فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و دوم، ص۲۸۸-۲۶۱، زمستان ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 62, P 261-288, Winter 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد

احمد عرب زاده[۱]، معصومه نعمتی[۲]، ارسطو ترکمان منش[۳]، فریده فرامرزی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد مبتلا به اختلال پرفشاری خون بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش را تمامی افراد وابسته به مواد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. فشارخون سرخرگی شرکت کنندگان بیشتر و مساوی ۱۴۰ بر ۹۰ میلی‌متر جیوه بود و بیماری آن‌ها توسط پزشک تائید شده بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک‌بار در هفته آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس شفقت خود، مقیاس بهزیستی ذهنی و دستگاه فشارسنج جیوه‌ای بود. داده‌ها پس از مرحله پیگیری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش معنی‌دار شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد وابسته به مواد می‌شود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد دارد و متغیر یادشده می‌تواند میزان بالایی از تغییرپذیری شفقت خود، بهزیستی ذهنی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک آنان را در شرایط ناسازگاری تبیین نماید.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، شفقت خود، بهزیستی ذهنی، فشارخون، وابستگی به مواد

۱. نویسنده مسئول: دکتری مشاوره، مربی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، پردیس دانشگاه فرهنگیان علامه طباطبایی بوشهر، بوشهر، ایران. پست الکترونیک: Arabzadehdr@gmail.com
۲. دکتری مشاوره، مربی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، پردیس دانشگاه فرهنگیان فاطمه زهرا(س) ساری، ساری، ایران
۳. دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدراستان بوشهر، بوشهر، ایران
۴. کارشناس مسئول آزمایشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم، جم، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

مقدمه

در چند دهه اخیر، بیماری‌هایی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی[1] ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند (چراغیان،کیانی، رضائی شریف، قمری گیوی و مؤمنی، ۱۴۰۰) و طی آن جسم و ذهن درگیر می‌شوند (وزیری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی، مؤلفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به شرایط جسمانی مانند اختلالات قلبی-عروقی دارند (چراغیان و همکاران، ۱۴۰۰) که فشارخون بالا از شایع‌ترین عوامل خطرساز قلبی-عروقی است (حیدریان، سجادیان و فتحی، ۱۳۹۶). فشارخون بالا یک مشکل جهانی بهداشت عمومی رو به افزایش است که به فشارخون بالاتر از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه گفته می‌شود؛ اما فشار ۱۲۰ تا ۱۳۹ روی ۸۰ تا ۸۹ میلی‌متر جیوه پیش پرفشاری خون محسوب می‌شود (حجت‌الاسلامی، تأدیبی و بهپور، ۱۳۹۸). بر اساس مطالعات صورت گرفته در ایران، میزان شیوع فشارخون بالا در سنین 35-30 و بیش از 55 سال به ترتیب در حدود ۲۳ و ۵۰ درصد برآورد شده است؛ این آمارها باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت برنامه عملیاتی را به‌منظور دستیابی به کاهش نسبی ۲۵ درصدی در میزان شیوع فشارخون تا سال،۲۰۲۰ با توجه به شرایط ملی تنظیم کند (سعیدیان، سهرابی، زمستانی، ۱۳۹۸). تحقیقات نشان داده که پاسخ‌های زیستی و روان‌شناختی به رویدادها و عوامل تنش‌زا می‌تواند نقش مهمی در ابتلا به بیماری پرفشاری خون ایفا کنند. از سویی دیگر شواهد نشان داد که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون، از اختلالات روانی رنج می‌برند و شیوع اختلالات ازجمله اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی و سوءمصرف مواد در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر است (ابن نصیر و خالقی‌پور، ۱۳۹۷). داروهایی ازجمله آمفتامین و کوکائین منجر به افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌شود (کاتر و کرانتز[2]،۲۰۲۱).

1. psychosomatic
2. Cotter & Krantz

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

سازمان بهداشت جهانی[1] (۱۹۹۹) نیز مسئله مواد مخدر از ابتدای تولید، انتقال، توزیع و مصرف را ازجمله مسائل مهم شمرده است که زندگی انسان را مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیا به حدی است که یکی از سم شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ[2] می‌گوید: به‌جز غذا، هیچ ماده‌ای در روی کره خاکی نیست که به‌اندازه مواد مخدر این‌چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد (صرامی، قربانی و مینوئی، ۱۳۹۲)؛ لذا اعتیاد به مواد مخدر[3] از مهم‌ترین تهدیدهای فردی و اجتماعی به شمار می‌رود به‌گونه‌ای که به‌عنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است (نقی‌زاده، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۹). عوامل ژنتیکی، اختلال‌های روان‌شناختی، همسالان مصرف‌کننده مواد، مصرف مواد در خانواده، تعارض خانوادگی، سوءاستفاده و غفلت، سطح تحصیلی پایین‌تر، بیکاری و درآمد پایین خطر ابتلا به این اختلال را افزایش می‌دهند (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). با همه‌ی تلاش‌هایی که درزمینه‌ی ترک اعتیاد انجام می‌شود آمارهای عود در معتادان ترک کرده بسیار نگران‌کننده است (نقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹)، به‌خصوص در زمان بحران و به‌ویژه در دوره شیوع ویروس کرونا که سلامت روانی افراد جامعه در دوران همه‌گیری به خطر افتاده است و مشکلات روانی نظیر درگیری و اضطراب کرونا، بی‌خوابی، پریشانی و تبعات بعد از مبتلا شدن به کرونا را به بار آورده است (فتحی، صادقی، شریفی رهنمو، رستمی و عباسی کسانی، ۱۳۹۹). لازم به ذکر است که در این دوره به مسئله اعتیاد به‌طورجدی توجه نشده است و علی‌رغم انتظار، تغییر در میزان مصرف مواد مخدر و افزایش آن اغلب به‌عنوان یک رفتار واکنشی نسبت به کم نمودن تأثیر منفی بلایا دیده شده است (چیاپینی، گورگوایس، جان، کورکری، اسچیفانو[4]، ۲۰۲۰). اعتیاد یک پدیده زیست روان‌شناختی پیچیده است که تحت تأثیر زمینه‌های بیولوژیکی، فرایندهای روان‌شناختی و محیط اجتماعی است. گرچه عوامل زیادی در ترک اعتیاد دخیل‌اند اما تمرکز بر عوامل روان‌شناختی و کنترل خود می‌تواند بیشترین تأثیر را در ترک اعتیاد داشته باشد و مدل‌های روان‌شناختی اغلب بر مکانیسم‌های تمایل به

1. World Health Organization (WHO)
2. Lodoing
3. Drug Addiction
4. Chiappini, Guirguis, John, Corkery & Schifano

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

مواد مخدر و فرآیندهای تصمیم‌گیری تمرکز می‌کنند که نقش محوری در تمام مراحل اعتیاد دارد (ون دن اند[1] و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل این‌که اعتیاد و درمان‌های مربوط به عواقب آن هزینه‌های سنگین و بعضاً جبران نشدنی فردی و اجتماعی به دنبال دارد و از سویی بار مسئولیت مشاوران، روان‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی را دوچندان می‌کند، ضرورت دارد با استفاده از مداخله‌ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع‌تر با این مسئله مقابله شود تا افراد به زندگی باکیفیتی دست پیدا کنند.

شفقت خود یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که بر بهبود ویژگی‌های جسمی و روان‌شناختی مؤثر می‌باشد (کاظمی، احدی و نجات، ۱۳۹۹) و در سال‌های اخیر موردتوجه درمانگران قرارگرفته است؛ که توسط گیلبرت[2] (۲۰۰۹) مطرح‌شده است (بهاروندی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی، ۱۳۹۹). شفقت خود مفهومی است که در زیر چتر روانشناسی مثبت جای دارد (صادقی، سودانی و غلام‌زاده جفره، ۱۳۹۹) و شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش است (سید جعفری، برجعلی، شرافتی، پناهی، دهناشی لاطان و عبودیت، ۱۳۹۹). مفهوم شفقت خود به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمانی است که همه‌چیز به‌خوبی پیش نمی‌رود و به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای به افراد کمک می‌کند تا میان خود و دیگران پیوند صمیمی برقرار سازند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ به عبارتی به فعال‌سازی نظام تسکین خود[3] کمک می‌کند (باقری‌پناه، گل افروز، بلورسازمشهدی، مؤیدی مهر و خروشی، ۱۳۹۹). شفقت خود به چگونگی ارتباط ما با خود به هنگام شکست‌های ادراک شده، بی‌کفایتی یا رنج شخصی اشاره دارد (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹) که مشتمل بر سه مؤلفه است. ۱) مهربانی نسبت به خود هنگام مواجهه با درد یا شکست (خود مهربانی)؛ ۲) درک تجربیات شخصی به‌عنوان بخشی از یک تجربه بزرگ‌تر انسانی به‌جای احساس مجزا یا منزوی بودن (اشتراکات انسانی)؛ و ۳) نگه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در آگاهی (ذهن آگاهی)

1. Van den ende
2. Gilbert
3. self- soothing system

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

(حاتمی ورزنه، فتحی، خانی پور، حبیبی، ۱۳۹۹) و تأکید بر تجارب ناخوشـایند و عدم سـرکوب یا فرار از آن‌ها اسـت (رسـتم پور برنجسـتانکی، عباسـی و میرزائیان، ۱۳۹۹). به عبارتی با خوش‌بینی، کاسـتن از وضـعیت دفاعی و آمادگی برای جسـتجو و پذیرش مداخلات مناسـب موجب تنظیم هیجانات منفی و افزایش پیروی از دسـتورات درمانی می‌شـود (عرب، برجعلی، مسـچی، کاکاوند، ذاکری حمیدی، ۱۳۹۹). فلیپس و هاین[1] در سـال ۲۰۱۹ در فرا تحلیل ۹۴ مقاله نشـان دادند که افزایش شـفقت خود می‌تواند سـلامت جسمی را ارتقا دهد. در همین مقاله به گزارش ۲۹۰ کار پژوهشی در خصوص تأثیر شفقت خود بر سلامت رفتاری اشاره شده است.

بهزیستی ذهنی نیز مفهومی چندوجهی است (نظرپوری، باقر زاده خدا شهری و آزادی، ۱۳۹۹) که امروزه اقتصـاددانان، سـیاسـت‌مداران، جامعه‌شـناسـان، مدیران، روان‌شـناسـان و متخصصـان سلامت به‌طور فزاینده‌ای به آن اقبال داشته‌اند (صادقیان کردآبادی، چیت‌ساز اصـفهانی و علامه، ۱۳۹۹). این مفهوم، یکی از مفاهیم مرتبط با روانشناسی مثبت است که حاصل ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی می‌باشد و به افراد کمک می‌کند تا نگاه متفاوتی به زندگی داشته باشند (مقامی، رجبیان ده ریز و شریفیان، ۱۳۹۹). بهزیستی ذهنی منعکس‌کننده ارزیابی جامع از کیفیت زندگی فردی از دیدگاه خودش اسـت که اشاره می‌کند به این‌که یک فرد تا چه اندازه احساس می‌کند یـا باور دارد زندگی‌اش در مسیر خوب و ایده‌آل است (دینر، لوکاس و اویشی[2]، ۲۰۱۸) و به‌نوعی چگونگی ارزیابی فرد از سیر زندگی‌اش است که شامل تجربیات عاطفی خوشایند و مثبت در مقابل تجربیات ناخوشایند و منفی، در پاسخ به رویدادهای خاص است (ولی ریچارد و واشبورن[3]، ۲۰۱۹). کی‌یز[4] بهزیستی ذهنی را در سه بعد بهزیستی هیجـانی[5]، بهزیسـتی روان‌شناختی[6] و بهزیسـتی اجتماعی[7] در نظر گرفت. بهزیسـتی هیجانی به تعادل بین عواطف مثبت و منفی اطلاق می‌شـود (نظرپوری و همکاران، ۱۳۹۹) و افرادی که بهزیسـتی روان‌شـناختی بالایی

1. Phillips & Hine
2. Diener, Lucas & Oishi
3. Lee, Richards & Washhburn
4. keyes
5. Affective Well-Being
6. Psychological Well-being
7. Social Well-being

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

دارند، بیشتر علاقه‌مندند در اجتماع نقشی به عهده بگیرند و وقت فراغت پرشورتری برای خود ایجاد می‌کنند (شریعتی و کریمی، ۱۳۹۹). افزون بر این، بهزیستی اجتماعی مفهومی چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است (صفاری‌نیا و عزیزی، ۱۳۹۸).

جهت افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون، درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. یکی از درمان‌های موج سوم، که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی، اخیراً کاربرد زیادی یافته است رفتاردرمانی دیالکتیکی[1] بوده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، روش درمانی است که توسط لینهان[2] در اوایل دهه‌ی ۹۰ میلادی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی[3] (یاس فرد، عباس پور آذر و حسینی المدنی، ۱۳۹۸) و معیار طلایی[4] برای درمان اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است (پو[5]، ۲۰۱۹). همچنین، از لحاظ استفاده از اصول پایه‌ای مانند حل مسئله، مهارت‌آموزی، مدیریت بحران و رفتاردرمانی به درمان‌های شناختی رفتاری[6] شباهت دارد و از لحاظ تأکید بر مفهوم دیالکتیکی در تغییر رفتار، تشویق افراد به پذیرش خودشان همان‌طور که هستند و بازسازی شناخت‌ها و تغییر رفتارهای معطوف به آینده‌شان از درمان‌های شناختی رفتاری متمایز می‌شود (توفیقی، باباخانی، قمری و پویامنش، ۱۳۹۹)؛ علاوه بر این رفتاردرمانی دیالکتیکی روش درمانی است که برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی به‌کاربرده می‌شود و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند که با اصلاح تحریفات شناختی باعث کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود (بهرامی کرچی، منشیی و کشتی آرای، ۱۳۹۹). در بخش مهارت‌آموزی، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، مراجعین مهارت‌های کاربردی درزمینه ذهن آگاهی، کارآمدی بین فردی[7]، تنظیم هیجان[8] و تحمل پریشانی[9] را در جلسات هفتگی که شامل دو درمانگر و شش تا ده مراجع می‌باشد، می‌آموزند (قلی پور بازکیاگوراب، گلشنی،

1. dialectical behavioral therapy (DBT)
2. Linehan
3. borderline personality disorder
4. gold standard
5. Pou
6. cognitive behavioral therapy
7. interpersona effectiveness
8. emotion regulation
9. distress tolerance

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

کشاورزی ارشدی، امامی پور و سپاه منصور، ۱۳۹۸). کار و مکانیسم عمل در رفتاردرمانی دیالکتیکی در همه‌ی درمان‌ها به‌گونه‌ای است که برافزایش مهارت‌های رفتاری تأکید می‌شود که در آن، آموزش مهارت ذهن آگاهی به افراد باعث افزایش صبر، خوش‌بینی و لذت بردن از زمان حال و کاهش قضاوت و ذهن‌خوانی در آن‌ها می‌شود و آموزش مهارت بین فردی باعث ایجاد روابط سالم و پایه‌دار بین افراد می‌گردد و در ادامه با آموزش مهارت تنظیم هیجان باعث می‌شود که افراد هیجان‌های خود را بشناسند و بتوانند عواملی که باعث شروع یا تداوم هیجان‌های ناکارآمد می‌شوند تشخیص دهند، در پایان آن‌ها را کنترل کنند و درنهایت با آموزش مهارت تحمل پریشانی به افراد، می‌توان آن‌ها را برای پذیرش شرایط و هیجانات دردناک آماده و آن‌ها را انعطاف‌پذیرتر کرد. به عبارتی درمان رفتاری دیالکتیکی بر تحمل گرایش و ناراحتی اساسی به‌عنوان اجزای اصلی پذیرش و همچنین سازگاری و کارایی بین فردی به‌عنوان اجزای اصلی تغییر تأکید می‌کند و از طریق راهکارهایی مانند آموزش مهارت‌های رفتاری، جایگزینی رفتارهای ناسازگارانه با عقلانی و منطقی، پاسخ‌های تطبیقی، شناسایی احساسات منفی و نحوه برخورد با آن‌ها می‌تواند استرس را کاهش دهد (شیخ هادی سیروئی، مدنی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶). هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی هم مانند سایر درمان‌های دیگر تغییر رفتار است که این تغییر در ابتدا به دنبال آن است تا پذیرش که یک عنصر اساسی در تمام رویکردهای معنوی است، در مراجع ایجاد شود (کینگ و هیبس، ساویل و سوالز[1]، ۲۰۱۸)؛ بنابراین باید توجه داشت که در درمان دیالکتیکی پذیرش و تغییر، اصل است و عمل در چارچوب دیالکتیکی ضروری است (گورمن، لبو و اسنایدر[2]، ۲۰۱۵).

همان‌طور که بیان شد، در سال‌های اخیر رفتاردرمانی دیالکتیکی، در دامنه نسبتاً متنوعی در درمان اختلالات مورد استفاده قرارگرفته است و در درمان اختلالات روان‌تنی نیز موفقیت‌آمیز می‌باشد که نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است (عزیزی و محمدی، ۱۳۹۵). هیجانات در بروز این بیماری‌ها نقش آفرینند. استراتژی‌های تنظیم هیجان به‌عنوان عنصر اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند باعث حفظ بهزیستی روانی

1. King, Hibbs, Saville & Swales
2. Gurman, Lebow & Snyder

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

و جسمی بیماران گردد و رنج روانی ناشی از بیماری را کاهش دهند (چراغیان و همکاران، ۱۴۰۰). در اینجا منظور از تنظیم هیجان شیوه‌ی چگونگی پردازش فرد در زمان مواجهه با مشکلات و وقایع ناگوار و استرس‌زا زندگی است (حاتمیان، حیدریان و احمدی فارسانی، ۱۳۹۹). درحالی‌که ناتوانی در روند تنظیم هیجان، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند. از سویی طب روان‌تنی[1] مدعی است هیجان‌ها و شخصیت ممکن است به‌طور فراوانی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر بگذارد؛ لذا ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها، بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی آن‌ها اثرگذار است و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها باعث بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی–عروقی نظیر فشارخون می‌شود (فکری، عیسی زادگان و میکاییلی منیع، ۱۳۹۴). بنابراین، اختلال روان‌تنی فشارخون که ناشی از ترکیب عوامل روانی-فیزیولوژیک نظیر برانگیختگی هیجانی، اضطراب و خشم است و راهبرد مهم آن تنظیم هیجان است (فکری و همکاران، ۱۳۹۴)، ملاک‌هایی که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند برای آن مفید باشد را دارا است.

سانچتی و پوجام[2] در سال ۲۰۲۱ نیز در نتایج پژوهش خود آورده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش درمانی با رشد سریع است که بیشتر برای کمک به افراد در غلبه بر اعتیاد و حفظ بهبود استفاده می‌شود و در خدمت بهبود انگیزه بیمار برای تغییر، افزایش توانایی‌های بیمار، تعمیم رفتارهای جدید و بازسازی محیط فرد است. همچنین، تأکید نموده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با سایر استراتژی‌های درمانی موجود نتایج بهتری را نشان می‌دهد. داوودی، علامه، فروغی و طاهری در سال ۲۰۲۱ در یک تحقیق آزمایشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک برای کاهش ولع مصرف و دستیابی به قطع مصرف در بیماران مبتلا به اختلال استفاده از ماری‌جوانا قابل‌استفاده و مناسب است. شواهد حاکی از آن است که تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از عناصر اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت است. در پژوهشی که توسط صادقی، فروغی، کیانی مقدم، بازانی و پرویزی فرد (۱۳۹۹) تحت عنوان اثربخشی خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی بر کژ تنظیمی هیجان و شفقت بر خود

1. Psychosomatic medicine
2. Sancheti & Pujam

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

انجام شـــد، نتایج نشـــان داد که توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند یک برنامه خودیاری اثربخش، ارزان و مقبول در جهت کاهش کژ تنظیمی هیجان و همچنین مؤثر بر شـفقت بر خود باشـد. حمدالله و رضـایی (۱۳۹۵) نیز پژوهشـی جهت بررسـی اثربخشـی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از عناصر سه‌گانه بهزیستی ذهنی و خودبازداری معتادان نگهداری شده در کمپ‌های ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۴ انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی در این معتادان مؤثر است. مطالعه فخری، بهار و امینی (۱۳۹۷) نیز نشان داد که ذهن‌آگاهی، میزان استرس ادراک شـــده و ســـطوح فشـــارخون و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. همچنین در پژوهشـــی، تدر، شـــی، ســـی، فرانکو و چن[1] (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به کاهش فشارخون مبتلایان به فشارخون بالا شـــود. به‌طورکلی بســـیاری از تنیدگی‌های روان‌شـــناختی در افراد وابســـته به مواد به دلیل وابستگی به مواد و از دست دادن نقش خود در جامعه و حتی خانواده می‌باشد (تقوایی‌نیا، ۱۴۰۰).

پژوهش حاضـر، کوشـشـی در جهت افزایش شـفقت خود، بهزیسـتی ذهنی و کاهش فشـــارخون افراد وابســـته به مواد اســـت. در مطالعات گذشـــته پژوهشـــی که این متغیرهای پژوهش را در کنار هم موردبررســـی قرار داده باشـــد (اعم از پژوهش‌های خارج و داخل کشـور) یافت نشـد؛ ازاین‌جهت برای همسـویی سـوابق پژوهشـی از پژوهش‌های با قرابت محتوایی اجزا و عناصـــر رفتاردرمانی دیالکتیکی ازجمله ذهن‌آگاهی، تحمل پریشـــانی و تنظیم هیجانی اســـتفاده گردید. به نظر می‌رســـد انجام این پژوهش بتواند راهبردی جدید برای امر مداخلات روان‌شـناختی در حوزه سـلامت روانی و به‌خصـوص سـلامت جسـمانی (مانند کاهش فشـــارخون) باشـــد؛ بنابراین به دلیل اهمیت شـــیوع اعتیاد در بین افراد و آسـیب‌های ناشـی از آن و با در نظر گرفتن خلاء موجود در پیشـینه مطالعات رفتاردرمانی دیالکتیکی، شفقت خود و بهزیستی ذهنی پایین و تغییرات فشارخون ناشی از اعتیاد و سایر پیامدهای روان‌شـناختی آن، مطالعه حاضـر به دنبال پاسـخگویی به این سـؤال بود که آیا

1. Tedder, Shi, Si, Franco & Chen

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود، بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد مبتلا به اختلال پرفشاری خون شهرستان جم تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد وابسته به مواد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در سال ۱۳۹۹ بود که ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفری گمارش شدند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۸)، در مطالعه حاضر نیز حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته‌شده است. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن فشارخون سرخرگی بیشتر و مساوی ۱۴۰ بر ۹۰ میلی‌متر جیوه که بیماری آن‌ها توسط پزشک تائید شده باشد، داشتن حداقل مدرک تحصیلی پنجم ابتدایی، دامنه سنی بین ۲۰ الی ۵۵ سال و کسب نمره یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای شفقت خود و بهزیستی ذهنی، عدم اختلالات سایکوتیک و خلقی و نیز عدم اختلالات روان‌پزشکی با توجه به مصاحبه‌بالینی روان‌پزشک بر اساس معیارهای پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1] و همچنین تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری قلبی یا نارسایی کلیوی، دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بودند. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

ابزار

۱- مقیاس شفقت خود[2]: این مقیاس توسط نف[3] (۲۰۰۳) ساخته شد که یک ابزار خود سنجی ۲۶ گویه‌ای است و توسط آزمودنی بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
2. Psychometric Properties of Self-Compassion Scale(SCS)
3. Neff

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

(۱= تقریباهرگز تا ۵= تقریباً همیشه) رتبه‌بندی می‌شود. حداقل امتیاز ممکن در این مقیاس ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ خواهد بود که نمره بین ۲۶ تا ۴۴ نشان‌دهنده شفقت خود پایین و نمره بین ۴۴ تا ۸۸ نشان‌دهنده شفقت خود متوسط و نمره بالاتر از ۸۸ دلالت بر شفقت خود بالا می‌باشد. این مقیاس دارای سه مقیاس دوقطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی است. در فرهنگ ایرانی خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) اعتبار و روایی مطلوبی (۰/۷۰) را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی مقیاس شفقت خود با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس ۰/۷۶ می‌باشد که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است.

۲- مقیاس بهزیستی ذهنی[1]: این مقیاس را کییز و ماگیارمو[2] (۲۰۰۳) ساختند که دارای ۴۵ سؤال است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد که از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاری آن استفاده می‌شود. نمره یک به معنی بدترین حالت و نمره ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است و حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود که نمرات بین ۱۲ تا ۲۴ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی پایین و ۲۴ تا ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی متوسط و بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی بالا خواهد بود. ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی است که از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود و حداقل امتیاز ممکن ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ خواهد بود که نمرات بین ۱۸ تا ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پایین و ۳۶ تا ۷۲ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی متوسط و نمره بالاتر از ۷۲ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا خواهد بود. در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد که برای نمره‌گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۱۰۵ خواهد بود که نمرات بین ۱۵ تا ۳۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی پایین و ۳۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی متوسط و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی بالا

1. Psychological Well being Scale (SWS)
2. Keys & Magyarmo

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

خواهد بود. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه برای پرسشنامه بهزیستی ذهنی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۰ و بهزیستی اجتماعی ۰/۶۱ به دست آمد (هاشمیان، پور شهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است.

۳- دستگاه اندازه‌گیری فشارخون: این دستگاه‌ها انواع گوناگونی دارد، مانند نوع جیوه‌ای، عقربه‌ای، اتوماتیک و جیوه‌ای پایه‌دار. ساده‌ترین و دقیق‌ترین وسیله برای اندازه‌گیری فشارخون، فشارسنج‌های جیوه‌ای هستند. در این فشارسنج‌ها جیوه در داخل لوله شیشه‌ای باریکی متناسب با فشاری که به آن وارد می‌آید بالا می‌رود. در زیر این لوله صفحه مدرجی نصب شده است و میزان فشارخون بر اساس ارتفاع جیوه تعیین می‌شود. همچنین دارای کاف و کیسه هوا نیز هست. بازوبند یا کاف از یک تکه پارچه دو لایه ساخته شده که خاصیت ارتجاعی نداشته و به‌طور کامل دور بازوی بیمار پیچیده می‌شود. کیسه هوا، نیز یک کیسه لاستیکی است که در درون بازوبند قرار دارد و قابل باد شدن است (جیمسون[1] و همکاران، ۲۰۱۸).

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس شفقت خود و مقیاس بهزیستی ذهنی را تکمیل کنند و فشارخون آن‌ها توسط دستگاه فشارسنج اندازه‌گیری شود. سپس گروه آزمایش طی جلسات معینی (ده جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای)، برنامه‌ی آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را آموزش دیدند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در پایان بعد از یک هفته برای هر دو گروه، پس‌آزمون اجرا شد و فشارخون هر دو گروه نیز اندازه‌گیری شد؛ همچنین بعد از گذشت

1. Jameson

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

یک ماه، مجدداً آزمون پیگیری و اندازه‌گیری فشـــارخون اجرا شـــد. در ادامه معناداری آزمون‌ها، با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) به‌منظور حذف اثر متغیرهای مداخله‌گر در محیط نرم‌افزار «spss»، استفاده شد.

برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسه‌های گروهی، عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین راهبرد در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی‌ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را تعیین می‌کند و ســـومی شـــامل راهبردهای معینی اســـت که در طول درمان استفاده می‌شود (نریمانی، بگیان کوله مرز، احدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳) که در ادامه دستور کار جلسات روانی- آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ارائه‌شده است (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمید پور، جمعه پور و اندوز، ۱۳۹۷).

جدول ۱: رئوس مطالب مطرح‌شده طی جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	مهارت‌های زیر را خواهید آموخت
اول	مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی: (۱) پذیرش بنیادین (۲) توجه برگردانی (۳) خود آرام بخشی و تدوین طرح آرمیدگی.
دوم	مهارت‌های پیشرفته‌ی تحمل آشفتگی: (۱) استفاده از زمان حال (۲) تصویرسازی از مکان امن (۳) آرامش وابسته به نشانه (۴) کشف ارزش‌ها (۵) تمرین عمل متعهدانه (۶) تعیین وقت استراحت (۷) استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرانه.
سوم	مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی: (۱) دستیابی به تمرکز کامل بر لحظه اکنون (۲) شناسایی افکار، هیجانات و احساسات بدنی و تمرکز بر روی آن‌ها (۳) تمرکز بر جریان لحظه‌به‌لحظه آگاهی (۴) مجزا کردن افکار از هیجانات و احساسات بدنی.
چهارم	مهارت‌های پیشرفته‌ی توجه آگاهی: (۱) مراقبه ذهن خردمند (۲) ثبت قضاوت‌های منفی (۳) تمرین ذهن آغازگر (۴) تمرین ناهمجوشی قضاوت (۵) شناسایی موانعی که بر سر راه تمرینات توجه آگاهی وجود دارد.
پنجم	مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجانی: (۱) شناخت و ثبت هیجان‌ها (۲) کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز (۳) تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان (۴) تعادل آفرینی بین افکار و احساسات (۵) ثبت فعالیت‌های لذت‌بخش.
ششم	مهارت‌های پیشرفته‌ی نظم‌بخشی هیجانی (۱): (۱) تمرین توجه آگاهانه نسبت به هیجانات بدون قضاوت (۲) رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی.

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

جدول ۱: رئوس مطالب مطرح‌شده طی جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	مهارت‌های زیر را خواهید آموخت
هفتم	مهارت‌های پیشرفته‌ی نظم‌بخشی هیجانی (۲): (۱) حل مسئله (۲) تعهد به اجرا.
هشتم	مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر: (۱) تمرین توجه آگاهانه (۲) مهارت جسارت‌مندی (۳) رفتار منفعلانه در برابر رفتار پرخاشگرانه (۴) مهارت کاری کلیدی بین فردی (۵) موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی.
نهم	مهارت‌های پیشرفته‌ی ارتباط مؤثر (۱): (۱) شناسایی آنچه می‌خواهید (۲) تعدیل شدت خواسته‌ها (۳) مطرح کردن یک درخواست ساده (۴) تهیه پیش‌نویس‌های جسارت‌مندی (۵) استفاده از مهارت‌های گوش کردن جسارت‌مندانه.
دهم	مهارت‌های پیشرفته‌ی ارتباط مؤثر (۲): (۱) نه گفتن (۲) مقابله با مقاومت و تعارض (۳) مذاکره کردن (۴) تجزیه‌وتحلیل تعاملات مشکل‌آفرین، اجرای پرسشنامه.

یافته‌ها

تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد مبتلا به پرفشاری خون در این پژوهش شرکت نموده‌اند که ۳۶ درصد آن‌ها متاهل و ۶۴ درصد آن‌ها مجرد بودند. حداقل سن آنان ۲۰ و حداکثر سن ۵۵ با میانگین ۳۷/۵ و انحراف معیار ۵/۲ بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۴۶/۴۳ درصد افراد سیکل، ۲۶/۷۸ درصد دیپلم، ۵/۳۵ فوق‌دیپلم و ۲۱/۴۲ درصد لیسانس و بالاتر بودند که افراد با تحصیلات سیکل بالاترین درصد فراوانی و افراد با تحصیلات فوق‌دیپلم کمتر درصد فراوانی را داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری در جدول دو ارائه‌شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و مراحل

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شفقت خود	آزمایش	۳۸/۴۵	۲/۸۱	۶۱/۶۰	۲/۹۷	۵۷/۶۶	۳/۷۶
	کنترل	۳۸/۲۳	۲/۵۱	۳۹/۰۳	۲/۳۷	۳۷/۴۴	۲/۲۱
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۱۲۷/۰۰	۶/۹۳	۱۹۱/۷۳	۸/۲۶	۱۸۵/۱۲	۷/۸۱
	کنترل	۱۴۵/۶۷	۱۱/۳۶	۱۴۸/۲۰	۱۲/۷۳	۱۴۶/۴۴	۱۰/۱۳
فشارخون سیستولیک	آزمایش	۱۵۳/۱۱	۸/۳۵	۱۴۷/۱۷	۵/۹۴	۱۴۷/۲۶	۵/۲۰
	کنترل	۱۵۳/۲۵	۷/۷۰	۱۵۲/۵۶	۶/۹۵	۱۵۱/۷۸	۷/۷۴
فشارخون دیاستولیک	آزمایش	۹۰/۳۰	۴/۵۵	۸۵/۳۴	۵/۴۴	۸۳/۱۵	۵/۹۳
	کنترل	۹۰/۷۵	۴/۹۰	۹۰/۶۰	۴/۲۵	۹۲/۰۷	۵/۳۶

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. نتایج غیرمعنادار آزمون ام‌باکس، متغیر شفقت خود (F=۱/۱۳، p=۰/۱۲) و متغیر بهزیستی هیجانی (F=۱/۳۳، p=۰/۲۲) نشان‌دهنده برقراری مفروضه برابری واریانس-کوواریانس بود. برای سنجش برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج این آزمون در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای مورد بررسی از نظر آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵). از این رو، می‌توان گفت شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل شیب خط رگرسیونی به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

منبع تغییرات	متغیر	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری	
		F	معنی‌داری	F	معنی‌داری
تعامل گروه * پیش‌آزمون	شفقت خود	۲/۷۴	۰/۱۲۴	۲/۶۹	۰/۰۸۱
	بهزیستی ذهنی	۳/۴۶	۰/۰۴	۲/۱۷	۰/۱۹۲
	فشارخون	۶/۶۰	۰/۱۳	۵/۶۳	۰/۰۸۵

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ سطوح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین، فرضیه همگنی شیب رگرسیونی پذیرفته شد. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شد. در جدول ۴ نتایج مربوط به اثربخشی جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش‌شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون شفقت خود و بهزیستی ذهنی و فشارخون گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
شفقت خود	پیش‌آزمون	۲۹/۴۱	۱	۲۹/۴۱	۴/۶۳	۰/۰۳۸	۰/۱۱	۰/۵۵۳
	گروه	۴۲۲۹/۸۹	۱	۴۲۲۹/۸۹	۶۶۵/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
	خطا	۲۲۸/۶۶	۲۵	۶/۳۵				
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	۶۴۸/۶۷	۱	۶۴۸/۶۷	۶/۷۲	۰/۰۱۶	۰/۲۱	۰/۷۰۳
	گروه	۱۰۸۱۶/۸۳	۱	۱۰۸۱۶/۸۳	۱۱۲/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	خطا	۲۴۱۳/۱۶	۲۵	۹۶/۲۵				
فشارخون سیستولیک	پیش‌آزمون	۱۹۹۰/۳۱۲	۱	۱۹۹۰/۳۱۲	۴۵/۸۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۰	۱/۰۰۰
	گروه	۴۳۵/۶۷۶	۱	۴۳۵/۶۷۶	۱۰/۰۴۷	۰/۰۰۲	۰/۱۵۲	۰/۸۷۶
	خطا	۲۴۲۸/۳۴۸	۵۶	۴۳/۳۶۳				
فشارخون دیاستولیک	پیش‌آزمون	۴۶۴/۸۸۵	۱	۴۶۴/۸۸۵	۱۹/۲۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۶	۰/۹۹۱
	گروه	۳۹۷/۶۷۵	۱	۳۹۷/۶۷۵	۱۶/۴۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۷	۰/۹۷۹
	خطا	۱۳۵۳/۵۴۸	۵۶	۲۴/۱۷۱				

همان‌طور که جدول ۴ نشـان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون نمرات تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در رابطه با پس‌آزمون نمرات شـفقت خود (۰/۹۴= ضـریب تاثیر، F = ۶۶۵/۹۳)، بهزیستی ذهنی (۰/۸۱= ضریب تاثیر، F =۱۱۲/۰۶)، فشـارخون سیسـتولیک (۰/۱۵= ضریب تاثیر، F =۱۰/۰۴) و دیاستولیک (۰/۲۲= ضریب تاثیر، F=۱۶/۴۵) در سطح معنی‌داری (p<۰/۰۰۱) وجود داشـــت. بنابراین، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش شـفقت خود و بهزیستی ذهنی شـد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضـر بررسـی اثربخشـی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شـفقت خود، بهزیسـتی ذهنی و کاهش فشـارخون افراد وابسـته به مواد مراجعه‌کننده به شـبکه بهداشـت و درمان شـــهرســـتان جم بود. یافته‌های پژوهش جاری اثربخشـــی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

شـفقت خود افراد وابسـته به مواد را تائید کرد و به افزایش آن منجر شـد. این یافته با نتایج حاصـل از پژوهش‌های صـادقی و همکاران (۱۳۹۹) و سـاکنی و همکاران (۱۳۹۸) همسـو می‌باشـد. درواقع افراد وابسـته به موادی که تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند، به‌مراتب رفتار مسـئولانه‌تری به زندگی خود و دیگران در قیاس با گروه کنترل داشـتند و به‌جای قضـاوت کردن‌های ارزشـی، صـرفاً به رنجشـان توجه می‌کردند و برای برطرف کردن آن اقـدام می‌کردنـد. بهبود شـفقـت خود همراه بـا آموزش پروتکـل رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤید آن دسـته از مبانی نظری و یافته‌های پژوهشـی اسـت که معتقدند مؤلفه‌ها و عناصـر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شـفقت خود اثرگذار اسـت. در کل شـفقت به خود درواقع موضـع‌گیری مهربانانه، پذیرنده و آگاهانه نسـبت به خود، هنگام برخورد با چالش‌ها و شـکسـت‌ها اسـت (سـیریوس و هیرش[1]، ۲۰۱۹) و فرد شـفقت‌ورز سلامت روانی بیشتری را نسبت به فردی که خود شفقت‌ورزی کمتری دارد تجربه می‌کند (ایزکیان، میرزاییان و حسینی، ۱۳۹۸). در عوض افراد معتاد که خود شفقت ورزی کمتری دارند، تحت فشارهای روانی متعددی قرار می‌گیرند و نه‌تنها مورد انتقاد و سرزنش اطرافیان قرار داشـته بلکه خود را دائم مورد سـرزنش و انتقاد قرار می‌دهند (صـادقی و همکاران، ۱۳۹۹). درواقع ذهن افراد وابسته به مواد مملو از افکار منفی است که انگیزه آن‌ها را سلب کرده و مانع از اقدامات سازنده می‌شود (میکاییلی و رهبری غازانی، ۱۳۹۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از عواملی که در شـفقت خود نقش مهمی ایفا می‌کند، نگاه نو به درد و رنج و دید مهربانانه به خود اسـت. در مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از مؤلفه‌ها ذهن آگاهی اسـت و با توجه به این‌که ذهن آگاهی عبارت اسـت از فهمیدن اینکه در درون ما و نیز در محیط اطراف ما در زمان فعلی و بدون هرگونه قضـاوتی چه چیزی در حال روی دادن اسـت، این مداخله می‌تواند روشـن کند که ذهن آگاهی ابزاری اسـت که به ما کمک می‌کند افکار و احسـاسـات خود را مدیریت کنیم، متوجه چیزهایی شـویم که در یک موقعیت در حال روی دادن اسـت و خود را در زمان کنونی آن‌گونه که خود را نشـان می‌دهد، غرق سـازیم و در نهایت توصـیفی منسـجم از

1. Sirois & Hirsch

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

ماهیت ذهن، احساسات و رنج و رهایی از آن و داشتن یک ذهن سالم و متعادل برای یک زندگی خوب و بهینه است (رضایی منش، رحیمیان و سدیری جوادی، ۱۴۰۰). همچنین مبین تحول در شفقت ورزی است که در این راستا روحانی و هارونی (۱۳۹۸) عنوان می‌کنند، داشتن احساس خود شفقت ورزی مؤید آن است که فرد می‌کوشد که از تجربه درد جلوگیری به عمل آورد و این باعث شکل‌گیری سبک مقابله‌ی فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود. همچنین، دیدگاه حمایت گرایانه‌ای که افراد نسبت به خود دارند سبب افزایش رضایت آنان از زندگی می‌شود؛ بنابراین زمانی که فرد وابسته به مواد دارای دیدی مشفقانه به خود می‌باشد دارای ادراکی جدید می‌شود که او با حمایت بیشتری از قبل به خود پاسخ می‌دهد. درنتیجه سبک سالمی از ارتباط با خود برقرار می‌شود. به‌طورکلی تلاش در این آموزش، رساندن فرد وابسته به مواد به بهزیستی از طریق ارزیابی کلی زندگی و تجربیات عاطفی مانند رضایت از زندگی، رضایت از سلامتی و احساسات خاص که نحوه واکنش فرد به حوادث و شرایط موجود در زندگی را انعکاس می‌دهد، می‌باشد (نیرومندی، اکبری، احمدیان و بخشی پور رودسری، ۱۳۹۹). بنابراین، در جلسات آموزشی افراد وابسته به مواد با یادگیری انواع مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی است، ضمن انجام تمرینات عملی به‌صورت گروهی، آموختند که به‌گونه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث رسیدن آن‌ها به اهدافشان در زندگی شود.

یافته دیگر پژوهش نیز نشانگر آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی ذهنی افراد وابسته به مواد تأثیر داشت و منجر به بهبود بهزیستی ذهنی آنان شد. این یافته با یافته‌های پیشین همسو است. برای مثال عرب زاده، سودانی، شعاع کاظمی و شهبازی (۱۳۹۹) رابطه مثبت بین رفتاردرمانی دیالکتیکی و بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از سه مؤلفه بهزیستی ذهنی را گزارش کرده‌اند. ذاکری (۱۳۹۵) نیز وجود رابطه مثبت بین رفتاردرمانی دیالکتیکی و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان مؤلفه بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد را نشان داد. یافته‌های سانچتی و پوجام (۲۰۲۱) و داوودی و همکاران (۲۰۲۱) نیز اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر بهزیستی گزارش کرده‌اند. در

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث شد شخص هنگام درگیری با دلسوزی و درک نسبت به خودش واکنش نشان دهد و با لنزی جدید و متفاوت به خود بنگرد. همچنین به فرد امکان می‌دهد به این مسئله پی ببرد که با خود مهربانی حتی می‌تواند در پی درمان بیماری مهلک و جدی، بهزیستی و رفاه روان‌شناختی را ارتقاء داد و آشفتگی‌های روان‌شناختی و هیجانی را به حداقل ممکن کاهش دهد؛ چرا که از عوامل اساسی گرایش به مواد مخدر بی‌شک میزان پایین بهزیستی ذهنی ادراک شده در افراد می‌باشد که به دنبال راه‌هایی هستند تا به خیال خود، بتوانند شرایط بهتری به لحاظ روان‌شناختی و ذهنی تجربه کنند و به همین دلیل به مواد مخدر روی می‌آوردند؛ از طرفی، گرایش به مواد مخدر و مصرف و یا سوءمصرف آن به‌مرور باعث فرسودگی فرد می‌شود و وضعیت را از آنچه که هست، بدتر می‌کند؛ به‌طوری‌که فرد معتاد در جنبه‌های مختلف زندگی همچون زندگی خانوادگی، زناشویی، اجتماعی و شغلی با مشکلات جدی مواجه می‌شود و درنتیجه از کیفیت زندگی و میزان بهزیستی ذهنی ادراک‌شده به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاسته می‌شود (حسین زاده، ۱۳۹۷)؛ لذا با آموزش مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شناسایی هیجان‌ها و آگاهی از عواطف و شیوه‌های کنترل عواطف تأکید می‌شود و از این طریق باعث ارتقا تاب‌وتوان فرد در برخورد با شرایط فشارزا می‌شود که بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی را در پی دارد. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیک با برون‌ریزی هیجانات محصورشده و آموزش تعدیل هیجانی که منجر به تنظیم عواطف می‌شود و با آموزش تکنیک‌های رفتاری موجب می‌شود فرد کمتر به‌سوی هیجان‌های منفی گرایش پیدا کند و به بهزیستی نائل آید.

دیگر یافته قابل‌توجه این پژوهش این بود که درنتیجه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، فشارخون افراد وابسته به مواد کاهش یافت که این یافته با نتایج پژوهش‌های گیس، بک، هیتزل، هیلیماچر، هوسل[1] (۲۰۲۱)، کاتر و کرانتز (۲۰۲۰)، تدر و همکاران (۲۰۱۵)، رنجبران، علی‌اکبری دهکردی، صفاری نیا و علی پور (۱۳۹۹)، فخری و همکاران (۱۳۹۷)

1. Geiss, Beck, Hitzl, Hillemacher & Hösl

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

و بابایی، فخری، جدیدی و صالحی عمران (۱۳۹۴) همخوان است. آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد وابسته به مواد که پیامدهای روان‌شناختی ناگوار آن را تجربه کرده‌اند، آنان را توانمند می‌سازد که با مشکلات، ناملایمات، پریشانی‌ها، شکست‌ها کنار بیایند و با تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات از آشفتگی‌ها رهایی یابند. همچنین با استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای ناشی از تنظیم هیجانی، سلامت خود را بازیافته و فشارخون ناشی از آن را کاهش دهند؛ لذا در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤید اثربخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی و مهارت‌آموزی گروهی آن در کاهش رفتارهای خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری و در نهایت کاهش معنادار فشارخون در افراد موردمطالعه این پژوهش بود. رفتاردرمانی دیالکتیکی با بهره‌گیری از راهبردهای هیجانی مانند مشغول نمودن خود و مشارکت درکارها، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت، فرونشانی احساسات دردناک، جایگزینی افکار در تغییر هیجان‌های منفی به هیجان‌های مثبت مؤثرند. بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی می‌شود. بازداری هیجانی به‌عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های قلبی- عروقی می‌شود و باز ارزیابی شناختی هیجانات به‌عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان کاهش فشارخون را به دنبال دارد (بابایی و همکاران، ۱۳۹۴). یکی از مؤلفه‌های مؤثر در رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش هشیاری فراگیر بنیادین است که با معطوف کردن هدفمند ذهن به زمان حال و قضاوت نکردن، موجب کنترل توجه و تمرکز می‌شود، همچنین انجام تمرین‌های مختلف (یوگا، مراقبه و تنفس دیافراگمی)، تغییر نگرش و آگاهی نسبت وضع خود و همچنین دادن تکالیف خانگی (تمرینات ذهن آگاهی، انجام فعالیت‌های معمولی زندگی به‌صورت ذهن آگاهانه، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند) و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در برابر اتفاقات تنش‌زای زندگی، باعث تغییر در راهبرد مقابله‌ای معیوب افراد وابسته به مواد شده و بدین

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

ترتیب موجب کاهش فشارخون، ایجاد شادابی و نشاط در انجام کارهای روزمره شده است.

در نهایت به‌طور مختصر می‌توان اذعان نمود آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، به‌ویژه مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و ذهن آگاهی باعث می‌شود هر یک از شرکت‌کنندگان در برنامه آموزشی، به نیازهای هیجانی خودش در زمان حال توجه کند و توانایی آگاه شدن از افکار، هیجانات، احساسات جسمی و اعمال در لحظه حال بدون اینکه درباره او یا تجاربشان قضاوت یا انتقاد کنند را داشته باشند. همچنین افراد بتوانند تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند داشته باشند و با تمرین تکنیک‌های تحمل آشفتگی و روابط بین فردی بتوانند در موقعیت انجام‌گرفته، راهبردهای مقابله خود آسیب‌رسان و پیامدهای احتمالی آن را در نظر گرفته و با استفاده از اعمال تکنیک‌های خودگویی و خود آرامش بخشی بتوانند کنترل هیجان‌های آشفته ساز را در دست بگیرند (خاکشور شاندیز، سوداگر، عنابی سراب، ملیحی الذاکرینی و زربان، ۱۳۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، نتایج این تحقیق ضرورت مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات دارویی و پزشکی را مورد تأکید قرار می‌دهد و می‌تواند تلویحاتی برای کادر درمانی پزشکی، بیماران، پژوهشگران آینده و کار بالینی برای بهبود رفتارهای خود مدیریتی و ارتقا سلامتی به همراه داشته باشد.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است. انتخاب در دسترس نمونه پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر و دشواری در هماهنگی‌های لازم جهت حضور هفتگی افراد وابسته به مواد در جلسات آموزشی گروهی با توجه به شیوع کرونا، مشکلات ضدعفونی محل آموزش و فاصله‌گذاری اجتماعی، سنجش با تکیه بر ابزار خود گزارشی و عدم استفاده از ارزیابی کیفی، مهم‌ترین محدودیت‌هایی هستند که بهتر است هنگام تعمیم‌یافته‌های این مطالعه به آن توجه شود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی تأثیر این بسته آموزشی با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بیشتر در جامعه پژوهشی دیگری بررسی شود و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی سایر متغیرهای روان‌شناختی همچون سلامت عمومی و سبک‌های مقابله‌ای و ... موردمطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود بسته آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت فردی اجرا و

سال پانزدهم شماره ۶۲ زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

مورد بررسی قرار گیرد و با رویکردهای مختلف مقایسه شود. ازآنجایی‌که درمان دیالکتیکی بر شفقت خود و بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت داشته و با بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد میزان فشارخون آنان نیز کاهش‌یافته است، لذا به پزشکان توصیه می‌شود که جهت دستیابی به نتایج بهتر در درمان افراد مبتلا به بیماری فشارخون، بیماران را به مراجعه به مراکز مشاوره تشویق نمایند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان، همکاران و کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم که در راستای انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

ابن نصیر، شکوه و خالقی پور، شهناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲)، ۲۰۵-۱۹۸.

ایزکیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام و حسینی، سیدحمزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بد تنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش آموزان خود آسیب‌رسان. *فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار*، ۷(۵۳)، ۲۷-۱۷.

بابایی، لیلا ؛ فخری، محمد کاظم؛ جدیدی، محسن و صالحی عمران، محمدتقی (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران کرونر قلبی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۷(۱۱)، ۲۱-۲۷.

باقری پناه، مریم؛ گل افروز، متین؛ بلورسازمشهدی، هنگامه؛ مؤیدی مهر، مریم و خروشی، مریم (۱۳۹۹). بررسی نقش میانجی گر شفقت به خود در رابطه بین آسیب‌پذیری روان‌شناختی و دل‌بستگی به خدا در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در سال ۱۳۹۵. *فصلنامه پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۸۶-۷۴.

بهاروندی، بهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. *فصلنامه روان‌شناسی پیری*، ۶(۱)، ۲۶-۱۳.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

بهرامی کرچی، آزاده؛ منشیی، غلامرضا و کشتی آرای، نرگس (۱۳۹۹). اثربخشی بسته توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان نابارور در مرحله قبل از درمان (IVF) لقاح آزمایشگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۹)، ۹۹۴-۹۷۹.

تقوایی‌نیا، علی (۱۴۰۰). ا اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۰۴-۱۸۳.

توفیقی، مریم؛ باباخانی، وحیده؛ قمری، محمد و پویامنش، جعفر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۰)، ۶۶-۵۹.

چراغیان، حدیث؛ کیانی، احمدرضا؛ رضائی شریف، علی؛ قمری گیوی، حسین و مؤمنی، آریا (۱۴۰۰). تنظیم هیجان در بیماران سایکوسوماتیک: مطالعه کیفی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۸(۲)، ۱۳۳-۱۲۱.

حاتمی ورزنه، ابوالفضل؛ فتحی، الهام؛ خانی پور، حمید و حبیبی، نرگس (۱۳۹۹). پیش‌بینی نگرش به داوطلبی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، همدلی و خود شفقت ورزی در افراد داوطلب و غیر داوطلب در فعالیت‌های مشارکت مردمی در دوره شیوع کوید ۱۹. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۴(۱)، ۱۰۱-۸۷.

حاتمیان، پیمان؛ حیدریان، سجاد و احمدی فارسانی، مجتبی (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی سالمندان با سابقه بیماری قلبی. *فصلنامه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۶(۳)، ۶۵-۶۰.

حجت‌الاسلامی، لیلا؛ تأدیبی، وحید و بهپور، ناصر (۱۳۹۸). اثر هشت هفته تمرین هوازی متوسط بر فشارخون، سطوح سرمی نیتریک اکساید و آپلین زنان میان‌سال مبتلاء به پیش پرفشاری خون. *فصلنامه فیزیولوژی ورزش و فعالیت بدنی*، ۱۲(۲)، ۱۱۸-۱۰۷.

حسین زاده، علی‌اکبر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی معتادان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۴(۱)، ۳۹-۳۲.

حمدالله، حمد اله و رضایی، سعیده (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی و خود بازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد. *چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*.

حیدریان، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و فتحی، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر استرس ادراک‌شده و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون اولیه. *مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی مشهد*، ۶۰(۵۰)، ۶۸۰-۶۶۹.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

خاکشور شاندیز، سوداگر، عنابی سراب، ملیحی الذاکرینی و زربان (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های شناختی (آمیختگی، اجتناب و انعطاف‌پذیری شناختی) و استرس اکسیداتیو زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۵)، ۳۲-۴.

خاموشی قلعه‌نویی، صنم و منصوری، احمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۵۴-۲۷۳.

خسروی، صدر اله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS)، *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۱۳)، ۵۹-۴۷.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

ذاکری، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد. تهران، *نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)*.

رستم پور برنجستانکی، محدثه؛ عباسی، قدرت اله و میرزائیان، بهرام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۲۴-۱.

رضایی منش، بهروز؛ رحیمیان، محمد و سدیری جوادی، عاطفه (۱۴۰۰). نقش ذهن آگاهی بر محیط کار با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. *فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی*، ۱۰(۱)، ۱۲۷-۱۵۳.

رنجبران، رضا، علی‌اکبری دهکردی، مهناز، صفاری نیا، مجید و علی پور، احمد (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر سرزندگی، بهزیستی روان‌شناختی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی. *فصلنامه سلامت جامعه*، ۱۴(۲)، ۷۷-۶۶.

روحانی، عباس و هارونی، یعقوب (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت خود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مرد شهر اصفهان. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی – شناختی*، ۱۰(۳۹)، ۵۱-۶۲.

ساکنی، زهرا؛ فراهانی، سمانه؛ اسحاقی مقدم، فائزه؛ رفیعی پور، امین؛ جعفری، طیبه و لطفی، پریسا (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۶)، ۲۳-۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

سعیدیان، کورش؛ سهرابی، احمد و زمستانی، مهدی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۷(۱)، ۱۶۹-۱۶۱.

سیدجعفری، جواد؛ برجعلی، احمد؛ شرافتی، شاهین؛ پناهی، مهدی؛ دهناشی لاطان، تاجماه و عبودیت، سعیده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۲)، ۹۵۵-۹۴۵.

شریعتی، سمیرا و کریمی، بهروز (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر شادکامی، بهزیستی ذهنی و نشخوار فکری دختران. *فصلنامه علمی خانواده‌درمانی کاربردی*، (۱)، ۱۴۷-۱۲۵.

شیخ هادی سیروئی، رحمان؛ مدنی، یاسر و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سبک‌های مدیریت تعارض زوجین پرتعارض. *مجله سلامت جامعه*، ۱۱(۳و۴)، ۴۷-۵۵.

صادقی، خیرالله؛ فروغی، علی‌اکبر؛ کیانی مقدم، امیر سام؛ بازانی، میثم و پرویزی فرد، علی‌اکبر (۱۳۹۹). اثربخشی خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی بر کژ تنظیمی هیجان و شفقت بر خود. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا*، ۲۲(۴)، ۳۸-۲۹.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلام‌زاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۲۱.

صادقیان کردآبادی، علیرضا؛ چیت‌ساز اصفهانی و علامه، سید محسن (۱۳۹۹). الگویابی بهزیستی ذهنی کارکنان در سازمان: موردمطالعه، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*. ۶(۲)، ۳۴-۱۷.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

صفاری نیا، مجید و عزیزی، زهره (۱۳۹۸). تأثیر طرح‌واره درمانی گروهی بر بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۱)، ۱۶۴-۱۴۷.

عرب زاده احمد، سودانی منصور، شعاع کاظمی مهرانگیز، شهبازی مسعود (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹ (۷۳) :۹۹-۱۲۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

عرب، سیمین؛ برجعلی، احمد؛ مسچی، فرحناز؛ کاکاوند، علیرضا و ذاکری حمیدی، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر گرگرفتگی و عرق شبانه زنان یائسه. *مجله زنان، مامائی و نازایی ایران*، ۲۳(۲)، ۴۱-۳۰.

عزیزی، امیر و محمدی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۶(۱)، ۱۰۴-۹۵.

فتحی، آیت اله؛ صادقی، سولماز؛ شریفی رهنمو، سعید؛ رستمی، حسین و عباسی کسانی، حامد (۱۳۹۹). پیش‌بینی ویریسم رایانه‌ای و استیگمای موج اول اپیدمی کرونا بر اساس ابعاد اعتیاد اینترنتی در بین جوانان. *مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا*، ۲۷(۲)، ۱۳۲-۱۲۴.

فخری، محمدکاظم، بهار، عادله و امینی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده و کنترل فشارخون در بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۷۰)، ۱۹۳-۱۸۶.

فکری، اکرم؛ عیسی زادگان، علی و میکاییلی منیع، فرزانه (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشارخون اساسی و افراد غیر مبتلا. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۰(۱)، ۹۴-۸۵.

قلی پور بازکیاگوراب، فاطمه؛ گلشنی، فاطمه؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ امامی پور، سوزان و سپاه منصور، مژگان (۱۳۹۸). اثربخشی مهارت‌آموزی گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده. *فصلنامه‌ی پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۲)، ۷۳-۶۵.

کاظمی، امیر پاشا؛ احدی، حسن و نجات، حمید (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خود مراقبتی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۶(۳)، ۵۰-۴۳.

مقامی، حمیدرضا؛ رجبیان ده ریز، مریم و شریفاتی، سکینه (۱۳۹۹). تأثیر چندرسانه‌ای آموزشی مبتنی بر الگوی آشور بر جو انگیزشی درک شده و بهزیستی ذهنی دانشجویان. *دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۸(۱۵)، ۱۲۷-۱۰۷.

مک کی، متیو؛ وود، جفری و برنتلی، جفری (۲۰۰۷). *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمید پور، حمید جمعه پور و زهرا اندوز، (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند.

میکاییلی، نیلوفر و رهبری غازانی، نسرین (۱۳۹۹). اثربخشی یک برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر اهمال‌کاری و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۱۷۲-۱۵۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

نریمانی، محمد؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ احدی، بتول و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۱)، ۵۲-۱۹.

نظر پوری، امیر هوشنگ؛ باقر زاده خدا شهری، راضیه و آزادی، محمدحسین (۱۳۹۹). بررسی نقش رهبری تحول‌آفرین در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی. *فصلنامه مدیریت فرهنگ‌سازمانی*، ۱۸(۱)، ۶۷-۴۷.

نقی زاده، عیسی؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۹). رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری در بازگشت مصرف مواد با نقش میانجی‌گری بد تنظیمی هیجان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۶۵-۳۳۹.

نیرومندی، رامین؛ اکبری، مریم؛ احمدیان، حمزه و بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۹۹). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۸). ۷۹۰-۷۷۳.

هاشمیان، کیانوش؛ پور شهریاری، مه سیما؛ بنی جمالی، شکوه السادات و گلستانی بخت، طاهره (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۳)، ۱۶۳-۱۳۹.

وزیری، شهرام؛ شیدایی اقدام، شوان؛ نوبخت، لعیا؛ خلیلی، منصوره، وزیری، یاشار؛ معصومی، رؤیا و وزیری، آرش (۱۳۹۷). مقایسه علائم بدنی در افراد با پریشانی روانی بابا و پایین. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳(۴۹)، ۸۸-۵۷.

یاس فرد، غزال؛ عباس پور آذر، زهرا و حسینی المدنی، سید علی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر عزت‌نفس، تنظیم شناختی هیجان و رفتار خود جرحی غیر خودکشی در دختران. *فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی بهداشت و ارتقا سلامت*، ۷(۴)، ۳۵۸-۳۴۳.

References

Chiappini, S., Guirguis, A., John, A., Corkery, J. M., & Schifano, F. (2020). COVID-19: the hidden impact on mental health and drug addiction. Front. Psychiatry, 11(3); 767.

Cotter, R., & Krantz, M. J. (2021). Cardiovascular Consequences of Addiction. *In Textbook of Addiction Treatment*, 1023-1043.

Davoudi, M., Allame, Z., Foroughi, A., & Taheri, A. A. (2021). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: feasibility, acceptability, and appropriateness. *Trends Psychiatry Psychother*, 43(4); 302-310

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15.

Geiss, L., Beck, B., Hitzl, W., Hillemacher, T., & Hösl, K. M. (2021). Cardiovascular Autonomic Modulation during Metronomic Breathing and Stress Exposure in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology*, 80; 359-373.

Gurman, A. S., Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (2015). Clinical handbook of couple therapy, Fifth Edition. *The Guilford Press*, ISBN-13: 978-1462513925.

Jameson, J. L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine, Twentieth Edition. McGraw-Hill Education / Medical. ISBN-13: 978-1259644030.

King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N., & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behaviour therapy programmes: A mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, Article 302.

Lee, Y. H. R., Richards, K. A., & Washhburn, N. S. (2019). Emotional intelligence, job- satisfaction, emotional exhaustion, and subjective well-being in high school Athletic directors. *Psychological Reports*, 123(6), 2418-2440.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, *2*(3), 223-250.

Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health psychology review*, *15*(1), 113-139.

Pou, J. S. (2019). Dialectical Behavior Therapy and Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Similarities, Differences, and Clinical Implications. *Biola University ProQuest Dissertations Publishing*, 13857929.

Sancheti, K., & Pujam S, N. K. (2021). Application of Dialectical Behavior Therapy in patients with opioid dependence-a pilot study. *lkogretim Online-Elementary Education Online*, *20*(3), 248-261..

Sirois, F.M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: the Role of Stress. *Mindfulness(N Y)*, 10(1), 46–54.

Tedder, M., Shi, L., Si, M., Franco, R., & Chen, L. (2015). eMindfulness Therapy—A Study on Efficacy of Blood Pressure and Stress Control Using Mindful Meditation and Eating Apps among People with High Blood Pressure. *National Library of Medicine*, 2(4), 298-309.

van den Ende, M., Epskamp, S., Lees, M., van der Maas, H., Wiers, R., & Sloot, P. M. A. (2021). A review of mathematical modeling of addiction regarding both (neuro-) psychological processes and the social contagion perspectives. *Psychological and Social Modeling on Addiction*, 127(1), 1-19.

.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.261]