

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد*

سara amidiyan^۱, kamyar kazemian mقدم^۲, hmayoun haroun rshidi^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد پس آزمون با گروه کنترل بود. درمان مبتنی بر شفقت طبق پروتکل پل گیلبرت و راسل کولتس آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درمان مبتنی بر شفقت در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درمان مبتنی بر شفقت طبق پروتکل پل گیلبرت و راسل کولتس (ترجمه اثباتی، ۱۳۹۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت و شفقت درمانی توانست باعث افزایش تحمل پریشانی و بهبود باورهای ارتباطی زنان دارای همسر وابسته به مواد گردد. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه ای اعتماد می توانند با استفاده از روش شفقت درمانی باعث افزایش توانمندی های مرتبط با تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی شوند.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر شفقت، تحمل پریشانی، باورهای ارتباطی

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول می باشد.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. پست الکترونیک:

k.kazemian@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

مقدمه

پدیده اعتیاد یکی از بزرگترین معضلاتی است که در طی زمان‌های مختلف، جوامع بشری را در گیر مشکلات و پیامدها و مشکلات خود نموده (رگینسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و به عنوان یک آسیب اجتماعی باعث به وجود آمدن بزهکاری اجتماعی می‌گردد (خلیلی پور چالیسری، ۱۴۰۰). مصرف مواد مخدر در ابتدا با هدف لذت انجام می‌گیرد اما بعداً برای فرار از استرس و احساسات منفی رخ می‌دهد (لوگانتهان و هو^۲، ۲۰۲۱). سو مصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزاری را به جوامع تحمیل می‌کند؛ مصرف مواد نه تنها بر سلامت روانی و فردی شخص معتاد اثرات زیان باری دارد، بلکه با پیامدهای منفی بالای اجتماعی همراه بوده و به خانواده و جامعه آسیب وارد می‌کند (اوژیر و ارامی^۳، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۴ با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد، تعریف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). بر اساس پژوهش‌های انجام شده، خانواده‌های افراد معتاد به خصوص زنان دارای همسر معتاد، از لحاظ مؤلفه‌های روان شناختی، هیجانی و جسمانی شرایط مطلوبی ندارند (رحیمی‌پور، خانکه، فلاحتی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲). زنان دارای همسران معتاد، با آسیب‌های جدی مواجه بوده و در هراس و نامنی به سر می‌برند (نقی‌پور، باغستانی و سعادتی، ۱۳۹۸). این زنان به دلیل نقشی که به عنوان مراقبت‌کننده از همسر معتاد خود ایفا می‌کنند، تحت محدودیت‌هایی هستند. آن‌ها ممکن است که با عدم حمایت خانواده اصلی، انتظارات مالی و سرزنش به خاطر اعتیاد همسرشان مواجه شوند (سینگ^۶، ۲۰۱۰). همچنین به دلیل اعتیاد شوهر، ارتباط زوجین تحت تأثیر قرار می‌گیرد. ممکن است بین آن‌ها احترام متقابلی وجود نداشته باشد و تمایلی به گوش دادن یکدیگر و توجه به خواسته‌ها و نیازهای یکدیگر نیز نداشته باشند

۳۱۰
310

۱۴۰۱۱۶ نو ۶۴، سالیانه ۲۰۲۲
دانشگاه علوم پزشکی اسلامی تبریز

-
- | | |
|---|---|
| 1. Reginsson
2. Loganathan & Ho
3. Ouzir & Errami
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5 | 5. American psychiatric Association (APA)
6. Singh |
|---|---|

(پیرسرانی^۱، ۲۰۰۷). یافته‌ها نشان می‌دهند که مقدار زیادی وقت دادگاه‌ها به این افراد اختصاص داده می‌شود. بررسی‌ها در ایران نشان داده ۸۱ درصد از افرادی که درخواست طلاق داده‌اند به دلیل اعتیاد همسرانشان بوده است (محمدخانی، ۱۳۸۸). به همین سبب، پژوهش‌های مختلفی بر روی دلایل شروع و راهبردهای پیشگیری و درمان اعتیاد خانواده‌های درگیر اعتیاد انجام گرفته است (زارعان، لطیفی و میرمهدي، ۱۳۹۹؛ مک‌کانل، ممتوویک و ریچاردسون^۲، ۲۰۱۴). یکی از این اقدامات، شناسایی عوامل و متغیرهایی است که می‌توان با دستکاری آن‌ها زمینه بروز مشکل را کاهش داد. به نظر می‌رسد از جمله این عوامل توانایی تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی است.

تحمل پریشانی^۳، در واقع ویژگی روان‌شناختی است که در همه افراد به میزان مختلفی وجود دارد و به میزانی که یک شخص توانایی تحمل حالات روان‌شناختی و یا جسمانی منفی را دارد، اشاره می‌کند. افراد با تحمل پریشانی کم با انجام برخی رفتارهای مخرب به دنبال تسکین دردهای هیجانی و دوری از هیجانات منفی خود بر می‌آیند (کیوق، ریکارדי، تیمپانو و میتچل^۴، ۲۰۱۰). افرادی که تحمل پریشانی ضعیفی دارند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربی را نشان می‌دهند، این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر مستعد سوء مصرف الكل، قماربازی (الهایی، لوینو، اوبرین و آرمور^۵، ۲۰۱۸)، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ولیلوکس^۶، ۲۰۱۹) و سوء مصرف مواد (اروین^۷ و همکاران، ۲۰۱۸) هستند. باورهای ارتباطی نیز، باور یا ذهنیتی تعریف شده که زوج‌ها نسبت به روابط زناشویی خود دارند و آن را به عنوان واقعیت پذیرفته‌اند. باورهای ارتباطی غلط اثربخشی ارتباط بین زوجین را تضعیف کرده و باعث عدم درک صحیح پیام فرستاده شده یا به عبارتی رمزگشایی درست آن می‌گردد (نیکل^۸، ۲۰۰۶). منظور از باورهای ارتباطی غلط یا ناکارآمد، آن دسته از تفکرات

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Pirsaraee | 5. Elhai, Levine, O'Brien & Armour |
| 2. McConnell, Memetovic, &
Richardson | 6. Veilleux |
| 3. distress tolerance | 7. Erwin |
| 4. Keough, Riccardi, Timpano &
Mitchell | 8. Nickl |

غیرمنطقی و باورها است که در اثر استفاده بیش از حد، منجر به مشکل در روابط زوجین می‌شود (آیدلسون و اپشتاین^۱، ۱۹۸۲). این باورها شامل پنج مولفه به این شرح است: ۱. باور به اینکه مخالفت کردن، تخریب کننده است؛ ۲. باور به عدم تغییرپذیری همسر؛ ۳. باور ذهن خوانی؛ ۴. باور کمال گرایی جنسی و ۵. باور به تفاوت‌های جنسیتی (آیدلسون و اپشتاین، ۱۹۸۲). به نظر می‌رسد باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد، زمینه‌ساز آسیب‌های روانی در آن‌ها می‌شود و اختلال عملکردی خانواده را افزایش می‌دهد. با توجه به اهمیت متغیرهای مورد اشاره، شناسایی عواملی که بتواند موجب دستکاری مطلوب و بهبود آن‌ها شود، مسئله‌ای ضروری و حائز اهمیت برای متخصصان بهداشت روان می‌باشد. یکی از مفاهیم و سازه‌هایی که به نظر می‌رسد می‌تواند زمینه‌ساز بهبود این موارد باشد، شفقت‌ورزی است. درمان مبتنی بر شفقت^۲ توسط پل گیلبرت بنانده شده است و یکی از جدیدترین درمان‌های رفتاری موج سوم می‌باشد که سعی بر افزایش بهزیستی روانی، افزایش سازش یافته‌گی و بهبود کیفیت زندگی افراد دارد و همچنین با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (نف و بریتوس^۳، ۲۰۱۳؛ لویز و یوتلی^۴، ۲۰۱۵). افزون بر آن در شفقت درمانی، افراد می‌آموزند تا احساسات دردناک خود را قبول کرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خویش را بشناسند و در قبال آن احساس شفقت داشته باشند. شفقت‌ورزی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم را برای رویه‌روشدن با چالش‌های زندگی فراهم کرده و گامی به سوی زندگی معنادار و باشاط باشد (گیلبرت^۵، ۲۰۰۹). به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌کند پریشانی ذهنی خود را از طریق کاهش خود سرزنش‌گری، پایین آورند. شفقت‌ورزی یک متغیر تاب آوری فراتشخصی است که پاسخ‌های خودتنظیمی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی سازگار به استرس را ترویج می‌کند (فینلی-جونز^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). تاکنون پژوهش‌های مختلفی در خصوص اثرگذاری شفقت‌ورزی بر متغیرهای مختلف صورت

-
- 1. Eidelson & Epstein
 - 2. compassion- focused therapy
 - 3. Neff & Beretvas

- 4. Leaviss & Uttley
- 5. Gilbert
- 6. Finlay-Jones

پذیرفته و نشان داده شده که شفقت ورزی بر متغیرهایی چون تحمل ابهام و اضطراب مرگ و بهاروندی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی، ۱۳۹۹)، تحمل پریشانی (گودینگ، استدمون و کریکس^۱، ۲۰۲۰؛ کریگر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هربرت^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ موسوی، ۱۳۹۹؛ خواجه‌نحوشلی، اسدی و عبدالله زاده، ۱۴۰۰؛ شجاعی حصاری و خاکشورشاندیز، ۱۳۹۸؛ نواب، دهقانی و کرباسی عامل، ۱۳۹۸؛ شجاعی، ۱۳۹۸)، نشاط ذهنی، تاب آوری و شفقت به خود (گله‌گیریان، پولادی ری‌شهری و کیخسروانی، ۱۳۹۸)، پرخاشگری، خود تنظیمی هیجانی و انگیزش تحصیلی (شاکرمی، لطیفی و موسوی، ۱۳۹۸)، کنترل عاطفی و کاهش شدت علائم روان‌شناختی منفی (گتزالس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸، هیل، اسچافر، اسپنسر و ماسودا^۵، ۲۰۲۰، برچک، مردانی ولدانی و خروش، ۲۰۲۱)، افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان (ادیب زاده و سجادیان، ۲۰۱۹)، کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی (صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹) مؤثر بوده است؛ لذا، به نظر می‌رسد بتواند اثرگذاری مطلوبی در کاهش پریشانی و بهبود باورهای ارتباطی نیز داشته باشد.

۲۱۳

313

سال شناسنامه، شماره ۴۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلف از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف در نمونه‌های مختلف بررسی شده است، اما این گونه پژوهش‌ها کمتر در نمونه‌های زنان همسران معتمد انجام شده است. زنان دارای همسر معتمد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب‌های سوء مصرف مواد نیز می‌باشند و شواهد تlux از گستنگی‌های عاطفی، طلاق و از هم‌پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی جایگاه زنان دارای همسر معتمد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. حال با توجه به

1. Gooding, Stedmon & Crix
2. Krieger
3. Herbert

4. Gonzalez-Hernandez
5. Hill, Schaefer, Spencer & Masuda

شیوع بالای اعتیاد، ضرورت تحقیق پیرامون عواملی که می‌توانند نقش پیشگیری یا محافظت کننده داشته باشند ضروری است و به همین دلیل تدوین راهبردهای اثربخش برای پیشگیری از اثرات مخرب سوء مصرف مواد باید در نظر گرفته شود (گرن، بوبروسکی، اوستاووسکی و پیسارسکا، ۲۰۱۹). همچنین با توجه به مشکلات روان‌شناختی در همسران افراد معتاد، و با توجه به کمبود پژوهش در این زمینه، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش بود که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد اثر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر دزفول در سال ۱۴۰۰ بودند. در پژوهش های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۱). بنابراین، از این جامعه، نمونه ای به حجم ۳۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش گذشتن حداقل دو سال از زندگی مشترک، داشتن تحصیلات بالاتر از دیپلم، رضایتمندی برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف منزل و عدم تکمیل پرسشنامه ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار اس بی اس اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) تدوین شد که دارای ۱۵ سؤال و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتست از: تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورده ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی. تحمل پریشانی با سؤالات ۳، ۱ و ۵، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵، برآورده ذهنی پریشانی با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۲ و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شوند.

سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست (حسینی مهر، خضری مقدم و پوراحسان، ۱۴۰۰). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند، آن‌ها همچنین گزارش کردند که این پرسشنامه دارای روایی همگرایی و ملاکی مطلوبی است.

شمس، عزیزی و میرزایی (۱۳۸۹) گزارش کردند که پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ است. همبستگی پرسشنامه تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌دار و هیجان‌دار به ترتیب -۰/۳۳ و -۰/۲۷ بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ بدست آمد.

۲- پرسشنامه باورهای ارتباطی^۳: این پرسشنامه توسط آیدلسون و اپشتاین (۱۹۸۲) ساخته شده و توسط مظاہری و پواعتماد (۱۳۸۰) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده است. این آزمون دارای ۴۰ سؤال است که در طیف لیکرت به صورت ۶ گزینه‌ایی از ۰ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) پاسخ داده می‌شود. هدف آن ارزیابی میزان باورهای ارتباطی غیرمنطقی در رابطه زناشویی از ابعاد مختلف باور به مخرب بودن

1. Distress Tolerance Scale
2. Simons & Gaher

3. Relationship Beliefs Inventory

مخالفت، توقع ذهن خوانی، باور به عدم تغییر پذیری همسر، کمال گرایی جنسی و باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی است. آیدلسون و اپشتاین (۱۹۸۲) پایابی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ گزارش کردند. آن‌ها همچنین دریافتند که نمره کل این پرسشنامه با باورهای غیرمنطقی جونز (جونز^۱، ۱۹۶۸) همبستگی مثبت دارد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه، شفقت درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مبتنی بر روش پل گیلبرت و راسل کولتس (ترجمه اثباتی، ۱۳۹۷) و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پروتکل مراحل درمان مبتنی بر شفقت به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات شفقت درمانی (پل گیلبرت و راسل کولتس، ۱۳۹۷)

جلسات	محظوظ	۳۱۶
اول	برقراری ارتباط اولیه، معارفه و برقراری رابطه حسن، معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اجتناب از قضاؤت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، آشنازی با رویکرد شفقت درمانی و ماهیت شفقت.	۱۴۰
دوم	خلاصه جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش گری، تفاوت شرم و احساس گناه و تحیر، ارائه تکلیف خانگی.	۳۱۶
سوم	خلاصه جلسه قبل، مقایسه مسئولیت پذیری در مقابل تقصیر جویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین دهنده، ارائه تکلیف خانگی.	۱۴۱
چهارم	خلاصه جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاؤت، شناسایی افکار خود آیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقاتن.	۱۴۲
پنجم	خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خود شفقت ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد.	۱۴۳
ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران.	۱۴۴
هفتم	شناسایی راهبردهای ایمنی بخش و رفتارهای سلطه پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادگرانه، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی.	۱۴۵
هشتم	خلاصه جلسه قبل، نوشتزن نامه مشفقاتن، تصویرسازی مشفقاتن، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد و اتمام جلسه.	۱۴۶

يافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد در دامنه سنی ۲۴ تا ۳۶ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ($30/93 \pm 3/12$) و گروه کنترل ($30/40 \pm 3/12$) بود. از لحاظ تحصیلات $86/7$ شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و سایرین ($13/3$ درصد) دیپلم بودند. کلیه شرکت کنندگان دارای فرزند و حداقل ۳ سال از زمان ازدواج شان گذشته بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون میانگین	انحراف استاندارد	پس آزمون میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین
تخریب کنندگی	آزمایش	۳۰/۸۰	۷/۸۰	۲۱/۷۹	۶/۶۷	۶/۶۷
مخالفت	کنترل	۲۸/۴۰	۸/۳۷	۲۷/۶۰	۶/۲۶	۶/۲۶
ذهن خوانی	آزمایش	۲۶/۹۳	۸/۰۳	۱۸/۶۰	۷/۳۲	۷/۳۲
	کنترل	۲۸/۰۶	۸/۱۳	۲۶/۷۳	۶/۲۸	۶/۲۸
عدم تغیر همسر	آزمایش	۲۹/۸۰	۶/۹۷	۱۹/۸۶	۶/۴۷	۶/۴۷
	کنترل	۲۹/۹۳	۹/۱۲	۲۸/۹۳	۸/۱۲	۸/۱۲
كمالگرایي جنسی	آزمایش	۳۲/۶۰	۸/۱۳	۱۸/۴۶	۶/۰۳	۶/۰۳
	کنترل	۳۰/۲۶	۱۰/۸۳	۲۸/۸۶	۹/۸۹	۹/۸۹
تفاوت‌های جنسی	آزمایش	۳۰/۶۰	۸/۲۴	۱۹/۶۰	۷/۵۴	۷/۵۴
	کنترل	۳۰/۶۲	۸/۷۸	۲۹/۵۳	۸/۴۶	۸/۴۶
نمره کل باورهای ارباطی	آزمایش	۱۵۰/۷۳	۱۷/۹۷	۹۸/۲۶	۱۸/۱۲	۱۸/۱۲
	کنترل	۱۴۶/۹۳	۱۸/۸۱	۱۴۱/۶۶	۱۵/۶۳	۱۵/۶۳
تحمل پریشانی	آزمایش	۸/۱۳	۳/۱۳	۱۲/۷۳	۲/۰۵	۲/۰۵
	کنترل	۹/۸۶	۲/۸۵	۹/۶۶	۲/۶۶	۲/۶۶
هیجانی	آزمایش	۹/۲۶	۲/۶۵	۳/۸۰	۰/۹۴	۰/۹۴
	کنترل	۱۰/۶۰	۲/۶۶	۱۰/۰۰	۲/۴۷	۲/۴۷
برآورد ذهنی	آزمایش	۱۸/۰۰	۶/۸۵	۲۳/۶۶	۴/۸۲	۴/۸۲
	کنترل	۱۹/۲۰	۴/۵۲	۱۸/۸۶	۴/۴۷	۴/۴۷
پریشانی	آزمایش	۱۰/۲۰	۲/۷۵	۱۳/۹۳	۱/۰۹	۱/۰۹
	کنترل	۸/۸۰	۲/۸۸	۹/۷۳	۲/۰۵	۲/۰۵
نمراه کل تحمل	آزمایش	۴۵/۶۰	۹/۹۰	۵۴/۱۳	۶/۲۴	۶/۲۴
	کنترل	۴۸/۴۶	۵/۶۱	۴۸/۲۶	۷/۴۶	۷/۴۶

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرضها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضهای آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌های آزمون کولموگروف - اسمرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی دارای توزیع نرمال بودند. همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در آزمون لوین معنادار نبودند، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش‌فرضهای تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس آزمون، در تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معنادار از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس آزمون تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آرژش	آماره F	فرضیه آزادی	درجه آزادی	آزادی خطای انتدا	ضریب اتا معناداری	ضریب اتا
اثر پلای	۰/۶۱	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	
لامبای ویکلز	۰/۴۵	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	
اثر هتلینگ	۱/۴۳	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	
بزرگترین ریشه روى	۱/۴۳	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۶۳ درصد تغییرات مربوط

به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات باورهای ارتباطی و تحمل پریشانی دو گروه

متغیر	مولفه‌ها	میانگین مجدوزرات	آماره F	معناداری	مجدوز اتا	توان آماری
باورهای ارتباطی	تخربی بودن مخالفت ذهن خوانی عدم تغییر همسر کمال گرانی جنسی تفاوت‌های جنسیتی تحمل پریشانی پریشانی	۴۰۷/۲۴ ۳۸۹/۶۹ ۵۳۱/۲۵ ۹۷۸/۷۹ ۷۴۸/۱۶ ۷۹/۱۳ ۱۷۴/۳۰ ۱۷۷/۸۵	۶۱/۵۴ ۸۱/۰۵ ۵۷/۳۹ ۱۳۶/۹۱ ۹۴/۹۴ ۲۰/۲۷ ۷۵/۱۲ ۲۷/۵۱ ۳۱/۹۴	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۷۷ ۰/۷۷ ۰/۷۱ ۰/۸۵ ۰/۸۰ ۰/۴۵ ۰/۷۵ ۰/۵۳ ۰/۵۷	۱ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱
تحمل	تحمل پریشانی	۷۹/۱۳				
پریشانی	جذب شدن به هیجانات منفی	۱۷۴/۳۰				
برآورد ذهنی		۱۷۷/۸۵				
تلاش برای تسکین		۵۶/۴۶				

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در باورهای ارتباطی و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های باورهای ارتباطی غیرمنطقی نمرات کمتر و در تمامی مولفه‌های تحمل پریشانی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند باورهای ارتباطی بهتری را کسب کنند و بر افزایش تحمل پریشانی در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد بین گروههای آزمایشی و گواه از لحاظ تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش معنی‌دار این متغیر در گروه آزمایشی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گودینگ و همکاران

(۲۰۲۰)، کریگر و همکاران (۲۰۱۹)، هربرت و همکاران (۲۰۱۹)، موسوی و همکاران (۱۴۰۰)، شجاعی حصاری و خاکشورشاندیز (۱۳۹۹) و نواب و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. چنان که این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی به دلیل ارتباط قوی با بهزیستی روان‌شناختی، انگیزه درونی، خوشبینی و ایجاد توانایی مواجهه به افراد به جای اجتناب‌ورزی، می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی را کاسته و به بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد منجر گردد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند با سختگیری کمتری خود را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را آسان‌تر می‌پذیرند و واکنش‌های شان دقیق‌تر و مبتنی بر عملکرد واقعی آن‌ها خواهد بود که این تحولات می‌تواند افزایش امیدواری را سبب شود. کارشناسان نیز بر این باورند که شفقت به خود موجب بهبود احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به بی‌کفایتی و شکست‌های خود می‌شود و فرد می‌پذیرد که تجارب رنج‌آور از تجارب معمول بشری است (میکایلی و رهبری، ۱۳۹۹؛ هایز، لواما، بوند، ماسودا و لیلایز^۱، ۲۰۰۶). دانسون^۲ (۲۰۱۵) و دیمینوف^۳ (۲۰۱۳) نیز بیان کرده‌اند که خودشفقت‌ورزی با کاهش نشخوار فکری می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی شود؛ چرا که خودشفقت‌ورزی، نیازمند آگاهی هشیارانه از هیجانات خود است (بنت و گلمان^۴، ۲۰۰۱) و بر اساس آن افراد دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌کنند، بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شوند و به شیوه سازگارانه با آن‌ها به مقابله بر می‌خیزند؛ بنابراین هیجانات منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به افراد فرصت در که دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را، به صورت اثربخش و مناسب می‌دهند که این فرایند قدرت تحمل افراد و مدیریت هیجانات را افزایش می‌دهد. همچنین شفقت خود به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و

۳۲۰
320

۱۴۰۰ نوبتی، ۱۶ نوامبر ۲۰۲۲
۱۶ نوامبر ۲۰۲۲ نوبتی، ۱۴۰۰

1. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
2. Danson

3. Deminof
4. Bent & Goleman

بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (ترجمه^۱، ۲۰۱۲). این شرایط می‌تواند منجر به کاهش حساسیت‌های اضطرابی زنان دارای همسر معتمد شود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ باورهای ارتباطی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی داری وجود دارد. درمان مبتنی بر شفقت باعث شد که گروه آزمایشی باورهای ارتباطی بهتری را نسبت به گروه کنترل کسب کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹)، صالح آبادی و ناعمی (۱۳۹۹)، ترووبت، پرو و رابرتز^۲ (۲۰۱۹)، کولیتز، گیلیگان و پوز^۳ (۲۰۱۸) و گنزالس هرناندز و همکاران (۲۰۱۸) همسو است و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود موجب می‌شود تا زنان دارای همسر معتمد مهارت‌هایی چون توجه، استدلال، رفتار و تجارب حسی مهربانانه را یاد بگیرند (گیلبرت، ۲۰۰۹) و سبک تبیین خوش‌بینانه‌تری را انتخاب کنند. آن‌ها به این باور می‌رسند که حوادث ناخوشایند، ناپایدارند و می‌توانند به توانایی خود برای مقابله با مشکلات استرس‌زا اعتماد داشته باشند (فورید و سلیگمن^۴، ۲۰۱۲). آموزش شفقت به خود از طریق اصلاح نظام شناختی فرد و همچنین ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه که زیربنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، تلاش می‌کند رفتارهای ناخواسته را کاهش داده و رفتارهای سازش‌یافته‌تر را جایگزین آن‌ها کند که درنهایت منجر به بهبود افزایش امیدواری و باورهای منطقی در زنان دارای همسر معتمد می‌شود. افرادی که تحت آموزش شفقت به خود قرار می‌گیرند، از سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردار می‌شوند و به این نکته پی‌می‌برند که درد و رنج را همه افراد تجربه می‌کنند؛ در نتیجه سرزنش بی‌رحمانه خود، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجانات استمرار پیدا نمی‌کند. در این رابطه نف و گرم^۵ (۲۰۱۷) اظهار می‌کنند که استفاده از اشتراکات انسانی، مهربانی و فهم آن‌ها، هیجان‌های منفی را به حالت هیجانی مثبت‌تری

1. Tirch

4. Foreard & Seligman

2. Torbet, Proeve & Roberts

5. Neff & Germer

3. Collins, Gilligan & Poz

تبديل می کنند. در طی آموزش شفقت به خود و انجام تمرین های آن، دیدگاه زنان داری همسر معتاد نسبت به خود از قضاوتی به غیرقضاوتی تغییر پیدا کرده و در نتیجه این زنان نسبت به خود مهربان تر شده و مشکلات و رنج ها را بهتر تحمل می کنند. به این ترتیب زنان دارای همسر معتاد با پذیرش تجربه های رنج آور و دست برداشتن از ارزیابی های بیش از حد، از تجربه های منفی و نادرست به سوی مهربانی به خود حرکت می کنند و با توجه به حس مشترکات انسانی پی می برند که درد و شکست در همه انسان ها وجود دارد. آن ها با ذهن آگاهی می توانند در زمان حال زندگی کنند و با خود و همسرانشان ارتباط برقرار کنند و از انتقاد درباره خود پرهیز نمایند؛ چون به این نتیجه می رسند که داشتن دیدگاه خود انتقادی و منفی سبب افسردگی می شود. آن ها قادر می شوند، کلمات مشفقاته و مهرورزانه را بر زبان جاری کنند و با لحنی گرم و محبت آمیز با خود ارتباطی بهتر و صمیمی تر برقرار کنند. به طور کلی فرآیند آموزش شفقت به خود می تواند سبب تحمل پریشانی و کاهش باورهای ارتباطی غیرمنطقی در زنان دارای همسر معتاد شود و در نتیجه زمینه بهبود کیفیت زندگی را فراهم سازد.

علیرغم اعمال کنترل‌های لازم، این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌های همراه بوده است. به دلیل این که جامعه آماری این پژوهش زنان دارای همسر معتمد شهرستان دزفول بودند، در تعییم یافته‌ها به سایر افراد باید احتیاط شود. همچنین به علت شیوع بیماری کرونا متأسفانه امکان مرحله پیگیری برای پژوهشگر محدود نبود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مشاوران و متخصصان در مراکز ترک اعتیاد برنامه درمان مبتنی بر شفقت را در رأس روش‌های درمانی خود برای بالا بردن سطح تحمل پریشانی و بهبود باورهای ارتباطی قرار دهند. همچنین، انجام پژوهش با جامعه‌های گستردگر و روی گروه‌های مختلف سنی زنان کم‌سواد و بی‌سواد و مقایسه نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند امکان تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مناسب جهت اجرای آموزش شفقت به خود برای گروه‌های مختلف و مسئولان آن‌ها را فراهم سازد.

منابع

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

تقی پور، شیوا؛ باعستانی، محمد حسین و سعادتی، نادره (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس ادرارک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۸۸-۷۱.

حسینی مهر، نجمه؛ خضری مقدم، نوشیروان و پوراحسان، سمیه (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۷(۲)، ۴۸-۳۳.

خلیلی پور چالیسری، سید عباس (۱۴۰۰). شناخت اعتیاد موادمخدرا براساس تحلیل روانشناسی جنایی به جهت اثبات نوافص قوانین کیفری در ایران. *فصلنامه بین المللی قانون یار*، ۴(۱۶)، ۴۴۷-۴۶۴.

زاراعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سید رضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۹۳-۲۱۲.

شاکرمی، محمود؛ لطیفی، زهره و موسوی، شکوفه (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمن کز بر شفقت بر میزان پرخاشگری، خودتنظیمی هیجانی و انگیزش تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۷(۲)، ۸۷-۷۷.

شجاعی حصاری، فریبا و خاکشورشاندیز، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی بر تحمل پریشانی زنان متاهل. سومین کنگره بین المللی تحقیقات بین رشته‌ای در علوم انسانی اسلامی، فقه، حقوق و روانشناسی، تهران.

شجاعی، فاطمه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش اخلاقی پرستاران. دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم انسانی. شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزاپی، آزاده (۱۳۸۹) بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱(۱)، ۱۸-۱۳.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمن کز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صالح آبادی، اعظم و ناعمی، علی محمد (۱۳۹۹). تاثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۹)، ۸۹-۱۷۸.

گال، مردیت؛ بورگ، والترو گال، جویس (۱۳۹۱). روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی (جلد اول)، {ترجمه: کیامنش، علیرضا؛ شهنه بیلاق، منیجه؛ باقری، خسرو؛ خیر، محمد؛ پاک سرشت، محمد جعفر؛ ابوالقاسمی، محمود؛ عریضی، حمیدرضا؛ خسروی، زهره و نصر، احمد رضا} تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۶).

گله گیریان، صدیقه؛ پولادی ری شهر، علی و کیخسروانی، مولود (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر نشاط ذهنی، تاب آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلچ مغزی. روانشناسی افراد استثنایی، ۲۱۳-۱۹۳. ۳۵(۹).

گلیبرت، پل و کولتس، راسل (۱۳۹۷). درمان متمرکتر بر شفاقت. {ترجمه: مهرنوش اثباتی}. تهران: انتشارات این سینا. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۶).

محمد خانی، شهرام (۱۳۸۸). طراحی و تدوین برنامه‌های توانمندسازی روانی-اجتماعی دانش آموزان در معرض خطر سوءصرف مواد. تهران: دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متعدد در ایران. مظاہری، محمدعلی و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۰). مقیاس باورهای ارتباطی، چاپ نشده. تهران: پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

موسوی، سید مرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر و عبداللهزاده، حسن (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوبوس، ار شماتوز سیستمیک. *علوم روانشناسی*، ۲۰(۹۹)، ۴۶۹-۴۵۳.

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

نواب، مژگان؛ دهقانی، اکرم و کرباسی عامل، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فرون کنشی. سلامت روان که دک (روان که دک)، ۶(۱)، ۲۵۹-۲۳۹.

References

- Adibizadeh, N., & Sajadian, I. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety and emotion regulation in patients with coronary heart disease. *Medical journal of Mashhad university of medical sciences*, 61(1), 103-115.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5thed)*. Washington, DC: Auth.

Barchakh, Z., Mardani Valandani, Z., & Khorvash, F. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy for improving emotional control and reducing the severity of pain in migraine patients. *Journal of practice in clinical psychology*, 9(1), 51-60.

- Bent, S., & Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2018). The evaluation of a compassion focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical Gerontologist*, 11, 1-13.
- Danson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of personality assessment*, 63(2), 262-274.
- Deminof, L. (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal anxiety disorder*, 11(5), 279-315.
- Eidelson, R. J., & Epstien, N. (1982). Cognitive and relationship of adjustment, Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 715–720.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in human behavior*, 84, 477-484.
- Erwin, M. C., Mitchell, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Charak, R., & Elhai, J. D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. *Comprehensive psychiatry*, 82, 133-140.
- Finlay-Jones, A., Boyes, M., Perry, Y., Sirois, F., Lee, R., & Rees, C. (2020). Online self-compassion training to improve the wellbeing of youth with chronic medical conditions: protocol for a randomised control trial. *BMC public health*, 20(1), 1-10.
- Foreard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Critiques psychologies*, 18(2), 107-120.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). All these things don't take the pain away but they do help you to accept it: making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British journal of pain*, 14(1), 31-41.
- Greń, J., Bobrowski, K., Ostaszewski, K., & Pisarska, A. (2019). Prevalence of psychoactive substance use among students attending youth correctional centres. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 32(4), 267-290.

۳۲۰
۳۲۵

سال شناسنامه شماره ۴۴ تا سال ۱۴۰۰
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 4(1), 1-25.
- Herbert, M. S., Malaktaris, A. L., Dochat, C., Thomas, M. L., Wetherell, J. L., & Afari, N. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: Does post-traumatic stress disorder influence treatment outcomes? *Pain management*, 20(9), 1728-1736.
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of contextual behavioral science*, 16, 144-152.
- Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis's irrational beliefs with personality and maladjustment correlates*. Unpublished doctoral dissertation. Texas: Technological College.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
- Krieger, T., Reber, F., Von Glutz, B., Urech, A., Moser, C. T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 50(2), 430-445.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Loganathan, K., & Ho, E. T. W. (2021). Value, drug addiction and the brain. *Addictive behaviors*, 116, 1-10.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., & Germer, C. (2017). *Self Compassion and Psychological Wellbeing*. In J, Doty (Ed.) Oxford Handbook of Compassion Science. Oxford: University Press.
- Nickl, K. L. (2006). *The relationship between irrational beliefs and marital satisfaction*. Ph.D. Thesis in Educational Psychology, Northern Arizona University.
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology biochemistry and behavior*, 148, 59-68.

۳۲۶
326

۱۶۰۰۱۶ نو ۶۴، سالنامه ۲۰۲۲
۱۶۰۰۱۶ No 64, Journal 2022

- Pirsaraee, H. Y. (2007). Drug dependence and marital satisfaction: A qualitative study among users of opium and heroin in Iran. *Asian journal of counselling*, 14(1,2), 21-48.
- Rahimpour, R., Khankeh, H. R., Fallahi Khoshknab, M., Farhoodian, A., & Farzi, M. (2012). The evaluation of marital adjustment of the addicts in Isfahan NA groups and their couples. *Iranian rehabilitation journal*, 10(2), 13-17.
- Reginsson, G. W., Ingason, A., Euesden, J., Bjornsdottir, G., Olafsson, S., Sigurdsson, E., & Stefansson, K. (2018). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. *Addiction biology*, 23(1), 485-492.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Singh, A. (2010). Strategies adopted by wives of addicts: A sociological study of women in rural Punjab, India. *International journal of sociology and anthropology*, 2(8), 162-170.
- Tirch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38, 6-29.
- Torbet, S., Proeve, M., & Roberts, R. (2019). Self-Compassion: a Protective Factor for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness*, 10, 2492–2506.
- Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89.

۳۲۷
327

سال شنبه شماره ۴۴ تابستان ۱۴۰۰
Vol. 16, No. 64, Summer 2022