

اثربخشی آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست شهر اصفهان

سعیده السادات حسینی^۱، محمد زارع نیستانک^۲

^۱ دانشکده روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

نام نویسنده مسئول:

محمد زارع نیستانک

چکیده

این پژوهش با هدف تاثیر آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست شهر اصفهان اجرا گردید. جامعه این پژوهش کلیه زنان بی سرپرست مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود. از بین این مراکز ۵ مرکز که تعداد بیشتری زنان سرپرست مراجعه می کردند انتخاب و از بین آنها ۱۰۰ نفر که به نقطه برش پژوهش (۳۰-۱۵) انتخاب شدند. در ادامه برای انتخاب نمونه به روش تصادفی تعداد ۳۰ نفر از این افراد وارد پژوهش شدند و به صورت تصادفی دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در روند انجام پژوهش دو نفر از هر دو گروه حذف شدند. از همه این ۲۸ نفر پرسشنامه اعتماد به نفس کوپراسمیت (۱۹۶۷) به جلسه عنوان پیش آزمون گرفته شد. به گروه آزمایش شفقت درمانی نف و همکاران (۲۰۰۳)، طی ۷ جلسه ۱ ساعته آموزش داده شد در حالی که گروه گواه این آموزش را دریافت نکردند. سپس برای بار دوم از همه این ۲۸ نفر پرسشنامه اعتماد به نفس به عنوان پس آزمون گرفته شد. جهت آزمون این فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS ورژن ۲۰ استفاده شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات اعتماد به نفس شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). بدین معنا که آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست ناحیه ی ۴ استان اصفهان اثر دارد.

واژگان کلیدی: شفقت درمانی، اعتماد به نفس.

مقدمه

خانواده کانونی است که بسیاری از آسیب‌ها و مسایل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابانی، کودک آزاری، فرار از خانه و ... از آن سر بر می‌آورد. عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی زنان را در پی داشته باشد (فاهی و همکاران، ۲۰۱۲). سازمان بین‌المللی کار^۱ زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده‌هایی می‌داند که مردان بالغ در آن به دلیل طلاق، جدایی، مهاجرت و ازدواج نکردن یا بیهوشی وجود ندارد یا در صورت حضور سهمی در درآمدهای خانواده ندارند مانند مردان معتاد، بیکار، متواری یا از کار افتاده (زرهانی، ۲۰۱۱). بنابراین، می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار جزء اقشار فقیر جامعه هستند. شاید علت این امر ناشی از نبود پشتوانه‌های اقتصادی-اجتماعی، دسترسی نداشتن به شغل مناسب و نداشتن مهارت و ... باشد (ریماز و همکاران، ۱۳۹۳). افزون بر این، زنان سرپرست خانوار به دلیل ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای فرزندان، از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان، اداره امور خانه، کار در خارج از خانه با دستمزد پایین با استرس، با مسایل و مشکلات روحی و روانی بیش‌تری روبه‌رو هستند (هرست^۲، ۲۰۱۰). بنابراین، چالش‌های زندگی این قبیل زنان زیاد و جدی است و لزوم توانمندسازی روانی آنان در کنار سایر خدمات اجتماعی و اقتصادی افراد دارای اهمیت است. دیویس^۳ به این نکته اشاره می‌کند که توانمندسازی روان‌شناختی زنان به ارتقاء کیفیت مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد (دیویس^۳، ۲۰۱۰). توانمندسازی زنان به این معناست که آن‌ها بر شرم بی‌مورد خود چیره شوند، کردار و گفتارشان پر از اعتماد به نفس و اطمینان خاطر باشد، قادر به ارزیابی درست و شناخت واقعی خویش باشند، به استعدادها و تنگناهای درونی خویش آگاه باشند، قدرت رویارویی با دشواری‌ها را داشته باشند، از توانایی و قابلیت نیل به هدف‌های خویش برخوردار باشند و بتوانند با افزایش توانمندی به هدف مورد نظر برسند. روان‌شناسان بر این باورند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطرابی بیش‌تر را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج بدست آمده احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنان سرپرست خانوار از افراد متأهل و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیش‌تر است است (کونل^۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ به نقل از صدرالساداتی، ۱۳۹۱).

هر فردی از شخصیت خود، دیدگاه و نقاط ضعف و قوتش یک تصویر ذهنی دارد که از دوران کودکی شکل می‌گیرد. به این تصویر «خودنگاره» می‌گویند: یعنی تصویری که شخص از خویش در ذهن خود دارد. «خودنگاره» شخص نقش بسیار مهمی را در شکل‌گیری اعتماد به نفس ایفا می‌کند. بسیاری از این تصورات که فرد از خود دارد، براساس تعاملاتش با دیگران و تجربیات زندگی‌شان شکل می‌گیرد. اعتماد به نفس به این موضوع بستگی دارد که شخص احساس می‌کند از نظر دیگران تا چه حد مورد قبول و علاقه است و همچنین خودش چقدر احساس ارزشمند بودن دارد (باجلان، ۱۳۸۶).

پس اعتماد به نفس یعنی ایمان داشتن فرد به توانایی‌ها و استعدادهای خود و احساسات افتخارآمیز و مثبت او نسبت به خود. اعتماد به نفس در حالت چهره‌ای، رفتار، طرز صحبت کردن و حرکت افراد مشخص و مشهود است. فرد متکی به نفس، چون شناخت درستی از خودش دارد و نقاط ضعف و قوت خود را می‌داند، برای رفع نقص‌ها، تلاش بیش‌تری می‌کند و هرگز احساس کوچکی و حقارت نخواهد کرد. در قرآن کریم و روایات اهل بیت علیهم السلام هم تأکید زیادی بر احترام به خویش و عزیز شمردن خویش گردیده، تا جایی که عزت نفس، مایه کرامت و بزرگی برشمرده شده و خودکم‌بینی، مایه‌ی هلاکت و سقوط انسان معرفی شده است (سلیمی زارع و قاضی زاده، ۱۳۸۶).

اعتماد به نفس هر فرد، بر روی کیفیت زندگی او تأثیر بسزایی دارد و چگونگی احساس هر کس نسبت به خود، بر نحوه زندگی اش اثر می‌گذارد. افرادی که احساس می‌کنند از نظر دیگران دوست داشتنی و دل‌نشین هستند، قطعاً روابط اجتماعی بهتری دارند، در مواقع نیاز به دوستان و خانواده کمک و حمایت می‌رسند و همین حمایت از دیگران، آنها را به این باور می‌رساند که می‌توانند مشکلات را از سر راه بردارند و اهداف شان را تحقق بخشند (هویدا و همکاران، ۱۳۹۱).

درمان متمرکز بر شفقت^۵ بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات، سلامت ذهنی شکل گرفته است (گیلبرت، ۲۰۰۹) و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ی ای^۶ ترس‌های اساسی^۷، راهکارهای احساس امنیت^۸، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیرعمدی^۹،

1- International Labour Organization (ILO)

2- Herbest

3- Divois

4- Konel

5- compassion_focused therapy

6- background experiences

7- key fears

8- developed safety strategies

9- unintended consequences

متمرکز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت مهارتی است که میتوان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تاثیر قرار گیرد (دیویدسون^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ لوتز^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ به نقل از گیلبرت، ۲۰۰۹). این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد، تحولی، بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه ی شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفستگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس، و حس کردن شفقت آمیز است (گیلبرت، ۲۰۰۹). اثر بخشی این درمان در برخی از آزمایش های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانانگ منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس (لینکلن^{۱۲}، هوهنهایس^{۱۳}، هارتمن^{۱۴}، ۲۰۱۳؛ ایمری^{۱۵} و ترورپ^{۱۶}، ۲۰۱۲). کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (هریوت میتلند^{۱۷}، ویدال^{۱۸}، بال^{۱۹} و آبرونز^{۲۰}، ۲۰۱۴)، درمان افسردگی (زارعی، ۱۳۹۳)، بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی (لوکر^{۲۱} و کورتن^{۲۲}، ۲۰۱۳؛ جاج^{۲۳}، سیلقرون^{۲۴}، مک ایوان^{۲۵} و گیلبرت، ۲۰۱۲؛ شریعتی، هاشمی، بشلیده، مرعشی، ۱۳۹۵). لذا محقق بدنبال بررسی تاثیر آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست شهر اصفهان بود.

روش تحقیق

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

جامعه، نمونه و نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه زنان بی سرپرست مراجعه کننده مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۹۶ بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. از تعداد ۱۰۰ نفر تعداد ۳۰ نفر از زنان بی سرپرست مراجعه کننده به ۵ مرکز مشاوره مورد نظر در شهر اصفهان در سال ۹۶ که به نقطه برش (۳۰-۱۵) پژوهش نزدیک بودند؛ نمونه مورد نظر را تشکیل دادند. نمونه به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل شرکت داده شدند. در طی فرآیند آموزش دو نفر از زنان گروه آزمایش و کنترل حذف شدند و بدین ترتیب نمونه ۲۸ نفر شد و گروه ۱۴ نفری آزمایش در روند پژوهش آموزش دیدند.

ابزار تحقیق

پرسشنامه اعتماد به نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷):

اعتماد به نفس افراد را در چهار زمینه: اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و اعتماد به نفس کلی به طور مختصر مورد بحث قرار می دهیم.

این مقیاس دارای ۵۸ ماده است و در مجموع به ۴ خرده مقیاس اصلی و یک زیر مقیاس دروغ سنج، به شرح زیر:

مقیاس اعتماد به نفس عمومی (۲۶ عبارت)، ۱-۳-۴-۷-۱۰-۱۲-۱۳-۱۵-۱۸-۱۹-۲۴-۲۵-۲۷-۳۰-۳۱-۳۴-۳۵-۳۸-۳۹-۴۳-

۴۸-۷۸-۵۱-۵۵-۵۶-۵۷

- 10- Davidson
- 11- Lutz
- 12- Lincoln
- 13- Hohenhaus
- 14- Hartmann
- 15- Imrie
- 16- Troop
- 17- Heriot-Maitland
- 18- Vidal
- 19- Ball
- 20- Irons
- 21- Lucre
- 22- Corten
- 23- Judge
- 24- Cleghorn
- 25- McEwan

- اعتماد به نفس اجتماعی (همسالان) ۸ عبارت، ۵-۸-۱۴-۲۱-۲۸-۴۰-۴۹-۵۲
- اعتماد به نفس خانوادگی (والدین) ۸ عبارت، ۶-۹-۱۱-۱۶-۲۰-۲۲-۲۹-۴۴
- اعتماد به نفس تحصیلی (آموزشگاه) ۸ عبارت، ۲-۱۷-۲۳-۳۳-۳۷-۴۲-۴۶-۵۴
- دروغ سنج ۸ عبارت، ۲۶-۳۲-۳۶-۴۱-۴۵-۵۰-۵۳-۵۸، تقسیم شده است.

ضریب پایایی: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای نمره کلی آزمون گزارش کرده اند. همچنین جهت سنجش روایی بین نمره کل آزمون با خرده مقیاس روان آزرده گرایی در آزمون شخصیت آیسنک، روایی واگرایی منفی و معنادار، و با خرده مقیاس برون گرایی، روایی همگرایی مثبت معنادار را نشان داده است. ادموند سون و همکاران (۲۰۰۶) نیز ضریب همسانی درونی ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ را برای آزمون اعتماد به نفس کوپر اسمیت گزارش کرده اند. کوپراسمیت و همکاران (۱۹۹۰) ضریب بازآزمایی را بعد از پنج هفته، ۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۰ گزارش کرده اند.

برومند (۱۳۸۰) سیاهه عزت نفس کوپراسمیت را بر روی دانش آموزان دوره دبیرستان و پیش دانشگاهی شهرستان اسلام شهر هنجاریایی کرده است. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است. برای بررسی روایی، همبستگی نمره های آن با نمره های حاصل از پرسشنامه آیزنگ محاسبه شده و ضریب همبستگی ۰/۸۱۴، نشان دهنده روایی ملاکی قابل قبول برای سیاهه کوپراسمیت است.

نتایج پژوهش آقاداتاشی (۱۳۸۴)، نیز که در شهرستان ابهر انجام شده است، نشان دهنده اعتبار و روایی قابل قبول برای سیاهه عزت نفس کوپر اسمیت است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹۶ محاسبه شده است. در این پژوهش نیز ضریب روایی با استفاده از آزمون آیزنگ ۰/۷۹۲ محاسبه شده است. هم چنین برای بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه های اصلی اجرا شده و نتایج نشان داده است که سیاهه از پنج مقیاس اشباع می باشد، که در مجموع ۲۱ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می کنند. پایایی پرسشنامه عزت نفس در پژوهش حاضر ۸۴٪ بدست آمد که نشان می دهد از پایایی بالایی برخوردار است.

نمره گذاری: شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است، به این معنا که عبارات ۴-۸-۹-۱۴-۱۹-۲۰-۲۷-۲۸-۲۹-۳۳-۳۷-۳۸-۳۹-۴۲-۴۳-۴۷ پاسخ بلی، نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می گیرد و بقیه عبارات به صورت معکوس نمره گذاری می شود، یعنی به پاسخ خیر، نمره یک و پاسخ بلی، نمره صفر تعلق می گیرد. بدیهی است حداقل نمره ای که یک فرد می گیرد، صفر حداکثر ۵۰ (به استثنای نمرات دروغ سنج) خواهد بود. نمره بیشتر نشانگر اعتماد به نفس بالاتر است. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ عبارت دروغ سنج بیش از ۴ نمره بیاورد، بیانگر پایین بودن اعتبار آزمون بوده و در این صورت آزمودنی سعی کرده است، خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه دهد (انصارالحسین و همکاران، ۱۳۹۱).

روش اجرا

در ابتدا پرسشنامه اعتماد به نفس کوپر اسمیت و مقیاس عاطفه مثبت و منفی به عنوان پیش آزمون از آزمودنی ها گرفته شد. نمرات آنها در قالب نمرات پیش آزمون در فصل ۴ ارائه می شود. بعد از آن ۷ جلسه آموزشی شفقت درمانی برای آنها اجرا شد که جلسات آن به شرح زیر می باشد:

جدول ۲: جلسات آموزشی شفقت درمانی

جلسه اول	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت
جلسه سوم	تفکر در باره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت آمیز، رفتار شفقت آمیز، تصویرسازی شفقت آمیز.
جلسه چهارم	افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه پنجم	تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آن.
جلسه ششم	انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه نگاری بر اساس شفقت.
جلسه هفتم	جمع بندی و گرفتن پس آزمون از گروه آزمایش

در پایان هر جلسه، تکالیف هفتگی برای زنان در نظر گرفته شد (نف و همکاران، ۲۰۰۳).

روش گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات

اطلاعات مرتبط با پیشینه پژوهش بصورت کتابخانه‌ای و جستجوی سایت‌های اطلاعات اینترنتی و داده‌های مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از طریق اجرای پرسشنامه بصورت میدانی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی داده‌های پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس استفاده بعمل آمد. محاسبات مربوط از طریق نرم‌افزار SPSS-20 انجام شد.

یافته‌ها

طبق یافته‌ها، شرکت کنندگان این پژوهش، دارای سنی از ۲۸ الی ۴۳ سال به بالا می‌باشند. که از این میان سن ۴۳ سال به بالا بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است (۲۸-۳۴: ۲۵ درصد؛ ۳۵-۴۲: ۳۲,۱۵ درصد؛ ۴۳ به بالا: ۴۲,۸۶ درصد). همانگونه که در جدول ۴-۲ مشاهده می‌گردد، شرکت کنندگان در پژوهش، دارای دیپلم تا کارشناسی ارشد و بالاتر می‌باشند. که از این میان تحصیلات دیپلم بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است (دیپلم: ۵۰ درصد؛ کارشناسی: ۳۵,۸۰ درصد؛ کارشناسی ارشد و بالاتر: ۱۴,۳۰ درصد).

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مولفه اعتماد به نفس

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه آزمایش	۱۴	۴۳,۲۹	۹,۳۷	۴۹,۱۴
گروه کنترل	۱۴	۴۳,۷۳	۹,۴۹	۴۴,۲۵

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین مولفه اعتماد به نفس گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۳,۲۹ با انحراف استاندارد ۹,۳۷ است. همچنین میانگین این مولفه در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ۴۹,۱۴ با انحراف استاندارد ۷,۲۴ است.

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	شاپیرو-ویلک		
		آماره	درجه آزادی	معنی داری
اعتماد به نفس	گروه آزمایش	۰/۸۹۴	۱۳	۰/۳۵۵
	گروه کنترل	۰/۹۳۷	۱۳	۰/۴۷۱

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرها تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید. پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین ۲۶ استفاده می‌شود (مولوی، ۱۳۷۹). نتایج این آزمون برای فرضیه‌های پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
اعتماد به نفس	۲/۴۲۸	۲	۴۱	۰/۱۰۳

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات دو گروه در متغیرهای اصلی پژوهش در پس آزمون تایید می شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای مقیاس کیفیت رابطه تایید شد. با توجه به رعایت پیش فرض نرمال بودن و انتخاب تصادفی نمونه ها و یکسانی واریانس ها، تحلیل کواریانس برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر اعتماد به نفس زنان

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنا داری (P)	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۴۷۹۱/۴۶۶	۲	۲۳۹۵/۷۳۳	۳۴۱۲/۶۲۶	***۰/۰۰۱	۰/۹۹۱	۱
عضویت گروهی	۱۳۷/۵۲۳	۱	۱۳۷/۵۲۳	۱۱۶/۸۷۴	***۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	۰/۸۴۱
تعامل عضویت گروهی و اعتماد به نفس	۴۳/۹۴۸	۲	۲۱/۹۷۴	۱۰/۶۶۹	***۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۰/۹۷۶
خطا	۱۰۲/۸۳۴	۶۱	۱/۶۸۵				

همانطوریکه در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات اعتماد به نفس شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه فرعی اول تأیید گردید. بنابراین بین میانگین نمرات اعتماد به نفس دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و گروه آزمایش بر کاهش نمرات اعتماد به نفس شرکت کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. ضریب تعیین در پس آزمون ۰/۵۹۱ بوده که نشان می دهد که ۵۹/۱ درصد واریانس نمرات اعتماد به نفس در پس آزمون به وسیله عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) قابل تبیین است. توان آماری نزدیک به یک و سطح معنا داری نزدیک به صفر نمایانگر کفایت حجم نمونه بوده است. چنانچه مشاهده می شود بطور کلی میانگین نمرات اعتماد به نفس زنان گروه کنترل بطور معنا داری بالاتر از گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه کلی مبنی بر آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس در زنان بی سرپرست ناحیه ی ۴ استان اصفهان نشان داد که بین میانگین نمرات اعتماد به نفس دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد و گروه آزمایش بر افزایش نمرات اعتماد به نفس شرکت کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. که ۳۱/۱ درصد واریانس نمرات اعتماد به نفس در پس آزمون به وسیله عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) قابل تبیین است ($p=0.001$). همچنین مقدار F در جدول مربوطه که ۱۰/۶۶۹ است نشان دهنده تفاوت واریانس های دو گروه است.

نتایج این فرضیه تا حدی با نتایج پژوهش های جعفری مهتاش (۱۳۹۵)، با عنوان: بررسی تأثیر خدمات کمیته امداد بر توانمند سازی زنان سرپرست خانوار، نور محمدی (۱۳۹۳)، با عنوان: بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان مطلقه سرپرست خانوار، صدراشرفی و همکاران (۱۳۹۱)، با عنوان: آسیب شناسی طلاق و راه های پیشگیری از آن، ادوارد و فولر (۲۰۱۴)، اشتغال زن و بی ثباتی زناشویی: مطالعه موردی تایلند) همخوان است. در این پژوهش ها به طور خاص به مولفه اعتماد به نفس زنان بی سرپرست در شرایط دیگر مثل طلاق اشاره شده است. در مجموع می توان بیان کرد که زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند اداره امور خانه و تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر، استرس و مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می کنند و اعتماد به نفس کمتری دارند. تحقیقات لی در سال ۱۹۹۸ نشان داد که زنان سرپرست خانواده در مقایسه با سایر زنان دچار مشکلات روانشناختی بیشتری هستند. در ایران امروزه زنان بسیاری هستند که به دلایل متعدد از جمله آسیب های اجتماعی مانند اعتیاد و بزه، جنگ، مهاجرت برای جستجوی کار، تعدد زوجات توسط مردان، طلاق، فوت شوهر و ... به تنهایی مسئولیت سنگین اداره مالی و معنوی یک خانواده را بر عهده دارند. این مسئولیت ها در اغلب موارد در شرایطی به این زنان تحمیل می شود که در طول زندگی خود آموزشی برای پذیرش آن ندیده اند و هیچ گونه آمادگی برای مواجه شدن با آن را ندارند. در ایران زنان سرپرست خانوار علاوه بر از دست دادن حمایت های

خانواده و نیز تأمین نیازهای مالی زندگی از راه‌های نامناسب با مشکلاتی همچون نبود شرایط تحصیلی مناسب و در نتیجه اشتغال در بخش‌های کارمزدی یا دست مزد کم و دیدگاه‌های غیرمنصفانه جامعه نسبت به زنان فاقد شوهر مواجه هستند. از سوی دیگر مسائلی همچون احساس حقارت، ترس، خجالت و درماندگی، رنج این زنان بی‌پناه را دوچندان می‌کند. همین عوامل باعث می‌شود زنان به خود اثربخشی اعتقاد چندانی نداشته و اغلب شبکه روابط اجتماعی آن‌ها بسیار محدود شده و مهارت‌های آموزشی را کسب نمی‌کنند. این‌ها همه نشان از ساختار و قوانینی دارد که در ذات خود نابرابری فرصت‌ها را تقویت کرده و گسترش می‌دهد. این عوامل باعث کاهش اعتماد به نفس و همچنین کاهش هیجان مثبت و از سمتی دیگر افزایش هیجان منفی می‌شود. آموزش شفقت و آموزش‌هایی از این دست به این گونه زنان، می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس آنها شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی

به پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود که کلیه پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس و عاطفه هیجانی در زنان بی‌سرپرست شهرستان اصفهان را از طریق روش‌های فرا تحلیل مورد بررسی قرار دهند. همچنین اجرای این پژوهش به صورت جداگانه بر روی زنان گروه‌های مختلف بی‌سرپرست پیشنهاد می‌گردد. ضمناً تاثیر آموزش شفقت درمانی بر اعتماد به نفس و عاطفه هیجانی در زنان بی‌سرپرست شهرستان اصفهان به همراه سایر راهبردهای درمانی به صورت همزمان مورد پژوهش قرار گیرد. این گونه زنان علاوه بر تحمل مشکلات ناشی از عدم وجود همسر، باید با مشکلات مربوط به هزینه‌های بالای اقتصادی، کاهش روابط اجتماعی با آشنایان و بستگان، نبود هیجان مثبت در زندگی و نگرش‌های منفی اطرافیان نیز کنار بیایند که این موارد می‌توانند افسردگی ایجاد کنند که ناتوان کننده باشد. لذا توصیه می‌شود ترتیبی اتخاذ شود که صرفاً سایر مشکلات اینگونه زنان حذف شود. لذا با داشتن منابع مالی بسنده یا سطح اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر و حمایت‌های اجتماعی مناسب تأثیر بی‌سرپرستی را تعدیل کنند.

منابع و مراجع

- [۱] بابایی ناصر. شهید، حبیب (۱۳۹۶). نگرش پدیده بی سرپرستی و مشکلات فرزندان دور از خانواده. تهران. انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- [۲] جعفری مهتاش، معصومه. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر خدمات کمیته امداد بر توانمند سازی زنان سرپرست خانوار، کارشناسی ارشد، گرایش برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- [۳] ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ وصالی آذرشریبانی، سمیرا؛ ساعی پور، نرگس؛ بیگی، زهرا؛ نجات، سحرناز. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۰(۲): ۴۸-۵۵.
- [۴] زارعی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه کردستان.
- [۵] ژرژ، سولینا، ۲۰۱۵، ص ۳۰، برگرفته از: رویور، کلود، ۱۳۹۴، انسان شناسی سیاسی، ترجمه ناصر فکوهی، تهران، نشر نی، ص ۲۱۹.
- [۶] ساروخانی، باقر. (۱۳۹۶). مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده، انتشارات سروش.
- [۷] شاملو، سعید. ۱۳۸۳، آسیب شناسی روانی، چاپ صفا.
- [۸] شریعتی، مریم. حمید، نجمه. هاشمی، اسماعیل. بشلیده، کیومرث. مرعشی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. ۱۷(۱): ۴۳-۵۰.
- [۹] صالحی چالشتی، حمیدرضا. کیانی هرچگانی، فاطمه. (۱۳۹۶). اقدامات بهداشتی جهت پیش گیری زنان شاغل استان چهار محال و بختیاری. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره دهم، ۷۲-۸۳.
- [۱۰] صدراالشرقی، مسعود؛ خنکدار طارسی، معصومه؛ شمخانی، اژدر؛ یوسفی افراشته، مجید. «آسیب شناسی طلاق و راه های پیشگیری از آن»، مجله مهندسی فرهنگی، سال هفتم، شماره ۷۳ و ۷۴، بهمن ۱۳۹۱، ص ۲۶-۵۳.
- [۱۱] صدراالساداتی، بهاره (۱۳۹۱). «بررسی راهکارهای ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار»، واحد پذیرش کمیته امداد امام خمینی(ره)، شهرستان پیران شهر.
- [۱۲] فلسفی نژاد، م. (۱۳۷۲). بررسی تأثیر عزت نفس در سازگاری رفتاری دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله با محیط کلاس در شهرستان قم. پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- [۱۳] محمدی، ز. (۱۳۹۳). بررسی آسیب های اجتماعی زنان در دهه (۱۳۹۰-۱۳۷۰) انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- [۱۴] نعمت، و. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط بین مکانیسم های دفاعی و سبک های مقابله ای با سلامت روانی دانشجویان ۱۸ تا ۲۹ سال. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۱۵] نورمحمدی، رقیه. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت اقتصادی و اجماعی زنان مطلقه سرپرست خانوار، کارشناس ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [16] Buss, D. M. (2000). The dangerous passion: Why jealousy is as neecessa~ as love and sex. New York: Free Press.
- [17] Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- [18] Davis, C. (2010). Role occupancy, quality and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affiliajournal of women and social work*. Vol. 26, no.I, pp. 83-89.
- [19] Edward, J.N, and fuller Th.D. Female employment and marital instability: evidence from Thailand, *journal of marriage and the family* (2014). Vol. 54, no. 1,59-60.
- [20] Fahey, T., Keilthy,P., & Polek, E.(2012). Family Relationships and Family Well-Being: A Study of the Families of Nine Year-Olds in Ireland. Published by University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin.

- [21] Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London, UK: Routledge.
- [22] Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable Robinson.
- [23] Harvy, M. *The comprehensive book of couple therapy*. (2005). Ahmadi, Kh., Akhavi, Z. & Rahimi, A. (2016). Tehran, Danjeh Publication, Third publication.
- [24] Herbst, C. (2010). "Footloose and Fancy Free? Two Decades of Single Mothers' Subjective Well-Being." Working Paper.
- [25] Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
- [26] Imrie, S., & Troop, N.A.(2012). A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. *Palliative & Supportive Care*, 10(2),115-122.
- [27] Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K.,& Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5 (4), 420-429.
- [28] Lincoln, T.M., Hohenhaus, F., & Hartmann, M.(2013). Can Paranoid Thoughts be Reduced by Targeting Negative Emotions and Self-Esteem? An Experimental Investigation of a Brief Compassion-Focused Intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390–402.
- [29] Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400.
- [30] Miller, J. F., & Powers, M. J. (2016). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10.
- [31] Neff, K.D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity*, 2(3), 223-250.
- [32] zarhani, S. H. (2011). Empowerment of Female headed households Case Study:"Sedighin" charity institution in Iran. [http://www. socialsciences. in/article/empowerment -female-headed households](http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households).