

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 نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر دزفول در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی 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 چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری 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 ی اعتیاد 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 درگیر 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 چالیاسری، ۱۴۰۰). مصرف مواد مخدر در ابتدا با هدف لذت انجام می‌گیرد اما بعدها برای فرار از استرس و احساسات منفی رخ می‌دهد (لوگانتیان و هو^۲، 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^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 (رحیمی پور، خانکه، فلاحی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲). زنان دارای همسران معتاد، با آسیب‌های جدی مواجه بوده و در هراس و ناامنی به سر می‌برند (تقی پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). این زنان به دلیل نقشی که به عنوان مراقبت کننده 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^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

سال شانزدهم، شماره ۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

1. Reginsson
2. Loganathan & Ho
3. Ouzir & Errami
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5

5. American psychiatric Association (APA)
6. Singh

(پیرسرائی^۱، ۲۰۰۷). یافته‌ها نشان می‌دهند که مقدار زیادی وقت دادگاہ‌ها 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 بر خانواده‌های درگیر اعتیاد انجام گرفته است (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹؛ مک کانل، متوویک 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 (کیوک، ریکاردی، 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 الکل، قماربازی (الهای، لوینو، اوپرن و آرمور^۵، ۲۰۱۸)، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیوکس^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
2. McConnell, Memetovic, & Richardson
3. distress tolerance
4. Keough, Riccardi, Timpano & Mitchell

5. Elhai, Levine, O'Brien & Armour
6. Veilleux
7. Erwin
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، 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^۲ 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^۳، ۲۰۱۳؛ لویز و یوتلی^۴، ۲۰۱۵). افزون بر آن در شفقت‌درمانی، 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 روبه‌روشدن با چالش‌های زندگی فراهم کرده و گامی به سوی زندگی معنادار و بانشاط 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 تاب‌آوری فراتشخیصی 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 شفقت‌ورزی بر متغیرهایی چون تحمل ابهام و اضطراب مرگ (بهاروندی، کاظمیان‌مقدم و هارون‌رشیدی، ۱۳۹۹)، تحمل پریشانی (گودینگ، استدمون و کریکس^۱، ۲۰۲۰؛ کریگر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هربرت^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ موسوی، خواجه‌نوخوشلی، اسدی و عبدالله زاده، ۱۴۰۰؛ شجاعی حصارى 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^۴ و همکاران، ۲۰۱۸، هیل، اسپاجر، 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.

۳۱۳

313

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 معنادار انجام شده است. زنان دارای همسر معنادار 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 معنادار، 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

شیوع بالای اعتیاد، ضرورت تحقیق پیرامون عواملی که می‌توانند نقش پیشگیری یا محافظت‌کننده 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، اوستاوسکی و پیسارسکا^۱، 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 نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر 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^۲، 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 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 پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس 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 می باشد. خرده مقیاس های این پرسشنامه عبارتست از: تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها 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 اندازه گیری می شوند. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) نمره گذاری می شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالاست (حسینی مهر، خضری مقدم و پوراحسان، ۱۴۰۰). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده اند، آن ها همچنین گزارش کرده اند 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 باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ است. همبستگی پرسشنامه تحمل پریشانی با شیوه های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار 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 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 گزینه ای از ۰ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) پاسخ داده می شود. هدف آن ارزیابی میزان باورهای ارتباطی غیرمنطقی در رابطه زناشویی از ابعاد مختلف باور به مخرب بودن

مخالفت، توقع ذهن خوانی، باور به عدم تغییر پذیری همسر، کمال گرایی 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 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	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 خودسرزنش گری، 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 باز خورد.
ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران.
هفتم	شناسایی راهبردهای ایمنی بخش رفتارهای سلطه پذیرانه و رابطه آن با خود انتقاد گری، 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 باز خورد و اتمام جلسه.

۳۱۶
316

سال شانزدهم، شماره ۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

یافته‌ها

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 ۸۶/۷ شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و سایرین (۱۳/۳ درصد) دیپلم بودند. کلیه شرکت کنندگان دارای فرزند و حداقل ۳ سال از زمان ازدواج‌شان 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		پس آزمون	
		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	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

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله 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، نرمال بودن 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 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 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 معنادار 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

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	مؤلفه‌ها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	مجدورات آماره	توان
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

همان‌طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در باورهای ارتباطی و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوری‌که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های باورهای ارتباطی غیرمنطقی نمرات کمتر و در تمامی مؤلفه‌های 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 بهره‌بردار 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 حصار 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، لوما، بوند، ماسودا و لیلایز، 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 گلمن، 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 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 می‌کند و

بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (ترچ^۱، 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 یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹)، صالح آبادی و ناعمی (۱۳۹۹)، تروبت، پرو و رابرتز^۲ (۲۰۱۹)، کولینز، گیلیگان و پوز^۳ (۲۰۱۸) و گترالس 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^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 در نهایت 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 روان شناختی 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 گرم^۵ (۲۰۱۷) اظهار می‌کنند که استفاده از اشتراکات انسانی، مهربانی و فهم آن‌ها، هیجان‌های منفی را به حالت هیجانی مثبت‌تری

تبدیل 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 همسران شان 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 مشفقانه 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 کنترل های لازم، این پژوهش همانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی همراه بوده است. به دلیل این که جامعه آماری این پژوهش زنان دارای همسر معتاد شهرستان دزفول بودند، در تعمیم یافته ها به سایر افراد باید احتیاط شود. همچنین به علت شیوع بیماری کرونا متأسفانه امکان مرحله پیگیری برای پژوهشگر مقدور نبود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود مشاوران و متخصصان در مراکز ترک اعتیاد برنامه درمان مبتنی بر شفقت را در رأس روش های درمانی خود برای بالابردن سطح تحمل پریشانی و بهبود باورهای ارتباطی قرار دهند. همچنین، انجام پژوهش با جامعه های گسترده تر و روی گروه های مختلف سنی زنان کم سواد و بی سواد و مقایسه نتایج آن با یافته های پژوهش حاضر می تواند امکان تصمیم گیری و برنامه ریزی مناسب جهت اجرای آموزش شفقت به خود برای گروه های مختلف و مسئولان آن ها را فراهم سازد.

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*، ۱۶(۱)، ۲۶-۱۳.
تقی پور، شیوا؛ باغستانی، محمدحسین و سعادت، نادره (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معنادار در حال ترک.
فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۳(۵۱)، ۷۱-۸۸.

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)، ۴۴۷-۴۶۴.

زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه های روان شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معنادار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۹۳-۲۱۲.

شاکرمی، محمود؛ لطیفی، زهره و موسوی، شکوفه (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمرکز 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 حصار، فربا و خاکشورشاندیز، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی شفقت درمانی بر تحمل پریشانی زنان متأهل. *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 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*، ۳۹(۱۰)، ۱۷۸-۱۵۷.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۱). روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی (جلد اول)، {ترجمه: کیامنش، علیرضا؛ شهنی ییلاق، 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 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 برنامه های توانمندسازی روانی-اجتماعی دانش آموزان در معرض خطر سوء مصرف 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؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر و عبدالله زاده، 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 غازی، نسرين (۱۳۹۹). اثربخشی یک برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر اهمال کاری 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.

- 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.

- 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.

- 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.