

مقاله اصلی

تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۸

خلاصه

مقدمه

طلاق یکی از تجارب تنش‌زای خانواده است که می‌تواند منجر به بروز تعارضات و ناسازگاری در اعضای خانواده مخصوصاً زنان شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه انجام شد.

روش کار

تحقیق حاضر از نظر هدف تحقیقی کاربردی است. این تحقیق براساس نحوه گردآوری داده‌ها نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه یک دوره پیگیری بود. از تعداد ۵۴۰۰ زن مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰، تعداد ۳۰ زن به صورت هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه (درمان مبتنی بر شفقت و گواه) به روش تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش را الگوی درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰)، پرسشنامه انزوای اجتماعی توسط چلبی و امیرکافی (۱۳۸۳)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و روبین (۱۹۹۵) و پرسشنامه شادکامی ارگایل ولو (۱۹۹۰) تشکیل دادند. داده‌ها استفاده از تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت انزوای اجتماعی را کاهش و انعطاف‌پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه را افزایش می‌دهد ($p \leq 0.01$) و این تاثیر در طول زمان با توجه به آزمون پیگیری ماندگار بود ($p \leq 0.01$).

نتیجه‌گیری

به منظور بهبود انزوای اجتماعی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر شفقت استفاده شود.

کلمات کلیدی

طلاق، درمان مبتنی بر شفقت، انزوای اجتماعی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، شادکامی.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

آناهیتا نوری نیستانک^۱

محمدباقر حبیبی*^۲

حسین بیگدلی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران.

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* گروه علوم تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: sahoobi4@gmail.com

مقدمه

است بر روند سازگاری تأثیر بگذارد برای شناسایی اینکه چرا برخی افراد آسیب پذیر می مانند در حالی که برخی دیگر با موفقیت بر طلاق غلبه می کنند و زندگی خود را ادامه می دهند از اهمیت بالایی برخوردار است. تحقیقات محققان نشان داده است که طلاق در بسیاری از زنان باعث می شود آنها تنهایی اجتماعی، عجز، یاس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی را تجربه کنند (۱۰) که مجموعاً به انزوای اجتماعی آنها می انجامد (۱۱).

از طرف دیگر، پژوهش های بسیاری نیز نشان داده اند که طلاق در زنان، انعطاف پذیری روانشناختی آنها را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱۲). انعطاف پذیری روانی به معنای توانایی برای تماس کامل با لحظه حال به عنوان یک انسان آگاه، و همچنین تغییر و یا ادامه در رفتار، زمانی که چنین کاری در خدمت به اهداف با ارزش می باشد (۱۳). هرچه افراد مشکلاتشان را بیشتر بپذیرند، انعطاف پذیری بیشتری نشان می دهند. افراد دارای تفکر انعطاف پذیر از توجه های جایگزین استفاده می کنند، چارچوب فکری خود را به طور مثبت بازسازی می کنند، رویدادهای استرس زا را در موقعیت های چالش برانگیز می پذیرند، و از نظر روان شناختی نسبت به افراد انعطاف ناپذیر، بردبارتر هستند (۱۴). این افراد تاب آوری روانی کمتری دارند و می توان گفت زمانی که افراد انعطاف ناپذیر در موقعیت های پر هرج و مرج و استرس زا قرار می گیرند، بیش از هر زمان دیگری به مداخلات روانی نیاز دارند. در تحقیقات مختلف، بررسی محققان مختلف نشان داده است که زنان مطلقه در بحث پذیرش و عمل، ارزش ها و گسلش شناختی که از اجزا و مولفه های انعطاف پذیری شناختی محسوب می شوند دچار مشکل می شوند (۱۵-۱۶). تحقیقات نشان داده است که مشکل در

طلاق به عنوان یکی از معضلات زندگی زناشویی و جامعه ی بشری پدیده ای روزافزون در بیشتر نقاط جهان و از جمله ایران است. طلاق یک پدیده روانی است، زیرا نه تنها به تعادل روانی دو انسان، بلکه فرزندان، دوستان، بستگان و نزدیکان آنها اثر می گذارد. در ثانی، طلاق به عنوان یک مسئله اجتماعی می تواند زمینه بروز آسیب های بسیاری در سطوح فردی فراهم آورد (۱). افسردگی، سرخوردگی، کاهش رضایت از زندگی، پذیرش نقش های چندگانه، دلتنگی، از دست دادن سلامت جسمی و روانی، مشکلات اقتصادی و معیشتی، تن دادن به ازدواج های موقت و یا خارج از عرف اجتماعی از جمله آثار و پیامدهایی است که زنان مطلقه با آن درگیر می باشند (۲).

تحقیقات اجتماعی نشان می دهد که زنان معمولاً ارتباط بیشتری با اعضای خانواده، دوستان و همسایگان برقرار می کنند و بیشتر در اجتماع مشارکت دارند (۳). با اینحال، بسیاری از محققان طلاق را عامل انزوای اجتماعی زنان می دانند (۴). انزوای اجتماعی وضعیت عدم ارتباط کامل یا تقریباً کامل بین یک فرد و جامعه است؛ این وضعیت با تنهایی متفاوت است که نشان دهنده عدم تماس موقت و غیرارادی با انسان های دیگر جهان است (۵). انزوای اجتماعی ممکن است معضلی برای افراد در هر سنی باشد، هر چند احتمال اینکه علائم بر اساس گروه سنی متفاوت باشد، وجود دارد (۶). اگرچه زمان برخی از زخم ها را التیام می بخشد و بسیاری از طلاق گرفته ها می توانند واقعیت های جدید خود را بپذیرند و سطح رفاه قبل از طلاق خود را بازیابی کنند (۷-۸)، اما همه نمی توانند با تغییراتی که طلاق ممکن است بر آنها تحمیل کند به عنوان مثال، شخصی، اجتماعی وفق دهند و بپذیرند، اغلب منجر به احساس طولانی مدت تنهایی اجتماعی می شود (۹). بررسی عواملی که ممکن

می‌گذارد (۲۵-۲۶). طلاق، بواسطه مشکلات و مصائبی که بدنبال دارد، احساس رضایت از زندگی را در زنان مطلقه سلب می‌نماید و همین مسئله باعث می‌شود تا وی از شادکامی فاصله بگیرد (۲۷).

پژوهشگران برای افراد دارای طلاق مداخلات متعددی را تاکنون به کار برده‌اند و از رویکردهای متعددی بهره برده‌اند اما به دلیل اثرات ناکارآمد طلاق، محققان همواره بدنبال راهی برای کاهش اثرات منفی طلاق بر زنان بوده‌اند. یکی از روش‌های مورد توجه برای افراد مطلقه روش درمان مبتنی بر شفقت است (۲۸). درمان متمرکز برشفقت یک سیستم روان درمانی است که پل گیلبرت^۱ آن را ابداع و تدوین کرده است؛ درمان مبتنی بر شفقت با تمرین‌های ویژه، تفکر، تجسم و تمرکز بر آنچه که به شیوه‌ای غیرقضاوتی به فرد امکان مهربانی به خود می‌دهد، دلسوزی و شفقت به خود را افزایش می‌دهد (۲۹). این رویکرد، شخص را آموزش می‌دهد تا با آرامش دهی و مهربانی به خود، احساس شادی و انعطاف‌پذیری و بهزیستی روانشناختی را به خود برگرداند و انزوای و احساس تنهایی را از خود دور سازد (۳۰). همچنین نف و دام^۲ (۳۱) اعتقاد دارد، درمان مبتنی بر شفقت موجب می‌گردد افراد در زمان ناکامی، موجودیت بودن خود را دوست داشته باشند و آن را درک کنند و بپذیرند، درد و رنج جنبه‌گریزناپذیر زندگی در روابط درون فردی و بین فردی است و گریزی از آن نیست. در این راستا، کریگر^۳ و همکاران (۳۲) بر این باورند، درمان مبتنی بر شفقت از آنجا که باعث افزایش مهربانی به خود، همدردی، احساس انسجام، انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش خودسرزنش-گری،

انعطاف‌پذیری روانشناختی با به چالش کشیده شدن سلامت روانی همراه است با اشکال مختلفی از آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (۱۷). محققان دریافته‌اند که عدم انعطاف روانشناختی با اضطراب، افسردگی، عملکرد ضعیف‌کار، ناتوانی در یادگیری، سوء مصرف مواد، ترس، رفتار ضد اجتماعی، با کیفیت پایین از زندگی، اضطراب اجتماعی، تریکوتیلومانیا، سوء استفاده جنسی، رفتار پرخطر جنسی، سرکوب، آلکسی تایمیا، معلولیت و روان همراه است (۱۸). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که میان انعطاف‌پذیری شناختی زوجین طلاق و چرخه زندگی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد (۱۹). بنابراین توجه به بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان مطلقه می‌تواند بر چرخه زندگی زنان موثر باشد (۲۰).

از سوی دیگر اثرات ازدواج شاد قابل مشاهده است، زیرا نشان داده شده است که شادکامی زناشویی به سطوح کلی شادکامی فردی (۲۱) و بهزیستی روانی کمک می‌کند. با این حال، محققان همچنین نشان داده‌اند که شادکامی زناشویی در طول زمان پایدار نیست. به طور متوسط، زوج‌هایی که ازدواج می‌کنند، تمایل دارند که در طول زندگی زناشویی خود کاهش خوشبختی و شادکامی زناشویی را گزارش کنند (۲۲). آنچه هنوز مشخص نیست این است که آیا کاهش شادکامی زناشویی به تصمیم‌گیری در مورد طلاق یا ماندن در ازدواج کمک می‌کند یا خیر. برخلاف نظریه‌های تصمیم‌گیری که بر فرآیندهای عقلانی و شناختی تأکید دارند، محققان به طور فزاینده‌ای نقش حیاتی احساسات را در فرآیندهای تصمیم‌گیری بررسی کرده‌اند (۲۳). بنابراین اثر ناگوار دیگر طلاق بر شادکامی زنان مطلقه است (۱۳). شادکامی یک حالت عاطفی است که با احساس شادی، رضایت و رضایتمندی مشخص می‌شود (۲۴). نتیجه پژوهش‌های مختلف نشان داده است که طلاق بر مولفه‌های عواطف مثبت و منفی و رضایت کلی از زندگی تاثیر منفی

1. Paul Gilbert

2. Neff & Dahm

3. Krieger

شرم، خودانتقادگری و تضادهای درونی می شود، در ایجاد مناسبات اجتماعی گرم و سازنده به خصوص در شرایط بحرانی زندگی نقش اساسی دارد. در پژوهش های مختلف کارایی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش شرم و خودانتقادگری و خودسرزنشگری (۳۳)، افزایش کفایت اجتماعی و انعطاف-پذیری شناختی در زنان دارای تعارضات زناشویی (۳۴)، افزایش تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خیانت همسر (۳۵) و افزایش صمیمت جنسی زوجین نابارور (۳۶) بررسی شده و نتایج اثربخشی مشاهده شده است.

همانطور که بیان شد درمان مبتنی بر شفقت بر طیف گستردهای از متغیرهای روانشناختی مانند استرس، اضطراب، تاب آوری و کیفیت زندگی تأثیر دارد و به نظر می رسد این درمانها بر مسائل روانشناختی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی افراد طلاق گرفته اثرات مثبتی داشته باشد؛ بنابراین از آنجا که زنان مطلقه به مداخلات روانشناختی به منظور بهبود روانشناختی و کیفیت زندگی نیاز می باشد، انجام مطالعه آزمایشی برای بهبود این زنان به روش درمان مبتنی بر شفقت ضروری به نظر می رسد. از طرفی با توجه به اینکه در کشور ما به دلیل وجود مسائل اجتماعی و اقتصادی، مشکلات زنان مطلقه بیش از پیش مشاهده می شود و به دلیل آسیب پذیری این قشر از زنان که آسیب ها روانی آنها به فرد ختم نشده و ممکن است تبدیل به آسیب های اجتماعی شود لذا لزوم بکارگیری مداخلاتی جهت کمک به ارتقا بهداشت روان و افزایش کیفیت زندگی این زنان بیش از پیش احساس می شود، بر این اساس و به منظور پر کردن شکاف پژوهشی، این مطالعه ب هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره در منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد کل زنان مطلقه مراجعه کننده به این مراکز، به صورت حدودی ۵۴۰۰ نفر در طول دو سال بود. از این جامعه ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند؛ ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن حداقل سطح سواد سیکل، داشتن سابقه حداقل یک سال زندگی مشترک، متارکه رسمی و فقدان سابقه اختلال روانی؛ ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: شرکت در سایر جلسات درمانی روان شناختی به صورت همزمان، عدم تمایل به ادامه ی فرآیند درمان و عدم پاسخگویی کامل به ابزار در مراحل آزمون. در مرحله اول اجرای پژوهش به تمامی افراد در دو گروه پرسشنامه های انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری شناختی و شادکامی آکسفورد داده شد و از آنها خواسته شد به تمامی سوالات پاسخ دهند. سپس برای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر شفقت طی هشت جلسه هفتاد دقیقه ای (هر هفته یک جلسه) به صورت گروهی یکبار در هفته اجرا شد. پس از اتمام دوره های مداخله بعد از گذشت یک هفته از آزمودنی های هر دو گروه خواسته شد یکبار دیگر پرسشنامه ها را تکمیل نمایند و بعد از دو ماه نیز آزمون پیگیری اجرا شد. بدین ترتیب داده های لازم برای تحلیل گردآوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و تحلیل واریانس آمیخته مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش به واحد های مورد پژوهش درمورد محرمانه بودن اطلاعات و داده ها، اطمینان داده شد. همچنین برای رعایت حقوق شرکت کنندگان از اسامی مستعار استفاده شد. ر صورت عدم تمایل شرکت کنندگان به ادامه

شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده است (کاملاً موافق=نمره ۵، موافق=نمره ۴، نظری ندارم=نمره ۳، مخالفم=نمره ۲ و کاملاً مخالفم=نمره ۱). براون^۲ و همکاران (۳۷)، روایی ابزار را ۰/۷۹ و ضریب پایایی سه مولفه آن را در مجموع ۰/۸۰ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۹ می باشد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: پرسشنامه شادکامی آکسفورد در سال ۱۹۹۰ با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک توسط ارگایل ولو^۳ ساخته شده است. این مقیاس ۲۹ ماده دارد. نمره گذاری این ابزار بر اساس طیف ۴ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. حداقل نمره هر آزمودنی ۲۹ و حداکثر آن ۱۱۶ است. بنابراین هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، نشانگر شادکامی بالاتر وی می باشد و برعکس. در مطالعات داخلی زالی و همکاران (۲)، روایی ابزار را ۰/۸۴ و ضریب پایایی سه مولفه آن را در مجموع ۰/۹۲ محاسبه نمودند. و در مطالعه خارجی نیز روایی ابزار را ۰/۷۹ و ضریب پایایی سه مولفه آن را در مجموع ۰/۸۷ محاسبه شد (۳۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۱ می باشد.

پروتکل درمانی مبتنی بر شفقت

اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به کار برده شده در جلسات این پژوهش بر مبنای الگوی درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۳۹) می باشد که در ۸ جلسه هفتاد دقیقه ای (هر هفته یک جلسه) انجام گرفت.؛ خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است:

همکاری، امکان ترک پژوهش به وی داده شد و در نهایت با توجه به رعایت اصول اخلاقی دو جلسه آموزشی برای گروه کنترل که تمایل به دریافت آموزش دارند نیز برگزار گردید.

ابزار

پرسشنامه انزوای اجتماعی: پرسشنامه انزوای اجتماعی توسط چلبی و امیر کافی (در سال ۱۳۸۳ مورد سنجش قرار گرفته است که جهت ارزیابی انزوای اجتماعی طراحی شده و شامل ۱۹ گویه می باشد. چهار بعد تنهایی اجتماعی (گویه های ۱ الی ۶)، عجز (گویه های ۷ الی ۱۰)، یأس اجتماعی (گویه های ۱۱ الی ۱۵) و کاهش تحمل اجتماعی (گویه های ۱۶ الی ۱۹) را مورد بررسی و سنجش قرار می دهد. نحوه نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت در پنج درجه و به صورت (کاملاً موافق=نمره ۵، موافق=نمره ۴، نظری ندارم=نمره ۳، مخالفم=نمره ۲ و کاملاً مخالفم=نمره ۱) می باشد. بازه نمرات بین ۱۹ الی ۹۵ و نقطه برش نمره ۵۷ می باشد. همچنین گویه های (۱-۲-۳-۴-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹) به صورت معکوس نمره گذاری می گردند. آمان و همکاران (۱۵)، روایی ابزار را ۰/۷۹ و ضریب پایایی چهار مولفه آن را در مجموع ۰/۸۶ و بین و همکاران (۱۷)، روایی ابزار را ۰/۸۷ و ضریب پایایی چهار مولفه آن را در مجموع ۰/۸۳ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۷ می باشد.

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی: پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی بمنظور ارزیابی انعطاف پذیری روانشناختی، توسط مارتین و روبین^۱ در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است و شامل ۱۲ گویه می باشد. این پرسشنامه سه بعد پذیرش و عمل (گویه های ۱ الی ۴)، ارزش ها (گویه های ۵ الی ۸)، و گسلش شناختی (گویه های ۹ الی ۱۲) را مورد بررسی و سنجش قرار می دهد.

2 Brown

3 Argyll & Lowe

1 Martin & Robin

جدول ۱. خلاصه جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۹)

ردیف	خلاصه محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
دوم	ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تاثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت های رنج آور کدام سیستم هیجانی فعالتر است؟
سوم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرامبخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام بخش در موقعیت های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
چهارم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. توضیح خصوصیت های شش گانه شفقت (مؤلفه های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیر قضاوتی، مسئولیت پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه هایی از مؤلفه های بعد اشتیاق در زندگی را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی های فرد مشفق را در خود بررسی کند
پنجم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. استفاده از ریتم تنفسی آرام بخش، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: مراجع چند تانیه نشخوار فکری کند و بعد تمرین خود مشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقاد گری بپردازد.
ششم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام بخش، معرفی قدرت تصویر سازی برای انسانها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویر سازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویر سازی های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
هفتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرامبخش قبل از تمرین. تمرین شفقت ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده آل و کامل برای خود، اشاره ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین های یاد گرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
هشتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع بندی و ارائه خلاصه ای از جلسات گذشته. تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نام های مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

نتایج

می دهند و کمترین آمار هم به سن ۵۱ سال و بیشتر مربوط است

که با ۹ درصد آمار را بخود اختصاص داده اند. در ادامه یافته های توصیفی و استنباطی آورده می شود.

در این پژوهش ۳۰ زن مطلقه در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت کرده بودند که ۴۰ درصد آنها در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشته اند که بیشترین آمار این دسته را بخود اختصاص

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش بر اساس نوع آزمون و گروهها

متغیرهای پژوهش	گروهها	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد پیش آزمون	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد پس آزمون	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد پیگیری
انزوای اجتماعی	درمان مبتنی بر شفقت	۶۵/۴۰	۶/۳۲	۳۲/۶۰	۴/۴۵	۳۱/۴۵	۵/۷۶

گروه گواه	۶۲/۸۹	۷/۴۵	۶۱/۹۸	۵/۲۳	۶۲/۸۷	۴/۵۴
انعطاف پذیری	۱۴/۱۰	۱/۶۶	۳۴/۹۰	۵/۳۳	۳۵/۱۲	۵/۳۷
روانشناختی	۱۴/۷۰	۱/۷۰	۱۵/۵۰	۱/۴۳	۱۵/۷۸	۳/۴۳
شادکامی	۳۳/۶۷	۴/۸۷	۵۱/۳۴	۵/۸۷	۵۲/۵۴	۴/۷۸
گروه گواه	۳۴/۰۹	۴/۴۵	۳۳/۲۱	۵/۴۵	۳۲/۴۲	۴/۳۴

همانطور که در جدول مشخص است میانگین انزوای اجتماعی گروه مبتنی بر شفقت و در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش و میانگین انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی افزایش یافته است و بین پس آزمون و

آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه گواه تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر زنان مطلقه

متغیرهای وابسته	اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور ای تا
انزوای اجتماعی	زمان	۴۰۳/	۳۴/۰۸۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۵۹۷/
انعطاف پذیری	تعامل گروه با زمان	۳۸۰/	۳۷/۴۸۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۶۲۰/
روانشناختی	زمان	۲۵۹/	۶۵/۶۵۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۷۴۱/
شادکامی	تعامل گروه با زمان	۳۳۱/	۴۶/۵۰۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۶۶۹/
	زمان	۲۸۵/	۳۲/۵۹۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۷۱۵/
	تعامل گروه با زمان	۲۵۶/	۳۷/۸۵۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۷۴۴/

در جدول ۳ نتیجه آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی مشخص است که تاثیر درمان مبتنی بر متغیرهای وابسته تأثیر دارد مثبت و معنی دار است. به منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

در جدول ۳ نتیجه آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه گزارش شده است. مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشخص است که نتایج حاکی از معنی داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است. با توجه به اندازه اثر ۰/۶۲، ۰/۶۷ و ۷۴ به ترتیب برای متغیرهای

جدول ۴. مقایسه زوجی نمرات میانگین انزوای اجتماعی در سه مرحله زمانی

متغیرهای پژوهش	زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	پس آزمون	۳۲/۸۰	۳/۸۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۳۳/۹۵	۲/۳۳۴	۰/۰۰۱
انعطاف پذیری	پیش آزمون	پس آزمون	-۳۲/۸۰	۳/۸۶۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۱۵	۰/۱۰۹	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۰/۸۰	۲/۷۶۸	۰/۰۰۱

روانشناختی	پیگیری	۲۱/۰۲-	۲/۱۵۴	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیش آزمون	۲۰/۸۰	۲/۷۶۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۷۳-	۰/۰۹۸	۱/۰۰۰
پیش آزمون	پس آزمون	۱۷/۶۷-	۱/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۸/۸۷-	۲/۰۹۰	۰/۰۰۱
شادکامی	پیش آزمون	۱۷/۶۷	۱/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۲۰-	۰/۰۹۸	۱/۰۰۰

روانشناختی و شادکامی بالاتر است. همچنین بین میانگین نمرات پس آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متاثر از مداخله درمانی بر اثر گذشت زمان دارد.

پرورش می دهد که شامل دیگران هم هست. می توان چنین گفت ایجاد رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری زنان مطلقه با تجربه انزوای اجتماعی، در راستای درد و رنج و هیجانات منفی می-کاهد، به عبارتی افزایش شفقت به خود، تمرکز زیاد زنان مطلقه با تجربه انزوای اجتماعی بر روی احساسات و افکار منفی شان که منجر به محدود شدن نگرش آنان به زندگی شده بود را از بین برده و با افزایش آرامش درونی و اجتناب از نادیده گرفتن وضعیت حاضر، فرد را از غرق شدن در هیجانات منفی و نشخوار فکری پیرامون عواطف ناخوشایند رهایی بخشیده که پیامد آن، برقراری ارتباط با دیگران و داشتن نقشی در خانواده و جامعه است (۴۱).

همچنین در تبیین یافته حاصل می توان عنوان کرد آموزش شفقت به خود سبب گسترش مهربانی و درک خویش و پرهیز از انتقاد و قضاوت های ناگوار درباره خود می شود؛ لذا موجب می گردد زنان مطلقه با تجربه انزوای اجتماعی، خود تنظیمی مثبتی از خویش نشان دهند؛ همچنین با افزایش عزت نفس در زنان باعث می شود نگرش های صمیمانه اش در جهت زندگی هدف-مندتر ارتقا پیدا کند. باید گفت، آموزش شفقت به خود در

مطابق با یافته های گزارش شده در این جدول مشخص است که بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون، میانگین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < .01$). بطوریکه میانگین پس آزمون و پیگیری از میانگین پیش آزمون به لحاظ آماری در متغیر انزوای اجتماعی پایتتر و انعطاف پذیری

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی، انعطاف پذیری روانشناختی و شادکامی زنان مطلقه انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش انزوای اجتماعی زنان مطلقه تاثیر معنی دار دارد. این نتیجه با نتیجه بدست آمده در پژوهش های قناعتی کاشانی و همکاران (۲۷) و آمان و همکاران (۱۵) همسوئی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت شفقت به خود به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که چیزی بد پیش می رود و به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب می شود. در واقع زمانی که زنان مطلقه، به شفقت نسبت به خود دست یافتند، به پذیرش این نکته نائل شدند که رنج، شکست و نابسندگی ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است (۴۰). در طول جلسه درمانی زنان مطلقه مطلع می شوند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج ها، کاستی ها و نواقص خود تنها نبوده و فقط او نیست که دچار چه مشکلاتی و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود

این گروه سبب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خشی می‌شود (۳۹) بنابراین خودشفقت‌ورزی می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته‌شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌گردد؛ بلکه تلاش بر این است تا احساسات به‌صورتی مهربانانه پذیرش‌شود که در خلال آن احساسات منفی به احساسات مثبت تبدیل شده و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. درنهایت باید گفت فرد از طریق شفقت‌ورزی به خود، امنیت هیجانی به‌وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خویش، خودش را به‌وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری و هیجانی و رفتاری‌اش را درک و اصلاح کند (۴۲).

از سوی دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت به شیوه درمانی خود مانع از فاصله گرفتن فرد مبتلا از اجتماع و دیگران می‌شود. وقتی فرد از اجتماع فاصله نگیرد، قادر به تامین نیازهای اساسی خود، یعنی نیاز به احساس تعلق خاطر به دیگران، احساس پذیرفته شدن از سوی دیگران و احساس عضویت در یک گروه را خواهد بود. درمان مبتنی بر شفقت باعث می‌شود تا فرد به این نکته بیندیشد که انسان ذاتاً اجتماع طلب بوده و در اجتماع رشد می‌کند و بنابراین انزوای اجتماعی برای او نه تنها فایده‌ای ندارد بلکه پر از آسیب خواهد بود. انزوای اجتماعی معضلی است که محدود به سن خاصی نمی‌باشد اما علائم آن برای گروه‌های سنی مختلف، متفاوت می‌باشد. این مفهوم به معنای عدم ارتباط کامل یا تقریباً کامل بین یک فرد و جامعه است. در نتیجه بکار بستن روش درمانی مبتنی بر شفقت می‌تواند برای درصد قابل توجهی از افراد جامعه کاربردی و مفید باشد. درمان مبتنی بر شفقت بیشتر بر ارتباط‌گیری فرد با اطراف خود تاکید دارد تا به هر صورت احساس تنهایی را از فرد بگیرد (۴۳).

همچنین به او یادآوری می‌کند که وی می‌تواند همواره به دیگران کمک کند و از دیگران کمک بگیرد و بنابراین هرگز از انجام امور و برطرف کردن نیازهایش عاجز نخواهد بود. تقویت مرادوات در این جلسات درمانی باعث می‌شود که تحمل اجتماعی فرد بالاتر و در نتیجه انزوای اجتماعی کاهش پیدا بکند.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف پذیری زنان مطلقه تاثیر معنی دار دارد. این نتیجه با نتایج بدست آمده در پژوهش لی و جانسون (۴۴) همسوئی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت شکست‌ها و سرخوردگی‌ها، بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی و جز لاینفک زندگی است و همه انسان‌ها در بستر زندگی خود با آن مواجه می‌شوند، نوع ارزیابی که انسان‌ها از این شکست‌ها دارند، منجر به هیجان‌های خودآگاه مانند شرم و گناه می‌شود. احساس گناه و شرم یک هیجان منفی و به‌شدت آزاردهنده است که محصول آن خوار شدن و بی‌ارزشی نسبت به خود در روابط بین فردی و درون فردی و انجام رفتارهایی مانند عذرخواهی، جبران کردن و درنهایت موجب عدم انعطاف‌پذیری شناختی، بی‌کفایتی اجتماعی و دیگر پریشانی‌های روانشناختی می‌شود. زمانیکه افراد در جلسات درمانی مبتنی بر شفقت قرار می‌گیرند و فنون مختلف مبتنی بر شفقت از جمله فنون ذهن آگاهی، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، تصویرسازی شفقت ورز و دیگر فنون مبتنی بر شفقت را آموزش می‌بینند، بعد از مدتی ساختار ذهنی آنها مسلح به ذهن مشفق می‌شود. در چنین شرایطی افراد با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌های منفی، مدت‌زمان برانگیختگی هیجان‌های خود را کنترل و تنظیم می‌کنند و تلاش می‌کنند، معنای حالت‌های احساسی و ادراکی خود را تغییر دهند. در چنین حالتی نه

تنها احساسات و هیجان‌های آنها، دردناک و یا حالت اجتنابی ندارد، بلکه با مهربانی و احساس اشتراکات انسانی که از احساسات و هیجان‌های خود دارند، به نگاه بهتر و واقع بینانه تری نسبت به هیجان‌های خود دست می‌یابند (۳۷). این امر از یکسو باعث می‌شود، افراد برخورد مؤثرتر و بهتری در مناسبات اجتماعی به خصوص در موقعیتهای اضطراب‌زا داشته باشند و از سوی دیگر چنین حالتی موجب افزایش تاب‌آوری هیجانی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی آنها می‌شود.

زمانی که درمانجویان در جلسات مبتنی بر شفقت قرار می‌گیرند و مداخله‌های مبتنی بر شفقت را آموزش می‌بینند و سپس آن را در دنیای واقعی خود بکار می‌گیرند، بعد از مدتی به یک نوع آشتی با خود دست می‌یابند. در این آشتی، نه گذشته فراموش می‌شود و نه رنج‌ها ناپدید می‌گردد، بلکه نگرش و ارتباط آنها با خودشان تغییر می‌کند و دیگر نشانی از جنگ و ستیز درونی که با تجارب هیجانی منفی ارتباط داشته باشد، وجود ندارد. چنین نگرش حمایت‌گرانه و مشفقانه در موقعیت‌های استرس‌زا زندگی موجب می‌شود، آنها با خودشان مهربان باشند و به خودشان سخت نگیرند (۴۵). به بیان بهتر، چنین نگرشی نه تنها منجر به پیامدهای روانشناختی مثبت می‌شود، بلکه در مناسبات بین فردی و اجتماعی منجر به تاب‌آوری هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و بهزیستی روانی می‌شود و این مهم در طولانی مدت می‌تواند موجب کاهش ستیز درونی و تعارضات بین فردی گردد.

در بیانی دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت با تاثیر بر پذیرش و عمل، ارزش‌ها و گسلش شناختی فرد به وی می‌آموزد که سازگاری بیشتر در شرایط متفاوت داشته باشد، بر درس گرفتن از تجربه‌های گذشته تاکید می‌کند و به او می‌گوید که به تصمیم‌گیری مناسب‌تر در هنگام بروز بحران‌ها و مشکلات فکر کند. فرد می‌آموزد که باید تمایل به داشتن تجربه‌های مختلف

داشته باشد و از تفکرات خشک و غیر منطقی پرهیز نماید (۴۶). مشارکت در بحث‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی، کنترل رفتار از طریق واکنش مناسب نسبت به احساسات و هیجانات، صبور بودن، امیدوار بودن، داشتن تفکر باز نسبت به عقاید، باورها و سنت‌های متفاوت، تغییر پذیر بودن و یا آمادگی تغییر را داشتن و خوش بین بودن نیز از دیگر مواردی است که در این جلسات در فرد تقویت می‌شود و بنابراین باعث بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی در فرد می‌شود.

نهایتاً نتیجه پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزای شادکامی زنان مطلقه تاثیر معنی دار دارد. این نتیجه با نتایج مقدس علی و همکاران (۱۶)، هاگز و همکاران (۴۷) و بوزیگاران و فیلیپه (۲۹) همسوئی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باید به ساز و کار درمان شفقت‌محور توجه کافی را داشت. در واقع، این رویکرد درمانی که از جمله درمان‌های موج سوم رفتاری است، به جای تلاش برای حذف یا اجتناب از درد و احساسات مرتبط، آن را به رسمیت می‌شناسد و به عنوان تجربه مشترک انسانی به آن نگاه می‌کند. هدف از درمان متمرکز بر شفقت، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله‌ی تشویق کردن آن‌ها به مشفق بودن با خودشان و دیگران است. شفقت باخود و دیگران، یک پاسخ‌هیجانی است و جنبه‌ی مهمی از سلامت را تشکیل می‌دهد. ارتقای شفقت، در واقع افزایش سلامت‌هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی است. می‌توان گفت که در درمان شفقت‌محور، عدم‌قضاوت نسبت به درد و رنج و تلاش برای کاهش رنج، تأکید شده است (۳۱).

در بیانی دیگر، می‌توان اضافه کرد، درمان شفقت‌محور همانند یک سبک تنظیم‌هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌-

استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی محدودیت اصلی این پژوهش بود، لذا در تعمیم نتایج بایستی احتیاط کرد. نمونه‌های پژوهش از نوع در دسترس بوده و اعضای نمونه از بین زنان مطلقه مراجعه کننده به سه مرکز مشاوره در تهران انتخاب شده اند، به همین دلیل تعمیم نتایج به زنان دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش عوامل زمینه ای و تفاوت های فرهنگی کنترل نشد. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه ای اثر مداخلات را بیش برآورد کرده باشند. متغیرهایی مانند نوع ازدواج، نوع طلاق (توافقی یا غیرتوافقی) و یا داشتن یا نداشتن فرزند که ممکن است بر متغیرهای پژوهش اثر گذار باشد کنترل نشد. به منظور تعمیم بهتر نتایج پژوهشی، پیشنهاد می شود پژوهشی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی نیز انجام شود. با توجه به اینکه آزمون پیگیری فقط در یک مرحله مورد اجرا قرار نگرفت، لذا پیشنهاد می شود در پژوهشهای آینده به منظور سنجش معتبرتر پایدار مداخلات، آزمون پیگیری در فواصل مختلف اجرا شود. همچنین مطالعاتی همسو با این پژوهش در دیگر نواحی کشور انجام داده و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه نمایند. در نهایت نظریه اینکه زنان مطلقه حجم قابل توجهی از جامعه را شامل می شوند و برخی از آنان احتمالاً مسئولیت فرزندان خود را نیز برعهده دارند؛ بنابراین بایستی مسائل روانشناختی در این قشر مدنظر مسئولین ذی ربط قرار گیرد و با توجه به نتیجه این پژوهش، پیشنهاد می شود درمان مبتنی بر شفقت برای این قشر زنان توسط مراجع ذی ربط و روانشناسان فعال حوزه خانواده و طلاق اجرا شود.

نماید. بنابراین، به نظر می رسد که به واسطه این خودتنظیمی- هیجانی، افسردگی، اضطراب و حس تنهایی فرد کاهش می یابد. بنابراین می توان به ماهیت و محتوای تمرین های شفقت بر آرام سازی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش استرس دارد (۴۸) از آن جایی که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده می شود تا رنج خود را قضاوت نکنند، آن را تنها به عنوان رنج پاک خود بپذیرند و به هنگام درد با استفاده از تکنیک هایی که به آنها آموزش داده شده است، با خود مهربان باشند و به خودشان اهمیت دهند، از خود مراقبت کنند و در جست و جوی راه حلی برای کاهش رنج خود باشند، نقش مهمی در درک استرس و کاهش شدت آن دارد و این امر به طبع باعث رضایت و شادکامی می گردد (۴۹).

در بیانی دیگر می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت تلاش می کند فرد بیاموزد تا زمان بیشتری را صرف معاشرت کند، روابط خود را با دوستان و خانواده تقویت نماید، شخصیت اجتماعی خود را توسعه دهد، خود شفقت ورزی و مهربانی با خود را افزایش دهد، انتظارات و آرزوهای معقول و مناسب داشته باشد، تفکر مثبت و خوش بینی را ایجاد کند، روی قدردانی و شکرگذاری متمرکز شود، درگیر کارهای معنادار شود، سازماندهی و برنامه ریزی داشته باد و احساسات منفی را کاهش دهد و نهایتاً دوست بهتری باشد (۴۳). اینها باعث تاثیر مثبت درمان مبتنی بر شفقت بر عواطف مثبت و منفی فرد شده و نهایتاً شادکامی وی افزایش می یابد.

Reference

1. Kalmijn M. Cohort changes in the association between parental divorce and children's education: A long-term perspective on the institutionalization hypothesis. *European Sociological Review*. 2024 Feb 1;40(1):55-71.
2. Zali Z, Ahmadi S, Sarami Foroshani G. The mediating role of marital forgiveness in the relationship between psychological hardness and marital burnout. *FPJ* 2019; 5 (1) :107-124
3. Cornwell B, Schafer MH. Social networks in later life. In *Handbook of aging and the social sciences* 2016 Jan 1 (pp. 181-201). Academic Press.

4. Bahreini Z, Keshvari B, Farnam A. The predictive role of alexithymia in marital satisfaction and forgiveness among women with antisocial personality. *Community Health*. 2019 Jan 1;6(2):208-16.
5. Parvandi A, Arefi M, Moradi A. The role of family functioning and couples communication patterns in marital satisfaction. *FPJ* 2016; 2 (1) :54-65
6. Wang F, Gao Y, Han Z, Yu Y, Long Z, Jiang X, Wu Y, Pei B, Cao Y, Ye J, Wang M. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature human behaviour*. 2023 Aug;7(8):1307-19.
7. Amato PR. The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage and family*. 2000 Nov;62(4):1269-87.
8. Pudrovska T, Carr D. Psychological adjustment to divorce and widowhood in mid-and later life: Do coping strategies and personality protect against psychological distress?. *Advances in Life Course Research*. 2008 Jan 1;13:283-317.
9. Perrig-Chiello P, Hutchison S, Morselli D. Patterns of psychological adaptation to divorce after a long-term marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2015 May;32(3):386-405.
10. National Academies of Sciences, Division of Behavioral, Social Sciences, Medicine Division, Board on Behavioral, Sensory Sciences, Board on Health Sciences Policy, Committee on the Health, Medical Dimensions of Social Isolation, Loneliness in Older Adults. *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press; 2020 Jun 14.
11. Donovan NJ, Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a national academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020 Dec 1;28(12):1233-44.
12. Guida AM. *The Effect of an Acceptance and Commitment Therapy Co-Parenting Education Intervention: An Analysis of Co-Parenting Self-Efficacy, Self-Regulation, and Psychological Flexibility Amongst High Conflict Co-Parents* (Doctoral dissertation, The University of Arizona).
13. Seraj F, Nourani S, Shakeri M. Correlation between transition difficulty to parenthood and marital satisfaction and its comparison in women with first and second child.. *IJPN* 2014; 2 (3) :1-11
14. Gloster AT, Meyer AH, Lieb R. Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017 Apr 1;6(2):166-71.
15. Aman J, Abbas J, Nurunnabi M, Bano S. The relationship of religiosity and marital satisfaction: The role of religious commitment and practices on marital satisfaction among Pakistani respondents. *Behavioral Sciences*. 2019 Mar 20;9(3):30.
16. Moghadasali, S., Mirhashemi, M., Bagheri, N. The Role Communication Patterns and Identity Styles on Prediction Marital Satisfaction: A Discriminational Study. *Applied Psychology*, 2021; 15(1): 168-141. doi: 10.52547/apsy.2021.216298.0
17. Bean RC, Ledermann T, Higginbotham BJ, Galliher RV. Adjustment difficulties and marital stability in remarriages: The role of stepfamily constellation. *Marriage & Family Review*. 2021 Nov 17;57(8):721-40.
18. Berzonsky MD. Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality and individual differences*. 2008 Feb 1;44(3):645-55.
19. Chong YY, Frey E, Chien WT, Cheng HY, Gloster AT. The role of psychological flexibility in the relationships between burnout, job satisfaction, and mental health among nurses in combatting COVID- 19: A two- region survey. *Journal of Nursing Scholarship*. 2023 Sep;55(5):1068-81.
20. Russo A, Zammitti A, Santisi G, Magnano P. The relationship between psychological flexibility and career adaptability as resources to promote well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2024 Mar 3;52(2):286-95.
21. Carr D, Freedman VA, Cornman JC, Schwarz N. Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well- being in later life. *Journal of marriage and family*. 2014 Oct;76(5):930-48.
22. Kamp Dush CM, Taylor MG, Kroeger RA. Marital happiness and psychological well- being across the life course. *Family relations*. 2008 Apr;57(2):211-26.
23. Lerner JS, Li Y, Valdesolo P, Kassam KS. Emotion and decision making. *Annual review of psychology*. 2015 Jan 3;66(1):799-823.
24. Zanon C, Fabretti RR, Martins JZ, Heath PJ. Adaptation of the Steen Happiness Index (SHI) to Brazil: A comparison of the psychometric properties of the SHI and the Subjective Happiness Scale. *Assessment*. 2022 Dec;29(8):1597-610.
25. Ding D, Gale J, Bauman A, Phongsavan P, Nguyen B. Effects of divorce and widowhood on subsequent health behaviours and outcomes in a sample of middle-aged and older Australian adults. *Scientific Reports*. 2021 Aug 2;11(1):15237.
26. Tosi M, van den Broek T. Gray divorce and mental health in the United Kingdom. *Social science & medicine*. 2020 Jul 1;256:113030.
27. Ghenaati Kashani J, Shokgozar A, Hemmatirad G. The effect of cognitive-behavioral training on social adaptation and emotional maturity and dissatisfaction in women's marital relationships. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 2023; 9(6), 8-29.
28. Morteza H, Ghorbani R, Alibeigi M, Mirakhorloo S, Arjaneh M. Relationship between marital and occupational satisfaction in the Iranian health center employees . *Koomesh* 1397; 20 (2) :300-309
29. Bouizegarene N, Philippe FL. Longitudinal directive effect of need satisfaction in self-defining memories on friend related identity processing styles and friend satisfaction. *Self and Identity*. 2018 Mar 4;17(2):127-38.
30. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Apr 1;326:168-92.

31. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation*. 2015:121-37.
32. Krieger T, Berger T, grosse Holtforth M. The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*. 2016 Sep 15;202:39-45.
33. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and identity*. 2013 Mar 1;12(2):146-59.
34. Tarkhan, M., Neshatdost, H. T., Tarkhan, M. The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Cognitive Flexibility and Social Sufficiency of Women with Marital Conflicts. *Social Cognition*, 2020; 9(18): 137-152.
35. Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh S M R. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-compassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity. *JGUMS* 2021; 30 (2) :130-143
36. Hasani E, Parandin Sh. Comparing the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment and couple therapy based on compassion on marital conflicts and sexual intimacy of infertile couples in Kermanshah. *Health Psychology and Social Behavior Quarterly*, 2022; 2(3), 19-31.
37. Brown, M., Whiting, J., Kahumoku- Fessler, E., Witting, A. B., & Jensen, J. The relationship between identity styles and marital life satisfaction in individuals. *Family Relations*, 2020; 69(1), 138-150.
38. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*. 2002 Nov 1;33(7):1073-82.
39. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009 May;15(3):199-208.
40. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023 Jan 18;74(1):193-218.
41. Cai RY, Gibbs V, Love A, Robinson A, Fung L, Brown L. "Self-compassion changed my life": The self-compassion experiences of autistic and non-autistic adults and its relationship with mental health and psychological wellbeing. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023 Mar;53(3):1066-81.
42. Foroutan M, Nejat H, Toozandehjani H. Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Distress Tolerance and Pain Management in Patients with Multiple Sclerosis. *MEJDS* 2020; 10 :30-30
43. Neff K, Germer C. The role of self- compassion in psychotherapy. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):58.
44. Li PF, Johnson LN. Couples' depression and relationship satisfaction: Examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy*. 2018 Feb;40:S63-85.
45. Moran DJ, Ming S. The mindful action plan: Using the MAP to apply acceptance and commitment therapy to productivity and self-compassion for behavior analysts. *Behavior Analysis in Practice*. 2022 Mar;15(1):330-8.
46. Reilly EB, Stuyvenberg CL. A meta-analysis of loving-kindness meditations on self-compassion. *Mindfulness*. 2023 Oct;14(10):2299-310.
47. Hughes PC, Dickson FC. Communication, marital satisfaction, and religious orientation in interfaith marriages. *The Journal of Family Communication*. 2005 Jan 1;5(1):25-41.
48. Mak, W. W. S., Wong, C. C. Y., Chan, A. T. Y., & Lau, J. T. F. Mobile self compassion programme for promotion of public mental health: a randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 2019; 25(2), 17-15.
49. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, Negi LT, Cebolla A. Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies*. 2018 Sep;17(3):684-96.

Original Article

The effect of compassion-based therapy on social isolation, psychological flexibility and happiness of divorced women

Received: 06/02/2024 - Accepted: 07/05/2024

Anahita Noori Neyestanak¹
Mohammad Bagher Hobbi^{*2}
Hossein Bigdeli³

¹ PhD student, Department of General Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran

Email: sahhobi4@gmail.com

Abstract

Introduction: Divorce is one of the stressful experiences of the family, which can lead to conflicts and incompatibility among family members, especially women. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of compassion-based therapy on social isolation, psychological flexibility and happiness of divorced women.

Method: The present research is practical in terms of research purpose. This research was based on the semi-experimental data collection method with a pre-test and post-test design with a control group and a follow-up period. From the number of 5400 divorced women referring to counseling centers in the 2nd district of Tehran in 2013-2014, 30 women were selected purposefully and randomly replaced in two groups (treatment based on compassion and evidence). The research tools were Gilbert's compassion-based treatment model (2010), social isolation questionnaire by Chalabi and Amir Kafi (2013), cognitive flexibility questionnaire by Martin and Rubin (1995) and happiness questionnaire by Argyle Velo (1990). The data was analyzed using mixed variance analysis.

Results: The results of repeated measurement variance analysis showed that compassion-based therapy reduces social isolation and increases psychological flexibility and happiness of divorced women ($p \leq 0.001$) and this effect was sustained over time according to the follow-up test ($p \leq 0.001$).

Conclusion: In order to improve social isolation, psychological flexibility and happiness of divorced women, it is suggested to use compassion-based therapy.

Keywords: Divorce, compassion-based therapy, social isolation, psychological flexibility, happiness.

conflict of interest: There is no conflict of interest.