

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Loneliness and Self-Compassion in the Aged

Sargol Rezaei¹, Mojdeh Moghadam Amir Aslani², Mahsa Moazzi Vesal³, Zeinab Najafi⁴,
Parisa Heydari Sharaf^{5*}

1- Master's Degree in Family Counseling, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran.

2- Master's Degree in Philosophy of Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Master's Degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran.

4- Student at Razi University, Kermanshah, Iran.

5- Master's Degree in Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Corresponding author: Parisa Heydari Sharaf, Master's Degree in Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Email: parisaheidarisharaf@gmail.com

Received: 2025/03/5

Accepted: 2025/03/30

Abstract

Introduction: The growing elderly population and their psychological challenges necessitate attention to effective strategies for improving mental health in this age group. Cognitive-Behavioral Therapy is one of the effective interventions in the field of mental health that has potential for reducing loneliness and increasing self-compassion in the elderly; however, its effectiveness in this area has not been comprehensively studied. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of Cognitive-Behavioral Therapy on loneliness and self-compassion in the elderly.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population included all elderly residents in nursing homes, from which 30 individuals were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to experimental (15 people) and control (15 people) groups. The Loneliness Scale by Russell et al. (1980) and the Self-Compassion Scale by Raes et al. (2011) were used to collect data. The Beck cognitive therapy program was implemented for the experimental group in eight 90-minute sessions, once a week. For data analysis, repeated measures analysis of variance was used with SPSS software version 26.

Results: The results of the mixed ANOVA indicated significant effects of time ($F=31.778$, $P\leq 0.001$), group ($F=20.076$, $P\leq 0.001$), and the interaction of time $\times$ group ($F=34.551$, $P\leq 0.001$) on loneliness. Similarly, significant effects of time ($F=247.532$, $P\leq 0.001$), group ($F=6.407$, $P=0.017$), and the interaction of time $\times$ group ($F=311.572$, $P\leq 0.001$) were observed for self-compassion. The Bonferroni test revealed significant differences between pre-test and post-test scores in the experimental group for loneliness (mean difference=4.36, $P\leq 0.001$) and self-compassion (mean difference=5.067, $P\leq 0.001$). The effect of time on self-compassion remained stable, whereas a significant difference was observed in loneliness (mean difference=0.633, $P\leq 0.001$). These findings indicate the positive yet limited impact of the intervention.

Conclusions: The findings of this study indicate that Cognitive-Behavioral Therapy can significantly reduce loneliness and increase the level of self-compassion in the elderly. The persistence of these effects during the follow-up period indicates the long-term effectiveness of this therapeutic approach. These results highlight the importance of implementing cognitive-behavioral interventions in elderly mental health programs and can guide the design of effective treatment protocols for improving the quality of life and psychological well-being of this age group.

Keywords: Self-compassion, Loneliness, Cognitive-Behavioral Therapy, Aged.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی و خوددلسوزی در سالمندان

سرگل رضایی^۱، مژده مقدم امیراصلانی^۲، مهسا معزی وصال^۳، زینب نجفی^۴، پریسا حیدری شرف^{۵*}

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲- کارشناس ارشد فلسفه تعلیم و تربیت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴- دانشجوی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۵- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: پریسا حیدری شرف، کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
ایمیل: parisahaidarisharaf@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان و چالش‌های روان‌شناختی این دوره، توجه به راهکارهای مؤثر برای ارتقای سلامت روان این گروه را ضروری ساخته است. درمان شناختی-رفتاری یکی از مداخلات مؤثر در حوزه سلامت روان است که پتانسیل بالقوه‌ای برای کاهش احساس تنهایی و افزایش خوددلسوزی در سالمندان دارد، اما اثربخشی آن در این زمینه به طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر احساس تنهایی و خوددلسوزی در سالمندان انجام شده است. **روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ساکن در خانه سالمندان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از آنها انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های احساس تنهایی راسل و همکاران (۱۹۸۰) و پرسشنامه خوددلسوزی ریس و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. برنامه شناخت درمانی یک به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار برای گروه آزمایش اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اثرات زمان ($F=31/778, P\leq 0/001$)، گروه ($F=20/076, P\leq 0/001$) و تعامل زمان × گروه ($F=34/551, P\leq 0/001$) بر احساس تنهایی معنادار بودند. همچنین، اثرات زمان ($F=247/532, P\leq 0/001$)، گروه ($F=6/407, P=0/017$) و تعامل زمان × گروه ($F=311/572, P\leq 0/001$) بر خوددلسوزی نیز معنادار بودند. آزمون بونفرونی نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش برای احساس تنهایی ($F=4/36$ ، تفاوت میانگین، $P\leq 0/001$) و خوددلسوزی ($F=5/067$ ، تفاوت میانگین، $P\leq 0/001$) تفاوت معناداری وجود داشت. اثر زمان بر خوددلسوزی پایدار بود، اما در احساس تنهایی تفاوت معنادار مشاهده شد ($F=0/633$ ، تفاوت میانگین، $P\leq 0/001$). این یافته‌ها تأثیر مثبت و محدود مداخله را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری می‌تواند احساس تنهایی را در سالمندان کاهش داده و سطح خوددلسوزی آنها را افزایش دهد. پایداری این اثرات در دوره پیگیری حاکی از کارآمدی بلندمدت این روش درمانی است. این نتایج اهمیت به‌کارگیری مداخلات شناختی-رفتاری در برنامه‌های سلامت روان سالمندان را برجسته می‌سازد و می‌تواند راهگشای طراحی پروتکل‌های درمانی مؤثر برای ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این گروه سنی باشد.

کلیدواژه‌ها: خوددلسوزی، احساس تنهایی، درمان شناختی رفتاری، سالمندان.

مقدمه

پیری به عنوان یک دوره اجتناب‌ناپذیر از زندگی انسان، اغلب با چالش‌های متعددی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی همراه است (۱). یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی که سالمندان با آن مواجه هستند، احساس تنهایی است که می‌تواند پیامدهای منفی قابل توجهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد (۲). تنهایی در سالمندان نه تنها به عنوان یک تجربه عاطفی ناخوشایند، بلکه به عنوان یک عامل خطر برای مشکلاتی چون افسردگی، اضطراب، کاهش عملکرد شناختی و حتی افزایش خطر مرگ و میر شناخته شده است (۳). عواملی مانند از دست دادن عزیزان، بازنشستگی، کاهش تعاملات اجتماعی و مشکلات جسمی، همگی می‌توانند در شکل‌گیری و تداوم احساس تنهایی در این گروه سنی نقش داشته باشند (۴). در همین راستا، خوددلسوزی به عنوان یک مفهوم روان‌شناختی نوظهور، می‌تواند عاملی محافظتی در برابر تنهایی و سایر مشکلات روان‌شناختی سالمندان باشد (۵). خوددلسوزی به معنای مهربانی با خود، پذیرش محدودیت‌ها و شکست‌ها، و اجتناب از قضاوت منفی نسبت به خود است. تحقیقات نشان می‌دهند که خوددلسوزی با بهبود سلامت روان، کاهش افسردگی و اضطراب، و ارتقای بهزیستی روانی مرتبط است (۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خوددلسوزی با کاهش احساس تنهایی به‌ویژه در بُعد عاطفی آن مرتبط است (۷). به عنوان مثال، تحقیق کریستودولو و ادونیس نشان داد که خوددلسوزی بیشتر با سطوح پایین‌تر تنهایی عاطفی همراه است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش و تقویت خوددلسوزی در سالمندان می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر برای کاهش احساس تنهایی در این گروه استفاده شود (۸). مرور سیستماتیک که توسط برون و همکاران انجام شد، نشان می‌دهد که خوددلسوزی با بهبود سلامت روانی، از جمله کاهش سطوح افسردگی و اضطراب، ارتباط دارد. این امر به‌ویژه برای سالمندانی که با احساس تنهایی و انزوای اجتماعی مواجه هستند، بسیار حیاتی است. سالمندانی که سطوح بالاتری از خوددلسوزی را تجربه می‌کنند، نه تنها احساس تنهایی کمتری دارند، بلکه از سلامت روانی بالاتری نیز برخوردارند (۹).

مطالعه‌ای که توسط جاریس و همکاران انجام شد، نشان داد که یک مداخله درمان شناختی رفتاری توانست به شکل

قابل توجهی احساس تنهایی را در سالمندان ساکن مراکز مراقبتی کاهش دهد (۱۰). علاوه بر این، تحقیقاتی مانند مطالعه ورادیلا نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری به‌طور خاص در کاهش اختلالات مرتبط با تنهایی در سالمندان مؤثر است. این تحقیق تأیید می‌کند که درمان شناختی رفتاری نه تنها می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد، بلکه بهبود قابل توجهی در تعاملات اجتماعی سالمندان ایجاد می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری با تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار، به سالمندان کمک می‌کند تا روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند و از انزوای اجتماعی فاصله بگیرند (۱۱). این روش درمانی، با تمرکز بر تغییر افکار و رفتارهای ناسازگار، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی سالمندان کمک کند (۱۲). بنابراین این مداخله، از طریق اصلاح افکار و رفتارهای ناسازگار، می‌تواند به بهبود تعاملات اجتماعی، کاهش انزوا، و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان کمک کند (۱۳). درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار و باورهای ناسازگار و جایگزینی آن‌ها با الگوهای فکری و رفتاری سازگارتر، می‌تواند به سالمندان کمک کند تا به شیوه‌ای مؤثرتر با چالش‌های روان‌شناختی و اجتماعی مواجه شوند (۱۴).

با وجود شواهد متعدد مبنی بر اثربخشی تثبیت‌شده درمان شناختی-رفتاری در کاهش احساس تنهایی و بهبود کلی سلامت روان سالمندان، نوآوری اصلی پژوهش حاضر در بررسی همزمان تأثیر این مداخله بر دو سازه روانشناختی کلیدی، یعنی کاهش احساس تنهایی و ارتقای خوددلسوزی، در این جمعیت نهفته است. در حالی که مطالعات پیشین عمدتاً بر یکی از این متغیرها یا بر پیامدهای کلی‌تر سلامت روان متمرکز بوده‌اند و کمتر به توانایی بالقوه درمان شناختی رفتاری در کاهش همزمان یک حالت منفی (تنهایی) و تقویت یک منبع مثبت درونی (خوددلسوزی) پرداخته‌اند، شکاف پژوهشی موجود چندانچیزی است. اولاً، علی‌رغم اهمیت فزاینده خوددلسوزی به عنوان یک عامل محافظتی، مداخلات درمان شناختی رفتاری که به طور هدفمند افزایش آن را در سالمندان دنبال کنند، نادر هستند و اغلب پروتکل‌ها بر کاهش علائم منفی متمرکز مانده‌اند. ثانیاً، کمبود مطالعاتی که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنهایی و خوددلسوزی را در بافت فرهنگی و اجتماعی خاص سالمندان ایرانی ارزیابی کرده باشند، مشهود است،

یک قرار گرفت، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و دو بعد، مرحله پیگیری با تکمیل مجدد همان پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه انجام پذیرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر ($p=0.05$) و با استفاده از نرم افزار SPSS-26 انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه احساس تنهایی: جهت سنجش احساس تنهایی از پرسشنامه راسل و همکاران استفاده شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت چهار گزینه‌ای، ده جمله منفی و ده جمله مثبت است (۱۵). در این پرسشنامه هرگز امتیاز (یک)، به ندرت امتیاز (دو)، گاهی امتیاز (سه) و همیشه امتیاز (چهار) دارد. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. در این مقیاس براساس تعریفی که ارائه شد سوالاتی مطرح می‌شود از جمله اینکه «احساس انزوا می‌کنم»، «کسانی در اطرافم هستند که می‌توانم با آنها ارتباط و گفت و گوی سازنده داشته باشم» و «من احساس می‌کنم جزوی از گروه دوستانم هستم» نتیجه مقیاس بر روی یک طیف از احساس تنهایی شدید تا یک ارتباط اجتماعی موثر قرار می‌گیرد. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدیدنظر شده ۰/۷۸ گزارش شد (۱۶). همچنین وا و همکاران این ابزار را یک ابزار کوتاه و پایا برای اندازه‌گیری تنهایی گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۴ گزارش کردند (۱۷). پایایی آزمون به روش بازآزمایی توسط راسل و همکاران ۰/۸۹ گزارش شد است (۱۵). در ایران مقیاس توسط شکرکن و میردیریوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد. در مطالعه‌ای که به وسیله میردیریوند انجام گرفت همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ بود (۱۸). در مطالعه حاضر ضریب آلفا برابر با ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه خوددلسوزی: پرسشنامه خوددلسوزی توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ تدوین شده که شامل ۱۲ سوال و ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) است، که ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (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 و ۶۰ است، که نمره بالاتر

زیرا بخش عمده تحقیقات در جوامع غربی انجام شده است. بنابراین، این پژوهش با ارزیابی همزمان کاهش متغیر منفی (احساس تنهایی) و افزایش متغیر مثبت (خوددلسوزی)، درصدد ارائه دیدگاهی جامع‌تر نسبت به تأثیرات درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی سالمندان در یک بافت فرهنگی غیرغربی است و فراتر از کاهش صرف علائم مرضی حرکت می‌کند. بنابراین، پرسش اصلی این است که آیا درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به‌طور معناداری احساس تنهایی را کاهش داده و خوددلسوزی را در سالمندان بهبود بخشد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ساکن مراکز نگهداری شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها، مرکز سالمندان امید به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۳۰ نفر از سالمندان واجد شرایط انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل توانایی شناختی لازم برای درک اهداف مطالعه، تکمیل پرسشنامه‌های خوددلسوزی و احساس تنهایی، و ارائه رضایت آگاهانه کتبی بود. همچنین، توانایی جسمی و روانی برای حضور منظم در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله شناختی-رفتاری (برای گروه آزمایش) ضروری بود. معیارهای خروج شامل وجود اختلالات شناختی یا روان‌پزشکی شدید، ناتوانی شدید جسمی یا حسی که مانع مشارکت مؤثر شود، عدم تسلط کافی به زبان فارسی (زبان پژوهش)، شرکت همزمان در مداخلات روان‌شناختی مشابه و یا عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود. حجم نمونه با استناد به مطالعات پیشین در زمینه مداخلات شناختی-رفتاری برای سالمندان و با توجه به محدودیت‌های عملیاتی تعیین گردید. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی، شرکت‌کنندگان با روش تصادفی‌سازی ساده (قرعه‌کشی) به دو گروه مساوی آزمایش ($n=15$) و گواه ($n=15$) تخصیص یافتند. در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های خوددلسوزی و احساس تنهایی توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس، گروه آزمایش به مدت ۸ هفته، در جلسات گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) تحت مداخله شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل درمانی

پروتکل درمان شناختی رفتاری: روش درمان شناختی رفتاری توسط یک ارائه شده است (۲۳)، که در ۸ جلسه اجرا می-شود. رفتار درمانی شناختی به افراد کمک می کند تا افکار ناراحت کننده خود را شناسایی کرده و میزان واقعی بودن افکار را ارزیابی کنند. سپس یاد می گیرند که تفکر تحریف شده خود را تغییر دهند. وقتی واقع بینانه تر فکر می کنند، احساس بهتری پیدا می کنند. پروتکل تهیه شده بصورت گروه درمانی است، درمان گروهی در بسیاری از جنبه ها بهتر از درمان فردی است. در این نوع درمان اعضای گروه با هم همذات پنداری می کنند و پذیرش مشکل شان برایشان آسان تر است و در ادامه نیز راحت تر برای درمان با درمانگر همکاری می کنند، همچنین درمان گروهی از لحاظ زمان و هزینه نیز مقرون به صرفه می باشد.

سطح بالاتر خوددلسوزی را نشان می دهد. ضمناً ماده های خرده مقیاس های قضاوت کردن خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (۱۹). نف ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس های ششگانه از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی آن را به فاصله سه هفته برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس های ششگانه فوق از ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ گزارش شد (۲۰). قاسمی و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای عامل های ششگانه از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ بدست آوردند (۲۱). همچنین ضریب روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه سلامت عمومی $r=0/45$ ($p<0/001$) و تایید مدل شش عاملی (تحلیل عاملی تاییدی)، ریس و همکاران بین فرم های بلند و کوتاه SCS همبستگی معنادار گزارش دادند (۲۲).

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری یک

شماره	محتوا جلسه	فعالیت ها و تمرین گروهی	تکالیف خانگی
۱	آشنایی و معرفی درمان شناختی رفتاری، ایجاد انگیزه و تعیین اهداف درمان	۱. معرفی گروه و آشنایی اعضا ۲. توضیح مفهوم درمان شناختی رفتاری و تأثیر آن بر احساسات و رفتار ۳. شناسایی اهداف فردی هر عضو	- نوشتن یک پاراگراف در مورد احساس تنهایی و تأثیر آن بر زندگی - شناسایی یک هدف کوچک که می خواهند به آن برسند
۲	شناسایی افکار خودآیند منفی مرتبط با تنهایی و فقدان خوددلسوزی	۱. تعریف و مثال هایی از افکار خودآیند منفی ۲. تمرین شناسایی افکار در موقعیت های خاص ۳. بحث گروهی در مورد افکار مشابه	- ثبت افکار منفی در دفترچه روزانه - شناسایی موقعیت هایی که احساس تنهایی یا سرزنش خود را تقویت کرده اند
۳	بازسازی شناختی: چالش افکار منفی و جایگزینی آن ها با افکار منطقی تر	۱. آموزش چالش افکار منفی با سؤال هایی مانند «آیا این فکر واقع بینانه است؟» ۲. تمرین بازسازی شناختی در گروه	- نوشتن یک موقعیت تنهایی و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی تر - استفاده از جملات مثبت تأییدی در طول روز
۴	آموزش مهارت های خوددلسوزی: پذیرش خود و خودگویی مثبت	۱. توضیح مفهوم خوددلسوزی و ارتباط آن با سلامت روان ۲. تمرین خودگویی مثبت با جملات تأییدی ۳. مدیتیشن کوتاه	- نوشتن حداقل ۳ جمله خوددلسوزانه در دفترچه روزانه - تمرین مدیتیشن ۵ دقیقه ای روزانه
۵	آموزش مهارت های حل مسئله برای مقابله با موقعیت های تنهایی	۱. توضیح مراحل حل مسئله (تعریف مشکل، تولید راه حل ها، انتخاب و اجرا) ۲. تمرین حل مسئله در گروه	- شناسایی یک مشکل مرتبط با تنهایی و نوشتن مراحل حل آن - تمرین اجرای یکی از راه حل ها
۶	آموزش مهارت های اجتماعی برای بهبود روابط بین فردی	۱. تعریف مهارت های اجتماعی (گوش دادن فعال، ابراز وجود) ۲. بازی نقش (Role Play) در موقعیت های اجتماعی مختلف	- تمرین یک مهارت اجتماعی (مثلاً شروع مکالمه) در زندگی واقعی - گزارش تجربه و احساسات خود از این تمرین
۷	تقویت رفتارهای مثبت و برنامه ریزی فعالیت های لذت بخش	۱. شناسایی فعالیت های لذت بخش و برنامه ریزی برای انجام آن ها ۲. تمرین تشویق خود برای رفتارهای مثبت	- انجام حداقل یک فعالیت لذت بخش در طول هفته - ثبت احساسات قبل و بعد از انجام آن فعالیت
۸	جمع بندی، مرور دستاوردها و برنامه ریزی برای آینده	۱. مرور تغییرات و دستاوردهای گروه ۲. بحث در مورد چالش های پیش رو و ارائه راهکار ۳. تمرین برنامه ریزی آینده	- نوشتن یک برنامه هفتگی برای ادامه تمرین ها - نوشتن یک نامه به خود برای تشویق به ادامه مسیر درمانی

یافته‌ها

در گروه گواه ۸ نفر از سالمندان زنان و ۷ نفر مردان بودند. جدول ۲ متغیرهای دموگرافیک و مقایسه دو گروه را نشان می‌دهد.

در این پژوهش ۳۰ نفر از سالمندان شرکت داشتند که ۹ نفر از سالمندان در گروه آزمایش زنان و ۶ نفر مردان بودند.

جدول ۲. متغیرهای دموگرافیک و مقایسه دو گروه

متغیر	گروه (میانگین و انحراف معیار)	آماره t	P-value
سن کودک	۶۳/۵۹±۱/۱۱	۶۴/۱۲±۱/۲۷	۰/۲۲۹

پیش فرض مورد تایید است ($p > 0/05$). برای بررسی پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیونی، معنی داری اثر متقابل بین متغیر مستقل (گروه‌های مورد مطالعه) و متغیر همراه (نمرات پیش آزمون) به صورت جداگانه در مقاطع پس آزمون و پیگیری آزمون شد. نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل معنی داری بین متغیر مستقل و متغیر همراه در مقطع پیگیری وجود ندارد. جهت بررسی پیش فرض خطی بودن از روش نمودار پراکندگی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای احساس تنهایی و خوددلسوزی در پیش آزمون و پس آزمون رابطه خطی وجود دارد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین سنی سالمندان در گروه آزمایش ۶۳/۵۹ سال، و میانگین سنی سالمندان در گروه گواه ۶۴/۱۲ سال بود. جهت بررسی معنی داری تفاوت‌ها، ابتدا مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری متغیر در گروه‌ها از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیرها است ($p > 0/05$). پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس به وسیله شاخص آماره آزمون لوین برای متغیرها بررسی شد که عدم معنادار بودن این آزمون نشان داد که این

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای احساس تنهایی و خوددلسوزی در گروه‌های آزمایش و کنترل در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون احساس تنهایی	۶۴/۳۳	۳/۸۲	۶۳/۴۶	۴/۴۲
پس آزمون احساس تنهایی	۵۵/۰۶	۴/۷۱	۶۲/۰۰	۵/۴۷
پیگیری احساس تنهایی	۵۴/۴۰	۴/۵۰	۶۲/۴۰	۵/۵۹
پیش آزمون خوددلسوزی	۲۹/۲۰	۲/۵۶	۲۸/۸۰	۳/۹۴
پس آزمون خوددلسوزی	۳۹/۳۳	۴/۰۱	۲۹/۸۰	۳/۷۲
پیگیری خوددلسوزی	۳۹/۷۳	۳/۸۴	۲۸/۶۶	۳/۸۶

خوددلسوزی در موقعیت پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که احساس تنهایی در موقعیت پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته و

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با سنجش‌های تکراری در متن مانوای آمیخته روی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری احساس تنهایی و خوددلسوزی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	اثرات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
احساس تنهایی	اثر زمان	۳۱/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۱
	اثر گروه	۲۰/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۱
	اثر تعاملی زمان×گروه	۳۴/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲	۱
خوددلسوزی	اثر زمان	۲۴۷/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸	۱
	اثر گروه	۶/۴۰۷	۰/۰۱۷	۰/۱۸۶	۱
	اثر تعاملی زمان×گروه	۳۱۱/۵۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	۱

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهند که تحلیل واریانس های آمیخته با سنجش های تکراری در متغیر احساس تنهایی و خوددلسوزی معنی دار می باشند. بنابراین می توان بیان کرد که بین میانگین نمرات متغیر احساس

تنهایی و خوددلسوزی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت مقایسه زمان های اندازه گیری از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر احساس تنهایی و خوددلسوزی در گروه آزمایش

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین ها	SD	P
احساس تنهایی	پیش آزمون	۴/۳۶	۰/۸۴۰	$P \leq 0.001$
	پیگیری	۵/۰۰	۰/۸۲۱	$P \leq 0.001$
	پس آزمون	۰/۶۳۳	۰/۱۴۲	$P \leq 0.001$
	پیش آزمون	-۴/۳۶	۰/۸۴۰	$P \leq 0.001$
خوددلسوزی	پیش آزمون	-۵/۰۶۷	۰/۳۱۲	$P \leq 0.001$
	پیگیری	-۴/۷۰۰	۰/۲۷۵	$P \leq 0.001$
	پس آزمون	۰/۳۶۷	۰/۱۴۴	۰/۰۵۹
	پیش آزمون	۵/۰۶۷	۰/۳۱۲	$P \leq 0.001$

بر اساس داده های جدول ۵ نتایج نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش آزمون و پس آزمون (اثر مداخله) تفاوت وجود دارد. بین پس آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر خوددلسوزی تفاوت وجود ندارد. به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را نداشته است. بین پس آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر احساس تنهایی تفاوت وجود دارد، به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را نداشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی و خوددلسوزی در سالمندان انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که این مداخله به طور معناداری منجر به کاهش احساس تنهایی و افزایش خوددلسوزی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین (۱۰، ۱۱، ۱۲) همسو بود و نشان دهنده پتانسیل درمان شناختی رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای چالش های روان شناختی سالمندان است. یافته های پژوهش حاضر در بخشی با مطالعات پیشین همسو بوده و در عین حال، جنبه های نوآورانه ای را نیز به ادبیات موضوع می افزاید. به طور مشخص، نتیجه اصلی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش احساس

تنهایی سالمندان، با یافته های مطالعات پیشین مطابقت دارد. همسو با نتایج جارویس و همکاران (۱۰) که اثربخشی مداخله درمان شناختی رفتاری را نشان دادند و واردیلا (۱۱) که کارایی درمان شناختی رفتاری را برای سالمندان با اختلال تنهایی متوسط تأیید کرد، و زالی و همکاران (۱۲) که تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش تنهایی زنان سالمند را مشخص نمودند، پژوهش حاضر نیز مؤید نقش مثبت درمان شناختی رفتاری در کاهش این متغیر است و استحکام این بخش از نتایج را نشان می دهد. با این حال، وجه تمایز و نوآوری اصلی پژوهش حاضر در بررسی همزمان تأثیر درمان شناختی رفتاری بر متغیر خوددلسوزی در کنار احساس تنهایی نهفته است.

در تبیین چرایی کاهش معنادار احساس تنهایی در سالمندان شرکت کننده، می توان به چند مکانیسم کلیدی در درمان شناختی رفتاری اشاره کرد که احتمالاً در این پژوهش نقش ایفا کرده اند. اولاً، همان طور که نظریه شناختی مطرح می کند، شناخت ها نقش تعیین کننده ای در تجربه عاطفی دارند (۲۴). سالمندان به دلایل مختلفی چون فقدان های اجتماعی، کاهش توانمندی های فیزیکی یا تغییر نقش های اجتماعی، ممکن است مستعد ایجاد یا تقویت الگوهای فکری منفی مرتبط با تنهایی باشند. افکاری نظیر "من دیگر به درد کسی نمی خورم"، "کسی متوجه نبودن من نمی شود" یا "برقراری ارتباط جدید در این سن بی فایده است" می توانند به احساس انزوا دامن بزنند. درمان

فقدان عزیزان، کاهش استقلال) با خودانتقادی و سرزنشگری بیشتری مواجه شوند. درمان شناختی رفتاری از چند طریق می‌تواند به افزایش خوددلسوزی کمک کرده باشد.

اولاً، همان فرآیند بازسازی شناختی که به کاهش تنهایی کمک کرد، می‌تواند خودانتقادی را نیز هدف قرار دهد. با شناسایی و به چالش کشیدن افکار خودسرزنش‌گرانه و معیارهای کمال‌گرایانه ("من باید قوی‌تر باشم"، "این ضعف من غیرقابل قبول است")، سالمندان احتمالاً فضایی برای پذیرش بیشتر نقص‌ها و ناکامی‌های خود یافته‌اند (۲۹). تغییر از یک گفتگوی درونی خشن به گفتگویی ملایم‌تر، هسته اصلی افزایش مهربانی با خود است. ثانیاً، تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که اغلب در پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری مدرن ادغام می‌شوند، نقش مستقیمی در افزایش خوددلسوزی دارند (۳۰). آموزش مشاهده افکار و احساسات دشوار بدون قضاوت، به سالمندان کمک می‌کند تا از غرق شدن در تجارب منفی یا اجتناب از آن‌ها فاصله بگیرند. این آگاهی‌پذیرا، پیش‌نیازی برای پاسخ‌دهی دلسوزانه به رنج خود است. همچنین، مؤلفه "وجه اشتراک انسانی" در خوددلسوزی، که به درک این نکته اشاره دارد که رنج و نقص بخشی از تجربه مشترک انسانی است، می‌تواند از طریق بحث‌های گروهی (در صورت اجرای گروهی درمان) یا بازسازی شناختی باورهای مرتبط با منحصربه‌فرد بودن رنج شخصی ("فقط من این‌قدر ناتوان هستم") تقویت شده باشد. ثالثاً، تمرین‌های مشخص شفقت‌ورزی (مانند نوشتن نامه حمایتی به خود یا تصور یک دوست مهربان) که ممکن است در پروتکل گنجانده شده باشد، مستقیماً مهارت پاسخ‌دهی دلسوزانه به خود در زمان سختی را پرورش می‌دهد (۳۰). به نظر می‌رسد ترکیب کاهش خودانتقادی از طریق بازسازی شناختی و افزایش مهارت‌های پذیرش و مهربانی با خود از طریق تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت، مکانیسم اصلی افزایش خوددلسوزی در شرکت‌کنندگان بوده است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است که تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به‌ویژه، اتکا بر نمونه‌گیری در دسترس از سالمندان شهر کرمانشاه که قابلیت تعمیم به سایر بافت‌های جغرافیایی و فرهنگی را محدود کرده و پتانسیل سوگیری انتخاب را افزایش می‌دهد، و همچنین استفاده انحصاری از ابزارهای خودگزارشی که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ مطلوب اجتماعی یا

شناختی رفتاری به شرکت‌کنندگان این امکان را داد تا به‌طور فعال این افکار خودکار منفی را شناسایی کرده، شواهد له و علیه آن‌ها را بررسی نموده و در نهایت، آن‌ها را با ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر جایگزین کنند (۲۵). این فرآیند بازسازی شناختی، احتمالاً به‌طور مستقیم هسته اصلی نشخوارهای فکری مرتبط با تنهایی را هدف قرار داده و از شدت آن کاسته است. به نظر می‌رسد به چالش کشیدن باورهای زیربنایی منفی درباره خود، دیگران و آینده اجتماعی‌شان (۲۶)، نقش محوری در کاهش حس درونی تنهایی ایفا کرده است.

ثانیاً، مؤلفه فعال‌سازی رفتاری در درمان شناختی رفتاری برای جمعیت سالمند که ممکن است با کاهش تحرک یا فرصت‌های اجتماعی مواجه باشند، اهمیت ویژه‌ای دارد. احساس تنهایی می‌تواند منجر به یک چرخه معیوب انزوای اجتماعی و کاهش فعالیت شود که خود، احساس تنهایی را تشدید می‌کند (۲۷). پروتکل درمانی با تشویق سالمندان به برنامه‌ریزی و مشارکت تدریجی در فعالیت‌های لذت‌بخش، معنادار یا اجتماعی (حتی در سطح محدود)، این چرخه را شکسته است. صرف برنامه‌ریزی و اقدام برای انجام یک فعالیت، حتی اگر کوچک باشد، می‌تواند حس کنترل و کارآمدی را افزایش دهد. علاوه بر این، افزایش تعاملات اجتماعی مثبت، حتی موارد کوتاه و گذرا، می‌تواند به عنوان شواهدی متناقض برای افکار منفی ("هیچ‌کس از بودن با من لذت نمی‌برد") عمل کرده و به تدریج خلق‌وخو و نگرش اجتماعی فرد را بهبود بخشد. این فعال‌سازی رفتاری، فراتر از صرف افزایش تماس اجتماعی، احتمالاً به سالمندان کمک کرده تا تجارب مثبتی کسب کنند که باورهای منفی آن‌ها را تضعیف نماید.

ثالثاً، اگرچه مستقیماً ذکر نشده، آموزش مهارت‌های اجتماعی (در صورت وجود در پروتکل) می‌تواند نقش مهمی ایفا کرده باشد. توانایی شروع و حفظ گفتگو، ابراز وجود سالم، و مدیریت تعارضات بین فردی (۲۸) می‌تواند کیفیت تعاملات سالمندان را بهبود بخشیده و به ایجاد یا تقویت روابط حمایتی کمک کند، که این خود پادزهری برای احساس تنهایی است. افزایش مشاهده شده در خوددلسوزی نیز با اصول درمان شناختی رفتاری قابل تبیین است. خوددلسوزی، متضمن مهربانی با خود، درک مشترکات انسانی و ذهن‌آگاهی در لحظات رنج است. سالمندان ممکن است به دلیل چالش‌های مرتبط با افزایش سن (مانند بیماری،

افکار سازگاران، یاری رساند. همچنین، به نظر می‌رسد تأکید بر فعال‌سازی رفتاری، سالمندان در این گروه را به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و معنادار تشویق کرده و احتمالاً به کاهش انزوای اجتماعی و احساس تنهایی آن‌ها کمک نموده است. افزون بر این، شواهد اولیه حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری می‌تواند با کاهش خودانتقادی و پرورش نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود، در بهبود سطوح خوددلسوزی سالمندان این مطالعه نقش داشته باشد. این نتایج، با در نظر گرفتن محدودیت حجم نمونه، حاکی از پتانسیل این رویکرد درمانی در ارتقای سلامت روان سالمندان و بهبود کیفیت زندگی آنان است. نتایج فعلی می‌تواند اشاره‌ای اولیه به لزوم توجه به مداخلات مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه برای سالمندان باشد.

سیاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش نهایت قدردانی را به عمل آورند.

References

1. Ayoubi-Mahani S, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M, Farokhzadian J. Active aging needs from the perspectives of older adults and geriatric experts: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1121761. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1121761>
2. Ribeiro-Gonçalves JA, Costa PA, Leal I. Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023;23(1):100339. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100339>
3. Smale B, Wilson J, Akubueze N. Exploring the determinants and mitigating factors of loneliness among older adults. *Wellbeing, Space and Society*. 2022;3:100089. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2022.100089>
4. Sciences NAO, Medicine, Behavioral Do, Sciences S, Division M, Behavioral Bo, et al. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system: National Academies Press; 2020.
5. Matos M, McEwan K, Kanovský M, Halamová J, Steindl SR, Ferreira N, et al. Compassion protects mental health and social safeness during the COVID-19 pandemic across 21 countries. *Mindfulness*. 2022;13(4):863-80. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01822-2>
6. Moraes AA, Quiroga CV, Dacroce LRB, de Lima Argimon II. Exploring self-compassion in older adults: a systematic review. *Contextos Clínicos*. 2021. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.15>
7. Xie Q, Manova V, Khoury B. How do dispositional mindfulness and self-compassion alleviate loneliness? The mediating role of rejection sensitivity. *Current Psychology*. 2023;42(27):23712-21. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03549-2>
8. Christodoulou N, Adonis M. The role of self-compassion in loneliness. *Hellenic Journal of Psychology*. 2024;21(2):141-54.
9. Brown L, Huffman JC, Bryant C. Self-compassionate aging: A systematic review. *The Gerontologist*. 2019;59(4):e311-e24. <https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
10. Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mHealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(7):1305. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071305>

11. Varadila MG. CBT (Cognitive Behavior Therapy) for Elderly with Moderate Loneliness Disorder. *International Journal of Social Service and Research (IJSSR)*. 2022;2(8):670-5. <https://doi.org/10.46799/ijssr.v2i8.150>
12. Zali A, Mousavi P, Izadi F, Cheraghian B. The effect of cognitive-behavioral therapy on alleviating loneliness among elderly women. *Hayat*. 2023;29(2):155-70.
13. Tatlılioğlu K. The effect of cognitive behavioral oriented psycho education program on dealing with loneliness: An online psychological counseling approach. *Education*. 2013;134(1):101-9.
14. Jati NMKP, Pramadi A. Mindfulness-based cognitive therapy untuk meningkatkan psychological well-being pada individu dewasa awal dengan emotional loneliness. *Procedia: Studi Kasus dan Intervensi Psikologi*. 2023;11(3):110-5. <https://doi.org/10.22219/procedia.v11i3.27831>
15. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980;39(3):472. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
16. Verma N, Shah N. Comparative Study on the Usage of Locus of Control between Men and Women. *International Journal of Indian Psychology*. 2017;5(1). <https://doi.org/10.25215/0501.117>
17. Wu C-h, Yao G. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. *Personality and Individual Differences*. 2008;44(8):1762-71. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.02.003>
18. Mir-Darikhound FA. A Study of Loneliness in Relation to Academic Performance, Anxiety, Depression, and Self-Esteem among Male Middle School Students in Pol-Dokhtar County 1999.
19. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(3):250-5. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
20. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50. <https://doi.org/10.1080/1529886030909027>
21. Ghasemi M, Rezvan Hasan Abad M. Investigating the mediating role of self-compassion in the relationship between attachment and post-traumatic growth in patients improved from Covid-19. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2022;11(10):203-14.
22. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and individual differences*. 2010;48(6):757-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
23. Beck JS, Fleming S. A brief history of Aaron T. Beck, MD, and cognitive behavior therapy. *Clinical psychology in Europe*. 2021;3(2):e6701. <https://doi.org/10.32872/cpe.6701>
24. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*. 2021;15(1):16. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0157-0> <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>
25. Eating H, Blog-Inside N. Social isolation, loneliness in older people pose health risks. 2020.
26. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*. 2021;25(9):1. <https://doi.org/10.3310/hta25090>
27. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive behavior therapy. *StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing*; 2023.
28. Ogren T. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Interventions for Group Therapy for College Students Experiencing Depression. 2024.
29. Neff K, Knox MC. Self-compassion. *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*. 2016;37:1-8. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0667-9>
30. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14(2):380-98. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x>