

Research  
Article

## The Effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Dysfunctional Attitudes and Self-Restraint in Substance-Dependent Individuals Undergoing Methadone Maintenance Treatment

---

Mojgan Pourdel<sup>1</sup>, Mansour Sodani<sup>2</sup>

Received: 2025/03/16

Accepted: 2026/02/17

---

### Abstract

**Objective:** The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-based therapy on dysfunctional attitudes and self-restraint among substance-dependent individuals undergoing methadone maintenance treatment (MMT). **Method:** This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all substance-dependent patients receiving methadone treatment at addiction recovery centers in Shushtar in 2024. From this population, a sample of 40 individuals was selected via convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group (n = 20) or a control group (n = 20). Data were collected using the self-restraint scale and the dysfunctional attitudes scale. The experimental group participated in eight sessions of Gilbert's (2010) compassion-focused therapy. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The findings showed that there was a significant difference between the experimental and control groups regarding dysfunctional attitudes and self-restraint. Specifically, compassion-based therapy led to a significant reduction in dysfunctional attitudes and a significant increase in self-restraint within the experimental group. **Conclusion:** By utilizing techniques such as mindfulness of both positive and negative experiences and behavior modification through environmental reinforcers, compassion-focused therapy can serve as an effective intervention to mitigate dysfunctional attitudes and enhance self-restraint in substance-dependent individuals undergoing methadone maintenance treatment.

**Keywords:** Self-restraint, Compassion-based therapy, Methadone, Substance use, dysfunctional attitudes

---

1. Ph.D. Student, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: sodani\_m@scu.ac.ir

## اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

مژگان پوردل<sup>۱</sup>، منصور سودانی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداخت. **روش:** این پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شوشتر در سال ۱۴۰۳ بود. از بین این جامعه، تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد استفاده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به طور خاص، درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش خودبازداری در گروه آزمایش شد. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر شفقت با بهره‌گیری از فونونی همانند آموزش آگاهی از تجربیات مثبت و منفی و اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** خودبازداری، درمان مبتنی بر شفقت، متادون، مصرف مواد، نگرش‌های ناکارآمدی

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

مقدمه

اعتیاد<sup>۱</sup> و اثرات آن به عنوان یکی از مهمترین عوامل خطر برای ابعاد سلامت روانی و جسمی در سراسر جهان شناخته شده است (بیوناسیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴) که نه تنها باعث درد و رنج مصرف کننده می شود، بلکه آسیب زیادی به خانواده و جامعه وارد می کند و به بسیاری از مشکلات در جامعه از جمله حوادث، خشونت، رفتار مجرمانه، مشکلات خانوادگی منجر می شود (بورکالد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مصرف مواد مخدر به سیستم عصبی مرکزی آسیب می رساند و نواحی مرتبط با عملکرد اجرایی و مهار پاسخ از جمله قشر کمربندی قدامی را هدف قرار می دهد (عزیزی قلیچی و صالحی، ۱۴۰۰). به همین دلیل اعتیاد به عنوان یک معضل اجتماعی تلقی می شود که با مقاومت در برابر درمان مواجه می شود و مشکل اصلی در فرآیند درمان میزان عود بالا است (کویجم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، زیرا قطع دوره درمانی و مصرف مجدد مواد با پیامدهای شدیدی مانند احتمال مصرف بالاتر مواد، عادت بیشتر به مواد، استفاده از مواد متنوع، بروز بیشتر رفتارهای مجرمانه و وارد کردن هزینه های گزاف بر شبکه بهداشتی و درمانی مرتبط است (لی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). کارشناسان معتقدند که جایگزینی مصرف اجباری مواد مخدر با متادون باعث کاهش شیوع اعتیاد به مواد تزریقی و بیماری های خطرناکی مانند ایدز می شود و در عین حال ارتباط بین افراد وابسته به مواد و فروشندگان مواد مخدر را قطع می کند و احتمال وقوع جرم را کاهش می دهد (وایوی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، مصرف متادون نه تنها مصرف مواد مخدر را کاهش می دهد، بلکه باعث بهبود سلامت روان و کاهش ارتکاب جرایم اجتماعی مرتبط با مصرف مواد می شود و بیمار را به فردی مولد تبدیل می کند (عامری، ۱۴۰۱).

شواهد تحقیقاتی نشان داده است که نگرش های ناکارآمد<sup>۷</sup> در افراد وابسته به مواد تحت درمان با متادون می تواند به طور جدی بر روند درمان و کیفیت زندگی آنها تأثیر

1. addiction  
2. Bunaciu  
3. Burkholder  
4. Koijam

5. Lee  
6. Wayoi  
7. dysfunctional attitudes

بگذارد (کریمی باغملک و همکاران، ۱۴۰۳). این نگرش‌ها معمولاً شامل افکار منفی، باورهای غلط و الگوهای رفتاری غیرمولد است که می‌تواند منجر به استرس، اضطراب و حتی تشدید علائم بیماری شود (وودس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). نگرش‌های ناکارآمد، باورهای غیر واقعی، ناسازگار و غیرواقعی هستند که بر روی یک پیوستار در مورد خود، جهان و آینده فرد سازماندهی شده‌اند (لو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). نگرش ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای است که فرد برای قضاوت خود و دیگران از آنها استفاده می‌کند. از آنجا که این روابط انعطاف‌ناپذیر بیش از حد و مقاوم در برابر تغییر هستند، ناکارآمد در نظر گرفته می‌شوند و ممکن است علائم افسردگی را پیش‌بینی کنند (سان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). تعامل روابط ناکارآمد با وقوع رویدادهای منفی برای پیش‌بینی شروع یک دوره افسردگی اساسی یا افزایش علائم روان‌شناختی گزارش شده است (کنک و اوداک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). نگرش‌های ناکارآمد بخشی از فرآیندهای شناختی است و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی است. این باورهای کلی و منفی مختص یک موقعیت خاص نیستند و به عنوان نگرش‌های ناکارآمد یا باورهای غیرمنطقی شناخته می‌شوند. نگرش‌های ناکارآمد منجر به آسیب روانی می‌شوند و علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در بیماران ایجاد می‌کنند. بیماران مستعد افسردگی، اضطراب و استرس نگرش‌های منفی و ناکارآمدی نسبت به خود، جهان و آینده دارند (کین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). محققان بر این باورند که نگرش‌های ناکارآمد ویژگی‌های شخصیتی پایداری هستند که افراد را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند و شامل طرحواره‌های منفی درباره خود، جهان و آینده است که به عنوان مثلث شناختی منفی شناخته می‌شود (زمانی فروشانی و همکاران، ۱۴۰۲). در واقع، نگرش‌های ناکارآمدی که زمینه‌ساز اختلالات فردی هستند دارای دو ویژگی اصلی هستند: اول، این روابط شامل انتظارات سخت، دقیق و قدرتمند هستند که معمولاً با کلماتی مانند اجبار بیان می‌شود و دوم، به اسنادهای بسیار بی‌اساس و تعمیم بیش از حد فاجعه‌آمیز منجر می‌شوند (بری و گرین‌وود<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

1. Woods  
2. Lu  
3. Sun

4. Knk & Odac  
5. Qin  
6. Berry & Greenwood

از سوی دیگر، نتایج نشان داده است که تفاوت‌های فردی در خودبازداری<sup>۱</sup> ممکن است در نتایج درمان اختلالات مرتبط با مواد نقش داشته باشند (کنگیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان با متادون یک موضوع مهم و چالش برانگیز است که می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی و سلامت روان آنها داشته باشد. در واقع، هسته اصلی اعتیاد از دست دادن خودبازداری است (نامیوسک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این مفهوم به توانایی فرد در کنترل رفتارها، عواطف و افکار خود اشاره دارد و می‌تواند در زمینه‌های مختلفی مانند مدیریت مالی، روابط اجتماعی و سلامت جسمی و روانی مورد بررسی قرار گیرد (مارلو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). خویشتن‌داری به عنوان توانایی ارائه یک درخواست معقول، انطباق رفتار با موقعیت و به تاخیر انداختن رضایت در محدوده‌های پذیرفته شده اجتماعی بدون مداخله یا راهنمایی مستقیم از سوی شخص دیگر تعریف می‌شود. اساس خودبازداری توانایی فرد برای مدیریت داوطلبانه فرآیندهای درونی و پیامدهای رفتاری است. خودبازداری همچنین دارای مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است (شیراتوری<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). بازداری کم منجر به رفتار تکانشی و لذت‌جویانه و مشکل در به تاخیر انداختن تکانه‌ها می‌شود (کیوریتا و ماناگی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). اساس خودبازداری توانایی فرد برای مدیریت داوطلبانه فرآیندهای درونی و پیامدهای رفتاری است (فیوریوتانی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). به عقیده واینبرگ (۱۹۸۶)، بازداری از خود مهم است و باید جدی‌تر گرفته شود، زیرا مستلزم تغییر رفتار شخص است (به نقل از سیمایی و تسبیح‌سازان، ۱۳۹۷). شوارتز چهار خرده‌مقیاس خودبازداری را در نظر گرفت: مدیریت خشم، کنترل تکانه، مسئولیت‌پذیری و توجه به دیگران. همه افراد احساسات خود از جمله خشم را به یک شکل بیان نمی‌کنند و این کار را بسته به تجربیات قبلی، شخصیت و تقویت یا تنبیه بیرونی و درونی به روش‌های مختلفی انجام می‌دهند. مردم نسبت به خشم خود با توجه به شخصیت خود واکنش نشان می‌دهند.

1. self-restraint  
2. Cengiz  
3. Namusoke  
4. Marlow

5. Shiratori  
6. Kurita & Managi  
7. Furutani

برخی از افراد بر اساس این سبک‌ها خشم خود را سرکوب می‌کنند که آنها را در برابر افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌کند (فورد و بلیومنستین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

در طول سال‌ها، رویکردهای درمانی مختلفی برای رفع مشکلات رفتاری، شناختی و عاطفی در افراد مورد استفاده قرار گرفته است. در این زمینه، برخی از درمان‌ها بر مداخلات فردی متمرکز هستند، در حالی که برخی دیگر بر مداخلات خانوادگی تمرکز دارند. شفقت طیفی از عناصر عاطفی، شناختی و انگیزشی را در بر می‌گیرد که به توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر از طریق مهربانی و مراقبت کمک می‌کند. درمان مبتنی بر شفقت از طریق دو بعد اشتیاق و شفابخشی بین فرآیندهای عاطفی و برانگیختگی عصبی فیزیولوژیکی در تجربه شفقت و همدلی به ویژه آنهایی که با رفتارهای اجتماعی مرتبط هستند ارتباط برقرار کرده است (پالمر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). نف<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) با الهام از معلمان بودایی در زمینه روان‌شناسی رشد اولین کسی بود که این ساختار را به صورت علمی مفهوم‌سازی کرد. به نظر وی، این سازه بیانگر نگرش گرم و صمیمانه فرد نسبت به خود است و نوعی خصلت اخلاقی نسبت به خود تلقی می‌شود (مونترو-مارین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ نف و داهم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). به گفته نف (۲۰۰۴)، یک فرد نسبت به دیگران و همچنین موقعیت‌های دشوار زندگی دیگران دلسوزی نشان می‌دهد. نسبت به خودش دلسوزی و مهربانی ندارد. در عوض از خود به شدت انتقاد می‌کند و خود را به خاطر ناکامی‌ها یا خوب نبودنش سرزنش می‌کند. با نزدیک شدن به آموزه‌ها و مفهوم‌سازی‌های فلسفی و عرفانی می‌توان این سازه را یک صفت اخلاقی دانست (کلر و هوپرت<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر شفقت در پژوهش‌های گذشته برای کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹)، افزایش خودکنترلی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مرادی، ۱۴۰۱)، کاهش خودانتقادی (ورمزیاری و گل‌پور، ۱۴۰۱)، کاظمی و پاک‌مهر، ۱۴۰۱)، و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد (پوکا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) از جمله زنان

1. Ford & Blumenstein  
2. Pullmer  
3. Neff  
4. Montero-Marín

5. Dahm  
6. Keller & Huppert  
7. Póka

دچار افسردگی (صاحبی و همکاران، ۱۴۰۱؛ علیجانی و رنجبرکهن، ۱۴۰۱) و اختلال دوقطبی (پالمر کوپر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) به کار رفته و اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است.

در حالی که نیاز به برنامه‌ریزی و توسعه راهبردهای مداخله پیشگیرانه در کشور وجود دارد، هر نوع برنامه‌ریزی مستلزم آگاهی از شرایط موجود، درک وضعیت فعلی مصرف مواد و صرف زمان و هزینه در مصرف کنندگان مواد است. همچنین، با توجه به تعدد مطالعات انجام شده در زمینه بررسی مشکلات روانی ناشی از مصرف مواد در حوزه فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد وابسته به مواد، تعیین مناسب‌ترین روش درمانی روان‌شناختی جهت کاهش مشکلات سلامت روان مصرف کنندگان مواد ضروری است. در این راستا، این مطالعه سعی در پاسخ دادن به این سوال داشت: آیا درمان مبتنی بر شفقت برای رسیدگی به نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان با متادون موثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شوشتر در سال ۱۴۰۳ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۸۰، و دو گروه آزمایشی و کنترل، تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power ۴۰ نفر محاسبه شد. بنابراین، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحصیلات حداقل سیکل، تحت درمان بودن با متادون، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم مشارکت منظم در جلسات و عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه‌ی خودبازداری<sup>۱</sup>: پرسش‌نامه‌ی خودبازداری ابزاری ۳۰ آیتمی است که میزان بازداری هیجانی و توانایی فرونشانی خشم را ارزیابی می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز<sup>۲</sup> تهیه شد. مقیاس خودبازداری دارای یک مقیاس کلی و ۴ زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌های این آزمون که سازه‌های مشابه اما مجزایی هستند عبارتند از: فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران و مسئولیت‌پذیری. آزمودنی‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کرده و امتیاز آزمودنی از طریق جمع امتیاز عبارات مربوط به هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود. نمره‌گذاری بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت هرگز = ۵، به ندرت = ۴، بعضی اوقات = ۳، اغلب = ۲ و همیشه = ۱ است ولی برخی آیت‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. وینبرگر و شوارتز (۱۹۹۰)، همسانی درونی کل آزمون را برابر با ۰/۸۵ تا ۰/۸۸ و همسانی درونی زیرمقیاس فرونشاندن خشم: ۰/۷۹ تا ۰/۸۲، کنترل تکانه: ۰/۶۶ تا ۰/۶۹، مراعات دیگران: ۰/۶۸ و مسئولیت‌پذیری: ۰/۷۶ تا ۰/۷۷ را ذکر کرده است. کهزائی (۱۳۹۶) در تحقیق خود ضریب آلفای کرونباخ برای همه‌ی زیرمقیاس‌ها را بیشتر از ۰/۶۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۳ برای فرونشاندن خشم، ۰/۸۵ برای کنترل تکانه، ۰/۸۷ برای مراعات دیگران و ۰/۷۸ برای مسئولیت‌پذیری بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد<sup>۳</sup>: این مقیاس توسط وایزمن و بک<sup>۴</sup> (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۶ آیت‌م و ۴ خرده مقیاس (موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز

1. emotional self-awareness questionnaire  
2. Weinberger & Schwartz

3. dysfunctional attitude scale (DAS)  
4. Weissman & Beck

به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد) می‌باشد. در این مقیاس، پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۷، بسیار موافقم = ۶، اندکی موافقم = ۵، بی تفاوتم = ۴، اندکی مخالفم = ۳، بسیار مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱) می‌باشد. نمرات بر روی این مقیاس از ۲۶ تا ۱۸۲ در نوسان می‌باشد. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای موفقیت-کامل‌طلبی، ۰/۷۸ برای نیاز به تایید دیگران، ۰/۸۱ برای نیاز به راضی کردن دیگران و ۰/۷۸ برای آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد بدست آمد.

### روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از مراکز ترک اعتیاد شهر شوشتر و هماهنگی با مسئولان مربوطه، به مراکز منتخب مراجعه شد و ضمن معرفی اهداف پژوهش از بیماران واجد شرایط برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. ابتدا ملاک‌های ورود و خروج برای افراد بررسی شد و پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، نحوه اجرای مداخله و اطمینان‌بخشی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد. در مرحله پیش‌آزمون، هر دو گروه آزمایش و کنترل به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض مداخله درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و تنها درمان دارویی متادون را مطابق روال معمول مرکز ادامه داد. مداخله درمان مبتنی بر شفقت برای گروه آزمایش در قالب جلسات گروهی ساختاریافته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار) اجرا شد. محتوای جلسات شامل آموزش مفاهیم شفقت به خود، کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش هیجانی، تنظیم هیجان‌ها و تمرین‌های عملی مرتبط با درمان مبتنی بر شفقت بود. تمامی جلسات توسط پژوهشگر و بر اساس پروتکل استاندارد درمان مبتنی بر شفقت اجرا شد (جدول ۱).

پس از پایان جلسات مداخله، مجدداً هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسش‌نامه‌های پژوهش را در مرحله پس‌آزمون تکمیل کردند. در طول اجرای پژوهش، تلاش شد شرایط اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه یکسان باشد و از تأثیر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی جلوگیری شود.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)**

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی کلی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره‌ی هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری اعضا، و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مولفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مولفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقت اعضا	مروری بر تکالیف جلسه‌ی قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساس بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مولفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل ایجاد نگرش‌های ناکارآمد	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، و آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰)**

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه‌ی قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، و آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، و اجرای پس‌آزمون.	موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت. ثبت و یادداشت خوددشفتی در چالش‌های روزانه	ثبت و یادداشت خوددشفتی در چالش‌های روزانه

**یافته‌ها**

داده‌های خام پرسش‌نامه‌ها بعد از جمع‌آوری در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا در سطح توصیفی به محاسبه شاخص‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش پرداخته شد و سپس داده‌ها در مرحله استنباطی از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. جدول ۲ درصد فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های شرکت‌کننده را نشان می‌دهد.

**جدول ۲: فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی**

متغیر	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اشتغال	۹	۴۵	۸	۴۰
	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰
	۶ تا ۲۵ سال	۳۰	۵	۲۵
سن	۷	۳۵	۷	۳۵
	۷ تا ۳۵ سال	۳۵	۷	۳۵
	۱ تا ۳ سال	۴۵	۸	۴۰
مدت مصرف	۹	۴۵	۱۰	۵۰
	۶	۳۰	۶	۳۰
	بیشتر از ۵ سال	۲۵	۴	۲۰
تاهل	۹	۴۵	۸	۴۰
	۱۱	۵۵	۱۲	۶۰

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کامل‌طلبی	آزمایش	۳۴/۱۵	۳/۷۷	۲۳/۴۵	۷/۱۷
	کنترل	۳۴/۰۵	۴/۲۹	۳۴/۳۰	۳/۱۳
نیاز به تأیید	آزمایش	۷/۴۰	۲/۰۱	۷/۷۵	۱/۸۸
	کنترل	۷/۵۰	۱/۷۰	۷/۵۰	۱/۰۰
نیاز به راضی	آزمایش	۱۲/۷۵	۲/۸۲	۱۰/۷۵	۲/۷۶
	کنترل	۱۲/۸۵	۱/۶۶	۱۲/۴۰	۱/۸۷
کردن دیگران	آزمایش	۱۰/۰۰	۳/۸۲	۸/۹۰	۲/۷۱
	کنترل	۱۰/۴۵	۳/۳۴	۹/۲۵	۲/۹۱
آسیب‌پذیری	آزمایش	۲۰/۱۵	۳/۳۴	۲۵/۰۰	۳/۳۴
	کنترل	۱۹/۵۲	۳/۷۳	۲۱/۴۰	۳/۷۴
فروشناندن	آزمایش	۲۲/۰۵	۲/۵۶	۲۹/۱۰	۳/۸۰
	کنترل	۲۲/۳۵	۱/۷۵	۲۳/۳۰	۲/۵۲
خشم	آزمایش	۲۴/۴۵	۳/۳۷	۲۵/۴۰	۴/۰۳
	کنترل	۲۳/۴۰	۳/۰۸	۲۱/۴۰	۴/۹۲
کنترل تکانه	آزمایش	۲۷/۲۵	۲/۵۱	۳۲/۴۰	۳/۰۸
	کنترل	۲۶/۷۵	۳/۱۶	۲۶/۰۰	۴/۹۲

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که در ادامه نتایج حاصل از آن گزارش شده است. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون شامل آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها) و آزمون ام‌باکس (جهت بررسی همگنی واریانس-کوواریانس) انجام شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی ابعاد نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری غیر معنادار بود ( $p < 0/05$ ) بود که نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌ها بود. همچنین، در آزمون لوین نیز نتایج نشان داد آماره‌های این آزمون برای ابعاد کامل‌طلبی ( $F=1/13$ ،  $p = 0/25$ )، نیاز به تأیید

دیگران ( $F=1/23$ ,  $p = 0/22$ )، نیاز به راضی کردن دیگران ( $F=1/40$ ,  $p = 0/20$ )، آسب پذیری ( $F=1/409$ ,  $p = 0/20$ )، فرونشاندن خشم ( $F=1/539$ ,  $p = 0/17$ )، کنترل تکانه ( $F=1/63$ ,  $p = 0/15$ )، مراعات دیگران ( $F=2/11$ ,  $p = 0/10$ ) و مسئولیت پذیری در زندگی ( $F=2/34$ ,  $p = 0/08$ ) معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و واریانس دو گروه برابر بود. همچنین، نتایج آزمون ام باکس نشان داد که این آزمون معنادار نبود ( $p > 0/05$ ,  $p = 0/12$ )،  $Box's M = 2/00$  و پیش فرض ماتریس همگنی واریانس-کوواریانس برقرار بود. همچنین، آزمون شیب خط رگرسیون نشان داد که سطوح معناداری بدست آمده بالاتر از  $0/05$  بود که حاکی از تایید پیش فرض کوواریانس بود.

**جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت**

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	0/17	13/98	23	0/001*	0/83

\*  $p < 0/001$ .

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود آزمون لامبدای ویلکز در سطح معناداری قرار داشت ( $p < 0/001$ ) که این نشان دهنده این است که حداقل در ارتباط با یکی از متغیرها بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و ۸۳ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی است. بنابراین، جهت بررسی دقیق این معناداری در ابعاد نگرش های ناکارآمد و خودبازداری از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**جدول ۵: تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت**

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
کامل طلبی	1048/97	1	1048/97	33/26	0/001**	0/53
نیاز به تأیید دیگران	0/70	1	0/70	0/28	0/60	0/01
نیاز به راضی کردن دیگران	26/57	1	26/57	4/02	0/054	0/12
آسب پذیری	0/03	1	0/03	0/03	0/96	0/001
فرونشاندن خشم	129/68	1	129/68	12/64	0/001**	0/30
کنترل تکانه	298/66	1	298/66	30/47	0/001**	0/50
مراعات دیگران	164/22	1	164/22	7/69	0/009*	0/20
مسئولیت پذیری	377/57	1	377/57	29/51	0/001**	0/50

\*  $p < 0/01$ . \*\*  $p < 0/001$ .

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص شد که آماره F در نمره پس‌آزمون کامل طلبی ( $p < 0/001$ )، فرونشاندن خشم ( $p < 0/001$ )، کنترل تکانه ( $p < 0/001$ )، مراعات دیگران ( $p < 0/001$ ) و مسئولیت‌پذیری ( $p < 0/001$ ) معنادار بود. بنابراین، می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد کامل طلبی، فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران و مسئولیت‌پذیری تاثیر معناداری دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد و خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. یافته‌ی اول پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون اثربخش بود. یافته‌های گذشته نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد (پوکا و همکاران، ۲۰۲۳) از جمله در زنان دچار افسردگی (صاحبی و همکاران، ۱۴۰۱؛ علیجانی و رنجبر کهن، ۱۴۰۱) و اختلال دوقطبی (پالمر کوپر و همکاران، ۲۰۲۳) موثر بوده است.

تفسیر فعلی یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک رویکرد موثر در درمان افراد وابسته به مواد تأثیر مثبتی بر رفتارهای ناکارآمد در افراد وابسته به مواد با درمان نگهدارنده متادون دارد. این روش مبتنی بر اصول شفقت و همدلی است و به افراد کمک می‌کند تا بهتر با احساسات منفی و خودانتقادی خود کنار بیایند. در این راستا، تقویت عواطف مثبت و ایجاد فضای حمایتی از اهداف اصلی این رویکرد است. یکی از مکانیسم‌های اصلی این روش افزایش آگاهی نسبت به احساسات و تجربیات درونی خود است (علیجانی و رنجبر کهن، ۱۴۰۱). افراد یاد می‌گیرند به جای سرکوب احساسات منفی آنها را شناسایی کرده و بپذیرند. همچنین، این آگاهی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمد را شناسایی کرده و در نهایت آنها را تغییر دهند. علاوه بر این، تمرینات مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش انتقاد از خود کمک کند. افراد مبتلا به اعتیاد اغلب احساس گناه و شرمندگی را تجربه می‌کنند. این افراد با استفاده از تکنیک‌های شفقت یاد می‌گیرند که با خود مهربان‌تر باشند و کمتر قضاوت کنند (صاحبی و همکاران، ۱۴۰۱).

این تغییر در نگرش می‌تواند منجر به بهبود خلق و خو و افزایش اعتماد به نفس شود. درمان مبتنی بر شفقت نیز بر تقویت ارتباطات اجتماعی تاکید دارد. ایجاد روابط مثبت و حمایتی می‌تواند به افراد کمک کند تا بر تنهایی و انزوا غلبه کنند. این روابط می‌توانند نقش مهمی در روند درمان داشته باشند و حس تعلق را در فرد تقویت کنند. در نتیجه افراد وابسته به مواد به راحتی با دیگران ارتباط برقرار کرده و از حمایت اجتماعی بهره مند می‌شوند.

مهارت تصویرسازی دلسوزانه یکی از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر شفقت که به بیماران کمک می‌کند تا احساسات خود را تنظیم کنند و روابط ناکارآمد را کاهش دهند. این مهارت به دلیل قدرتی که در فعال کردن عواطف و احساسات فیزیکی مختلف دارد یک ابزار قدرتمند در پرورش ذهنی دلسوز به حساب می‌آید. توانایی تجسم و تحریک سیستم‌های مغزی و فیزیکی از طریق آن می‌تواند مبنایی برای تحریک سیستم ایمنی و آرامش باشد (تیرچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). در واقع، می‌توان گفت مهارت ایجاد یک تصویر دلسوزانه باعث افزایش ترشح هورمون اکسی‌توسین از طریق تأثیر آن بر سیستم‌های تنظیم احساسات و تأثیر این سیستم عاطفی بر فیزیولوژی مغز و در نهایت ایجاد احساس امنیت و آرامش و در نتیجه تغییر در عملکردهای هورمونی می‌شود. به عبارت دیگر، تصویرسازی دلسوزانه سیستم‌های مغز را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که به ما کمک می‌کند رنج را تحمل کنیم و با آن کنار بیاییم. سازه ذهن آگاهی مؤلفه دیگری است که نقش مهمی در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش روابط ناکارآمد دارد. شفقت به خود می‌تواند از بسیاری جهات یک استراتژی مقابله‌ای مبتنی بر هیجان باشد، زیرا نیاز دارد که فرد آگاهانه احساسات خود را بشناسد، از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نکند، و احساس دلسوزانه و درک مشترکی از ارتباط انسانی داشته باشد. اساساً در این مدل افراد از ذهن آگاهی برای شناخت تجربیات عاطفی خود و سپس ایجاد نگرش دلسوزانه نسبت به خود استفاده می‌کنند. برای کمک به مراجعین برای درک بهتر این مؤلفه تکنیک‌های تمرکز حواس مانند تمرین‌های تنفس آگاهانه و نحوه انجام آنها به بیمار آموزش داده می‌شود. هنگام تمرین ذهن آگاهی مراجع متوجه می‌شوند که ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قابل

قضاوت و پذیرش نسبت به خود است. به گونه ای که به بیمار اجازه می دهد افکار و احساسات خود را بدون نیاز به تغییر یا ترک آنها بپذیرد. به عبارت دیگر، بیمار به این نتیجه می رسد که نباید از تجربه احساسات دردناک خود اجتناب کند.

در نهایت، ترکیب این مکانیسم ها ممکن است منجر به تغییرات مثبت در نگرش های ناکارآمد افراد وابسته به مواد شود. با کاهش احساس گناه و شرم و افزایش آگاهی از احساسات و تقویت ارتباطات اجتماعی افراد می توانند به آرامی الگوهای افکار منفی را رها کنند. این فرآیند نه تنها به کاهش مصرف مواد کمک می کند، بلکه کیفیت زندگی را نیز بهبود می بخشد. به طور کلی، درمان مبتنی بر شفقت یک رویکرد جامع است که برای ایجاد تغییرات مثبت در نگرش ها و رفتارها طراحی شده است. این روش با تمرکز بر همدلی و حمایت عاطفی به افراد مبتلا به اعتیاد کمک می کند تا بهتر با مشکلات خود کنار بیایند. در نتیجه، این رویکرد می تواند به عنوان یک ابزار موثر در درمان نگهدارنده متادون مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خودبازداری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون اثربخش است. درمان مبتنی بر شفقت در پژوهش‌های گذشته برای کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹)، افزایش خودکنترلی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مرادی، ۱۴۰۱)، و کاهش خودانتقادی (ورمزیاری و گل‌پور، ۱۴۰۱، کاظمی و پاک‌مهر، ۱۴۰۱) به کار رفته و اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است. در توضیح حاضر می توان بیان کرد که رفتار مبتنی بر شفقت به عنوان یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می کند و احساسات و نگرش‌های منفی را از فرد دور نگه می دارد. در این رویکرد، احساسات منفی کاهش یافته و با احساسات مثبت جایگزین می شوند. در این مداخله، درمانگر افراد را تشویق می کند تا افکار و هیجان‌های مرتبط با یک فکر، احساس، نگرش و رفتار را بدون سرکوب یا قضاوت ارزشی در مورد آن‌ها و بدون تجربه هیجان‌های ثانویه مانند شرم، گناه، بی‌اعتمادی، محکومیت و تحقیر پس از تجربه این احساسات را به طور کامل تجربه کنند. فرد از طریق شفقت به خود امنیت عاطفی ایجاد می کند که به او امکان می دهد بدون ترس

از سرزنش خود به وضوح خود را ببیند و الگوهای فکری، عاطفی و رفتاری نامناسب را با دقت بیشتری درک و تصحیح کند. افراد دارای شفقت به خود تعارضات بین فردی را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (یارنل و نف<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). بنابراین، افراد دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده دوری نمی‌کنند، بلکه با مهربانی، درک و احساس مشترک انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شوند. بنابراین، احساسات منفی به احساسات مثبت تبدیل می‌شوند و به فرد این امکان را می‌دهند تا موقعیت را واضح‌تر درک کند و اقدامات مؤثری را برای تغییر خود یا موقعیت به طور مؤثر و مناسب انتخاب کند. در واقع، داشتن نگرش دلسوزانه به افراد کمک می‌کند تا با خود و دیگران ارتباط برقرار کنند و از طریق این احساس بر ترس از تنهایی و طرد شدن غلبه کنند و خود را در برابر فشارها و مشکلات زندگی تنها نبینند. بنابراین، افرادی که دارای شفقت نسبت به خود هستند هنگامی که با رویدادهای ناخوشایند به ویژه آنهایی که شامل ارزیابی و مقایسه اجتماعی می‌شوند مواجه می‌شوند با عادی شدن تجربه احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند. مؤلفه ذهن آگاهی شفقت به خود نیز به فرد کمک می‌کند تا از شکل‌گیری افکار بدبینانه و وسواسی اجتناب کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر شفقت با به کارگیری تکنیک‌های شفقت، شناسایی افکار دلسوزانه، رفع موانع شفقت و تقویت و ایجاد شفقت فرد را از موقعیت‌های منفی محافظت می‌کند و حالات عاطفی مثبت را تقویت می‌کند. با افزایش شفقت انگیزه فرد نیز افزایش می‌یابد که به نوبه خود منجر به افزایش خودبازداری می‌شود (نف و مک‌گی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان یک درمان موثر برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد و بازداری از خود در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون مورد استفاده قرار گیرد. از آنجایی که این مطالعه بر روی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در شوشتر انجام شده است، محققان و استفاده‌کنندگان از نتایج این مطالعه به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومیتی و اجتماعی باید در تعمیم یافته‌های این مطالعه به افراد دیگر شهرها احتیاط کنند. از دیگر محدودیت‌ها

می‌توان به روش نمونه‌گیری فعلی اشاره کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه کمبود زمان برای ردیابی تغییرات در طول زمان بود که سوالاتی را در مورد پایداری نتایج ایجاد می‌کند. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی بر روی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در شهرها و فرهنگ‌های دیگر برای مقایسه نتایج مطالعات انجام شود. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده از پیگیری طولانی‌مدت برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده کنند. یافته‌های این مطالعه پیامدهای عملی برای برنامه‌ریزان، دست‌اندرکاران و مشاوران دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش و سایر مطالعات، مسئولان و برنامه‌ریزان تشویق می‌شوند تا برنامه‌های جامع و کاربردی را برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش خودبازداری تدوین و از طریق درمانگران خیره و مجرب به اجرا درآورند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مانند نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

## منابع

زمانی فروشانی، زهرا؛ دوکانه‌ی فرد، فریده و نیکنام، مژگان (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیشانی روان‌شناختی و نگرش‌های ناکارآمد. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۲۲(۱۲۵)، ۱۰۳۲-۱۰۱۷.

سیمایی، شیدا و تسبیح‌سازان، سید رضا (۱۳۹۷). پیش‌بینی خودبازداری بر اساس مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸۱، ۸۱ صاحبی، معصومه؛ حسن‌زاده؛ رمضان و میرزائیان، بهرام (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی شهر ساری در سال ۱۳۹۸. *نشریه سلامت جامعه*، ۱۶(۱)، ۲۲-۱۲.

صادقی، انسیه؛ سجادیان، ایلناز و نادى، محمدعلی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۶(۱)، ۴۸-۳۱.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۶(۶۶)،

عزیزی قلیچی، فیروزه و صالحی، مهدیه (۱۴۰۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و کارکردهای اجرایی (بازداری و تصمیم‌گیری) در افراد موفق و ناموفق در ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۲)، ۳۴۰-۳۲۳.

علیچانی، فرزانه و رنجبر کهن، زهره (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۳ (۴۷)، ۳۶-۱.

کاظمی، مرضیه و پاک‌مهر، حمیده (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سبک‌های مقابله با استرس، خودانتقادی و تنظیم هیجان معلمان دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در زمان همه‌گیری کرونا. *پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۱۶ (۱)، ۱۸۲-۱۵۹.

کریمی‌باغملک، آیت‌الله؛ ماهیگیر، فروغ و ریاضی، نسترن (۱۴۰۳). تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر اضطراب، نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد مردان در حال ترک اعتیاد بدون دارو. *نشریه پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های عاطفی*، ۳ (۲)، ۸۲-۷۳.

کهزائی، فرهاد (۱۳۹۶). رابطه میزان عملکرد خانواده با میزان خودنظم‌دهی تحصیلی و خودبازداری در میان دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله رویش روان‌شناسی*، ۶ (۲)، ۱۴۸-۱۲۱.

مردی، نارین (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت درمانی بر تاب‌آوری، خودکنترلی هیجانی و خشم در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *نشریه پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۵۲، ۷۶-۶۱.

ورمزیاری، زهرا و گل‌پور، رضا (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر خودانتقادی و خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب امتحان. *ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۳ (۱۷)، ۱۳-۱.

## References

- Berry, C., & Greenwood, K. (2018). Direct and indirect associations between dysfunctional attitudes, self-stigma, hopefulness and social inclusion in young people experiencing psychosis. *Schizophrenia Research*, 193, 197-203.
- Bunaciu, A., Bliuc, A. M., Best, D., Hennessy, E. A., Belanger, M. J., & Benwell, C. S. (2024). Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: a systematic review. *Addiction Research & Theory*, 32(3), 225-236.
- Burkholder, E., Hwang, L., & Wieman, C. (2021). Evaluating the problem-solving skills of graduating chemical engineering students. *Education for Chemical Engineers*, 34, 68-77.

- Cengiz, S., Turan, M. E., & Çelik, E. (2025). Attitudes of Adolescents Toward Addictive Substances: Hope and Self-Control as Protective Factors. *Children, 12*(1), 106.
- Ford, J A., & Blumenstein, L. (2013). Self -control and substance use among college students. *Journal of Drug Issues, 43*(1), 56-68.
- Furutani, M., Guo, T., Hall, K., & Zhou, X. (2022). Relationship between mental health and the quality of sleep during the first self-restraint in Japanese workers: a cross-sectional survey. *Health Psychology and Behavioral Medicine, 10*(1), 748-761.
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind Foundation*. Online published: www.compassionaternalmind.co.uk.
- Keller, S., & Huppert, F. A. (2021). The virtue of self-compassion. *Ethical Theory and Moral Practice, 24*(2), 443-458.
- Knk, Ö., & Odac, H. (2020). Effects of dysfunctional attitudes and depression on academic procrastination: does self-esteem have a mediating role? *British Journal of Guidance & Counselling, 48*(5), 638-649.
- Kojiam, A. S., Singh, K. D., Nameirakpam, B. S., Haobam, R., & Rajashekar, Y. (2024). Drug addiction and treatment: An epigenetic perspective. *Biomedicine & Pharmacotherapy, 170*, 115951.
- Kurita, K., & Managi, S. (2022). COVID-19 and stigma: Evolution of self-restraint behavior. *Dynamic Games and Applications, 12*, 168-182.
- Lee, J. L., Bertoglio, L. J., Guimarães, F. S., & Stevenson, C. W. (2017). Cannabidiol regulation of emotion and emotional memory processing: relevance for treating anxiety-related and substance abuse disorders. *British Journal of Pharmacology, 174*(19), 3242 -3256.
- Lu, J., Yang, Y., Chen, H., Ma, H., & Tan, Y. (2024). Effects of different psychosocial interventions on death anxiety in patients: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology, 15*, 1362127.
- Marlow, K., Agar, G., Jones, C., Devine, R. T., & Richards, C. (2024). The Prevalence and Correlates of Self-restraint in Individuals with Autism and/or Intellectual Disability: a Systematic Review and Meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-024-00450-5>
- Montero-Marin, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Al-Awamleh, A. A., ... García-Campayo, J. (2018). Self-compassion and cultural values: A cross-cultural study of self-compassion using a multitrait-multimethod (MTMM) analytical procedure. *Frontiers in Psychology, 9*, 2638.
- Namusoke, J., Amone-P'Olak, K., Nakanwagi, C. C., Kibedi, H., Mayengo, N., Ssenyonga, J., & Omech, B. (2024). The mediating role of self-control on the relations between adverse childhood experiences and substance use among adolescents in Uganda. *Frontiers in Psychology, 15*, 1297565.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101.

- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). *Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness*. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). New York: Springer.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Palmer-Cooper, E. C., Woods, C., & Richardson, T. (2023). The relationship between dysfunctional attitudes, maladaptive perfectionism, metacognition and symptoms of mania and depression in bipolar disorder: The role of self-compassion as a mediating factor. *Journal of Affective Disorders*, 341, 265-274.
- Póka, T., Barta, A., & Mérő, L. (2023). Self-Compassion Mediates the Relationships Between University Students' Mindfulness, Dysfunctional Attitudes, and Various Distress and Well-Being Indicators. *Journal of Research in Higher Education*, 7(2), 35-66.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Qin, X., Sun, J., Wang, M., Lu, X., Dong, Q., Zhang, L., ... & Li, L. (2020). Gender differences in dysfunctional attitudes in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 86.
- Shiratori, Y., Ogawa, T., Ota, M., Sodeyama, N., Sakamoto, T., Arai, T., & Tachikawa, H. (2022). A longitudinal comparison of college student mental health under the COVID-19 self-restraint policy in Japan. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100314.
- Sun, T., Zhang, L., Liu, Y., Wu, S., Yang, B. X., Liu, J. F., ... & Cai, Z. (2023). The relationship between childhood trauma and insomnia among college students with major depressive disorder: Mediation by the role of negative life events and dysfunctional attitudes. *Comprehensive Psychiatry*, 122, 152368.
- Tirch, D.D. (2010). Mindfulness as a contest for the cultivation of compassion International. *Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.
- Wayoi, D. S., Setyawan, H., Suyanto, S., Prasetyo, Y., Lastiono, S. T., Nurkadri, N., ... & Eken, Ö. (2024). Implementing management of the physical fitness education program for the drug rehabilitation patients in drug addict therapy centre. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 60, 309-319.
- Weinberger, DA., & Schwartz, GE. (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of Personality*, 58(2), 381-417.

- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Developmental and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. A annual meeting of the American Educational research association 62<sup>nd</sup>, Toronto, Canada.
- Woods, C., Richardson, T., & Palmer-Cooper, E. (2024). Are dysfunctional attitudes elevated and linked to mood in bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 16-53.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.

