

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

احمد عرب زاده^۱، مصصومه نعمتی^۲، ارسسطو ترکمان منش^۳، فریده فرامرزی^۴

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

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد مبتلا به اختلال پرفساری 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 پرفساری خون مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان شهرستان جم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. فشارخون سرخرگی شرکت کنندگان بیشتر و مساوی ۱۴۰ میلی متر جیوه بود و بیماری آنها توسط پزشک تائید 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 یکبار در هفته آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت نمودند. ابزار جمع آوری داده‌ها، مقیاس شفقت خود، مقیاس بهزیستی ذهنی و دستگاه فشارسنج جوهای بود. داده‌ها پس از مرحله پیگیری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش معنی‌دار شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد وابسته به مواد می‌شود. **نتیجه گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد دارد و متغیر یادشده می‌تواند میزان بالایی از تغییر پذیری 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: Arabzadeh@ gmail.com

۲. دکتری مشاوره، مربی، گروه علوم تربیتی و مشاوره، پردیس دانشگاه فرهنگیان فاطمه زهراء(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^۱ ظهرور 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 در گیر می‌شوند (وزیری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی، مؤلفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به شرایط جسمانی مانند اختلالات قلبی-عروقی دارند (چراغیان و همکاران، ۱۴۰۰) که فشارخون بالا از شایع‌ترین عوامل خطرساز قلبی-عروقی است (حیدریان، سجادیان و فتحی، ۱۳۹۶). فشارخون بالا یک مشکل جهانی بهداشت عمومی رو به افزایش است که به فشارخون بالاتر از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه گفته می‌شود؛ اما فشار ۱۲۰ تا ۱۳۹ روی ۸۰ تا ۸۹ میلی‌متر جیوه پیش پرفشاری خون محسوب می‌شود (حجت‌الاسلامی، تأدیبی و بهپور، ۱۳۹۸). بر اساس مطالعات صورت گرفته در ایران، میزان شیوع فشارخون بالا در سنین ۳۵-۳۰ و پیش 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 روان‌شناسی به رویدادها و عوامل تنفس‌زا می‌توانند 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 سوءمصرف مواد در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر است (ابن نصیر و خالقی‌پور، ۱۳۹۷). داروهایی از جمله آمفاتامین و کوکائین منجر به افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌شود (کاتر و کرانتر^۲، ۲۰۲۱).

۲۶۲

262

۱۴۰۰، ۱۵۰۰، ۱۶۰۰، ۱۷۰۰، ۱۸۰۰، ۱۹۰۰، ۲۰۰۰، ۲۱۰۰، ۲۲۰۰، ۲۳۰۰، ۲۴۰۰، ۲۵۰۰، ۲۶۰۰، ۲۷۰۰، ۲۸۰۰، ۲۹۰۰، ۳۰۰۰، ۳۱۰۰، ۳۲۰۰، ۳۳۰۰، ۳۴۰۰، ۳۵۰۰، ۳۶۰۰، ۳۷۰۰، ۳۸۰۰، ۳۹۰۰، ۴۰۰۰، ۴۱۰۰، ۴۲۰۰، ۴۳۰۰، ۴۴۰۰، ۴۵۰۰، ۴۶۰۰، ۴۷۰۰، ۴۸۰۰، ۴۹۰۰، ۵۰۰۰، ۵۱۰۰، ۵۲۰۰، ۵۳۰۰، ۵۴۰۰، ۵۵۰۰، ۵۶۰۰، ۵۷۰۰، ۵۸۰۰، ۵۹۰۰، ۶۰۰۰، ۶۱۰۰، ۶۲۰۰، ۶۳۰۰، ۶۴۰۰، ۶۵۰۰، ۶۶۰۰، ۶۷۰۰، ۶۸۰۰، ۶۹۰۰، ۷۰۰۰، ۷۱۰۰، ۷۲۰۰، ۷۳۰۰، ۷۴۰۰، ۷۵۰۰، ۷۶۰۰، ۷۷۰۰، ۷۸۰۰، ۷۹۰۰، ۸۰۰۰، ۸۱۰۰، ۸۲۰۰، ۸۳۰۰، ۸۴۰۰، ۸۵۰۰، ۸۶۰۰، ۸۷۰۰، ۸۸۰۰، ۸۹۰۰، ۹۰۰۰، ۹۱۰۰، ۹۲۰۰، ۹۳۰۰، ۹۴۰۰، ۹۵۰۰، ۹۶۰۰، ۹۷۰۰، ۹۸۰۰، ۹۹۰۰، ۱۰۰۰۰، ۱۰۱۰۰، ۱۰۲۰۰، ۱۰۳۰۰، ۱۰۴۰۰، ۱۰۵۰۰، ۱۰۶۰۰، ۱۰۷۰۰، ۱۰۸۰۰، ۱۰۹۰۰، ۱۱۰۰۰، ۱۱۱۰۰، ۱۱۲۰۰، ۱۱۳۰۰، ۱۱۴۰۰، ۱۱۵۰۰، ۱۱۶۰۰، ۱۱۷۰۰، ۱۱۸۰۰، ۱۱۹۰۰، ۱۲۰۰۰، ۱۲۱۰۰، ۱۲۲۰۰، ۱۲۳۰۰، ۱۲۴۰۰، ۱۲۵۰۰، ۱۲۶۰۰، ۱۲۷۰۰، ۱۲۸۰۰، ۱۲۹۰۰، ۱۳۰۰۰، ۱۳۱۰۰، ۱۳۲۰۰، ۱۳۳۰۰، ۱۳۴۰۰، ۱۳۵۰۰، ۱۳۶۰۰، ۱۳۷۰۰، ۱۳۸۰۰، ۱۳۹۰۰، ۱۴۰۰۰، ۱۴۱۰۰، ۱۴۲۰۰، ۱۴۳۰۰، ۱۴۴۰۰، ۱۴۵۰۰، ۱۴۶۰۰، ۱۴۷۰۰، ۱۴۸۰۰، ۱۴۹۰۰، ۱۵۰۰۰، ۱۵۱۰۰، ۱۵۲۰۰، ۱۵۳۰۰، ۱۵۴۰۰، ۱۵۵۰۰، ۱۵۶۰۰، ۱۵۷۰۰، ۱۵۸۰۰، ۱۵۹۰۰، ۱۶۰۰۰، ۱۶۱۰۰، ۱۶۲۰۰، ۱۶۳۰۰، ۱۶۴۰۰، ۱۶۵۰۰، ۱۶۶۰۰، ۱۶۷۰۰، ۱۶۸۰۰، ۱۶۹۰۰، ۱۷۰۰۰، ۱۷۱۰۰، ۱۷۲۰۰، ۱۷۳۰۰، ۱۷۴۰۰، ۱۷۵۰۰، ۱۷۶۰۰، ۱۷۷۰۰، ۱۷۸۰۰، ۱۷۹۰۰، ۱۸۰۰۰، ۱۸۱۰۰، ۱۸۲۰۰، ۱۸۳۰۰، ۱۸۴۰۰، ۱۸۵۰۰، ۱۸۶۰۰، ۱۸۷۰۰، ۱۸۸۰۰، ۱۸۹۰۰، ۱۹۰۰۰، ۱۹۱۰۰، ۱۹۲۰۰، ۱۹۳۰۰، ۱۹۴۰۰، ۱۹۵۰۰، ۱۹۶۰۰، ۱۹۷۰۰، ۱۹۸۰۰، ۱۹۹۰۰، ۲۰۰۰۰، ۲۰۱۰۰، ۲۰۲۰۰، ۲۰۳۰۰، ۲۰۴۰۰، ۲۰۵۰۰، ۲۰۶۰۰، ۲۰۷۰۰، ۲۰۸۰۰، ۲۰۹۰۰، ۲۱۰۰۰، ۲۱۱۰۰، ۲۱۲۰۰، ۲۱۳۰۰، ۲۱۴۰۰، ۲۱۵۰۰، ۲۱۶۰۰، ۲۱۷۰۰، ۲۱۸۰۰، ۲۱۹۰۰، ۲۲۰۰۰، ۲۲۱۰۰، ۲۲۲۰۰، ۲۲۳۰۰، ۲۲۴۰۰، ۲۲۵۰۰، ۲۲۶۰۰، ۲۲۷۰۰، ۲۲۸۰۰، ۲۲۹۰۰، ۲۳۰۰۰، ۲۳۱۰۰، ۲۳۲۰۰، ۲۳۳۰۰، ۲۳۴۰۰، ۲۳۵۰۰، ۲۳۶۰۰، ۲۳۷۰۰، ۲۳۸۰۰، ۲۳۹۰۰، ۲۴۰۰۰، ۲۴۱۰۰، ۲۴۲۰۰، ۲۴۳۰۰، ۲۴۴۰۰، ۲۴۵۰۰، ۲۴۶۰۰، ۲۴۷۰۰، ۲۴۸۰۰، ۲۴۹۰۰، ۲۵۰۰۰، ۲۵۱۰۰، ۲۵۲۰۰، ۲۵۳۰۰، ۲۵۴۰۰، ۲۵۵۰۰، ۲۵۶۰۰، ۲۵۷۰۰، ۲۵۸۰۰، ۲۵۹۰۰، ۲۶۰۰۰، ۲۶۱۰۰، ۲۶۲۰۰، ۲۶۳۰۰، ۲۶۴۰۰، ۲۶۵۰۰، ۲۶۶۰۰، ۲۶۷۰۰، ۲۶۸۰۰، ۲۶۹۰۰، ۲۷۰۰۰، ۲۷۱۰۰، ۲۷۲۰۰، ۲۷۳۰۰، ۲۷۴۰۰، ۲۷۵۰۰، ۲۷۶۰۰، ۲۷۷۰۰، ۲۷۸۰۰، ۲۷۹۰۰، ۲۸۰۰۰، ۲۸۱۰۰، ۲۸۲۰۰، ۲۸۳۰۰، ۲۸۴۰۰، ۲۸۵۰۰، ۲۸۶۰۰، ۲۸۷۰۰، ۲۸۸۰۰، ۲۸۹۰۰، ۲۹۰۰۰، ۲۹۱۰۰، ۲۹۲۰۰، ۲۹۳۰۰، ۲۹۴۰۰، ۲۹۵۰۰، ۲۹۶۰۰، ۲۹۷۰۰، ۲۹۸۰۰، ۲۹۹۰۰، ۳۰۰۰۰، ۳۰۱۰۰، ۳۰۲۰۰، ۳۰۳۰۰، ۳۰۴۰۰، ۳۰۵۰۰، ۳۰۶۰۰، ۳۰۷۰۰، ۳۰۸۰۰، ۳۰۹۰۰، ۳۱۰۰۰، ۳۱۱۰۰، ۳۱۲۰۰، ۳۱۳۰۰، ۳۱۴۰۰، ۳۱۵۰۰، ۳۱۶۰۰، ۳۱۷۰۰، ۳۱۸۰۰، ۳۱۹۰۰، ۳۲۰۰۰، ۳۲۱۰۰، ۳۲۲۰۰، ۳۲۳۰۰، ۳۲۴۰۰، ۳۲۵۰۰، ۳۲۶۰۰، ۳۲۷۰۰، ۳۲۸۰۰، ۳۲۹۰۰، ۳۳۰۰۰، ۳۳۱۰۰، ۳۳۲۰۰، ۳۳۳۰۰، ۳۳۴۰۰، ۳۳۵۰۰، ۳۳۶۰۰، ۳۳۷۰۰، ۳۳۸۰۰، ۳۳۹۰۰، ۳۴۰۰۰، ۳۴۱۰۰، ۳۴۲۰۰، ۳۴۳۰۰، ۳۴۴۰۰، ۳۴۵۰۰، ۳۴۶۰۰، ۳۴۷۰۰، ۳۴۸۰۰، ۳۴۹۰۰، ۳۵۰۰۰، ۳۵۱۰۰، ۳۵۲۰۰، ۳۵۳۰۰، ۳۵۴۰۰، ۳۵۵۰۰، ۳۵۶۰۰، ۳۵۷۰۰، ۳۵۸۰۰، ۳۵۹۰۰، ۳۶۰۰۰، ۳۶۱۰۰، ۳۶۲۰۰، ۳۶۳۰۰، ۳۶۴۰۰، ۳۶۵۰۰، ۳۶۶۰۰، ۳۶۷۰۰، ۳۶۸۰۰، ۳۶۹۰۰، ۳۷۰۰۰، ۳۷۱۰۰، ۳۷۲۰۰، ۳۷۳۰۰، ۳۷۴۰۰، ۳۷۵۰۰، ۳۷۶۰۰، ۳۷۷۰۰، ۳۷۸۰۰، ۳۷۹۰۰، ۳۸۰۰۰، ۳۸۱۰۰، ۳۸۲۰۰، ۳۸۳۰۰، ۳۸۴۰۰، ۳۸۵۰۰، ۳۸۶۰۰، ۳۸۷۰۰، ۳۸۸۰۰، ۳۸۹۰۰، ۳۹۰۰۰، ۳۹۱۰۰، ۳۹۲۰۰، ۳۹۳۰۰، ۳۹۴۰۰، ۳۹۵۰۰، ۳۹۶۰۰، ۳۹۷۰۰، ۳۹۸۰۰، ۳۹۹۰۰، ۴۰۰۰۰، ۴۰۱۰۰، ۴۰۲۰۰، ۴۰۳۰۰، ۴۰۴۰۰، ۴۰۵۰۰، ۴۰۶۰۰، ۴۰۷۰۰، ۴۰۸۰۰، ۴۰۹۰۰، ۴۱۰۰۰، ۴۱۱۰۰، ۴۱۲۰۰، ۴۱۳۰۰، ۴۱۴۰۰، ۴۱۵۰۰، ۴۱۶۰۰، ۴۱۷۰۰، ۴۱۸۰۰، ۴۱۹۰۰، ۴۲۰۰۰، ۴۲۱۰۰، ۴۲۲۰۰، ۴۲۳۰۰، ۴۲۴۰۰، ۴۲۵۰۰، ۴۲۶۰۰، ۴۲۷۰۰، ۴۲۸۰۰، ۴۲۹۰۰، ۴۳۰۰۰، ۴۳۱۰۰، ۴۳۲۰۰، ۴۳۳۰۰، ۴۳۴۰۰، ۴۳۵۰۰، ۴۳۶۰۰، ۴۳۷۰۰، ۴۳۸۰۰، ۴۳۹۰۰، ۴۴۰۰۰، ۴۴۱۰۰، ۴۴۲۰۰، ۴۴۳۰۰، ۴۴۴۰۰، ۴۴۵۰۰، ۴۴۶۰۰، ۴۴۷۰۰، ۴۴۸۰۰، ۴۴۹۰۰، ۴۵۰۰۰، ۴۵۱۰۰، ۴۵۲۰۰، ۴۵۳۰۰، ۴۵۴۰۰، ۴۵۵۰۰، ۴۵۶۰۰، ۴۵۷۰۰، ۴۵۸۰۰، ۴۵۹۰۰، ۴۶۰۰۰، ۴۶۱۰۰، ۴۶۲۰۰، ۴۶۳۰۰، ۴۶۴۰۰، ۴۶۵۰۰، ۴۶۶۰۰، ۴۶۷۰۰، ۴۶۸۰۰، ۴۶۹۰۰، ۴۷۰۰۰، ۴۷۱۰۰، ۴۷۲۰۰، ۴۷۳۰۰، ۴۷۴۰۰، ۴۷۵۰۰، ۴۷۶۰۰، ۴۷۷۰۰، ۴۷۸۰۰، ۴۷۹۰۰، ۴۸۰۰۰، ۴۸۱۰۰، ۴۸۲۰۰، ۴۸۳۰۰، ۴۸۴۰۰، ۴۸۵۰۰، ۴۸۶۰۰، ۴۸۷۰۰، ۴۸۸۰۰، ۴۸۹۰۰، ۴۹۰۰۰، ۴۹۱۰۰، ۴۹۲۰۰، ۴۹۳۰۰، ۴۹۴۰۰، ۴۹۵۰۰، ۴۹۶۰۰، ۴۹۷۰۰، ۴۹۸۰۰، ۴۹۹۰۰، ۵۰۰۰۰، ۵۰۱۰۰، ۵۰۲۰۰، ۵۰۳۰۰، ۵۰۴۰۰، ۵۰۵۰۰، ۵۰۶۰۰، ۵۰۷۰۰، ۵۰۸۰۰، ۵۰۹۰۰، ۵۱۰۰۰، ۵۱۱۰۰، ۵۱۲۰۰، ۵۱۳۰۰، ۵۱۴۰۰، ۵۱۵۰۰، ۵۱۶۰۰، ۵۱۷۰۰، ۵۱۸۰۰، ۵۱۹۰۰، ۵۲۰۰۰، ۵۲۱۰۰، ۵۲۲۰۰، ۵۲۳۰۰، ۵۲۴۰۰، ۵۲۵۰۰، ۵۲۶۰۰، ۵۲۷۰۰، ۵۲۸۰۰، ۵۲۹۰۰، ۵۳۰۰۰، ۵۳۱۰۰، ۵۳۲۰۰، ۵۳۳۰۰، ۵۳۴۰۰، ۵۳۵۰۰، ۵۳۶۰۰، ۵۳۷۰۰، ۵۳۸۰۰، ۵۳۹۰۰، ۵۴۰۰۰، ۵۴۱۰۰، ۵۴۲۰۰، ۵۴۳۰۰، ۵۴۴۰۰، ۵۴۵۰۰، ۵۴۶۰۰، ۵۴۷۰۰، ۵۴۸۰۰، ۵۴۹۰۰، ۵۵۰۰۰، ۵۵۱۰۰، ۵۵۲۰۰، ۵۵۳۰۰، ۵۵۴۰۰، ۵۵۵۰۰، ۵۵۶۰۰، ۵۵۷۰۰، ۵۵۸۰۰، ۵۵۹۰۰، ۵۶۰۰۰، ۵۶۱۰۰، ۵۶۲۰۰، ۵۶۳۰۰، ۵۶۴۰۰، ۵۶۵۰۰، ۵۶۶۰۰، ۵۶۷۰۰، ۵۶۸۰۰، ۵۶۹۰۰، ۵۷۰۰۰، ۵۷۱۰۰، ۵۷۲۰۰، ۵۷۳۰۰، ۵۷۴۰۰، ۵۷۵۰۰، ۵۷۶۰۰، ۵۷۷۰۰، ۵۷۸۰۰، ۵۷۹۰۰، ۵۸۰۰۰، ۵۸۱۰۰، ۵۸۲۰۰، ۵۸۳۰۰، ۵۸۴۰۰، ۵۸۵۰۰، ۵۸۶۰۰، ۵۸۷۰۰، ۵۸۸۰۰، ۵۸۹۰۰، ۵۹۰۰۰، ۵۹۱۰۰، ۵۹۲۰۰، ۵۹۳۰۰، ۵۹۴۰۰، ۵۹۵۰۰، ۵۹۶۰۰، ۵۹۷۰۰، ۵۹۸۰۰، ۵۹۹۰۰، ۶۰۰۰۰، ۶۰۱۰۰، ۶۰۲۰۰، ۶۰۳۰۰، ۶۰۴۰۰، ۶۰۵۰۰، ۶۰۶۰۰، ۶۰۷۰۰، ۶۰۸۰۰، ۶۰۹۰۰، ۶۱۰۰۰، ۶۱۱۰۰، ۶۱۲۰۰، ۶۱۳۰۰، ۶۱۴۰۰، ۶۱۵۰۰، ۶۱۶۰۰، ۶۱۷۰۰، ۶۱۸۰۰، ۶۱۹۰۰، ۶۲۰۰۰، ۶۲۱۰۰، ۶۲۲۰۰، ۶۲۳۰۰، ۶۲۴۰۰، ۶۲۵۰۰، ۶۲۶۰۰، ۶۲۷۰۰، ۶۲۸۰۰، ۶۲۹۰۰، ۶۳۰۰۰، ۶۳۱۰۰، ۶۳۲۰۰، ۶۳۳۰۰، ۶۳۴۰۰، ۶۳۵۰۰، ۶۳۶۰۰، ۶۳۷۰۰، ۶۳۸۰۰، ۶۳۹۰۰، ۶۴۰۰۰، ۶۴۱۰۰، ۶۴۲۰۰، ۶۴۳۰۰، ۶۴۴۰۰، ۶۴۵۰۰، ۶۴۶۰۰، ۶۴۷۰۰، ۶۴۸۰۰، ۶۴۹۰۰، ۶۵۰۰۰، ۶۵۱۰۰، ۶۵۲۰۰، ۶۵۳۰۰، ۶۵۴۰۰، ۶۵۵۰۰، ۶۵۶۰۰، ۶۵۷۰۰، ۶۵۸۰۰، ۶۵۹۰۰، ۶۶۰۰۰، ۶۶۱۰۰، ۶۶۲۰۰، ۶۶۳۰۰، ۶۶۴۰۰، ۶۶۵۰۰، ۶۶۶۰۰، ۶۶۷۰۰، ۶۶۸۰۰، ۶۶۹۰۰، ۶۷۰۰۰، ۶۷۱۰۰، ۶۷۲۰۰، ۶۷۳۰۰، ۶۷۴۰۰، ۶۷۵۰۰، ۶۷۶۰۰، ۶۷۷۰۰، ۶۷۸۰۰، ۶۷۹۰۰، ۶۸۰۰۰، ۶۸۱۰۰، ۶۸۲۰۰، ۶۸۳۰۰، ۶۸۴۰۰، ۶۸۵۰۰، ۶۸۶۰۰، ۶۸۷۰۰، ۶۸۸۰۰، ۶۸۹۰۰، ۶۹۰۰۰، ۶۹۱۰۰، ۶۹۲۰۰، ۶۹۳۰۰، ۶۹۴۰۰، ۶۹۵۰۰، ۶۹۶۰۰، ۶۹۷۰۰، ۶۹۸۰۰، ۶۹۹۰۰، ۷۰۰۰۰، ۷۰۱۰۰، ۷۰۲۰۰، ۷۰۳۰۰، ۷۰۴۰۰، ۷۰۵۰۰، ۷۰۶۰۰، ۷۰۷۰۰، ۷۰۸۰۰، ۷۰۹۰۰، ۷۱۰۰۰، ۷۱۱۰۰، ۷۱۲۰۰، ۷۱۳۰۰، ۷۱۴۰۰، ۷۱۵۰۰، ۷۱۶۰۰، ۷۱۷۰۰، ۷۱۸۰۰، ۷۱۹۰۰، ۷۲۰۰۰، ۷۲۱۰۰، ۷۲۲۰۰، ۷۲۳۰۰، ۷۲۴۰۰، ۷۲۵۰۰، ۷۲۶۰۰، ۷۲۷۰۰، ۷۲۸۰۰، ۷۲۹۰۰، ۷۳۰۰۰، ۷۳۱۰۰، ۷۳۲۰۰، ۷۳۳۰۰، ۷۳۴۰۰، ۷۳۵۰۰، ۷۳۶۰۰، ۷۳۷۰۰، ۷۳۸۰۰، ۷۳۹۰۰، ۷۴۰۰۰، ۷۴۱۰۰، ۷۴۲۰۰، ۷۴۳۰۰، ۷۴۴۰۰، ۷۴۵۰۰، ۷۴۶۰۰، ۷۴۷۰۰، ۷۴۸۰۰، ۷۴۹۰۰، ۷۵۰۰۰، ۷۵۱۰۰، ۷۵۲۰۰، ۷۵۳۰۰، ۷۵۴۰۰، ۷۵۵۰۰، ۷۵۶۰۰، ۷۵۷۰۰، ۷۵۸۰۰، ۷۵۹۰۰، ۷۶۰۰۰، ۷۶۱۰۰، ۷۶۲۰۰، ۷۶۳۰۰، ۷۶۴۰۰، ۷۶۵۰۰، ۷۶۶۰۰، ۷۶۷۰۰، ۷۶۸۰۰، ۷۶۹۰۰، ۷۷۰۰۰، ۷۷۱۰۰، ۷۷۲۰۰، ۷۷۳۰۰، ۷۷۴۰۰، ۷۷۵۰۰، ۷۷۶۰۰، ۷۷۷۰۰، ۷۷۸۰۰، ۷۷۹۰۰، ۷۸۰۰۰، ۷۸۱۰۰، ۷۸۲۰۰، ۷۸۳۰۰، ۷۸۴۰۰، ۷۸۵۰۰، ۷۸۶۰۰، ۷۸۷۰۰، ۷۸۸۰۰، ۷۸۹۰۰، ۷۹۰۰۰، ۷۹۱۰۰، ۷۹۲۰۰، ۷۹۳۰۰، ۷۹۴۰۰، ۷۹۵۰۰، ۷۹۶۰۰، ۷۹۷۰۰، ۷۹۸۰۰، ۷۹۹۰۰، ۸۰۰۰۰، ۸۰۱۰۰، ۸۰۲۰۰، ۸۰۳۰۰، ۸۰۴۰۰، ۸۰۵۰۰، ۸۰۶۰۰، ۸۰۷۰۰، ۸۰۸۰۰، ۸۰۹۰۰، ۸۱۰۰۰، ۸۱۱۰۰، ۸۱۲۰۰، ۸۱۳۰۰، ۸۱۴۰۰، ۸۱۵۰۰، ۸۱۶۰۰، ۸۱۷۰۰، ۸۱۸۰۰، ۸۱۹۰۰، ۸۲۰۰۰، ۸۲۱۰۰، ۸۲۲۰۰، ۸۲۳۰۰، ۸۲۴۰۰، ۸۲۵۰۰، ۸۲۶۰۰، ۸۲۷۰۰، ۸۲۸۰۰، ۸۲۹۰۰، ۸۳۰۰۰، ۸۳۱۰۰، ۸۳۲۰۰، ۸۳۳۰۰، ۸۳۴۰۰، ۸۳۵۰۰، ۸۳۶۰۰، ۸۳۷۰۰، ۸۳۸۰۰، ۸۳۹۰۰، ۸۴۰۰۰، ۸۴۱۰۰، ۸۴۲۰۰، ۸۴۳۰۰، ۸۴۴۰۰، ۸۴۵۰۰، ۸۴۶۰۰، ۸۴۷۰۰، ۸۴۸۰۰، ۸۴۹۰۰، ۸۵۰۰۰، ۸۵۱۰۰، ۸۵۲۰۰، ۸۵۳۰۰، ۸۵۴۰۰، ۸۵۵۰۰، ۸۵۶۰۰، ۸۵۷۰۰، ۸۵۸۰۰، ۸۵۹۰۰، ۸۶۰۰۰، ۸۶۱۰۰، ۸۶۲۰۰، ۸۶۳۰۰، ۸۶۴۰۰، ۸۶۵۰۰، ۸۶۶۰۰، ۸۶۷۰۰، ۸۶۸۰۰، ۸۶۹۰۰، ۸۷۰۰۰، ۸۷۱۰۰، ۸۷۲۰۰، ۸۷۳۰۰، ۸۷۴۰۰، ۸۷۵۰۰، ۸۷۶۰۰، ۸۷۷۰۰، ۸۷۸۰۰، ۸۷۹۰۰، ۸۸۰۰۰، ۸۸۱۰۰، ۸۸۲۰۰، ۸۸۳۰۰، ۸۸۴۰۰، ۸۸۵۰۰، ۸۸۶۰۰، ۸۸۷۰۰، ۸۸۸۰۰، ۸۸۹۰۰، ۸۹۰۰۰، ۸۹۱۰۰، ۸۹۲۰۰، ۸۹۳۰۰، ۸۹۴۰۰، ۸۹۵۰۰، ۸۹۶۰۰، ۸۹۷۰۰، ۸۹۸۰۰، ۸۹۹۰۰، ۹۰۰۰۰، ۹۰۱۰۰، ۹۰۲۰۰، ۹۰۳۰۰، ۹۰۴۰۰، ۹۰۵۰۰، ۹۰۶۰۰، ۹۰۷۰۰، ۹۰۸۰۰، ۹۰۹۰۰، ۹۱۰۰۰، ۹۱۱۰۰، ۹۱۲۰۰، ۹۱۳۰۰، ۹۱۴۰۰، ۹۱۵۰۰، ۹۱۶۰۰، ۹۱۷۰۰، ۹۱۸۰۰، ۹۱۹۰۰، ۹۲۰۰۰، ۹۲۱۰۰، ۹۲۲۰۰، ۹۲۳۰۰، ۹۲۴۰۰، ۹۲۵۰۰، ۹۲۶۰۰، ۹۲۷۰۰، ۹۲۸۰۰، ۹۲۹۰۰، ۹۳۰۰۰، ۹۳۱۰۰، ۹۳۲۰۰، ۹۳۳۰۰، ۹۳۴۰۰، ۹۳۵۰۰، ۹۳۶۰۰، ۹۳۷۰۰، ۹۳۸۰۰، ۹۳۹۰۰، ۹۴۰۰۰، ۹۴۱۰۰، ۹۴۲۰۰، ۹۴۳۰۰، ۹۴۴۰۰، ۹۴۵۰۰، ۹۴۶۰۰، ۹۴۷۰۰، ۹۴۸۰۰، ۹۴۹۰۰، ۹۵۰۰۰، ۹۵۱۰۰، ۹۵۲۰۰، ۹۵۳۰۰، ۹۵۴۰۰، ۹۵۵۰۰، ۹۵۶۰۰، ۹۵۷۰۰، ۹۵

سازمان بهداشت جهانی^۱ (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 سه شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ^۲ 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^۳ از مهم‌ترین تهدیدهای فردی و اجتماعی به شمار می‌رود به گونه‌ای که به عنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است (نقی‌زاده، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۹). عوامل رژیتکی، اختلال‌های روان‌شناختی، همسالان مصرف کننده 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 قلعه‌نوبی و منصوری، ۱۳۹۹). با همه‌ی تلاش‌هایی که در زمینه‌ی ترک اعتیاد انجام می‌شود آمارهای عود در معتقدان ترک کرده بسیار نگران کننده است (نقی‌زاده 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 نظری در گیری و اضطراب کرونا، بی‌خوابی، پریشانی و تبعات بعد از مبتلا شدن به کرونا را به بار آورده است (فتحی، صادقی، شریفی رهنما، رستمی و عباسی کسانی، ۱۳۹۹). لازم به ذکر است که در این دوره به مسئله اعتیاد به طور 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^۴، 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^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل این که اعتیاد و درمان‌های مربوط به عواقب آن هزینه‌های سنگین و بعضاً جبران نشدنی فردی و اجتماعی به دنبال دارد و از سویی بار مسئولیت مشاوران، روان‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی را دوچندان می‌کند، ضرورت دارد با استفاده از مداخله‌ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع‌تر با این مسئله مقابله شود تا افراد به زندگی با کیفیتی دست پیدا کنند.

شفقت خود یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که بهبود ویژگی‌های جسمی و روان‌شناختی مؤثر می‌باشد (کاظمی، احمدی و نجات، ۱۳۹۹) و در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است؛ که توسط گیلبرت^۲ (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، برجاعی، شرافتی، پناهی، دهناشی لاطان و عبودیت، ۱۳۹۹). مفهوم شفقت خود به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقاته نسبت به خود در زمانی است که همه‌چیز 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^۳ کمک می‌کند (باقری‌پناه، گل افروز، بلورساز مشهدی، 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 قلعه‌نوبی 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 متزوی بودن (اشت اکات انسانی)؛ و ۳) نگهداشت؛ افکار و احساسات در دنایک در آگاهی (ذهن: آگاهی).

1. Van den Ende 2. Gilbert

3. self-soothing system

(حاتمی ورزنه، 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). فلیپس و هاین^۱ 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.

بهزیستی ذهنی نیز مفهومی چندوجهی است (نظرپوری، باقر زاده خدا شهری و آزادی، ۱۳۹۹) که امروزه اقتصاددانان، سیاستمداران، جامعه‌شناسان، مدیران، روان‌شناسان و متخصصان سلامت به طور 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، رجبیان ده ریز و شریفیان، ۱۳۹۹). بهزیستی ذهنی منعکس کننده 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^۲، ۲۰۱۸) و به نوعی چگونگی ارزیابی فرد از سیر زندگی‌اش است که شامل تجربیات عاطفی خواشایند و مثبت در مقابل تجربیات ناخوشایند و منفی، در پاسخ به رویدادهای خاص است (ولی ریچارد و واشبورن^۳، ۲۰۱۹). کی‌یز^۴ بهزیستی ذهنی را در سه بعد بهزیستی هیجانی^۵، بهزیستی روان‌شناختی^۶ و بهزیستی اجتماعی^۷ در نظر گرفت. بهزیستی هیجانی به تعادل بین عواطف مثبت و منفی اطلاق می‌شود (نظرپوری و همکاران، ۱۳۹۹) و افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالایی

1. Phillips & Hine
2. Diener, Lucas & Oishi
3. Lee, Richards & Washhburn
4. keyes

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

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

جهت افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون، درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. یکی از درمان‌های موج سوم، که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی، اخیراً کاربرد زیادی یافته است رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ بوده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، روش درمانی است که توسط لینهان^۲ در اوایل دهه ۹۰ میلادی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی^۳ (یاس فرد، عباس پور آذر و حسینی المدنی، ۱۳۹۸) و معیار طلایی^۴ برای درمان اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است (پو، ۲۰۱۹). همچنین، از لحاظ استفاده از اصول پایه‌ای مانند حل مسئله، مهارت آموزی، مدیریت بحران و رفتاردرمانی به درمان‌های شناختی رفتاری^۵ شباهت دارد و از لحاظ تأکید بر مفهوم دیالکتیکی در تغییر رفتار، تشویق افراد به پذیرش خودشان همان‌طور که هستند و بازسازی شناخت‌ها و تغییر رفتارهای معطوف به آینده‌شان از درمان‌های شناختی رفتاری متمایز می‌شود (توفیقی، باباخانی، قمری و پویامنش، ۱۳۹۹)؛ علاوه بر این رفتاردرمانی دیالکتیکی روش درمانی است که برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی به کاربرده 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 مهارت آموزی، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، مراجعین مهارت‌های کاربردی در زمینه ذهن آگاهی، کارآمدی بین فردی^۶، تنظیم هیجان^۷ و تحمل پریشانی^۸ 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 برآفزايش 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 ذهن خوانی 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 ناکارآمد می‌شوند تشخیص دهنده، در پایان عواملی که باعث شروع یا تداوم هیجان‌های ناکارآمد می‌شوند بتوانند و بتوانند در آن‌ها را کنترل کنند و درنهایت با آموزش مهارت تحمل پریشانی به افراد، می‌توان آن‌ها را برای پذیرش شرایط و هیجانات دردناک آماده و آن‌ها را انعطاف‌پذیرتر کرد. به عبارتی درمان رفتاری دیالکتیکی بر تحمل گرایش و ناراحتی اساسی 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 هیس، 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 استایدر، 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). در حالی که ناتوانی در روند تنظیم هیجان، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند. از سویی طب روان‌تنی^۱ 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 رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند برای آن مفید باشد را دارا است.

سancheتی و پوچام^۲ 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، تعیین 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. داودی، 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 به عنوان 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 خودباری توازن هیجانی متنی، بر توجه آگاهی، بر کثر تنظیمی هیجان و شفقت بر خود

انجام شد، نتایج نشان داد که توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی می‌تواند یک برنامه خودداری اثربخش، ارزان و مقبول در جهت کاهش کثر تنظیمی هیجان و همچنین مؤثر بر شفقت بر خود باشد. حمدالله و رضایی (۱۳۹۵) نیز پژوهشی جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از عناصر سه‌گانه بهزیستی ذهنی و خودبازداری معتادان نگهداری شده در کمپ‌های ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۴ انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی در این معتادان مؤثر است. مطالعه فخری، بهار و امینی (۱۳۹۷) نیز نشان داد که ذهن آگاهی، میزان استرس ادراک شده و سطوح فشارخون و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. همچنین در پژوهشی، تدر، شی، سی، فرانکو و چن^۱ (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش فشارخون مبتلایان به فشارخون بالا شود. به طور کلی بسیاری از تئیدگی‌های روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد به دلیل واپستگی به مواد و از دست دادن نقش خود در جامعه و حتی خانواده می‌باشد (تقوایی‌نیا، ۱۴۰۰).

۲۶۹

۲۶۹

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 موردنبررسی قرار داده باشد (اعم از پژوهش‌های خارج و داخل کشور) یافت نشد؛ از این جهت برای همسویی سوابق پژوهشی از پژوهش‌های با قربت محتوایی اجزا و عناصر رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی استفاده گردید. به نظر می‌رسد انجام این پژوهش بتواند راهبردی جدید برای امر مداخلات روان‌شناختی در حوزه سلامت روانی و به خصوص سلامت جسمانی و (مانند کاهش فشارخون) باشد؛ بنابراین به دلیل اهمیت شیوع اعتیاد در بین افراد و آسیب‌های 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 روان‌شناختی آن، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا

1. Tedder, Shi, Si, Franco & Chen

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

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

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 گروههای ۱۵ نفری گمارش شدند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۸)، در مطالعه حاضر نیز حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن فشارخون سرخرگی بیشتر و مساوی ۹۰ میلی‌متر جیوه که بیماری آن‌ها توسط پزشک تائید شده باشد، داشتن حداقل مدرک تحصیلی پنجم ابتدایی، دامنه سنی بین ۲۰ الی ۵۵ سال و کسب نمره یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در متغیرهای شفقت خود و بهزیستی ذهنی، عدم اختلالات سایکوتیک و خلقی و نیز عدم اختلالات روان‌پزشکی با توجه به مصاحبه‌بالینی روان‌پزشک بر اساس معیارهای پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ و همچنین تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری قلبی یا نارسایی کلیوی، دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بودند. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

ابزار

۱- مقیاس شفقت خود؛ این مقیاس توسط نف^۳ (۲۰۰۳) ساخته شد که یک ابزار خود سنجی ۲۶ گویه‌ای است و توسط آزمودنی بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای

(۱= تقریباً همیشه = تقریباً نه) 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 دوقطبه: مهربانی با خود در برابر قضاؤت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی است. در فرهنگ ایرانی خسر و 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^۱ (این مقیاس را کیز و ماجارمو^۲ (۲۰۰۳) ساختند که دارای ۴۵ سؤال است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد که از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره گذاری 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 نمره گذاری 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 بالا خواهد بود. در نهایت ۱۵ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد که برای نمره گذاری این خرده مقیاس هم از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌گردد. حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۱۰۵ خواهد بود که نمرات بین ۱۵ تا ۳۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی پایین و ۳۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی متوسط و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده بهزیستی اجتماعی بالا

1. Psychological Well being Scale (SWS)

2. Keys & Magyarmo

خواهد بود. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه برای پرسشنامه بهزیستی ذهنی بر اساس آلفای کرونباخ $\alpha = .80$ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی $\alpha = .86$ ، بهزیستی روان‌شناختی $\alpha = .80$ و بهزیستی اجتماعی $\alpha = .61$ به دست آمد (هاشمیان، پور شهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب $.81$ ، $.82$ ، $.79$ و $.72$ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است.

۳- دستگاه اندازه گیری فشارخون: این دستگاه‌ها انواع گوناگونی دارد، مانند نوع جیوه‌ای، عقربه‌ای، اتوماتیک و جیوه‌ای پایه‌دار. ساده‌ترین و دقیق‌ترین وسیله برای اندازه گیری 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 هوانیز هست. بازوپند یا کاف از یک تکه پارچه دو لایه ساخته شده که خاصیت ارتجاعی نداشته و به طور کامل دور بازوی بیمار پیچیده می‌شود. کیسه هوا، نیز یک کیسه لاستیکی است که در درون بازوپند قرار دارد و قابل باد شدن است (جیمسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع آوری 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 شفت خود و مقیاس بهزیستی ذهنی را تکمیل کنند و فشارخون آن‌ها توسط دستگاه فشارسنج اندازه‌گیری شود. سپس گروه آزمایش طی جلسات معینی (ده جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای)، برنامه‌ی آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را آموزش دیدند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در پایان بعد از یک هفته برای هر دو گروه، پس آزمون احراشد و فشارخون هر دو گروه نیز اندازه‌گیری شد؛ همچنین بعد از گذشت

یک ماه، مجدداً آزمون پیگیری و اندازه‌گیری 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 مداخله‌گر در محیط نرم‌افزار «SPSS»، استفاده شد. برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسه‌های گروهی، عمدهاً 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 ماهرلنگ را تعیین می‌کند و سومی شامل راهبردهای معینی است که در طول درمان استفاده می‌شود (نریمانی، بگیان کوله مرز، احمدی 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 خواهد آموخت
اول	مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی: (۱) پذیرش بنیادین (۲) توجه بر گردانی (۳) خود آرام بخشی و تدوین طرح آرمیدگی.
دوم	مهارت‌های پیشرفتی تحمل آشفتگی: (۱) استفاده از زمان حال (۲) تصویرسازی از مکان امن (۳) آرامش وابسته به نشانه (۴) کشف ارزش‌ها (۵) تمرین عمل متعهدانه (۶) تعیین وقت استراحت (۷) استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرانه.
سوم	مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی: (۱) دستیابی به تمرکز کامل بر لحظه اکنون (۲) شناسایی افکار، هیجانات و احساسات بدنی و تمرکز بر روی آن‌ها (۳) تمرکز بر جریان لحظه‌به‌لحظه آگاهی (۴) مجزا کردن افکار از هیجانات و احساسات بدنی.
چهارم	مهارت‌های پیشرفتی توجه آگاهی: (۱) مراقبه ذهن خردمند (۲) ثبت قضاوت‌های منفی (۳) تمرین ذهن آغازگر (۴) تمرین ناهمجوشی قضاوت (۵) شناسایی موانعی که بر سر راه تمرینات توجه آگاهی وجود دارد.
پنجم	مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجانی: (۱) شناخت و ثبت هیجان‌ها (۲) کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز (۳) تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان (۴) تعادل آفرینی بین افکار و احساسات (۵) ثبت فعالیت‌های لذت‌بخش.
ششم	مهارت‌های پیشرفتی نظم‌بخشی هیجانی: (۱) تمرین توجه آگاهانه نسبت به هیجانات بدون قضاوت (۲) رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی.

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

جلسه	مهارت‌های زیر را خواهد آموخت
هفتم	مهارت‌های پیشرفتی نظام بخششی هیجانی (۲): (۱) حل مسئله (۲) تعهد به اجرا.
هشتم	مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر: (۱) تمرین توجه آگاهانه (۲) مهارت جسارت‌مندی (۳) رفتار منفعالنه در برابر رفتار پرخاشگرانه (۴) مهارت کاری کلیدی بین فردی (۵) موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی.
نهم	مهارت‌های پیشرفتی 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 پیشرفتی ارتباط مؤثر (۲): (۱) نه گفتن (۲) مقابله با مقاومت و تعارض (۳) مذاکره کردن (۴) تجزیه و تحلیل تعاملات مشکل آفرین، 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 ۲/۵ بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۴۶/۴۳ درصد افراد سیکل، ۲۶/۷۸ درصد دیپلم، ۵/۳۵ فوق دیپلم و ۲۱/۴۲ درصد لیسانس و بالاتر بودند که افراد با تحصیلات سیکل بالاترین درصد فراوانی و افراد با تحصیلات فوق دیپلم 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					
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شفقت خود	۳۸/۴۵	۴۵/۴۷	۲/۸۱	۶۱/۶۰	۲/۹۷	۵۷/۶۶
۳/۷۶	۲/۲۱	۳۷/۴۴	۲/۳۷	۳۹/۰۳	۲/۵۱	۳۸/۲۳
بهزیستی ذهنی	۷/۸۱	۱۸۵/۱۲	۸/۲۶	۱۹۱/۷۳	۶/۹۳	۱۲۷/۰۰
۱۰/۱۳	۱۴۶/۴۴	۱۴۶/۴۴	۱۲/۷۳	۱۴۸/۲۰	۱۱/۳۶	۱۴۵/۶۷
آزمایش	۵/۲۰	۱۴۷/۲۶	۵/۹۴	۱۴۷/۱۷	۸/۳۵	۱۵۳/۱۱
سیستولیک	۷/۷۴	۱۵۱/۷۸	۶/۹۵	۱۵۲/۵۶	۷/۷۰	۱۵۳/۲۵
آزمایش	۵/۹۳	۸۳/۱۵	۵/۴۴	۸۵/۳۴	۴/۵۵	۹۰/۳۰
فشارخون	۵/۳۶	۹۲/۰۷	۴/۲۵	۹۰/۶۰	۴/۹۰	۹۰/۷۵
دیاستولیک						

۲۷۴
274

۱۴۰، ۱۵۰، ۱۶۰، ۱۷۰، ۱۸۰، ۱۹۰، ۲۰۰، ۲۱۰، ۲۲۰، ۲۳۰، ۲۴۰، ۲۵۰، ۲۶۰، ۲۷۰، ۲۸۰، ۲۹۰، ۳۰۰، ۳۱۰، ۳۲۰، ۳۳۰، ۳۴۰، ۳۵۰، ۳۶۰، ۳۷۰، ۳۸۰، ۳۹۰، ۴۰۰، ۴۱۰، ۴۲۰، ۴۳۰، ۴۴۰، ۴۵۰، ۴۶۰، ۴۷۰، ۴۸۰، ۴۹۰، ۵۰۰، ۵۱۰، ۵۲۰، ۵۳۰، ۵۴۰، ۵۵۰، ۵۶۰، ۵۷۰، ۵۸۰، ۵۹۰، ۶۰۰، ۶۱۰، ۶۲۰، ۶۳۰، ۶۴۰، ۶۵۰، ۶۶۰، ۶۷۰، ۶۸۰، ۶۹۰، ۷۰۰، ۷۱۰، ۷۲۰، ۷۳۰، ۷۴۰، ۷۵۰، ۷۶۰، ۷۷۰، ۷۸۰، ۷۹۰، ۸۰۰، ۸۱۰، ۸۲۰، ۸۳۰، ۸۴۰، ۸۵۰، ۸۶۰، ۸۷۰، ۸۸۰، ۸۹۰، ۹۰۰، ۹۱۰، ۹۲۰، ۹۳۰، ۹۴۰، ۹۵۰، ۹۶۰، ۹۷۰، ۹۸۰، ۹۹۰، ۱۰۰۰، ۱۰۱۰، ۱۰۲۰، ۱۰۳۰، ۱۰۴۰، ۱۰۵۰، ۱۰۶۰، ۱۰۷۰، ۱۰۸۰، ۱۰۹۰، ۱۱۰۰، ۱۱۱۰، ۱۱۲۰، ۱۱۳۰، ۱۱۴۰، ۱۱۵۰، ۱۱۶۰، ۱۱۷۰، ۱۱۸۰، ۱۱۹۰، ۱۲۰۰، ۱۲۱۰، ۱۲۲۰، ۱۲۳۰، ۱۲۴۰، ۱۲۵۰، ۱۲۶۰، ۱۲۷۰، ۱۲۸۰، ۱۲۹۰، ۱۳۰۰، ۱۳۱۰، ۱۳۲۰، ۱۳۳۰، ۱۳۴۰، ۱۳۵۰، ۱۳۶۰، ۱۳۷۰، ۱۳۸۰، ۱۳۹۰، ۱۴۰۰، ۱۴۱۰، ۱۴۲۰، ۱۴۳۰، ۱۴۴۰، ۱۴۵۰، ۱۴۶۰، ۱۴۷۰، ۱۴۸۰، ۱۴۹۰، ۱۵۰۰، ۱۵۱۰، ۱۵۲۰، ۱۵۳۰، ۱۵۴۰، ۱۵۵۰، ۱۵۶۰، ۱۵۷۰، ۱۵۸۰، ۱۵۹۰، ۱۶۰۰، ۱۶۱۰، ۱۶۲۰، ۱۶۳۰، ۱۶۴۰، ۱۶۵۰، ۱۶۶۰، ۱۶۷۰، ۱۶۸۰، ۱۶۹۰، ۱۷۰۰، ۱۷۱۰، ۱۷۲۰، ۱۷۳۰، ۱۷۴۰، ۱۷۵۰، ۱۷۶۰، ۱۷۷۰، ۱۷۸۰، ۱۷۹۰، ۱۸۰۰، ۱۸۱۰، ۱۸۲۰، ۱۸۳۰، ۱۸۴۰، ۱۸۵۰، ۱۸۶۰، ۱۸۷۰، ۱۸۸۰، ۱۸۹۰، ۱۹۰۰، ۱۹۱۰، ۱۹۲۰، ۱۹۳۰، ۱۹۴۰، ۱۹۵۰، ۱۹۶۰، ۱۹۷۰، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰، ۲۰۱۰، ۲۰۲۰، ۲۰۳۰، ۲۰۴۰، ۲۰۵۰، ۲۰۶۰، ۲۰۷۰، ۲۰۸۰، ۲۰۹۰، ۲۱۰۰، ۲۱۱۰، ۲۱۲۰، ۲۱۳۰، ۲۱۴۰، ۲۱۵۰، ۲۱۶۰، ۲۱۷۰، ۲۱۸۰، ۲۱۹۰، ۲۲۰۰، ۲۲۱۰، ۲۲۲۰، ۲۲۳۰، ۲۲۴۰، ۲۲۵۰، ۲۲۶۰، ۲۲۷۰، ۲۲۸۰، ۲۲۹۰، ۲۳۰۰، ۲۳۱۰، ۲۳۲۰، ۲۳۳۰، ۲۳۴۰، ۲۳۵۰، ۲۳۶۰، ۲۳۷۰، ۲۳۸۰، ۲۳۹۰، ۲۴۰۰، ۲۴۱۰، ۲۴۲۰، ۲۴۳۰، ۲۴۴۰، ۲۴۵۰، ۲۴۶۰، ۲۴۷۰، ۲۴۸۰، ۲۴۹۰، ۲۵۰۰، ۲۵۱۰، ۲۵۲۰، ۲۵۳۰، ۲۵۴۰، ۲۵۵۰، ۲۵۶۰، ۲۵۷۰، ۲۵۸۰، ۲۵۹۰، ۲۶۰۰، ۲۶۱۰، ۲۶۲۰، ۲۶۳۰، ۲۶۴۰، ۲۶۵۰، ۲۶۶۰، ۲۶۷۰، ۲۶۸۰، ۲۶۹۰، ۲۷۰۰، ۲۷۱۰، ۲۷۲۰، ۲۷۳۰، ۲۷۴۰، ۲۷۵۰، ۲۷۶۰، ۲۷۷۰، ۲۷۸۰، ۲۷۹۰، ۲۸۰۰، ۲۸۱۰، ۲۸۲۰، ۲۸۳۰، ۲۸۴۰، ۲۸۵۰، ۲۸۶۰، ۲۸۷۰، ۲۸۸۰، ۲۸۹۰، ۲۹۰۰، ۲۹۱۰، ۲۹۲۰، ۲۹۳۰، ۲۹۴۰، ۲۹۵۰، ۲۹۶۰، ۲۹۷۰، ۲۹۸۰، ۲۹۹۰، ۳۰۰۰، ۳۰۱۰، ۳۰۲۰، ۳۰۳۰، ۳۰۴۰، ۳۰۵۰، ۳۰۶۰، ۳۰۷۰، ۳۰۸۰، ۳۰۹۰، ۳۱۰۰، ۳۱۱۰، ۳۱۲۰، ۳۱۳۰، ۳۱۴۰، ۳۱۵۰، ۳۱۶۰، ۳۱۷۰، ۳۱۸۰، ۳۱۹۰، ۳۲۰۰، ۳۲۱۰، ۳۲۲۰، ۳۲۳۰، ۳۲۴۰، ۳۲۵۰، ۳۲۶۰، ۳۲۷۰، ۳۲۸۰، ۳۲۹۰، ۳۳۰۰، ۳۳۱۰، ۳۳۲۰، ۳۳۳۰، ۳۳۴۰، ۳۳۵۰، ۳۳۶۰، ۳۳۷۰، ۳۳۸۰، ۳۳۹۰، ۳۴۰۰، ۳۴۱۰، ۳۴۲۰، ۳۴۳۰، ۳۴۴۰، ۳۴۵۰، ۳۴۶۰، ۳۴۷۰، ۳۴۸۰، ۳۴۹۰، ۳۵۰۰، ۳۵۱۰، ۳۵۲۰، ۳۵۳۰، ۳۵۴۰، ۳۵۵۰، ۳۵۶۰، ۳۵۷۰، ۳۵۸۰، ۳۵۹۰، ۳۶۰۰، ۳۶۱۰، ۳۶۲۰، ۳۶۳۰، ۳۶۴۰، ۳۶۵۰، ۳۶۶۰، ۳۶۷۰، ۳۶۸۰، ۳۶۹۰، ۳۷۰۰، ۳۷۱۰، ۳۷۲۰، ۳۷۳۰، ۳۷۴۰، ۳۷۵۰، ۳۷۶۰، ۳۷۷۰، ۳۷۸۰، ۳۷۹۰، ۳۸۰۰، ۳۸۱۰، ۳۸۲۰، ۳۸۳۰، ۳۸۴۰، ۳۸۵۰، ۳۸۶۰، ۳۸۷۰، ۳۸۸۰، ۳۸۹۰، ۳۹۰۰، ۳۹۱۰، ۳۹۲۰، ۳۹۳۰، ۳۹۴۰، ۳۹۵۰، ۳۹۶۰، ۳۹۷۰، ۳۹۸۰، ۳۹۹۰، ۴۰۰۰، ۴۰۱۰، ۴۰۲۰، ۴۰۳۰، ۴۰۴۰، ۴۰۵۰، ۴۰۶۰، ۴۰۷۰، ۴۰۸۰، ۴۰۹۰، ۴۱۰۰، ۴۱۱۰، ۴۱۲۰، ۴۱۳۰، ۴۱۴۰، ۴۱۵۰، ۴۱۶۰، ۴۱۷۰، ۴۱۸۰، ۴۱۹۰، ۴۲۰۰، ۴۲۱۰، ۴۲۲۰، ۴۲۳۰، ۴۲۴۰، ۴۲۵۰، ۴۲۶۰، ۴۲۷۰، ۴۲۸۰، ۴۲۹۰، ۴۳۰۰، ۴۳۱۰، ۴۳۲۰، ۴۳۳۰، ۴۳۴۰، ۴۳۵۰، ۴۳۶۰، ۴۳۷۰، ۴۳۸۰، ۴۳۹۰، ۴۴۰۰، ۴۴۱۰، ۴۴۲۰، ۴۴۳۰، ۴۴۴۰، ۴۴۵۰، ۴۴۶۰، ۴۴۷۰، ۴۴۸۰، ۴۴۹۰، ۴۵۰۰، ۴۵۱۰، ۴۵۲۰، ۴۵۳۰، ۴۵۴۰، ۴۵۵۰، ۴۵۶۰، ۴۵۷۰، ۴۵۸۰، ۴۵۹۰، ۴۶۰۰، ۴۶۱۰، ۴۶۲۰، ۴۶۳۰، ۴۶۴۰، ۴۶۵۰، ۴۶۶۰، ۴۶۷۰، ۴۶۸۰، ۴۶۹۰، ۴۷۰۰، ۴۷۱۰، ۴۷۲۰، ۴۷۳۰، ۴۷۴۰، ۴۷۵۰، ۴۷۶۰، ۴۷۷۰، ۴۷۸۰، ۴۷۹۰، ۴۸۰۰، ۴۸۱۰، ۴۸۲۰، ۴۸۳۰، ۴۸۴۰، ۴۸۵۰، ۴۸۶۰، ۴۸۷۰، ۴۸۸۰، ۴۸۹۰، ۴۹۰۰، ۴۹۱۰، ۴۹۲۰، ۴۹۳۰، ۴۹۴۰، ۴۹۵۰، ۴۹۶۰، ۴۹۷۰، ۴۹۸۰، ۴۹۹۰، ۵۰۰۰، ۵۰۱۰، ۵۰۲۰، ۵۰۳۰، ۵۰۴۰، ۵۰۵۰، ۵۰۶۰، ۵۰۷۰، ۵۰۸۰، ۵۰۹۰، ۵۱۰۰، ۵۱۱۰، ۵۱۲۰، ۵۱۳۰، ۵۱۴۰، ۵۱۵۰، ۵۱۶۰، ۵۱۷۰، ۵۱۸۰، ۵۱۹۰، ۵۲۰۰، ۵۲۱۰، ۵۲۲۰، ۵۲۳۰، ۵۲۴۰، ۵۲۵۰، ۵۲۶۰، ۵۲۷۰، ۵۲۸۰، ۵۲۹۰، ۵۳۰۰، ۵۳۱۰، ۵۳۲۰، ۵۳۳۰، ۵۳۴۰، ۵۳۵۰، ۵۳۶۰، ۵۳۷۰، ۵۳۸۰، ۵۳۹۰، ۵۴۰۰، ۵۴۱۰، ۵۴۲۰، ۵۴۳۰، ۵۴۴۰، ۵۴۵۰، ۵۴۶۰، ۵۴۷۰، ۵۴۸۰، ۵۴۹۰، ۵۵۰۰، ۵۵۱۰، ۵۵۲۰، ۵۵۳۰، ۵۵۴۰، ۵۵۵۰، ۵۵۶۰، ۵۵۷۰، ۵۵۸۰، ۵۵۹۰، ۵۶۰۰، ۵۶۱۰، ۵۶۲۰، ۵۶۳۰، ۵۶۴۰، ۵۶۵۰، ۵۶۶۰، ۵۶۷۰، ۵۶۸۰، ۵۶۹۰، ۵۷۰۰، ۵۷۱۰، ۵۷۲۰، ۵۷۳۰، ۵۷۴۰، ۵۷۵۰، ۵۷۶۰، ۵۷۷۰، ۵۷۸۰، ۵۷۹۰، ۵۸۰۰، ۵۸۱۰، ۵۸۲۰، ۵۸۳۰، ۵۸۴۰، ۵۸۵۰، ۵۸۶۰، ۵۸۷۰، ۵۸۸۰، ۵۸۹۰، ۵۹۰۰، ۵۹۱۰، ۵۹۲۰، ۵۹۳۰، ۵۹۴۰، ۵۹۵۰، ۵۹۶۰، ۵۹۷۰، ۵۹۸۰، ۵۹۹۰، ۶۰۰۰، ۶۰۱۰، ۶۰۲۰، ۶۰۳۰، ۶۰۴۰، ۶۰۵۰، ۶۰۶۰، ۶۰۷۰، ۶۰۸۰، ۶۰۹۰، ۶۱۰۰، ۶۱۱۰، ۶۱۲۰، ۶۱۳۰، ۶۱۴۰، ۶۱۵۰، ۶۱۶۰، ۶۱۷۰، ۶۱۸۰، ۶۱۹۰، ۶۲۰۰، ۶۲۱۰، ۶۲۲۰، ۶۲۳۰، ۶۲۴۰، ۶۲۵۰، ۶۲۶۰، ۶۲۷۰، ۶۲۸۰، ۶۲۹۰، ۶۳۰۰، ۶۳۱۰، ۶۳۲۰، ۶۳۳۰، ۶۳۴۰، ۶۳۵۰، ۶۳۶۰، ۶۳۷۰، ۶۳۸۰، ۶۳۹۰، ۶۴۰۰، ۶۴۱۰، ۶۴۲۰، ۶۴۳۰، ۶۴۴۰، ۶۴۵۰، ۶۴۶۰، ۶۴۷۰، ۶۴۸۰، ۶۴۹۰، ۶۵۰۰، ۶۵۱۰، ۶۵۲۰، ۶۵۳۰، ۶۵۴۰، ۶۵۵۰، ۶۵۶۰، ۶۵۷۰، ۶۵۸۰، ۶۵۹۰، ۶۶۰۰، ۶۶۱۰، ۶۶۲۰، ۶۶۳۰، ۶۶۴۰، ۶۶۵۰، ۶۶۶۰، ۶۶۷۰، ۶۶۸۰، ۶۶۹۰، ۶۷۰۰، ۶۷۱۰، ۶۷۲۰، ۶۷۳۰، ۶۷۴۰، ۶۷۵۰، ۶۷۶۰، ۶۷۷۰، ۶۷۸۰، ۶۷۹۰، ۶۸۰۰، ۶۸۱۰، ۶۸۲۰، ۶۸۳۰، ۶۸۴۰، ۶۸۵۰، ۶۸۶۰، ۶۸۷۰، ۶۸۸۰، ۶۸۹۰، ۶۹۰۰، ۶۹۱۰، ۶۹۲۰، ۶۹۳۰، ۶۹۴۰، ۶۹۵۰، ۶۹۶۰، ۶۹۷۰، ۶۹۸۰، ۶۹۹۰، ۷۰۰۰، ۷۰۱۰، ۷۰۲۰، ۷۰۳۰، ۷۰۴۰، ۷۰۵۰، ۷۰۶۰، ۷۰۷۰، ۷۰۸۰، ۷۰۹۰، ۷۱۰۰، ۷۱۱۰، ۷۱۲۰، ۷۱۳۰، ۷۱۴۰، ۷۱۵۰، ۷۱۶۰، ۷۱۷۰، ۷۱۸۰، ۷۱۹۰، ۷۲۰۰، ۷۲۱۰، ۷۲۲۰، ۷۲۳۰، ۷۲۴۰، ۷۲۵۰، ۷۲۶۰، ۷۲۷۰، ۷۲۸۰، ۷۲۹۰، ۷۳۰۰، ۷۳۱۰، ۷۳۲۰، ۷۳۳۰، ۷۳۴۰، ۷۳۵۰، ۷۳۶۰، ۷۳۷۰، ۷۳۸۰، ۷۳۹۰، ۷۴۰۰، ۷۴۱۰، ۷۴۲۰، ۷۴۳۰، ۷۴۴۰، ۷۴۵۰، ۷۴۶۰، ۷۴۷۰، ۷۴۸۰، ۷۴۹۰، ۷۵۰۰، ۷۵۱۰، ۷۵۲۰، ۷۵۳۰، ۷۵۴۰، ۷۵۵۰، ۷۵۶۰، ۷۵۷۰، ۷۵۸۰، ۷۵۹۰، ۷۶۰۰، ۷۶۱۰، ۷۶۲۰، ۷۶۳۰، ۷۶۴۰، ۷۶۵۰، ۷۶۶۰، ۷۶۷۰، ۷۶۸۰، ۷۶۹۰، ۷۷۰۰، ۷۷۱۰، ۷۷۲۰، ۷۷۳۰، ۷۷۴۰، ۷۷۵۰، ۷۷۶۰، ۷۷۷۰، ۷۷۸۰، ۷۷۹۰، ۷۸۰۰، ۷۸۱۰، ۷۸۲۰، ۷۸۳۰، ۷۸۴۰، ۷۸۵۰، ۷۸۶۰، ۷۸۷۰، ۷۸۸۰، ۷۸۹۰، ۷۹۰۰، ۷۹۱۰، ۷۹۲۰، ۷۹۳۰، ۷۹۴۰، ۷۹۵۰، ۷۹۶۰، ۷۹۷۰، ۷۹۸۰، ۷۹۹۰، ۸۰۰۰، ۸۰۱۰، ۸۰۲۰، ۸۰۳۰، ۸۰۴۰، ۸۰۵۰، ۸۰۶۰، ۸۰۷۰، ۸۰۸۰، ۸۰۹۰، ۸۱۰۰، ۸۱۱۰، ۸۱۲۰، ۸۱۳۰، ۸۱۴۰، ۸۱۵۰، ۸۱۶۰، ۸۱۷۰، ۸۱۸۰، ۸۱۹۰، ۸۲۰۰، ۸۲۱۰، ۸۲۲۰، ۸۲۳۰، ۸۲۴۰، ۸۲۵۰، ۸۲۶۰، ۸۲۷۰، ۸۲۸۰، ۸۲۹۰، ۸۳۰۰، ۸۳۱۰، ۸۳۲۰، ۸۳۳۰، ۸۳۴۰، ۸۳۵۰، ۸۳۶۰، ۸۳۷۰، ۸۳۸۰، ۸۳۹۰، ۸۴۰۰، ۸۴۱۰، ۸۴۲۰، ۸۴۳۰، ۸۴۴۰، ۸۴۵۰، ۸۴۶۰، ۸۴۷۰، ۸۴۸۰، ۸۴۹۰، ۸۵۰۰، ۸۵۱۰، ۸۵۲۰، ۸۵۳۰، ۸۵۴۰، ۸۵۵۰، ۸۵۶۰، ۸۵۷۰، ۸۵۸۰، ۸۵۹۰، ۸۶۰۰، ۸۶۱۰، ۸۶۲۰، ۸۶۳۰، ۸۶۴۰، ۸۶۵۰، ۸۶۶۰، ۸۶۷۰، ۸۶۸۰، ۸۶۹۰، ۸۷۰۰، ۸۷۱۰، ۸۷۲۰، ۸۷۳۰، ۸۷۴۰، ۸۷۵۰، ۸۷۶۰، ۸۷۷۰، ۸۷۸۰، ۸۷۹۰، ۸۸۰۰، ۸۸۱۰، ۸۸۲۰، ۸۸۳۰، ۸۸۴۰، ۸۸۵۰، ۸۸۶۰، ۸۸۷۰، ۸۸۸۰، ۸۸۹۰، ۸۹۰۰، ۸۹۱۰، ۸۹۲۰، ۸۹۳۰، ۸۹۴۰، ۸۹۵۰، ۸۹۶۰، ۸۹۷۰، ۸۹۸۰، ۸۹۹۰، ۹۰۰۰، ۹۰۱۰، ۹۰۲۰، ۹۰۳۰، ۹۰۴۰، ۹۰۵۰، ۹۰۶۰، ۹۰۷۰، ۹۰۸۰، ۹۰۹۰، ۹۱۰۰، ۹۱۱۰، ۹۱۲۰، ۹۱۳۰، ۹۱۴۰، ۹۱۵۰، ۹۱۶۰، ۹۱۷۰، ۹۱۸۰، ۹۱۹۰، ۹۲۰۰، ۹۲۱۰، ۹۲۲۰، ۹۲۳۰، ۹۲۴۰، ۹۲۵۰، ۹۲۶۰، ۹۲۷۰، ۹۲۸۰، ۹۲۹۰، ۹۳۰۰، ۹۳۱۰، ۹۳۲۰، ۹۳۳۰، ۹۳۴۰، ۹۳۵۰، ۹۳۶۰، ۹۳۷۰، ۹۳۸۰، ۹۳۹۰، ۹۴۰۰، ۹۴۱۰، ۹۴۲۰، ۹۴۳۰، ۹۴۴۰، ۹۴۵۰، ۹۴۶۰، ۹۴۷۰، ۹۴۸۰، ۹۴۹۰، ۹۵۰۰، ۹۵۱۰، ۹۵۲۰، ۹۵۳۰، ۹۵۴۰، ۹۵۵۰، ۹۵۶۰، ۹۵۷۰، ۹۵۸۰، ۹۵۹۰، ۹۶۰۰، ۹۶۱۰، ۹۶۲۰، ۹۶۳۰، ۹۶۴۰، ۹۶۵۰، ۹۶۶۰، ۹۶۷۰، ۹۶۸۰، ۹۶۹۰، ۹۷۰۰، ۹۷۱۰، ۹۷۲۰، ۹۷۳۰، ۹۷۴۰، ۹۷۵۰، ۹۷۶۰، ۹۷۷۰، ۹۷۸۰، ۹۷۹۰، ۹۸۰۰، ۹۸۱۰، ۹۸۲۰، ۹۸

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس پیشفرضهای استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که پیشفرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مطالعه محقق شده است، زیرا سطح معناداری بزرگتر از 0.05 است. نتایج غیرمعنادار آزمون امباکس، متغیر شفقت خود ($F=1/13$, $p=0.12$) و متغیر بهزیستی هیجانی ($F=1/33$, $p=0.22$) نشان دهنده برقراری مفروضه برابری واریانس-کوواریانس بود. برای سنجش برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج این آزمون در طی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون 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 پیشفرضهای تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

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

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

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ سطوح معناداری بزرگتر از 0.05 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 بیزیستی ذهنی و فشارخون گروههای آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور	توان	آماری
شفقت خود	پیش آزمون	۲۹/۴۱	۱	۲۹/۴۱	۴/۶۳	معنی داری	انا	۰/۱۱	۰/۰۳۸
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۶۴۸/۶۷	۱	۶۴۸/۶۷	۶/۷۲	۰/۰۱۶	۰/۲۱	۰/۷۰۳	۱/۰۰
فسخارخون سیستولیک	پیش آزمون	۱۹۹۰/۳۱۲	۱	۱۹۹۰/۳۱۲	۱۹۹۰/۳۱۲	۰/۰۰۱	۴۵/۸۹۸	۰/۴۵۰	۱/۰۰
فسخارخون دیاستولیک	پیش آزمون	۴۶۴/۸۸۵	۱	۴۶۴/۸۸۵	۴۶۴/۸۸۵	۰/۰۰۱	۱۹/۲۳۴	۰/۲۵۶	۰/۹۹۱
گروه خطای	گروه خطای	۴۲۲۹/۸۹	۱	۴۲۲۹/۸۹	۴۲۲۹/۸۹	۰/۰۰۱	۶۶۵/۹۳	۰/۹۴	۱/۰۰
گروه خطای	گروه خطای	۲۲۸/۶۶	۲۵	۲۲۸/۶۶	۶/۳۵	۰/۰۰۱	۱۱۲/۰۶	۰/۸۱	۱/۰۰
پیش آزمون	پیش آزمون	۹۶/۲۵	۲۵	۹۶/۲۵	۹۶/۲۵	۰/۰۰۱	۱۰/۰۴۷	۰/۱۵۲	۰/۸۷۶
پیش آزمون	پیش آزمون	۲۴۲۸/۳۴۸	۵۶	۲۴۲۸/۳۴۸	۴۳/۳۶۳	۰/۰۰۱	۱۶/۴۵۳	۰/۲۲۷	۰/۹۷۹
پیش آزمون	پیش آزمون	۱۳۵۳/۵۴۸	۵۶	۱۳۵۳/۵۴۸	۲۴/۱۷۱	۰/۰۰۱	۱۶/۴۵۳	۰/۲۲۷	۰/۹۷۹

۲۷۶

همان طور 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 ($F=94/0$ = ضریب تاثیر، $F=665/93$ = ضریب تاثیر، $F=112/06$ = ضریب تاثیر)، فشارخون سیستولیک ($F=16/45$ = ضریب تاثیر، $F=10/04$ = ضریب تاثیر، $F=22/0$ = ضریب تاثیر) در سطح معنی‌داری ($p<0.001$) وجود داشت. بنابراین، آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی شد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند.

بحث و نتیجہ گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی 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 چاری اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر

شفقت خود افراد وابسته به مواد را تائید 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 موضع گیری مهربانانه، پذیرنده و آگاهانه نسبت به خود، هنگام برخورد با چالش‌ها و شکست‌ها است (Sirois و Hirsch, ۲۰۱۹). 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 آن‌گونه 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 جوادی، ۱۴۰۰). همچنین میبن تحوال در شفقت ورزی است که در این راستا روحانی و هارونی (۱۳۹۸) عنوان می‌کنند، داشتن احساس خود شفقت ورزی مؤید آن است که فرد می‌کوشد که از تجربه درد جلوگیری به عمل آورد و این باعث شکل‌گیری سبک مقابله‌ی فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود. همچنین، دیدگاه حمایت گرایانه‌ای که افراد نسبت به خود دارند سبب افزایش رضایت آنان از زندگی می‌شود؛ بنابراین زمانی که فرد وابسته به مواد دارای دیدگاه مشفقاته به خود می‌باشد دارای ادراکی جدید می‌شود که او با حمایت بیشتری از قبل به خود پاسخ می‌دهد. درنتیجه سبک سالمی از ارتباط با خود برقرار می‌شود. به طور 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 فraigیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی است، ضمن انجام تمرینات عملی به صورت گروهی، آموختند که به گونه‌ای 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 سوءصرف مواد را نشان داد. یافته‌های سانچتی و پوچام (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 در گیری با دلسوزی و در ک نسبت به خودش واکنش نشان دهد و با لنزی جدید و متفاوت به خود بنگرد. همچنین به فرد امکان می‌دهد به این مسئله پی ببرد که با خود مهربانی حتی می‌تواند در پی درمان بیماری مهلك و جدی، بهزیستی و رفاه روان‌شناختی را ارتقاء داد و آشфтگی‌های 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 سوءصرف آن به مرور باعث فرسودگی فرد می‌شود و وضعیت را از آنچه که هست، بدتر می‌کند؛ به طوری که فرد معاد در جنبه‌های مختلف زندگی همچون زندگی خانوادگی، زناشویی، اجتماعی و شغلی با مشکلات جدی مواجه می‌شود و درنتیجه از کیفیت زندگی و میزان بهزیستی ذهنی ادراک شده به طور قابل ملاحظه‌ای 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 تاب و توان 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 تعديل هیجانی که منجر به تنظیم عواطف می‌شود و با آموزش تکنیک‌های رفتاری موجب می‌شود فرد کمتر به سوی هیجان‌های منفی گرایش پیدا کند و به بهزیستی نائل آید.

دیگر یافته قابل توجه این پژوهش این بود که درنتیجه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، فشارخون افراد وابسته به مواد کاهش یافت که این یافته با نتایج پژوهش‌های گیس، بک، هیتلر، هیلیماچر، هوسل^۱ (۲۰۲۱)، کاتر و کرانتز (۲۰۲۰)، تدر و همکاران (۱۵)، رنجبران، علی‌اکبری دهکردی، صفاری نیا و علی پور (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 روان‌شناسنخستی 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 بیند. همچنین با استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای ناشی از تنظیم هیجانی، سلامت خود را بازیافته و فشارخون ناشی از آن را کاهش دهنده؛ لذا در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤید اثربخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی و مهارت آموزی گروهی آن در کاهش رفتارهای خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقي و هیجانی نظر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثبتی عاطفی و تحریک‌پذیری و در نهایت کاهش معنادار فشارخون در افراد موردمطالعه این پژوهش بود. رفتاردرمانی دیالکتیکی با بهره‌گیری از راهبردهای هیجانی مانند مشغول نمودن خود و مشارکت در کارها، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت، فرونشانی احساسات دردنگ، 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 به عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های قلبی- عروقی می‌شود و باز ارزیابی شناسنخستی هیجانات به عنوان 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 قضاؤت 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 به صورت 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 می‌توان اذعان نمود آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، به ویژه مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و ذهن آگاهی باعث می‌شود هر یک از شرکت‌کنندگان در برنامه آموزشی، به نیازهای هیجانی خودش در زمان حال توجه کند و توانایی آگاه شدن از افکار، هیجانات، احساسات جسمی و اعمال در لحظه حال بدون اینکه درباره او یا تجارب‌شان قضاوت یا انتقاد کنند را داشته باشند. همچنین افراد بتوانند تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند داشته باشند و با تمرین تکنیک‌های تحمل آشتفتگی و روابط بین فردی بتوانند در موقعیت انجام گرفته، راهبردهای مقابله خود آسیب‌رسان و پیامدهای احتمالی آن را در نظر گرفته و با استفاده از اعمال تکنیک‌های خودگویی و خودآرامش بخشی بتوانند کنترل هیجان‌های آشفته ساز را در دست بگیرند (خاکشور شاندیز، سوداگر، عنابی سراب، مليحی الذاکرینی و زربان، ۱۳۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، نتایج این تحقیق ضرورت مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات دارویی و پزشکی را مورد تأکید قرار می‌دهد و می‌تواند تلویحاتی برای کادر درمانی پزشکی، بیماران، پژوهشگران آینده و کار بالینی برای بهبود رفتارهای خود مدیریتی و ارتقا سلامتی به همراه داشته باشد.

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

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان، 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 پرفساری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی. مجله تحقیقات علوم رفقاری، ۱۶(۲)، ۲۰۵-۱۹۸.

ایز کیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام و حسینی، سید حمزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بد تنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش آموزان خود آسیب رسان. *فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار*, ۷(۵۳)، ۲۷-۱۷.

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

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

بهارونندی، بهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همايون (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمدان. *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) (۹۹۴-۹۷۹).

للاح آزمایشگاهی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹(۹)، ۹۹۴-۹۷۹.

تقوایی‌نیا، علی (۱۴۰۰). ۱. اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتماد پژوهی، ۶۰(۱۵)، ۲۰۴-۱۸۳.

توفیقی، مریم؛ باباخانی، وحیده؛ قمری، محمد و پویامنش، جعفر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف در مادران کودکان کم‌توان ذهنی.

فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۹(۱۰)، ۶۶-۵۹.

چراغیان، حدیث؛ کیانی، احمد رضا؛ رضائی شریف، علی؛ قمری گیوی، حسین و مؤمنی، آریا (۱۴۰۰).

تنظيم هیجان در بیماران سایکوسوماتیک: مطالعه کیفی. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۸(۲)، ۱۳۳-۱۲۱.

حاتمی ورزنه، ابوالفضل؛ فتحی، الهام؛ خانی پور، حمید و حبیبی، نرگس (۱۳۹۹). پیش‌بینی نگرش به داوطلبی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، همدلی و خود شفقت ورزی در افراد داوطلب و غیر

داوطلب در فعالیت‌های مشارکت مردمی در دوره شیوع کوید ۱۹. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۴(۱)، ۱۰۱-۸۷.

حاتمیان، پیمان؛ حیدریان، سجاد و احمدی فارسانی، مجتبی (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی سالمدان با سابقه بیماری قلبی.

فصلنامه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، ۶(۳)، ۶۵-۶۰.

حاجت‌الاسلامی، لیلا؛ تادیبی، وحید و بهپور، ناصر (۱۳۹۸). اثر هشت هفته تمرین هوایی متوسط بر فشارخون، سطوح سرمی نیتریک اکساید و آپلین زنان میان‌سال مبتلا به پیش پرشاری خون.

فصلنامه فیزیولوژی ورزش و فعالیت بدنی، ۱۲(۲)، ۱۱۸-۱۰۷.

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

حمدالله، حمد الله و رضایی، سعیده (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی و خود بازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتماد. چهارمین کنفرانس ملی

توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.

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

خاکشور شاندیز، سوداگر، عنابی سراب، مليحی الذاکرینی و زربان (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتار درمانی 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)، ۴-۳۲.

خاموشی قلعه‌نوبی، 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).

خسروی، صدرالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفايت روان‌سنگي مقیاس شفقت خود (SCS)، فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شنختی، ۴(۱۳)، ۵۹-۴۷.

دلاور، علی (۱۳۹۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
ذاکری، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوءصرف مواد. تهران، نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی).

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

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

رنجران، 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، عروق. *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 اسکلروزیس مرد شهر اصفهان. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی*، ۱۰(۳۹)، ۵۱-۶۲.

ساکنی، زهرا؛ فراهانی، سمانه؛ اسحاقی مقدم، فائزه؛ رفیعی پور، امین؛ جعفری، طیبه و لطفی، پریسا (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۶)، ۲۲۳-۱.

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

سید جعفری، جواد؛ برجعلی، احمد؛ شرافتی، شاهین؛ پناهی، مهدی؛ دهناشی لاطان، تاجمهah و عبودیت، سعیده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمن کز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، *مجله علوم روان‌شناسی*، ۹۲(۱۹)، ۹۵۵-۹۴۵.

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

شیخ‌هادی سیروئی، رحمان؛ مدنی، یاسر و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر سبک‌های مدیریت تعارض زوجین پرتعارض. *مجله سلامت جامعه*، ۱۱(۴)، ۵۵-۴۷.

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

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

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

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

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

عرب زاده احمد، سودانی منصور، شعاع کاظمی مهرانگیز، شهبازی مسعود (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تاب آوری و بهزیستی روان‌شناسی زوج‌های مراجعه کننده به مرکز مشاوره. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۳)، ۹۹-۱۲۱.

۲۸۵
۲۸۵

سال پنجم شماره ۲۴۰ زمستان ۱۴۰۰ Vol. 15, No. 62, Winter 2022

- 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 نازاری ایران*، ۲۳(۲)، ۴۱-۴۰.

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

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

فخری، محمد‌کاظم، بهار، عادله 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(۱)، ۱۹۳-۱۸۶.

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

قلی پور باز کیا‌گوراب، فاطمه؛ گلشنی، فاطمه؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ امامی پور، سوزان و سپاه منصور، مژگان (۱۳۹۸). اثربخشی مهارت آموزی گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان دختران افسرده. *فصلنامه‌ی پرستار و پزشک در رزم*، ۲۲(۷)، 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 پژوهش‌توان‌بخشی در پرستاری*، ۶(۳)، ۵۰-۴۳.

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

مک کی، متیو؛ وود، جفری و برنتلی، جفری (۲۰۰۷). تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی. *ترجمه حسن حمید پور، حمید جمعه پور و زهرا اندوز*، ۷(۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند.

میکایلی، نیلوفر و رهبری غازانی، نسرین (۱۳۹۹). اثربخشی یک برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر اهمال کاری و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۱۷۷-۱۷۷.

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

نظر پوری، امیر هوشنگ؛ باقر زاده خدا شهری، راضیه و آزادی، محمدحسین (۱۳۹۹). بررسی نقش رهبری تحول آفرین در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی 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 میانجی گری 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 تاب آوری در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۸)، ۷۹۰-۷۷۳.

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

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

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

References

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

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

۲۸۸
288

۱۴۰۰، ۱۵، نو، ۶۲، مهر ۲۰۲۲
[۱۴۰۰، ۱۵، نو، ۶۲، مهر ۲۰۲۲]