



## The Effect of Group Existential Therapy on Self-Compassion and Quality of life in Women with Cyber infidelity

**Behzad Taghipour, Ph.D**

Psychology, University of Mohagheh Ardabili, Ardabil,  
Iran.

### Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of group existential therapy on self-compassion and quality of life in women cyber infidelity. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with control group from all women cyber infidelity (virtual) to wife visited in Ardabil Psychology and counseling clinic in 2019, 30 patients were selected through the targeted sampling method and randomly were placed into two equal experimental and control groups. Experimental group experienced 8 weeks (10 session 90 minutes each) of Existence Therapy, while control group were just followed. Self-compassion (Reas & et al, 2011) and Quality of Life (World Health Organization, 1989) Questionnaires were used in pre-test, post-test and up as the study instrument. Data were analyzed by descriptive indices and analysis of covariance. The result of comparing post-test of scores in two group showed that there were significant difference in Self-compassion and quality of life scores intervention group and the control group ( $p < 0.01$ ). Thus, can be said that of Existence Therapy high Self-compassion and quality of life in Women with Cyber infidelity.

**Key words:** existential therapy, self-compassion, quality of life, cyber (virtual) infidelity

## اثربخشی گروه درمانی وجودی بر شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری

بهزاد تقی پور\*

دکترای روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق  
اردبیلی، اردبیل، ایران

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری بود. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان با خیانت سایبری (مجازی) به همسر بود که به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۸ تحت (۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت درمان وجودی قرار گرفت، و در این مدت بر گروه گواه، هیچ مداخله‌ای اعمال نشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شفقت به خود (Reas & et al, 2011) و کیفیت زندگی (World Health Organization, 1989) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه نشان داد که نمرات پس‌آزمون شفقت به خود و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری داشت ( $P = 0/01$ ). این نتایج نشان می‌دهند که درمان وجودی موجب افزایش نمرات شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری شده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان وجودی، شفقت به خود، کیفیت زندگی،  
خیانت سایبری (مجازی)

## مقدمه

نسبت به عواطف و هیجانات خود، بدون اینکه از آنها گریزان و یا تحت تسلط آنها باشند نسبت به آنها شناخت اجمالی را داشته باشند (Bluth & Neff, 2018). تحقیقات فراوانی اشاره به این موضوع دارند که بین شفقت به خود و رضایت از روابط زناشویی رابطه معنی داری وجود دارد. به گونه‌ای که مداخله بر روی این سازه و بهبود آن با بهبود سلامت روان و رضایت از زندگی همراه است (Fabio & Saklofske, 2020). از دیگر متغیرهای مرتبط با خیانت سایبری کیفیت زندگی است (Timmermans, DeCaluwe & Alexopoulos, 2018). کیفیت زندگی از سازه‌های روانشناختی مهمی است که به واسطه گسترش روانشناسی با رویکرد مثبت نگر در طی سال‌های اخیر کانون توجه پژوهشگران زیادی بوده است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی دربرگیرنده درکی است که افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌ها دارند. کیفیت زندگی موضوعی است که توسط دیگر افراد قابل مشاهده نیست و برداشت ذهنی فرد از خود است که شامل ادراک هر فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خود می‌باشد، سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان یک ساخت پنهان چند محوری که دربرگیرنده رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است تعریف می‌کند (Varghese & Jose, 2016). بحران اساسی قرن بیست و یکم تلاش در جهت فرار از مرگ نیست بلکه بهبود کیفیت زندگی در سطوح مختلف است. کیفیت زندگی به عنوان یک سازه‌ی وسیع مبتنی بر معاینات و سنجش پزشکی، مواردی مانند سلامت جسمی و روانی، عملکرد افراد، مؤثر بودن درمان و در آخر کار آبی درمان را نشان می‌دهد (Clements, Frazier, Moser, Lennie & et al 2020). این سازه صرفاً در برگیرنده فقدان یک بیماری نیست هر چند که با شدت آن در ارتباط باشد (Davis, Lysaker, Salyers & Minor, 2020). کیفیت زندگی از اساسی‌ترین مفاهیم تحقیقات کاربردی و بنیادی است. که دربرگیرند مفاهیمی مانند تشخیص شباهت‌ها و تمایزهای میان بیماران، پیش‌بینی آینده و سیر اختلال و تشخیص این که درمان‌های گوناگون تا چه مقدار در درمان

ازدواج از پیچیده‌ترین روابط انسانی است که پایداری خانواده بر آن استوار است. خیانت سایبری به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تهدید کننده روابط بهینه زناشویی به شمار می‌رود (Alexopoulos, Timmermans & McNallie, 2020). با توجه به پیشرفت سریع ارتباطات مجازی، روابط هیجانی سایبری به شدت رو به افزایش است، به گونه‌ای که تخمین زده می‌شود ۳۰ درصد آمریکایی‌های ۱۸ تا ۲۹ ساله به صورت مجازی اقدام به روابط عاطفی با جنس مخالف خود در این محیط می‌کنند (Statista, 2018). این روابط نه تنها در میان محردها بلکه در متاهلین نیز وجود دارد (Shapiro, Tater, Sutton, Fisher & et al, 2018). گستردگی و دسترسی راحت و بدون حد و مرز در ارتباطات مجازی به صورت نوشتاری و تصویری، باعث افزایش روابط عاطفی و جنسی غیر فیزیکی (خیانت سایبری) با شخصی دیگر، خارج از چارچوب روابط زناشویی شده است. خیانت سایبری در میان افراد غیر مجرد منجر به سردی در روابط زناشویی و عدم تامین نیاز نسبت به همسر می‌شود (Weiser, Nlehuls, Flora, Pinyanunt-Carter & et al, 2018).

یکی از متغیرهای مرتبط با خیانت سایبری، سازه شفقت به خود<sup>۱</sup> است. این متغیریکی از سازه‌های اصلی در خصوص سلامت روان و رضایت از زندگی است (Reizer, 2019). شفقت به خود دارای سه ساختار: مهربانی کردن با خود در برابر قضاوت درباره خود، ویژگی مشترک انسانی در برابر تنهایی و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی می‌باشد، که بر هم تاثیر می‌گذارند. مولفه مهربانی کردن با خود در برابر قضاوت درباره خود اشاره به این نکته دارد که، فردی که از شفقت به خود بالایی برخوردار است، توانایی این را دارد زمانی که در زندگی شکست می‌خورد نسبت به خویشتن با مهربانی و لطافت برخورد کند و از قضاوت نسبت به خود اجتناب کند. ویژگی مشترک انسانی در برابر تنهایی، اشاره به این دارد که تمامی انسان‌ها در زندگی شکست می‌خورند و این وضعیتی است که تمامی انسان‌ها آن را به شکل‌ها و در شرایط مختلف تجربه خواهند کرد. و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی اشاره به این نکته دارد که تمامی انسان‌ها

1. self-compassion

این اختلال تاثیرگذار است می‌باشد (Bottomley, Reijneveld, Koller, Flechtner & et al, 2019).

با توجه به اینکه خیانت سایبری شفقت به خود و کیفیت زندگی را به گونه‌ای آسیب‌زا تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. استفاده از رویکردهای درمانی می‌تواند در بهبود متغیرهای ذکر شده در این گروه مؤثر باشد. به منظور مداخله در آشفتگی‌های زناشویی رویکردهای درمانی متفاوتی با توجه به آسیب‌شناسی این مشکلات وجود دارد (Ramadhan, Keliat&wardani, 2020) یکی از رویکردهای مفید در خصوص بهبود سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی گروه درمانی وجودی است. درمان وجودی نگاهی فلسفی به مردم و بودنشان دارد و بر مفاهیم اساسی زندگی تمرکز می‌کند. درمان وجودی بر جنبه اجتماعی وجود انسان‌ها توجه دارد و بودن با دیگر انسان‌ها را به روش مستقیم تریاز اجزاء اصلی وجود در نظر می‌گیرد. اثربخشی این روش از درمان بر بهبود مشکلات اجتماعی و روانشناختی در تحقیقات گسترده‌ای تایید شده است. این درمان چارچوب مناسبی را در خصوص طبیعت وجودی انسانها یعنی تنهایی، انزوا، اضطراب و ناامیدی روشن کرده است. با توجه به اینکه غالب معضلات روانی انسانها نتیجه ارتباطات میان فردی آنها می‌باشد، بنابراین درمان آن‌ها باید با تمرکز بر این روابط باشد. در درمان‌های گروهی این تمرکز و توجه به شکل مؤثرتری صورت می‌گیرد تا روابط میان فردی و نوع بودنشان را در مرحله اول در داخل گروه ترمیم و سپس آن را به محیط خارج از گروه تعمیم دهند (Long, Fulton, Dolley & Hollin, 2011). درمان وجودی در مقایسه با دیگر روان‌درمانی‌ها تاکید برجسته‌تری نسبت به انتخاب افراد و راه‌های در دسترس به سمت رشد فردی، تمرکز بر مسئولیت پذیری، افزایش آگاهی نسبت به زمان حال و تعهد نسبت به تصمیم‌های شخصی دارد. این شیوه از درمان به بیماران این توانایی را می‌دهد که اگر چه توانایی آن را ندارند تا بعضی از رخدادهای دردناک مانند ارتکاب خیانت زناشویی را در زندگی شخصی خود تغییر دهند اما می‌توانند شناخت و استنباط خود را نسبت به آنها تغییر دهند (Cory, 2005). بنابراین با توجه به موارد گفته شده و تاثیر منفی که خیانت

سایبری بر شفقت به خود و کیفیت زندگی این افراد دارد، و منجر به آسیب به بنیان خانواده و سلامت روان زوجین می‌شود به همین منظور محقق در صدد است تا اثربخشی درمان وجودی بر شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری را مطالعه نماید و فرضیه‌های زیر را مورد بررسی قرار دهد:

- ۱- گروه درمانی وجودی در افزایش شفقت به خود زنان با خیانت سایبری مؤثر است.
- ۲- گروه درمانی وجودی در افزایش کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری مؤثر است.

### روش پژوهش و ابزار پژوهش

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، و به لحاظ هدف کاربردی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان با خیانت‌سایبری (مجازی) به همسر بود که به مرکز مشاوره و روانشناسی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. در روش نیمه‌آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفت. بنابراین از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به شیوه روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت شامل استفاده از فضای مجازی به طور مستمر و تجربه خیانت سایبری، عدم افشای خیانت سایبری برای همسر، حداقل داشتن مدرک تحصیلی دیپلم، رضایت کتبی برای حضور در جلسات درمان، متقاضی طلاق نبودن، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم مصرف مواد مخدر و عدم دریافت مداخلات روانشناختی همزمان بود، همچنین برای اقصاء گروه کنترل به آنها گواهی کتبی داده شد که بعد از اتمام جلسات درمانی، درمان وجودی نیز به طور رایگان برای آنها انجام شود.

### ابزار سنجش

پرسشنامه فرم کوتاه شفقت به خود (Self-compassion scale short form): مقیاس ۱۲ ماده‌ای شفقت به خود شامل ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی) است، که

ماده (۶ماده)، روابط اجتماعی (۳ماده)، و محیط (۸ماده). دو ماده دیگر کل کیفیت زندگی و سلامت عمومی را اندازه‌گیری می‌کنند (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004). پایایی این ابزار را در ایران Nejat, Montazeri, Holakoli, Naieni, et al (2006) به روش باز آزمایی برای سلامت جسمی و روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیطی ۰/۸۴ و کیفیت زندگی کل در چهار حیطة ۰/۷۳ گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه عبارتند از: "زندگی شما تا چه حد معنی دار است"، "به چه میزان امکان فعالیت‌های تفریحی دارید".

**درمان وجودی:** یکی از مهم‌ترین تاکتیک‌های درمان وجودی، منحصر به فرد بودن هر مراجع، درمانگر و هر ارتباط درمانی است. از این رو درمانگران وجودی تمایلی برای به‌نظم در آوردن رویکرد خود و تدوین مجموعه‌ای از اصول علمی نشان نمی‌دهند. این محدودیت در واقع نقطه قوت این رویکرد نیز هست. این درمان به عنوان یک چشم‌انداز ناهمگن، چندوجهی و نسبتاً مفهومی، مجموعه‌ای از شیوه‌های درمانی را به درمانگران پیشنهاد نمی‌کند، بلکه مجموعه‌ای از عقاید، امکانات و انتقادات را فراهم می‌کند که می‌تواند در قالب گسترده‌ای از روش‌های درمانی قرار داده شود (Lebow, 2008). در جدول ذیل خلاصه جلسات گروه درمانی وجودی ارائه شده است.

ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (هرگز=۱، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴، و همیشه=۵) مرتب شده است، حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضمناً سوال‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر در این ابزار میزان خود-دلسوزی بالا و نمره پایین، میزان خود-دلسوزی پایین شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). پایایی این پرسشنامه به روش ضریب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (Odou & Brinker, 2014). در پژوهش (Rajabi, Gashti & Amanollahi, 2016) پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۵ و روایی همزمان آن با پرسشنامه ۲۶ ماده‌ای شفقت به خود ۰/۵۶ (p<۰/۰۵) گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه عبارتند از: "وقتی که غمگین احساس می‌کنم که بیشتر افراد از من شادترند"، "عیب‌ها و نقص‌های خود را محکوم و سرزنش می‌کنم".

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of life Questionnaire):** پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ ماده دارد. از میان ۲۶ ماده، ۲۴ ماده به بررسی سلامت جسمانی (۷ماده)، سلامت روانی

#### جدول ۱ خلاصه گروه درمانی وجودی

جلسه اول	در این جلسه گروه باهم دیگر آشنا شدند، هدف از این جلسه آشنایی با قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از اعضا خواسته شد تا خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	هدف از این جلسه به چالش کشاندن پاسخ به سوال من چه کسی هستم؟ سپس مفهوم خودآگاهی مورد بحث قرار گرفت. اعضا نظرهای خود را بیان و از دیدگاه وجودی خودآگاهی بررسی شد. و در انتهای جلسه تکلیفی متناسب با بحث به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل، هدف از این جلسه بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی و به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط درمانگر بود. برای تکلیفین جلسه از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدار شناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرتبط نیستی و نبودن را بیان کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، هدف از این جلسه بررسی تجارب اعضا درباره‌ی فقدان و سوگ و ارائه‌ی بازخورد، مواجهه جسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط درمانگر و مشارکت اعضا بود. برای تکلیف این

جلسه از اعضا خواسته شد تا اعلامیه‌ی فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن دلبستگی شدید دارند برای جلسه‌ی آینده طراحی کنند.	
جلسه پنجم مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، هدف از این جلسه پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، توصیف ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط درمانگر بود و تکلیف مرتبط با جلسه از اعضای گروه خواسته شد تا نسبت به تصمیم های که در گذشته و مسئولیت نمی پذیرفتند و خود را آزاد در انتخاب های خود نمی دانستند تمرکز و تفکر دوباره و خود را مسئول و مختار در انتخاب های خود چه مثبت و چه منفی بدانند.	
جلسه ششم بررسی تکالیف داده شده، هدف از این جلسه بررسی پاسخ اعضا به سوال های مانند اینکه آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و آیا تنهایی رنج آور است؟ و به چالش این پرسش ها و تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط درمانگر بود برای تکلیف این جلسه از اعضای گروه خواسته شد تا نسبت به رخدادهای برجسته ی که برای آنها رخ داده معنی و مفهومی پیدا کنند.	
جلسه هفتم و هشتم مرور تکالیف ارائه شده، هدف از این جلسه بررسی دوباره پاسخ اعضا و بحث و ارائه بازخورد به سوال آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می کنم؟ پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی، برای تکلیف مرتبط با این جلسه از گروه خواسته شد تا معنای تازه نسبت به رخدادهای منفی زندگی خود پیدا کنند.	
جلسه نهم هدف از این جلسه گفتگو در خصوص عواملی بود که می توانند بر افکار و احساسات فرد تاثیر داشته باشد، برای این منظور. از تکنیک تجسم سازی ذهنی استفاده شد، به این صورت که از اعضا گروه خواسته شد تا یکی از موقعیت های که در آن موفق یا شکست خورده بودند را تجسم کرده، و به این سوال پاسخ دهند که در این حالت چه کسی را مسئول می دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ و از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می پذیرند چه احساسی دارند؟ برای تکلیف مرتبط با این جلسه از گروه خواسته شد تا ۳ موقعیت منفی را که در گذشته در آن شکست خورده‌اند را در ذهن خود تداعی کرده و سپس بار مسئولیت آن را به دوش کشیده و مسئولیت شکست خویش را بدون اینکه دیگران را مقصر بدانند را بپذیرا باشند.	
جلسه دهم تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان.	

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس‌آزمون توسط ابزارهای مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه درمان وجودی در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها برای بررسی فرضیه پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین ابتدا پیش

بعد از انتخاب مراجعان ابتدا از پرسشنامه شفقت به خود و کیفیت زندگی برای به دست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل قبل از اجرای جلسه‌های درمان بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به اجرا در آمد. سپس جلسات درمانی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ هفته بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا گردید، این در حالی بود که شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، شرکت‌کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره‌های

خود (sig=۰/۲۹، F=۱/۲۳)، کیفیت زندگی (sig=۰/۲۷)، به دست آمده است که نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش رد نشده است. همچنین از سطح معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تایید این فرضیه‌ها امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد، جدول ۳ نتایج تحلیل تک متغیری را نشان می‌دهد.

فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس در گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کولموگراف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد (sig=۰/۴۸). از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات رد نشد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون شفقت به

جدول ۲. توصیف آماری شفقت به خود و کیفیت زندگی

گروه	متغیر	نمرات	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله وجودی	شفقت به خود	پس‌آزمون	۲۷/۲۰	۳/۱۳
	کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۵۱/۱۱	۳/۸۷
کنترل	شفقت به خود	پس‌آزمون	۲۲/۴۹	۲/۸۹
	کیفیت زندگی	پس‌آزمون	۴۱/۹۶	۲/۶۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین شفقت به خود و کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون ۲۷/۲۰، ۵۱/۱۱ است، همچنین میانگین نمره، شفقت به خود و کیفیت زندگی گروه کنترل در پس‌آزمون ۲۲/۴۹، ۴۱/۹۶ است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین‌های شفقت به خود و کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع	درجه ی	میانگین	F	سطح	اندازه ی	توان
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اثر	آماري
پیش‌آزمون	شفقت به خود	۱۲۹/۳۸	۱	۱۲۹/۳۸	۳۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۱
	کیفیت زندگی	۲۶۸/۵۲	۱	۲۶۸/۵۲	۹/۱۴	۰/۰۰۹	۰/۲۶	۰/۷۹
مداخله	شفقت به خود	۴۳۲/۷۵	۱	۴۳۲/۷۵	۱۲۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
وجودی	کیفیت زندگی	۱۲۹۵/۱۴	۱	۱۲۹۵/۱۴	۱۹۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی (F=۱۹۸/۱۷) وجود دارد (P=۰/۰۱). که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار درمان وجودی بر افزایش کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه درمانی وجودی بر افزایش کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری نیز مورد تایید است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون شفقت به خود (F=۱۲۱/۷۴) وجود دارد (P=۰/۰۱). که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار مداخله وجودی بر افزایش شفقت به خود در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه درمانی درمان وجودی بر افزایش شفقت به خود زنان با خیانت سایبری مورد تایید است. همچنین نتایج جدول نشان

## بحث و نتیجه گیری

بینش خود، حس مهربانانه با خود و توانایی برداشت درست از خصوصیات عمومی انسانی است. گروه‌درمانی وجودی باعث ارتقای اشتراک و خصوصیات عمومی انسانی در بیماران می‌شود، بدین صورت که این بینش و نگاه در گروه بوسیله درمانگر به مراجعه تزریق می‌شود که مشقت، گرفتاری و رنج بخشی ناگزیر در خویشتن کلیه انسان‌ها در نظر گرفته می‌شود. همان طور که بیان شد احساس عمومی انسانی مشخصه‌ی بنیادین شفقت به خود است که آشکارکننده این حقیقت است که تمامی انسان‌ها گرفتار مشقت و رنج شده و به دنبال آن در باتلاق رفتارهای ناهنجار گرفتار می‌شوند. انسان‌ها بایستی به این منطقی برسند که تمامی فعالیت‌های آنها قرار نیست به صورت بی‌نقص باشد. در گروه‌درمانی وجودی بالینگران شرایطی را برای مراجعان مهیا می‌کنند. تامشقت، رنج و نقص‌های خودشان را جزئی اجتناب‌ناپذیر از وجود خود و دیگران قلمداد کنند. در واقعیت، درمان وجودی با تمرکز بر ارتقای حس عمومی انسانی در موقعیت‌ها و چالش‌های پرمشقت روانی‌منجر به این استنباط در مراجعان می‌گردد که آنها تنها گرفتار شدگان در دگرگونی‌های تلخ زندگی مانند خیانت در روابط زناشویی نیستند و همه انسان‌ها در مراحل گوناگون زندگی‌شان گرفتار رنج و درد می‌شوند. همچنین در گروه با برجسته کردن بینش و آگاهی که از ساختارهای بنیادین شفقت به خود است، به مراجعان این امکان داده می‌شود تا به درک صحیحی از موقعیت و شرایط مشقت بار رسیده و نگاه و معنی نوین و دارای بار هیجانی مثبت به آنها بدهد. زمانی که مراجعان از طریق این بینش به این حقیقت دست پیدا می‌کنند که گرفتاری، مشقت و رنج جزئی‌گریزناپذیر در زندگانی تمامی انسان‌ها و صرفاً تعلق به آنها ندارد، از دام تعمیم افراطی دردها و تنهایی و انزوا نجات پیدا کرده و آنها را قسمتی از زندگانی طبیعی خود و دیگران پنداشته و بدین طریق با خود مهربان بوده و شفقت و دلسوزی به خود را در وجود خویش افزایش می‌دهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان وجودی منجر به افزایش کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری می‌شود. این نتیجه همسو با نتایج Mumudero, Sake (2006), Westmana, Bergemarb & Andersson (2006) می‌باشد. گروه‌درمانی

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان وجودی بر افزایش شفقت به خود زنان با خیانت سایبری موثر است. و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود داشته است، که این امر بیانگر تاثیر درمان وجودی بر شفقت به خود زنان با خیانت سایبری در گروه مورد مداخله است. این نتیجه همسو با نتایج Taghipuor & Barzegaran (2018), Rebecca & Jiaqing (2011) می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که، درمان وجودی مراجعان را به جلو حرکت می‌دهد تا با جزئیاتی از زندگی‌شان مواجه گردند که قبل از این از آن‌ها گریزان بودند، و به گونه‌ای شایسته و بدون ترس واقعیت‌های دردناک زندگی‌شان (خیانت زناشویی) را شناخته و آنها را مورد پذیرش قرار داده و مسئولیت این انتخاب را بر عهده بگیرند، مراجعان باید به این نتیجه برسند که خوشحالی و لذت در زندگی زمانی حاصل می‌شود که آنها به این حقیقت دست پیدا کنند که امنیت و شادی در زندگی به صورت مستمر و پیوسته نیست (Van Deurzen, 2012). دست‌یابی به سلامت روانی زمانی امکان‌پذیر است که آنها برداشت درستی از سعی و زحمت خود از زندگی داشته باشند و چنین بینشی در آنها این حقیقت را آشکار می‌کند که او از خود به خوبی پرستاری می‌کند و بدین ترتیب می‌توان ادعا کرد که طبیعت انسانی خود را مورد پذیرش قرار داده و به این حقیقت دست پیدا کرده است که دارای نقص بودن و خطا کردن (در اینجا خیانت سایبری) از خصوصیات کلی همه انسان‌ها به شمار می‌روند. بدین ترتیب این نگاه و برداشت منجر می‌شود تا مراجعان خویشتن خویش را در مقابل دگرگونی‌های زندگی، دردها، مشقت‌ها و فقدان‌ها مورد شماتت قرار ندهد و از هستی خودشان در مقابل رویدادهای دارای بار هیجانی منفی محافظت به عمل آورند. شفقت به خود به معنای قبول هیجانی اتفاق‌هایی می‌باشد که در وجود ما به وقوع می‌پیوندد. و به نوعی می‌توان بیان کرد که به نوعی کلنجار رفتن در کنش و واکنش‌های سنجش درونی‌مان (گاهی مثبت و گاهی منفی) در نظر گرفته می‌شود که متمرکز بر آگاهی و

تعمیم یافته‌ها و خودگزارش‌دهی بود. بنابراین درجهت افزایش روایی بیرونی پیشنهاد می‌شود که این تحقیق با جامعه و محدوده جغرافیایی متفاوت و به روش نمونه‌گیری تصادفی صورت گیرد. در بخش پیشنهاد کاربرد نیز با توجه به اثربخشی درمان وجودی بر شفقت به خود و کیفیت زندگی زنان با خیانت سایبری پیشنهاد می‌شود که به منظور بهبود این متغیرها از این شیوه درمانی در مراکز جامع سلامت و درمانی استفاده بهینه گردد.

#### منابع

- Alexopoulos, C., Timmermans, E., & McNallie, J. (2020). Swiping more, committing less: Unraveling the links among dating app use, dating app success, and intention to commit infidelity. *Computers in Human Behavior*, 102, 172-180.
- Amedro, P., Basquin, A., Gressin, V., Clerson, P., Thambo, J., & Bonnet, D. (2014). Quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease: The multicenter cross-sectional ACHLLE study. *Journal European Respiratory*, 44, P2384.
- Bottomley, A., Reijneveld, J.C., Koller, M., Flechtner, H., Tomaszewski, K.A., & Greimel, V. (2019). Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. *European Journal of Cancer*, 121, 55-63.
- Bluth, K., & Neff, K.D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608.
- Clements, L., Frazier, S.K., Moser, D.K., Lennie, T.A., & Chung M.L. (2020). The mediator effect of depression symptoms on the relationship between family functioning and quality of life in caregivers of patients with heart failure, *Journal Heart & Lung*, 49(6), 737-744.
- Corey, G. (2005). *Theories and practice of counseling and psychotherapy* (7<sup>th</sup>ed). Brooks/cole.
- Davis, B.J., Lysaker, P.H., Salyers, M.P., & Minor, K.S. (2020). The insight paradox in schizophrenia: a meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophrenia Research*, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.017>.
- Fabio, A., & Saklofske, D.H. The relationship of compassion and self-compassion with personality and emotional intelligence. *Personality and*

وجودی موجب بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی می‌شود (Cory, 2005). در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که دغدغه‌های وجودی همچون اضطراب وجودی، نیستی، فناپذیر بودن، قبول مسئولیت، حس تنها بودن و معنا دادن به رخدادهایی که کیفیت زندگی افراد را به چالش می‌کشند. در صورتی که حل نشده باقی بمانند می‌توانند فشارهای زیادی را بر فرد وارد آورند. نداشتن مسئولیت و معنا و تنها بودن از فاکتورهای بنیادین خطرآفرین کیفیت زندگی این افراد است. زمانی که آنها این توانایی را نداشته باشند که به دردها و رنج‌هایی که تجربه می‌کنند معنا دهند به طور فزاینده‌ای گرفتار گریز اجتماعی و تنهایی شده و باعث انزوای اجتماعی و شناختی این زنان از جهان بیرون شده و در پی آن تشدید درد و رنج روانی و احساس تنهایی و ناامیدی و حقارت‌انگاری شده و کیفیت زندگی‌شان به مرور تضعیف می‌شود. در این شیوه از درمان با استفاده از دغدغه‌های بنیادین انسان‌ها یعنی نیستی، عدم معنا، انزوا، مرگ و رهایی این توانایی را به این افراد تزریق می‌کنند تا دیدگاهی نوین نسبت به دگرگونی‌های زندگی مانند رنج روانی و پشیمانی حاصل از خیانت و عذاب ناشی از آن داشته و با استفاده از توانایی در انتخاب و اختیار، معنا و نگاهی تازه به این دردها و دگرگونی‌ها داشته، و ساختاری تازه و نوین به تجربه‌های تلخ زندگی خود بدهند، با این نگاه و معنای جدید زنان با خیانت سایبری خود را مسئول و عاری از عدم اختیار دانسته و خود را صاحب اختیار در شکل‌دهی به تجارب زندگی‌شان می‌دانند و با مسئولیت‌پذیری بیشتری که ناشی از داشتن اختیار و نه اجبار است متهی به امید و توانایی در تغییر دگرگونی‌های دردناک می‌گردد. همچنین با آموزش مهارت‌های مقابله‌ی کاربردی در داخل جلسات درمان، مراجعان این قدرت و توانایی را به دست می‌آورند که در برابر موقعیت‌ها و دگرگونی‌های آمیخته با هیجان‌های منفی و تلخ قدرت‌سازگاری و مقابله بیشتر و احساس توانمندی بهینه‌ای را تجربه کرده و با نگاهی انعطاف‌پذیرتر و مسئولیت و اختیار افزون‌تر در مورد مسائل گوناگون زندگی کیفیت زندگی‌شان را ارتقا دهند.

از محدودیت‌های این تحقیق نداشتن برنامه‌ای در جهت پیگیری اثربخشی درمان وجودی در طول زمان، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، محدودیت جغرافیایی، محدودیت در



- 727-734.
- Statista (2018). *Percentage of U.S. internet users who use tinder as of January 2018*, by age group.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Udo, C., Melin-Johansson, C.H., & Danielson, E. (2011). Existential issues Among Health Care Staff in Surgical cancer care Discussions in supervision sessions. *European Journal of oncology nursing*, 15, 447-453.
- Taghipour, B. & Barzegaran, R. (2018). The effectiveness of group existence therapy on anxiety sensitivity and psychological well-being in women with generalized anxiety disorder. *Journal of Woman and Cultural*, 10(38); 81-94. [Persian].
- Timmermans, E., DeCaluwe, E., & Alexopoulos, C. (2018). Why are you cheating on tinder? Exploring users motives and (dark) personality traits. *Computers in Human Behavior*, 89, 129-139.
- Van Deurzen, E. (2012). Existential counseling & psychotherapy in practice. *Sage*, 19: 30-46.
- Varghese, S.A., & Jose, A.E. (2016). Self-esteem and quality of life of male nurses. *International Journal of psychology Nursing*, 2(1); 98-103.
- Von Mackensen, S. (2007). Quality of life and sports activities in patients with haemophilia. *Haemophilia*, 13, 38-43.
- Weiser, D.A., Nlehuls, S., Flora, J., Pinyanunt-Carter, N.M., Arias, V.S., & Barrd, R.A. (2018). Swiping right: Sociosexuality, intention to engage in infidelity, and infidelity experiences on tinder. *Personality and Individual Differences*, 123, 29-33.
- Westmana, B., Bergenmarb, M., & Andersson, L. (2006). Life, Illness and Death-Existential Reflections of a Swedish sample of patients who have Undergone Curative Treatment for Breast or Prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 169-176.
- Individual Differences*, Doi: 10.1016/J.paid.2020.110109.
- Gill, T. M., Feinstein, A. R. (1995). A critical appraisal of quality of life measurement. *JAMA*, 272, 619-629.
- Long, C.G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C.R. (2011). Dealing with feelings the effectiveness of cognitive behavior group treatment for women in secure settings. *Behavior Cognitive Psychotherapy*, 39: 243-247.
- Mumudero, M., & Saks, K. (2006). The impact of negative affectivity on quality of life and relationship fulfillment in Estonia. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 336-353.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie, Naieni, K., Mohammad, K., & Majidzadeh, S. (2006). The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4); 1-12. [Persian].
- Ramadhan, I., Keliat, B.A., & Wardani. (2020). Assertiveness training and family psychoeducational therapies on adolescents mental resilience in the prevention of drug use in boarding schools. *Enfermeria Clinical*, 29(2), 326-330.
- Rajabi, G.H., Gashti, M.A., & Amanollahi, A. (2016). The relationship between self-compassion and depression with mediating thought rumination and worry in female nurses. *Iran Journal of Nursing*, 29, 10-21. [Persian].
- Rebecca, P., & Jiaqing, O. (2011). Association between caregiving in life satisfaction and quality of life, beyond 50 in an Asian sample: *Age as a Moderator Social Indicators Research*, 108 (3), 525-534.
- Reizer, A. (2019). Bringing self-kindness into the workplace: Exploring the mediating role of self-compassion in the associations between attachment and organizational outcomes. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01148>.
- Shapiro, G.K., Tater, O., Sutton, A., Fisher, W., Naz, A., Perez, S., & et al. (2017). Correlates of tinder use and risky sexual behaviors in young adults. *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking*, 20,