فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص۳۲۷-۳۰۹، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 309-327, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

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

سارا امیدیان[۱]، کبری کاظمیان مقدم[۲]، همایون هارون رشیدی[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 نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر دزفول در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی را در پیش-آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. درمان مبتنی بر شفقت طبق پروتکل پل گیلبرت و راسل کولتس (ترجمه اثباتی، ۱۳۹۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و شفقت درمانی توانست باعث افزایش تحمل پریشانی و بهبود باورهای ارتباطی زنان دارای همسر وابسته به مواد گردد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه‌ی اعتیاد می‌توانند با استفاده از روش شفقت درمانی باعث افزایش توانمندی‌های مرتبط با تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی شوند.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، تحمل پریشانی، باورهای ارتباطی

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

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۲. نویسندهٔ مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. پست الکترونیک: k.kazemian@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

مقدمه

پدیده اعتیاد یکی از بزرگترین معضلاتی است که در طی زمان‌های مختلف، جوامع بشری را درگیر مشکلات و پیامدها و مشکلات خود نموده (رگینسون[1] و همکاران، ۲۰۱۸) و به عنوان یک آسیب اجتماعی باعث به‌وجود آمدن بزهکاری اجتماعی می‌گردد (خلیلی پور چالیاسری، ۱۴۰۰). مصرف مواد مخدر در ابتدا با هدف لذت انجام می‌گیرد اما بعدها برای فرار از استرس و احساسات منفی رخ می‌دهد (لوگانتهان و هو[2]، ۲۰۲۱). سومصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی 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 (اوزیر و ارامی[3]، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی[4] با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد، تعریف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[5]، 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، فلاحی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲). زنان دارای همسران معتاد، با آسیب‌های جدی مواجه بوده و در هراس و ناامنی به سر می‌برند (تقی‌پور، 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 به‌خاطر اعتیاد همسرشان مواجه شوند (سینگ[6]، 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

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

(پیرسـرائی[1]، ۲۰۰۷). یافته‌ها نشـان 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 شـروع و راهبردهای پیشـگیری و درمان اعتیاد بر خانواده‌های درگیر اعتیاد انجام گرفته اسـت (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹؛ مک کانل، ممتوویک و ریچاردسـون[2]، ۲۰۱۴). یکی از این اقدامات، شـناسـایی عوامل و متغیرهایی اسـت که می‌توان با دسـتکاری آن‌ها زمینه بروز مشـکل را کاهش داد. به نظر می‌رسد از جمله این عوامل توانایی تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی است.

تحمل پریشانی[3]، در واقع ویژگی روان‌شناختی است که در همه افراد به میزان مختلفی وجود دارد و به میزانی که یک شـخص توانایی تحمل حالات روان‌شـناختی ویا جسـمانی منفی را دارد، اشاره می‌کند. افراد با تحمل پریشانی کم با انجام برخی رفتارهای مخرب به دنبال تسـکین دردهای هیجانی و دوری از هیجانات منفی خود بر می‌آینـد (کیوق، ریکاردی، تیمپانو و میتچل[4]، ۲۰۱۰). افرادی که تحمل پریشـانی ضـعیفی دارند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربی را نشـان می‌دهند، این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر مستعد سوء مصرف الکل، قماربازی (الهایی، لوینو، اوبرین و آرمور[5]، ۲۰۱۸)، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیوکس[6]، ۲۰۱۹) و سـوءمصـرف مواد (اروین[7] و همکاران، ۲۰۱۸) هسـتند. باورهای ارتباطی نیز، باور یا ذهنیتی تعریف شـده که زوج‌ها نسـبت به روابط زناشـویی 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[8]، ۲۰۰۶). منظور از باورهای ارتباطی غلط یا ناکارآمد، آن دسـته از تفکرات

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

غیرمنطقی و باورها است که در اثر استفاده بیش از حد، منجر به مشکل در روابط زوجین می‌شود (آیدلسون و اپشتاین[1]، ۱۹۸۲). این باورها شامل پنج مولفه به این شرح است: ۱. باور به اینکه مخالفت‌کردن، تخریب‌کننده است؛ ۲. باور به عدم تغییرپذیری همسر؛ ۳. باور ذهن‌خوانی؛ ۴. باور کمال‌گرایی 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[2] توسط پل گیلبرت بنا نهاده شده است و یکی از جدیدترین درمان‌های رفتاری موج سوم می‌باشد که سعی بر افزایش بهزیستی روانی، افزایش سازش یافتگی و بهبود کیفیت زندگی افراد دارد و همچنین با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (نف و بریتوس[3]، ۲۰۱۳؛ لویز و یوتلی[4]، 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 انعطاف پذیری روان‌شناختی لازم را برای روبه‌روشدن با چالش‌های زندگی فراهم کرده و گامی به سوی زندگی معنادار و بانشاط باشد (گیلبرت[5]، 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 تاب‌آوری فراتشخیصی است که پاسخ‌های خودتنظیمی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی سازگار به استرس را ترویج می‌کند (فینلی-جونز[6] 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

پذیرفته و نشان داده شده که شفقت‌ورزی بر متغیرهایی چون تحمل ابهام و اضطراب مرگ (بهاروندی، کاظمیان‌مقدم و هارون‌رشیدی، ۱۳۹۹)، تحمل پریشانی (گودینگ، استدمون و کریکس[1]، ۲۰۲۰؛ کریگر[2] و همکاران، ۲۰۱۹؛ هربرت[3] و همکاران، ۲۰۱۹؛ موسوی، خواجوندخوشلی، اسدی و عبدالله زاده، ۱۴۰۰؛ شجاعی حصاری و خاکشورشاندیز، ۱۳۹۹؛ نواب، دهقانی و کرباسی عامل، ۱۳۹۸؛ شجاعی، ۱۳۹۸)، نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود (گله‌گیریان، پولادی ری‌شهری و کیخسروانی، ۱۳۹۸)، پرخاشگری، خودتنظیمی هیجانی و انگیزش تحصیلی (شاکرمی، لطیفی و موسوی، ۱۳۹۸)، کنترل عاطفی و کاهش شدت علائم روان‌شناختی منفی (گنزالس[4] و همکاران، ۲۰۱۸، هیل، اسچافر، اسپنسر و ماسودا[5]، 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.

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 این‌گونه پژوهش‌ها کمتر در نمونه‌های زنان همسران معتاد انجام شده است. زنان دارای همسر معتاد 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 تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم‌پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی جایگاه زنان دارای همسر معتاد، 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. Gonsalez-Hernandez
5. Hill, Schaefer, Spencer & Masuda

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

شـیوع بالای اعتیاد، ضـرورت تحقیق پیرامون عواملی که می‌توانند نقش پیشـگیری یا محافظت‌کننده داشـته باشـند ضـروری اسـت و به همین دلیل تدوین راهبردهای اثربخش برای پیشـگیری از اثرات مخرب سـوء مصـرف مواد باید در نظر گرفته شـود (گرن، بوبروسکی، اوستاوسکی و پیسارسکا[1]، ۲۰۱۹). همچنین با توجه به مشکلات روان‌شناختی در همسـران افراد معتاد، و با توجه به کمبود پژوهش در این زمینه، پژوهش حاضـر در پی پاسـخگویی به این پرسـش بود که آیا درمان مبتنی بر شـفقت بر تحمل پریشـانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد اثر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شـامل تمامی زنان دارای همسـر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شـهر دزفول در سال ۱۴۰۰ بودند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال[2]، ۱۳۹۱). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر(۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصـادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شـدند. ملاک ورود به پژوهش گذشـتن حداقل دو سـال از زندگی مشـترک، داشـتن تحصـیلات بالاتر از دیپلم، رضـایتمندی برای شـرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، عدم مشـارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف منزل و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصـول اخلاقی پژوهش شـامل رازداری و حفظ حریم خصـوصـی اشـخاص رعایت شـد. داده‌ها با اسـتفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

1. Greń, Bobrowski,Ostaszewski, & Pisarska

2. Gall, Borg & Gall

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

ابزار

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی[1]: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر[2] (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، برآورد ذهنی پریشانی وتنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی. تحمل پریشانی با سؤالات ۳، ۱ و ۵، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵، برآورد ذهنی پریشانی با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ 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 کاملا 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 کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند 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، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ است. همبستگی پرسشنامه تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۳۳- و ۰/۲۷- بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ بدست آمد.

۲- پرسشنامه باورهای ارتباطی[3]: این پرسشنامه توسط آیدلسون و اپشتاین (۱۹۸۲) ساخته شده و توسط مظاهری 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 (کاملا غلط) تا ۵ (کاملا 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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

مخالفت، توقع ذهن‌خوانی، باور به عدم تغییر پذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی است. آیدلسون و اپشتاین(۱۹۸۲) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین دریافتند که نمره‌کل این پرسشنامه با باورهای غیرمنطقی جونز(جونز[1]، ۱۹۶۸) همبستگی مثبت دارد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹به 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	محتوا
اول	برقراری ارتباط اولیه، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، آشنایی با رویکرد شفقت درمانی و ماهیت شفقت.
دوم	خلاصه جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش‌گری، تفاوت شرم و احساس گناه و تحقیر، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	خلاصه جلسه قبل، مقایسه مسئولیت پذیری در مقابل تقصیرجویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین دهنده، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	خلاصه جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه.
پنجم	خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خود شفقت ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد.
ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران.
هفتم	شناسایی راهبردهای ایمنی بخش و رفتار های سلطه پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	خلاصه جلسه قبل، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد و اتمام جلسه.

1. Jones

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

یافته‌ها

گروه نمونه شـامل ۳۰ نفر از زنان دارای همسـر معتاد در دامنه سـنی ۲۴ تا ۳۶ سـال بود. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش (۳/۱۲±۳۰/۹۳) و گروه کنترل (۳/۱۲±۳۰/۴۰) بود. از لحاظ تحصـیلات ۸۶/۷ شـرکت‌کنندگان دارای تحصـیلات دانشـگاهی و سـایرین (۱۳/۳ درصـد) دیپلم بودند. کلیه شـرکت‌کنندگان دارای فرزند و حداقل ۳ سـال از زمان ازدواج‌شان گذشته بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، 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 مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف 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 پیش فرض‌های 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 پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ آمده است.

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

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۶۱	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
لامبدای 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 روی	۱/۴۳	۲۱/۷۴	۲	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

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

جدول ٤: نتایج نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات باورهای ارتباطی و تحمل پریشانی دو گروه

متغیر	مولفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
باورهای	تخریبی بودن مخالفت	۴۰۷/۲۴	۶۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
ارتباطی	ذهن خوانی	۳۸۹/۶۹	۸۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
	عدم تغییر همسر	۵۳۱/۲۵	۵۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	کمال‌گرایی جنسی	۹۷۸/۷۹	۱۳۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
	تفاوت‌های جنسیتی	۷۴۸/۱۶	۹۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
تحمل	تحمل پریشانی	۷۹/۱۳	۲۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
پریشانی	جذب شدن به هیجانات منفی	۱۷۴/۳۰	۷۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	برآورد ذهنی	۱۷۷/۸۵	۲۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	تلاش برای تسکین	۵۶/۴۶	۳۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱

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 شـــفقت باعث شـــد 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 حاضـــر تعیین اثربخشـــی درمان مبتنی بر شـــفقت بر تحمل پریشـــانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همســـر معتاد بود. نتایج حاصـــل از یافته‌ها نشـــان داد بین گروه‌های آزمایشـــی و گواه از لحاظ تحمل پریشـــانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شـــفقت با توجه به میانگین تحمل پریشـــانی 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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

(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 دادهاندکه خودشفقتورزی به دلیل ارتباط قوی با بهزیستی روانشناختی، انگیزه درونی، خوشبینی و ایجاد توانایی مواجهه به افراد به جای اجتنابورزی، می تواند آسیبهای روانشناختی را کاسته و به بهبود مؤلفههای روانشناختی افراد منجر گردد. در تبیین این یافته می توان گفت افرادی که از شفقت به خود بالاتری برخوردارند با سختگیری کمتری خود را قضاوت می کنند، وقایع منفی زندگی را آسانتر میپذیرند و واکنشهایشان دقیقتر و مبتنی بر عملکرد واقعی آنها خواهد بود که این تحولات می تواند 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 بی کفایتی و شکستهای خود می شود و فرد میپذیرد که تجارب رنجآور از تجارب معمول بشری است (میکاییلی و رهبری، ۱۳۹۹؛ هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلایز[1]، ۲۰۰۶). دانسون[2] (۲۰۱۵) و دیمینوف[3] (۲۰۱۳) نیز بیان کردهاندکه خودشفقتورزی با کاهش نشخوار فکری می تواند منجر به افزایش تابآوری وتنظیم شناختی هیجانی شود؛ چرا که خودشفقتورزی، نیازمند آگاهی هشیارانه ازهیجانات خود است (بنت وگلمن[4]، ۲۰۰۱) و بر اساس آن افراد دیگر از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی کنند، 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 درک 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 می کند و

1. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
2. Danson
3. Deminof
4. Bent & Goleman

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (ترچ[1]، ۲۰۱۲). این شرایط می‌تواند منجر به کاهش حساسیت‌های اضطرابی زنان دارای همسر معتاد شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ باورهای ارتباطی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. درمان مبتنی بر شفقت باعث شد که گروه آزمایشی باورهای ارتباطی بهتری را نسبت به گروه کنترل کسب کنند. این یافته ها با نتایج پژوهش‌های بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹)، صالح آبادی و ناعمی (۱۳۹۹)، تروبت، پرو و رابرتز[2] (۲۰۱۹)، کولینز، گیلیگان و پوز[3] (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 معتاد 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[4]، ۲۰۱۲). آموزش شفقت به خود از طریق اصلاح نظام شناختی فرد و همچنین ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی و ناسازگارانه که زیربنای واکنش‌های هیجانی راتشکیل 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 معتاد می‌شود. افرادی که تحت آموزش شفقت به خود قرار می‌گیرند، از سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردار می‌شوند و به این نکته پی می‌برند 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 گرمر[5] (۲۰۱۷) اظهار می‌کنند که استفاده از اشتراکات انسانی، مهربانی و فهم آن‌ها، هیجان‌های منفی را به حالت هیجانی مثبت‌تری

1. Tirch
2. Torbet, Proeve & Roberts
3. Collins, Gilligan & Poz
4. Foreard & Seligman
5. Neff & Germer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

تبدیل می‌کنند. در طی آموزش شـفقت به خود و انجام تمرین‌های آن، دیدگاه زنان داری همسـر معتاد نسبت به خود از قضـاوتی به غیرقضـاوتی تغییر پیدا کرده و در نتیجه این زنان نسبت به خود مهربان‌تر شده و مشکلات و رنج‌ها را بهتر تحمل می‌کنند. به این ترتیب زنان دارای همســر معتاد با پذیرش تجربه‌های رنج‌آور و دســت برداشــتن از ارزیابی‌های بیش ازحد، از تجربه‌های منفی و نادرست به سوی مهربانی به خود حرکت می‌کنند و با توجه به حس مشترکات انسانی پی می‌برند که درد و شکست در همه انسان‌ها وجود دارد. آن‌ها با ذهن‌آگاهی می‌توانند در زمان حال زندگی کنند و با خود و همســران‌شــان ارتباط برقرار کنند و از انتقاد درباره خود پرهیز نمایند؛ چون به این نتیجه می‌رســند که داشــتن دیدگاه خود انتقادی و منفی سـبب افسـردگی می‌شـود. آن‌ها قادر می‌شـوند، کلمات مشـفقانه و مهرورزانه را بر زبان جاری کنند و با لحنی گرم و محبت‌آمیز با خود ارتباطی بهتر و صـمیمی‌تر برقرار کنند. به طورکلی فرآیند آموزش شـفقت به خود می‌تواند سـبب 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 سـایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده اســت. به دلیل این که جامعه آماری این پژوهش زنان دارای همســر معتاد شـهرسـتان دزفول بودند، درتعمیم یافته‌ها به سـایر افراد باید احتیاط شـود. همچنین به علت شـیوع بیماری کرونا متأسـفانه امکان مرحله پیگیری برای پژوهشـگر مقدور نبود. با توجه به نتایج پژوهش پیشـنهاد می‌شـود مشـاوران و متخصـصـان در مراکز ترک اعتیاد برنامه درمان مبتنی بر شـفقت را در رأس روش‌های درمانی خود برای بالابردن سـطح تحمل پریشـانی و بهبود باورهای ارتباطی قرار دهند. همچنین، انجام پژوهش با جامعه‌های گسـترده‌تر و روی گروه‌های مختلف سـنی زنان کم‌سـواد و بی‌سـواد و مقایسـه نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضـر می‌تواند امکان تصـمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مناسـب جهت اجرای آموزش شـفقت به خود برای گروه‌های مختلف و مسئولان آن‌ها را فراهم سازد.

منابع

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

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

تقی‌پور، شیوا؛ باغستانی، محمدحسین و سعادتی، نادره (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک 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 چالیاسری، سید عباس (۱۴۰۰). شناخت اعتیاد موادمخدر براساس تحلیل روانشناسی جنایی به جهت اثبات نواقص قوانین کیفری در ایران. *فصلنامه بین المللی قانون یار*، ۴(۱۶)، ۴۶۴-۴۴۷.

زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۹۳-۲۱۲.

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

شجاعی حصاری، فریبا و خاکشورشاندیز، فاطمه (۱۳۹۹). *اثربخشی شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی زنان متاهل*. سومین کنگره بین المللی تحقیقات بین رشته ای 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 میرزایی، 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 متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صالح آبادی، اعظم و ناعمی، علی‌محمد (۱۳۹۹). تاثیرآموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۹)، ۱۷۸-۱۵۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۱). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی* (جلد اول)، {ترجمه: کیامنش، علیرضا؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ باقری، خسرو؛ خیر، محمد؛ پاک‌سرشت، محمدجعفر؛ ابوالقاسمی، محمود؛ عریضی، حمیدرضا؛ خسروی، زهره و نصر، احمدرضا} تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۶).

گله‌گیریان، 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 فلج مغزی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۵)، ۲۱۳-۱۹۳.

گیلبرت، پل و کولتس، راسل (۱۳۹۷). *درمان متمرکز بر شفقت*. {ترجمه: مهرنوش اثباتی}. تهران: انتشارات ابن سینا. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۶).

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *طراحی و تدوین برنامه‌های توانمندسازی روانی-اجتماعی دانش‌آموزان در معرض خطر سوءمصرف مواد*. تهران: دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد در ایران.

مظاهری، محمدعلی و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۰). *مقیاس باورهای ارتباطی*، چاپ نشده. تهران: پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

موسوی، سیدمرتضی؛ خواجوند 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 لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۹)، ۴۶۹-۴۵۳.

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.

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/فزون کنشی. *سلامت روان کودک (روان کودک)*، ۶(۱)، ۲۵۰-۲۳۹.

References

Adibizadeh, N., & Sajjadian, 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]

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.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.309]