورتیزول بزاقی کم می‌شود و تغییرپذیری ضربان قلب افزایش می‌یابد که خود این فرایندها بر تاب‌آوری افراد بسیار مؤثر است (۲۴).

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری تأثیر معناداری دارد. این یافته همسو با پژوهش‌های (۱۲،۲۲) است در پژوهش صالحی و همکاران که به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر مبتلا به افسردگی غیر بالینی پرداخته بود، نتایج نشان داد که نمرات درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر در هر دو متغیر مذکور در مقایسه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌طور معناداری بیشتر بوده است (۱۲). در تبیین تأثیر درمان-شناختی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

مثبت‌نگر بر تاب‌آوری در زنان سرپرست خانوار می‌توان گفت، این درمان با استفاده از تکنیک های رویکرد راه حل محور کوتاه مدت و تمرکز بیشتر بر راه‌حل‌های روبرو شدن با مشکلات، می تواند بر فقدان مهارت‌های انطباقی و حل مسأله فایق آید. به عبارتی درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر به دلیل اینکه درمانی راه‌حل محور است، قادراست این نقصانها را با فنون خود رفع نماید.این مداخله سازگاری فرد را با وضعیت‌ها استرس‌آور بیشتر نموده به‌طوری‌که وی قادر خواهد بود تا با تحولات نامطلوب زندگی بهتر سازش نماید و توان بازگشت به حالت اولیه بعد از عبور از مشکلات داشته باشد. تحت این درمان، افراد امید خود را با تجربه شکست از دست نداده و کنترلی بهتری بر احساسات نامطلوبی مانند غم و ترس و خشم دارند که سبب تقویت تاب‌آوری فرد می‌شود (۲۱).

نتایج پژوهش نشان‌داد که علاوه بر اثربخشی هر دو مداخله بر تاب‌آوری، شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ازاثربخشی بالاتری نیز برخورداراست. بنابراین مراکز مشاوره و روان‌درمانی و همچنین سازمان‌های حامی زنان سرپرست خانوار (کمیته امداد و سازمان بهزیستی) می توانند از نتایج این پژوهش، بالاخص از شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش میزان تاب‌آوری این گروه از زنان بهره‌جویند

در خصوص محدودیت این پژوهش که به بررسی زنان سرپرست خانوار در شهرکرد پرداخته است باید در تعمیم آن به شهرهای دیگر و با توجه به داشتن ویژگیهای فردی متفاوت، جانب احتیاط رعایت گردد. لذا پیشنهاد می گردد که پژوهشگران در مطالعات خود به بررسی تأثیر مداخلات فوق بر ویژگی‌های روان شناختی مورد بررسی در جوامع آماری دیگر علی الخصوص مردان نیز بپردازند، تا بتوان با مقایسه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان هر دو جنس، راهکارهای درمانی متناسبی ارائه نمود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر و شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش میزان تاب‌آوری تأثیر معناداری داشتند و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر دارد.

تقدیر و تشکر

از سازمان بهزیستی چهارمحال و بختیاری و کلیه شرکت کنندگان که در به ثمر رسیدن این پژوهش به ما یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Jazayeri M, Vatan Khah H R, Badiei M M. [The relationship between defense styles and early maladaptive schemas with resilience in boy students of high school in Tehran city]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;8(30):7-16. (Persian)
2. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti T L, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. J Pers Soc Psychol. 2006 Oct;91(4):730.
3. Bijaeyeh JS, Majdi MA, Ghamari M, Aghdam G F. [The Effectiveness of the Self-Compassion Training on Life Satisfaction and Resilience in the Elderly Women]. Aging Psychol. 2021 Mar 1;7(1). (Persian)
4. Egan H, O'Hara M, Cook E, Mantzios E. Mindfulness, self-compassion, resiliency and wellbeing in higher education: a recipe to increase academic performance. J Further High Educ. 2021:1-12.
5. Fuller R, Lain J. Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. Climate Dev. 2020 May 27;12(5):420-35.
6. Fazli Sabri M, Moga Dass T, Sufian Burhan N, Abdul Wahab H, Wijekoon R, Simanjuntak M. Determinants of Life Satisfaction among Female-Headed Households in Malaysia. IJBS [Internet]. 2021Mar.24 [cited 2023Jun.3];22(1):276-95.
7. Sartipzadeh A, Golparvar M, Aghaei A. [The effectiveness of spiritual-based existential therapy and positive existential therapy on resiliency of elderly women]. Journal of Health System Research. 2020 Jul 10;16(2):93-100. (Persian)
8. Seyyed Jafari S, Motamedi A, Sadr M, Ulamei Kopaei M. [The effectiveness of education based on commitment and acceptance on the resilience of the elderly]. Journal of Aging. 2017;3(1):21-29. (Persian)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]

9. Southwick S M, Lowthert B T, Graber AV. Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. InLogotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna. Springer International Publishing. 2016;1:131-149.

10. Sedghi P, Cheraghi A. [The effectiveness of the mindfulness training on psychological well-being and resiliency of female-headed household]. Journal of Family Research. 2019 Jan 1;14(4):549-62. (Persisn)

11. Fattahi S, Deldadeh Moghaddam M, Taghavi F. [Mindfulness education on resilience and happiness of mothers with children with learning disabilities]. Middle East J Disabil Stud. 2016;9(6):1-6. (Persisn)

12. Salehi S N, Eftekhar Saadi Z, Borna M R. [Comparison of the Effectiveness of Positive Behavioral Cognitive Therapy and Teaching Cognitive Emotion Regulation Strategies on Resilience and Self-efficacy of Female Students with Nonclinical Depression]. Scientific Journal of Social Psychology. 2021 Aug 23;9(60):59-73. (Persisn)

13. Gilbert P. Human nature and suffering. Routledge; 2016 Aug 5.

14. Ghahramani M, Khalatbari J, Taghavaei D. [Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Treatment Focused on Compassion Therapy on the Resilience of Women on the Verge of Divorce]. Applied family therapy. 2022;3(3):474-488. (Persian)

15. McGehee P, Germer C, Neff K. Core values in mindful self-compassion. Practitioner's guide to ethics and mindfulness-based interventions. 2017:279-93.

16. Albertson E R, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness. 2015 Jun;6:444-54.

17. Breines JG, Chen S. Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. J Experim Soc Psychol. 2013 Jan 1;49(1):58-64.

18. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. PloS One. 2015 Jul 24;10(7):e0133481.

19. Webb JB, Fiery MF, Jafari N. “You better not leave me shaming!”: Conditional indirect effect analyses of anti-fat attitudes, body shame, and fat talk as a function of self-compassion in college women. Body Image. 2016 Sep 1;18:5-13.

20. Khosrobeigi M, Hafezi F, Naderi F, Ehteshamzadeh P. [Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer]. Explore. 2022;18(3):357-361. (Persisn)

21. Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. J Contemporary Psychother. 2014 Mar;44(1):1-8.

22. Beygi A, Najafi M, Mohammadyfar M A, AbdollahiA. [The effectiveness of positive cognitive behavioral therapy on self-esteem and resilience among the adolescents with depression signs]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2018 Apr 10;16(1):47-53. (Persian)

23. Ministry of Cooperatives Labour and Social Welfare. [Statistical investigation of socio-economic characteristics of female-heads households and self-supporting women]. (Based on the results of the cost and income plan of Iran Statistics Center 2011-2019). 2021.https://ssicenter.mcls.gov.ir/fa/information/reportsandstatisticalanalysis/women . (Persian)

24. Germer C, Neff K. Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals. Guilford Publications; 2019 Jun 17.

25. Bannink F, Geschwind N. Positive CBT: Individual and group treatment protocols for positive cognitive behavioral therapy. Hogrefe Publishing GmbH; 2021 Nov 30.

26. Karimi S, Esmaeili M. [The relationship between emotion regulation and resilience strategies with marital adjustment in female teachers]. J Psychol Sci. 2020 Jan 1;19(87):291-8. (Persian)

27. Ho A. H. Y, Tan-Ho G, Ngo T A, Ong G, Chong P H, Dignadice D, Potash J A. novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol. Trials. 2019., 20, 1-10.

28. Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta; 2009 Jul 22.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-29]

[DOI: 10.47176/rjms.30.161]