MEJDS. 2019; 9:56.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Role of Self–Compassion and Distress Tolerance in the Social Health of Female Household Heads

*Sanaz Azizmohammadi[1], Nazanin Rakebi[2], Soodabe Kamran Koochesfehani[3], Hadi Asadi[4]

Author Address
1. M.A. Public Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. M.A Clinical Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran;
3. M.A. Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail**: cuonseling20@gmail.com

Received: 2019 Apr 8 ; **Accepted**: 2019 May 10

Abstract

Background & Objectives: The vulnerability of female household heads at individual and social levels leads to a decline in their social health. Therefore, the present study aimed to determine the role of self–compassion and distress tolerance in the social health of female household heads.

Methods: The present study was a descriptive correlational research. The statistical population of the study consisted of all female household heads supported by the Imam Khomeini Relief Foundation in 2019 in Baharestan County. 291 subjects were selected by available sampling using the Morgan table. The tools used to collect Data were Simon and Gaher's Distress Tolerance Scale (2005), Self–Compassion Scale – Short Form (SCS–SF) (2003), and Keyes Social Health Questionnaire (2004). To anaylze data, SPSS software version 21 and descriptive statistical methods such as mean, standard deviation, and inferential statistics (Pearson's correlation test and multiple linear regression) were used by the step–by–step method, and the significance level was considered at 0.05.

Results: The means and standard deviations of compassion, distress tolerance and social health were, 16.78±1.57, 13.4±1.27, and 18.41±2.29, respectively. There were direct and significant relationships between self–compassion and social well–being (r=0.627, p<0.001) and between distress tolerance and social well–being (r=0.545, p<0.001). Self–compassion (r=0.603, p<0001) and distress tolerance (r=0.517 and p<0.001) were significantly able to predict social health.

Conclusion: The promotion of self–compassion and tolerance in distress will promote the social health of women household heads. Therefore, improving their health status should be considered by conducting training courses or workshops on self–compassion and distress tolerance for these individuals.

Keywords: self–compassion, distress tolerance, Social health, Female household heads.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۵۶.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

*ساناز عزیزمحمدی[۱]، نازنین راکبی[۲]، سودابه کامران کوچصفهانی[۲]، هادی اسدی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر، اسلامشهر، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

*** رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** cuonseling20@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ فروردین ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار در سطح فردی و نیز در سطح اجتماعی به کاهش سلامت اجتماعی در زنان منجر می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر باهدف نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار صورت گرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) در سال ۱۳۹۷ شهرستان بهارستان تشکیل دادند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس بر اساس جدول مورگان، ۲۹۱ نفر انتخاب شدند. ابزارهای استفاده‌شده جهت دستیابی به اهداف پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی سیمون و گاهر (۲۰۰۵) و فرم کوتاه مقیاس شفقت خود نف (۲۰۰۳) و پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) بود. جهت تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبهٔ میانگین و انحراف معیار و نیز شاخص‌های آمار استنباطی آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه به‌شیوهٔ گام‌به‌گام به‌کار رفت. همچنین سطح معناداری ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین شفقت به خود با سلامت اجتماعی ($r=۰/۶۲۷$ و $p<۰/۰۰۱$) و تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی ($r=۰/۵۴۵$ و $p<۰/۰۰۱$) ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد. همچنین شفقت به خود ($r=۰/۶۰۳$ و $p<۰/۰۰۱$) و تحمل پریشانی ($r=۰/۵۱۷$ و $p<۰/۰۰۱$) به‌شکل معناداری، توانایی پیش‌بینی سلامت اجتماعی را داشتند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود با ارتقای شفقت به خود و تحمل پریشانی، می‌توان زمینهٔ بهبود سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را فراهم کرد.

کلیدواژه‌ها: شفقت به خود، تحمل پریشانی، سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

۱ مقدمه

زن سرپرست خانوار، زنی است که عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد یا ازکارافتادگی همسر یا پدر، زندان‌بودن مرد، معلول‌بودن مرد و رهاشدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالات، موجب سرپرستی آن‌ها بر خانواده شده است (۱). زندگی زنان پس از ترک مرد خانواده غالباً دچار مشکل‌هایی می‌شود؛ ازجملهٔ آن می‌توان علاوه‌بر سختی مواجهه با مسائل اقتصادی که این گروه از زنان برای مقابله با آن تربیت و توانمند نشده‌اند، به زندگی در تنهایی، همراه با افسردگی و ناامیدی اشاره کرد که بیشتر ناشی‌از نگرش منفی جامعه به زنان تنها و مطلقه و بیوه است (۲). روابط اجتماعی این گروه از زنان در فقدان حضور همسر در خانواده خدشه‌دار شده و سختی‌های بسیاری را برای آن‌ها به‌همراه آورده است. ایفای نقش‌های چندگانه‌ای که گاه پرتعارض با یکدیگر نیز بوده سبب خستگی جسمی و روحی آنان می‌شود. فقر و ناتوانی و بی‌قدرتی به‌ویژه در ادارهٔ امور اقتصادی خانواده، عزت‌نفس و سلامت روانی را در این افراد مختل و زمینهٔ ابتلا به افسردگی و سایر اختلال‌های روانی را فراهم می‌سازد (۳)؛ بنابراین زنان سرپرست خانوار از گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که به‌دلیل مواجه‌بودن با وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیت‌های چندگانه، با مشکلات زیادی دررابطه با سلامتی خود مانند سلامت اجتماعی روبه‌رو هستند (۴).

سلامت اجتماعی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود که از دو بُعد جسمی و روانی سلامت تأثیر پذیرفته و بر آن‌ها اثر متقابل دارد. کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به‌منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه از تعاریف سلامت اجتماعی است (۵). همچنین سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر تعریف می‌کنند (۶). یافته‌های پژوهش یحیی‌زاده و رمضانی نشان داد ازلحاظ میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن که شامل پنج بُعد است، در میان زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. به‌علاوه ازجهت متغیرهای پایگاه اجتماعی‌اقتصادی و باورهای دینی (بُعد اعتقادی) و مهارت‌های ارتباطی بین زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود (۷).

از مؤلفه‌های مؤثر در زندگی انسان دربرابر فشارها و سختی‌ها، توانایی مقابله با مشکلات است که در قالب واژه‌های مختلف بیان می‌شود؛ ازجمله ویژگی‌ها و توانایی‌های مقابله‌آمیز درمقابل مشکلات و افزایش سطح سلامت، تحمل پریشانی را می‌توان نام برد. سیمونز و گاهر تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۸). درواقع، تحمل پریشانی متغیری برای تفاوت فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت دربرابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند. در همین راستا شماری از پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند تحمل پریشانی کم، با طیفی گسترده از اختلال‌ها ازجمله وسواس فکری‌عملی، مصرف مواد مخدر، رفتارهای آسیب‌زننده به خود، اختلال افسردگی اساسی و رفتارهای تکانشی مانند پرخوری شدید ارتباط تنگاتنگی دارد (۹ـ۱۱). نتایج این مطالعات حاکی‌از آن است افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند، در کوششی نادرست برای مقابله با هیجان‌های منفی خویش دچار بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (۱۲).

از سویی ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند به‌عنوان عامل مهم‌تر جهت تأثیرگذاری در سازگاری و سلامت افراد به‌شمار آید (۱۳)؛ از ویژگی‌های شخصیتی شفقت به خود است که در پژوهش حاضر به آن پرداخته شد. شفقت به خود را موضعی مثبت درقبال خویش زمانی‌که همه‌چیز بد پیش می‌رود، می‌توان تعریف کرد که به‌عنوان صفت و عامل محافظت‌کنندهٔ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود؛ به‌طوری‌که در چند سال اخیر، روش‌های درمانی با هدف بهبود شفقت خود، توسعه داده شده است (۱۴). شفقت به خود سبب احساس مراقبت فرد به خود، آگاهی‌یافتن، نگرش بدون داوری به نابسندگی و شکست‌های خویش و پذیرش این نکته می‌شود که تجربه‌های وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است (۱۵). سه جنبه برای شفقت به خود وجود دارد: مهربانی با خویش درمقابل قضاوت دربارهٔ خود، احساس مشترک انسانی درمقابل انزوا، به‌هوشیاری دربرابر همانندسازی فزاینده (۱۶). شفقت خود، نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی و قضاوت منصفانه و احساس‌های به‌هم‌پیوسته (۱۷) و نیز کمک به افراد در یافتن امید و معنادادن به زندگی هنگام روبه‌روشدن با مشکلات، می‌شود و به‌معنای هدایت‌کردن سادهٔ مهربانی به‌سوی خود و تجربه‌پذیری و تحت‌تأثیر قرارگرفتن از رنج دیگران است (۱۸).

در زمینهٔ ارتباط سلامت اجتماعی و شفقت به خود تا آنجاکه محقق بررسی کرده است، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده و بیشتر پژوهش‌ها معطوف به سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی است. به‌طور مثال پژوهش مکبث و گاملی نشان داد شفقت به خود زیاد، با افزایش بهزیستی و تاب‌آوری بیشتر، درمقابل اضطراب همبسته است (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر دشت بزرگی و همایی دریافتند شفقت خود با بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری رابطهٔ مثبت و معنادار داشته و متغیرهای پیش‌بین یعنی شفقت خود و حمایت اجتماعی و امیدواری توانستند ۵۷/۴درصد از تغییرات بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری را پیش‌بینی کنند (۲۰). براساس پژوهش فیلدمن و کویکن، تحمل پریشانی با بهزیستی و سلامت روانی و تاب‌آوری درمقابل اضطراب همبسته است (۲۱). همچنین مطالعهٔ زمانی مشخص کرد آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیک، در درمان شدت علائم افسردگی بیماران تأثیر دارد (۲۲).

در ایران موضوع زنان سرپرست خانوار نیز در چند دههٔ اخیر به‌صورت موضوعی مهم درآمده و سازمان‌ها و نهادهای حمایتی مختلفی را متوجه ضرورت حمایت از رفاه و سلامت اجتماعی آنان کرده است؛ زیرا طبق آخرین آمارها در سال ۱۳۹۰ تعداد دومیلیون و پانصدهزار نفر زن سرپرست خانوار در ایران وجود داشتند. در سرشماری سال ۱۳۹۵ نیز حدود ۵/۹درصد از زنان بنابر فوت همسر یا طلاق، بی‌همسر شدند که تعداد زیادی از آن‌ها سرپرست خانوار بودند (به نقل از ۲۳). باتوجه به نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی و نبود پژوهش درزمینهٔ ارتباط متغیرهای تحقیق و وجود خلأ پژوهشی در این

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

زمینه و نیز انجام مطالعه در جامعهٔ مذکور که خود نوآوری دیگر در پژوهش حاضر بود، محقق را بر آن داشت تا به مطالعه در این زمینه با هدف بررسی نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بپردازد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) در سال ۱۳۹۷ شهرستان بهارستان، به تعداد حدود ۱۲۰۰ نفر تشکیل دادند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس براساس جدول کرجسی و مورگان (۲۴)، ۲۹۱ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن ۲۰تا۵۰ سال؛ حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ دست‌کم یک‌سال سرپرست خانوار بودن؛ نداشتن اختلال‌های روانی. ملاک‌های خروج تمایل‌نداشتن به شرکت در پژوهش بود. جهت گردآوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

۱. مقیاس تحمل پریشانی سیمون و گاهر (۲۰۰۵): این مقیاس را سیمون و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساختند و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس، تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، سؤال‌های ۱،۳،۵)، جذب (جذب‌شدن توسط هیجان‌های منفی، سؤال‌های ۲،۴،۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، سؤال‌های ۶،۷،۹،۱۰،۱۱،۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، سؤال‌های ۸،۱۳،۱۴) است. عبارات این پرسشنامه بر مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱. کاملاً موافق؛ ۲. اندکی موافق؛ ۳. نه موافق و نه مخالف؛ ۴. اندکی مخالف؛ ۵. کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود و برای سؤال شش نمره‌گذاری به‌صورت معکوس است (۸). در پژوهش سیمون و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین نتایج روایی نشان داد این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیهٔ خوبی است (۸). عزیزی و همکاران در مطالعه‌ای همسانی درونی زیادی را برای کل مقیاس (α=۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها گزارش کردند که به این صورت بود: ۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم (۲۵).

۲. فرم کوتاه مقیاس شفقت خود نف (۲۰۰۳): این مقیاس ۱۳ سؤالی را نف در سال ۲۰۰۳ تهیه کرد و سه مؤلفهٔ مهربانی به خود (سؤال‌های ۲،۶) دربرابر قضاوت‌کردن خویش (سؤال‌های ۱۱،۱۲) و اشتراک انسانی (سؤال‌های ۵،۱۰) درمقابل انزوا (سؤال‌های ۴،۸) و ذهن‌آگاهی (سؤال‌های ۳،۷) دربرابر همانندسازی افراطی (سؤال‌های ۱،۹) را در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از تقریباً هرگز ۱ تا تقریباً همیشه ۵) می‌سنجد. درضمن ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶). در پژوهش نف، پایایی و روایی خوبی برای مقیاس مذکور گزارش شد و پایایی کلی آن ازطریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد. هرکدام از زیرمقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵تا۰/۸۱). علاوه‌بر این پایایی بازآزمایی به فاصلهٔ زمانی دو هفته ۰/۹۳ محاسبه شد (۲۶). در پژوهش شهبازی و همکاران ضریب آلفا برای نمرهٔ کلی مقیاس ۰/۹۱ و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت‌کردن خویش، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ گزارش شد. روایی هم‌زمان و همگرای پرسشنامه نیز مطلوب بود (۲۷).

۳. پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی کییز و شاپیرو (۲۰۰۴): این پرسشنامهٔ ۲۰سؤالی را کییز و شاپیرو در سال ۲۰۰۴ ساختند که پنج زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی (سؤال‌های ۱تا۴)، همبستگی اجتماعی (سؤال‌های ۵تا۷)، انسجام اجتماعی (سؤال‌های ۸تا۱۰)، پذیرش اجتماعی (سؤال‌های ۱۱تا۱۵) و مشارکت اجتماعی (سؤال‌های ۱۶تا۲۰) را روی طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی زیاد ۵ و خیلی کم ۱) می‌سنجد (۶). باباپور و همکاران در بررسی روایی این ابزار، همسانی درونی را به‌کار بردند. همچنین آن‌ها پایایی پرسشنامهٔ مذکور را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۸). در این پژوهش اصول اخلاقی رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، رازداری و محرمانه‌بودن هویت و اطلاعات آزمودنی‌ها، رعایت صداقت و امانت علمی، آگاهی آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، اطمینان از بی‌خطربودن تحقیق برای آزمودنی‌ها، تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی آزمودنی‌ها و تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت شده است. همچنین جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و برای بررسی هدف‌ها از آزمون آماری همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه به‌شیوهٔ گام‌به‌گام استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

دامنهٔ سنی زنان سرپرست خانوار ۲۸تا۵۰ سال با میانگین و انحراف معیار ۳/۰۱±۲۲/۷۵ بود. ۱۲۰ نفر تحصیلات زیر دیپلم (۴۱درصد) و ۹۰ نفر دیپلم (۳۱درصد) و ۸۱ نفر لیسانس (۲۸درصد) داشتند. میانگین و انحراف معیار شفقت به خود ۱/۵۷ ± ۱۶/۷۸ و میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی ۱/۲۷ ± ۱۳/۴۱ و میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی ۲/۲۹ ± ۱۸/۴۱ به‌دست آمد.

جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های شفقت به خود و سلامت اجتماعی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. مهربانی به خود	۱						
۲. قضاوت‌کردن خود	۰/۳۸۶**	۱					
۳. تجارب مشترک انسانی	۰/۲۹۶**	۰/۲۵۷**	۱				
۴. انزوا	۰/۳۱۲**	۰/۲۷۶**	۰/۶۱۹**	۱			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

۵. ذهن‌آگاهی	۰/۴۰۲**	۰/۲۵۲**	۰/۲۸۱**	۰/۴۰۵**	۱		
۶. همانندسازی افراطی	۰/۳۳۶**	۰/۴۸۸**	۰/۳۵۸**	۰/۴۷۱**	۰/۱۹۲**	۱	
۷. سلامت اجتماعی	۰/۳۴۴**	۰/۴۴۱**	۰/۷۶۷**	۰/۶۱۱**	۰/۳۳۹**	۰/۵۸۸**	۱

**معناداری در سطح ۰/۰۵

براساس نتایج ضریب همبستگی بین تمامی مؤلفه‌های شفقت به خود با سلامت اجتماعی از نظر آماری معنادار بود ($p<$۰/۰۱). باتوجه به مثبت‌بودن ضرایب حاصل، بین شفقت به خود و تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت و زنان سرپرست خانوار دارای نمرات بیشتر در متغیر شفقت به خود از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار بودند.

پیش از انجام تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های یکسانی پراکندگی باقی‌مانده‌ها و خطی‌بودن رابطه بین متغیرها و نرمال‌بودن عبارت خطا بررسی شد که در ادامه نتایج تحلیل رگرسیون ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی ازطریق مؤلفه‌های شفقت به خود

مدل	ضرایب استانداردنشده	خطای معیار	ضرایب استانداردشده	مقدار احتمال	شاخص‌های هم‌خطی	
					شاخص تحمل	آمارهٔ تراکم عاملی
ثابت	۱۹/۸۸۰	۲/۵۲۴		۰/۰۱۰		
مهربانی به خود	۰/۹۰۱	۰/۲۶۱	۰/۱۳۶	۰/۰۱۲	۰/۵۶۲	۱/۷۷۸
قضاوت‌کردن خود	۱/۹۷۵	۰/۲۵۶	۰/۲۸۱	۰/۰۱۸	۰/۶۶۴	۱/۵۰۶
تجارب مشترک انسانی	۲/۹۰۷	۰/۲۲۲	۰/۵۳۴	۰/۰۱۱	۰/۵۳۱	۱/۸۸۳
انزوا	۰/۵۷۸	۰/۱۶۴	۰/۱۵۴	۰/۰۲۱	۰/۴۶۰	۲/۱۷۵
ذهن‌آگاهی	۰/۳۲۷	۰/۱۵۳	۰/۰۸۶	۰/۰۳۴	۰/۵۳۸	۱/۸۵۷
همانندسازی افراطی	۰/۶۶۹	۰/۲۲۳	۰/۱۲۵	۰/۰۱۹	۰/۵۰۴	۱/۹۸۴

طبق جدول مقدار ضریب رگرسیونی استانداردشده (Beta) برای مولفهٔ مهربانی به خود ۰/۱۳۶، قضاوت‌کردن خود ۰/۲۸۱، تجارب مشترک انسانی ۰/۵۳۴، انزوا ۰/۱۵۴، ذهن‌آگاهی ۰/۰۸۶ و برای همانندسازی افراطی ۰/۱۵۷ بود ($p<$۰/۰۱)؛ مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده برای سلامت اجتماعی برابر با ۰/۳۶۳ محاسبه شد، به این مفهوم که درحدود ۳۶درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط مؤلفه‌های شفقت به خود قابل پیش‌بینی است.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. تحمل	۱				
۲. جذب	۰/۲۲۹**	۱			
۳. ارزیابی	۰/۳۰۰**	۰/۳۳۸**	۱		
۴. تنظیم	۰/۳۶۲**	۰/۶۲۱**	۰/۷۴۴**	۱	
۵. سلامت اجتماعی	۰/۳۰۴**	۰/۵۷۵**	۰/۴۰۵**	۰/۵۸۶**	۱

**معناداری در سطح ۰/۰۵

براساس نتایج ضریب همبستگی بین تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی از نظر آماری معنادار بود ($p<$۰/۰۱). باتوجه به مثبت‌بودن ضرایب به‌دست‌آمده می‌توان گفت بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم مشاهده شد و زنان سرپرست خانوار بانمرات بیشتر در این مؤلفه‌ها دارای سلامت اجتماعی بهتری بودند.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی ازطریق مؤلفه‌های تحمل پریشانی

	ضرایب استانداردنشده	خطای معیار	ضرایب استانداردشده	مقدار احتمال	شاخص‌های هم‌خطی	
					شاخص تحمل	آمارهٔ تراکم عاملی
ثابت	۱/۳۷۱ـ	۴/۸۷۱		۰/۷۷۹		

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

تحمل	۱/۹۷۵	۰/۲۸۳	۰/۳۱۸	۰/۰۱۸	۰/۹۲۸	۱/۰۷۷
جذب	۲/۱۷۳	۰/۳۱۰	۰/۴۰۸	۰/۰۲۲	۰/۵۶۹	۱/۷۵۸
ارزیابی	۰/۵۲۰	۰/۲۴۵	۰/۱۴۸	۰/۰۳۵	۰/۳۹۷	۲/۵۲۱
تنظیم	۱/۰۵۳	۰/۴۳۳	۰/۲۰۳	۰/۰۱۶	۰/۲۷۵	۳/۶۳۶

طبق جدول مقدار ضریب رگرسیونی استانداردشده (Beta) برای مؤلفهٔ تحمل ۰/۳۱۸، جذب ۰/۴۰۸، ارزیابی ۰/۱۴۸ و برای تنظیم ۰/۲۰۳ محاسبه شد؛ لذا مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده برای سلامت اجتماعی در این مدل برابر با ۰/۲۶۰ محاسبه شد به این مفهوم که در حدود ۲۶ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط مؤلفه‌های تحمل پریشانی قابل پیش‌بینی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف نقش شفقت به خود و تحمل پریشانی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار انجام شد. نتایج نشان داد بین تمامی مؤلفه‌های شفقت به خود با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط مستقیم وجود دارد. همچنین مؤلفه‌های شفقت به خود می‌تواند به‌شکل معناداری سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کند. باتوجه به نتیجهٔ حاصل می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار دارای نمرات بیشتر در شفقت به خود، از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار هستند. نتیجهٔ به‌دست‌آمده همسو با پژوهش های پیشین است. به‌طور مثال در مطالعهٔ شبانی و همکاران مشخص شد بین شفقت به خود با بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد و بهزیستی روان‌شناختی مادران را می‌توان از شفقت به خودشان پیش‌بینی کرد (۲۹). در همین راستا پژوهش رستمی و همکاران نشان داد بین انواع بدرفتاری در دوران کودکی و شفقت بر خود با سلامت روانی در افراد متأهل رابطه معناداری دیده می‌شود (۳۰). تری و لری به این نتیجه رسیدند که شفقت به خود، احتمالاً توانایی افراد را در رفتار مدبرانه درقبال سلامت و مقابله با مشکلات جسمانی افزایش می‌دهد (۳۱).

در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت افراد باشفقت به خود بیشتر، به زندگی مشتاق‌تر هستند؛ زیرا تمایل دارند از درون برانگیخته شوند. آن‌ها بیشتر تحت‌تأثیر انگیزه‌های درونی خود قرار می‌گیرند و زمان مواجهه با مشکل‌ها و چالش‌های بزرگ و سخت، کمتر از شکست و ناکامی می‌هراسند. همچنین به‌دلیل اینکه شفقت خود، عاملی مؤثر برای تعادل عاطفی بوده، موجب احساس مراقبت از خود و آگاهی‌یافتن و نگرش بدون داوری به نابسندگی و شکست‌های خویش می‌شود. ازاین‌جهت می‌تواند سلامت زنان سرپرست خانوار را تحت‌تأثیر قرار دهد. از سویی شفقت به خود مستلزم آن است که فرد احساس‌هایش را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخهٔ درخودفرورفتن می‌شود و احساس خودمداری و تنهایی کاهش و هم‌زمان احساس به‌هم‌پیوستگی و ارتباط افزایش می‌یابد (۳۲). همچنین می‌توان گفت خودشفقتی ازیک‌سو نشخوار فکری را کاهش می‌دهد و ازسوی‌دیگر توانایی مقابله با موقعیت‌های دشوار را در فرد بیشتر می‌کند و این دو خصیصهٔ مربوط به خودشفقتی باعث می‌شود فرد در هنگام تجربهٔ موقعیت‌های دشوار، با انعطاف‌پذیری به موقعیت واکنش نشان دهد و دچار پریشانی‌های عاطفی نشود. زمانی‌که فرد بتواند به‌طور متعادلی به احساس‌های منفی خویش توجه کند، یعنی نه آن احساسات را سرکوب کرده و نه به‌طور کامل در آن‌ها غرق شود، به‌گونه‌ای که احساس‌های مذکور را با خودش به سراسر زندگی‌اش بکشاند و نیز توانایی این را داشته باشد که احساساتش را با وضوح بیشتر و چشم‌انداز بزرگ‌تر و قضاوت منصفانه‌تر ببیند، خواهد توانست سختی‌های زندگی را به‌عنوان تجربه‌ای در زندگی بپذیرد و همین پذیرش از بروز لغزش‌ها ممانعت می‌کند؛ لذا زمینهٔ افزایش سلامت وی در اجتماع فراهم می‌شود.

آخرین یافتهٔ پژوهش مشخص کرد بین تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین مؤلفه‌های تحمل پریشانی به‌شکل معناداری سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار بانمرات بیشتر در تحمل پریشانی از سلامت اجتماعی مطلوب‌تری برخوردار هستند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسوست. به‌طور مثال براساس نتایج تحقیق فیلدمن و کویکن، متغیرهای جمعیت‌شناختی و افسردگی و اضطراب با تحمل پریشانی ارتباط معناداری دارند (۲۱). همچنین در مطالعهٔ زمانی بیان شد آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی در قالب رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان شدت علائم افسردگی بیماران مؤثر است (۲۲). در تبیین فرضیهٔ مذکور می‌توان گفت سیمونز و گاهر (۸) معتقدند تحمل پریشانی، متغیری برای تفاوت فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت دربرابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند. ازطرفی، هرچه فرد قدرت و تحمل بیشتری در مقابله با مشکلات و اضطراب‌های زندگی داشته باشد کمتر درمعرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و نیز از سلامت و بهزیستی روانی بهتری بهره‌مند می‌شود. به‌نظر می‌رسد افراد دارای تحمل پریشانی زیاد، به‌شکل خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند و برای حل آن‌ها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند. همچنین در صورت نیاز به درخواست کمک از دیگران دریغ نکرده و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از بهداشت روانی مطلوبی برخوردار باشد. همین‌طور افرادی که تحمل پریشانی آن‌ها بیشتر است، بهتر می‌توانند با اضطراب ناشی‌از استرس ادراک‌شده کنار بیایند. به‌احتمال زیاد از هیجان‌های مثبت برای روبه‌روشدن با تجارب سخت استفاده می‌کنند؛ بنابراین سلامت آنان کمتر آسیب‌پذیر است؛ لذا مجموعهٔ عوامل مذکور موجب می‌شود افراد دارای تحمل پریشانی بیشتر، نگرش بهتری به زندگی و مسائل زندگی داشته باشند. این اشخاص از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار خواهند شد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود و باتوجه به اینکه پژوهش در شهر بهارستان اجرا و در آن از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد و نیز بافت فرهنگی در این زمینه می‌تواند تأثیرگذار باشد، باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

کرد. متخصصان مربوط لازم است تأثیرات متغیرهای مختلف روان‌شناختی را در ارتباط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، جهت تقویت وضعیت روان‌شناختی و بهداشت روانی آن‌ها درنظر بگیرند و ازطریق افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی، ازجمله شفقت به خود و تحمل پریشانی به ارتقای سلامت در زندگی آنان کمک کنند. همچنین برای افزایش گسترهٔ تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونهٔ وسیع‌تر و در بین اقشار و گروه‌های مختلف تکرار شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج نشان داد، بین شفقت به خود و تحمل پریشانی با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین این متغیرها می‌توانند به‌شکل معناداری سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کنند؛ لذا انتظار می‌رود ارتقای شفقت به خود و تحمل پریشانی، سبب افزایش سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شود. امید است این نتایج زمینه را برای بهبود آن ابعاد و ارتقای سلامت اجتماعی اقشار مختلف جامعه فراهم کند.

۶ تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و مجوز اجرای آن با کد ۴۰۱/۵۰۰ از مرکز مشاورهٔ رازی ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهر بهارستان صادر شده است؛ لذا از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) شهر بهارستان که با همهٔ دغدغه‌های خود بی‌دریغ در به‌انجام‌رسیدن این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

References

1. Ghafari M. Women and social development. Women Rights. 1999;10:10-15. [Persian]
2. Shariari E, Saadatmand Z, Fatehizade MS, Mohagheghian S. An investigation of training needs of household women in Isfahan cultural education. Sociology of Women. 2013;4(3):29-45. [Persian]
3. Azam Azadeh M, Tafteh M. The obstacles of happiness from the view of female-headed households of Tehran. Journal of Woman and Family Studies. 2016;3(2):33-60. [Persian] doi:10.22051/JWFS.2016.2207
4. Rafii F, Seyedfatemi N, Rezaei M. Factors involved in Iranian women heads of household's health promotion activities: A grounded theory study. Open Nurs J. 2013;7:133-41. doi:10.2174/1874434601307010133
5. Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2013;11(1):45-58. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5014-en.html
6. Keyes CLM, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In Brim OG, Ryff CD, Kessler RC. How healthy are we? A national study of well-being at midlife. Chocago, USA: The University of Chicago Press; 2004, pp:350-72.
7. Yahyazadeh H, Ramezani M. The study of the social health rate and the social factors effective on it: a case study of women heading households in Qurveh. Social Development and Welfare Planning. 2017;4(16):68-102. [Persian]
8. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion. 2005; 29(2):83-102. doi:10.1007/s11031-005-7955-3
9. Farris SG, Metrik J, Bonn-Miller MO, Kahler CW, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and distress intolerance as predictors of cannabis dependence symptoms, problems, and craving: The mediating role of coping motives. J Stud Alcohol Drugs. 2016;77(6):889-97. doi:10.15288/jsad.2016.77.889
10. Macatee RJ, Capron DW, Guthrie W, Schmidt NB, Cougle JR. Distress tolerance and pathological worry: tests of incremental and prospective relationships. Behavior Therapy. 2015;46(4):449-62. doi:10.1016/j.beth.2015.03.003
11. Vujanovic AA, Dutcher CD, Berenz EC. Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. J Anxiety Disord. 2017;48:45-53. doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.005
12. Aminalroaya R, Kazemian S, Esmaeili M. Forecasting distress tolerance on the base of the communication components of original family among divorces and non-divorced women. Sociology of women. 2017;7(28):91-106. [Persian]
13. Taghvaininia A, Mirzaei A. Relationship between personality traits and psychological well-being with respect to the mediating role of forgiveness. Armaghan-e-Danesh. 2017;22(4):529-41. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1790-en.html
14. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. Self and Identity. 2013;12(2):146-59. doi:10.1080/15298868.2011.649545
15. Hupfeld J, Ruffieux N. Validierung einer deutschen version der Self-Compassion Scale (SCS-D). Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie. 2011;40(2):115-23. [German] doi:10.1026/1616-3443/a000088
16. Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: the role of self-compassion and gratitude. Mindfulness. 2019;10(2):339-51. doi:10.1007/s12671-018-0978-0
17. Rezvani M, Sajjadian I. The mediatoring role of self-compassion in the effect of personality traits on positive psychological functions among female university students. Positive Psychology. 2018;4(3):13-28. [Persian] doi:10.22108/PPLS.2018.105034.1222
18. Seppälä EM, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR. The Oxford handbook of compassion science. New York, USA: Oxford University Press; 2017.
19. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clin Psychol Rev. 2012;32(6):545-52. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
20. Dasht Bozorgi Z, Homaei R. The relationship between self-compassion, social support and hope with subjective well-being of nursing students. Iranian Journal of Neursing Research. 2018;12(6):37-44. [Persian] doi:10.21859/ijnr-12065
21. Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. Contemporary Buddhism. 2011;12(1):143-55. doi:10.1080/14639947.2011.564831
22. Zamani N. Effect of Distress Tolerance, Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness Skills Training on Symptoms of Depression. Health Research journal. 2017;2(4):225-233. [Persian] doi:10.29252/hrjbaq.2.4.225
23. Rezaei M, Mahmoodi F. Meaning reconstruction of women headed of household's quality of life: a qualitative study. Journal of Applied Sociology. 2019;30(1):143-66. [Persian] doi:10.22108/JAS.2018.111204.1404
24. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]

25. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Health System Research Journal. 2010;13(1):11-8. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.html
26. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. 2003;2(3):223-50. doi: 10.1080/15298860309027
27. Shahbazi M, Rajabi GH, Maghami E, Jelodari A. Confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised. Journal of Psychological Models and Methods. 2015;6(19):31-46. [Persian]
28. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. Journal of Psychology (Tabriz University). 2010;4(16):1-19. [Persian]
29. Shabani R, Mahmoodi G, Ghobaribonab B, Emamipoor S, Sepahmansoor M. Prediction of psychological well-being based on attachment styles and self-esteem in mothers of primary school students in Urmia. Journal of Woman and Study of family. 2015;7(27):73-94. [Persian]
30. Rostami M, Ghezelsafloo M, Mohamadloo H, Ghorbanian E. The role of self-compassion, and self-identity in mental health. Journal of Education, Counseling and Psychotherapy. 2015;4(15):30-44. [Persian]
31. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. Self and Identity. 2011;10(3):352-62. doi:10.1080/15298868.2011.558404
32. Neff KD. The science of self-compassion. In Germer CK, Siegel RD. Compassion and wisdom in psychotherapy. New York, USA: Guilford Press; 2012, pp:79-92.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.113.5]