

## تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت درمانی بر کیفیت زندگی، عزت نفس و سلامت روان همسران درمان جویان سوء مصرف مواد

اکبر رضایی فرد<sup>۱</sup>

مریم حیدری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۸

### چکیده

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی و از نوع کاربردی است که با دو گروه (گواه و آزمایش) با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. این پژوهش با هدف تأثیر آموزش گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و عزت نفس و سلامت روان همسران درمان جویان سوء مصرف مواد در شهر شیراز به شکل میدانی طراحی و اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه همسران درمان جویان سوء مصرف مواد در شهر شیراز به تعداد (۴۰ تا ۷۰ نفر) بود، که از این تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری این پژوهش شامل مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶)، مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و مقیاس سلامت روان گلدبرگ<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) است که روایی و پایایی آن برآورد و مورد استفاده قرار گرفت. در این مورد ابتدا کلیه افراد نمونه با طرح پیش‌آزمون در دو گروه (گواه و آزمایش) مورد سنجش قرار گرفتند و پس از مداخله آموزشی (برگزاری جلسات گروه درمانی مبتنی بر شفقت) بر گروه آزمایش به تعداد ۸ جلسه، مجدداً با طرح پس‌آزمون، آزمون در بین دو گروه انجام گرفت و گروه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) در قالب نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد آموزش گروه درمانی مبتنی بر شفقت تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی، عزت نفس و سلامت روان درمان جویان دارد.

**واژگان کلیدی:** شفقت درمانی، سلامت روان، کیفیت زندگی، عزت نفس.

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، فارس، ایران، (نویسنده مسؤل) akbar.rezaeifard5528@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

## مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه و خانواده‌ها باشد؛ زیرا که هم فرد معتاد و هم خانواده وی به‌ویژه همسران افراد معتاد را درگیر می‌کند. به نظر می‌رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی راه بسیار طولانی در پیش است، زیرا مقوله اعتیاد و سوء مصرف پدیده‌ای چندبعدی و چندعاملی است. گرومن و رونی<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) در بررسی خود بر روی همسران افراد معتاد به این نتیجه رسیدند که آنها بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی رفتاری، اجتناب شناختی، مواجهه‌ای فعال با همسران و مواد مخدر، ابراز انزجار، و تلاش برای وادار کردن همسر به ترک مواد استفاده می‌کنند. همچنین کافمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) بر اساس رویکرد سیستمی به خانواده، معتقد است که مصرف مواد، ایجاد یک سیستم نگهداری شده در خانواده می‌کند. به این معنا که افزوده شدن مصرف مواد و اعتیاد یکی از اعضای خانواده به‌ویژه پدر، موجب تغییراتی در نقش‌ها، وظایف و عملکرد هر یک از اعضای خانواده می‌شود. آنها به‌طور خواسته یا ناخواسته سعی می‌کنند تا در نقش‌ها، مسؤلیت‌ها و ارتباطات خود تعادلی جدید به وجود آورند. در واقع، در یک چرخه معیوب، ابتدا مواد باعث تغییرات در نقش، ارتباط و تعارض بین اعضا می‌شود سپس این تغییرات و تعارضات استرس‌زا، خود به‌مثابه عاملی در جهت تداوم مصرف مواد عمل می‌کنند. زنان دارای همسر معتاد اغلب مورد آزارهای جسمی و زبانی قرار می‌گیرند، از اعتمادبه‌نفس پایینی برخوردارند، دارای مشکلات شخصیتی و ارتباطی با دیگرانند، مدیریت خشم نداشته، دارای آشفتگی ارتباطی، خشونت، نشانگان افسردگی، استرس و اضطراب و فشارهای عاطفی هستند (نوری، ۱۳۸۷).

یافته‌های منتج از پژوهش‌ها حاکی از عدم پردازش مناسب این افراد به نقشی که در خانواده دارند، عدم شناخت از احساسات و عواطف خویش، پایین بودن اعتمادبه‌نفس و ابراز وجود و اختلال عاطفی است، که از عوامل کاهش عملکردهای فردی محسوب می‌شود. در زمینه سوء مصرف مواد نیز مشخص شده که چهار عامل، عزت‌نفس پایین، ناتوانی در بیان احساسات، فقدان مهارت‌های ارتباطی و تأثیرپذیری اجتماعی با مشکل (مصرف مواد) ارتباط دارد. ضعف در کارکرد فردی اعضا خانواده بر کارکرد خانواده نیز بی‌تأثیر نیست، که تحقیقات متعدد ناکارآمدی و وجود مشکل در عملکرد خانواده معتادان را نشان می‌دهد (قوانلو، ۱۳۸۳).

از آنجایی که کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس‌کننده وضعیت جسمی روانی و اجتماعی است و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد،

1. Grumman & Ronnie  
2. Kaufman

به‌عنوان یک بحران در زندگی افراد به‌خصوص معتادین و خانواده می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است (امامی پور، شمس اسفندآباد، صدرالسادات، نژادنادری، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل پیش روی جهان امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقای کیفیت زندگی سلامت‌محور، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی در میان جماعات را در برمی‌گیرد. با توجه به مهم تلقی بودن کیفیت زندگی برای افراد جامعه، تلاش برای ارتقای آن از اصلی‌ترین اصول و اولویت‌های برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران اجتماعی و مدیران و مسؤولان حکومتی در هر جامعه و کشوری است. لذا به جرأت می‌توان گفت کلیه برنامه‌ها، سیاست‌ها و عملیات اجرایی در یک جامعه در راستای ارتقای کیفیت زندگی مردم آن جامعه است (رستمی، ۱۳۹۲). به مجموعه‌ای از عوامل مؤثر در زندگی روزمره که باعث بالا رفتن یا پایین آمدن سطح کیفیت زندگی افراد می‌شود و زمینه ایجاد احساس خوشبختی و یا عدم احساس خوشبختی را به وجود می‌آورد کیفیت زندگی گویند. از جمله این عوامل می‌تواند به سطح رضایت، سلامتی جسمی و روانی، روابط بین‌فردی، حمایت اجتماعی وضعیت اقتصادی و مالی و غیره می‌توان اشاره کرد (خادم، ۱۳۸۷).

از جمله رویکردهایی که در چند ساله اخیر بدان پرداخته شده است و سبب افزایش توانمندی‌های فردی و افزایش کارکرد می‌شود، شفقت درمانی است. یکی از متغیرهایی که می‌تواند تحت تأثیر روش‌های درمانی شفقت درمانی قرار گیرد، سلامت روان است. امروزه این موضوع مورد تأکید نظریه‌پردازان و پژوهش‌گران حوزه سلامت روان است که نبود نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی، به معنای وجود سلامت روان نیست. به عبارت دیگر، برای این که فردی، دارای سلامت روان، محسوب شود، لازم است که علاوه بر نداشتن اختلالات مختلف روانی و شخصیت، حائز ملاک‌های مختلف مطرح برای سلامت روان نیز باشد (مک‌دونالد، ۲۰۰۶). مؤلفه‌های مطرح‌شده برای سلامت روان، اغلب حول مؤلفه‌هایی خاص مانند سلامت خلقی، هیجان‌ات مثبت، سلامت روابط بین‌فردی و منابع مقابله با استرس، متمرکز هستند (کیس، ۲۰۰۷).

از جمله متغیرهای دیگر که تحت تأثیر این روش‌های درمانی می‌تواند قرار گیرد، عزت‌نفس است. عزت‌نفس از جمله مفاهیمی است که در چند دهه اخیر مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان و پژوهش‌گران قرار گرفته است اما قدمت تاریخی آن در مباحثی که علما و فلاسفه تعلیم و تربیت در گذشته به چشم می‌خورد مسأله عزت‌نفس و مقوله ارزشمند دانستن خود از اساسی‌ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت انسان است. عزت‌نفس یکی از نیازهای اساسی انسان

است که رشد، توسعه و هویت فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عزت‌نفس دارای ابعاد داخلی و خارجی است. بعد داخلی به افراد حس خوب بودن را می‌دهد و بعد خارجی افراد را قادر می‌سازد با اعتماد به نفس رفتار کنند (حسن‌پور، کرمی و ناصری، ۱۳۹۳).

تحقیقات در حوزه شفقت درمانی نشان می‌دهد این درمان می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. هارونی جمالرویی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شفقت درمانی بر شفقت خود، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان نشان داد درمان متمرکز بر شفقت در درمان اضطراب و افسردگی و افزایش شفقت خود و کیفیت زندگی در مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است. هراتی زاده و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین در سال ۹۵ - ۱۳۹۶ در شهر یزد نشان دادند که آموزش شفقت به خود بر کیفیت زندگی و اضطراب زنان باردار تأثیر معناداری داشته است. سلیمی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش سلامت روان آزمودنی‌های گروه تحت مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود. احمدپور دیزجی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی نشان دادند که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر مؤلفه بهبود تنظیم شناختی هیجان تفاوتی وجود ندارد همچنین این درمان باعث افزایش سلامت و بهزیستی روان‌شناختی آنها شد. اشوردت، گریسی و گیلبرت<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان "درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود آسیب تروماتیک مغزی" نشان دادند که این نوع درمان در مفهوم‌سازی پاسخ‌های هیجانی مؤثر است. یارانل و نف<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان خودشفقتی، حل اختلافات بین فردی و رفاه به این نتیجه دست یافتند که شفقت خود احتمال سازگاری به هنگام طلاق و جدایی عاطفی را افزایش داده و احساسات اعتمادپذیری و صحت را که منجر به آسفتگی عاطفی کمتر و سطح بالاتری از بهزیستی عاطفی می‌شوند را هم ارتقا می‌بخشد. لوکر و کورتن<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر روی بیماران با اختلال شخصیت" اثربخشی این درمان را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری تأیید کردند. براهler<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان فرایند تغییر در درمان متمرکز بر شفقت در بیماران روانی به این نتیجه رسیدند که شفقت‌درمانی در بهبود هیجانی بیماران مؤثر است.

1. Ashworth, Gracey & Gilbert
2. Yarnell, & Neff.
3. Lucre & Corten
4. Braehler

نف و فاسو<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان خودشفقتی و رضایت از زندگی در والدین (۴۱) مادر و ۱۱ پدر، کودکان مبتلا به اوتیسم که رده سنی ۴ تا ۱۲ سال داشتند به این نتیجه رسیدند که میان خود شفقتی و رضایت از زندگی والدین دارای کودکان دارای اوتیسم رابطه معنادار وجود دارد. زیسین<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی فرا تحلیلی تحت عنوان رابطه بین خودشفقتی و رضایت از زندگی به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری میان خود شفقتی و رضایت از زندگی وجود دارد و خودشفقتی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود.

مطالعات نشان می‌دهند که برای اعتماد از دست‌رفته، عزت‌نفس تخریب‌شده و ناسازگاری، سلامت روان و کیفیت زندگی روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد؛ از جمله گروه درمانی که در آن تبادلات صورت گرفته میان اعضای گروه به‌عنوان وسیله‌ای مؤثر در ایجاد این تغییر و تحول و حمایت در نظر گرفته می‌شود (غفوریان‌نوروزی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از رویکردهایی که در چند ساله اخیر بدان پرداخته شده است و سبب افزایش توانمندی‌های فردی و افزایش کارکرد می‌شود، فراگیری پذیرش و تعهد و شفقت درمانی است. با توجه به این‌که پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان‌ها بر همسران مردان مبتلا به اعتیاد تاکنون صورت نگرفته است و اهمیت زیادی که نقش زن در جامعه و خانواده به‌عنوان مادر دارد، این پژوهش در پی آن است که به اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر شفقت بپردازد.

اهمیت سلامت روان، کیفیت زندگی و عزت‌نفس در پیش‌بینی جنبه‌های گوناگون بهزیستی اعم از شخصی و روان‌شناختی انسان‌ها بارها مورد تأیید قرار گرفته است (اسمدما<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمانی مبتنی بر شفقت درمانی بر کیفیت زندگی، عزت‌نفس و سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء‌مصرف مواد تأثیر معناداری دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه همسران افراد سوء مصرف‌کننده مواد بود که در سه‌ماهه آخر سال ۱۳۹۶ جهت درمان همسران به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس از بین همسران سوء‌مصرف‌کننده مواد که جهت کمک به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر شیراز مراجعه کرده بودند و واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بدین‌صورت که ۳۰ نفر از همسرانی که واجد ملاک‌های شمول بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت موافقت، فرم رضایت را امضا و به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌طور

1. Neff & Faso  
2. Zessin, M.  
3. Somedome

تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵) نفر قرار داده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶)، پرسش‌نامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) بود. به‌منظور توصیف و تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در این پژوهش از آماره‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه آنکووا (ANCOVA) جهت مشخص کردن بین گروهی، استفاده شد. همچنین از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و از آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته و از آزمون F به‌منظور پیش‌فرض همگنی رگرسیون استفاده شد. شایان ذکر است که کلیه محاسبات این پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS-20 در سطح معناداری  $P > 0/05$  انجام شد.

### ملاک‌های ورود و خروج

الف) ملاک‌های ورود

- ۱- داشتن سواد خواندن و نوشتن
- ۲- آزمودنی دارای همسر با اعتیاد به هر نوع ماده مخدر باشد (نه سوء مصرف مواد)

ب) ملاک‌های خروج

- ۱- غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی
- ۲- عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش
- ۳- آزمودنی سابقه بیماری روانپزشکی داشته باشد.
- ۴- آزمودنی بنا به هر دلیلی روان‌درمانی همزمان داشته باشد.
- ۵- مصرف داروهای روانپزشکی

### روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش ابتدا به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای از بین دو کلینیک ترک اعتیاد، که از بین کلینیک‌های شهر شیراز انتخاب و از هر کلینیک به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۵ همسر با مداخله درمان مبتنی بر شفقت CFT و دیگری به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. در مرحله بعد هر سه پرسش‌نامه بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه به اجرا گذاشته شد و نمرات کسب‌شده از پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس متغیر مستقل اعمال گردید به عبارتی دوره‌های درمان مبتنی بر شفقت CFT برای گروه‌های آزمایشی برگزار شد. گروه آزمایشی در ۸ جلسه آموزش گروهی به‌صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۲ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله درمان مبتنی بر شفقت CFT قرار گرفت؛ این در حالی بود که افراد گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای انجام مداخله درمان مبتنی بر شفقت CFT

یک بسته آموزشی برگرفته از راهنمای گیلبرت در درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت ۲۰۰۹) تهیه شد که خلاصه ۸ جلسه آموزش در ارائه شد. در پایان مداخله، مجدداً آزمودنی‌ها با پرسش‌نامه مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین پس از ۱/۵ ماه از آخرین جلسه آموزش گروهی، از آزمودنی‌ها در هر دو گروه، پیگیری به عمل آمد. درنهایت داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### محتوای جلسات مبتنی بر شفقت

پیش جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه و اجرای پیش‌آزمون.

**جلسه اول** معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان مبتنی بر شفقت، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ مفاهیم شفقت و شفقت به خود، ارائه اطلاعات درباره بیماری خانوادگی اعتیاد..

**جلسه دوم** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، تبییناً گاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین واریسی بدنی (آگاهی جز به جز از اجزای بدن) و آگاهی از هدایت خودکار، پرداخته شد. آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به‌منظور تعریف بی‌توجهی نسبت به موقعیت‌ها. کار بستن، اینکه وقتی بی‌توجه (بی‌تفاوت) هستیم چه کنیم؟ دیگران وقتی بی‌توجه هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟ در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آینده ارائه شد.

**جلسه سوم** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تعریف همدردی، احساسات ما در زمان همدردی، لزوم همدردی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی

**جلسه چهارم** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تمرین تنفس، تعریف مراقبه و ارتباط بین این دو، تعریف همدلی و احساسات مربوط به آن و لزوم همدلی، فرق بین همدلی و همدردی با بی‌توجهی، حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی

**جلسه پنجم** مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران  
تعریف خطاهای تفسیری و انسانیت‌زدایی در روابط، مهارت‌های لازم برای همدلی، تأثیر تفسیرهای ناروا و نداشتن مهارت بر روابط افراد، مهارت‌های لازم برای جلوگیری از تفسیرهای

ناروا، پذیرش مشکلات حاضر بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آیند منفی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی

**جلسه ششم** مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران بررسی خطاهای تفسیری، نقش این خطاها در روابط ما با دیگران، آموزش تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی

**جلسه هفتم** مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، صحبت در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفت‌وگوی سقراطی)، تمرین برای ایجاد احترام همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه، در مورد حمله به خود و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی

**جلسه هشتم** مرور مطالب مطرح‌شده در جلسات قبل و همچنین جمع‌بندی از جلسات و تاریخ اجرای پرسش‌نامه‌ها برای پس‌آزمون و پیگیری به آنان اطلاع داده شد.

#### یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در بخش آمارهای توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه آنکووا (ANCOVA) استفاده شد.

#### جدول ۱. آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) متغیرهای تحقیق در حالت پیش‌آزمون و پس‌آزمون برحسب گروه‌های گواه و آزمایش

گروه	کیفیت زندگی پیش‌آزمون	کیفیت زندگی پس‌آزمون	عزت‌نفس پیش‌آزمون	عزت‌نفس پس‌آزمون	سلامت روان پیش‌آزمون	سلامت روان پس‌آزمون
حداقل نمره	40	26	16	16	39	38
حداکثر نمره	100	87	45	45	71	70
میانگین	59/46	58/07	32/93	33/40	58/00	57/13
انحراف معیار	18/481	19/901	7/343	7/529	9/358	9/326
گروه فراوانی	15	15	15	15	15	15
درمانی	33	50	25	36	50	27
مبتنی	96	101	48	52	75	60
بر	62/53	75/40	35/67	43/40	66/13	47/80
شفقت	18/161	14/681	7/461	6/057	7/298	9/496

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد، متغیر کیفیت زندگی و متغیر عزت‌نفس، گروه آزمایش در حالت پس‌آزمون، نسبت به حالت پیش‌آزمون از میانگین بالاتری برخوردار شده است و اما



در متغیر سلامت روان در گروه آزمایش در حالت پس‌آزمون، نسبت به حالت پیش‌آزمون از میانگین پایین‌تری برخوردار شده است (توضیح اینکه کاهش میانگین در متغیر سلامت روان به علت این است که در این پرسش‌نامه هر چه میانگین کمتر باشد نشانه کاهش مرضی و افزایش سلامتی بیمار می‌شود)، بنابراین نتیجه می‌شود که آموزش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر شفقت در افزایش کیفیت زندگی، عزت‌نفس و سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد تأثیر مثبت داشته است. همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون

**جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات**

کلموگروف - اسمیرنوف		گروه‌ها	نرمال بودن توزیع نمرات
معنی‌داری	آماره		
۰/۱۶	۰/۱۸	آزمایش	کیفیت زندگی
۰/۰۹	۰/۱۵	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۱	آزمایش	عزت‌نفس
۰/۲۰	۰/۱۰	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۲	آزمایش	سلامت روان
۰/۰۸	۰/۱۹	کنترل	

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی، عزت‌نفس و سلامت روان تأیید می‌شود. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر گروه آزمایش و گروه کنترل تأیید شد.

**فرضیه اول:** گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد تأثیر دارد.

نتیجه جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری بر اساس قوانین آماری بایستی از سطح ۰/۰۵ بیشتر باشد، (مقدار به دست آمده ۰/۱۸۸)، بنابراین نتیجه می‌شود که شرط یکسان بودن (همگنی) واریانس خطا برای تحلیل کوواریانس برقرار شده است. آزمون تحلیل کوواریانس بر روی متغیر کیفیت زندگی در حالت پس‌آزمون:

**جدول ۳: آزمون لوین، همگن بودن واریانس خطا**

برحسب متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
1/820	1	28	/188

نتیجه جدول ۴ نشان می‌دهد، گروه (گواه و آزمایش ۲) در سطح کمتر از ۰/۰۵ به مقدار ۰/۰۳۱ معنی‌داری شده است، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش ۲) در ترکیب خطی متغیر کیفیت زندگی، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (کیفیت زندگی پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود دارد، همچنین با توجه به اندازه اثر جزئی مندرج در جدول، می‌توان بیان کرد که وجود این تفاوت به میزان ۱۶٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت) در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد بوده است.

#### جدول ۴: آزمون اثرات بین گروه (گواه و آزمایش ۲)

##### در ترکیب متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری جزئی	اندازه اثر
کیفیت زندگی پیش‌آزمون (متغیر مداخله‌گر)	1024/261	1	1024/261	3/669	0/066	120/
گروه (گواه و آزمایش ۲)	1447/402	1	1447/402	5/184	0/031	161/
خطا	7538/273	27	279/195			
کل	144416	30				

ضریب تعیین (واریانس تبیین شده) = ۰/۳۰۳ و ضریب تعیین تعدیل‌شده (واریانس تبیین شده تعدیلی) = ۰/۲۵۱

نتیجه جدول ۵ نشان می‌دهد، با توجه به معنی‌دار شدن آزمون کوواریانس و مقایسه میانگین‌های به دست آمده مندرج در جدول، می‌توان نتیجه گرفت، با توجه به بیشتر بودن میانگین گروه آزمایش ۲، تأثیر مثبت مداخله آموزشی (تأثیر مثبت گروه درمانی مبتنی بر شفقت) باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد شده است.

#### جدول ۵: میانگین‌های تعدیل‌شده گروه (گواه و آزمایش ۲)

##### در ترکیب خطی متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون

گروه	میانگین	خطای استاندارد	پایین‌ترین مقدار	فاصله اطمینان ۹۵٪	بالا‌ترین مقدار
گواه	59/563	4/384	50/567		68/559
آزمایش ۱	73/904	4/384	64/907		82/900

**فرضیه دوم:** گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر عزت نفس همسران درمان جویان سوء مصرف مواد تأثیر دارد.

نتیجه جدول ۶ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری بر اساس قوانین آماری بایستی از سطح ۰/۰۵ بیشتر باشد، (مقدار به دست آمده ۰/۰۵۵)، بنابراین نتیجه می‌شود که شرط یکسان بودن (همگنی) واریانس خطا برای تحلیل کوواریانس برقرار شده است. آزمون تحلیل کوواریانس بر روی متغیر عزت نفس در حالت پس‌آزمون:

**جدول ۶:** آزمون لوین، همگن بودن واریانس خطا بر حسب متغیر عزت نفس در پس‌آزمون

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
4/391	1	28	/055

نتیجه جدول ۷ نشان می‌دهد، گروه (گواه و آزمایش ۲) در سطح کمتر از ۰/۰۱ به مقدار ۰/۰۰۱ معنی‌داری شده است، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش ۲) در ترکیب خطی متغیر عزت نفس، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (عزت نفس پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود دارد، همچنین با توجه به اندازه اثر جزئی مندرج در جدول، می‌توان گفت که وجود این تفاوت به میزان ۳۶٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت) در بین همسران درمان جویان سوء مصرف مواد بوده است.

**جدول ۷:** آزمون اثرات بین گروه (گواه و آزمایش ۲) در

ترکیب متغیر عزت نفس در پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری جزئی	اندازه اثر
عزت نفس پیش‌آزمون (متغیر مداخله‌گر)	324/317	1	324/317	8/909	/006	/248
گروه (گواه و آزمایش ۲)	553/140	1	553/140	15/195	/001	/360
خطا	982/883	27	36/403			
کل	46294	30				

ضریب تعیین (واریانس تبیین شده) = ۰/۵۲۲ و ضریب تعیین تعدیل شده (واریانس تبیین شده تعدیلی) = ۰/۴۸۷

نتیجه جدول ۸ نشان می‌دهد، با توجه به معنی‌دار شدن آزمون کوواریانس و مقایسه میانگین‌های به دست آمده مندرج در جدول، می‌توان نتیجه گرفت، با توجه به بیشتر بودن میانگین گروه آزمایش ۲، تأثیر مثبت مداخله آموزشی (تأثیر مثبت گروه درمانی مبتنی بر شفقت) باعث افزایش میزان عزت نفس در بین همسران درمان جویان سوء مصرف مواد شده است.

## جدول ۸: میانگین‌های تعدیل‌شده گروه (گواه و آزمایش ۲)

## در ترکیب خطی متغیر عزت‌نفس در پس‌آزمون

گروه	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
		پایین‌ترین مقدار	بالا‌ترین مقدار
گواه	34/028	30/803	37/254
آزمایش ۱	42/772	39/546	45/997

**فرضیه سوم:** گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد تأثیر دارد.

نتیجه جدول ۹ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری بر اساس قوانین آماری بایستی از سطح ۰/۰۵ بیشتر باشد، (مقدار به دست آمده ۰/۰۶۱)، بنابراین نتیجه می‌شود که شرط یکسان بودن (همگنی) واریانس خطا برای تحلیل کوواریانس برقرار شده است. آزمون تحلیل کوواریانس بر روی متغیر سلامت روان در حالت پس‌آزمون:

## جدول ۹: آزمون لوین، همگن بودن واریانس خطا

## برحسب متغیر سلامت روان در پس‌آزمون

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
5/540	1	28	/061

نتیجه جدول ۱۰ نشان می‌دهد، گروه (گواه و آزمایش ۲) در سطح کمتر از ۰/۰۱ به مقدار ۰/۰۰۱ معنی‌داری شده است، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش ۲) در ترکیب خطی متغیر عزت‌نفس، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (سلامت روان پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود دارد، همچنین با توجه به اندازه اثر جزئی مندرج در جدول، می‌توان گفت که وجود این تفاوت به میزان ۳۷٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت) در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد بوده است.

## جدول ۱۰: آزمون اثرات بین گروه (گواه و آزمایش ۲) در

## ترکیب متغیر سلامت روان در پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری جزئی	اندازه اثر
سلامت روان پیش‌آزمون (متغیر مداخله‌گر)	552/145	1	552/145	7/732	/010	/223
گروه (گواه و آزمایش ۲)	1114/413	1	1114/413	15/606	/001	/366
خطا	1927/988	27	71/407			
کل	85716	30				

ضریب تعیین (واریانس تبیین شده) = ۰/۳۸۵ و ضریب تعیین تعدیل‌شده (واریانس تبیین شده تعدیلی) = ۰/۳۳۹

نتیجه جدول ۱۱ نشان می‌دهد، با توجه به معنی‌دار شدن آزمون کوواریانس و مقایسه میانگین‌های به دست آمده مندرج در جدول، می‌توان نتیجه گرفت، با توجه به کمتر بودن میانگین گروه آزمایش ۲، تأثیر مثبت مداخله آموزشی (تأثیر مثبت گروه درمانی مبتنی بر شفقت) باعث افزایش میزان سلامت روان در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد شده است.

جدول ۱۱: میانگین‌های تعدیل‌شده گروه (گواه و آزمایش ۲) در ترکیب خطی متغیر سلامت روان در پس‌آزمون

گروه	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
		پایین‌ترین مقدار	بالا‌ترین مقدار
گواه	59/285	54/535	64/035
آزمایش ۱	45/648	40/898	50/398

#### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، گروه (گواه و آزمایش) در سطح کمتر از ۰/۰۵ به مقدار ۰/۰۳۱ معنی‌داری شد، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش) در ترکیب خطی متغیر کیفیت زندگی، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (کیفیت زندگی پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود داشت، وجود این تفاوت به میزان ۱۶٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت) در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد بود. نتیجه این بخش پژوهش با تحقیقاتی همچون، هراتی زاده و همکاران (۱۳۹۶) صفری موسوی (۱۳۹۵) هارونی جمالرویی (۱۳۹۵) زبیرین و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

همچنین گروه (گواه و آزمایش) در سطح کمتر از ۰/۰۱ به مقدار ۰/۰۰۱ معنی‌دار شد، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش) در ترکیب خطی متغیر عزت‌نفس، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (عزت‌نفس پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود داشت، وجود این تفاوت به میزان ۳۶٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت) در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد بود. نتیجه تحقیق در این بخش با تحقیقاتی همچون، احمدپور دیزجی و همکاران (۱۳۹۶) سعادت و همکاران (۱۳۹۵) یارانل و نف (۲۰۱۳) همسو است.

گروه (گواه و آزمایش) در سطح کمتر از ۰/۰۱ به مقدار ۰/۰۰۱ معنی‌دار شد، بنابراین نتیجه می‌شود که بین گروه (گواه و آزمایش) در ترکیب خطی متغیر عزت‌نفس، در حالت پس‌آزمون با در نظر گرفتن متغیر مداخله‌گر (سلامت روان پیش‌آزمون) تفاوت معنی‌دار وجود داشت، وجود این تفاوت به میزان ۳۷٪، ناشی از تأثیر مداخله آموزشی (تأثیر گروه درمانی مبتنی بر

شفقت) در بین همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد بود. نتیجه این تحقیق با تحقیقاتی همچون، سلیمی و همکاران (۱۳۹۶) شفیع و همکاران (۱۳۹۵) براه‌لر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است.

بطور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیرهای کیفیت زندگی و عزت‌نفس و سلامت روان به ترتیب ۱۶٪، ۳۶٪، ۳۷٪ تأثیر مثبت داشته است، بنابراین آموزش گروه درمانی مبتنی بر شفقت تأثیر قوی خود را بر سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد نشان داده است.

خود شفقتی به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری (ذهن آگاهی) در مقابل همانندسازی افراطی است. شفقت بر خود، یک پیش‌گویی قدرتمند برای کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس، سلامت روحی و روانی است. مثلاً شفقت بر خود، یک رابطه منفی با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، اندیشناکی، سرکوب افکار و تکامل‌گرایی عصبی دارد اما رابطه مثبتی با رضایت از زندگی و پیوند با اجتماع دارد. سلامت روانی به ما کمک می‌کند تا اهدافمان را ارتقا داده و با دیگران به‌صورت احترام‌آمیز، تعامل برقرار کنیم. سلامت روانی تأثیر مثبت بر زندگی ما می‌گذارد و حساسیت ما را نسبت به تنش، اضطراب و برخی از اشکال افسردگی و فشار روانی کاهش می‌دهد. به‌طور کلی فشار روانی وقتی ایجاد می‌شود که افراد با وقایعی روبرو می‌شوند که آنها را تهدیدکننده سلامت روانی یا جسمی خود می‌یابند. افرادی که خودشفقتی بالاتری دارند، مهارت‌های مقابله هیجانی بیش‌تری گزارش می‌کنند، همچنین در ایجاد تمایز میان احساساتشان و بازسازی حالات هیجانی منفی توانمندتر هستند.

در باره کیفیت زندگی می‌توان گفت، کیفیت زندگی یک مفهوم بسیار ذهنی و شخصی است که معمولاً بر پایه خوشی و رضایت فرد با عواملی که بر روی رفاه اجتماعی، روانی، جسمی و عملکردهای وی تأثیر می‌گذارد، بنا می‌شود. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی ادراکی است که افراد از موقعیت زندگی خود، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند دارند، ادراکی که با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقشان رابطه دارد. در این حال روانشناسان معتقد شدند که احساس رضایت و برداشت شخص از رفاه مادی عامل اصلی برای رسیدن به یک کیفیت زندگی خوب است. در حال حاضر مفهوم کیفیت زندگی توجه به معنویات و احساسات فردی و تمامی سطوح نیازها از نیازهای فیزیولوژیک تا نیاز به عزت‌نفس و خودشکوفایی را در برمی‌گیرد.

در باره عزت‌نفس می‌توان گفت، زنان دارای همسر معتاد اغلب مورد آزارهای جسمی و زبانی قرار می‌گیرند، از اعتمادبه‌نفس پایینی برخوردارند، دارای مشکلات شخصیتی و ارتباطی با دیگرانند، مدیریت خشم نداشته، دارای آشفتگی ارتباطی، خشونت، نشانگان افسردگی،

استرس و اضطراب و فشارهای عاطفی هستند، در زمینه سوء مصرف مواد نیز مشخص شده که چهار عامل، عزت‌نفس پایین، ناتوانی در بیان احساسات، فقدان مهارت‌های ارتباطی و تأثیرپذیری اجتماعی با مشکل (مصرف مواد) ارتباط دارد.

بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که همسران مردان معتاد موقعی که تحت آموزش و درمان شفقت قرار گرفته‌اند، توانسته‌اند میزان مهربانی، دلسوزی و نرم‌دلی را در خود افزایش دهند، بنابراین ادامه این روند می‌تواند موجب رابطه بهتر زناشویی با شوهر شود و همین رفتار مهربان می‌تواند بر میزان افزایش کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس، سلامت روان آنان تأثیر مثبت داشته باشد، به همین دلیل است که زنان تحت آموزش شفقت درمانی با زنان عادی در میزان کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس، سلامت روان متفاوت می‌باشند.

از محدودیت‌های پژوهش این که پژوهش در شهر شیراز صورت گرفته است، لذا امکان تعمیم بهتر و دقیق‌تر نتایج این تحقیق بر جوامع و نمونه‌های دیگر کمتر فراهم می‌شود و دیگر اینکه پژوهش در گروهی از همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد شیراز صورت گرفته است، لذا امکان استناد و مقایسه بهتر و دقیق‌تر نتایج این تحقیق بر گروه‌های سنی دیگر کمتر فراهم می‌شود. همچنین با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر به متصدیان مراکز مشاوره در سوء مصرف مواد پیشنهاد می‌شود آموزش‌های گروه درمانی در سطح گسترده‌تری، به عنوان وسیله‌ای برای افزایش کیفیت زندگی و عزت‌نفس و سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد در نظر داشته باشند. همچنین به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود تأثیر گروه درمانی را بر رضایت از زندگی (رضایت زناشویی، روابط زوجین و ...) و دیگر جنبه‌های افراد مختلف مورد بررسی قرار دهند.

## منابع

- احمدپور دیزجی، جمیله؛ زهراکار، کیانوش؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر شکست عاطفی. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و فرهنگ. سال ۸، شماره ۳۱: ۷-۲۱.
- امامی‌پور، سوزان؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ صدرالسادات، سیدجلال و نژاد نادری، سمیرا. (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیرمبتلا به ایدز، غیرمعتاد به ایدز و سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۰(۱): ۶۹-۷۷.
- حسن‌پور؛ کرمی، مرتضی و ناصری، مریم. (۱۳۹۳). بررسی میزان تأثیر آموزش گروهی مدیریت خشم بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی یک شهرک نظامی در تهران. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۹(۲۷): ۳۰-۸.

- سلیمی، آرمان؛ ارسلان، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. مجله افق دانش، ۲۴(۲): ۱۳۱-۱۲۵.
- شفیعی، زهرا و جزایری، رضوان السادات. (۱۳۹۵). بررسی نقش شفقت به خود در بهزیستی روانشناختی، کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه مشاوره، خانواده و تعلیم و تربیت اسلامی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارتهای فرهنگی و اجتماعی جامعه،
- غفوریان نوری، پریسا؛ هاشم‌آبادی، بهرامعلی و حسن‌آبادی، حسین. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد وجودی و معنوی بر اعتماد، عزت‌نفس و اضطراب زنان مطلقه. مجله پژوهش‌های مشاوره، ۱۲(۴۷): ۸۳-۹۸.
- قوانلو، الهام. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر اعتیاد مردان بر روابط زناشویی با همسران در شهرستان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نوری، حمیدرضا و تقوی، محمد. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء‌مصرف مواد، ۱۱(۴۴): ۱۸۸-۲۰۷.
- هارونی جمالویی، یعقوب. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شفقت درمانی بر شفقت خود، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه نجف آباد.
- هراتی زاده، فاطمه و ناصر محمدی. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان باردار با سابقه سقط جنین در سال ۹۵ \_ ۱۳۹۶ در شهر یزد، کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شان‌دیز.

Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*.;12(02):128-39

Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*.;52(2):199-214

Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*. 2013;86(4):387-400

Moreria, H. Gouveia, M.J. Carona, C. Silva, N., & Canavarro, M.C. (2014). Maternal attachment and childrens quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting nstress. *Journal of child and family studies*. Dio:10.1007/s10826-014-0036-z.



- 
- Neff, D.K., & Faso, D.J. (2015). Self-compassion and well-being in parent of children with autism. *Journal of Mindfulness*, 6 (4), 938-947.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Selfcompassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Selfcompassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159.

---

**Investigating the Effectiveness of Compassion-Based Group Therapy On the Quality of Life, Self-Esteem and Mental Health of Spouses of Substance- Abusers**

*Maryam Heidari<sup>1</sup>*  
*Akbar Rezaei Fard<sup>2</sup>*

**Abstract**

The present study was a quasi-experimental and applied research that was conducted by two to gwas roups (control group and experimental group) and also pre-test and post-test design. The purpose of this study was to investigate the the effect of compassion-based group therapy training On the quality quality of life, self-esteem and mental health of spouses of substance abuser clients in Shiraz. The statistical population of this study included all the spouses of drug abuse patients in Shiraz (about 40 to 70 people), of which 30 people were randomly selected as the sample of population. The measuring instruments of this study included the World Health Organization Quality of Life Scale (1996), Cooper-Smith Self-Esteem Scale (1967) and Goldberg Mental Health Scale (1979), the validity and reliability of this scales were estimated ~~and~~ used. In this regard, first, all participants were assessed by a pre-test in two groups (control and experimental) and after training intervention (holding compassion-based group therapy sessions) on the experimental group for 8 sessions, again a post-test was administered administered.. The obtained data from the study were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (analysis of covariance) through SPSS software version 24. The results showed that compassion-based group therapy training has a positive effect on the quality of life, self-esteem and mental health of patients.

**Keywords:** Compassion Therapy, Mental Health, Quality of Life, Self- Esteem

---

1. Corresponding author: Assistant Professor of Farhangian University, Fars, Iran.  
akbar.rezaeifard5528@gmail.com.

2 .Master of Clinical Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.