MEJDS. 2020; 10:9.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Cognitive behavioral therapy and compassion focused therapy on loneliness of women on the verge of divorce

Saeidi M[1], *Khalatbari J[2], Ghorbanshiroudi Sh[3], Abolghasemi Sh[4]

Author Address
1. PhD student of psychology, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran;
2. PhD in Public Psychology, Associate Professor, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran;
3. PhD in Consultation, Associate Professor, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran;
4. PhD in Public Psychology, Associate Professor, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.
***Corresponding Author Email:** Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

Received: 2018 October 29; **Accepted:** 2019 January 29

Abstract

Background & Objectives: Loneliness among the main psychosocial concerns of women, especially those who are in the process of divorcing and family separation. The statistics suggest that one out of every 4 individuals suffers from loneliness. Loneliness affects people with a sense of emptiness, sorrow, and anxiety. Moreover, it influences various aspects of social interactions, lifestyle, and bio psychological well–being. Loneliness is generally accompanied by social, behavioral, and emotional harms. Literature suggests that loneliness is a causative factor in the health and well–being of different populations and has long–term and immediate consequences in mental health. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Compassion–Focused Therapy (CFT) are among the approaches that could help people. The main purpose of CBT is to help group members to identify and experience their feelings and to perceive how their beliefs and assumptions influence their feelings and behaviors; accordingly, they could experience alternative substitutes. CFT is among the most influential and prominent theories, rooted in evolutionary psychology and basic nerve science. It comes from tradition and the cognitive–behavioral model. In CFT, people learn to stop their critique, blame, and condemnation, and accept the responsibility of their thoughts and feelings. They are trained to be keen to self–reproach. In this regard, the present study aimed to determine the effectiveness of CBT and CFT on loneliness in women on the verge of divorce.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all women referring to the social emergency department of Tonekabon City, Iran, who were on the verge of divorce. In total, 45 individuals were randomly selected and assigned into two experimental groups and one control group (n=15). The experimental groups received CBT and CFT for 8 consecutive 60–minute sessions; however, the control group received no treatment. The UCLA Loneliness Scale (version 3) was used to collect the required data. After the end of intervention sessions, all of the study subjects completed this scale again. The obtained data were analyzed in SPSS, applying one–way Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: The ANCOVA results suggested significant differences in loneliness scores between the experimental and control groups. CBT and CFT significantly affected loneliness in women on the verge of divorce in experimental groups compared to the controls (p<0.001). Accordingly, the research hypotheses were confirmed.

Conclusion: Cognitive reconstruction is beneficial in understanding and modifying negative thinking. Cognitive reconstruction helps individuals to stay positive and to alter their thinking positively. Negative thinking, in addition to generating a feeling of discomfort, decreases the quality of a person's performance and undermines social relationships with other people. CFT could assist an induvial in improving communication with self and others, and overcome the feelings of loneliness and isolation. Therefore, by persuading their compassion, they can cope with their destructive tendencies, and emotions, and improve their interpersonal communication and calmness. Therefore, CBT and CFT could be used as effective measures to reduce the sense of loneliness in women on the verge of divorce.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Compassion–Focused therapy, Loneliness.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

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 ۱۳۹۹؛ (۱۰):۹.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق

مژده سعیدی[۱]، *جواد خلعتبری[۲]، شهره قربان شیرودی[۳]، شهنام ابوالقاسمی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشیار، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛

۳. دکترای مشاوره، دانشیار، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛

۴. دکترای روان‌شناسی، دانشیار، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ آبان ۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ بهمن ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: تنهایی از نگرانی‌های عمدهٔ روانی‌اجتماعی در زنان به‌ویژه کسانی است که در شرف طلاق و برهم‌خوردن بنیان خانواده قرار دارند. درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت ازجمله رویکردهایی هستند که می‌توانند در این زمینه به افراد کمک کنند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای و پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن بودند که از این جامعه ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. دو گروه آزمایشی طی هشت جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای تحت درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامهٔ احساس تنهایی (UCLA) استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) به‌کار رفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت به‌طور معناداری بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق اثربخش بوده است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روشی مؤثر و کارآمد درکاهش احساس تنهایی زنان در شرف طلاق استفاده شود و به آنان در این زمینه کمک کند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، درمان متمرکز بر شفقت، احساس تنهایی، زنان در شرف طلاق.

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 jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

۱ مقدمه

تنهایی پدیده‌ای است که انسان‌ها کم‌وبیش آن را در زندگی خود تجربه می‌کنند. به بیان دیگر بسیاری از افراد در فرهنگ‌ها، نژادها، طبقات اجتماعی و در سنین و زمان‌های مختلف هریک به‌نوعی تنهایی را تجربه کرده‌اند (۱). آمارها نشان می‌دهد که از هر چهار نفر، یک‌نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (۲). احساس تنهایی نقش مهمی در بررسی فرایند روانی احساسات و رفتارهای بشری بازی می‌کند (۳).

به‌دلیل اینکه در جوامع شرقی، ازدواج تعیین‌کنندهٔ هویت و احساس ارزش‌مندی است، آسیب‌دیدن آن موجب حس گناه، رانده‌شدن، تنهایی، کم‌شدن عزت‌نفس و اعتماد به خود، رفتارهای شتاب‌زده و برنامه‌ریزی‌نشده و بدون فکر و نیز مستعد اشتباه می‌شود. تنهایی از نگرانی‌های عمدهٔ روانی‌اجتماعی در زنان به‌ویژه کسانی است که در شرف طلاق و برهم‌خوردن بنیان خانواده قرار دارند (۴).

احساس تنهایی افراد درگیر را با احساس خلأ و غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعامل اجتماعی با دیگران و نحوهٔ زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (۵،۶).

احساس تنهایی با مشکلات روانی‌اجتماعی نظیر عزت‌نفس ضعیف و احساس شایستگی کم و اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی همراه است که این مسئله علاوه‌بر ناتوانی در ایجاد زندگی مناسب موجب به‌وجودآمدن احساس ناامیدی و پوچی می‌شود (۵).

یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که احساس تنهایی عامل سبب‌شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون است و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت روانی دارد (۵،۷).

شواهد حاکی‌از آن است که حس تنهایی برای سلامت و کیفیت زندگی زنان عامل خطر محسوب شده (۷) و با رفتارهای افزایش‌دهندهٔ سلامتی رابطهٔ منفی دارد (۸). زنانی که احساس تنهایی می‌کنند نه‌تنها در مهارت‌های اجتماعی نقص دارند، بلکه از مهارت‌های اجتماعی خود نمی‌توانند به‌خوبی استفاده کنند (۹). آن‌ها چون دارای احساس آسیب‌پذیری هستند، درقبال دیگران رویکردی محتاطانه و گوشه‌گیرانه اتخاذ کرده و سعی می‌کنند با انزواطلبی و درگیرنشدن در روابط اجتماعی، خودشان را مصون نگه دارند. این افراد به افکار منفی و تردیدهای خود اجازه می‌دهند تا حواسشان را از پاسخدهی مناسب به تعاملات اجتماعی منحرف سازند و از خودگویی مثبت استفادهٔ مؤثر نمی‌کنند؛ همچنین دربارهٔ نقاط ضعف خود اغراق کرده و به نقاط قوت خویش کم بها می‌دهند. رفتارهای غیرکلامی‌شان نیز بین آن‌ها و دیگران فاصله می‌اندازد و به عوامل بیرونی اجازه می‌دهند تا زندگی آن‌ها را کنترل کند (۱۰). وقتی افراد دچار احساس تنهایی می‌شوند بعضی تسلیم شده و برخی به کوشش خود ادامه می‌دهند. بعضی دیگر نیز زیر فشار خرد می‌شوند؛ بنابراین زنان در شرف طلاق که دائم تنها هستند اگر بتوانند از لاک تنهایی خود بیرون بیایند، بی‌تردید تحمل مشکلات و سختی‌ها برایشان آسان‌تر می‌شود (۶).

فرآیند درمان شناختی‌رفتاری به‌شیوهٔ مشاورهٔ گروهی شامل آموزش و مباحثهٔ گروهی است که در آن از راهبردهای شناختی‌رفتاری استفاده می‌شود. هدف اصلی کمک‌کردن به اعضای گروه است تا احساسات خود را شناسایی و تجربه کرده و شیوه‌های تأثیر باورها و پیش‌فرض‌هایشان را بر نحوهٔ احساسات و رفتارهایشان ادراک نمایند و رفتارهای جایگزین دیگری را تجربه کنند (۱۱).

در جریان مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری دید غیرمنطقی و خودشکن مراجع دربارهٔ زندگی برطرف شده و دید منطقی جایگزین می‌گردد. استفاده از مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری فضای امنی را برای زنان در شرف طلاق فراهم می‌سازد و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد (۱۱). درمان مبتنی‌بر شفقت از نظریه‌های بسیار بانفوذ و خیلی مطرح بوده که ریشه در روان‌شناسی تکاملی و علم عصب پایه دارد و برآمده از سنت و مدل شناختی‌رفتاری است. در درمان مبتنی‌بر شفقت افراد یاد می‌گیرند تا انتقاد و سرزنش و محکوم‌کردن خویش را متوقف سازند و مسئولیت افکار و احساسات خود را پذیرفته و با آن‌ها کنار بیایند و به‌جای خودسرزنشگری با خویش مهربان باشند (۱۲). ویلتون و گرینبرگ در تحقیقاتشان دریافتند که خودانتقادگری تأثیراتی منفی چون ناامیدی، احساس تنهایی، عصبانیت، پرخاشگری و تکانشگری در پی دارد (۱۳).

شفقت خود، سازه‌ای مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است (۱۴)؛ لذا در کاهش تنهایی در زنان می‌توان از این رویکرد استفاده کرد (۱۵).

اهداف مشفقانه با احساس صمیمیت و برقراری ارتباط و حمایت مرتبط است و با تعارض و تنهایی و ترس از احساسات و گیج‌شدن از آن‌ها ارتباط معکوس دارد (۱۶). هاتچرسون و سپالا و گراس نشان دادند که مراقبهٔ کوتاه‌مدت مبتنی‌بر عشق‌ورزی_مهربانی، احساس ارتباط اجتماعی و پذیرابودن درقبال غریبه‌ها را افزایش می‌دهد (۱۷). پژوهش رضایی مشخص کرد که آموزش شفقت بر خود بر میزان گذشت و احساس تنهایی زنان مؤثر است (۱۸).

درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به افراد در پیداکردن و احساس و درک چالش‌های زندگی کمک کند و به‌عنوان درمان، مکانی امن را به‌منظور کشف هرگونه مشکل ایجاد می‌نماید. در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد تأکید می‌شود. ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد به آنان، انزوا و طرد و احساس تنهایی را در افراد کاهش می‌دهد (۱۶). درمان متمرکز بر شفقت وجوه متمایزی همچون تمرکز بر شفقت و استفاده از تصویرسازی مشفقانه را به انواع رویکردهای سنتی شناختی‌رفتاری اضافه کرده است و در آن توجه ویژه‌ای به توجه‌آگاهی درمانجو و درمانگر می‌شود (۱۹).

باتوجه به سیر صعودی طلاق و استرس‌آمیزبودن فرایند جدایی و افزایش رو به رشد زنانی که خواسته یا ناخواسته درگیر فرایند طلاق و جدایی از همسر خود هستند و به‌دلیل ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیرتر بوده و بیشتر درمعرض خطر احساس تنهایی قرار دارند و نیز باتوجه به پیامدهای منفی احساس تنهایی و اثرات مخرب این احساس بر سلامت جسمی و روانی و عاطفی، چنانچه به این مقوله توجه کافی صورت نگیرد، مشکلات و معضلات روان‌شناختی و اجتماعی متعددی به‌وجود خواهد آمد و کیفیت زندگی فرد افت چشمگیری خواهد کرد؛ بنابراین به‌منظور تحقق جامعه‌ای سالم پرداختن به این موضوع هر چه بیشتر احساس می‌شود؛ ازاین‌رو پژوهش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق انجام شد.

۲ روش‌بررسی

تحقیق حاضر از نوع مداخله‌ای و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی خانم‌های مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان تنکابن به تعداد ۵۰۰ نفر تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونهٔ آماری به ۲۰۰ نفر از خانم‌ها پرسشنامهٔ احساس تنهایی داده شد. مشخص گردید که ۷۳ نفر از زنان مراجعه‌کننده احساس تنهایی زیادی دارند و ۴۵ نفر از آن‌ها به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفرهٔ آزمایشی و یک‌گروه ۱۵ نفرهٔ کنترل تخصیص یافتند. از دو گروه آزمایشی، یک‌گروه درمان شناختی‌رفتاری و گروه دیگر درمان متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی در هشت جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای به‌مدت سه ماه دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه کنترل هیچ‌مداخله‌ای انجام نشد. در جداول ۱ و ۲ خلاصهٔ محتوای دو نوع درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت و زمان اجرای آن‌ها آمده است. در پایان دوره از هر سه گروه آزمایشی و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و نتایج حاصل در سه گروه با یکدیگر مقایسه شدند.

ابزار سنجش عبارت بود از: مقیاس احساس تنهایی UCLA (نسخهٔ سوم)[1]: مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۷۸ توسط راسل و پپلا و فرگوسن[2] ساخته شد. این مقیاس مشتمل بر بیست ماده است که تجارب افراد تنها را توصیف می‌کند. باوجود اعتبار و پایایی مناسبی که برای مقیاس گزارش شد، برای رفع برخی نواقص، راسل و همکاران در سال ۱۹۸۰، نسخهٔ تجدیدنظرشده‌ای از فرم اولیه دادند. این مقیاس، بار دیگر در سال ۱۹۹۳ توسط راسل تجدیدنظر شد. او در نسخهٔ سوم عبارت‌ها و نحوهٔ پاسخ‌گویی به آن را ساده‌تر کرد و محتوای مادهٔ چهارم مقیاس را از منفی به مثبت تغییر داد (۲۰).

همچنین مواد مقیاس را به‌گونه‌ای طراحی کرد که بتوان آن را ازطریق مصاحبه نیز اجرا نمود. راسل برای این نسخه ضریب آلفای برابر با ۰/۹۴ گزارش کرد. این آزمون از بیست ماده تشکیل شده که دارای یازده عبارت مثبت و نه عبارت منفی است. آزمودنی میزان انطباق هریک از مواد آزمون را با حالت‌های خود در مقیاس چهارگزینه‌ای از نوع لیکرت مشخص می‌کند.

در این مقیاس مواد شمارهٔ ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ کل آزمودنی، برابر حاصل جمع نمراتی است که از مواد پرسشنامه کسب می‌کند. حداقل نمره که گویای نبود احساس تنهایی بوده ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ است (۲۰). این پرسشنامه در سال ۱۳۷۸ توسط بحیرایی و همکاران بر ۴۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علامهٔ طباطبایی، دانشگاه تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، دانشگاه شهید رجایی، دانشگاه جامع علمی‌ـ کاربردی و دانشگاه صنعتی شریف هنجاریابی شده است (۲۱). برای سنجش اعتبار سؤالات، ضرایب همبستگی بین هریک از مواد پرسشنامه با نمرهٔ کل محاسبه شد؛ بنابراین اعتبار سؤالات پذیرفتنی است. ضریب آلفای کرونباخ، برای تعیین پایایی ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بین نمرات افسردگی و احساس تنهایی ۰/۶۷ محاسبه شد؛ بنابراین اعتبار هم‌زمان پرسشنامه نیز تأیید گردید. نتایج تحلیل عاملی نیز وجود چهار عامل را با عنوان انزوا، داشتن فرد صمیمی، اشتراک با دیگران و اجتماعی‌بودن، در بین ماده‌های پرسشنامه مشخص کرد (۲۱).

در این تحقیق از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی برای بررسی داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون آماری آنالیز کوواریانس استفاده شد. همچنین نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ به‌کار رفت و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی شامل حفظ محرمانهٔ اطلاعات و استفاده‌نکردن ابزاری از آن‌ها و حفظ شئونات انسانی به‌عنوان اصول اخلاقی بنیادی‌تر در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت و تمامی نکات مذکور رعایت شد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از ساختار و محتوی جلسات درمان شناختی‌رفتاری

محتوی جلسات
جلسهٔ اول: آشنایی و معرفی شرکت‌کنندگان، ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ درمان شناختی‌رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری.
جلسهٔ دوم: آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار و تفاوت بین آن‌ها، توضیح سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول.
جلسهٔ سوم: بازسازی افکار.
جلسهٔ چهارم: نشانه‌ها و زنجیره‌ها، بررسی زنجیرهٔ علت، پاسخ، پیامد، توضیح دربارهٔ چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیرهٔ رفتاری بزرگ‌تر.
جلسهٔ پنجم: جرئت‌ورزی، تعریف رفتار جرئت‌مندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتار جرئت‌مندانه.
جلسهٔ ششم: تکانشگری، خودکنترلی و افزایش خلق، تعریف تکانه و بحث در زمینهٔ مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر.
جلسهٔ هفتم: مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح دربارهٔ استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی.
جلسهٔ هشتم: عزت‌نفس، تعریف عزت‌نفس، بیان چگونگی نداشتن عزت‌نفس به‌دلیل خودارزیابی‌های منفی.

[1]. UCLA Loneliness Scale (Version 3)

[2]. Russell, Peplau , Fergosen

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

جدول ۲. خلاصه‌ای از ساختار و محتوی جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسهٔ اول: ارائهٔ مشکلات و علائم فعلی، تصدیق و درک مشکلات فعلی، ایجاد مبنایی برای رابطهٔ درمانی.
جلسهٔ دوم: بررسی بافتار فرهنگی و تاریخچه‌ای فرد، روایت‌کردن داستان و تاریخچهٔ زندگی، کسب بینش درخصوص خاطرات هیجانی درقبال خود و دیگران.
جلسهٔ سوم: فرمول‌بندی ساختاریافته در بافتار چهار حوزهٔ مدل شامل: پس‌زمینهٔ رشدی؛ ترس‌ها، تهدیدها، نگرانی‌ها و نیازهای برآورده‌نشده؛ راهبرهای ایمنی‌طلبی و جبرانی درونی و بیرونی.
جلسهٔ چهارم: توضیح‌دادن مدل (مغز تکامل‌یافته).
جلسهٔ پنجم: تنظیم تکالیف درمانی مانند نظارت بر افکار و ایجاد جایگزین برای آن‌ها، آزمایش‌های رفتاری یا تکالیف درجه‌بندی‌شده، به‌وجودآوردن خود مشفق، تصویرسازی و نامه‌نگاری مشفقانه، بررسی موانع و مشکلات.
جلسهٔ ششم: بازنگری و توضیح ارتباط بین شرم درونی و بیرونی، بیان تفاوت شرم و احساس گناه و تحقیر. توضیح دربارهٔ خصوصیات و مهارت‌های مشفقانه.
جلسهٔ هفتم: توجه‌آگاهی و ریتم تنفسی تسکین‌دهنده، آموزش تصویرسازی مشفقانه، ایجاد مکانی امن، رشد و پرورش خود مشفق.
جلسهٔ هشتم: تکنیک صندلی مشفق، شفقت‌ورزی به دیگران، نوشتن نامهٔ مشفقانه.

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را ۴۵ نفر از زنان در شرف طلاق تشکیل دادند که در دو گروه آزمایشی (هر گروه پانزده نفر شامل سی آزمودنی) و یک‌گروه کنترل (پانزده آزمودنی) قرار گرفتند. میانگین سن دو گروه آزمایشی ۲۹/۹۲ و ۲۹/۹۸ و گروه کنترل ۳۰/۰۱ بود. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر تنهایی را در دو مرحلهٔ ارزیابی به‌تفکیک سه گروه نشان می‌دهد. همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود در گروه آزمایشی درمان شناختی‌رفتاری و گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت برخلاف گروه کنترل در پیش‌آزمون درمقایسه با پس‌آزمون، نمرات متغیر تنهایی کاهش یافته است. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت سه گروه در پس‌آزمون معنادار است ($p<۰/۰۰۱$) و تفاوتی در اثربخشی این دو روش دیده نمی‌شود؛ بنابراین فرضیهٔ پژوهشی مبنی‌بر اینکه درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر میزان احساس تنهایی زنان در شرف طلاق مؤثر بوده، تأیید شد. میزان تأثیر ۰/۷۸ به‌دست آمد و این بدین‌معنا است که ۷۸درصد تفاوت‌های سه گروه ناشی‌از تأثیر مداخله در دو گروه آزمایشی می‌باشد. توان آزمون ۰/۹۹ به‌دست آمد که نشان از کفایت حجم نمونه دارد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر تنهایی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	مقدار p	مجذور اتا
تنهایی	شناختی‌رفتاری	۵۲/۳۳	۲/۴۱	۳۰/۲۰	۶/۹۶	۷۱/۰۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	متمرکز برشفقت	۵۳/۲	۲/۹۳	۳۰/۴۰	۶/۸۹			
	کنترل	۵۴/۶۷	۴/۶۵	۵۵/۳۷	۴/۵۳			

۴ بحث

هدف از این پژوهش اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمقایسه با گروه کنترل بر احساس تنهایی زنان در شرف طلاق مؤثر است.

رویکرد شناختی، فرایند شناختی را در ایجاد احساس تنهایی مؤثر می‌داند. احساس تنهایی زمانی به‌وجود می‌آید که بین انواع روابط بین‌فردی که شخص انتظار دارد و روابط بین‌فردی شخص در حال حاضر، تفاوت وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، احساس تنهایی مستلزم ادراک یا ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خویشتن و مقایسهٔ وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی است. وقتی زنان در فضای گروه و تحت مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری قرار بگیرند، احساس می‌کنند که به شبکهٔ مناسبی از تعاملات اجتماعی دسترسی پیدا کرده‌اند؛ بنابراین نشانه‌های احساس تنهایی عموماً از بین می‌رود (۸).

ارزیابی افراد از رویدادهای زندگی متأثر از شناخت‌های تحریف‌شده و غلط آن‌هاست. افراد تنها بسیاری از اتفاقات زندگی خود را به خطا

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

تعبیر و تفسیر می‌کنند که در نتیجهٔ آن در روابط با دیگران دچار مشکل می‌شوند. درمان شناختی‌رفتاری، مهارت زنان در شرف طلاق را در کنترل افکار ناکارآمد و برقراری ارتباط صمیمی و مثبت افزایش داده و ازطریق تغییر عقیده و فکر و رفتار اشتباه فرد، روابط وی را بهبود بخشیده است (۱۱).

آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی، شناسایی افکار منفی، اصلاح ارزیابی شناختی و جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی، جایگزینی رفتارهای سالم با رفتارهای ناسالم، تکنیک‌های رفتاری و آرام‌سازی و تمرین‌های ارائه‌شده برای تلفیق شیوه‌های آموخته‌شده با موقعیت‌های زندگی واقعی باعث کاهش احساسات منفی شده و موجب مقابلهٔ سازگارانه و کاهش احساس تنهایی گردیده است (۱۱).

عزت‌نفس یکی از عوامل تعیین‌کنندهٔ رفتار انسان در محیط اجتماعی محسوب می‌شود و به‌عنوان سپر و محافظی درمقابل ناسازگاری روان‌شناختی عمل می‌کند و باعث ارزیابی مثبت فرد از زندگی می‌گردد (۲۲). ازآنجاکه خودارزیابی‌های منفی موجب نبود عزت‌نفس می‌شود و افراد تنها اغلب در مهارت‌های اجتماعی نقص دارند، درمان شناختی‌رفتاری ازطریق آموزش خودگویی مثبت و افزایش عزت‌نفس و رفتار جرئت‌مندانه به آنان کمک می‌کند تا احساس تنهایی آن‌ها به‌طور چشمگیری کاهش یابد (۱۲).

وقتی فرد حس کند دوست‌داشتنی نیست و احساس تعلق ندارد یا علائم اجتماعی بیانگر پیوند با دیگران و ارزش‌مندی را از دست بدهد، مشکلات جدی همراه با احساس تنهایی و تهدید را تجربه می‌کند؛ ازطرفی به‌دلیل انتقاد دیگران و روابط نامطلوب گذشته با همسر سیستم خودسرزنشگری در وی رشد می‌کند (۲۳). اگر فرد به‌جای احساس نادیده‌گرفته‌شدن یا طردشدن، حس کند که تحت مراقبت قرار دارد، این مسئله اثرات مهمی بر وضعیت روان‌شناختی و ذهنی او می‌گذارد (۲۴). تمرین مراقبه که در درمان متمرکز بر شفقت آموزش داده می‌شود موجب احساس آرام‌ترشدن درونی و ارتباط با دیگران می‌گردد. تعامل‌های گرم و حاکی‌از پذیرش در گروه و حمایت اعضا با ارتباط اجتماعی و امنیت ارتباط دارد. حضور و حمایت دیگران و روابط اجتماعی همراه با پذیرش سبب آرام‌شدن حاضران در گروه می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌ای بسیار عینی‌تر و مشفقانه‌تر درمقابل مشکلات خود اتخاذ کنند (۱۶).

بنابراین درمان متمرکز بر شفقت باتوجه به سیستم‌های انگیزشی و هیجانی و تکامل‌یافته، تحریک و پرورش سیستم‌های تنظیم‌کنندهٔ عواطف، توجه به هیجان‌ها در جهت‌دهی به رفتار و تغییر در دیدگاه فرد، اتخاذ دیدگاه‌های انعطاف‌پذیر و غیرقضاوتی و مهربانانه و نیز فعال‌کردن سیستم آرامش و پذیرش بی‌قید و شرط، به زنان در شرف طلاق کمک می‌کند تا به‌جای احساس شرم و سرزنش، درک بهتری از احساس‌ها و مشکلات و معضلات زندگی خود داشته باشند و الگوهای ناسازگار فکری و هیجانی و رفتاری را همواره با تصور صدایی گرم و مهربان درک و اصلاح کنند (۲۵).

شفقت دید واقع‌بینانه به فرد می‌دهد. برپایهٔ این شناخت که ما نیز جزئی از نوع بشر هستیم و امکان خطا و اشتباه در ما وجود دارد، پس نیازی به قضاوت منفی و سرزنش‌کردن خودمان دربرابر ناکامی‌ها نیست و اتفاق رخ‌داده، برای دیگران نیز پیش آمده و این نوعی تجربهٔ جمعی محسوب می‌شود. دید مشفقانه به فرد کمک می‌کند تا با دیگران احساس تعلق و ارتباط کند (۲۶).

درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا متوجه شده که احتمالاً مجبورند در زندگی خود تغییراتی انجام دهند، از برخی خواسته‌ها دست بردارند، بعضی فقدان‌ها را بپذیرند، اهداف و درک خویشتن خود را بازیابند و با چیزهایی رودررو شوند که آن‌ها را می‌ترساند. زمانی‌که فرد به تشریح رنج پایدار خود می‌پردازد و تجارب هیجانی ایمن و مشفقانهٔ جدیدی به‌وجود می‌آید، حس انزوا و تنهایی از بین می‌رود (۱۶).

درمان متمرکز بر شفقت با تنظیم هیجانات سبب افزایش احساس اطمینان و امنیت در فرد شده و می‌تواند به زنان در شرف طلاق کمک کند تا احساسات و افکار و رفتارهای ناراحت‌کنندهٔ خود را مدیریت کنند؛ همچنین با احساس تعلق و مهربانی و پذیرش و درک خویشتن در موقعیت‌های دشوار به‌طور سازگارانه عمل نمایند و به‌خصوص در هنگام برخورد با احساسات خودآسیب‌زن در موقعیت‌های استرس‌زایی همچون طلاق سودمند باشد (۱۶).

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه تبیین و توجیه اکثر افراد از احساس تنهایی بیشتر ذهنی است، درمان شناختی‌رفتاری با شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی و تغییر این باورها و طرح‌واره‌های ناسازگار که موجب سوگیری در تفسیر نتایج می‌شوند و با استفاده از روش‌های رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، توان مقابلهٔ زنان در شرف طلاق را با رویدادهای ناخوشایند افزایش می‌دهد. همچنین درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور با فعال‌سازی نظام تسکین و افزایش حمایت اجتماعی و با یادآوری تجربیات مشترک انسانی موجب کاهش احساس تنهایی و انزوا می‌شود؛ بنابراین با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان سلامت روانی زنان در شرف طلاق را بهبود بخشید و به‌کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روان‌شناسان توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌شود. نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد. این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی به انجام رسیده و حاصل پایان‌نامهٔ نویسندهٔ اول مقاله است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

References

1. Berguno G, Leroux P, McAinsh K, Shaikh S. Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. The Qualitative Report. 2004;9(3):483–99.
2. Jokar B, Salimi A. Vijegihaye ravansanji form kootah meqyas ehsas tanhaie ejtemaie va atefi bozorgsalan [Psychometric properties of the short form of adult social and affective loneliness scale]. Journal of Behavioral Science. 2011;5(4):311–7 .[Persian]
3. Wu C, Yao G. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. Personality and Individual Differences. 2008;44(8):1762–71. doi: 10.1016/j.paid.2008.02.003
4. Fisher B. When Your Relationship Ends: The Divorce Process Rebuilding Blocks. Family Relations Learning Center; 1978, pp:29–38.
5. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. Clin Psychol Rev. 2006;26(6):695–718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002
6. Michela JL, Peplau LA, Weeks DG. Perceived dimensions of attributions for loneliness. J Pers Soc Psychol. 1982;43(5):929–36. doi: 10.1037//0022-3514.43.5.929
7. Karnick PM. Feeling lonely: theoretical perspectives. Nurs Sci Q. 2005;18(1):7–12; discussion 6. doi: 10.1177/0894318404272483
8. Nausheen B, Gidron Y, Gregg A, Tissarchondou HS, Peveler R. Loneliness, social support and cardiovascular reactivity to laboratory stress. Stress. 2007;10(1):37–44. doi: 10.1080/10253890601135434
9. Vitkus J, Horowitz LM. Poor social performance of lonely people: lacking a skill or adopting a role? J Pers Soc Psychol. 1987;52(6):1266–73. doi: 10.1037//0022-3514.52.6.1266
10. Kleinke CL. Coping with Life Challenges. Mohamadkhani Sh. (Persian translator). Fourteen edition. Tehran: Resane Takhassosi Publication; 2016, pp:188.
11. Wright JH, Basco MR, Thase ME. Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide. Ghasemzadeh H, Hamidpour H. (Persian translator). 3rd edition. Tehran: Arjmand Publication; 2016.
12. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy. New York, US: Routledge; 2005. pp:263–325.
13. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism. Personality and Individual Differences. 2005;38(7):1583–95. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.024
14. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. J Pers Soc Psychol. 2007;92(5):887–904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
15. Bennett-Goleman T. Emotional alchemy: how the mind can heal the heart. New York: Three Rivers Press; 2001.
16. Gilbert P. Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. Esbati M,Feizy A. (Persion translator). 1st edition. Tehran: Ebne Sina Publication; 2016.
17. Hutcherson CA, Seppala EM, Gross JJ. Loving-kindness meditation increases social connectedness. Emotion. 2008;8(5):720–4. doi: 10.1037/a0013237
18. Rezaei M. The effect of self-compassion training on the amount of passing, sincere attitudes and quality of life of married people [Master's Thesis]. Tehran: Islamic Azad University of Tehran Center; 2015. [Persian]
19. Siegel DJ. The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration. Norton; 2010.
20. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. J Pers Assess. 1978;42(3):290–4. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11
21. Bahirayi H, Delavar A, Ahadi H. Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on students attending Universities in Tehran. Quarterly Journal of Applied Psychology .2006;1(1):6–18. [Persian]
22. Free ML. Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice. 2nd ed. Wiley; 2007, pp:39–52.
23. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. Self and Identity. 2010;9(3):225–40. doi: 10.1080/15298860902979307
24. Porges SW. The Polyvagal Perspective. Biol Psychol. 2007;74(2):116–43. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
25. Thoma NC, McKay D. Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice. Mohamad Khani Sh, Etemadi A, Sadat Goli Z, Bastami M, Khaleghi M, Akbari E. (Persian translator). 1st edition. Tehran: Arjmand Publication; 2015.
26. Nori H. Compassion & Mindfulness a New Approach to Life's Challenge. 1st edition. Tehran: Kianafraz Publication; 2017. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5]
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

<