

اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد*

رضا صادقی^۱، منصور سودانی^۲، مریم غلامزاده جفهره^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۹

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد انجام گرفت. **روش:** طرح پژوهشی حاضر نیمه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه‌ای به حجم ۵۰ نفر از افراد وابسته به مواد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، آموزش مبتنی بر شفقت خود را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یکبار در هفته دریافت نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش متمرکز بر شفقت خود به طور معناداری باعث کاهش عاطفه منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد شد و این تغییرات در دوره پیگیری نیز ماندگار بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج گویای اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد بود. بنابراین، می‌توان از آموزش متمرکز بر شفقت خود در کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش متمرکز بر شفقت خود، عواطف منفی، کیفیت زندگی، وابستگی به مواد

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک: sodani_m@scu.ac.ir

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

از مهم ترین دستاوردهای اعتیاد پژوهی در چند سال اخیر، تغییر نگاه مسئولان و کارگزاران نسبت به اعتیاد، مواد مخدر و معتاد بوده است. اعتیاد را نوعی بیماری روانی تکرار شونده می دانند که معتاد علی رغم تمام عوارض مصرف داروی مخدر، آن را بدون اراده مصرف می کند (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۴). اعتیاد یک ناهنجاری روانی- اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز مواد مخدر ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیکی فرد به مواد مخدر می شود و در موارد مصرف شدید حتی زندگی فردی - اجتماعی وی را با خطر جدی مواجه می کند (بهاروند و سودانی، ۱۳۹۸). بر این اساس تلاش جامعه برای تأمین سلامتی فرد معتاد به منظور افزایش سطح کیفیت زندگی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است و لزوم درمان را بیش از پیش آشکار می سازند (سودانی، مهدی زاده تواسانی، رجبی و خجسته مهر، ۱۳۹۵). درمان زمانی موفقیت آمیز خواهد بود که مسئولان بهداشت روانی به صورت یکپارچه برای کمک به معتادان فعالیت نموده و مشکلات آنها را حل کنند و زندگی بهتری را در زمینه های مختلف، خصوصاً روابط اجتماعی ایجاد نمایند (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۴). مشکلات معتادان از جمله کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی آنان مستلزم صرف هزینه های سنگین و بعضاً جبران نشدنی فردی و اجتماعی است. این گونه مشکلات بار مسئولیت مشاوران، روان شناسان و برنامه ریزان اجتماعی را دوچندان می کند. به همین دلیل ضرورت دارد با استفاده از مداخله ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع تر با این مسئله مقابله شود تا ضمن افزایش عواطف مثبت معتادان و به طبع آن کاستن از عواطف منفی و زجر آور به زندگی با کیفیتی دست پیدا کنند.

به زعم روان شناسان عواطف از مهم ترین متغیرهای روان شناختی و تأثیرگذار بر سلامت روانی محسوب می شود. واتسون، کلارک و تلگن^۱ (۱۹۸۵) عواطف را به دو بعد پایه ای تقسیم بندی می کنند. یکی عاطفه منفی است، بدین معنی که شخص تا چه میزان احساس ناخرسندی و ناخوشایندی می کند. عاطفه منفی جنبه عمومی از یأس درونی و عدم

اشتغال به کار لذت‌بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید. بعد عاطفی دوم، عاطفه مثبت است؛ حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است. عاطفه مثبت در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به خود است (بشارت، میرزایی، غلامعلی لواسانی و نقی پور، ۱۳۹۶). در زمینه بهداشت روانی، مطالعات نشان داده‌اند که عاطفه مثبت می‌تواند باطل‌کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن‌ها باشد (محمدی، بشارت، رضازاده و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۷).

عاطفه در خلاء اتفاق نمی‌افتد، بلکه تحت تاثیر اتفاقات جاری نوسان پیدا می‌کند. رویدادهای استرس‌زا نیازهایی را به سیستم روانی فرد تحمیل می‌کنند که باعث محدود شدن فضای توجه و کاهش ظرفیت پردازش او شده و توانایی‌های تشخیصی وی را کاهش می‌دهند (عزیزی، یوسفی افراشته، مروتی و الهی، ۱۳۹۷). فریدمن^۱ (۲۰۱۰) معتقد است که حالات هیجانی مثبت دامنه توجه را افزایش می‌دهد (به نقل از کاظمی زاده، نوری قاسم آبادی، ۱۳۹۴). استلار، هاندرسون، اندرسون، گردون و مکینیل^۲ (۲۰۱۵) دریافته‌اند که عاطفه مثبت موجب بهبود سریع‌تر تیدگی و قوی‌تر شدن ارتباطات اجتماعی و در نهایت منجر به سلامت بیشتر و کاهش فعالیت التهابی می‌گردد. در حالی که عاطفه منفی وسعت توجه را محدود می‌کند و به همین دلیل هنگامی که افراد در حین انجام تکلیفی عاطفه منفی بالایی دارند، عملکرد و توجه مطلوبی نخواهند داشت. به عبارتی عاطفه مثبت باعث خلاقیت، آزادی اندیشه، تنوع در اندیشه و تلاش برای یافتن موضوعات جدید می‌شود (ایزن، داوینن و نوویکی^۳، ۲۰۱۲).

با بن بست‌های زندگی در طول قرن بیستم و نقدهای جدی در حوزه اندیشه بر زندگی مکانیکی و تحت سلطه تکنولوژی و سرمایه‌داری، مفهوم کیفیت زندگی با تمام ابعاد آن مورد توجه قرار گرفت. هم‌اکنون کیفیت زندگی یکی از مسائل پیش روی

1. Fridman
4. Stellar, Henderson, Anderson, Gordon
& McNeil

3. Isen, Daubman & Nowicki

جهان امروز است و گروه‌هایی نظیر معلولین، سالمندان، معتادان، زنان و کودکان بیشتر از قبل مورد توجه قرار گرفته‌اند. قبل از هر گونه اقدام برای بهبود شرایط زندگی و بهزیستی، شناسایی این گروه‌های محروم از استانداردهای زندگی، در اولویت قرار دارد (قلی پور، پرهیز کار کلات و قلی پور، ۱۳۹۵). امروزه، کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل در امر مراقبت از سلامتی افراد است. کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژی و عملکرد روانشناختی را در بر می‌گیرد و برای ارزیابی صحیح آن، باید به این ابعاد نیز توجه کرد (مفید، فاتحی زاده و درستی، ۱۳۹۶). بوندان^۱ ابعاد موثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: حیطة‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراک فرد است (به نقل از سعیدی و خلعتبری، ۱۳۹۵). به طور کلی کیفیت زندگی در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می‌شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می‌کند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی چند بعدی بوده و شامل ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی افراد است (پیشگوی، زارع شورکی، زارعیان، آتش زاده شوریده و فرقانی، ۱۳۹۷).

جهت کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. از جمله درمان‌های به کار رفته، درمان متمرکز بر شفقت^۲ بوده است که از فلسفه بوداییسم می‌آید (اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی، ۱۳۹۷). تاریخ چند هزار ساله‌ای پشت مفاهیم شفقت نهفته است، اما در عین حال زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف همیشه معانی یکسانی برای کلماتی که استفاده می‌کنند ندارند. از این رو، تلاش برای دقت و شفافیت در توضیح و تبیین آن مهم است (گیلبرت^۳، ۲۰۱۷). طی ۲۵ سال گذشته، علم روانشناسی شاهد رشد چشم‌گیر روانشناسی مثبت بوده است. در این حوزه تحقیقاتی عمدتاً با مطالعه احساسات و ویژگی‌های شخصیتی مثبت و نقش آن‌ها در ارتقاء بهزیستی جسمی و روانی انجام شده است. شفقت خود مفهومی است که به نظر

می‌رسد در زیر چتر روان‌شناسی مثبت جای دارد. این سازه شامل سه مؤلفه است: (۱) خود مهربانی، که اشاره به گرایش به مراقبت در هنگام مقابله با مشکلات شخصی دارد؛ (۲) بشریت مشترک، که مربوط است به تمایل به تشخیص اینکه شکست‌ها و مشکلات شخصی یک بخش عادی از زندگی انسان است و (۳) ذهن آگاهی، که به عنوان توانایی حفظ مشکلات و احساسات منفی همراه با آگاهی متعادل تعریف می‌شود (موریس، ون دن بروک، اوتگار، اودنهاوون و لنارتز، ۲۰۱۸)

پل گیلبرت براساس روان‌شناسی تحولی، علم عصب روان‌شناختی، فلسفه عملی بودیستی و نظریه تکاملی، شکلی جامع از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی ارائه داده است که شفقت را به عنوان فرایندی چند وجهی همراه با عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی توصیف می‌کند که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر همراه با ملایمت و مراقبت نقش دارند. گیلبرت گوهر و ماهیت شفقت را مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین خود می‌داند (به نقل از برغندان، اکبری، خلعتبری و وارسته، ۱۳۹۷).

شفقت خود، یعنی آگاهی از رنج و دیدن انسانیت مشترک شخصی که رنج را تجربه می‌کند اما با مهربانی و صمیمیت و حسن نیت نسبت به رنج‌ها، پاسخ می‌دهد (ترزا^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). نف^۳ (۲۰۱۶) در تشریح الگوی پیشنهادی خود بیان می‌کند که شفقت خود در یک طیف از بالا به پایین جریان دارد (به نقل از مارش، چان و مک بس^۴، ۲۰۱۸) و مؤلفه‌های کلیدی می‌توانند باعث ترویج خودپذیری، تنظیم استرس و در نتیجه محافظت از سلامتی شوند (سیریوس^۵، ۲۰۲۰). شفقت به خود در واقع موضع‌گیری مهربان، پذیرنده و آگاهانه نسبت به خود، هنگام برخورد با چالش‌ها و شکست‌ها است (سیریوس و هیرش^۶، ۲۰۱۹). شفقت خود به طور مثبت همراه با ارزیابی دقیق افراد و حداقل تاثیرپذیری منفی و یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود

1. Muris, van den Broek, Otgaar, Oudenhoven, & Lennartz
2. Teresa
3. Neff

4. Marsh, Chan, & MacBeth
5. Sirois
6. Sirois & Hirsch

و زندگی می‌باشد (قاسمی، گودرزی و غضنفری، ۱۳۹۸). دو هدف اساسی شفقت خود شامل کاهش خصومت خود جهت داده و گسترش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی است (قطور، پوریحی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی با تشویق افراد نسبت به خود و دیگران شکل گرفته است. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (قاسم زاده، معتمدی و سهرابی اسمرود، ۱۳۹۸). در نتیجه فرد سلامت روانی بیشتری را نسبت به فردی که خود شفقت ورزی کمتری دارد را تجربه می‌کند (ایزکیان، میرزاییان و حسینی، ۱۳۹۸).

پژوهش‌های متعدد اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت را به اثبات رسانده‌اند. تحقیقات نشان داده است که شفقت خود باعث کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش تأثیر مثبت می‌شود. مک بس و گملی^۱ (۲۰۱۲) نیز رابطه بین شفقت خود بیشتر و سطح پایین تر مشکلات بهداشت روان مانند افسردگی، اضطراب و فشار را گزارش داده است (به نقل از فورس دیاتیر و دورجه^۲، ۲۰۱۹). بنابراین این درمان می‌تواند به عنوان روشی جدید در کاهش افسردگی و اضطراب برای روان درمان گران و خانواده درمان گران مورد استفاده قرار گیرد. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیل اسکلروزیس می‌انجامد (خلعتبری، همتی ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). پژوهش حاضر نیز به دنبال بررسی این سوال بود که آیا آموزش متمرکز بر شفقت به خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی معتادان شهرستان دزفول تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه افراد وابسته به مواد شهر دزفول بود و از بین آنها ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، تجربه حداقل دو بار حضور در کمپ ترک اعتیاد، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، و کسب نمره یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای عاطفه منفی و کیفیت زندگی، و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه بودند. ملاک خروج نیز نداشتن مشکلات سلامت روان جدی بود. بدین ترتیب، جهت انتخاب نمونه پژوهش ابتدا دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه بین همه افراد وابسته به مواد شهر دزفول اجرا شد و از میان آنان، ۵۰ نفر که نمره آنان بر اساس نقطه برش نشان‌دهنده عاطفه منفی بالا و کیفیت زندگی پایین بود، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش ۲۵ نفر و گروه کنترل ۲۵ نفر) گمارده شدند. سپس، گروه آزمایش در جلسات آموزش متمرکز بر شفقت خود (ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) شرکت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون و همچنین بعد از گذشت یک ماه، مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در نرم افزار اس پی اس تجزیه و تحلیل شدند. تعداد ۱۰ جلسه آموزشی متمرکز بر شفقت خود توسط گیلبرت طراحی شده که شامل توضیح و تشریح اصول کلی شفقت، آموزش مهارت‌های شفقت، ذهن آگاهی، سبک‌ها و ابزار شفقت و در نهایت تصویرپردازی ذهنی شفقت می‌باشد (سلیمی، ارسلان ده، زهراکار، دارونیا و شاکرمی، ۱۳۹۷). جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی متمرکز بر شفقت به خود مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت

جلسه	اهداف
اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسّف برای خود.
دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.
سوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت.
چهارم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
پنجم	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز»
ششم	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته)
هفتم	آموزش مهارت های شفقت، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقادشونده
هشتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر
نهم	آموزش تکنیک های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتیمیک، نوشتن نامه شفقت ورز.
دهم	جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخ به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا

ابزار

۱- مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۱: این مقیاس توسط واتسن، کلارک و تلگن^۲ (۱۹۸۸) ساخته شد. یک ابزار خودسنجی ۲۰ ماده ای است که برای اندازه گیری عاطفه ی منفی (۱۰ ماده) و عاطفه ی مثبت (۱۰ ماده) طراحی شده. به منظور بررسی اثر مشاهده ی

1. Positive and Negative Affect Scale (PANAS)

2. Watson, Clark, & Tellegen

ساده، فرونشانی و ارزیابی مجدد تجارب هیجانی مثبت و منفی بر تجربه‌ی ذهنی هیجان آزمودنی‌ها، هیجان جاری افراد قبل و بعد از دستکاری، به وسیله مقیاس عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی اندازه‌گیری و مقایسه شد. از آزمودنی‌ها در هر دو مرحله قبل و بعد از القاء تجارب هیجانی خواسته شد که روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار کم یا اصلاً) تا ۵ (بسیار زیاد) مشخص کنند که «هم اکنون دقیقاً تا چه حد دارای آن ویژگی هستید» (بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) مقیاس‌های عاطفه مثبت را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و عاطفه منفی را از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷/۰ رتبه‌بندی کرده‌اند. در فرهنگ ایرانی، بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسش‌نامه عواطف منفی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس ۰/۸۸ بود.

۲- مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم- کوتاه مقیاس دیگری است که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود. این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سوالی از پرسش‌نامه ۱۰۰ سوالی است و شامل ۴ بعد سلامت فیزیکی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، ارتباط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) به همراه ۲ سوال کلی درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سوالات براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول بالاتر از ۰/۷۰ است. در مطالعات انجام شده بر روی نسخه چینی و هندی این ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ برای تمامی ابعاد گزارش شده است. در جمعیت انگلیسی انتخاب شده برای ارزیابی این ابزار، آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (کریملو و همکاران، ۱۳۸۹). در تحقیق حاضر، پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ بود.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عواطف منفی	آزمایش	۲۶/۳۲	۹/۸۸	۱۹/۱۶	۶/۲۶	۲۰/۱۲	۶/۲۶
کنترل	کنترل	۲۴/۹۶	۹/۴۵	۲۷/۴۰	۵/۹۹	۲۷/۸۴	۸/۱۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۷۸/۹۲	۱۱/۸۷	۹۳/۹۲	۱۲/۷۲	۹۱/۲۸	۸/۵۰
کنترل	کنترل	۷۵/۷۶	۱۳/۲۰	۶۷/۱۲	۹/۱۶	۷۵/۷۶	۹/۱۸

همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین عواطف منفی در مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۲۶/۳۲ و ۲۴/۹۶ بود؛ در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۹/۱۶ و ۲۷/۴۰ بود؛ و در مرحله پیگیری برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۰/۱۲ و ۲۷/۸۴ بود. میانگین متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۷۸/۹۲ و ۷۵/۷۶ بود؛ در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹۳/۹۲ و ۶۷/۱۲ بود؛ و در مرحله پیگیری برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۹۱/۲۸ و ۷۵/۷۶ بود.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و نتایج غیرمعنادار ($p > 0/05$) برای عواطف منفی ($F = 0/16$ ، $p = 0/13$) و کیفیت زندگی ($F = 0/17$ ، $p = 0/06$) در گروه آزمایش و عواطف منفی ($F = 0/09$ ، $p = 0/20$) و کیفیت زندگی ($F = 0/17$ ، $p = 0/07$) در گروه کنترل، تاییدکننده توزیع نرمال داده‌ها بود. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج غیرمعنادار ($p > 0/05$) در این آزمون برای عواطف منفی ($F = 0/65$ ، $p = 0/52$) و کیفیت زندگی ($F = 0/79$ ،

($p=0/46$) نشان‌دهنده همگنی واریانس‌ها بود. همچنین، بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس از طریق شیب خط رگرسیون تایید شد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس

پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		متغیر	منبع تغییرات
F	معنی‌داری	F	معنی‌داری		
۲/۸۳	۰/۰۶۵	۲/۶۶	۰/۰۷۶	عواطف منفی	تعامل گروه * پیش‌آزمون
۱/۵۶	۰/۲۱۶	۰/۲۸۴	۰/۷۵۴	کیفیت زندگی	

نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که اثر متغیر گروه معنادار است ($p<0/001$, $F=10/85$, $F=0/47$ ، ارزش). در جدول ۴، نتایج مربوط به اثربخشی جلسات آموزشی متمرکز بر شفقت خود با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری گزارش شده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون عواطف منفی و کیفیت زندگی گروه-های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
عواطف	پیش‌آزمون	۱۲۱/۱۲	۱	۱۲۱/۱۲	۳/۳۸	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۴۴
منفی	گروه	۹۹۹/۹۰	۲	۴۹۹/۹۵	۱۳/۹۷	*۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	خطا	۲۵۰۴/۷۴	۷۰	۳۵/۷۸	-	-	-	-
کیفیت	پیش‌آزمون	۲۳۶۲/۸۴	۱	۲۳۶۲/۸۴	۲۵/۷۱	*۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱/۰۰
زندگی	گروه	۴۱۳۵/۲۹	۲	۲۰۶۷/۶۴	۲۲/۵۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	خطا	۶۴۳۱/۶۵	۷۰	۹۱/۸۸	-	-	-	-

* $p<0.001$

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، با کنترل پیش‌آزمون نمرات، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در رابطه با پس‌آزمون نمرات عواطف منفی ($p<0/001$)، ($F=13/97$) و کیفیت زندگی ($F=22/50$, $p<0/001$) وجود داشت و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند. بنابراین، آموزش متمرکز بر شفقت خود باعث کاهش عواطف منفی و افزایش کیفیت زندگی شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی معتادان شهرستان دزفول موثر انجام گرفت. اولین یافته مبنی بر این بود که مداخله متمرکز بر شفقت خود به طور معنی داری بر کاهش عاطفه منفی تاثیر داشته است. افراد معتاد تغییرات زیادی در سیستم مغزی را تجربه می کنند و آستانه تحمل پایین تری دارند و به کوچک ترین محرک ها، شدیدترین پاسخ های عاطفی را می دهند. بنابراین بروز عواطف منفی که گاهاً به صورت خشم و یا رفتار پرخاشگرانه بروز می کند در دوره اعتیاد بیشتر دیده می شود که با بکارگیری راهکارهایی در جلسات درمان می توان بر این واکنش ها غلبه کرد؛ بدین طریق که آموزش شفقت به خود با تاکید بر ذهن آگاهی و در لحظه بودن به افراد کمک می کند عواطف منفی خود را مشاهده کرده و به جای این که به صورت واکنشی و بدون فکر پاسخ دهند، به صورت آگاهانه و به فراخور موقعیت و در صورت نیاز، برون ریزی کنند و عواطف منفی خود را کنترل کرده و باعث ارتقا و بهبود کیفیت زندگی خود شوند. افراد معتاد تحت فشارهای روانی متعددی قرار می گیرند و نه تنها مورد انتقاد و سرزنش اطرافیان قرار داشته بلکه خود را دائم مورد سرزنش و انتقاد قرار می دهند و خود را در اداره خود و زندگی شان بی کفایت می دانند. در بسیاری از موارد دیده می شود که افراد معتاد تصویر ذهنی خوبی از خود ندارند و خود را مدام مورد انتقاد و سرزنش قرار می دهند. آموزش شفقت به خود و تاکید بر مهربانی با خود، به افراد کمک می کند که خود را بدون قید و شرط بپذیرند و تمام ابعاد وجودی خود را با وجود نقاط قوت و ضعف پذیرا باشند و دست از تلاش برای فاصله گرفتن از ویژگی ها و تجارب ناخوشایند بردارند و زندگی بهتر و با کیفیت تری را اختیار کنند. همچنین با تاکید بر اشتراکات انسانی در آموزش شفقت به این نکته پی ببرند که تمام انسان ها ویژگی های منحصر به فردی دارند که به سبب آن ها در رنج هستند و خود را با مشکلاتشان تنها نمی بینند. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش زیر همسو است. نتایج مطالعه نایسمیت^۱ (۲۰۱۶) که به بررسی تکنیک های درمان متمرکز بر خشم و رفتارهای پرخاشگرانه

پرداخته، نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت بروز خشم و رفتارهای پرخاشگرانه را کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و بختی (۱۳۹۵) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر تعدیل روان سازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی پرداخته، نشان داده است که ذهن شفقت ورز بر تعدیل روان سازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان موثر است. می‌توان این طور استدلال کرد از آنجایی که یکی از مفاهیم اساسی در درمان شفقت، بویژه شفقت به خود مهربانی و بخشش است، نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش همسو است. یافته‌های پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۹۷) که به بررسی اثر آموزش ذهن آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و پیچیدگی عاطفی پرداخته‌اند، نشان داده است که بروز عواطف منفی با میزان ذهن آگاهی رابطه منفی معنادار دارد در مقابل بروز عواطف مثبت با میزان ذهن آگاهی رابطه مثبت معنادار دارد، بنابراین می‌توان گفت با پژوهش حاضر همسو است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۷)، کاظمی زاده و همکاران (۱۳۹۴)، سیریوس (۲۰۲۰) و ترزا و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان در نظر داشت که افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم‌انرژی هستند و با کاهش عاطفه منفی و گرایش به سمت عاطفه مثبت، پرانرژی و با روحیه می‌شوند و از زندگی لذت می‌برند. نقش تنظیم هیجان به عنوان انگیزه کلیدی و اولیه برای سوء مصرف مواد در بسیاری از مدل‌ها از جمله فرضیه خوددرمانی و مدل پیشگیری و مدل پردازش عاطفی مورد تأکید قرار گرفته است. در واقع در تنظیم هیجان و عواطف چه عامل خطری برای اختلال سوء مصرف مواد باشد و چه نباشد، کسانی که اکنون مبتلا به سوء مصرف هستند، اغلب چنین نقص‌هایی را نشان می‌دهند (بهره بر، احدی، و آقاییوسفی، ۱۳۹۷). بنابراین افرادی که توانایی کافی برای تنظیم هیجان و عواطف خود را ندارند، نیازمند آموزش‌هایی هستند تا توانایی تنظیم هیجان و عواطف را یاد بگیرند. ایجاد این توانایی‌ها نیازمند یک سری آموزش‌هایی است که از جمله این آموزش‌ها می‌توان آموزش تنظیم عاطفه را ذکر نمود.

دومین یافته مبنی بر این بود که مداخله متمرکز بر شفقت خود به طور معناداری بر بهبود کیفیت معنادان تاثیر داشته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش زیر همسو است. نتایج علی قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی (۱۳۹۷) که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز پرداخته نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت کیفیت زندگی را بهبود می بخشد و شادکامی را افزایش می دهد. یافته های پژوهش نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۷) که به بررسی تاثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی پرداخته، نشان داده است که از گروه درمانی مبتنی بر شفقت می توان برای بهبود کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی استفاده کرد. در مورد اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر بهبود کیفیت زندگی می توان گفت که نتیجه پژوهش حاضر همچنین با نتایج پژوهش های برغندان و همکاران (۱۳۹۷)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷)، مفید و همکاران (۱۳۹۶)، سودانی و همکاران (۱۳۹۵)، سیریوس و هیرش (۲۰۱۹)، آریمیتسو و هافمن^۱ (۲۰۱۵) همسو است. با توجه به تحقیقات انجام شده می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می کند (علی قنواتی و همکاران، ۱۳۹۷). این موازنه تصمیمی افراد معتاد، در خلال آموزش های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل مثبت روانشناختی (کیفیت زندگی) تأثیر گذار است. افراد معتاد با آموزش های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. با توجه به نتایج به دست آمده از

پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۱۰ جلسه درمانی مدل شفقت کیفیت زندگی بالاتری را در پس آزمون نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که معتادان با گذراندن مدل درمانی شفقت، آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورها سوق دهنده به سوی وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی افزایش می‌دهند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان‌های طولانی مدت خواهد شد. می‌توان گفت کسانی که دنبال بهبود وضع زندگی خود هستند از زندگی خود لذت بیشتری می‌برند و در واقع این موضوع علامت خوشایندی برای رهایی از دام اعتیاد است. بنابراین برای توانمند نمودن افراد دارای سوءمصرف مواد نیازمند به آموزش‌هایی هستند تا توانایی بهبود کیفیت زندگی را بیاموزند. بنابراین در جلسات آموزشی افراد شرکت‌کننده در رابطه با خودشفقتی، توجه ذهن آگاهانه نسبت به رنج و آگاهی از آن، درک شناختی و هیجانی از رنج و دلایل آن و انگیزه باقی ماندن در حالت گشودگی نسبت به رنج با هدف یا آرزوی التیام بخشیدن به آن جهت زدودن عواطف منفی مثل ترس و اضطراب و در عین حال عدم حساسیت و واکنش سریع نسبت به رخدادها و وقایع منفی و همچنین بنای خودشفقتی که شامل خود مهربانی و انسانیت است جهت بالابردن کیفیت زندگی و ارتقا عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی موثر بوده است. افراد شرکت‌کننده به این سمت سوق داده شدند که به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که عواطف منفی کاهش و رضایت و خشنودی و خرسندی لازم در زندگی افزایش یابد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم اجرای پیگیری جهت سنجش ماندگاری اثربخشی روش آموزشی مورد استفاده اشاره نمود. بعلاوه این پژوهش صرفاً بر روی معتادان مرد کمپ ترک اعتیاد و مراکز مردم‌نهاد شهر دزفول انجام گرفته است لذا در تعمیم آن برای گروه‌های دیگر از جمله زنان و سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، به مشاوران و درمان‌گران توصیه می‌شود برای کاهش

عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی معتادان از روش آموزشی درمان شفقت خود استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش گران بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت کنندگان و کمپ‌های ترک اعتیاد و همکاران مراکز مشاوره‌ی شهر دزفول که در راستای انجام هر چه بهتر این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا و مولوی، حسین (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۸ (۳۰)، ۱۳۷-۱۱۷.

ایزکیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام و حسینی، سید حمزه (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش آموزان خود آسیب رسان. *فصلنامه ی اندیشه و رفتار*، ۷ (۵۳)، ۲۷-۱۷.

بخشی پور، عباس و دژ کام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *فصلنامه ی روان شناسی*، ۹ (۴)، ۳۶۵-۳۵۱.

برغندان، سپیده؛ اکبری، بهمن؛ خلعتبری، جواد و وارسته، علیرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی دختران نوجوان دارای رفتار پرخطر. *فصلنامه پزشکی دانشگاه ایلام*، ۲۶ (۳)، ۱۶۸-۱۵۸.

برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر تعدیل روان سازه های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *فصلنامه روان شناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۱۱۷-۱۰۳.

بشارت، محمد علی؛ میرزایی، طیبه؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و نقی پور، مرتضی (۱۳۹۶). نقش تعدیل کننده عواطف مثبت و منفی در رابطه بین دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی. *روان شناسی خانواده*، ۴ (۲)، ۱۸-۳.

بهاروند، ایمان و سودانی، منصور (۱۳۹۸). بررسی میزان گرایش به اعتیاد در نوجوانان. دومین همایش آسیب های اجتماعی (ص ۳۴-۲۵)، اردیبل، مهر ۱۳۹۸، دانشگاه محقق اردبیلی.

بهره بر، سعادة؛ احدی، حسن و آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و مقابله درمانگری بر خلق و نگرش به مواد مخدر نوجوانان در معرض خطر سوء مصرف مواد.

فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۹)، ۷۱-۹۸.

پیشگویی، امیرحسین؛ زارع شورکی، حلیمه؛ زارعیان، آرمین؛ آتش زاده شوریده، فروزان و فرقانی، محمد (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در افراد و وابستگان نظامی

مبتلا به بیماری عروق کرونر در شهر تهران. فصلنامه طب نظامی، ۲۰(۲)، ۲۲۱-۲۱۲.

خلعتبری، جواد؛ همتی ثابت، وحید و محمدی، حبیبه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری های پستان

ایران، ۱۱(۳)، ۸-۲۰.

سعیدی، مژده و خلعتبری، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۷(۱)، ۶۲-۵۳.

سلیمی، آرمان؛ ارسلان ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ دارونیا، رضا و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه

افق دانش، ۲۴(۲)، ۱۳۱-۱۲۵.

سودانی، منصور؛ مهدی زاده تواسانی، علی؛ رجبی، غلام رضا و خجسته مهر، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان. فصلنامه اعتیاد

پژوهی، ۱۰(۳۹)، ۱۷۶-۱۶۳.

عزیزی، مجید؛ یوسفی، افراشته؛ مروتی، ذکراه و الهی، طاهره (۱۳۹۷). اثر آموزش ذهن آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و پیچیدگی عاطفی: بررسی تغییرات در طول زمان. فصلنامه پژوهش

های کاربردی روان شناختی، ۱۹(۱)، ۵۸-۳۹.

علوی لنگرودی، سید کاظم و نیکزاد مقدم، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تأثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان.

فصلنامه طلوع بهداشت، ۱۴(۱)، ۱-۱۱.

علی قناتی، سجاده؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش و روزبهرانی، مهدی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز.

فصلنامه آموزش پرستاری، ۷(۲)، ۶۰-۵۳.

- قاسم زاده، مهدی؛ معتمدی، عبدالله و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه. *پژوهش نامه زنان*، ۱۰(۱)، ۱۱۷-۱۳۹.
- قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا و غضنفری، فیروزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۱۴۵-۱۶۶.
- قطور، زینب؛ پوریحیی، سیدمصطفی؛ داورنیا، رضا؛ سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS). *فصلنامه ارمنان دانش*، ۲۳(۳)، ۳۵۰-۳۶۵.
- قلی پور، سیاوش؛ پرهیزکار کلات، سیده زهرا و قلی پور، محسن (۱۳۹۵). نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان جانبازان استان کرمانشاه. *فصلنامه پژوهش نامه مددکاری اجتماعی*، ۱(۴)، ۶۶-۹۹.
- کاظمی زاده، هاجر و نوری قاسم آبادی، ربابه (۱۳۹۴). بررسی رابطه عاطفه مثبت، عاطفه منفی و انگیزش درونی با خلاقیت. *فصلنامه علمی پژوهشی ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*، ۵(۱)، ۴۹-۶۳.
- کریمو، مسعود؛ صالحی، مسعود؛ زایری، فرید؛ مساح چولابی، امید؛ حاتمی، علیرضا و موسوی خطاط، محمد (۱۳۸۹). توسعه نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سلزمان جهانی بهداشت-۱۰۰. *مجله پژوهش توانبخشی*، ۱۲(۴)، ۷۳-۸۲.
- محمدی، لیلا؛ بشارت، محمدعلی؛ رضا زاده، محمدعلی و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش واسطه ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی. *فصلنامه روان شناسی*، ۲۲(۲)، ۱۵۷-۱۷۱.
- مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم و درستی، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. *فصلنامه پژوهش های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، ۶(۳)، ۱۷-۳۰.
- نواب، مژگان؛ دهقانی، اکرم و صالحی، مهرداد (۱۳۹۷). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و اولویت های مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۱)، ۱۲۷-۱۳۸.

References

- Arimitsu, K., & Hofmann, S. G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, 74, 41–48.
- Bodner, E., & Bensimon, M. (2016). The impact of disfavored music on affect complexity in young adults. *Psychology of Music*, 44(4), 864-879.
- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in Psychology*, 10, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Gilbert, P. (2017). *Compassion: Definitions and controversies*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (p. 3–15). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-1>
- Marsh, I. C., Chan, S., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011–1027.
- Muris, P., Van den Broek, M., Otgaar, H., Oudenhoven, I., & Lennartz, J. (2018). Good and Bad Sides of Self-Compassion: A Face Validity Check of the Self-Compassion Scale and an Investigation of its Relations to Coping and Emotional Symptoms in Non-Clinical Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2411–2421.
- Naismith, I. (2016). *Barriers to compassionate imagery generation in personality disorder: Intra-and inter-personal factors*. Unpublished Doctoral dissertation, UCL (University College London).
- Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(1), 1-12.
- Sirois, F.M., Hirsch, J. K. (2019). Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: the Role of Stress. *Mindfulness*, 10, 46–54.
- Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. M., McNeil, G. D., & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion*, 15(2), 129–133
- Teresa, M. A., Zavala, S. S., Matthe W., Petrocchi, K. N., David H. Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Watson, C. L. A., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063- 1070.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی