

Comparing the Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy and Compassion-based Therapy on Social Isolation of Divorced Women

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

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

How to cite this article

Anahita Noori Neyestanak, Mohammad Bagher Hobi, Hossein Bigdeli, Comparing the Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy and Compassion-based Therapy on Social Isolation of Divorced Women, *Islamic Life Style*. 2022; 7:103-115.

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. (Corresponding Author).

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

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: sahobbi4@gmail.com

Article History

Received: 2023/03/25
Accepted: 2023/06/13

ABSTRACT

Purpose: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group dialectical behavior therapy and compassion-based therapy on social isolation of divorced women.

Materials and Methods: This research was applied in terms of purpose and based on the method of data collection, it was semi-experimental with a pre-test and post-test or control group design. The statistical population included all divorced women who referred to counseling centers in the second district of Tehran in 2013-2014, and from three counseling centers voluntarily and available, 45 people were selected as a statistical sample, and 15 people were randomly assigned. In the first experimental group of group dialectical behavior therapy, 15 people were in the second experimental group of compassion-based therapy and 15 people were in the control group. The data collection tools were 10 sessions of group dialectical behavior therapy, 8 sessions of compassion-based therapy and Russell's Social Isolation Questionnaire (UCLA). Also, analysis of covariance and SPSS 24 software were used for data analysis.

Findings: The results of the research showed that both compassion-based therapy and group dialectical therapy had a significant effect on the variable of social isolation of divorced women. Of course, compassion-based therapy has been better and more effective than group dialectical behavior therapy in reducing social isolation.

Conclusion: As a result, compassion-based therapy and dialectical therapy can be considered effective methods to reduce the social isolation of divorced women.

Keywords: Group Dialectical Behavior Therapy, Compassion-Based Therapy, Social Isolation, Divorced Women

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه

آناهیتا نوری نیستانک^۱

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

محمدباقر حبیبی^{*۲}

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

حسین بیگدلی^۳

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و براساس نحوه گردآوری داده‌ها نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون یا گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره در منطقه دوم شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود و از سه مرکز مشاوره به صورت داوطلبانه و در دسترس، ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات نیز ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت و پرسشنامه انزوای اجتماعی راسل (UCLA) بود. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که هم درمان مبتنی بر شفقت و هم درمان دیالکتیکی گروهی بر متغیر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تأثیر معناداری داشته است. البته درمان مبتنی بر شفقت در زمینه کاهش انزوای اجتماعی بهتر و اثرگذارتر از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بوده است.

نتیجه گیری: در نتیجه می‌توان درمان مبتنی بر شفقت و درمان دیالکتیکی را به منزله روش‌هایی کارا در جهت کاهش انزوای اجتماعی زنان مطلقه در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، درمان مبتنی بر شفقت، انزوای اجتماعی، زنان مطلقه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

*نویسنده مسئول sahobbi4@gmail.com

مقدمه

طلاق یک پدیده روانی است، زیرا نه تنها به تعادل روانی دو انسان، بلکه فرزندان، دوستان، بستگان و نزدیکان آنها اثر می‌گذارد. در ثانی، طلاق به عنوان یک مسئله اجتماعی می‌تواند زمینه بروز آسیب‌های بسیاری در سطوح فردی فراهم آورد (۱).

افسردگی، سرخوردگی، کاهش رضایت از زندگی، پذیرش نقش‌های چندگانه، دل‌تنگی، از دست دادن سلامت جسمی و روانی، مشکلات اقتصادی و معیشتی، تن دادن به ازدواج‌های موقت و یا خارج از عرف اجتماعی از جمله آثار و پیامدهایی است که زنان مطلقه با آن درگیر می‌باشند. خشونت مردان، خیانت، اعتیاد، سرد شدن رابطه جنسی و عدم درک یکدیگر و سلطه مرد بر زن دلایل واقعی طلاق و جدایی زنان از همسر خود می‌باشد. لذا در طی چند دهه اخیر اقدامات پیشگیری و درمانی مربوط به زناشویی و طلاق مورد توجه قرار گرفته است. یکی از روش‌های مورد توجه روش درمان مبتنی بر شفقت است. درمان متمرکز بر شفقت (CFT) یک سیستم روان‌درمانی است که پل گیلبرت آن را ابداع و تدوین کرده است. این رویکرد از معروف‌ترین روان‌درمانی‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که تکنیک‌هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب را یکپارچه کرده است (۲).

با توجه به اینکه بعد از طلاق زنان دچار انزوای اجتماعی می‌شوند لذا محقق در این پژوهش بر آن است که به مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه بپردازد.

طلاق یک رویداد پیچیده و استرس‌زا است که به عنوان خاتمه قانونی به زندگی با همسر به مدت طولانی تعریف می‌شود و علی‌رغم اینکه طلاق یک پدیده رایج است اما یک اتفاق عظیم در زندگی محسوب می‌شود و عواقب وخیم آن پیامدهای منفی اجتماعی، فرهنگی، روانشناختی و جسمانی را در بر می‌گیرد (۳). با وجود تأثیر طلاق بر همه‌ی اعضای خانواده، پیامدهای طلاق برای زنان بیشتر است (۴) و نتایج نشان می‌دهند که پیامدهای روانشناختی طلاق برای مردان زودگذر است، در حالی که برای زنان مزمن و پایدارتر است. هم‌چنین طلاق یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده پریشانی روان‌شناختی است و با توجه به اینکه زنان بیش از مردان آغازگر تنش‌های زناشویی و فرآیند طلاق هستند، نسبت به مردان پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (باچراچ و آرتنز، ۲۰۲۱). افزایش انزوا و احساس تنهایی از جمله پیامدهای روانشناختی طلاق برای زنان مطلقه است.

یکی از مهم‌ترین احساساتی که زنان پس از طلاق تجربه می‌کنند احساس تنهایی و انزوا است. انزوای اجتماعی وضعیت عدم ارتباط کامل یا تقریباً کامل بین یک فرد و جامعه است. این وضعیت با

داند. هم چنین به شناخت متقابل زوج ها از یکدیگر تأکید و همدلی و پذیرش در جریان تغییر رفتار را بخش جدایی ناپذیر فرآیند تغییرات ایجاد شده در زوجین می داند.

طبق آمارهای رسمی در دهه های اخیر میزان طلاق در جهان افزایش یافته است و ایران چهارمین کشور جهان از نظر نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است؛ طبق گزارش مرکز آمار ایران گرچه تعداد رویدادهای ازدواج از ۵۳۳ هزار و ۱۷۴ رویداد در سال ۹۸ و با افزایش ۴٫۴ درصدی به ۵۵۶ هزار و ۷۳۱ در سال ۹۹ رسیده است اما در عین حال تعداد رویدادهای طلاق ثبت شده در سال گذشته نیز با ۳٫۶ درصد افزایش نسبت به سال ۹۸ از ۱۷۶ هزار و ۸۱۴ به ۱۸۳ هزار و ۱۹۳ رویداد طلاق در سال ۹۹ رسیده است.

طبق گزارش سازمان ثبت احوال، ۱۶۳ هزار و ۶۴۷ مورد از این طلاق ها در مناطق شهری و ۱۹ هزار و ۵۴۶ مورد نیز در مناطق روستایی به ثبت رسیده است. طبق این آمار، در هر ماه هم ۱۵ هزار و ۲۶۶ مورد و هر شبانه روز ۵۰۲ مورد طلاق در کشور ثبت شده است. همچنین بر اساس آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می شود اما هر ساله این آمار رو به افزایش است بر طبق آمارها اگرچه آمار طلاق در ایران هر ساله رو به افزایش است اما به دلیل جوانی جمعیت و بالا بودن آمار ازدواج در ایران نسبت به دیگر کشورهای جهان، کشورمان از لحاظ شاخص درصد طلاق به ازدواج هنوز به وضعیت قرمز نرسیده است و حتی در بین کشورهای منطقه وضعیت خوبی دارد. به طوری که نسبت آمار طلاق به آمار ازدواج ها در ایران ۱۶/۳ درصد است که این شاخص در کشورهایی همچون فرانسه ۵۳/۲، روسیه، ۵۲/۶، نوژ ۴۹/۸، آلمان ۴۸/۸، کانادا ۴۶/۳، استرالیا ۴۱/۲، ژاپن ۳۵/۸، چین ۲۱/۲، ترکیه و اردن ۲۰/۳ درصد و... است. این بدان معناست که در صدر این جدول برای کشورهای توسعه یافته و منطقه، درصد طلاق به نسبت ازدواج ها در حدود ۵۰ درصد است، یعنی یک طلاق در مقابل هر دو ازدواج. از این رو احتمال می رود در طول سال های آینده این آمارها باز هم رشدی فزاینده داشته باشند و این برای سلامت روان اعضای خانواده و تمام اعضای یک جامعه مناسب نیست و باید راه چاره ای اندیشیده شود. از طرف دیگر اکثر مطالعات نشان می دهند که پیامدهای منفی و آثار سوء طلاق در مورد زنان بیش از مردان است (۱۰) و زنان به دلیل ویژگی های شخصیتی و اجتماعی خاص خود، آسیب پذیری بیشتری در برابر بیماری های جسمی و روانی ناشی از طلاق نشان می دهند؛ این در حالی است که از یک سو، زنان نیمی از منابع انسانی جوامع هستند که توجه به سلامت روان آنها بسیار حائز اهمیت است.

کیوز و همکاران (۱۱) در پژوهشی نشان دادند که زنان مطلقه بعد از طلاق دچار مشکلات روانی از قبیل گریه کردن در تنهایی، در خودماندگی، احساس گناه، رنج از دست دادن وزن، عدم توانایی در تمرکز، حواس پرتی و عدم انگیزه می شوند. طلاق یکی از بدترین وقایع زندگی است و با افزایش آسیب پذیری در برابر بیماری ها و

تنهایی متفاوت است، که نشان دهنده عدم تماس موقت و غیر ارادی با انسان های دیگر جهان است. انزوای اجتماعی ممکن است معضلی برای افراد در هر سنی باشد، هر چند احتمال اینکه علائم براساس گروه سنی متفاوت باشد وجود دارد. در تعریفی دیگر، انزوای اجتماعی را می توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می شود. در پژوهشی مشخص شد که انزوای اجتماعی در زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل است. وضعیت زن پس از طلاق، روندی از محرومیت های گوناگون مانند اختلال در مناسبات اجتماعی دوران زندگی مشترک، کاهش نفوذ اجتماعی، از دست دادن حمایت های اجتماعی و طرد اجتماعی را در پی دارد. همسو با این مطلب، بهرامی، سودانی و مهرایی زاده (۵) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که انزوا، احساس تنهایی، گوشه گیری و کم شدن پیوندهای خانوادگی در زنان مطلقه مشهود است و انزوا باعث مشکلات جدی در سلامت جسم و روان آنها می شود. همچنین، جامعه تعریف مناسبی برای زن مطلقه در نظر نمی گیرد؛ چراکه وی نه در مقام یک مجرد است و نه در جایگاه یک متأهل و یکی از پایه های اصلی هویت خود را از دست داده است. به علاوه، نگرشی منفی نسبت به زنان مطلقه در جامعه وجود دارد و ایشان از گزند طعنه ها و نگاه های کنجکاوانه اطرافیان در امان نیستند و در فرایند طلاق، اکثراً انگشت اتهام به سمت زنان اشاره می رود؛ روی هم رفته تمامی این عوامل سبب احساس تنهایی در زنان مطلقه می شود (۶).

از روش های درمانی تأثیرگذار در زمینه انزوای اجتماعی می توان به روش های مختلفی از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی اشاره کرد، اما تاکنون اثر درمان متمرکز بر شفقت ۲ مورد بررسی واقع نشده است. اصطلاح رفتار درمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان درمانی شناختی- رفتاری است که لینهان ۳ مبدع این رویکرد درمانی می باشد و جهت گیری نظری این رویکرد بر اساس سه اصل اساسی رفتارگرایی، ذن و دیالکتیک است. در واقع این رویکرد، همدلی و پذیرش مراجع محور را با حل مساله و آموزش مهارت های اجتماعی دیدگاه شناختی و رفتاری درهم می آمیزد. نظریه مبنای این رویکرد می گوید برخی از افراد مستعد آن هستند که به برخی از موقعیت های هیجانی به شیوه ای شدید و نامعمول واکنش نشان دهند. موقعیت هایی که بیشتر در روابط عاطفی، خانوادگی یا دوستانه یافت می شوند (۷). نظریه رفتار درمانی دیالکتیکی می گوید سطح برانگیختگی برخی افراد در چنان موقعیت هایی و در مقایسه با میانگین مردم سریع تر افزایش پیدا می کند، به سطح بالاتری از تحریک هیجانی می رسد و مدت زمانی بیشتری طول می کشد تا به سطح برانگیختگی پایه باز گردد (۸).

پژوهشگرانی همچون باکام و اپستاین ۴ (۹) معتقدند که رفتار درمانی دیالکتیکی تلفیق عوامل رفتاری و شناختی در درمان زوجها با مشکلات زناشویی است که در آن تعامل دیدگاه شناختی و رفتاری به همراه آموزش مهارت های ارتباطی متناسب برای زوجین را مهمترین عامل در ایجاد حس همدلی و پذیرش در بین زوجین می

4 Baucom & Epstein

5 Kuc

1 Dialectical Behavioral Therapy

2 Treatment Focuses On Compassion

3 Linehan

همکاران افزایش یافته و آنها احساس انزوای اجتماعی می کنند (۱۶).

رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از شیوه های درمانی از مجموعه درمان های شناختی رفتاری جدید که در زمینه روان درمانی فردی مطرح است، می باشد. این درمان ابتدا برای بیماران خودکشی گرا و بعد برای بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به کار رفت. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی- رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می باشد و با آموزه ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش می باشد، در می آمیزد و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله ای شامل ذهن آگاهی فراگیر، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان مطرح می کند (۱۷). در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه های مؤثر تغییر می باشند. از این رو، ارائه یک برنامه درمانی که ناکارآمدی را در این چهار حوزه مورد هدف قرار دهد، بسیار اهمیت دارد. رفتار درمانی دیالکتیکی مجموعه ای از راهبردهای شناختی- رفتاری است که رشد مهارت های شناختی، هیجانی و رفتاری مؤثر را در زنان مطلقه فراهم می آورد. مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ایجاد مکانیزم های مقابله ای مؤثر توانایی زوجین را در رسیدن به نتایج مثبت و به طور نظام مند افزایش داده و کاهش رفتارهای ناسازگارانه را تسهیل می کند. در این درمان سعی می شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار مراجعین، افکار و اعمالشان اصلاح شود. در حال حاضر معلوم شده که رفتار، شناخت و عوامل شخصیتی همچون هیجان، انگیزش، فیزیولوژی و عوامل مادی همگی تأثیرگذار و دارای همپوشی اند. رفتار درمانی دیالکتیکی در پژوهش های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است از جمله:

ندیمی (۲۰۱۶) نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی به طور معناداری در کاهش تکانش گری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین مؤثر است. در تحقیقی که چانگ ۱ انجام داد نشان داده شد که رویکردهای شناختی- رفتاری در افزایش رضایت زناشویی بسیار مؤثر است. مارکمن و هالوگ ۲ نشان می دهند زوج درمانی شناختی- رفتاری برای کاهش آشفتگی، بر سایر درمان ها ارجحیت دارد. نجارپور استادی و خلعتبری نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی سلامت عمومی افراد را افزایش می دهد. ویلکس ۳ و همکاران (۱۸) نشان دادند مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند در اصلاح و ایجاد تغییرات مثبت در خانواده های دارای عضو مشکل دار به عنوان یک رویکرد آموزشی اثربخش باشد. گلدشتاین ۴ و همکاران (۱۹) در پژوهش خود نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی توانسته است مشارکت و ارتباطات افراد را بهبود بخشد و نشانه های افسردگی را در آنان کاهش دهد. از آنجا که این درمان به صورت یک برنامه درمانی ساختاریافته ارائه شده است و کاربرد آن را برای درمانگران ساده کرده است، مطابق با مطالعات صورت گرفته به عنوان یک درمان مفید در

افزایش خطر مرگ زودرس ارتباط دارد (۱۲). طلاق برای زن و مرد ناکامی محسوب می شود و آنها خودشان را در یکی از مراحل مهم زندگی شکست خورده می دانند، بنابراین مهارت های آنها برای کنار آمدن با مشکلات کاهش می یابد. درک دقیق تر نیاز های زنان در این زمان غالباً آشفته، ضروری است، زیرا زنان از نظر مالی و همچنین بهزیستی عاطفی بعد از طلاق بیشترین رنج را متحمل می شوند به ویژه هنگامی که فرزندان نیز داشته باشند. اگر آنها فرزندان داشته باشند، جریان طلاق بر آنها تأثیر می گذارد و ممکن است بدلیل اینکه بیش از حد مشغول تغییراتی باشند که در احساسات، نیازها و زندگی آنها رخ می دهد نتوانند به اندازه کافی از فرزندان خود حمایت کنند و مهارت والدینی آنها مانند مراقبت، نظم، انضباط و حمایت عاطفی از دیگر بحران ها، کاهش یابد.

مطالعات بین المللی نشان می دهد زندگی مردان یک سال پس از طلاق ۲۴ درصد بهبود می یابد. این درحالی است که برای زنان مطلقه ۷۳ درصد افت سطح زندگی روی می دهد (۱۳). لازم است تدابیری اتخاذ شود تا مشکلات اینگونه زنان به طور شایسته ای حل شود. اما آنچه در طول این سال ها از نگاه ها دور مانده همین مشکلات است. شناخت آنها و ارائه راهکارهای مناسب یکی از وظایف عمده دولت، نهادها و سازمانهای خدمات اجتماعی هر کشور است. یکی از راهکارهایی که موجب امید به زندگی این زنان می شود توانمندسازی آنهاست. توانمندسازی شهروندان زن یعنی اینکه آنها باید به سطحی از توسعه فردی دست یابند که به آنها امکان انتخاب براساس خواسته های خود را بدهد. توانمند سازی زنان مطلقه نه تنها به دلایل انسان دوستانه و عدالت، بلکه به دلیل اهداف توسعه ای و نقشی که در ارتقای بهره وری و رشد اقتصادی جوامع دارد و نقش زنان به عنوان عاملان توسعه، اهمیت زیادی دارد (۱۴). اما در صورت اهمیت ندادن به این اعضای جامعه (زنان مطلقه) ممکن است به بخش تاریک و پر آسیب جامعه منتقل شوند. لذا یکی از ضرورت های انجام چنین پژوهشی کمک به توانمند سازی زنان مطلقه برای برگشت به خانواده و جامعه می باشد.

از جمله پیامدهای منفی طلاق برای زنان مطلقه که در پژوهش حاضر نیز در نظر گرفته شده اند می توان به انزوای اجتماعی اشاره کرد. انزوای اجتماعی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی تعلقی مواجه می کند و به شیوه های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می گذارد (۱۵) زنان درگیر طلاق در وضعیتی اند که از دید جامعه، خانواده و دوستان مطلوب نیست و انحراف از هنجارهای معمول جامعه محسوب می شود. این وضعیت، شرایط اجتماعی ای را برای این زنان فراهم می آورد که منجر به از دست دادن حمایت اجتماعی خانواده، کاهش نفوذ اجتماعی و حتی گاهی تضعیف موقعیت ها و فرصت های اجتماعی آنان می شود. بنابراین احتمال کاهش پیوندهای اجتماعی زنان درگیر طلاق با خانواده، خویشاوندان، دوستان و

به طور کلی طلاق پدیده ای است که مطابق آمارها روند شیوع روزافزون دارد. طلاق یک معضل اجتماعی است که افراد درگیر را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد و هر دو طرف رابطه از این پدیده دچار آسیب های متعدد می شوند، با این حال زنان نسبت به طلاق و تبعات آن آسیب پذیرترند و لازم است اقدامات و تدابیر لازم در راستای سازگاری هر چه بیشتر آنها اندیشیده شود. به نظر می رسد که یاری کردن زنان مطلقه در دستیابی به کاهش انزوای اجتماعی می تواند عامل موثری در مقابله کارآمد آنها با موقعیت های استرس زای زندگی باشد. لذا با توجه به اهمیت مطالب مطرح شده و نیز با توجه به اینکه امروزه تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از مشکلات با آموزش و گسترش بهداشت روانی قابل پیشگیری هستند و این در حالی است که بر اساس مطالعات صورت گرفته خلاء تحقیقاتی در ارتباط با موضوع پژوهش وجود دارد، انجام پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه ضروری به نظر می رسد.

در این زمینه البته برخی مطالعات به صورت موردی انجام شده است. برای نمونه، آذری، کاظمیان مقدم و مهرابی زاده هنرمند در مطالعه ای نشان دادند که می توان درمان مبتنی بر شفقت را به منزله روشی کارا در جهت افزایش تحمل پریشانی و بهبود اسنادهای ارتباطی زنان متقاضی طلاق در نظر گرفت. همچنین، اکبری، نجارپور استادی، خلعتبری و باباپور خیرالدین در مطالعه دریافتند که اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شده است. می توان اظهار داشت آموزش فنون کیفیت زندگی منجر به کاهش احساس تنهایی شده است. حسنی، غفاری، ابوالقاسمی و تکلوی در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق تأثیر دارند. به طور کلی روش درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی میزان تعاملات زناشویی را تحت تأثیر قرار داده و افزایش می دهد. قاسم زاده، سهرابی اسمرود و معتمدی نیز در پژوهشی نشان دادند که می توان از درمان متمرکز بر شفقت به منظور بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه مورد استفاده قرار داد. ایری و همکاران در مطالعه ای نتیجه گرفتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی تکنیکی مؤثر برای ارتقای سازگاری روانی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان مثبت و همچنین کاهش تنظیم هیجانی منفی در زنان مطلقه است. کیوز و همکاران نیز نتیجه گرفتند که غلبه زنان بر فرآیندهای پس از طلاق، سخت است و زنان به حمایت روانی و همچنین حمایت خانوادگی و اجتماعی نیاز دارند تا بتوانند به شیوه ای سالم بر این فرآیندها غلبه کنند.

مواد و روش ها

تحقیق حاضر با توجه به اینکه کاربرد نتایج آن اهمیت به سزایی دارد، از نظر هدف تحقیقی کاربردی است و همچنین براساس نحوه گردآوری داده ها نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون یا گروه کنترل محسوب می شود. طرح تحقیق نیمه آزمایشی معمولاً

درمان دیگر مشکلات بین فردی و سایر اختلالات شخصیت نیز مورد استفاده قرار می گیرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی تاکنون به عنوان یک درمان در زمینه اختلالات روانی و روان درمانی فردی مطرح می باشد. بررسی ها نشان می دهد که این رویکرد کمتر در خصوص مسائل زناشویی، زنان مطلقه و مشاوره ازدواج مورد استفاده قرار گرفته شده است؛ بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، بررسی این روش درمانی در این پژوهش ضروری به نظر می رسد. هسته اصلی شفقت درمانی بر پایه مدیتیشن مبتنی بر شفقت می باشد. درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به افراد برای یادگیری مهارت های کلیدی مورد نیاز به منظور توسعه ی جنبه ها و ویژگی های شفقت، بهزیستی روانشناختی، حساسیت، تحمل آشفتگی همدلی و غیر قضاوتی بودن شکل گرفت. این مهارت های خاص شامل استدلال برای شفقت، رفتار مهربان، تصاویر مشفقانه، ظاهر و احساسات مشفقانه می باشد (۲۰).

شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد. زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است (۲۱). زمانی که می پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت، پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است.

با توجه به آنکه درمان مبتنی بر شفقت می تواند به افراد در پیدا کردن، احساس و درک چالش های زندگی شان کمک کند و به عنوان درمانی محسوب می گردد که می تواند مکانی امن را به منظور کشف هر گونه مشکل و روش تغییر مثبت ایجاد کند، ممکن است بر حس شادکامی و انعطاف پذیری روانشناختی افراد و به تبع آن بهبود انزوا و سلامت اجتماعی اثر گذار باشد؛ چرا که این نوع درمان می تواند به افراد کمک کند تا احساسات، افکار و رفتارهای ناراحت کننده خود را مدیریت کنند و به خصوص در هنگام برخورد با احساسات خود آسیب زن در موقعیت های استرس زایی همچون طلاق، می تواند مفید باشد.

تاکنون مطالعات بالینی اثربخشی این مدل درمانی را بر کاهش علائم اضطراب، شر، انتقاد از خود، افسردگی، اختلال خوردن، خشم، آسیب به خود و جنون مورد تایید قرار داده اند. اما تاکنون پژوهشی که اثربخشی این مدل را در ارتباط با انزوای اجتماعی به صورت جامع مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد.

پرسشنامه چهار بعد تنهایی اجتماعی (گویه های ۱ الی ۶)، عزج (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 می‌دهد. نحوه نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت در پنج درجه و به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد.

بازه نمرات بین ۱۹ الی ۹۵ و نقطه برش نمره ۵۷ می باشد. ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه مدرس یزدی و همکاران ۰/۷۲ به دست آمده است و روایی آن نیز در پژوهش مذکور مورد تأیید قرار گرفته است.

در این پژوهش پس از مراجعه به مراکز مشاوره در منطقه دوم شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰؛ ۳ مرکز مشاوره به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. سپس از هر مرکز به صورت داوطلبانه و در دسترس ۱۵ نفر (جمعاً تعداد ۴۵ نفر از سه مرکز) از جامعه آماری (که زنان مطلقه بودند) با روش نمونه گیری دردسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. هر سه گروه مورد پیش آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش اول (رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی) طی ۱۰ جلسه (یک جلسه در هفته) و هر جلسه ۹۰ دقیقه، گروه آزمایش دوم (درمان مبتنی برشفقت) طی ۸ جلسه (یک جلسه در هفته) و هر جلسه ۷۰ دقیقه، مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. بعد از اتمام دوره، هر سه گروه مجدداً مورد ارزیابی (پس آزمون) قرار گرفتند و نتایج آن ها با هم مورد مقایسه قرار گرفت. خلاصه کوتاهی از اقدامات صورت گرفته شده در هر جلسه در جداول زیر شرح داده شده است، به این ترتیب که:

در این پژوهش جهت اجرای رفتار درمانی دیالکتیک ده جلسه برگزار شد. این جلسات طبق گزارش هادی زاده و همکاران اعتبار و روایی دارد. خلاصه جلسات در زیر می آید:

در شرایطی به کار برده می شود که امکان کنترل تمام متغیرهای مربوط در مطالعه وجود ندارد. به عبارتی در تحقیقات نیمه آزمایشی مطالعه امکان وجود روابط علی و معلولی در شرایطی که امکان کنترل و دخل و تصرف متغیرهای مورد مطالعه وجود ندارد، مدنظر است.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره در منطقه دوم شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ می باشد. با مراجعه به کلینیک‌های مشاوره در منطقه دوم شهر تهران، ۳ مرکز مشاوره به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند سپس از هر مرکز به صورت داوطلبانه و در دسترس ۱۵ نفر (جمعاً ۴۵ نفر از سه مرکز) از مراجعه کنندگان که زنان مطلقه بودند با محقق همکاری کردند و به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. روش نمونه گیری نیز در این پژوهش در دسترس بود. افراد نمونه آماری (که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند) با گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم درمان مبتنی برشفقت و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. هر سه گروه مورد پیش آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش اول طی ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه، گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه و هر جلسه ۷۰ دقیقه، مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. بعد از اتمام دوره، هر سه گروه مجدداً مورد ارزیابی (پس آزمون) قرار گرفتند و نتایج آن ها با هم مورد مقایسه قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه و پروتکل درمانی بود. به عبارتی ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، ۸ جلسه درمان مبتنی برشفقت و پرسشنامه انزوای اجتماعی راسل (UCLA) بود.

پرسشنامه انزوای اجتماعی توسط چلبی و امیر کافی مورد سنجش قرار گرفته است که شامل ۱۹ گویه پنج گزینه ای می‌باشد. این

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی

جلسه های درمان	محتوای جلسه ها
جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط اولیه	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضا، گروه آشنایی اعضا، با یکدیگر و کاهش تنش گروهی ارایه منطبق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن. توافق بر سر اهداف درمان بررسی پیشنهادهای اعضا برای افزایش بازده آموزش توافق بر سر ساعت و زمان برگزاری جلسه ها.
جلسه دوم: بحث درباره رویدادهای و تجربیات ناخوشایند و ارائه راهکار برای آشتیگی های هیجانی	بحث درباره رویدادهای و تجربیات ناخوشایند و چگونگی اثر آن بر هیجان های مراجعان، بررسی روش های کنترل آشتیگی آموزش روش های توجه گردانی برای مدیریت آشتیگی ارایه تمرین ثبت موقعیت ها و افکار آشفته ساز و اثر استفاده از روش های توجه گردانی در مدیریت آشتیگی های هیجانی.
جلسه سوم: بررسی تکنیک های آشفته ساز و پیشنهاد استفاده از پذیرش بنیادین در مدیریت آشتیگی های هیجانی	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل ادامه بررسی تکنیک های آشفته ساز گفت و گو درباره روش پذیرش بنیادین آموزش استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین، ارایه تکلیف برای ثبت اثر استفاده از پذیرش بنیادین در مدیریت آشتیگی های هیجانی

<p>بررسی تکالیف انجام شده در جلسه قبل و مرور آموخته های دو جلسه گذشته بررسی روش های پیشرفته تر تحمل آشفتگی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی های تأیید گرایانه، راهبردهای مقابله ای جدید ارایه تکلیف مبنی بر استفاده از تکنیک های متنوع تحمل آشفتگی بسته به شرایط و نوع آشفتگی پیش آمده و نظارت بر مقدار اثرگذاری آنها.</p>	<p>جلسه چهارم: بررسی روش های پیشرفته تر تحمل آشفتگی هیجانی</p>
<p>بررسی و مرور تکالیف جلسه گذشته، بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی ها، آموزش روش های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند، و شهود ارایه تکلیف مبنی بر انجام مراقبه های آموزش داده شده و ثبت اثرات آن در کنترل آشفتگی.</p>	<p>جلسه پنجم: بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی ها</p>
<p>بررسی تکالیف ارایه شده در جلسه قبل، اجرای مراقبه ذهن خردمند و دریافت بازخورد از مراجعان درباره احساس های تجربه شده آموزش چگونگی تصمیم گیری بر اساس توجه آگاهانه شامل: عدم قضاوت، پذیرش بنیادین، ارتباط آگاهانه ارایه تکلیف مبنی بر توجه آگاهانه روزانه و ثبت تغییرات در آشفتگی ها</p>	<p>جلسه ششم: اجرای مراقبه ذهن خردمند و دریافت بازخورد از مراجعان</p>
<p>بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته، گفت و گو درباره هیجانها و ماهیت آنها، گفت و گو درباره انواع هیجان ها و اثرات گوناگون آنها بررسی روش های کاهش اثرات هیجان های منفی نظیر: افزایش هیجان های مثبت، عمل کردن برخلاف میل شدید هیجانی ارایه تکلیف مبنی بر ثبت هیجان ها، اثر آن بر ارتباطات بین فردی و چگونگی کاهش هیجان های منفی.</p>	<p>جلسه هفتم: گفت و گو درباره هیجانها و ماهیت آنها</p>
<p>بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته، بحث درباره ارتباط موثر و غیر موثر، گفت و گو درباره اثرات و تبعات ارتباطات غیر موثر آموزش تکنیک تناسب خواسته های من با خواسته های دیگران و نسبت خواسته ها و بایدها ارایه تکلیف مبنی بر نظارت بر روش های برقراری ارتباط و استفاده از روش ها در روابط بین فردی</p>	<p>جلسه هشتم: بحث درباره ارتباط موثر و غیر موثر</p>
<p>بررسی تمرین ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته، ادامه آموزش مهارت های ارتباطی نظیر: شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته ها، نه گفتن، طرح یه درخواست ساده ارایه تکلیف مبنی بر استفاده از روش های آموزش داده شده در زمان و موقعیت مناسب.</p>	<p>جلسه نهم: ادامه آموزش مهارت های ارتباطی</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته، بررسی و مرور جلسه های گذشته و خلاصه آموخته های جلسه های پیشین بررسی و مرور جلسه های گذشته و خلاصه آموخته های جلسه های پیشین</p>	<p>جلسه دهم: بررسی و مرور جلسه های گذشته و خلاصه آموخته های جلسه های پیشین</p>
<p>همچنین اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب های «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران آکت» در ۸ جلسه</p>	<p>همچنین اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب های «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران آکت» در ۸ جلسه</p>
<p>جدول ۲- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت</p>	
<p>محتوای جلسه ها</p>	<p>جلسه های درمان</p>
<p>برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت</p>	<p>جلسه اول: مفهوم سازی موردی</p>
<p>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 فاعلتر است؟</p>	<p>جلسه دوم: معرفی سیستم های تنظیم هیجان</p>
<p>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</p>	<p>جلسه سوم: آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه</p>
<p>بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل. توضیح خصوصیت های شش گانه شفقت (مؤلفه های بُعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی،</p>	<p>جلسه چهارم: آشنایی با خصوصیت های شفقت و شناخت فرد مشفق</p>

مسئولیت پذیری، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفق تبدیل شود باید مهارت هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه هایی از مؤلفه های بعد اشتیاق در زندگیاش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی های فرد مشفق را در خود بررسی کند

جلسه پنجم: استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	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 ثانیه نشخوار فکری کنند 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 خود انتقادگری بپردازد.
جلسه ششم: تصویر سازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	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
جلسه هفتم: احساس مشفقانه	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.
جلسه هشتم: رفتار مشفقانه	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.

ملاک هایی نیز برای ورود و خروج آزمودنی ها در نظر گرفته شد که ملاک های ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل سطح سواد سیکل، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک و متارکه بودن رسمی و نیز فاقد اختلال روانی بودن و ملاک های خروج شامل داشتن دو جلسه غیبت متوالی و عدم تمایل به ادامه ی فرآیند درمان بود.

ملاک هایی نیز برای ورود و خروج آزمودنی ها در نظر گرفته شد که ملاک های ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل سطح سواد سیکل، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک و متارکه بودن رسمی و نیز فاقد اختلال روانی بودن و ملاک های خروج شامل داشتن دو جلسه غیبت متوالی و عدم تمایل به ادامه ی فرآیند درمان بود.

تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق در دو بخش آمار توصیفی و آمار تحلیلی یا استنباطی انجام شد. در این راستا از نرم افزار آماری SPSS ۲۴ استفاده شد. البته پیش از تجزیه و تحلیل داده ها، ویرایش، کدگذاری، ورود داده ها به رایانه، تعریف و طبقه بندی و کدگذاری مجدد آنها در صورت نیاز، در راستای پردازش داده ها صورت گرفت. در این بخش، جمعیت شناسی افراد پاسخگو مورد بررسی قرار می گیرد و در ادامه آمار توصیفی (گرایش به مرکز (میانگین، میانه، نما) و پراکندگی از مرکز (انحراف معیار و واریانس)) سوالات هر متغیر مورد بررسی قرار می گیرند. از روش

های آمار استنباطی در جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد. در این رابطه ابتدا برای بررسی نرمال بودن توزیع جامعه آماری از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و همچنین از آزمون تحلیل کواریانس، استفاده شد و کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار 24 SPSS انجام شد.

یافته ها

الف- یافته های آماری

- آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

با توجه به جدول ۳، از ۴۵ زن مطلقه حاضر در این پژوهش، بیشترشان در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۴۰ درصد) قرار داشته اند و افراد بزرگتر از ۵۰ سال با ۹ درصد فراوانی، کمترین فراوانی را داشته اند. همچنین بیشتر این افراد (۴۷ درصد)، در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰، ۸ تا ۱۱ بار به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه داشته اند و افراد با بیش از ۱۱ بار مراجعه به این مراکز (۶ درصد) کمترین فراوانی را از این حیث داشته اند.

جدول ۳: اطلاعات جمعیت شناختی افراد

سن	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۳۰ سال	۸	۱۸
۳۰ تا ۴۰ سال	۱۸	۴۰
۴۰ تا ۵۰ سال	۱۵	۳۳
بیش از ۵۰ سال	۴	۹
مجموع	۴۵	۱۰۰٪

تعداد مراجعه به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰		
درصد فراوانی	فراوانی	
۱۸	۸	۱ تا ۳ بار
۲۹	۱۳	۴ تا ۷ بار
۴۷	۲۱	۸ تا ۱۱ بار
۶	۳	بیش از ۱۱ بار
٪۱۰۰	۴۵	مجموع

-آمار توصیفی متغیرهای پژوهش
در جداول ۴ و ۵، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای دو گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش از جلسات درمانی و پس از این جلسات ارائه شده است.

جدول ۴- آمار توصیفی متغیرهای پژوهش پیش از آموزش

پیش از آموزش					
متغیر	گروه کنترل	گروه آزمایش (درمانی دیالکتیکی)		گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انزوای اجتماعی	۱,۰۳	۵۵,۴۱	۰,۹۸	۶۰,۶۰	۱,۳۱

جدول ۵- آمار توصیفی متغیرهای پژوهش پس از آموزش

پس از جلسات درمانی					
متغیر	گروه کنترل	گروه آزمایش (درمانی دیالکتیکی)		گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انزوای اجتماعی	۱,۱۴	۳۵,۶۱	۱,۳۸	۳۰,۶۷	۱,۹۹

سایر پیش فرض های آزمون کوواریانس در طی بررسی هر فرضیه مورد بررسی قرار می گیرد.

-فرضیه اصلی
میزان تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه با هم تفاوت دارند.
با توجه به متن این فرضیه، باید در ابتدا تک تک فرضیه های فرعی مورد بررسی قرار گیرند و سپس بتوان در مورد این فرضیه اظهار نظر نمود.

-فرضیه های فرعی
رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تأثیر دارد.

در ابتدا باید فرض همگنی واریانسها برقرار شود. این فرض با استفاده از آزمون لون انجام می شود. نتایج در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶- آزمون لون برای فرضیه فرعی اول

آماره لون	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	سطح معناداری
۰,۷۴۹	۲۸	۱	۰,۵۰۸

در قسمت گروه انزوای اجتماعی جدول ۷، آماره آزمون $F(۱,۶۵۴)$ و سطح معناداری آن نیز ۰,۲۴۵ شده است که بیش از ۰,۰۵ می باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی نیز برقرار است.

همانگونه که جداول ۵ و ۴ مشخص است، میانگین متغیر انزوای اجتماعی در دو گروه آزمایش پس از برگزاری جلسات درمانی کمتر از میانگین این افراد قبل از برگزاری جلسات بوده است. به نظر می رسد این کاهش میانگین متغیر انزوای اجتماعی بخاطر تاثیر جلسات درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بوده است. هرچند این موضوع در بخش آمار استنباطی مشخص می شود.
در زمینه نرمال بودن، مقادیر چولگی و کشیدگی متغیر مورد بحث، بیشتر از ۲- و کمتر از ۲ شده است. بنابراین توزیع این متغیر نرمال می باشد.

بررسی فرضیه های پژوهش
برای بررسی همه فرضیه های این پژوهش از آزمون کوواریانس استفاده شده است. یکی از پیش فرض های این آزمون نرمال بودن متغیرها می باشد که این مهم در بخش قبل مورد پذیرش قرار گرفت.

از آنجا که سطح معناداری آزمون لون بیش از ۰,۰۵ شده است، بنابراین فرض همگنی واریانسها برقرار است.

جدول ۷- آنالیز کوواریانس فرضیه فرعی اول

منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳	۹۶,۱۴۱	۰,۰۰۰
اثر ثابت	۱	۲۸,۱۴۵	۰,۰۰۰
انزوای اجتماعی	۱	۰,۰۴۲	۰,۵۴۱
گروه	۱	۸,۷۱۴	۰,۰۱۱
گروه* انزوای اجتماعی	۱	۱,۶۵۴	۰,۲۴۵
خطا	۲۳		
کل	۳۰		

انزوای اجتماعی زنان مطلقه تأثیر دارد. بنابراین فرضیه پذیرفته می شود. درمان مبتنی برشفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تأثیر دارد. در ابتدا باید فرض همگنی واریانسها برقرار شود. این فرض با استفاده از آزمون لون انجام می شود. نتایج در جدول زیر رائه شده است:

با توجه به آماره F سطر گروه جدول بالا و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۸,۷۱۴ و ۰,۰۱۱ شده است؛ نتیجه می گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره انزوای اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد زیرا این سطح معناداری کمتر از ۰,۰۵ شده است. به عبارتی دیگر، رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر

جدول ۸- آزمون لون برای فرضیه فرعی دوم

آماره لون	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	سطح معناداری
۰,۳۰۸	۲۸	۱	۰,۰۶۱

از آنجا که سطح معناداری آزمون لون بیش از ۰,۰۵ شده است، بنابراین فرض همگنی واریانسها برقرار است.

جدول ۹- آنالیز کوواریانس فرضیه چهارم

منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۳	۸۴,۰۵۲	۰,۰۰۵
اثر ثابت	۱	۲۴,۴۰۸	۰,۰۰۰
انزوای اجتماعی	۱	۰,۰۸۲	۰,۳۱۴
گروه	۱	۸,۳۳۴	۰,۰۰۴
گروه* انزوای اجتماعی	۱	۱,۵۷۴	۰,۱۴۵
خطا	۲۳		
کل	۳۰		

در اینجا نیز باید پیش فرض همگنی شیب رگرسیونی نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ در قسمت گروه انزوای اجتماعی، آماره آزمون F، ۱,۵۷۴ و سطح معناداری آن نیز ۰,۱۴۵ شده است که بیش از ۰,۰۰۵ می باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی برقرار است. با توجه به آماره F سطر گروه جدول بالا و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۸,۳۳۴ و ۰,۰۰۴ شده است؛ نتیجه می گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره انزوای اجتماعی در دو گروه

در اینجا نیز باید پیش فرض همگنی شیب رگرسیونی نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ در قسمت گروه انزوای اجتماعی، آماره آزمون F، ۱,۵۷۴ و سطح معناداری آن نیز ۰,۱۴۵ شده است که بیش از ۰,۰۰۵ می باشد. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیونی برقرار است. با توجه به آماره F سطر گروه جدول بالا و سطح معناداری آن که به ترتیب برابر با ۸,۳۳۴ و ۰,۰۰۴ شده است؛ نتیجه می گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین نمره انزوای اجتماعی در دو گروه

جدول ۱۰- نتایج فرضیه فرعی سوم

آماره تی	درجه آزادی	مقدار معناداری
۰,۰۴	۲۸	۰,۰۰۰

بستن روش درمانی مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی می تواند برای درصد قابل توجهی از افراد جامعه کاربردی و مفید باشد. همچنین باید افزود که در تحقیقات پیشین، ارتباط انزوای اجتماعی و تنهایی با بیماری قلبی در زنان ثابت شده است. علاوه بر این انزوای اجتماعی می تواند یک عامل مستعدکننده برای خودکشی باشد. افرادی که زندگی خود را در انزوا تجربه می کنند نسبت به افرادی که روابط اجتماعی محکمی با دیگران دارند نسبت به خودکشی آسیب پذیرتر هستند. به عقیده دانشمندان، انزوای اجتماعی شاید مهم ترین عامل مؤثر در اقدام به خودکشی باشد. فقدان روابط اجتماعی بر توسعه ساختار مغز تأثیر منفی می گذارد. در موارد شدید انزوای اجتماعی، مطالعات نشان داده است که مغز چگونه به دلیل عدم رفتار و روابط اجتماعی به شدت تحت تأثیر قرار می گیرد. همه این گفته ها بر اهمیت بکار گرفتن روش های درمانی مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی زنان مطلقه می افزاید.

با توجه به نتایج بدست آمده، پیشنهادهای زیر ارائه شده است: شایسته است که روانشناسان، روان درمانان و متخصصین حوزه روانشناسی از روش های درمانی مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی برای معالجه بیماران روانی، افسردگی و ... بهره ببرند.

با توجه به مضمون و مفاهیم روش های درمانی بکار رفته در این پژوهش و همچنین تحقیقات صورت گرفته، این دو روش درمانی دارای قابلیت معالجه و بهبود افراد مختلفی به جز زنان مطلقه می باشد، بنابراین پیشنهاد می شود که استفاده از این دو روش درمانی بیشتر مورد استفاده قرار گیرد.

تعامل سازمان هایی همچون بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان و ... در جهت ایجاد طرح ملی پایش بیماران خاص با استفاده از پروتکل درمانی مبتنی بر شفقت و دیالکتیکی گروهی و تعهد به منظور کاهش انزوای اجتماعی

با توجه به اینکه درصد قابل توجهی از زنان مطلقه، پشتیبان و حامی قابل اتکائی نخواهند داشت، بنابراین به منظور جلوگیری از قطع رابطه این افراد با دیگران و به انزوا نرفتن این افراد، بایستی مورد حمایت نهادهای حامی حقوق زنان و خانواده قرار گیرند و بطور پیوسته مورد مشاوره و پایش قرار گیرند.

متخصصین و مسئولین امر باید مدنظر داشته باشند که اثرات سوء انزوا در زنان در سنین مختلف متغیر است. بنابراین شایسته است که گروه های سنی مختلف، تحت تدابیر مختلف آموزشی و درمانی مختلف از لحاظ کمی و کیفی قرار گیرند.

References

- Habibi, Mohammad; Shiri, Hamed; Mohammadzadeh, Hossein; 1400. Examining the causes and consequences of custody (case study; divorced women supported by the Imam Khomeini Relief Committee of Marivan city), master's thesis, Payam Noor University, Kurdistan Province, Payam Noor Center, Sanandaj.

با توجه به اینکه مقدار معناداری این آزمون کمتر از ۰,۰۵ شده است، بنابراین میزان تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه با هم تفاوت معناداری دارند. با توجه به جدول، مشخص است که میزان میانگین متغیر انزوای اجتماعی در رفتار درمانی دیالکتیکی بیشتر از درمان مبتنی بر شفقت شده است. بنابراین تاثیر درمان مبتنی بر شفقت در کاهش انزوای اجتماعی زنان مطلقه موثرتر و کارا تر بوده است.

نتیجه گیری

با بررسیهای انجام شده مشخص شد که میانگین متغیر انزوای اجتماعی در دو گروه آزمایش پس از برگزاری جلسات درمانی کمتر از میانگین این افراد قبل از برگزاری جلسات بوده است. با توجه به بررسی های صورت گرفته در خصوص فرضیه های این پژوهش مشخص شد که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تاثیر معناداری داشته است. همچنین درمان مبتنی بر شفقت نیز بر انزوای اجتماعی زنان مطلقه تاثیر معناداری داشته است. بنابراین می توان درمان مبتنی بر شفقت و درمان دیالکتیکی را به منزله روش هایی کارا در جهت کاهش انزوای اجتماعی زنان مطلقه در نظر گرفت. لازم به ذکر است که درمان مبتنی بر شفقت در زمینه کاهش انزوای اجتماعی، بهتر و اثرگذارتر از رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بوده است. در رابطه با همراستایی یا ناهمراستا بودن نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات پیشین؛ اکبری و همکاران (۲۲) پی برده اند که درمان مبتنی بر شفقت بر انزوای اجتماعی تاثیر معناداری داشته است. همچنین قاسم زاده و همکاران (۲۳) نیز بر تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر سازگاری اجتماعی تاکید داشته اند.

افراد با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورهای سوق دهنده به سوی وخیم تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی افزایش می دهند و همچنین قادر به گواه محرک های محیطی در حین درمان جسمی خود برای سرطمان هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان های روحی و روانی است.

از آنجا که یاری کردن زنان مطلقه در دستیابی به کاهش انزوای اجتماعی می تواند عامل موثری در مقابله کارآمد آنها با موقعیت های استرس زای زندگی باشد؛ پس ترویج روش های درمانی مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی برای اقشار مختلف جامعه جز ضروریات جامعه می باشد. با توجه به ماهیت این دو روش درمانی، آمیزش همدلی و پذیرش مراجع محور با حل مساله و آموزش مهارت های اجتماعی دیدگاه شناختی و رفتاری از جمله مواردی است که نباید از آن غفلت نمود. انزوای اجتماعی معضلی است که محدود به سن خاصی نمی باشد اما علائم آن برای گروه های سنی مختلف، متفاوت می باشد. این مفهوم به معنای عدم ارتباط کامل یا تقریباً کامل بین یک فرد و جامعه است. در نتیجه بکار

- Component Analysis, *JAMA Psychiatry*, 2015; 72(5):475-482.
9. Bachrach. N, & Arnoud Arntz. A, 2021, Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder, *Journal of Clinical Psychology*, Volume 77, Issue 5, Pages 1233-1248, <https://doi.org/10.1002/jclp.23118>
 10. Mirzazadeh, Ruqiya; Hossein Thabit, Farida and Barjali, Ahmed; (1397). The effectiveness of forgiveness training on increasing positive emotions and empathy of divorced women under the welfare of Dezful city. *Women and Family Studies*, 6 (1), 133-147.
 11. KUC. H. A, KELEŞOĞLU. F, & ATASAYAR. M, 2019, A QUALITATIVE STUDY ON THE EXPERIENCES OF FAMILIES WITH SPECIAL NEEDS CHILDREN BETWEEN THE AGES OF 3 AND 6, *Turkish Journal of Applied Social Work*, 2019, Volume 2, Issue 2, 183-197.
 12. Yıldız, R. and Özgedey, P. (2018). *Engelli Penceresinden Zaman, Engellinin Gündelik Hayatı ve Zamanın Anlamı: Yalova Örneği*, İstanbul: Kitabı Yayınevi (In Turkish.)
 13. Police station, Mehrdad; Fatehizadeh, Maryam; Shirvani, Masoumeh; 1400. Effectiveness of group schema therapy on happiness, anger and emotional ataxia of divorced women, master's thesis, Isfahan University, Faculty of Educational Sciences and Psychology
 14. Raghofer, Hossein; Soleimani, Mehdi; 2015. Empowerment and poverty alleviation of divorced women and widowed women in Sela city, *Women in Development and Politics Quarterly*, 14(1), 51-68.
 15. Gören, A. B. (2016). Engelli Çocuğa Sahip Annelerde Yas Süreci. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 20(1), 225-244 (In Turkish.)
 16. Holy, free; Darviza, Zahra; 2017. Comparison of social isolation and
 2. Benefit, Marjan; Azizi, Mahdia; Said Manesh, Mohsen; 2018. Comparison of the effect of compassion-based therapy and 12 steps on responsibility and depression on divorced women in Yazd city, Master's thesis, Yazd University of Science and Arts, Faculty of Humanities.
 3. Erdim, L. and Ergün, A. (2016). Boşanmanın Ebeveyn ve Çocuk Üzerindeki Etkileri (Effects of Divorce on Parents and Children), *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (Journal of Health Sciences and Professions)*, 3(1), 78-84.
 4. KUC. H. A, KARDUZ. F. F. A & ERCAN. T, 2019, THE EFFECT OF DIVORCE ON WOMEN: A CASE STUDY IN SAKARYA PROVINCE, *Turkish Journal of Applied Social Work*, 2019, Volume 2, Issue 2, 198-217.
 5. Bahrami, Farhanaz; Sudani, Mansour and Mehrabizadeh Artman, Mahnaz, (2008). Investigating the effectiveness of gestalt therapy on self-esteem, depression and loneliness of depressed divorced women. *Women's Social and Psychological Studies*, 8 (1), 129-145
 6. Mohammadi, Haniyeh; Sepehri Shamlou, Zahra; Asghari Ebrahimabad, Mohammad Javad; 2018. The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing feelings of loneliness and rumination in divorced women, *Women and Children Studies Quarterly*, 7(2: 14), 115-136.
 7. Hosni, Masoumeh; Ghaffari, sorry; Abolghasemi, Abbas; Tekloi, Samia; 2018. Investigating the effectiveness of dialectical behavior therapy on cognitive flexibility, sense of connection and marital interactions in couples applying for divorce, *Modern Psychological Research*, Year 14, 53.
 8. Linehan M M, Korslund K, Harned M, Gallop R, Lungu A, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and

Psychological Research Quarterly, 62, 32-45.

24. Ghasemzadeh, Mehdi; Sohrabi Smroud, Faramarez; Motamedi, Abdullah; 2018. The effectiveness of compassion-focused therapy on improving social adaptation and forgiveness in divorced women, Women's Research Journal, Research Institute of Humanities and Cultural Studies, Year 10, 1, 117-139

cognitive schemas in divorced and normal married women, Master's thesis, Islamic Azad University, Shahrood branch.

17. Persoz, Azam; Najarioryan, Samaneh; Mohammadi, Korosh; 2018. The effectiveness of dialectical behavior therapy on marital conflict and interpersonal processing of married women with emotional divorce, Journal of Behavioral Sciences Research, 17 (2): 253-264.

18. Wilks C, Valenstein-Mah H, Tran H, King A, Lungu A, and Linehan M. Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals with Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes, Cognitive and Behavioral Practice, Cognitive and Behavioral Practice. 2016; 30(14):48-59.

19. Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson D, Merranko J, et al. Dialectical Behavior

20. Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial, J Child Adolesc Psychopharmacol. 2015, 1; 25(2): 140–149.

21. Saadati, N; Rostami, M.; Darbani, S; 2015. Comparison of the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and therapy focused on compassion in strengthening self-esteem and adaptation after divorce of women, Family Psychology, 3, 48-58.

22. Dahl, S. Å., Hansen, H. T., & Vignes, B. (2015). His, Her, or Their Divorce? Marital Dissolution and Sickness Absence in Norway. Journal of Marriage and Family, 77(2): 461-479

23. Akbari, Bahman; Najarpour Ostadi, Saeed; Khalatbari, Javad; Babapour Khairuddin, Jalil; 1400. Comparing the effectiveness of teaching treatment techniques based on quality of life and dialectical behavior therapy on the feeling of loneliness of female students with smartphone addiction, Modern