

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

احمد عرب زاده<sup>۱</sup>، معصومه نعمتی<sup>۲</sup>، ارسطو ترکمان منش<sup>۳</sup>، فریده فرامرزی<sup>۴</sup>

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

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد مبتلا به اختلال پرفشاری خون بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد وابسته به مواد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. فشارخون سرخرگی شرکت کنندگان بیشتر و مساوی ۱۴۰ بر ۹۰ میلی متر جیوه بود و بیماری آن‌ها توسط پزشک تأیید شده بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت نمودند. ابزار جمع آوری داده‌ها، مقیاس شفقت خود، مقیاس بهزیستی ذهنی و دستگاه فشارسنج جیوه‌ای بود. داده‌ها پس از مرحله پیگیری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش معنی دار شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد وابسته به مواد می شود. **نتیجه گیری:** می توان نتیجه گرفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد دارد و متغیر یادشده می تواند میزان بالایی از تغییرپذیری شفقت خود، بهزیستی ذهنی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک آنان را در شرایط ناسازگاری تبیین نماید.

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

۱. نویسنده مسئول: دکتری مشاوره، مربی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، پردیس دانشگاه فرهنگیان علامه طباطبائی بوشهر، بوشهر، ایران. پست الکترونیک: Arabzadehdr@gmail.com

۲. دکتری مشاوره، مربی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، پردیس دانشگاه فرهنگیان فاطمه زهرا(س) ساری، ساری، ایران

۳. دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان بوشهر، بوشهر، ایران

۴. کارشناس مسئول آزمایشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم، جم، ایران

## مقدمه

در چند دهه اخیر، بیماری‌هایی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی<sup>۱</sup> ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند (چراغیان، کیانی، رضائی شریف، قمری گیوی و مؤمنی، ۱۴۰۰) و طی آن جسم و ذهن درگیر می‌شوند (وزیری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی، مؤلفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به شرایط جسمانی مانند اختلالات قلبی-عروقی دارند (چراغیان و همکاران، ۱۴۰۰) که فشارخون بالا از شایع‌ترین عوامل خطر ساز قلبی-عروقی است (حیدریان، سجادیان و فتحی، ۱۳۹۶). فشارخون بالا یک مشکل جهانی بهداشت عمومی رو به افزایش است که به فشارخون بالاتر از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه گفته می‌شود؛ اما فشار ۱۲۰ تا ۱۳۹ روی ۸۰ تا ۸۹ میلی‌متر جیوه پیش پرفشاری خون محسوب می‌شود (حجت‌الاسلامی، تأدیبی و بهپور، ۱۳۹۸). بر اساس مطالعات صورت گرفته در ایران، میزان شیوع فشارخون بالا در سنین ۳۵-۳۰ و بیش از ۵۵ سال به ترتیب در حدود ۲۳ و ۵۰ درصد برآورد شده است؛ این آمارها باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت برنامه عملیاتی را به منظور دستیابی به کاهش نسبی ۲۵ درصدی در میزان شیوع فشارخون تا سال، ۲۰۲۰ با توجه به شرایط ملی تنظیم کند (سعیدیان، سهرابی، زمستانی، ۱۳۹۸). تحقیقات نشان داده که پاسخ‌های زیستی و روان‌شناختی به رویدادها و عوامل تنش‌زا می‌تواند نقش مهمی در ابتلا به بیماری پرفشاری خون ایفا کنند. از سویی دیگر شواهد نشان داد که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون، از اختلالات روانی رنج می‌برند و شیوع اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی و سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر است (ابن نصیر و خالقی‌پور، ۱۳۹۷). داروهایی از جمله آمفتامین و کوکائین منجر به افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌شود (کاتر و کرانتز<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱).

1. psychosomatic

2. Cotter & Krantz

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) نیز مسئله مواد مخدر از ابتدای تولید، انتقال، توزیع و مصرف را از جمله مسائل مهم شمرده است که زندگی انسان را مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیا به حدی است که یکی از سم شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ<sup>۲</sup> می‌گوید: به جز غذا، هیچ ماده‌ای در روی کره خاکی نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد (صرامی، قربانی و مینوئی، ۱۳۹۲)؛ لذا اعتیاد به مواد مخدر<sup>۳</sup> از مهم‌ترین تهدیدهای فردی و اجتماعی به شمار می‌رود به گونه‌ای که به عنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است (نقی زاده، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۹). عوامل ژنتیکی، اختلال‌های روان‌شناختی، همسالان مصرف‌کننده مواد، مصرف مواد در خانواده، تعارض خانوادگی، سوءاستفاده و غفلت، سطح تحصیلی پایین‌تر، بیکاری و درآمد پایین خطر ابتلا به این اختلال را افزایش می‌دهند (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). با همه‌ی تلاش‌هایی که در زمینه‌ی ترک اعتیاد انجام می‌شود آمارهای عود در معتادان ترک کرده بسیار نگران‌کننده است (نقی زاده و همکاران، ۱۳۹۹)، به خصوص در زمان بحران و به‌ویژه در دوره شیوع ویروس کرونا که سلامت روانی افراد جامعه در دوران همه‌گیری به خطر افتاده است و مشکلات روانی نظیر درگیری و اضطراب کرونا، بی‌خوابی، پریشانی و تبعات بعد از مبتلا شدن به کرونا را به بار آورده است (فتحی، صادقی، شریفی رهنمو، رستمی و عباسی کسان، ۱۳۹۹). لازم به ذکر است که در این دوره به مسئله اعتیاد به‌طور جدی توجه نشده است و علی‌رغم انتظار، تغییر در میزان مصرف مواد مخدر و افزایش آن اغلب به عنوان یک رفتار واکنشی نسبت به کم نمودن تأثیر منفی بلایا دیده شده است (چیاپینی، گورگوایس، جان، کورکری، اسچیفانو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). اعتیاد یک پدیده زیست روان‌شناختی پیچیده است که تحت تأثیر زمینه‌های بیولوژیکی، فرایندهای روان‌شناختی و محیط اجتماعی است. گرچه عوامل زیادی در ترک اعتیاد دخیل‌اند اما تمرکز بر عوامل روان‌شناختی و کنترل خود می‌تواند بیشترین تأثیر را در ترک اعتیاد داشته باشد و مدل‌های روان‌شناختی اغلب بر مکانیسم‌های تمایل به

1. World Health Organization (WHO)  
2. Lodoing

3. Drug Addiction  
4. Chiappini, Guirguis, John, Corkery & Schifano

مواد مخدر و فرآیندهای تصمیم‌گیری تمرکز می‌کنند که نقش محوری در تمام مراحل اعتیاد دارد (ون دن اند<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل این که اعتیاد و درمان‌های مربوط به عواقب آن هزینه‌های سنگین و بعضاً جبران‌ناشدنی فردی و اجتماعی به دنبال دارد و از سویی بار مسئولیت مشاوران، روان‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی را دوچندان می‌کند، ضرورت دارد با استفاده از مداخله‌ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع‌تر با این مسئله مقابله شود تا افراد به زندگی با کیفیتی دست پیدا کنند.

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

1. Van den ende  
2. Gilbert

3. self- soothing system

(حاتمی ورزنده، فتحی، خانی پور، حبیبی، ۱۳۹۹) و تأکید بر تجارب ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است (رستم پور برنجستانکی، عباسی و میرزائیان، ۱۳۹۹). به عبارتی با خوش‌بینی، کاستن از وضعیت دفاعی و آمادگی برای جستجو و پذیرش مداخلات مناسب موجب تنظیم هیجانات منفی و افزایش پیروی از دستورات درمانی می‌شود (عرب، برجعلی، مسچی، کاکاوند، ذاکری حمیدی، ۱۳۹۹). فلیس و هاین<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۹ در فرا تحلیل ۹۴ مقاله نشان دادند که افزایش شفقت خود می‌تواند سلامت جسمی را ارتقا دهد. در همین مقاله به گزارش ۲۹۰ کار پژوهشی در خصوص تأثیر شفقت خود بر سلامت رفتاری اشاره شده است.

بهریستی ذهنی نیز مفهومی چندوجهی است (نظرپوری، باقر زاده خدا شهری و آزادی، ۱۳۹۹) که امروزه اقتصاددانان، سیاست‌مداران، جامعه‌شناسان، مدیران، روان‌شناسان و متخصصان سلامت به‌طور فزاینده‌ای به آن اقبال داشته‌اند (صادقیان کردآبادی، چیت‌ساز اصفهانی و علامه، ۱۳۹۹). این مفهوم، یکی از مفاهیم مرتبط با روانشناسی مثبت است که حاصل ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی می‌باشد و به افراد کمک می‌کند تا نگاه متفاوتی به زندگی داشته باشند (مقامی، رجبان ده ریز و شریفیان، ۱۳۹۹). بهیستی ذهنی منعکس‌کننده ارزیابی جامع از کیفیت زندگی فردی از دیدگاه خودش است که اشاره می‌کند به این که یک فرد تا چه اندازه احساس می‌کند یا باور دارد زندگی‌اش در مسیر خوب و ایده‌آل است (دینر، لوکاس و اویشی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) و به‌نوعی چگونگی ارزیابی فرد از سیر زندگی‌اش است که شامل تجربیات عاطفی خوشایند و مثبت در مقابل تجربیات ناخوشایند و منفی، در پاسخ به رویدادهای خاص است (ولی ریچارد و واشبورن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). کی‌یز<sup>۴</sup> بهیستی ذهنی را در سه بعد بهیستی هیجانی<sup>۵</sup>، بهیستی روان‌شناختی<sup>۶</sup> و بهیستی اجتماعی<sup>۷</sup> در نظر گرفت. بهیستی هیجانی به تعادل بین عواطف مثبت و منفی اطلاق می‌شود (نظرپوری و همکاران، ۱۳۹۹) و افرادی که بهیستی روان‌شناختی بالایی

1. Phillips & Hine  
2. Diener, Lucas & Oishi  
3. Lee, Richards & Washburn  
4. keys

5. Affective Well-Being  
6. Psychological Well-being  
7. Social Well-being

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

جهت افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون، درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. یکی از درمان‌های موج سوم، که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی، اخیراً کاربرد زیادی یافته است رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> بوده است. رفتار درمانی دیالکتیکی، روش درمانی است که توسط لینهان<sup>۲</sup> در اوایل دهه‌ی ۹۰ میلادی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی<sup>۳</sup> (یاس فرد، عباس پور آذر و حسینی المدنی، ۱۳۹۸) و معیار طلایی<sup>۴</sup> برای درمان اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است (پو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). همچنین، از لحاظ استفاده از اصول پایه‌ای مانند حل مسئله، مهارت‌آموزی، مدیریت بحران و رفتار درمانی به درمان‌های شناختی رفتاری<sup>۶</sup> شباهت دارد و از لحاظ تأکید بر مفهوم دیالکتیکی در تغییر رفتار، تشویق افراد به پذیرش خودشان همان‌طور که هستند و بازسازی شناخت‌ها و تغییر رفتارهای معطوف به آینده‌شان از درمان‌های شناختی رفتاری متمایز می‌شود (توفیقی، باباخانی، قمری و پویامنش، ۱۳۹۹)؛ علاوه بر این رفتار درمانی دیالکتیکی روش درمانی است که برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی به کار برده می‌شود و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند که با اصلاح تحریفات شناختی باعث کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود (بهرامی کرچی، منشی و کشتی آرای، ۱۳۹۹). در بخش مهارت‌آموزی، مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، مراجعین مهارت‌های کاربردی در زمینه ذهن آگاهی، کارآمدی بین فردی<sup>۷</sup>، تنظیم هیجان<sup>۸</sup> و تحمل پریشانی<sup>۹</sup> را در جلسات هفتگی که شامل دو درمانگر و شش تا ده مراجع می‌باشد، می‌آموزند (قلی پور باز کیا گوراب، گلشنی،

1. dialectical behavioral therapy (DBT)
2. Linehan
3. borderline personality disorder
4. gold standard

5. Pou
6. cognitive behavioral therapy
7. interpersona effectiveness
8. emotion regulation
9. distress tolerance

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

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

و جسمی بیماران گردد و رنج روانی ناشی از بیماری را کاهش دهند (چراغیان و همکاران، ۱۴۰۰). در اینجا منظور از تنظیم هیجان شیوهی چگونگی پردازش فرد در زمان مواجهه با مشکلات و وقایع ناگوار و استرس‌زا زندگی است (حاتمیان، حیدریان و احمدی فارسانی، ۱۳۹۹). درحالی‌که ناتوانی در روند تنظیم هیجان، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند. از سویی طب روان‌تنی<sup>۱</sup> مدعی است هیجان‌ها و شخصیت ممکن است به‌طور فراوانی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر بگذارد؛ لذا ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها، بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی آن‌ها اثرگذار است و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها باعث بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی نظیر فشارخون می‌شود (فکری، عیسی زادگان و میکاییلی منیع، ۱۳۹۴). بنابراین، اختلال روان‌تنی فشارخون که ناشی از ترکیب عوامل روانی-فیزیولوژیک نظیر برانگیختگی هیجانی، اضطراب و خشم است و راهبرد مهم آن تنظیم هیجان است (فکری و همکاران، ۱۳۹۴)، ملاک‌هایی که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند برای آن مفید باشد را دارا است.

سانچتی و پوجام<sup>۲</sup> در سال ۲۰۲۱ نیز در نتایج پژوهش خود آورده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش درمانی با رشد سریع است که بیشتر برای کمک به افراد در غلبه بر اعتیاد و حفظ بهبود استفاده می‌شود و در خدمت بهبود انگیزه بیمار برای تغییر، افزایش توانایی‌های بیمار، تعمیم رفتارهای جدید و بازسازی محیط فرد است. همچنین، تأکید نموده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با سایر استراتژی‌های درمانی موجود نتایج بهتری را نشان می‌دهد. داوودی، علامه، فروغی و طاهری در سال ۲۰۲۱ در یک تحقیق آزمایشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک برای کاهش ولع مصرف و دستیابی به قطع مصرف در بیماران مبتلا به اختلال استفاده از ماری‌جوانا قابل استفاده و مناسب است. شواهد حاکی از آن است که تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از عناصر اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت است. در پژوهشی که توسط صادقی، فروغی، کیانی مقدم، بازانی و پرویزی فرد (۱۳۹۹) تحت عنوان اثربخشی خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی بر کژ تنظیمی هیجان و شفقت بر خود

انجام شد، نتایج نشان داد که توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی می تواند یک برنامه خودیاری اثربخش، ارزان و مقبول در جهت کاهش کژ تنظیمی هیجان و همچنین مؤثر بر شفقت بر خود باشد. حمدالله و رضایی (۱۳۹۵) نیز پژوهشی جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان شناختی به عنوان یکی از عناصر سه گانه بهزیستی ذهنی و خودبازداری معتادان نگهداری شده در کمپ های ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۴ انجام دادند. یافته ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان شناختی در این معتادان مؤثر است. مطالعه فخری، بهار و امینی (۱۳۹۷) نیز نشان داد که ذهن آگاهی، میزان استرس ادراک شده و سطوح فشارخون و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران را به طور معنی داری کاهش می دهد. همچنین در پژوهشی، تدر، شی، سی، فرانکو و چن<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان ذهن آگاهی می تواند منجر به کاهش فشارخون مبتلایان به فشارخون بالا شود. به طور کلی بسیاری از تنیدگی های روان شناختی در افراد وابسته به مواد به دلیل وابستگی به مواد و از دست دادن نقش خود در جامعه و حتی خانواده می باشد (تقوایی نیا، ۱۴۰۰).

پژوهش حاضر، کوششی در جهت افزایش شفقت خود، بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد است. در مطالعات گذشته پژوهشی که این متغیرهای پژوهش را در کنار هم موردبررسی قرار داده باشد (اعم از پژوهش های خارج و داخل کشور) یافت نشد؛ از این جهت برای همسویی سوابق پژوهشی از پژوهش های با قرابت محتوایی اجزا و عناصر رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی استفاده گردید. به نظر می رسد انجام این پژوهش بتواند راهبردی جدید برای امر مداخلات روان شناختی در حوزه سلامت روانی و به خصوص سلامت جسمانی (مانند کاهش فشارخون) باشد؛ بنابراین به دلیل اهمیت شیوع اعتیاد در بین افراد آسیب های ناشی از آن و با در نظر گرفتن خلاء موجود در پیشینه مطالعات رفتاردرمانی دیالکتیکی، شفقت خود و بهزیستی ذهنی پایین و تغییرات فشارخون ناشی از اعتیاد و سایر پیامدهای روان شناختی آن، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا

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

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد وابسته به مواد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در سال ۱۳۹۹ بود که ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه های ۱۵ نفری گمارش شدند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر می باشد (دلور، ۱۳۹۸)، در مطالعه حاضر نیز حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است. ملاک های ورود به مطالعه شامل داشتن فشارخون سرخرگی بیشتر و مساوی ۱۴۰ بر ۹۰ میلی متر جیوه که بیماری آن ها توسط پزشک تأیید شده باشد، داشتن حداقل مدرک تحصیلی پنجم ابتدایی، دامنه سنی بین ۲۰ الی ۵۵ سال و کسب نمره یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در متغیرهای شفقت خود و بهزیستی ذهنی، عدم اختلالات سایکوتیک و خلقی و نیز عدم اختلالات روان پزشکی با توجه به مصاحبه بالینی روان پزشک بر اساس معیارهای پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> و همچنین تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. ملاک های خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری قلبی یا نارسایی کلیوی، دریافت درمان های روان شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بودند. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

## ابزار

۱- مقیاس شفقت خود<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط نف<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) ساخته شد که یک ابزار خود سنجی ۲۶ گویه ای است و توسط آزمودنی بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای

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

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

۲- مقیاس بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup>: این مقیاس را کیز و ماگیارمو<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) ساختند که دارای ۴۵ سؤال است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد که از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاری آن استفاده می‌شود. نمره یک به معنی بدترین حالت و نمره ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است و حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود که نمرات بین ۱۲ تا ۲۴ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی پایین و ۲۴ تا ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی متوسط و بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی هیجانی بالا خواهد بود. ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی است که از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود و حداقل امتیاز ممکن ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ خواهد بود که نمرات بین ۱۸ تا ۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پایین و ۳۶ تا ۷۲ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی متوسط و نمره بالاتر از ۷۲ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا خواهد بود. در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد که برای نمره‌گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۱۰۵ خواهد بود که نمرات بین ۱۵ تا ۳۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی پایین و ۳۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی متوسط و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی بالا

خواهد بود. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه برای پرسشنامه بهزیستی ذهنی بر اساس آلفای کرونباخ  $0/80$  و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی  $0/86$ ، بهزیستی روان‌شناختی  $0/80$  و بهزیستی اجتماعی  $0/61$  به دست آمد (هاشمیان، پور شهریار، بنی جمالی و گلستانی بخت،  $1386$ ). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب  $0/81$ ،  $0/82$ ،  $0/79$  و  $0/72$  محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است.

۳- دستگاه اندازه‌گیری فشارخون: این دستگاه‌ها انواع گوناگونی دارد، مانند نوع جیوه‌ای، عقربه‌ای، اتوماتیک و جیوه‌ای پایه‌دار. ساده‌ترین و دقیق‌ترین وسیله برای اندازه‌گیری فشارخون، فشارسنج‌های جیوه‌ای هستند. در این فشارسنج‌ها جیوه در داخل لوله شیشه‌ای باریکی متناسب با فشاری که به آن وارد می‌آید بالا می‌رود. در زیر این لوله صفحه مدرجی نصب شده است و میزان فشارخون بر اساس ارتفاع جیوه تعیین می‌شود. همچنین دارای کاف و کیسه هوا نیز هست. بازوبند یا کاف از یک تکه پارچه دو لایه ساخته شده که خاصیت ارتجاعی نداشته و به‌طور کامل دور بازوی بیمار پیچیده می‌شود. کیسه هوا، نیز یک کیسه لاستیکی است که در درون بازوبند قرار دارد و قابل باد شدن است (جیمسون<sup>۱</sup> و همکاران،  $2018$ ).

## روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس شفقت خود و مقیاس بهزیستی ذهنی را تکمیل کنند و فشارخون آن‌ها توسط دستگاه فشارسنج اندازه‌گیری شود. سپس گروه آزمایش طی جلسات معینی (ده جلسه‌ی  $90$  دقیقه‌ای)، برنامه‌ی آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را آموزش دیدند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در پایان بعد از یک هفته برای هر دو گروه، پس‌آزمون اجرا شد و فشارخون هر دو گروه نیز اندازه‌گیری شد؛ همچنین بعد از گذشت

یک ماه، مجدداً آزمون پیگیری و اندازه گیری فشارخون اجرا شد. در ادامه معناداری آزمون‌ها، با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) به منظور حذف اثر متغیرهای مداخله گر در محیط نرم افزار «SPSS»، استفاده شد. برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسه‌های گروهی، عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. راهبردهای دیالکتیکی در کل درمان جاری است. سه نوع راهبرد دیالکتیکی وجود دارد. اولین راهبرد در مورد این است که درمانگر چگونه تعاملات درون روابط درمان را پی‌ریزی می‌کند؛ دومی شامل این است که چگونه درمانگر رفتارهای ماهرانه را تعیین می‌کند و سومی شامل راهبردهای معینی است که در طول درمان استفاده می‌شود (نریمانی، بگیان کوله مرز، احدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳) که در ادامه دستور کار جلسات روانی-آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ارائه شده است (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمید پور، جمعه پور و اندوز، ۱۳۹۷).

#### جدول ۱: رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

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

۲۷۳

273

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

### جدول ۱: رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

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

### یافته‌ها

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

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

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

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. نتایج غیرمعنادار آزمون ام‌باکس، متغیر شفق خود ( $p=0/12$ ,  $F=1/13$ ) و متغیر بهزیستی هیجانی ( $p=0/22$ ,  $F=1/33$ ) نشان‌دهنده برقراری مفروضه برابری واریانس-کوواریانس بود. برای سنجش برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج این آزمون در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای مورد بررسی از نظر آماری معنادار نبود ( $p>0/05$ ). از این رو، می‌توان گفت شرط برابری واریانس‌های بین گروهی برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل شیب خط رگرسیونی به عنوان یکی از پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

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

| منبع تغییرات | متغیر        | پیش آزمون - پس آزمون |           | پیش آزمون - پیگیری |           |
|--------------|--------------|----------------------|-----------|--------------------|-----------|
|              |              | F                    | معنی داری | F                  | معنی داری |
| تعامل گروه * | شفقت خود     | ۲/۷۴                 | ۰/۱۲۴     | ۲/۶۹               | ۰/۰۸۱     |
| پیش آزمون    | بهزیستی ذهنی | ۳/۴۶                 | ۰/۰۴      | ۲/۱۷               | ۰/۱۹۲     |
|              | فشارخون      | ۶/۶۰                 | ۰/۱۳      | ۵/۶۳               | ۰/۰۸۵     |

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

**جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون شفقت خود و بهزیستی ذهنی و فشارخون گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون**

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

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل پیش آزمون نمرات تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در رابطه با پس آزمون نمرات شفقت خود ( $F=۰/۹۴$  = ضریب تاثیر،  $F=۶۶۵/۹۳$ )، بهزیستی ذهنی ( $F=۰/۸۱$  = ضریب تاثیر،  $F=۱۱۲/۰۶$ )، فشارخون سیستولیک ( $F=۰/۱۵$  = ضریب تاثیر،  $F=۱۰/۰۴$ ) و دیاستولیک ( $F=۰/۲۲$  = ضریب تاثیر،  $F=۱۶/۴۵$ ) در سطح معنی داری ( $p<۰/۰۰۱$ ) وجود داشت. بنابراین، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی شد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند.

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود، بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم بود. یافته‌های پژوهش جاری اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

شفقت خود افراد وابسته به مواد را تأیید کرد و به افزایش آن منجر شد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۹) و ساکنی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. درواقع افراد وابسته به موادی که تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند، به مراتب رفتار مسئولانه‌تری به زندگی خود و دیگران در قیاس با گروه کنترل داشتند و به جای قضاوت کردن‌های ارزشی، صرفاً به رنجشان توجه می‌کردند و برای برطرف کردن آن اقدام می‌کردند. بهبود شفقت خود همراه با آموزش پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤید آن دسته از مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی است که معتقدند مؤلفه‌ها و عناصر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شفقت خود اثرگذار است. در کل شفقت به خود درواقع موضع‌گیری مهربانانه، پذیرنده و آگاهانه نسبت به خود، هنگام برخورد با چالش‌ها و شکست‌ها است (سیریوس و هیرش<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹) و فرد شفقت‌ورز سلامت روانی بیشتری را نسبت به فردی که خود شفقت‌ورزی کمتری دارد تجربه می‌کند (ایزکیان، میرزاییان و حسینی، ۱۳۹۸). در عوض افراد معتاد که خود شفقت‌ورزی کمتری دارند، تحت فشارهای روانی متعددی قرار می‌گیرند و نه تنها مورد انتقاد و سرزنش اطرافیان قرار داشته بلکه خود را دائم مورد سرزنش و انتقاد قرار می‌دهند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹). درواقع ذهن افراد وابسته به مواد مملو از افکار منفی است که انگیزه آن‌ها را سلب کرده و مانع از اقدامات سازنده می‌شود (میکاییلی و رهبری غازانی، ۱۳۹۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از عواملی که در شفقت خود نقش مهمی ایفا می‌کند، نگاه نو به درد و رنج و دید مهربانانه به خود است. در مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از مؤلفه‌ها ذهن آگاهی است و با توجه به این که ذهن آگاهی عبارت است از فهمیدن اینکه در درون ما و نیز در محیط اطراف ما در زمان فعلی و بدون هرگونه قضاوتی چه چیزی در حال روی دادن است، این مداخله می‌تواند روشن کند که ذهن آگاهی ابزاری است که به ما کمک می‌کند افکار و احساسات خود را مدیریت کنیم، متوجه چیزهایی شویم که در یک موقعیت در حال روی دادن است و خود را در زمان کنونی آن گونه که خود را نشان می‌دهد، غرق سازیم و در نهایت توصیفی منسجم از

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

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

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

دیگر یافته قابل‌توجه این پژوهش این بود که در نتیجه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، فشارخون افراد وابسته به مواد کاهش یافت که این یافته با نتایج پژوهش‌های گیس، بک، هیتزل، هیلماچر، هوسل<sup>۱</sup> (۲۰۲۱)، کاتر و کرانتز (۲۰۲۰)، تدر و همکاران (۲۰۱۵)، رنجبران، علی‌اکبری دهکردی، صفاری نیا و علی‌پور (۱۳۹۹)، فخری و همکاران (۱۳۹۷)

1. Geiss, Beck, Hitzl, Hillemacher & Hösl

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

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

در نهایت به طور مختصر می توان اذعان نمود آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، به ویژه مهارت های نظم بخشی هیجانی و ذهن آگاهی باعث می شود هر یک از شرکت کنندگان در برنامه آموزشی، به نیازهای هیجانی خودش در زمان حال توجه کند و توانایی آگاه شدن از افکار، هیجانات، احساسات جسمی و اعمال در لحظه حال بدون اینکه درباره او یا تجاربشان قضاوت یا انتقاد کنند را داشته باشند. همچنین افراد بتوانند تصمیم گیری بر اساس ذهن خردمند داشته باشند و با تمرین تکنیک های تحمل آشفتگی و روابط بین فردی بتوانند در موقعیت انجام گرفته، راهبردهای مقابله خود آسیب رسان و پیامدهای احتمالی آن را در نظر گرفته و با استفاده از اعمال تکنیک های خودگویی و خود آرامش بخشی بتوانند کنترل هیجان های آشفته ساز را در دست بگیرند (خاکشور شاندیز، سوداگر، عنابی سراب، ملیحی الذاکرینی و زربان، ۱۳۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، نتایج این تحقیق ضرورت مداخلات روان شناختی در کنار مداخلات دارویی و پزشکی را مورد تأکید قرار می دهد و می تواند تلویحاتی برای کادر درمانی پزشکی، بیماران، پژوهشگران آینده و کار بالینی برای بهبود رفتارهای خود مدیریتی و ارتقا سلامتی به همراه داشته باشد. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت ها است. انتخاب در دسترس نمونه پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله گر و دشواری در هماهنگی های لازم جهت حضور هفتگی افراد وابسته به مواد در جلسات آموزشی گروهی با توجه به شیوع کرونا، مشکلات ضد عفونی محل آموزش و فاصله گذاری اجتماعی، سنجش با تکیه بر ابزار خود گزارشی و عدم استفاده از ارزیابی کیفی، مهم ترین محدودیت هایی هستند که بهتر است هنگام تعمیم یافته های این مطالعه به آن توجه شود؛ لذا پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی تأثیر این بسته آموزشی با روش های نمونه گیری تصادفی و حجم نمونه بیشتر در جامعه پژوهشی دیگری بررسی شود و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی سایر متغیرهای روان شناختی همچون سلامت عمومی و سبک های مقابله ای و ... مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود بسته آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت فردی اجرا و

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

### تشکر و قدردانی

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

### منابع

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

خسروی، صدر اله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS)، *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۱۳)، ۴۷-۵۹.  
دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.  
ذاکری، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد. تهران، *نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)*.

رستم پور برنجستانکی، محدثه؛ عباسی، قدرت اله و میرزائیان، بهرام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۲۴-۱.  
رضایی منش، بهروز؛ رحیمیان، محمد و سدیری جواد، عاطفه (۱۴۰۰). نقش ذهن آگاهی بر محیط کار با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. *فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی*، ۱۰(۱)، ۱۲۷-۱۵۳.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

فتحی، آیت اله؛ صادقی، سولماز؛ شریفی رهنمو، سعید؛ رستمی، حسین و عباسی کسانی، حامد (۱۳۹۹). پیش بینی ویریسیم رایانه ای و استیگمای موج اول اپیدمی کرونا بر اساس ابعاد اعتیاد اینترنتی در بین جوانان. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*، ۲۷(۲)، ۱۲۴-۱۳۲.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## References

- Chiappini, S., Guirguis, A., John, A., Corkery, J. M., & Schifano, F. (2020). COVID-19: the hidden impact on mental health and drug addiction. *Front. Psychiatry*, 11(3); 767.
- Cotter, R., & Krantz, M. J. (2021). Cardiovascular Consequences of Addiction. In *Textbook of Addiction Treatment*, 1023-1043.
- Davoudi, M., Allame, Z., Foroughi, A., & Taheri, A. A. (2021). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: feasibility, acceptability, and appropriateness. *Trends Psychiatry Psychother*, 43(4); 302-310

- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15.
- Geiss, L., Beck, B., Hitzl, W., Hillemaier, T., & Hösl, K. M. (2021). Cardiovascular Autonomic Modulation during Metronomic Breathing and Stress Exposure in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology*, 80; 359-373.
- Gurman, A. S., Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (2015). Clinical handbook of couple therapy, Fifth Edition. *The Guilford Press*, ISBN-13: 978-1462513925.
- Jameson, J. L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine, Twentieth Edition. McGraw-Hill Education / Medical. ISBN-13: 978-1259644030.
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N., & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behaviour therapy programmes: A mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, Article 302.
- Lee, Y. H. R., Richards, K. A., & Washburn, N. S. (2019). Emotional intelligence, job- satisfaction, emotional exhaustion, and subjective well-being in high school Athletic directors. *Psychological Reports*, 123(6), 2418-2440.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health psychology review*, 15(1), 113-139.
- Pou, J. S. (2019). Dialectical Behavior Therapy and Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Similarities, Differences, and Clinical Implications. *Biola University ProQuest Dissertations Publishing*, 13857929.
- Sancheti, K., & Pujam S, N. K. (2021). Application of Dialectical Behavior Therapy in patients with opioid dependence-a pilot study. *Ikogretim Online-Elementary Education Online*, 20(3), 248-261..
- Sirois, F.M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: the Role of Stress. *Mindfulness(N Y)*, 10(1), 46–54.
- Tedder, M., Shi, L., Si, M., Franco, R., & Chen, L. (2015). eMindfulness Therapy—A Study on Efficacy of Blood Pressure and Stress Control Using Mindful Meditation and Eating Apps among People with High Blood Pressure. *National Library of Medicine*, 2(4), 298-309.
- van den Ende, M., Epskamp, S., Lees, M., van der Maas, H., Wiers, R., & Sloot, P. M. A. (2021). A review of mathematical modeling of addiction regarding both (neuro-) psychological processes and the social contagion perspectives. *Psychological and Social Modeling on Addiction*, 127(1), 1-19.