رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۳، شماره پیاپی۹۶، خرداد ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(3), 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد

The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological well-being and quality of life of spouses of addicted men

طاهر علیزاده(نویسنده مسئول)
کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
شکوفه کریم زاده
کارشناسی ارشد مشاوره تحصیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
سعید حبیبی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

Taher Alizadeh*
Student Research Committee, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Tuncay2012@gmail.com
Shokoufeh Karimzadeh
Master of Academic Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Saeed Habibi
Masters student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به روش در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه-های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (SF-36، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB-SF، ریف، ۱۹۸۹) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان دارای همسران دچار سوءمصرف مواد در دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنی-داری وجود دارد. آموزش درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند ابزاری سودمند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران دچار سوءمصرف مواد باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سوءمصرف مواد، زنان.

Abstract
The present study was conducted to determine the effectiveness of compassion-based therapy on psychological well-being and quality of life in women with substance abuse spouses. The present study was a semi-experimental study with pre-test and post-test and a control group. The statistical population of the present study included all women with addicted spouses who were referred to addiction treatment centers in Tehran in 1400 Among them, 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were selected by the available sampling method and randomly in two The experimental and control groups were placed. To collect data, the World Health Organization Quality of Life Scale (SF-36, World Health Organization, 1996) and Ryff's psychological well-being Scale(RSPWB-SF, Ryff, 1989) were used. Multivariate covariance analysis was used to analyze the data. The findings showed that by controlling the effect of the pre-test, there is a significant difference between the average psychological well-being and the quality of life of women with drug-abusing husbands in the two experimental and control groups at the level of 0.05. Compassion-based therapy training can be a useful tool in improving psychological well-being and quality of life in women with drug-abusing spouses.

Keywords: *Compassion-based therapy, psychological well-being, quality of life, substance abuse, Women.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت۱۴۰۲** **پذیرش: دی ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن مصرف مواد، با وجود پیامدهای منفی فاجعه‌آمیز ادامه می‌یابد (هایلیگ[1] و همکاران، ۲۰۲۱). مصرف مواد نه تنها بر سلامت و رفتار افراد تأثیر زیان‌باری دارد، بلکه با هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است و به انسجام و توسعه اجتماعی آسیب وارد می‌کند (اوزیر و ارامی[2]، ۲۰۱۶). از جمله هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد می‌توان به بیماری‌های ناشی از مصرف مواد و تحمیل هزینه‌های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت و هزینه‌های مربوط به سیستم قضایی و اثرات مصرف مواد بر پیشرفت تحصیلی و بهره‌وری شغلی و هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه اشاره کرد (هاولادر[3] و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع اعتیاد یک اختلال مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند.

اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن بیشتر دامن خانواده فرد مبتلا را می‌گیرد؛ طوری که خانواده معتادان مشکلات روانی – اجتماعی زیادی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند (مقصودی و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهند که خانواده‌های معتادان تفاوت چشمگیری با خانواده‌های غیرمعتاد دارند، به‌گونه‌ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و ... مختل می‌شود (ژنگ و تان[4]، ۲۰۲۱). هر کدام از این موارد می‌تواند منشأ مشکلات عدیده‌ای برای خانواده محسوب شود. با اعتیاد مرد خانواده وضعیت اقتصادی خانواده دچار اختلال می‌شود و نیز اعتیاد مرد خانواده نقش حمایتی مرد را در خانواده کاهش می‌دهد و حمایت اجتماعی کمتر با کاهش سلامت روانی و بروز اختلالات روانی در افراد خانواده همراه است (محیدین[5]، ۲۰۱۹). به عبارتی دیگر اعتیاد یکی از پدیده‌های شوم اجتماعی است و با توجه به اینکه خانواده آسیب‌پذیرترین نهاد اجتماعی نسبت به آثار سوء اعتیاد است و سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر خانواده نیست؛ اهمیت نقش زن در خانواده‌های با سرپرست معتاد دوچندان می‌گردد. در چنین شرایطی زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمن امنیت، آرامش و آسایش است، در هراس و ناامنی به سر می‌برد.

آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن‌قدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض ابتلا به اعتیاد و دیگر آسیب‌ها قرار می‌گیرد (پترسن[6] و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین تردیدی نیست که مواجهه طولانی مدت با بیماری اعتیاد شوهر و فشار روانی بسیار زیادی که این مشکل بر همسران افراد معتاد وارد می‌کند، می‌تواند بر ویژگی‌های روان‌شناختی این گروه تأثیرگذار باشد. در چنین شرایطی همسران افراد معتاد امید به زندگی خود را از دست می‌دهند، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها مورد تهدید قرار می‌گیرد و کیفیت زندگی آن‌ها مختل می‌شود تا جایی که نگرانی، احساس تنهایی، خجالت و فقدان امنیت روانی بر زندگی آن‌ها نقش می‌بندد (منچری[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از عوامل مهم در بحث سلامت روان همسران درمان‌جویان سوءمصرف کننده مواد کیفیت زندگی است. با وجود اینکه واژه کیفیت زندگی به‌طور گسترده‌ای بکار می‌رود، اما تعریف واحدی برای آن وجود ندارد. اغلب صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که کیفیت زندگی چند بعدی است و از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا می‌دانند؛ ذهنی یعنی حتماً توسط خود شخص و بر اساس نظر خودش تعیین می‌شود و پویا یعنی در طی زمان متغیر است. پس لازم است در دوره‌ای از زمان اندازه‌گیری صورت گیرد. این درحالی است صاحب‌نظران دیگر به ذهنی بودن اکتفا نمی‌کنند و بر این باورند که هریک از دامنه‌های قابل‌اندازه‌گیری کیفیت زندگی باید هم ذهنی و هم عینی باشد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی مطابق با فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست. اعتیاد

1. Heilig
2. Ouzir & Errami
3. Hawlader
4 . Zeng & Tan
5 . Mohiuddin
6 . Pettersen
7 . Mancheri

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

به عنوان یک اختلال مزمن عود کننده نه تنها در کیفیت زندگی فرد معتاد دخیل است، بلکه کیفیت زندگی خانواده را نیز در جنبه‌های گوناگون جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (نوروزی و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از مسائل و مشکلاتی که همسران درمان‌جویان سوءمصرف کننده مواد با آن روبه‌رو هستند بهزیستی روانی پایین در این افراد است. بهزیستی روان‌شناختی به صورت احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، تعریف شده است (اصالتی و همکاران، ۱۳۹۸). کارادماس می‌گوید بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، تعامل کارآمد و تأثیرگذار با جهان، داشتن رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت کردن در طول زمان بیان کرد. این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و اخلاق خوب را نیز در بر بگیرد (کیم و ستاوروسیتو[1]، ۲۰۱۸). با در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد فردی زنان همسر معتاد به‌وجود می‌آید، همسر فرد معتاد به دلیل سوءمصرف شوهر خود با شرایطی روبه‌روست که نیاز به آموختن یکسری از مهارت‌ها برای سازگار شدن یا غلبه بر آن شرایط دارد که بی‌تردید غنا بخشیدن به روابط بین فردی و عاطفی این زنان از آن جهت که باعث قطع چرخه مصرف و درگیری‌های روزافزون می‌گردد، بسیار حائز اهمیت است. با عنایت به آنچه بیان گردید یکی از روش‌هایی که می‌تواند در کاهش اثرات زیان‌بار مصرف مواد بر زنان دارای همسر معتاد مؤثر باشد شفقت به خود است. شفقت به‌عنوان یک تنظیم‌کننده هیجان می‌تواند نقش مهمی در سازگاری زنان در مواقع تنش‌زا ایفا کند. شفقت یعنی حساسیت داشتن نسبت به رنج دیگران، آگاهی از غم‌ها، میل به تسلی رنج‌های دیگران و داشتن یک دیدگاه بدون قضاوت از اشتباه (گیلبرت[2]، ۲۰۲۰). شفقت به خود، توانایی فرد در پذیرش خود یا مهربان بودن نسبت به خود در مواقع رنج و سختی (امیری‌راد و همکاران، ۱۳۹۹) یکی از منابع درونی است که می‌تواند بر فرآیند مقابله اثرگذار باشد (شیخان و همکاران، ۱۳۹۸).

حقیقت امر این است که با توجه به اینکه سلامت جامعه به سلامت خانواده وابسته است و در این میان زنان نقش حیاتی در خانواده و جامعه به عهده دارند، بی‌تردید نگاه ویژه به سلامت روانی و جسمانی زنان ضرورت پیدا می‌کند، زیرا به سلامت روانی جامعه کمک می‌شود و می‌بایست در خصوص زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند به دنبال راهکار و تدابیری بود که با تغییر نگرش آن‌ها به تسکین و تنظیم هیجانات آنان پرداخته شود. در این میان یکی از روش‌هایی که می‌تواند پذیرش در جنبه‌های نامطلوب زندگی را افزایش و از اثرات زیان‌بار مصرف مواد بر زنان دارای همسر معتاد بکاهد، شفقت به خود است (بشرپور و احمدی، ۱۳۹۸). در این راستا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد در شهر تهران است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش پس از ارائه رضایت‌نامه کتبی ۲. همسران این افراد حداقل سه سال سابقه مصرف مواد داشته باشند. ۳. عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی ۴. عدم وجود اختلالات روانی و اختلالات طبی مزمن همزمان با انجام پژوهش در پرونده همسران درمانجویان سوء مصرف کننده مواد بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱. غیبت بیش از یک جلسه شرکت کنندگان در جلسات مداخله ۲. شرکت همزمان در جلسات رواندرمانی مشابه با پژوهش حاضر ۳. خروج داوطلبانه و نداشتن رضایت به ادامه همکاری با پژوهشگر بود. پژوهشگر پس از تصویب طرح پیشنهادی تحقیق و دریافت کد اخلاق اقدام به مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از دانشگاه و ارائه آن به ارگان‌های مربوطه و مراکز درمان ترک اعتیاد کرد. در این مرحله پژوهشگر به صورت در دسترس یک مرکز درمانی را انتخاب کرد. پس از دریافت تأییدیه مرکز برای اجرای پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به پرونده‌های درمان‌جویانی که حداقل دو سال جزء درمان‌جویان مرکز بودند اقدام به انتخاب نمونه کرد. در مرحله بعدی با رضایت خود بیماران با همسران آن‌ها تماس تلفنی برای دعوت به شرکت در پژوهش برقرار شد. در ادامه با ارائه توضیحات لازم در مورد موضوع و اهداف پژوهش، همسرانی که شرایط لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند و در پرسشنامه‌های کیفیت

1. Kim & Stavrositu
2 . Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

زندگی و بهزیستی روان‌شناختی نمره پایینی را کسب کرده بودند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی وارد پژوهش شدند. افراد انتخاب‌شده به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل در قالب گروه‌های ۱۵ نفره گماشته شدند. در مراحل بعدی مداخله‌ای ۸ جلسه‌ای بر روی گروه آزمایش آغاز شد و این در حالتی است که گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد، اما بعد پایان مداخلات، یک جلسه هم برای گروه گواه جهت آشنایی با مفاهیم درمان متمرکز بر شفقت گذاشته شد. لازم به ذکر است ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر با تائیدیه دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران با کد IR.USWR.REC.1401.041 انجام گرفت. پژوهش حاضر با رعایت ملاحظات اخلاقی همچون رضایت کتبی و آگاهانه از مشارکت کنندگان، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات افراد شرکت‌کننده و برگزاری جلسه‌ای آموزشی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، صورت گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (SF-36)[1]: سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی پرسبشنامه‌ی ۱۰۰ سؤالی تحت عنوان کیفیت زندگی طراحی کرد که در سال ۱۹۹۶ برای استفاده آسان‌تر با تعدیل گویه‌های ۱۰۰ سؤالی فرم کوتاه ۳۶ سؤالی از آن تهیه شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. نمره‌گذاری به سؤالات پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ (اصلاً، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. سؤالات ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. در مطالعه اسکوینگتون و همکاران (۲۰۰۴) پایایی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۶۸ و ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی بازآزمایی در فاصله دو تا هشت هفته‌ای متغیر بود که پایایی آن برای ابعاد سلامت جسمی ۰/۶۶، سلامت روانشناختی ۰/۷۲، روابط اجتماعی ۰/۷۶و سلامت محیط ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین روایی واگرا با مقایسه نمرات دامنه پاسخ دهندگان بیمار و سالم نشان داد که روایی واگرا برای هر حوزه در کل جمعیت معنی‌دار بود. روایی واگرا در حوزه سلامت جسمی (۳۹/۲) و پس از آن در حوزه‌های سلامت روان‌شناختی (۱۹/۹)، روابط اجتماعی (۱۳) و سلامت محیط (۷/۶) به بهترین وجه نشان داده شده است. نتایج روایی سازه نیز نشان داد که هر چهار بعد کیفیت زندگی اعم از سلامت جسمی (۰/۱۰)، سلامت روان‌شناختی (۰/۲۹)، روابط اجتماعی (۰/۱۱) و سلامت محیط (۰/۲۵) ارتباط قوی و معنی داری با کیفیت زندگی کلی داشت. در مطالعات داخلی، مقیاس فوق توسط نجات و همکاران استاندارد شده است که پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۷، روابط با دیگران ۰/۷۵ و سلامت محیط ۸۴/. به دست آمد. همچنین همسانی خرده مقیاس‌های پرسشنامه برای افراد سالم و بیمار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). به منظور تعیین روایی مقیاس، از همبستگی نمره کل هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. ضریب‌های همبستگی بدست آمده از ۰/۳۱ تا ۰/۶۲ بود و تمام ضریب‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند. لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۱ بود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB-SF)[2]: جهت ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی از نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شده، استفاده شد که بعدها در سال ۲۰۰۲ توسط ریف مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس دارای ۶ مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. برای هر مولفه ۳ سوال در نظر گرفته شده و دارای یک نمره کل می‌باشد. طیف نمره‌گذاری مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای است به طوری که به گزینه "کاملاً موافقم" نمره ۱ و گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۶ تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند به این صورت که به گزینه "کاملاً موافقم" نمره ۶ و به گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۱ تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سؤالات محاسبه می‌شود و در آن نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بالا در فرد است و برعکس. به‌طورکلی و با کنار هم قرار دادن نتایج پژوهش‌های مختلف

1. Short-Form Health Survey questionnaire
2. Reef Psychological well-being Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

می‌تواند نتیجه گرفت که فرم ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی از روایی و پایایی بالایی برخوردار است، به طوری که نتایج تحقیق ریف و همکاران (۲۰۰۲) حاکی از آن بود که ضریب پایایی مقیاس با استفاده از شاخص همسانی درونی برای زیر مقیاس‌های استقلال (۰/۷۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، رشد شخصی (۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و پذیرش خود (۰/۹۳) می‌باشد. همچنین در ارتباط با روایی مقیاس، همبستگی زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی بین ۰/۲۸ تا ۰/۷۳ و با مقیاس عزت نفس روزنبرگ بین ۰/۲۹ تا ۰/۶۲ بود که نشان دهنده روایی هم‌گرای مناسب آن جهت بکارگیری در فعالیت‌های پژوهشی و تشخیصی است. در ایران همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۸۲)، رابطه مثبت با دیگران (۰/۸۲)، داشتن هدف در زندگی (۰/۷۶)، رشد شخصی (۰/۷۸) و استقلال (۰/۸۳) و برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین در ارتباط با روایی مقیاس با استفاده از شاخص روایی هم گرایی، همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ گزارش شد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۹ بود.

برنامه مداخله آموزش درمان مبتنی بر شفقت: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) طراحی گردیده است. این درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) به شرکت کنندگان ارائه گردید. خلاصه‌ای از جلسات در ادامه ذکر گردیده است:

جدول ۱. محتوای جلسات درمان گروهی متمرکز بر شفقت

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری ارتباط و آشنایی با درمان متمرکز بر خود-شفقتی	در این جلسه تلاش می‌شود با شرکت کنندگان ارتباط برقرار شود، شرکت کنندگان گروه‌بندی شوند، ساختار جلسات مرور شود، اصول کلی درمان متمرکز بر خود شفقتی برای – شرکت کنندگان توضیح داده شود و در مورد تفاوت‌های شفقت و تأسف برای خود توضیح داده شود. میزان آزار عاطفی آنها بررسی شود. در مورد آموزش خود شفقتی اطلاعات اولیه‌ای به شرکت کنندگان داده شود.
دوم	آموزش ذهن آگاهی و همدلی	توضیح اینکه چه منابعی می‌تواند برای انسانها رنج آفرین باشد. تلاش می‌شود ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدن و تنفس به شرکت کنندگان آموزش داده شود. در مورد سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت توضیح داده شود. روش‌های همدلی کردن توضیح داده شود. به آنها آموزش داده شود که چگونه امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده خواهد شد.
سوم	پرورش برخی احساسات در افراد	تلاش می‌شود در مورد خصوصیات افرادی که دارای شفقت هستند و شفقت ورزیدن به دیگران توضیح داده شود. احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود در شرکت کنندگان پرورش داده شود. برای آنها توضیح داده شود که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند و باید به جای اینکه نسبت به خود احساسات خودتخریبگرانه و شرم داشته باشند حس اشتراکات انسانی را در خود تقویت کنند. افراد تقویت می‌شوند تا بدون اینکه از رنج خود و دیگران روی برگردانند یا از آن اجتناب کنند به آن توجه کنند. در آخر تکالیف خانگی داده خواهد شد.
چهارم	خودشناسی و پرورش ذهن مشفقانه	تمرین جلسهٔ قبل مرور می شود. شرکت کنندگان با توجه به مباحثی که آموزش داده می‌شود، به خودشناسی و اینکه از شفقت برخوردار هستند یا خیر ترغیب می‌شوند. تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» از جمله ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و استعارهٔ فیزیوتراپ تمرین می‌شود. همچنین شیوهٔ بخشایش نیز به آنها آموزش داده می‌شود. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده خواهد شد.
پنجم	آموزش تقویت قدرت تحمل و مراقبت از بهزیستی	تمرین جلسهٔ قبل مرور می‌شود. تمرین های قبلی و جدید پرورش ذهن مشفقانه از جمله بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعارهٔ ذهن آنفلوانزا و آموزش بردباری انجام می‌شود. شیوهٔ پذیرش مسائل و مراقبت از بهزیستی به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود و در مورد اینکه چگونه می‌توان تغییرات پیشرو را پذیرفت و شرایط سخت و چالش برانگیز را با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف تحمل کرد توضیح داده شود. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده خواهد شد.
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت و	تمرین جلسهٔ قبل مرور می‌شود. تمرین ایجاد تصاویر مشفقانه به صورت علمی انجام می‌شود. سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت از جمله شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته آموزش داده می‌شود. نحوهٔ به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان توضیح داده می‌شود. نحوهٔ رشد احساسات ارزشمند و متعالی به آنها آموزش داده می‌شود. در آخر به آنها تکلیف خانگی داده خواهد شد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

	بکارگیری آن در زندگی	
هفتم	نوشتن نامه‌های مشفقانه	تمرین جلسهٔ قبل مرور می‌شود. نحوهٔ نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران آموزش داده می‌شود. «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت» نیز به شرکت کنندگان آموزش داده خواهد شد.
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها	مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل مرور و تمرین می‌شود تا به شرکت کنندگان کمک شود تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. در آخر جمع بندی صورت می‌گیرد و راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره به آنها ارائه شود.

یافته ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه آزمایش ۳۳ سال و انحراف معیار برابر ۳/۰۶ و میانگین سنی در گروه گواه برابر با ۳۲/۴ و انحراف معیار آن نیز ۳/۲۰ بود. در گروه آزمایش ۱ نفر از شرکت‌کنندگان بیسواد (۷ درصد)، ۹ نفر مدرک دیپلم و پایین‌تر (۶۰ درصد) و ۵ نفر باقیمانده مدرک دانشگاهی (۳۳ درصد) داشتند. همچنین در گروه گواه تعداد ۱ نفر از شرکت‌کنندگان بیسواد (۷ درصد)، ۸ نفر مدرک دیپلم و پایین‌تر (۵۳ درصد) و ۶ نفر باقیمانده مدرک دانشگاهی (۴۰ درصد) داشتند. علاوه بر این وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان حاکی از آن بود که در گروه آزمایش ۹ نفر از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی ضعیف (۶۰ درصد)، ۴ نفر متوسط (۲۷ درصد) و ۲ نفر خوب (۱۳ درصد) بودند. از سوی دیگر وضعیت اقتصادی گروه گواه بدین صورت بود که ۸ نفر دارای وضعیت اقتصادی ضعیف (۵۳ درصد)، ۶ نفر متوسط (۴۰ درصد) و ۱ نفر خوب (۷ درصد) بود.

میانگین و انحراف استاندارد دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی

متغییر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۸/۷۳	۵/۱۴	۲۸/۴۰	۵/۸۷
	پس‌آزمون	۳۳/۰۶	۴/۳۰	۲۷/۸۶	۴/۷۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۷/۴۰	۷/۲۳	۳۷/۲۶	۷/۲۰
	پس‌آزمون	۴۳/۶۰	۳/۶۵	۳۷/۸۶	۵/۱۲

در جدول ۲ مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که میانگین پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر شده است، بدین معنی که بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد که تحت آموزش پروتکل درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند، بیشتر شده است.

برای بررسی تأثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که ابتدا باید پیش‌فرض‌های برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیونی و توزیع نرمال بررسی شوند: برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. (پس آزمون: شاخص کیفیت زندگی، (P=/۲۸>۰/۰۵) و برای بهزیستی روان‌شناختی، (P=/۸۶>۰/۰۵)؛ بنابراین در سطح پس آزمون مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد این مفروضه در ارتباط با مرحله پس آزمون می‌باشد. (پس آزمون: کیفیت زندگی، (F=۹/۹۳، P=/۶۳>۰/۰۵) و برای بهزیستی روان‌شناختی، (F=۵/۶۸، P=/۰۸>۰/۰۵)؛ بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون تأیید شد و نیز نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

نشان داد که توزیع داده‌ها طبیعی است، چون که در مورد متغیرهای موردبررسی معنادار نبود (P=/۸۰>۰/۰۵) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع تأیید می‌شود. با برقراری همه پیش‌فرض‌ها به اجرای آزمون تحلیل کوواریانس پرداخته خواهد شد.

به منظور بررسی اثر مداخله‌ای پژوهش، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار گرفته شد. نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون متغیرهای وابسته پژوهش (بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی) در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	ارزش	F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۵۰۸	۱۲/۸۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۹۲	۱۲/۸۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
اثر هتلینگ	۱/۰۳	۱۲/۸۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۰۳	۱۲/۸۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱

همانگونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد سطوح معنی‌داری تمام آزمون‌ها اعلام می‌کنند که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۱۲/۸۸، P<۰/۰۰۱). میزان تاثیر یا تفاوت برابر ۰/۹۰۱ است، به عبارتی دیگر ۹۰/۱ درصد تفاوت‌ها در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان دارای همسران دچار سوء مصرف مواد مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر شفقت است. به جهت بررسی نقطه تفاوت از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. نتیجه این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مرحله	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
بهزیستی روان‌شناختی		پیش‌آزمون	۱۸۸/۶۰	۱	۱۸۸/۶۰	۱۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	گروه	۴۵۷/۵۵	۱	۴۵۷/۵۵	۲۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۱
		خطا	۳۰/۷۵	۲۶	۱۱/۷۶	–	–	–	–
کیفیت زندگی		پیش‌آزمون	۱۸۲/۳۹	۱	۱۸۲/۳۹	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۹۰۱
	پس‌آزمون	گروه	۴۱۸/۷۵	۱	۴۱۸/۷۵	۱۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴	۱
		خطا	۴۱/۶۷	۲۶	۱۶/۰۲	–	–	–	–

همانطور که در جدول ۴ آمده است بین شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری در متغیرهای وابسته پژوهش مشاهده می‌شود. بطوریکه آموزش درمان مبتنی بر شفقت به همسران افراد دچار سوء مصرف مواد توانسته است به شکل معناداری بر روی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون، تأثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد تاثیر معنی‌داری دارد.

یافته‌های پژوهش با پژوهش‌های نامنی و همکاران (۲۰۲۱)، کربای و همکاران (۲۰۱۶) و ویکلندگاستین (۲۰۱۷) که به تأثیرات مثبت درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی اشاره کرده‌اند، همسو بود. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که شفقت به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیان میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار و عواقب اعتیاد یک عضو خانواده را فراهم و انجام تکالیف روزمره کمک کند. این شیوه درمانی باعث می‌شود تا افراد بجای پاسخ به وقایع ناخوشایند شرایط خود با خشم و خودسرزنشی، با مهربانی و مراقبت نسبت به خود رفتار کنند و این تجربه‌های ناخوشایند را نیز جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند؛ بنابراین ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین فردی می‌شود. میل افراد را برای رشد ارتقا می‌بخشد و توانایی آن‌ها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط افزایش می‌دهد که این عوامل می‌توانند نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی در زنان دارای همسران سوءمصرف کننده مواد داشته باشد (گیلبرت، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر شفقت به‌عنوان یک تنظیم‌کننده هیجان می‌تواند نقش مهمی در سازگاری زنان در مواقع تنش‌زا ایفا کند، چراکه شفقت به خود، توانایی فرد در پذیرش خود یا مهربان بودن نسبت به خود در مواقع رنج و سختی (امیری‌راد و همکاران، ۱۳۹۹) یکی از منابع درونی است که می‌تواند بر فرآیند مقابله اثرگذار باشد (شیخان و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین شفقت موجب افزایش ظرفیت درون‌فردی برای پذیرش اشتباهات و نقصان‌های خود و درک محدودیت‌های مربوط به شرایط می‌شود به این معنا که برای هیچ انسانی کمال مطلق دست‌یافتنی نیست و در سایه این نگرش زمانی که افراد تحت موقعیت‌های دردناک قرار می‌گیرند با داشتن نگرشی همدلانه و دلسوزانه نسبت به خود، از خود حمایت کرده و بجای سرزنش و تحقیر خود، دیدگاهی گرم و پذیرا نسبت به خویش پیدا می‌کنند (نف[1]، ۲۰۲۳). همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که یک اصل اساسی در درمان مبتنی بر شفقت درونی کردن افکار، عوامل و رفتارهای تسکین-دهنده‌ی بیرونی است که از طریق آن ذهن به عناصر درونی به‌عنوان اجزای درونی پاسخ می‌دهد، بنابراین ذهن آرام خواهد شد (گیلبرت، ۲۰۲۰). با استناد به مطالعات پژوهشگران پیشین می‌توان نتیجه گرفت که داشتن شفقت به خود منجر به ثبات و تحمل آشفتگی‌های هیجانی، بخشیدن شکست‌ها و نقاط ضعف خود و احترام گذاشتن به خود به‌عنوان انسان محدود و ناکامل می‌شود؛ حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان دارای همسر دچار سوء مصرف مواد تاثیر معناداری دارد. یافته‌های پژوهش با مطالعات داوورت و همکاران (۲۰۱۶)، خرمی نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، دانوکالوف و همکاران (۲۰۱۷)، رضایی فرد و حیدری (۲۰۲۲) و پالمیرا[2] و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود که نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی در جمعیت‌های مختلف بود. در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که افزایش شفقت به خود در درمان مبتنی بر شفقت در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ناخوشایند مانند سپر محافظ عمل می‌کند، طوری که افراد با شفقت به خود بالا کمتر خود را تحت فشار قرار می‌دهند، خود را کمتر ارزیابی و قضاوت می‌کنند و در مدیریت ناملایمات زندگی بهتر عمل می‌کنند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ بنابراین به‌کارگیری این آموزه‌ها توسط زنان دارای همسر مصرف‌کننده مواد توانست منجر به درگیری فکری کمتر مرتبط با اعتیاد همسر و تا حدی کاسته شدن از توجه بیش از حد به این امر شد. هنگامی‌که شخص با جنبه‌های مختلف زندگی خود کنار می‌آید و به پذیرش و مسئولیت‌پذیری می‌رسد می‌تواند در کسب رضایت نسبی و ارتقای کیفیت زندگی مؤثر باشد. همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی می‌توان گفت که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، گسترش مهربانی، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیت اطراف را به دنبال دارد. درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل بیشتر بازخوردهای مثبت، ایجاد نگرش صمیمانه و سهیم شدن بیشتر افراد در حالات هیجانی دیگران و تقویت نگرش صمیمانه و احساس به هم پیوستگی و اجتماعی شدن می‌شود. در درمان مبتنی بر شفقت از طریق پذیرش و ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود که مشکلات اجتناب‌ناپذیر هستند و همه افراد با مشکلات مواجه می‌شوند (استیندل و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که شفقت نوعی تأثر و آگاهی از رنج و درد دیگران است به نحوی که فرد نسبت به دیگران احساس مهربانی کند و مشتاق تسکین درد و رنج آن‌ها باشد. در واقع، شفقت عبارت است از درک غیرقضاوت گونه افرادی که دچار خطا یا ناکامی هستند، به نحوی که اعمال و رفتار آن‌ها در بافت جایزالخطا بودن انسان، دیده می‌شود. به این ترتیب شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود است و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدید آوردن تمایلی در خود برای تسکین رنج‌های خود و بهبودی

1. Neff
2. Palmeira

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

آن‌ها از طریق مهرورزی و صمیمیت با خود. طوری که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگ‌تری از تجارب انسانی ببینند (بهوندی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ بنابراین زنانی که همسران آن‌ها دچار سوءمصرف مواد شده بود سعی کردند که از رنج و درد همسرانشان آگاهی یافته و به دنبال آن در تلاش برای تسکین درد خود و همسرانشان بودند؛ طوری که با آن‌ها با مهربانی رفتار می‌کردند و همسرشان را در قالب یک انسان دچار خطا دیده می‌دیدند. این نوع مفهوم‌پردازی و نگرش صمیمانه با خود و همسرشان توانست در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بود. ازجمله این محدودیت‌ها، نبود دوره پیگیری طولانی بود که موجب شد دیدگاه روشنی از میزان ماندگاری درمان وجود نداشته باشد. محدودیت دیگر این مطالعه استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر هر دو جمعیت زنان و مردان دارای همسر سوءمصرف کننده مواد انجام شود. همچنین دوره پیگیری طولانی مدت با توجه به ماهیت دشوار و گریبان گیر اعتیاد بر خانواده فرد سوءمصرف کننده مواد و نیاز به ارزیابی سازمان‌یافته‌تری از پایداری درمان در این جمعیت پیشنهاد می‌گردد.

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تهران با کد ۲۷۱۷ می‌باشد. بدین ترتیب از دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تهران، مدیریت مراکز درمان سوءمصرف مواد جهت هماهنگی و اجرای پژوهش، شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش و همه افراد دخیل در انجام پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

احمدی، ر.، سجادیان، ا.، و جعفری، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. *فصلنامه پوست و زیبایی*، ۱۰(۱)، ۱۸-۲۹. http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5369-en.html

اصالتی، پ.، عرب، ع.، و مهدی‌نژاد، و. (۱۳۹۸). تاثیر معنادرمانی فرانکل بر بهزیستی روانشناختی و شفقت خود دانشجویان. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۵(۳)، ۱-۷. http://ijrn.ir/article-1-405-en.html .

امیری راد، م.، اسلمی، ا.، و موسوی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۰(۴۰)، ۷۷-۱۰۲. https://doi.org/10.22054/jcps.2021.52014.2358

بشرپور، س.، و احمدی، ش. (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۵۴) :۲۴۵-۲۶۴. http://etiadpajohi.ir/article-1-2105-fa.html

بهوندی، ن.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. *فصلنامه علمی-پژوهشی روشها و مدلهای روانشناختی*، ۱۲(۴۳)، ۱۱۴-۱۳۰. 10.30495/JPMM.2021.4727

بیانی، ع. ا.، محمد کوچکی، ع.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۴(۲ (پیاپی ۵۳))، ۱۴۶-۱۵۱. https://sid.ir/paper/16645/fa

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح آبادی، ج.، مظاهری، م.، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۹ (۳۲)، ۲۷-۳۶. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html

خرمی نژاد، پ.، خلعتبری، ج.، و صیرفی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*. ۱۴۰۱؛ ۸ (۱) :۵۰-۵۹. http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-634-en.html

شیخان، ر.، قدم‌پور، ع.، و آقابرگی، ر. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش خود شفقتی بر تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بدون متاستاز تحت شیمی درمانی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۹(۳۵)، ۱۳۱-۱۴۵. https://doi.org/10.22054/jcps.2019.42476.2137

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمدی، ک.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۱۳۸۵؛ ۴ (۴) :۱-۱۲. http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html

Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Wheaton, B. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. *International psychogeriatrics*, *13*(S1), 79-90. https://doi.org/10.1017/S1041610202008013

Danucalov, M. A., Kozasa, E. H., Afonso, R. F., Galduroz, J. C., & Leite, J. R. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of A lzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & gerontology international*, *17*(1), 85-91. https://doi.org/10.1111/ggi.12675.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies, 60*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology, 11*, 3123. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161

Hawlader, M. D. H., Nabi, M. H., Hussain, A., Al Amin, S. U., Zaman, S., & Masud, I. (2022). Legal and social consequences of substance use: Results from a nationwide study in Bangladesh. *Journal of ethnicity in substance abuse*, *21*(4), 1327-1337. https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1846008

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, *46*(10), 1715-1723. https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y

Kim, J., & Stavrositu, C. (2018). Feelings on Facebook and their correlates with psychological well-being: The moderating role of culture. *Computers in Human Behavior*, *89*, 79-87. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.07.024

Kirby, J. N. (2016). The role of mindfulness and compassion in enhancing nurturing family environments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*(2), 142. http://dx.doi.org/10.1111/CPSP.12149

Maghsoudi, J., Alavi, M., Sabzi, Z., & Mancheri, H. (2019). Experienced psychosocial problems of women with spouses of substance abusers: a qualitative study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *7*(21), 3584. 10.3889/oamjms.2019.729

Mancheri, H., Sabzi, Z., Alavi, M., Vakili, M. A., & Maghsoudi, J. (2021). The Quality of Life of Women with Addicted Husbands and its Related Factors in Gorgan, Iran. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, *18*(1), 9-12. 10.52547/jgbfnm.18.1.9.

Mohiuddin, A. K. (2019). Drug addiction in Bangladesh:"A consequence of social demoralization rather than individual flaws.". *Int J Addict Res Ther*, *2*(10), 1005. https://doi.org/10.1016/ijart.2019.02.10.

Nameni, E., Jajarmi, M., & Soliemanian, A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Existential Therapy and Compassion-based therapy on Psychological Well-being and Marital Disturbance of Conflicting Women. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, *28*(4), 608-620. https://doi.org/10.1016/jsums.2020.28.04.

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, *74*, 193-218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Noroozi, F., Hassanipour, S., Eftekharian, F., Eisapareh, K., & Kaveh, M. H. (2021). Internet addiction effect on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *The Scientific World Journal*, *2021*. https://doi.org/10.1155/2021/2556679

Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *148*, 59-68. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2016.06.005

Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2019). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of health psychology*, *24*(8), 1056-1069. https://doi.org/10.1177/1359105316686668

Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., & Davidson, L. (2019). How social relationships influence substance use disorder recovery: a collaborative narrative study. *Substance abuse: research and treatment*, *13*, 1178221819833379. https://doi.org/10.1177/117822181983.

Rezaei Fard, A., & Heidari, M. (2022). Investigating the Effectiveness of Compassion-Based Group Therapy On the Quality of Life, Self-Esteem and Mental Health of Spouses of Substance-Abusers. *Women and Family Studies*, *15*(57), 181-198. 10.30495/JWSF.2022.1946133.1633

Ryff. C. D. Keyes. C. l. m Shomtkin .D. (2002). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. Journal of Personality and social psychology. 62 (6). 1007-1022. https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007

Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist, 21*(2), 62-73. https://doi.org/10.1111/cp.12126

Wiklund Gustin, L. (2017). Compassion for self and others as key aspects of well-being in changing times. *Scandinavian journal of caring sciences, 31*(3), 427-433. https://doi.org/10.1111/scs.12536

Zeng, X., & Tan, C. (2021). The relationship between the family functioning of individuals with drug addiction and relapse tendency: A moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 625. https://doi.org/10.3390/ijerph18020625

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]