

مقاله اصلی

اثربخشی آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۴

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر دامغان در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند؛ و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی واتسن کلارک و تلگن (۱۹۸۸)؛ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه؛ تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) را تکمیل کردند. گروه آزمایشی برنامه آموزش مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل تحت آموزش معمول روزانه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آماری انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت خود بر عواطف مثبت و منفی؛ کیفیت زندگی؛ تاب‌آوری روان‌شناختی به‌طور معناداری اثربخش است ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان به بهبود عواطف مثبت و منفی؛ کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی افراد وابسته به مصرف مواد از طریق آموزش مبتنی بر شفقت خود کمک کرد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، عواطف مثبت و منفی؛ کیفیت زندگی؛ تاب‌آوری روان‌شناختی، خودشفقت‌ورزی

فاطمه رشیدی مهر^۱

مهدی لشگری^{۲*}

حسن عبدی^۳

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دامغان، دانشگاه آزاد

اسلامی، دامغان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد شاهرود،

دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

Email:

lashgarim2006@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر دارای اثرات مختلف جسمانی و روان‌شناختی است. اگرچه شیوع استفاده از مواد مخدر در بعضی از کشورها تقریباً یکسان می‌باشد، با این حال برآوردها نمایانگر افزایش فراوانی مصرف مواد در کشورهای در حال توسعه است (۱). با توجه به آمار سال ۲۰۱۲ بین ۱۶۲ میلیون نفر الی ۳۲۴ میلیون نفر در کشورهای مختلف مواد مخدر مصرف می‌کنند. در برآوردی دیگر، در سال ۲۰۱۰، حدود پنج درصد از افراد بزرگسال جهان حداقل یک‌بار مواد مخدر استفاده کرده‌اند و شش درصد از این افراد دارای مشکلات استفاده از مواد مخدر هستند (۲). ایران یکی از کشورهای در حال توسعه‌ای می‌باشد که با این مسئله اساسی روبرو است. افزایش نرخ شیوع مصرف مواد در ایران از حدود ۳/۷ درصد در سال ۱۳۸۶ به حدود ۵/۴ درصد در سال ۱۳۹۴ رسیده است (۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۴) اعتیاد حالت سرمستی طولانی، ناشی از مصرف پی‌درپی مواد مخدر است که در بین افراد جامعه مشکلات متعددی را به وجود می‌آورد (۵). در تعریفی دیگر اعتیاد به‌عنوان بلایی ویرانگر، همه افراد به‌خصوص نسل جوان را تهدید می‌کند که منجر به کاهش نشاط و شادکامی می‌شود (۶)؛ چراکه افراد وابسته به مواد از لحاظ روان‌شناختی، وابستگی زیادی به مواد مصرفی پیدا می‌کنند به صورتی که به‌تدریج میزان مصرف خود را افزایش می‌دهند (۷). این افزایش، باعث مشکلات گوناگون روان‌شناختی، عاطفی، شخصیتی، جسمانی و اقتصادی می‌شود (۸). در طی سال‌های گذشته الگوی روان‌شناختی و زیستی، مصرف مواد مخدر را مسئله‌ای با ابعاد گوناگون در نظر گرفته است که نیاز به تخصص در رشته‌های گوناگون دارد. اعتیاد به‌عنوان یک مشکل روان‌شناختی جنبه‌های مختلف زندگی فرد از قبیل عواطف مثبت و منفی (۹)، تاب‌آوری روان‌شناختی (۱۰) و کیفیت زندگی (۱۱) را

مختل می‌کند. به اعتقاد پژوهشگران در حوزه روان‌شناختی، عواطف به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اساسی شخصیت می‌باشد و از اساسی‌ترین تنظیم‌کننده‌های ویژگی‌های روانی، اجتماعی، شغلی و آموزشگاهی در نظر گرفته می‌شود (۱۲). عواطف مثبت و منفی از اجزای بهزیستی روان‌شناختی تعریف شده و به‌عنوان سازه‌های شناختی و هیجانی می‌باشند (۱۴). عاطفه مثبت گرایش به تجربه احساسات خوشایند، داشتن انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش است که طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت از جمله شادی، احساس توانمندی و ... را به همراه دارد. عاطفه منفی یک بعد عمومی از ناامیدی درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است و به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر و ... پدید می‌آید (۱۵).

توانایی مدیریت هیجان‌ها و عواطف باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (۱۶) و نقص در توانایی افراد در سازمان‌دهی و تعدیل هیجان‌ها و عواطف، افکار و رفتارها به‌خصوص زمانی که افراد هم‌زمان با استرس مواجه هستند می‌تواند منجر به استفاده از مواد مخدر گردد (۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین عاطفه مثبت و بازگشت به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد (۹) و در مطالعه دیگر مشخص شد که عواطف منفی مکانیسم‌هایی هستند که باعث وابستگی و زیاد شدن مصرف مواد و عود مصرف می‌شوند (۱۸).

از سوی دیگر، رویکرد روانشناسی مثبت نگر در سال‌های اخیر، با هدف بهبود توانمندی‌ها و استعداد‌های انسان، توجه خود را روی شناسایی سازه‌هایی قرار داده که بیشترین تطابق را با نیازهای زندگی داشته و موجب افزایش شادکامی و بهزیستی افراد شوند (۱۹). یکی از این متغیرها، تاب‌آوری روان‌شناختی است (۲۰). بنابراین سازه تاب‌آوری، جایگاه ویژه‌ای به‌خصوص در حوزه‌های بهداشت روانی، روانشناسی

بر شفقت به خود است که از فلسفه شرق سرچشمه گرفته است (۲۸-۳۰). قدمت طولانی پشت مفهوم شفقت بر خود نهفته است، ولی باین وجود زبان و فرهنگ‌های مختلف همواره معانی مشابهی را برای واژه‌هایی که مورد استفاده قرار می‌دهند، ندارد؛ بنابراین، سعی برای تبیین مفهوم شفقت مهم است (۳۱). سازه شفقت بر خود شامل سه بعد است: (۱) مهربانی با خود؛ اشاره به تمایل به مراقبت از خود در زمان مواجهه با مسائل شخصی دارد؛ (۲) انسانیت مشترک؛ شامل گرایش به شناسایی اینکه مسائل فردی قسمتی از زندگی عادی افراد می‌باشد (۳) ذهن آگاهی؛ که به عنوان توانایی حفظ احساسات منفی همراه با آگاهی متعادل تعریف می‌شود (۳۲). شفقت به خود در پیوستاری از سمت بالا به پایین در جریان است (۳۳). ابعاد کلیدی شفقت بر خود می‌تواند باعث ترویج پذیرش خود، تنظیم هیجانات و در نتیجه مراقبت از سلامتی شوند (۳۴). شفقت به خود در واقع موضع‌گیری مهربان، پذیرنده آگاهانه نسبت به خود، هنگام برخورد با مشکلات می‌باشد (۳۵). پژوهش‌ها نشان دادند که شفقت بر خود باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش پیامدهای مثبت می‌شود (۳۳، ۳۶). مک بس و گملی (۳۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شفقت بر خود با سطح پایین‌تر مشکلات بهداشت روان مانند افسردگی، اضطراب و استرس رابطه دارد. موریس و پتروسی (۳۸) در یک پژوهش فرا تحلیل به رابطه بین مؤلفه‌های شفقت خود و نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی پرداختند. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های مثبت شفقت خود (مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی) و آسیب‌شناسی روانی روابط منفی و معناداری و بین مؤلفه‌های منفی شفقت خود (قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی) با آسیب‌شناسی روانی روابط مثبت و معناداری وجود داشت. در پژوهشی دیگر گزارش شد که درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی،

تحولی و خانواده پیدا کرد و به عنوان یک توانایی با هدف سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط محیطی، با وجود تهدیدآمیز بودن محیط اشاره داشت (۲۱). از تاب‌آوری به عنوان سازگاری مثبت در مقابل شرایط ناگوار یاد می‌شود. فردی که از ویژگی تاب‌آوری، برخوردار باشد به عنوان مشارکت‌کننده فعال و سازنده در محیط پیرامون خود شناخته می‌شود که قادر است تا تعادل زیستی، روانی و معنوی را در برابر شرایط تهدیدآمیز برقرار نماید (۲۲). پژوهش‌ها نشان داده است که تاب‌آوری از طریق تعدیل و کمرنگ کردن عواملی همچون افسردگی، اضطراب و استرس، تضمین‌کننده سلامت روانی افراد می‌باشد (۲۳). از سوی دیگر، کیفیت زندگی، احساسی از رضایت یا عدم رضایت، در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی است (۲۴) در واقع دو موضوع در ارتباط با کیفیت زندگی وجود دارد، ذهنی بودن و چندبعدی بودن کیفیت زندگی. در مفهوم ذهنی بودن، کیفیت زندگی به درک و رضایت فرد از سطح عملکردی خود که شامل فعالیت‌های روزمره مانند لباس پوشیدن و مهارت‌های زندگی مستقل مانند خرید کردن است مربوط می‌شود و چندبعدی بودن کیفیت زندگی به سلامت جسمی، عملکردی، عاطفی و اجتماعی فرد اشاره دارد (۲۵). مطالعات متعدد نشان داده‌اند سوء مصرف الکل و مواد مخدر به‌طور جدی بر سلامتی، جسمانی، روانی روابط اجتماعی و زندگی روزمره اثرگذار بوده و تأثیر منفی و زیانباری بر کیفیت زندگی و سلامت دارد (۱۱). به‌طور مثال نتایج مطالعه اسمیت و لارسن (۲۶) نشان می‌دهد جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است. مطالعه پریو و همکاران (۲۷) نشان می‌دهد هرچه سطح مصرف و شدت وابستگی به مواد بالاتر باشد کیفیت زندگی فرد معتاد ضعیف‌تر است. از جمله برنامه‌های آموزشی مؤثر در زمینه ارتقا کیفیت زندگی، سرسختی روان‌شناختی و هیجانات، آموزش مبتنی

هرگونه مصرف مواد مخدر در طول درمان و غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی. داده‌های موردنیاز با استفاده از پرسشنامه عواطف مثبت و منفی، مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی و فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی گردآوری شد:

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این پرسشنامه توسط واتسن کلارک و تلگن (۱۹۸۸) تدوین شد و یک ابزار ۲۰ ماده‌ای خود سنجی برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی گردیده است هر خرده مقیاس شامل ۱۰ ماده بوده که توسط آزمودنی بر پایه یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌گردد. این مقیاس ابزاری برای خود سنجی است که به وسیله تغییر دستورالعمل‌ها بخش حالت و بخش رگه خصیصه آن را می‌توان سنجید. زمانی که چارچوب زمانی به حالت جاری خلق و همچنین هفته جاری اشارت نماید، بخش حالت عاطفه سنجیده شده و هرگاه زمان بلندتر مدنظر گرفته شود، بخش رگه‌ای خصیصه‌ای سنجیده شد. واتسن کلارک و تلگن (۱۹۸۸) اعتبار و روایی این مقیاس را مطلوب گزارش نموده‌اند (۴۰). بخشی پور و دژکام (۴۱)، همسانی و اعتبار درونی مقیاس‌های عاطفه مثبت را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و عاطفه منفی را از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ گزارش نموده‌اند. در پژوهش صادقی و همکاران (۴۲)، با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ گزارش کردند.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه:

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه مقیاس دیگری است که به‌طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سؤالی از پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی است و شامل ۴ بعد سلامت فیزیکی (۷) سال، سلامت روانی (۶) سؤال، ارتباط اجتماعی (۳) سؤال و سلامت محیط (۸) سؤال به همراه ۲ سؤال کلی

پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان افراد می‌شود (۳۹). با توجه به توضیحات فوق و از آنجایی که در هیچ‌یک از پژوهش‌های قبلی به روابط بین متغیرهای پژوهش حاضر پرداخته نشده است و در این زمینه شکاف تحقیقاتی عمده‌ای وجود دارد از این‌رو در پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سال هستیم که آیا آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد مخدر اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر متغیرهای وابسته عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی و متغیر مستقل مداخله درمانی آموزش شفقت بر خود است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر دامغان در سال ۱۴۰۲ بود. از بین افراد جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند؛ و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به‌منظور برآورد حجم نمونه، از روش پیشنهادی کوهن استفاده شد. این پژوهش دارای دو گروه آزمایش و گواه با درصد احتمال خطای $\alpha = 0/05$ و پیش‌بینی اندازه اثر متوسط (۰/۲۵) بود. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، جنسیت مرد، تجربه حداقل دو بار حضور در کمپ ترک اعتیاد، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال با تجارب متفاوت از مصرف مواد مخدر، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ملاک خروج از پژوهش حاضر عبارت‌اند از: اطلاع درمانگر از

جلسه دوم. آشنایی با خصوصیت‌های شفقت. توضیح خصوصیت‌های شفقت (خردمندی، ملایمت، غیر قضاوتی بودن و قدرت برای مشاهده رنج) و مقایسه آن با مؤلفه‌های بعد اشتیاق (حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، قضاوت نکردن، تحمل آشفتگی)

جلسه سوم. آموزش شفقت و همدلی. آموزش در جهت شکل‌گیری و ایجاد احساسات متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی، همچنین بررسی تفاوت‌های شرم، تحقیر و احساس گناه

جلسه چهارم. معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان. معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، بررسی تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق، هم‌چنین بررسی ۵ مرحله پذیرش هیجان‌های دشوار و ۳ راهبرد کنار آمدن با هیجان‌های دشوار

جلسه پنجم. آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش تنش به‌عنوان چیزی مفید. آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش بنیادین در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و توانایی تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن شرایط زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف

جلسه ششم. تکنیک‌های شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی. ریتم تنفسی آرام‌بخش، تصویرسازی خود مشفق، تصور بهترین حالت خود، تصویرسازی مکانی امن، نوشتن نامه مشفقانه به خود

جلسه هفتم. آموزش مسئولیت‌پذیری و احساس. آموزش مسئولیت‌پذیری و تفکر خودانتقادی در جهت ایجاد دیدگاه‌ها و هیجان‌های کارآمدتر در خود و آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات

جلسه هشتم. ارزشمند بودن مثلث شفقت. مرور و بررسی خلاصه‌ای از جلسات قبل و بررسی مثلث شفقت: شفقت‌ورزی به دیگران، دریافت شفقت از دیگران و شفقت‌ورزی به خود

درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند (۴۳). آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول بالاتر از ۰/۷ ست. در مطالعات انجام‌شده بر روی نسخه چینی و هندی این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای تمامی ابعاد گزارش شده است در جمعیت انگلیسی انتخاب‌شده برای ارزیابی این ابزار آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای ابعاد مختلف در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ گزارش شده است در تحقیق مختاری و عباس حقایق (۴۴) پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود.

مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی شده است. دارای ۲۵ سؤال است و با استفاده از طیف درجه‌بندی لیکرت (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است (۴۵). اصغری و همکاران (۴۶) پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین در پژوهشی بایات و جامینا^(۲۱)، ضریب پایایی تاب‌آوری در بین جامعه دانش‌آموزان را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آوردند.

برنامه آموزش مبتنی بر شفقت خود: در پژوهش حاضر گروه آزمایش برنامه آموزش مبتنی بر شفقت گیلبرت (۴۷) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند که در جدول زیر خلاصه جلسات آمده است.

خلاصه برنامه آموزش مبتنی بر شفقت خود

جلسه اول. مفهوم‌سازی متمرکز بر شفقت. برقراری رابطه، بحث درباره درمان‌های غیر دارویی اعتیاد، بیان هدف پژوهش و آموزش و مفهوم‌سازی متمرکز بر شفقت

روش آماری

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در بخش توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با رعایت مفروضه‌های آماری استفاده می‌کنیم. همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.24 انجام می‌شود.

نتایج

در این پژوهش شرکت‌کنندگان با وضعیت تحصیلی دیپلم ۱۲ (۴۰) دارای بیشترین فراوانی (درصد) و وضعیت تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر ۱ (۳/۳۰) دارای کمترین فراوانی (درصد) است. جدول ۴-۲ فراوانی و درصد وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. همچنین وضعیت شغلی کارگر ۱۳ (۴۳/۳) بیشترین فراوانی درصد و وضعیت شغلی کارمند و بیکار (۱۰) (۳) کمترین فراوانی و درصد را به خود اختصاص داده است. جدول ۴-۴ فراوانی و درصد فراوانی و درصد میزان درآمد افراد نمونه را نشان

می‌دهد. میزان درآمد کمتر از ۶ میلیون تومان (۱۰) (۳۳/۳) بیشترین فراوانی و درصد و وضعیت بدون درآمد (۳) (۱۰) کمترین فراوانی و درصد را به خود اختصاص داده است. میانگین و انحراف استاندارد سن افراد نمونه نیز به ترتیب ۳۷/۳۰ و ۷/۱۵ است.

برای بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون شاپیرو-ویلک، پیش‌فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکنندگی، فرض همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون انجام و تأیید شد.

جدول ۱. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های متغیر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری

روان‌شناختی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	آماره F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی	Sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلائی	۰/۷۸	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۲۱	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	اثر هتلینگ	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹

حداقل در یکی از نمره‌های متغیر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری آماره مرتبط، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی بزرگ‌ترین ریشه روی، معنادار است ($p < 0/05$)؛ بنابراین

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرهای عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
عواطف منفی	آموزش شفقت بر خود - کنترل	-۱۰/۵۲	۳/۹۰	۰/۰۱
عواطف مثبت	آموزش شفقت بر خود - کنترل	۹/۵۳	۲/۲۳	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	آموزش شفقت بر خود - کنترل	۲۴/۷۸	۶/۶۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	آموزش شفقت بر خود - کنترل	۳۲/۹۶	۳/۸۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده برنامه آموزش شفقت بر خود و گروه کنترل در متغیرهای عواطف منفی، عواطف مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی معنادار است و گروه آموزش شفقت بر خود در مقایسه با گروه کنترل معنادارتر است. به طوری که در متغیر عواطف منفی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (-۱۰/۵۲) ($p < ۰/۰۱$) است که نشان‌دهنده کاهش عواطف منفی در پس‌آزمون گروه آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است؛ همچنین در متغیرهای عواطف مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل به ترتیب برابر با (۹/۵۳)؛ (۲۴/۷۸ و ۳۲/۹۶) ($p < ۰/۰۰۱$) است که نشان‌دهنده افزایش این متغیرها در پس‌آزمون گروه دریافت‌کننده آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است.

همچنین تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده برنامه آموزش شفقت بر خود و گروه کنترل در متغیرهای عواطف منفی و عواطف مثبت معنادار است. به طوری که در متغیر عواطف منفی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (-۱۰/۵۲) ($p < ۰/۰۱$) است که نشان‌دهنده کاهش عواطف منفی در پس‌آزمون گروه آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است؛ همچنین در متغیر عواطف

مثبت تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل به ترتیب برابر با (۹/۵۳) ($p < ۰/۰۰۱$) است که نشان‌دهنده افزایش عواطف مثبت در پس‌آزمون گروه دریافت‌کننده آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت افراد وابسته به مصرف مواد اثربخش است همچنین تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده برنامه آموزش شفقت بر خود و گروه کنترل در متغیر کیفیت زندگی معنادار است. به طوری که در متغیر کیفیت زندگی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (۳۲/۹۶) ($p < ۰/۰۰۱$) است که نشان‌دهنده افزایش کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد اثربخش است. نهایتاً تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده برنامه آموزش شفقت بر خود و گروه کنترل در متغیر تاب‌آوری روان‌شناختی معنادار است. به طوری که در متغیر تاب‌آوری روان‌شناختی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (۲۴/۷۸) ($p < ۰/۰۰۱$) است که نشان‌دهنده افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی در پس‌آزمون گروه آموزش شفقت بر خود نسبت به گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که

آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری افراد وابسته به مصرف مواد اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت افراد وابسته به مصرف مواد اثربخش در مقایسه با گروه کنترل اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های کشاورز و همکاران (۴۸)، غضنفریان پور و چلیانلو (۴۹)، صادقی و همکاران (۵۰)، مانتلو و کاراکاسیدو (۵۱) و کریگر و همکاران (۵۲) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد معتاد تغییرات زیادی در سیستم مغزی را تجربه می‌کنند و آستانه تحمل پایین‌تری دارند (۵۳) و به کوچک‌ترین محرک‌ها، شدیدترین پاسخ‌های عاطفی را می‌دهند (۵۴)؛ بنابراین بروز عواطف منفی که گاه‌گاه به‌صورت خشم و یا رفتار پرخاشگرانه بروز می‌کند در دوره اعتیاد بیشتر دیده می‌شود که با به‌کارگیری راهکارهایی در جلسات درمان می‌توان بر این واکنش‌ها غلبه کرد. بدین طریق که آموزش شفقت به خود با تأکید بر ذهن آگاهی لحظه بودن به افراد معتاد کمک می‌کند عواطف منفی خود را مشاهده کرده و به‌جای این که به‌صورت واکنشی و بدون فکر پاسخ دهند به‌صورت آگاهانه و به‌فراخور موقعیت و در صورت نیاز برون‌ریزی و عواطف منفی خود را کنترل کنند (۵۵). از سوی دیگر افراد معتاد تحت فشارهای روانی متعددی قرار می‌گیرند و نه تنها موردانتقاد و سرزنش اطرافیان قرار داشته بلکه خود را دائم مورد سرزنش و انتقاد قرار می‌دهند و خود را در اداره خود و زندگی‌شان بی‌کفایت می‌دانند (۵۶). در بسیاری از موارد دیده می‌شود که افراد معتاد تصویر ذهنی خوبی از خود ندارند و خود را مدام موردانتقاد و سرزنش قرار می‌دهند.

آموزش شفقت به خود از خودانتقادی کاسته خواهد شد (۵۷) و با تأکید بر مهربانی با خود به افراد کمک کند که خود را بدون قید و شرط بپذیرند و تمام ابعاد وجودی خود را باوجود نقاط قوت و ضعف پذیرا باشند و دست از تلاش برای فاصله گرفتن از ویژگی‌های و تجارب ناخوشایند بردارند و زندگی بهتر و باکیفیت‌تری را اختیار کنند. از سوی دیگر افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند مضطرب، نگران و کم انرژی هستند (۵۸). از طریق رویکرد شفقت بر خود با کاهش عاطفه منفی و گرایش به سمت عاطفه مثبت، پارانرژی و با روحیه می‌شوند و از زندگی لذت می‌برند (۵۱)؛ بنابراین با توجه به توضیحات بالا می‌توان گفت که آموزش شفقت بر خود با تأکید بر مهربانی و پذیرش بی‌قیدوشرط خود باوجود نقاط قوت و ضعف و عدم سرزنش و انتقاد از خود می‌تواند به کاهش عواطف منفی مانند ناامیدی، شرمساری، ناراحتی، آشفتگی، عصبی بودن و افزایش عواطف مثبت مانند علاقه‌مندی، نشاط و بانگیزه بودن در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر منجر شود.

علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت بر خود بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر در مقایسه با گروه کنترل اثربخش است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اعرابی و همکاران (۵۹)، برگندان و همکاران (۶۰)، خلعتبری و همکاران (۳۹)، مفید و همکاران (۶۱)، سیریوس و هیرش (۳۵)، آرمیتسو و هافمن (۶۲) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت 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 سوق‌دهنده به‌سوی وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی افزایش می‌دهند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود با شفقت به خود (۶۳) سبب تغییر به‌کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه

درمان‌های طولانی‌مدت خواهد شد و بالطبع بهبود کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی، روانشناختی، روابط اجتماعی و مهم‌تر از همه تسلط بر محیط می‌شود. از این رو در جلسات آموزشی افراد شرکت‌کننده در رابطه با خود شفقتی، 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 درعین حال عدم حساسیت و واکنش سریع نسبت به رخدادها و وقایع منفی راهبرهایی را کسب می‌کنند. که این امر در جهت بالابردن کیفیت زندگی و ارتقا عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی افراد معتاد مؤثر می‌باشد (۵۰). از سوی دیگر در فرایند درمان متمرکز بر شفقت، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند. افراد متوجه می‌شوند غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب‌ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت، شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند و بامعنا دادن به رنج‌ها و دردها بر ازدست‌رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند (۶۴). با توجه به توضیحات بالا می‌توان گفت که آموزش شفقت بر خود با ویژگی‌های مهربان بودن با خود، توجه آگاهی و عدم سرزنش و انتقاد از خود منجر به بهبود سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی و روابط اجتماعی افراد وابسته به مصرف مواد می‌شود.

آخرین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری افراد وابسته به مصرف مواد در مقایسه

با گروه کنترل اثربخش است. این یافته با پژوهش‌های عابدینی و همکاران (۶۵)، لِفیر و همکاران (۶۶)، بلوث و همکاران (۶۷)، نِر-هورویت و همکاران (۶۸)، امجدیان و همکاران همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با دریافت آموزش شفقت بر خود با ویژگی‌هایی از قبیل مهربان بودن با خود، به هوشیاری و عدم سرزنش و انتقاد از خود قدرت تحمل و سازگاری در برخورد با مشکلات و موقعیت‌های غیرمنتظره و خودکنترلی در افراد وابسته به مصرف مواد افزایش می‌یابد. این خود منجر به این می‌شود که در برابر وسوسه مصرف مجدد مواد بهتر بتوانند مقابله کنند. درواقع، عوامل حمایتی در تاب‌آوری از طریق تغییر و یا بهبود شیوه پاسخگویی به شرایط ناگوار، منجر به این می‌شود که فرد را آمادگی ناملايمات و شرایط دشوار داشته باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد با دریافت برنامه شفقت بر خود توان سازگاری مناسب با شرایط دشوار رادارند و در نتیجه به جای مصرف مواد به عنوان یک راهکار ناسازگارانه و نامناسب، سعی در پذیرش شرایط و به تبع آن یافتن راه‌حل‌های مناسب رادارند (۶۹). همچنین هنگام مواجهه با مشکلات و ناملايمات دید مثبت و مهربانانه‌ای به خود داشته باشند (۷۰)؛ از سوی دیگر آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله‌ی سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد (۷۱) و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود (۷۲). آموزش مبتنی بر شفقت خود باعث می‌شود طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط

روانشناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد موردبررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.038 مصوب گردید. نویسنده از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

اجتماعی خویش، از کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری می‌شود (۷۳). همچنین ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد؛ زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود (۳۷). این پژوهش به صورت مقطعی انجام گرفت و نیاز به انجام پژوهش‌های طولی جهت بررسی عوامل مؤثر بر عواطف منفی، تاب‌آوری روانشناختی و کیفیت زندگی احساس می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش بعدی با کنترل متغیرهای مزاحم اثربخشی متغیرهای آزمایشی دیگری (مداخلات انگیزشی) بر عواطف منفی، تاب‌آوری

References

1. Nakhaee N, Jadidi N. Why do some teens turn to drugs? a focus group study of drug users' experiences. *Journal of Addictions Nursing*. 2009;20(4):203-8. [Persian]
2. Milano G, Saenz E, Clark N, Busse A, Gale J, Campello G, et al. Report on the international workshop on drug prevention and treatment in rural settings organized by united nation office on drugs and crime (UNODC) and world health organization (WHO). *Substance Use & Misuse*. 2017;52(13):1801-7.
3. Dargahi H, Beiranvand A. Economic and Social Determinants of Addiction in Iran with Emphasis on Business Cycles. *Economics Research*. 2020;20(78):105-35. [Persian]
4. WHO CO. World health organization. *Air Quality Guidelines for Europe*. 2020(91).
5. Abdolalizadeh Y, Abolgasemi A, Narimani M. The Effectiveness of Group Training on Complications of drug abuse on Behavioral Activation and Inhibition of Systems and Substance Abuse Attitude in Adolescents at Risk. *Research on Addiction*. 2020;14(55):99-113. [Persian]
6. Goldberg R. *Addictive Behaviour in Children and Young Adults: The Struggle for Freedom*: Floris Books; 2012.
7. Bechara A, Berridge KC, Bickel WK, Morón JA, Williams SB, Stein JS. A neurobehavioral approach to addiction: implications for the opioid epidemic and the psychology of addiction. *Psychological Science in the Public Interest*. 2019;20(2):96-127.
8. Pourfathiyeh A, fathi a. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Intervention as a Supplement to Maintenance Therapies on the Prevention of Recurrence and Improvement of Symptoms of Mental Disorders in Substance-Dependent Patients. *Research on Addiction*. 2020;14(57):273-92. [Persian]
9. Carmack SA, Keeley RJ, Vendruscolo JC, Lowery-Gionta EG, Lu H, Koob GF, Stein EA, Vendruscolo LF. Heroin addiction engages negative emotional learning brain circuits in rats. *The Journal of clinical investigation*. 2019 Jun 3;129(6):2480-4.
10. He J, Wang R, Liu J, Yip P. Effects of Adverse Childhood Experiences on Sleep Quality in People With Drug Addiction and Non-Addicts and the Role of Resilience Between Them. *Psychological Reports*. 2023;126(5):2158-71.
11. Abo Zed N. Quality of Life and Its Relationship to Social Alienation of Drug Addicts. *Egyptian Journal of Social Work*. 2022;13(1):17-39.
12. Berkovich I, Eyal O. Teachers' Big Five personality traits, emotion regulation patterns, and moods: Mediation and prototype analyses. *Research papers in education*. 2021;36(3):332-54.
13. Caprara GV, Vecchione M, Alessandri G, Gerbino M, Barbaranelli C. The contribution of personality traits and self-efficacy beliefs to academic achievement: A longitudinal study. *British journal of educational psychology*. 2011;81(1):78-96.
14. Fatemi M, Davoodi A. Determination of Differences in Meta-Cognitive Beliefs, Life-Orientation, Positive and Negative Affection between Rheumatoid Arthritis Patients with and without Metabolic Syndrome and Normal individuals. *Sadra Medical Journal*. 2020;8(2):123-38. [Persian]
15. Casuso L, Gargurevich R, Van den Noortgate W, Van den Bergh O. Psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C) and its structure model in a Peruvian preadolescent sample. Is Perceived Stress associated with susceptibility to Upper Respiratory Illness in early adolescents? 2013:55.
16. Clarke PB, Lewis TF, Myers JE, Henson RA, Hill B. Wellness, emotion regulation, and relapse during substance use disorder treatment. *Journal of Counseling & Development*. 2020;98(1):17-28.

17. Mann S. 'People-work': emotion management, stress and coping. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2004;32(2):205-21.
18. Murphy A, Taylor E, Elliott R. The detrimental effects of emotional process dysregulation on decision-making in substance dependence. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2012;6:101.
19. Mastoras SM, Saklofske DH, Schwean VL, Climie EA. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of attention disorders*. 2018;22(8):712-23.
20. Kotera Y, Green P, Sheffield D. Positive psychology for mental wellbeing of UK therapeutic students: relationships with engagement, motivation, resilience and self-compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022;20(3):1611-26.
21. Bayat M, Jamnia N. Positive interactions with at-risk children: Enhancing students' wellbeing, resilience, and success: Routledge; 2019. [Persian]
22. McCrea KT, Guthrie D, Bulanda JJ. When traumatic stressors are not past, but now: Psychosocial treatment to develop resilience with children and youth enduring concurrent, complex trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2016;9:5-16.
23. Blaustein ME, Kinniburgh KM. Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency: Guilford Publications; 2018.
24. Sirgy MJ. The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia: Springer science & business media; 2012.
25. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2014;18(2). [Persian]
26. Smith* KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2003;29(2):323-35.
27. Préau M, Marcellin F, Carrieri MP, Lert F, Obadia Y, Spire B, et al. Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *LWW*; 2007. p. S19-S27.
28. Bedir M, Eliüşük-Bülbul A. The effect of the self-compassion program on self-compassion and professional quality of life among healthcare professionals. *Current Psychology*. 2023;1-9.
29. Wilson D, Bennett EV, Mosewich AD, Faulkner GE, Crocker PR. "The zipper effect": Exploring the interrelationship of mental toughness and self-compassion among Canadian elite women athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019;40:61-70.
30. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2018;10(2):215-35.
31. Gilbert P. Compassion: Definitions and controversies. *Compassion: Routledge*; 2017. p. 3-15.
32. Muris P, van den Broek M, Otgaar H, Oudenhoven I, Lennartz J. 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*. 2018;27:2411-21.
33. Marsh IC, Chan SW, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*. 2018;9:1011-27.
34. Sirois FM. The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC public health*. 2020;20:1-12.
35. Sirois FM, Hirsch JK. Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*. 2019;10(1):46-54.

36. Whitehead R, Bates G, Elphinstone B, Yang Y. The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well-being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021;94(3):573-86.
37. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):545-52.
38. Muris P, Petrocchi N. Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(2):373-83.
39. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2018;11(3):7-20. [Persian]
40. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(6):1063.
41. Bakhshipour A, Dejkam M. Confirmatory factor analysis of the positive and negative affect scale. *Journal of Psychology*. 2006;9(4):3541-65. [Persian]
42. Sadeghi R, Sodani M, Gholamzadeh Jofreh M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Negative Emotions and Improving Quality of Life in Substance-Dependent Individuals. *Research on Addiction*. 2022;15(62):61-84. [Persian]
43. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization quality of life scale brief version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality of life Research*. 2011;20:1079-89.
44. Mokhtari S, Haghayegh SA. The Psychometric Properties of the Persian Version of the Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):71-86. [Persian]
45. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
46. Asghari F, Sayadi A, Ghasemi JR. The Role of Psychological Resilience in Relation to Family Resilience and Attitudes toward Drugs in Young Girls and Boys: An Analysis of the Modified Mediating Effect. *journal of policing & social studies of women & family (pssw)*. 2020;8(2):405-23. [Persian]
47. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International journal of cognitive therapy*. 2010;3(2):97-112.
48. Keshavarz Z, Bakhshani NM, Aghae Khajelangi H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Affect and Self-Blame in Female Students with Failing in Love. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(2):293-303. [Persian]
49. Ghazanfariyanpour S, Chalabianloo G. The Effectiveness of a short time Self-Compassion Intervention Program on Positive and Negative Affect and Life Satisfaction. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2021;10(3):121-34. [Persian]
50. Sadeghi R, sodani M, gholamzadeh jofreh M. The Effectiveness of Self-Compassion Focused Training on Reducing Negative Affect and Improving the Quality of Life in Substance-Dependent Individuals. *Research on Addiction*. 2020;14(57):131-50. [Persian]
51. Mantelou A, Karakasidou E. The effectiveness of a brief self-compassion intervention program on self-compassion, positive and negative affect and life satisfaction. *Psychology*. 2017;8(4):590-610.

52. Krieger T, Hermann H, Zimmermann J, grosse Holtforth M. Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life: Findings from a smart phone study. *Personality and individual differences*. 2015;87:288-92.
53. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F, Baler R. Addiction: decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays*. 2010;32(9):748-55.
54. De Arcos FA, Verdejo-García A, Peralta-Ramírez MI, Sánchez-Barrera M, Pérez-García M. Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli. *Drug and alcohol dependence*. 2005;78(2):159-67.
55. Gilbert SE. Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program. 2014.
56. Hammer R, Dingel M, Ostergren J, Partridge B, McCormick J, Koenig BA. Addiction: Current criticism of the brain disease paradigm. *AJOB neuroscience*. 2013;4(3):27-32.
57. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Self-Compassion Focused Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout, and Self-Criticism in Infertile Women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020;17(4):594-605. [Persian]
58. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*. 2021;5(12):e863-e73.
59. Arabi A, Hasani j, Akbari m, Hatami M, Sherbafchi Zadeh MR. Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;18(4):605-15. [Persian]
60. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varaste A. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2018;26(3):158-68. [Persian]
61. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems*. 2017;6(3):17-30. [Persian]
62. Arimitsu K, Hofmann SG. Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and individual differences*. 2015;74:41-8.
63. Barker E. Exploring the association between interoceptive awareness, self-compassion and emotional regulation 2019.
64. Khoraminejad P, Khalatbari J. Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Quality of Life of Women with Gestational Diabetes. 2022. [Persian]
65. Abedini M, Latifi Z, Soltanzadeh M. Effectiveness of ACT Enriched with Compassion in Increasing Resilience and Self-efficacy of Patients with Spinal Cord Injury. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020;18(3):310-9. [Persian]
66. Lefebvre JI, Montani F, Courcy F. Self-compassion and resilience at work: A practice-oriented review. *Advances in Developing Human Resources*. 2020 Nov;22(4):437-52. [Persian]
67. Bluth K, Mullarkey M, Lathren C. Self-compassion: A potential path to adolescent resilience and positive exploration. *Journal of child and family studies*. 2018;27:3037-47.
68. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and health journal*. 2018;11(2):256-61.
69. Neff KD, Knox MC. Self-compassion. *Encyclopedia of personality and individual differences*: Springer; 2020.

70. Robinson KJ, Mayer S, Allen AB, Terry M, Chilton A, Leary MR. Resisting self-compassion: Why are some people opposed to being kind to themselves? *Self and Identity*. 2016;15(5):505-24.
71. Manavipour D, Saeedian Y. The role of self-compassion and control belief about learning in university students' self-efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(2):121-6. [Persian]
72. Smith JL. Self-compassion and resilience in senior living residents. *Seniors Housing and Care Journal*. 2015 Jan 1;23(1):17-31.
73. Lathren CR, Rao SS, Park J, Bluth K. Self-compassion and current close interpersonal relationships: A scoping literature review. *Mindfulness*. 2021;12:1078-93.

Original Article

Effectiveness of Self-compassion Training on Negative and Positive Affects, psychological Resilience and Quality of Life of Drug Addicts

Received: 12/05/2022 - Accepted: 25/06/2022

Fatemeh Rashidi Mehr¹
Mahdi Lashgari^{2*}
Hassan Abdi³

¹ MA Student, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Dameghan Branch, Islamic Azad University, Dameghan, Iran. (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Email: lashgarim2006@yahoo.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of studying the effect of self-compassion training on negative and positive emotions, psychological resilience and quality of life of drug addicts.

Methods: The method of the current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group in terms of its practical purpose and in terms of the nature of the data. The statistical population of the research included all drug-addicted men who referred to the addiction treatment clinics of Damghan city (Clinics of Nejat Center, Fajr, Atiyeh, Sarai Omid, Hamiyaran Pak, Menji, Shefa, 15 Aban, Naday Zende, Kimia) in 1402. Among these people, 30 people were selected by available sampling method and according to the entry and exit criteria. And they were randomly placed in the experimental group and the control group (15 people in each group). The participants in the pre-test and post-test stages were tested on the positive and negative affect scale of Watson, Clark & Tellegen (1988); World Health Organization quality of life short form; psychological resilience scale of Connor and Davidson (2003) completed. During the intervention process, the experimental group received Gilbert's (2010) compassion-based training program in 8 90-minute sessions, and the control group received regular daily training. Data analysis was done by using SPSS-24 software and multivariate covariance analysis test in compliance with statistical assumptions.

Results: The results showed that training based on self-compassion on positive and negative emotions; Quality of Life; Psychological resilience is significantly effective ($P \leq 0.001$).

Conclusion: According to the results of the present research, it is possible to improve positive and negative emotions; Quality of life of psychological resilience of substance abusers helped through self-compassion-based training.

Keywords: Positive And Negative Emotions; Quality Of Life; Psychological Resilience, Self-Compassion