



The efficacy of compassion therapy intervention on lifestyle and emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase

Nosrat Nojavan Kanmiran¹, Esmail Soleymani², Ali Issazadegan³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Urmia, Urmia, Iran. E-mail: nojavan654@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. E-mail: e.soleymani@urmia.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. E-mail: a.issazadegan@urmia.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 07 April 2022
Received in revised form
10 May 2022
Accepted 29 May 2022
Published Online 21
January 2023

Keywords:
Compassion therapy
intervention,
lifestyle,
emotional processing,
addicts,
non-drug rehabilitation

ABSTRACT

Background: Emotional processing and destructive lifestyle are among the components that impact drug abuse; However, interventions for improving the emotional processing and lifestyle of addicts have received less consideration. Therefore, considering the mechanism of the impact of compassion-based therapy and its effectiveness on the component's risk of recurrence, might this intervention be effective on the lifestyle and emotional processing of addicts?

Aims: The aim of the present study was to the effectiveness of compassion therapy intervention on the lifestyle and emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase.

Methods: The quasi-experimental research design was pretest-posttest and follow-up with the control group. The statistical population of this study included all addicts who had received a diagnosis of opioid dependence in 2021 at addiction treatment clinics in Urmia. The sample size consisted of 30 Subjects of adolescents (15 in the experimental group and 15 in the control group). The statistical population was selected by the available sampling method and placed in two groups. The compassion therapy intervention was implemented for the experimental group, while the control group did not receive any intervention. The research instruments included the Lifestyle Scale (Lali et al., 2012) and the Emotional Processing Scale (Backer et al., 2007). Finally, Data were analyzed using the Repeated Measures ANOVA.

Results: The results showed that compassion therapy intervention had a significant effect on lifestyle components and emotional processing ($P < 0.001$). So that the scores of physical health, exercise and fitness, weight control and nutrition, disease prevention, psychological health, spiritual health, social health, drug avoidance, accident prevention, and environmental health increase, and scores of suppression, Lack of emotional experience, symptoms of lack of emotional processing, lack of emotion regulation and avoidance had a significant decrease in the post-test phase and the change in scores in the follow-up phase was stable.

Conclusion: According to the results, it might be concluded that compassion therapy intervention improves lifestyle (Physical and psychological health, daily activities, and diet) and emotional processing (Management and processing of emotional information) in addicts in the non-drug rehabilitation phase.

Citation: Nojavan Kanmiran, N., Soleymani, E., & Issazadegan, A. (2023). The efficacy of compassion therapy intervention on lifestyle and emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase. *Journal of Psychological Science*, 21(119), 2123-2143. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1652-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 119, February, 2023

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.119.2123](https://doi.org/10.52547/JPS.21.119.2123)



✉ **Corresponding Author:** Ismail Soleimani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

E-mail: e.soleymani@urmia.ac.ir, Tel: (+98) 9126907768

Extended Abstract

Introduction

Substance abuse disorders have become one of the most important problems related to mental health due to the growth in mortality rate, reduction in quality of life, and increase in delinquent behaviors and degeneration of moral and social values (Salimi et al., 2016; Neelam et al., 2019). Identifying and conceptualizing the factors that may underlie substance use is very important because identifying these potential factors can be the target of therapeutic interventions (Weiss et al., 2022). The lifestyles of many people with substance abuse disorders might be described as chaotic (Smith & Flatley, 2011). Such a critical lifestyle might have unpleasant consequences such as child custody, job loss (Greer et al., 2020), housing problems (Corneil et al., 2006), financial insecurity, and mental and physical health problems (Aderibigbe et al., 2022).

On the other hand, people with substance abuse due to their unhealthy lifestyle do not have proper knowledge of their emotions and feelings, and lack the ability to make correct, logical, and fact-based decisions and behaviors (Ejei et al., 2015).

Similarly, people with substance abuse have interpersonal relationships difficulties in paying attention to emotions, processing and correctly perceiving emotions, and optimal management of emotions. Drug users use the physiological and psychological effects of drugs to regulate their negative emotions and attain emotional stability (Rahbarian et al., 2017).

The negative and destructive effects of consequences of drug use have caused substance abusers and their families and community officials to take the necessary measures to prevent, quit and prevent relapse. In this regard, various studies have been conducted to find an appropriate treatment to lessen anxiety, stress, and mental disorders, as well as modify emotional problems and improve the lifestyle of people with substance abuse disorders. Each of the treatments has made progress on a subject. But a very new area that has attracted the interest of many researchers is the concept of self-compassion, self-judgment, self-attention, and the reduction of

criticism and judgment about one's shortcomings and inadequacies in the form of treatment (Nouri & Naqavi, 2018).

The novelty of the concept of self-compassion, compassion-based therapy, and the training of the compassionate mind highlights the need for further research. Therefore, given that the destructive lifestyles and emotional problems of substance abusers have many unfortunate consequences for these people, compassion-oriented treatment seeks to increase psychological flexibility, develop a language of kindness and change thoughts. Hence, the present study seeks to answer whether compassion-based therapy is effective on the lifestyle and emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase.

Method

The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population of this study was all drug addicts who were referred to addiction treatment centers in Uremia and received the diagnosis of opioid dependence according to the statistical diagnosis of mental disorders in 2021. By considering the inclusion and exclusion criteria, 30 people were selected for the study, then they were randomly assigned to experimental and control groups.

Lifestyle and emotional processing questionnaires were taken from the experimental and control groups in the pre-test stage. In the next stage, for the experimental group, treatment based on compassion Gilbert (2010) was performed in 8 sessions for 2 months and after the training course, the evaluations related to the experimental and control groups were performed again in the post-test and follow-up stage was done in 1 month. Inclusion criteria included: minimum age of 25 and a maximum of 45 years, consent to participate in the study, and not receiving medication during the training sessions. Exclusion criteria also included: not doing the homework specified in the training course, lack of cooperation, and absence in two training sessions. Data analysis was performed using Repeated Measures ANOVA.

Table 1. Multivariate analysis of variance test, scores of lifestyle components and emotional processing

Test	Components	change resources	Value	F	Df Hypothesis	Df error	Sig	Eta coefficient
Pilot effect	life style	Within group	0.940	210.274	2	27	0.001	0.940
		Group interaction*Tim	0.932	186.952	2	27	0.001	0.932
	Emotional processing	Within group	0.867	87.779	2	27	0.001	0.867
		Group interaction*Tim	0.833	67.441	2	27	0.001	0.833

Results

The mean and standard deviation of age were in the experimental group ($34/66 \pm 3/30$) and the control group ($36/26 \pm 2/89$). The Chi-square test showed that there was no significant difference in age between the two groups ($P > 0.05$).

The underlying assumptions of this test were examined. Shapiro-Wilk test was used to evaluate the normality of score distribution. The results showed that the assumption of normal distribution was not rejected in both groups ($P > 0.05$). In order to observe the assumptions of the covariance test, the Levine test was used, the results of which showed that the assumption of homogeneity of variance is established for all components of lifestyle and emotional processing ($P > 0.05$). In order to examine the out layers, the Z scores of the variables were calculated, and the results showed that the participants did not have significantly higher or lower standard deviations in the components of lifestyle and emotional processing. Also, the results of Mauchly's Sphericity Test showed that the significance level was greater than 0.05, so the sphericity hypothesis was not rejected. Thus, the necessary conditions for performing the covariance test are established.

The results of Table 1 show a two-way mixed analysis of variance with two levels including compassion and treatment groups and control group and three levels within the group including pre-test, post-test, and follow-up stages. The results showed that the effect within the group was significantly different in the components of lifestyle ($P < 0.05$, $F = 210.274$) and emotional processing ($P < 0.05$, $F = 87.779$). Findings also showed that the interaction of the main effect between the group and within the group in lifestyle components ($P < 0.05$, $F = 186.952$) and emotional processing ($P < 0.05$, $F = 67.44$) was also significant. This means that there is a significant difference in the research variables between the experimental and control groups in the three phases of the experiment.

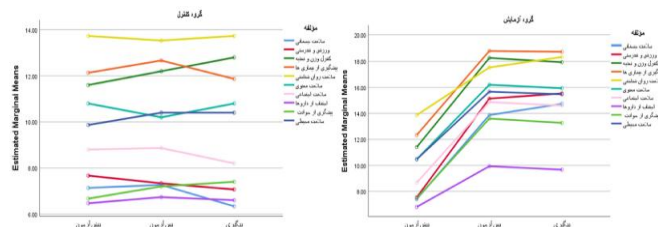


Figure 1. Diagram of the average lifestyle components of the experimental and control groups in three stages

According to Figure 1, in all components of the lifestyle, the mean of the experimental group in the post-test and follow-up is significantly higher than the pre-test stage ($P < 0.01$), while the difference between the post-test and The follow-up stage is not significant ($P > 0.01$). But in the control group, there is no difference between the pre-test, post-test, and follow-up ($P > 0.01$).

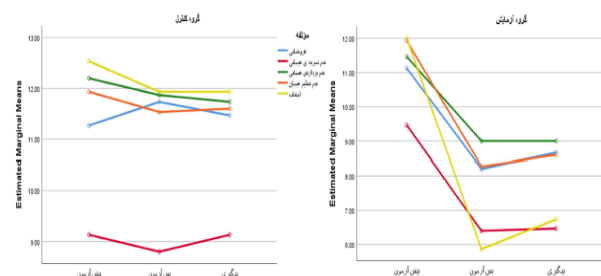


Figure 1. Graph of the average emotional processing components of the experimental and control groups in three stages

Also, according to Figure 2, in all components of emotional processing, the mean of the experimental group in the post-test and follow-up is significantly less than the pre-test stage ($P < 0.01$), while the difference between the post-test And the follow-up stage is not significant ($P > 0.01$). But in the control group, there is no difference between the pre-test, post-test, and follow-up ($P > 0.01$). This finding means that compassion therapy intervention has not only improved the lifestyle and emotional processing of addicts in the experimental group, but also this effect has been stable in the follow-up phase.

Conclusion

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of compassion-based therapy on the lifestyle and emotional processing of addicts in the non-pharmacological rehabilitation phase. The results showed that compassion-based therapy was effective in addicts' lifestyles in the non-drug rehabilitation phase, such as physical health, exercise, nutrition, prevention, mental health, spiritual health, social health, and drug avoidance. This finding is consistent with some of the results of Hudson et al. (2020); Amirirad et al. (2020); Ali Qanavati et al. (2018); Araghian et al. (2015); Rezapour and Nasouhi (2018). One of the reasons for this effectiveness is the increase in addicts' general knowledge about lifestyle and strategies to promote it through compassion-based therapy. It might be said that compassion-based therapy is based on increasing affection and kindness towards oneself and others, and most of the techniques of this treatment are related to the structure of emotion management (Gilbert, 2013). In this treatment, people learn to shift their focus from the embarrassment of problems they have had as a result of unhealthy lifestyles to compassionate work with them (Gilbert, 2013); This is especially important in opioid use, where users are currently feeling ashamed of their drug use and have historically been ashamed of their trauma (Carlyle et al., 2019). Through compassion-based therapy, addicts learn to be aware of their condition during the stages and increase their ability to re-evaluate themselves in the face of stress-driven re-use, as well as being able to control stimuli.

Another finding of this study showed that compassion-based therapy has been effective in the emotional processing of addicts in the non-drug rehabilitation phase. This finding is consistent with the results of Ghodrati Torbati et al. (2020);

Yazdanbakhsh et al. (2020); Ghasemi et al. (2019); Shojaei Vazhnany et al. (2020). Explaining the effect of compassion-focused therapy on emotional processing, it should be argued that promoting emotional processing enables people to adapt to negative and positive emotions, to better understand the situation, and to learn how to manage their emotions. Compassion-oriented therapy is considered a useful emotion-based coping strategy. Therefore, our compassion requires a conscious awareness of our emotions, painful and distressing feelings are no longer avoided, but we approach them with kindness, understanding, and a feeling of human cohesion (Nouri & Naghavi, 2017; Ghorbankhani et al., 2022). In addition, trying to be aware of emotions makes addicted people more self-aware and self-controlled, and less likely to feel frustrated, blamed, and upset. Thus, compassion-based therapy might enhance emotional cohesion, adapt to new adaptive behaviors, evaluate positive and negative emotions, and enhance overall emotion regulation (Ghodrati Torbat et al., 2020).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the Ph.D. dissertation of the first author. All ethical points including confidentiality, gaining the informed consent of the participants trustworthiness, accuracy in the citation, appreciation of others, observance of ethical values in data collection, and respect for the privacy of participants have been considered by researchers.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author is the senior author of this research. The second author is the first supervisor and the third author is the second supervisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We would like to thank the participants who contributed to this study.



اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معنادان در مرحله بازتوانی غیردارویی

نصرت نوجوان کانمیران^۱، اسماعیل سلیمانی^۲، علی عیسی زادگان^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

شفقت درمانی،

سبک زندگی،

پردازش هیجانی،

معنادان،

بازتوانی غیر دارویی

زمینه: پردازش هیجانی و سبک زندگی مخرب از جمله مؤلفه‌هایی هستند که بر سوء مصرف مواد تأثیر دارند؛ با این وجود مداخلات مختص بهبود پردازش هیجانی و سبک زندگی معنادان کمتر مورد توجه بوده است. لذا با توجه به مکانیسم اثر درمان مبتنی بر شفقت و اثربخشی آن بر مؤلفه‌های خطر عود آیا این مداخله می‌تواند بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معنادان مؤثر باشد؟

هدف: هدف از این پژوهش اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معنادان در مرحله بازتوانی غیردارویی بود.

روش: طرح پژوهشی شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی معنادانی بود که در سال ۱۳۹۹ در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر ارومیه تشخیص وابستگی به مواد افیونی دریافت کرده بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش جایدهی شدند. برای گروه آزمایشی، مداخله شفقت درمانی اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سبک زندگی لعلی (لعلی و همکاران، ۱۳۹۱) و پرسشنامه پردازش هیجانی (باکر و همکاران، ۲۰۰۷) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله شفقت درمانی بر مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی تأثیر معناداری داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). به نحوی که نمرات سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث، سلامت محیطی افزایش و نمرات فرونشانی، عدم تجربه‌ی هیجانی، نشانه‌های عدم پردازش هیجانی، عدم تنظیم هیجان و اجتناب کاهش معناداری در مرحله پس‌آزمون داشته و تغییر نمرات در مرحله پیگیری پایدار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که مداخله شفقت درمانی موجب بهبود سبک زندگی (سلامت جسمانی و روانشناختی، فعالیت‌های روزمره و رژیم غذایی) و پردازش هیجانی (مدیریت و پردازش اطلاعات هیجانی) در معنادان در مرحله بازتوانی غیردارویی می‌شود.

استناد: نوجوان کانمیران، نصرت؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و عیسی زادگان، علی (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معنادان در مرحله بازتوانی غیردارویی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۹، ۲۱۲۳-۲۱۴۳.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۹، زمستان (بهمن) ۱۴۰۱.



مقدمه

امروزه اختلالات سوءمصرف مواد به دلیل افزایش میزان مرگومیر، کاهش کیفیت زندگی افراد، و افزایش رفتارهای بزهکارانه و انحطاط ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی به یکی از مهمترین مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت روان تبدیل شده است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ نیلام و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مشکل سوءمصرف مواد مخدر، چنان شدت یافته که به عنوان یکی از چهار بحران عمده‌ی عصر حاضر، برکنار تهدید اتمی، آلودگی محیط‌زیست و فقر از آن یاد می‌شود (بهرام‌آبادیان و همکاران، ۱۴۰۰). اعتیاد یک عادت آموخته‌شده با مؤلفه‌های روانشناختی و فیزیولوژیکی است که فرد را به سمت وابستگی (یعنی ناتوانی در اعمال کنترل بر رفتار بدون توجه به پیامدهای منفی فزآینده) سوق می‌دهد (اوجیلوی و کارسون، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، ایران بالاترین میزان مصرف‌کننده تریاک در جهان را دارد و مصرف تریاک در ایران سه برابر میانگین جهانی است (سروش و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه مردایان‌آذر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که شیوع مصرف مواد در جمعیت ایرانی ۱۱/۹ درصد است. از طرفی یکی از چالش‌های عمده در درمان افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد که متخصصان علوم رفتاری با آن مواجه هستند عود مصرف مواد پس از ترک است (توصیفیان و همکاران، ۱۳۹۶). عود مصرف به شکست در تلاش فرد برای تغییر رفتارهای مصرف مواد یا بازگشت به سطوح قبل از درمان یا ادامه مصرف مواد پس از یک دوره هوشیاری یا شکست در تلاش فرد برای تغییر یا اصلاح رفتار هدف اشاره دارد (کایسا و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که میزان عود پس از درمان بالا است و معمولاً در دوره ۳ هفته تا ۶ ماه پس از درمان به ۴۰-۷۵٪ می‌رسد (ساکوتا، ۲۰۱۹؛ ماهیرا و همکاران، ۲۰۱۳).

تشخیص و مفهوم‌سازی عواملی که ممکن است زیربنای مصرف مواد باشند، بسیار مهم است زیرا شناسایی این عوامل بالقوه، می‌تواند هدف مداخلات درمانی قرار گیرند (ویس و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد یکی از عوامل مؤثر در زمینه‌ی مصرف مواد، سبک زندگی مخربی است که مصرف مواد مخدر را تداوم می‌بخشد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۵).

سبک زندگی بسیاری از افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد را می‌توان آشفته توصیف کرد (اسمیت و فلتلی، ۲۰۱۱). این سبک زندگی با فقدان تعامل معنادار، روابط اجتماعی ناسالم، یا تنگنای مالی مشخص می‌شود و داروها برای تسکین استرس استفاده می‌شوند؛ این سبک زندگی نامتعادل و ناسازگار در نهایت به چرخه معیوب اعتیاد منجر می‌شود (چیو و همکاران، ۲۰۲۱). چنین سبک زندگی مخربی می‌تواند عواقب ناخوشایندی مانند سلب حضانت فرزندان (مک‌کان و همکاران، ۲۰۱۰)، از دست شغل (گریور و همکاران، ۲۰۲۰)، مسکن (کورنیل و همکاران، ۲۰۰۶)، ناامنی مالی (مک‌لیلان، ۲۰۱۷) و مشکلات سلامت روانی و جسمی (آدریگی و همکاران، ۲۰۲۲) در پی داشته باشد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، مفهوم سبک زندگی^۲ اشاره به بازتاب کاملی از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها داشته و ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی (شامل کارهای روزمره و عملکرد افراد در مشاغل، فعالیت‌ها، اوقات فراغت و رژیم غذایی) در سراسر زندگی هست که در پی فرآیند اجتماعی شدن به وجود می‌آیند (سجودی و همکاران، ۱۴۰۰). سبک زندگی راهبردی برای زیستن یا نقشه راه زندگی، شیوه منحصر به فرد تفکر، عمل، احساس، زندگی و تلاش کردن برای هدف‌های بلندمدت را شامل می‌شود و معمولاً به صورت برداشت‌های ما در مورد خود، دیگران و دنیا توصیف می‌شود (محمدعلی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰). دهقان‌مهر و همکاران (۲۰۱۷) معتقدند که سبک زندگی می‌تواند زمینه‌های مصرف مواد مخدر را فراهم سازد، به طوری که برخی افراد با اتخاذ نوعی شیوه زندگی که در آن تحرک اندک بوده، روابط اجتماعی ضعیف و انواع فراغت مدرن نظیر مصرف مخدرها و روان‌گردان‌های گوناگون رواج دارد، به سوی اعتیاد کشیده می‌شوند. در همین راستا استفان و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که بین سبک زندگی جوانان با مصرف سیگار و الکل ارتباط مثبت وجود دارد که در نهایت منجر به پریشانی روانی می‌شود. عطایی و همکاران (۱۳۹۵) هم طی پژوهشی پیرامون بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به مصرف مواد بدین نتیجه دست یافتند که سبک زندگی همبستگی مثبتی با ابعاد محیطی و اجتماعی تمایل به اعتیاد دارد.

از سوی دیگر افراد دارای سوءمصرف مواد به دلیل سبک زندگی ناسالمی که دارند، شناخت درستی از عواطف و هیجانات خود ندارند، فاقد توانایی

². life style

¹. World Health Organization (WHO)

اتخاذ تصمیمات و رفتارهای درست، منطقی و مبتنی بر واقعیت هستند (اژه‌ای و همکاران ۱۳۹۴)، افراد معتاد در روابط بین‌فردی نیز با دشواری‌هایی در توجه به هیجانات، پردازش و ادراک صحیح عواطف و مدیریت مطلوب هیجان‌ها روبه‌رو هستند. این مشکلات در مدیریت هیجانات سبب می‌شود که افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی، قدرت تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل و اتخاذ رفتار درست را از دست بدهند و به سمت رفتارهای نابهنجار کشیده شوند (خدایی و همکاران، ۱۳۹۰). بر این اساس به نظر می‌رسد یکی از مشکلات اصلی افراد سوءمصرف کننده مواد، نقص در پردازش هیجانی^۱ است و این مسئله به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد منجر می‌شود (مارسیو و همکاران، ۲۰۱۸). پردازش هیجان فرآیندی است که به وسیله آن آشفتگی‌های هیجانی روبه‌زوال می‌روند تا رفتار و تجربه‌های دیگر در افراد بدون مانع پیش رود و افزایش یابد (همیچی و همکاران، ۲۰۱۸). به نظر راجمن چهار عاملی که ممکن است مشکلاتی در پردازش هیجانی ایجاد کنند عبارت‌اند از اجتناب شناختی که طی آن ذهن از پذیرش وقایع و رویدادها خودداری می‌کند، شکل‌گیری عقاید بیش‌بها داده‌شده، افسردگی و تطابق نداشتن با وقایع کوتاه‌مدت از جمله این عوامل هستند (اسکریتز و کوستویس، ۲۰۱۵). مصرف‌کنندگان مواد مخدر از اثرات فیزیولوژیکی و روانی مواد برای تنظیم و تعدیل هیجانات منفی خود و کسب ثبات عاطفی استفاده می‌کنند (رهبریان و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا کاظمی و همکاران (۲۰۱۹) بیان کرده‌اند که ضعف در تنظیم، درک و مدیریت هیجانات از طریق افزایش تکانشگری و رفتارهای پرخطر ممکن است منجر به سوءمصرف مواد شود. پارکر و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند نقص در بازشناسی عواطف و مشکل در برقراری رابطه‌ی هیجانی با افراد دیگر به سوءمصرف مواد در افراد منجر می‌شوند. علاوه بر این، سوءمصرف مواد با بسیاری از اختلالات عاطفی مانند افسردگی همراه است که با نقص در تنظیم هیجانات مشخص می‌شود و ترکیبی از سوءمصرف مواد و اختلالات عاطفی عود بزرگ‌تری را پیش‌بینی می‌کند (بایلس، ۲۰۱۴). علاوه بر این بیماران دارای اختلال سوءمصرف مواد با سطوح بالای ناتوانی در پردازش هیجانی ممکن

است مشکلات بیشتری در روان‌درمانی به‌ویژه درمان‌های عاطفی و بینش‌محور داشته باشند (پالما-آلوارز و همکاران، ۲۰۲۱). آثار و نتایج منفی و مخرب مصرف مواد سبب شده تا افراد سوءمصرف کننده‌ی مواد و خانواده‌های آن‌ها و مسئولان جامعه اقدامات لازم را جهت پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت انجام دهند و در این رابطه از افراد متخصص مثل روانشناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و مشاوران کمک بخواهند. در همین راستا تحقیقات متفاوتی برای یافتن درمان مناسب جهت کاستن از میزان اضطراب، استرس و اختلالات روانی و همچنین تعدیل مشکلات هیجانی و بهبود سبک زندگی افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد انجام شده است. هرکدام از درمان‌ها در موضوعی پیشرفت‌هایی داشته است. اما موضوع بسیار جدیدی که علاقه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است، مفهوم مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، توجه و درک خود و کاهش انتقاد و قضاوت در مورد کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است که در قالب درمان مبتنی بر شفقت^۲ ارائه می‌شود (نوری و نقوی، ۱۳۹۶). کشاورز و همکاران (۱۴۰۰) شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کنند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر ذهن را اشغال کنند). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی، واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر این در درمان شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (هورود و همکاران، ۲۰۱۹). احساس رضایت، قناعت، آرامش،

^۱. Emotional Processing

^۲. Compassion-Focused Therapy

شده است و در کشور ما با توجه به جدید بودن این درمان، در حوزه اعتیاد تحقیقات اندکی صورت گرفته است. بنابراین با توجه به اینکه سبک زندگی مخرب و مشکلات هیجانی سوءمصرف کنندگان مواد پیامدهای ناگوار زیادی را برای این افراد به دنبال دارد و اینکه درمان شفقت محور در پی افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، ایجاد خود مهربانی زبانی و تغییر افکار منفی با استفاده از تکنیک های خود هست. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال هست که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش است؟

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادانی بود که در سال ۱۳۹۹ در کلینیک های ترک اعتیاد شهر ارومیه تشخیص وابستگی به مواد افیونی را مطابق بارانمای تشخیص آماری اختلالات روانی دریافت و جهت درمان اعتیاد مراجعه کردند که به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین این افراد ۳۰ نفر که با توجه به ادبیات پژوهش برای بررسی های مداخله ای حجم نمونه ۱۵ نفر هست (دلاور، ۱۳۹۶) و با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پرسشنامه های سبک زندگی و پردازش هیجانی در مرحله پیش آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) در ۸ جلسه به مدت ۲ ماه اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی های مربوط با گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل: حداقل سن ۲۵ و حداکثر ۴۵ سال، رضایت جهت شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان های دارویی در خلال جلسات آموزشی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی، عدم همکاری و غیبت در دو جلسه آموزشی بود. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام یافت.

امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است (شاهدپور و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین درمان متمرکز بر شفقت بر کمک به مردم برای درک اینکه مغز انسان به گونه ای تکامل یافته است که فرد را مستعد نشخوار فکری، سوگیری منفی گرایی و نظارت بر خود انتقادی می کند، تمرکز دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در این درمان، افراد یاد می گیرند که توجه خود را از شرمساری به خاطر این مشکلات به نحوه کار دلسوزانه با آن ها تغییر دهند (نف و گرمر، ۲۰۱۳). این امر به ویژه در مصرف مواد افیونی که در آن مصرف کنندگان در حال حاضر نسبت به مصرف مواد مخدر خود و علائم ترک احساس شرمندگی زیادی می کنند، مرتبط است (کارلیل و همکاران، ۲۰۱۹). تفاوت بین درمان هایی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت گنجانیدن یک عنصر صریح در این درمان است که با ایجاد شجاعت برای درگیر شدن با احساسات دشوار، توانایی اساسی برای خود آرام سازی را تقویت می کند. چنین مهربانی به خود در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد می تواند بسیار مفید باشد، زیرا مواد مخدر ممکن است به عنوان مکانیزم جبرانی برای فقدان این فرآیند یا برای برانگیختن هیجانات مثبتی که قبلاً به دلیل ناملایمات دوران کودکی تجربه نشده اند، استفاده شوند (آلدانو و همکاران، ۲۰۱۰). در راستای اثربخشی این درمان، نتایج قدرتی تربیتی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود، توانایی به تعویق انداختن هیجانات ناخوشایند، توانایی دور شدن مناسب از یک هیجان منفی و توانایی کنترل عاقلانه هیجانات افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد را افزایش داد و با اصلاح هیجانات منفی، تنظیم هیجانی این افراد را ارتقاء داد. یافته های امیری راد و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داد که آموزش شفقت به خود در افزایش معنایابی در زندگی، حضور معنا، جستجوی معنا و رضایت جنسی در زنان دارای همسر معتاد تأثیر معنادار داشت. در مطالعه ای دیگر علی قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان کیفیت زندگی و شادکامی آزمودنی ها را افزایش دهد.

تازگی مفهوم شفقت به خود، درمان مبتنی بر شفقت و آموزش ذهن شفقت ورز ضرورت تحقیقات بیشتری را مشخص می نماید. اگرچه شفقت به خود دارای یک پیشینه شرقی نظیر بودیسم هست اما آنچه واقعیت دارد این است که بیشتر تحقیقات علمی در این زمینه در کشورهای غربی انجام

ب) ابزار

مقیاس سبک زندگی^۱: پرسشنامه سبک زندگی: این پرسشنامه توسط لعلی و همکاران (۱۳۹۱) تهیه شده، دارای ۷۰ سؤال در طیف لیکرت است که به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱) و هرگز (۰) نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه دارای ۱۰ مؤلفه بوده که عبارتند از: سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث، سلامت محیطی و در کل پرسشنامه نشان دهنده سبک زندگی مناسب است. هر چه فرد در خرده مقیاس ها نمره بالاتری به دست آورد از سبک زندگی مناسب تری برخوردار است. سازندگان مقیاس، روایی محتوایی این پرسشنامه را با ده متخصص مورد ارزیابی قرار دادند. همچنین ضرایب اعتبار به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ و ضرایب اعتبار بازآزمایی بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ گزارش داده شده است که این میزان مطلوب گزارش شده است (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹).

مقیاس پردازش هیجانی^۲: این مقیاس ۲۵ گویه دارد که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شد. هر ماده براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱= به هیچ وجه تا ۵= بی نهایت) پاسخ داده می شود که نمره هر فرد در دامنه ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می گیرد. این مقیاس، دارای ۵ مؤلفه ی فرونشانی، عدم تجربه ی هیجانی، نشانه های عدم پردازش هیجانی، عدم تنظیم هیجان و اجتناب هست. همچنین ضریب

آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با تنظیم هیجان ۰/۵۴- بدست آمده است (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). در نمونه ایرانی روایی سازه و محتوا تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است (لطفی و همکاران، ۱۳۹۶).

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد اهداف پژوهش و موضوع اطلاعاتی به آن ها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که آن ها اختیار دارند در هر مرحله ای از آموزش انصراف دهند، نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می شوند و رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر شفقت بصورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه و به مدت ۲ ماه، توسط درمانگر مجرب برگزار و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. پایان جلسات آموزشی، مقیاس سبک زندگی و مقیاس پردازش هیجانی به عنوان پس آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۱ ماه انجام گرفت. در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون موچلی، از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسات	محتوا
اول	اهداف آشنایی با اصول کلی شفقت. محتوای کلی جلسات: اجرای پیش آزمون- معارفه اعضا- انتظاراتی که اعضا از جلسات دارند- تعیین اهداف گروه توسط مشاور، انتظارات و توافق درباره آن ها، آشنایی با مفاهیم کلی و ویژگی های شفقت، دیدگاه بدون سرزنش و قضاوت چیست؟ مقایسه مغز قدیم و میانی و جدید، آموزش تنفس. تکلیف خانگی: به اعمالشان هوشیار باشند. رفتار و گفتارشان مربوط به کدام مغز است؟ تنفس صحیح. رفتار مورد انتظار: آشنایی کلی با شفقت.
دوم	اهداف: آگاهی در زمان حال و توضیح کامل شفقت. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل، بازخورد اعضا. شرح شفقت و تفاوت آن با ترحم و دلسوزی به خود و عزت نفس. تمرین واری بدن برای تنش زدایی. فواید شفقت. تکلیف خانگی: تنفس عمیق و تمرین واری بدن. رفتار مورد انتظار: آشنایی با بودن در زمان حال.

^۱. Lifestyle Scale

^۲. Emotional processing scale

جلسات	محتوا
سوم	اهداف: فواید خودشفقتی، مهربانی با خود از طریق خودمراقبتی. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، شرح مهربانی با خود، رابطه شفقت در خانواده افراد. تمرین خلق یک مکان امن و رنگ شفقت‌آمیز، آموزش مراقبت از خود و درماندگی خلاق (حل مسئله) استعاره باتلاق شنی و هیولا، تمرین تنفس و خود مشفق. تکلیف خانگی: ذکر ۵ مورد مراقبت از خود؛ ۳ فعالیت که مراقبت از خود را نمایان می‌کند. حل مسئله در مورد یکی از چالش‌های هفته. رفتار مورد انتظار: پذیرش خود.
چهارم	اهداف: یافتن جایگاه شفقت در زندگی. کنترل خشم، درک و پذیرش و ملایمت با خود و دیگران. محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل. کلیپ اتوبوس برای نشخوارهای فکری، مشارکت اعضاء در رابطه با خشم و راه کنترل آن. آموزش خودگویی‌های مثبت با استعاره آب و هوا، آموزش شفقت نسبت به دیگران. استفاده از صندلی خالی و اجازه عقده‌گشایی، تصویرسازی شفقت برای دیگران. تکلیف خانگی: فهرستی از مسائلی که شما را عصبانی می‌کند. تصویرسازی خود مشفق و توجه به مکان امن، شیء یا رنگ مورد علاقه در زمان نشخوار فکری و تشویش. رفتار مورد انتظار: کنترل احساسات
پنجم	اهداف: پرورش اشتراکات انسانی و مدیریت احساس و عواطف دشوار و حساسیت بر رنج اعضاء. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین خواندن نامه و هوشیار کردن عواطف اعضاء سپس بیان درد و رنج اعضاء، موانع از بین بردن درد و رنج. همدلی اعضاء با هم از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه‌های خود، آموزش پذیری شکست و اشتباهات خود بدون قضاوت و احساس گناه. پیامدهای عدم بخشش. کلیپ مهمان ناخوانده برای پذیرش دیگران. تکلیف خانگی: اگر من با خودم شفقت داشته باشم این کارها را انجام می‌دهم. رفتار مورد انتظار: پرورش اشتراکات انسانی، بخشش. اهداف: کشف ارزش‌های اصلی.
ششم	محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین. موانع شفقت به خود. چه چیزی برای شما ارزشمند است؟ آموزش روش‌های تقویت خود ارزشمندی عمیق زندگی کردن و تماشای نکات مثبت زندگی، تمرین تنفس، تصویرسازی خود مشفق، توضیح مهارت‌های شفقت. تکلیف خانگی: تصویرسازی قدردانی از خود، ذکر ۱۰ مورد از ارزش‌ها و ویژگی‌های مثبت خود. رفتار مورد انتظار: رشد احساس خود ارزشمندی و معنا دهی به زندگی.
هفتم	اهداف: شناسایی احساسات متناقض، التیام زخم روانی، احساس توانمندسازی خود و معنادهی به زندگی. محتوای کلی جلسات: مرور جلسه قبل. انگیزه مراقبت از خود، اهداف هوشمندانه و اولویت‌بندی آن‌ها برای داشتن معنای بیشتر در زندگی، شناسایی احساسات متناقض (خود انتقادگر)، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود. تغییر روابط خود با دیگران خارج از تعصبات منفی و پذیرش. تکلیف خانگی: اهداف هوشمندانه برای ایجاد و معنا دهی بیشتر به زندگی، تمرین خود شفیق بر دیگران، شناسایی و ارتباط بین افکار، عواطف و احساسات متناقض. نوشتن نامه مهرانگیز به خود. رفتار مورد انتظار: مراقبت از خود و آگاهی از افکار و احساسات متناقض و هدف‌گذاری. اهداف: مرور مباحث آموزشی.
هشتم	محتوای کلی جلسات: بازخورد اعضاء ی گروه. مروری بر تمرینات دوره، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون. تکلیف خانگی: مرور تمرینات، برنامه‌ریزی شفقت برای تمام دوره‌های زندگی (در مسائل جسمانی، روحی و روانی)، برنامه شفقت به خود در ارتباط مشفقانه با دیگران. رفتار مورد انتظار: به کارگیری شفقت در زندگی روزمره برای تمام عمر. انجام پس‌آزمون‌ها

یافته‌ها

با توجه به اینکه علاوه بر اعمال مداخله برای گروه‌های آزمایش و گواه، از متغیر زمان نیز استفاده شد، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($P > 0/05$). جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد فرض همگنی واریانس برای تمامی در مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش ($34/66 \pm 3/30$) و گروه کنترل ($36/26 \pm 2/89$) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

وابسته بود مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد نشد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است. یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل چندمتغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

هیجانی برقرار است ($P > 0/05$). به منظور بررسی داده‌های پرت، نمرات Z متغیرها محاسبه شد و نتایج نشان داد شرکت کنندگان در مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی به گونه‌ای معنی دار انحراف معیار بالاتر یا پایینتر از میانگین نداشتند. مفروضه خطی بودن نیز با بررسی نمودار پراکندگی بین متغیرها که نشان‌دهنده رابطه خطی مستقیم بین هر جفت از متغیرهای

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	آزمایش	۷/۴۰	۲/۴۱	۱۳/۸۶	۲/۸۵	۱۴/۷۳	۲/۷۳
	کنترل	۷/۱۳	۱/۹۲	۷/۲۶	۴/۱۳	۶/۳۳	۱/۹۵
ورزش و تندرستی	آزمایش	۷/۵۳	۱/۶۴	۱۵/۱۳	۳/۲۷	۱۵/۵۳	۲/۷۹
	کنترل	۷/۶۶	۱/۱۱	۷/۳۳	۱/۷۹	۷/۰۶	۱/۷۹
کنترل وزن و تغذیه	آزمایش	۱۱/۴۰	۱/۵۹	۱۸/۲۶	۲/۴۹	۱۷/۹۳	۲/۶۳
	کنترل	۱۱/۶۰	۱/۷۶	۱۲/۲۰	۱/۷۴	۱۲/۸۰	۱/۶۱
پیشگیری از بیماری‌ها	آزمایش	۱۲/۳۳	۱/۰۴	۱۸/۸۰	۲/۶۵	۱۸/۷۳	۲/۴۰
	کنترل	۱۲/۱۳	۲/۴۱	۱۲/۶۶	۱/۳۴	۱۱/۸۶	۱/۴۵
سلامت روانشناختی	آزمایش	۱۳/۸۶	۱/۱۸	۱۷/۵۳	۲/۳۵	۱۸/۳۳	۲/۳۸
	کنترل	۱۳/۷۳	۱/۳۳	۱۳/۵۵	۱/۵۰	۱۳/۷۳	۱/۷۵
سلامت معنوی	آزمایش	۱۰/۴۶	۱/۵۹	۱۶/۲۰	۲/۳۳	۱۵/۹۳	۲/۶۳
	کنترل	۱۰/۸۰	۱/۸۲	۱۰/۲۰	۱/۷۴	۱۰/۸۰	۱/۶۱
سلامت اجتماعی	آزمایش	۸/۶۶	۱/۷۱	۱۴/۸۶	۱/۸۰	۱۴/۶۰	۱/۸۸
	کنترل	۸/۸۰	۱/۹۷	۸/۸۷	۱/۸۸	۸/۲۰	۲/۰۴
اجتناب از داروها	آزمایش	۶/۸۰	۱/۶۵	۹/۹۳	۱/۷۹	۹/۶۶	۱/۸۳
	کنترل	۶/۴۶	۱/۳۰	۶/۷۱	۱/۳۸	۶/۶۰	۱/۴۵
پیشگیری از حوادث	آزمایش	۷/۴۶	۲/۱۶	۱۳/۶۰	۳/۱۱	۱۳/۲۶	۳/۱۲
	کنترل	۶/۶۶	۳/۰۸	۷/۲۰	۲/۷۸	۷/۴۰	۲/۵۵
سلامت محیطی	آزمایش	۱۰/۴۶	۲/۶۴	۱۵/۶۶	۳/۶۱	۱۵/۴۴	۳/۷۵
	کنترل	۹/۸۶	۱/۵۰	۱۰/۴۰	۲/۵۰	۱۰/۴۲	۲/۴۷
سبک زندگی	آزمایش	۹۶/۴۰	۶/۱۰	۱۵۳/۸۶	۹/۲۰	۱۵۴/۲۰	۹/۱۵
	کنترل	۹۴/۸۶	۷/۲۹	۹۶/۴۸	۵/۰۵۳	۹۵/۲۱	۵/۹۳
فرونشانی	آزمایش	۱۱/۱۳	۱/۳۵	۸/۲۰	۱/۲۰	۸/۶۶	۱/۴۹
	کنترل	۱۱/۲۶	۰/۸۸	۱۱/۷۳	۱/۰۳	۱۱/۴۶	۰/۹۱
عدم تجربه‌ی هیجانی	آزمایش	۱۱/۹۳	۱/۲۷	۸/۲۶	۱/۲۲	۸/۶۰	۱/۵۰
	کنترل	۱۱/۹۰	۱/۲۲	۱۱/۵۳	۱/۰۶	۱۱/۶۳	۱/۰۵
عدم پردازش هیجانی	آزمایش	۱۱/۴۶	۱/۵۵	۹/۰۰	۱/۴۶	۹/۰۰	۱/۳۶
	کنترل	۱۲/۲۰	۱/۸۲	۱۱/۸۶	۱/۴۵	۱۱/۷۳	۱/۴۸
عدم تنظیم هیجان	آزمایش	۹/۴۶	۱/۸۸	۶/۴۰	۱/۲۹	۶/۴۶	۱/۳۰
	کنترل	۹/۱۳	۱/۳۵	۸/۸۰	۱/۴۷	۹/۱۳	۱/۶۴
اجتناب	آزمایش	۱۲/۰۰	۳/۵۸	۵/۸۶	۲/۶۴	۶/۷۳	۲/۹۳
	کنترل	۱۲/۵۳	۲/۵۰	۱۱/۹۳	۲/۲۸	۱۱/۹۳	۲/۷۱
پردازش هیجانی	آزمایش	۵۶/۰۰۰	۷/۱۷۱	۳۷/۷۳	۵/۲۸	۳۹/۴۶	۵/۸۷
	کنترل	۵۷/۰۶۶	۵/۰۰۶	۵۵/۸۶	۴/۵۶	۵۵/۸۶	۵/۴۲

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی

آزمون	مؤلفه‌های	منابع تغییر	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	Sig	ضریب اتا
لامبدای ویلکز	سبک زندگی	درون گروهی	۰/۹۴۰	۲۱۰/۲۷۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰
		تعامل گروه * زمان	۰/۹۳۲	۱۸۶/۹۵۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
	پردازش هیجانی	درون گروهی	۰/۸۶۷	۸۷/۷۷۹	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷
		تعامل گروه * زمان	۰/۸۳۳	۶۷/۴۴۱	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳

نتایج جدول ۳ تحلیل واریانس مختلط دو راهه را نشان می‌دهد که با دو سطح شامل گروه شفقت‌درمانی و گروه گواه و سه سطح درون گروهی شامل مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. نتایج نشان داد که اثر درون گروهی یعنی مراحل آزمایش در مؤلفه‌های سبک زندگی ($F= ۲۱۰/۲۷۴$, $P< ۰/۰۵$) و پردازش هیجانی ($F= ۸۷/۷۷۵$, $P< ۰/۰۵$)

تفاوت معنی‌دار داشت. همچنین یافته‌ها نشان داد تعامل اثر اصلی بین گروهی و درون گروهی در مؤلفه‌های سبک زندگی ($P< ۰/۰۵$)، $F= ۱۸۶/۹۵۲$ و پردازش هیجانی ($F= ۶۷/۴۴۱$, $P< ۰/۰۵$) نیز معنی‌دار بود. بدین معنی که بین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله آزمایش تفاوت معنی‌داری در متغیرهای پژوهش وجود دارد.

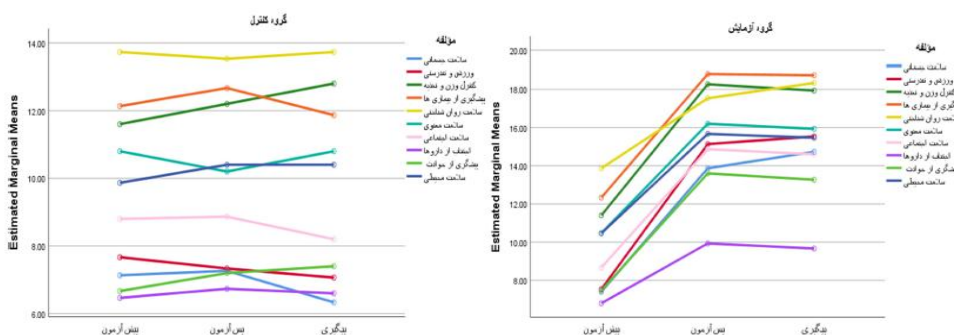
جدول ۴. یافته‌های مربوط به آزمون اثرات درون گروهی تک متغیره مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی

مؤلفه	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
سلامت جسمانی	زمان	۲۱۵/۶۲۲	۲	۱۰۷/۸۱۱	۲۱/۸۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۲۷۳/۷۵۶	۲	۱۳۶/۸۷۸	۲۷/۷۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۱/۰۰۰
ورزش و تندرستی	زمان	۲۶۸/۹۵۶	۲	۱۳۴/۴۷۸	۵۷/۷۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۳۴۳/۳۵۶	۲	۱۷۱/۶۷۸	۷۳/۷۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵	۱/۰۰۰
کنترل وزن و تغذیه	زمان	۲۸۹/۰۶۷	۲	۱۴۴/۵۳۳	۷۶/۲۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۱۷۱/۴۶۷	۲	۸۵/۷۳۳	۴۵/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۱/۰۰۰
پیشگیری از بیماری‌ها	زمان	۲۱۸/۴۲۲	۲	۱۰۹/۲۱۱	۴۴/۸۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۲۰۰/۴۶۷	۲	۱۰۰/۲۳۳	۴۱/۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱/۰۰۰
سلامت روانشناختی	زمان	۸۲/۴۲۲	۲	۴۱/۲۱۱	۲۳/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۸۸/۱۵۶	۲	۴۴/۰۷۸	۲۴/۶۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸	۱/۰۰۰
سلامت معنوی	زمان	۱۴۰/۸۶۷	۲	۷۰/۴۳۳	۳۷/۳۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۱۷۶/۸۶۷	۲	۸۸/۴۳۳	۴۶/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۱/۰۰۰
سلامت اجتماعی	زمان	۱۷۱/۴۶۷	۲	۸۵/۷۳۳	۷۰/۵۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۲۰۱/۱۵۶	۲	۱۰۰/۵۷۸	۸۲/۷۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۱/۰۰۰
اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل	زمان	۵۱/۸۰۰	۲	۲۵/۹۰۰	۱۱۸/۲۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۳۹/۲۶۷	۲	۱۹/۶۳۳	۸۹/۶۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۱/۰۰۰
پیشگیری از حوادث	زمان	۲۱۷/۸۶۷	۲	۱۰۸/۹۳۳	۴۱/۵۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۱۴۳/۲۸۹	۲	۷۱/۶۴۴	۲۷/۳۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴	۱/۰۰۰
سلامت محیطی	زمان	۱۵۸/۸۲۲	۲	۷۹/۴۱۱	۴۹/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۱۰۴/۴۲۲	۲	۵۲/۲۱۱	۳۲/۴۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۱/۰۰۰
فروشنایی	زمان	۲۸/۱۵۶	۲	۱۴/۰۷۸	۲۵/۸۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۰	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۴۸/۰۲۲	۲	۲۴/۰۱۱	۴۴/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰
عدم تجربه‌ی هیجانی	زمان	۵۱/۸۰۰	۲	۲۵/۹۰۰	۵۴/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۴۱/۳۵۶	۲	۲۰/۶۷۸	۴۳/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	۱/۰۰۰
عدم پردازش هیجانی	زمان	۴۱/۱۵۶	۲	۲۰/۵۷۸	۶۱/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۲۱/۴۲۲	۲	۱۰/۷۱۱	۳۱/۹۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۱/۰۰۰

مؤلفه	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
عدم تنظیم هیجان	زمان	۷۵/۳۵۶	۲	۳۷/۶۷۸	۴۶/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۴۹/۳۵۶	۲	۲۴/۶۷۸	۳۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۱/۰۰۰
اجتناب	زمان	۲۰۱/۲۶۷	۲	۱۰۰/۶۳۳	۳۹/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۱۳۲/۸۶۷	۲	۶۶/۴۳۳	۲۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثر اصلی عامل زمان برای مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلافی معنی‌دار وجود دارد.

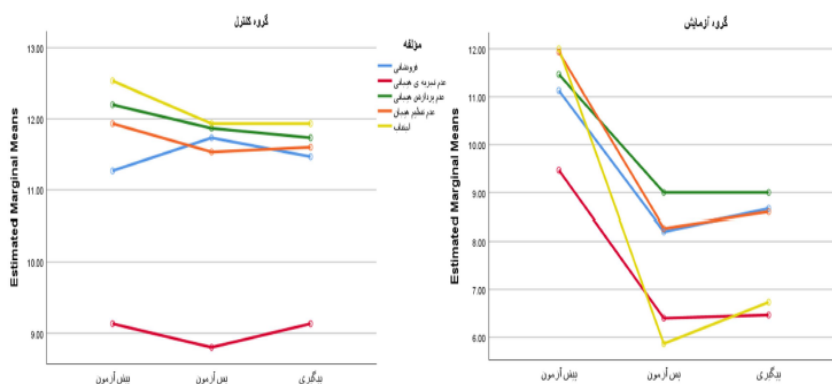
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثر اصلی عامل زمان برای مؤلفه‌های سبک زندگی و پردازش هیجانی معنی‌دار است ($P < 0/001$) و بین میانگین نمرات



شکل ۱. نمودار میانگین مؤلفه‌های سبک زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله

مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0/01$).

با توجه به شکل ۱ و جدول ۲، در تمامی مؤلفه‌های سبک زندگی میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش آزمون است ($P < 0/01$)، درحالی‌که تفاوت بین پس آزمون و



شکل ۲. نمودار میانگین مؤلفه‌های پردازش هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله

کنترل تفاوتی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0/01$). این یافته بدان معنی است که مداخله شفقت درمانی نه تنها منجر به بهبود سبک زندگی و پردازش هیجانی معنادار در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

همچنین با توجه به شکل ۲ و جدول ۲، در تمامی مؤلفه‌های پردازش هیجانی میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش آزمون است ($P < 0/01$)، درحالی‌که تفاوت بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). اما در گروه

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سبک زندگی و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر روی سبک زندگی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش بوده است به طوری که سلامتی جسمی، ورزش، تغذیه، پیشگیری، سلامتی روانشناختی، سلامتی معنوی، سلامتی اجتماعی، اجتناب داروها، پیشگیری حوادث و سلامتی محیطی با مداخله محقق به صورت معناداری افزایش یافته است. این یافته با برخی از نتایج هودسون و همکاران (۲۰۲۰)؛ امیری راد و همکاران (۱۳۹۹)؛ علی قناتی و همکاران (۱۳۹۷)؛ عراقیان و همکاران (۱۳۹۹)؛ رضاپور و نصوحی (۱۳۹۷) همسو هست. از دلایل این اثربخشی می توان به افزایش اطلاعات عمومی معتادان در ارتباط با سبک زندگی و راهکارهای ارتقای آن از طریق درمان مبتنی بر شفقت اشاره کرد. در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت درمان مبتنی برشفقت بر پایه افزایش مهرورزی و مهربانی نسبت به خود و دیگران بنیان نهاده شده است و اغلب تکنیک های این درمان مرتبط با سازه مدیریت هیجانات است (گیلبرت، ۲۰۱۳). در این درمان، افراد یاد می گیرند که توجه خود را از شرمساری به خاطر مشکلاتی که در نتیجه سبک زندگی ناسالم داشته اند به نحوه کار دلسوزانه با آنها تغییر دهند (گیلبرت، ۲۰۱۳). این امر به ویژه در مصرف مواد افیونی که در آن مصرف کنندگان در حال حاضر نسبت به مصرف مواد مخدر خود و از لحاظ تاریخی به دلیل ضربه های روحی احساس شرمندگی زیادی می کنند، بسیار مهم است (کارلیل و همکاران، ۲۰۱۹). افراد معتاد با گذراندن درمانی مبتنی بر شفقت، آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرس ورهای سوق دهنده به سوی مصرف مجدد افزایش می دهند و همچنین قادر به کنترل محرک های محیطی در حین درمان هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی، خود سبب تغییر و به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان می شود؛ که این فرآیند در نهایت منجر به اصلاح سبک زندگی و اتخاذ یک سبک زندگی سازگارانه می شود (گونزالز-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیینی دیگر می توان گفت که افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد معمولاً سطوح بالایی از هیجانات منفی را تجربه می کنند و این عامل برانعطف پذیری

شناختی آنان اثرات منفی بر جای می گذارد (آدریگبی و همکاران، ۲۰۲۲). لازمه دستیابی به انعطاف پذیری روانشناختی، پذیرش به معنای تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر تجارب ناخوشایند و منفی و برخورداری از ذهن آگاهی به صورت بودن کامل در زمان حال در هر لحظه هست (دوارته و پینتو-گوویا، ۲۰۱۷). این در حالی است که در درمان مبتنی بر شفقت نیز بر ذهن آگاهی و توجه آگاهانه بر تجارب درونی تأکید می شود تا به کمک فرآیندهای ذهن آگاهی، مهارت قضاوت نکردن خود و توانایی پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی در فرد شکل گیرد تا دستیابی به گرمی و ملاطفت با خود و دیگران، به جای قضاوت سخت گیرانه تسهیل شود (مارش و همکاران، ۲۰۱۸) و در نتیجه برخورداری از چنین دیدگاهی است که این افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد می توانند انعطاف پذیری بیشتری را در خود پرورش دهند و با تغییر نگرش شناختی خود نسبت به چالشی که با آن مواجهه هستند، به احساس قابل کنترل بودن شرایط و در نتیجه سازگاری بهتر و اتخاذ یک سبک زندگی سالم دست پیدا کنند. همچنین یکی از حوزه های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت، همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار می گیرند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می شود (علی قناتی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع همان گونه که نف بیان داشت، افراد با شفقت خود بالا نسبت به خود و دیگران مهربان ترند و سعی در درک رویدادها دارند (عراقیان و همکاران، ۱۳۹۹) و باید گفت، درمان مبتنی برشفقت موجب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می شود. از این رو افرادی که شفقت به خود بالایی دارند نسبت به افرادی که شفقت به خود کمی دارند، سلامت روانشناختی بیشتری نشان می دهند زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می کنند، به وسیله یک سرزنش خود بی رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان ها استمرار نمی یابد. بنابراین اثر گذاری این درمان بر سبک زندگی معتادان می تواند از مسیر اثر گذاری بر گسترش و غنی سازی روابط اجتماعی فرد معتاد باشد. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج قدرتی تربتی و همکاران (۲۰۲۰)؛ یزدانبخش و همکاران (۱۳۹۹)؛

قاسمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ شجاعی واژنانی و همکاران (۱۳۹۸) همسو هست. در تبیین تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر پردازش هیجانی، باید استدلال کرد که ارتقاء پردازش هیجانی، افراد را قادر می‌سازد تا با هیجانات منفی و مثبت سازگار شوند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند که چگونه هیجانات خود را مدیریت کنند و از آنجا که درمان شفقت‌محور به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته می‌شود. بنابراین شفقت خود نیازمند آگاهی بهوشیارانه از هیجانات خود است، دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شویم (نوری و نقوی، ۱۳۹۶). علاوه بر این تلاش برای آگاهی از هیجانات باعث می‌شود افراد معتاد خودآگاه‌تر و خودکنترل‌شوند و کمتر احساس ناامیدی، سرزنش خود و ناراحتی کنند. بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند انسجام عاطفی را تقویت کند، با رفتارهای سازگارانه جدید سازگار شود، هیجانات مثبت و منفی را ارزیابی کند و تنظیم کلی هیجان را تقویت کند (قدرتی تربتی و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر در درمان متمرکز بر شفقت که به‌عنوان درمانی جدید برای هیجانات شرم و انتقاد از خود شناخته می‌شود (کاری، ۲۰۱۶؛ لیویس و آتلی، ۲۰۱۵)، پردازش هیجانی نقش مهمی را ایفا می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمانگر با اشاره به اینکه هیجانات ریشه تکاملی داشته و برای بقاء انسان ضروری هستند؛ افراد را به درک عملکرد هر هیجان ترغیب می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۷). درک عملکرد و تأثیرات هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا به نیاز زیرین هر هیجان دسترسی پیدا کنند و سپس با اتخاذ رویکرد مشفقانه بهترین راه موجود را انتخاب کنند. از آنجایی که احساسات ریشه در نیازها یا خواسته‌های اساسی دارند؛ بنابراین، تجربه هیجانات می‌تواند به افراد کمک کند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز خود را تغییر داده و آن‌ها را به شیوه‌ای سالم تحمل و ابراز کنند (یزدانبخش و همکاران، ۱۳۹۹). از نظر فیزیولوژیکی، تحقیقات اخیر نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت منجر به بهبود تغییرات ضربان قلب می‌شود. تغییرپذیری ضربان قلب معیاری برای تنظیم هیجانی است، و بنابراین، تقویت تنظیم هیجانی کلیدی برای بهبودی است، زیرا افراد معتاد اغلب از مصرف مواد افیونی برای مدیریت هیجانات دشوار استفاده می‌کنند (کارلیل و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیینی دیگر می‌توان عنوان کرد که طبق مدل شفقت درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) در فرآیند بهبود نشانگان

بالینی و آسیب‌های روانشناختی بیمارانی که از راهبردهای ناکارآمد مواجهه و مقابله با تجارب درونی استفاده می‌کنند، آنچه حائز اهمیت است، فرمول‌بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و مکانیسم‌هایی است که به موجب آن بیماران نحوه کنترل و برخورد با تجارب درونی‌شان را انتخاب می‌کنند و به تعبیر و تفسیر آن‌ها می‌پردازند. آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی - هیجانی کامل برای نشان دادن چگونگی تعامل بین تجارب درونی، نحوه واکنش فرد به آن‌ها و کنترل آن‌ها و آشفته‌گی هیجانی به بیمار است. در واقع برای اینکه به افراد کمک شود تا نحوه کنترل و مقابله با ذهن‌شان را تغییر دهند، باید به سطحی از توضیحات روانشناختی توجه شود که آن‌ها را برای مفهوم‌سازی عواملی که مربوط به کنترل، تصحیح، ارزیابی و تنظیم تجارب درونی است، کمک کند. این مهم به دست نمی‌آید مگر اینکه بیماران متعهد شوند تجارب درونی‌شان از قبیل افکار، هیجانات و تصاویر آزارنده مرتبط با رخداد تروماتیک را به هر نحوی که هست، بپذیرند. بنابراین مداخله مبتنی بر شفقت به صورت مستقیم (با نشان دادن نحوه مناسب‌تر مواجهه و کنترل تجارب درونی از طریق خودشفقتی و شفقت به دیگران) غیرمستقیم (ترغیب افراد به پذیرش هیجانات منفی) باعث بهبود پردازش هیجانی در افراد می‌گردد (گیلبرت، ۲۰۱۴). همچنین خودشفقتی به مثابه یک صفت روانشناختی مثبت در جهت بهبود شرایط، پذیرش توانایی‌ها و بهزیستی روانی افراد عمل می‌کند. افرادی که از سطح بالاتری از خودشفقتی برخوردارند، معمولاً از خود مهرورزی، حس اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی فزون‌تری بهره‌مند بوده و در تنظیم و تعادل هیجان‌ها کارآمدتر هستند و معمولاً در برخورد با مسائل و شرایط استرس‌زای زندگی از هیجان‌های مثبت و راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده می‌کنند؛ علاوه بر این، مانع بروز برخی هیجان‌های منفی از جمله اضطراب و استرس خواهند شد. زیرا خودشفقتی اساساً نوعی ذهن‌آگاهی است که به فرد اجازه می‌دهد درد‌آورترین هیجان‌های زندگی را درک کند و بپذیرد، بدون آن که به واسطه آن‌ها ریشه کن و سرخورده شود (نف و گرم، ۲۰۱۷؛ آکین، ۲۰۱۴). بنابراین درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت به خود معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفته‌گی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد و باعث ارتقاء توانایی افراد در مدیریت، کنترل و پردازش هیجانات می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه این درمان با سایر درمان‌های روانشناختی هم‌ارز می‌باشد که اثربخشی این درمان را نسبت به دیگر درمان‌ها نشان دهد. همچنین این پژوهش شامل معتادان شهر ارومیه می‌باشد که متغیرهای قومی و فرهنگی می‌تواند در تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش محدودیت ایجاد کند. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این روش درمانی با سایر درمان‌های روانشناختی و در جمعیت‌های دیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد. همچنین به متخصصان بهداشت روانی توصیه می‌شود که از درمان مبتنی بر شفقت به منظور اصلاح سبک زندگی و پردازش هیجانی معتادان در مرحله توانمندسازی غیروارویی استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه ارومیه است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی هست.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسنده سونم اسناد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Aderibigbe, O. O., Stewart, S. L., Hirdes, J. P., & Perlman, C. (2022). Substance Use among Youth in Community and Residential Mental Health Care Facilities in Ontario, Canada. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1731. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph19031731>
- Akin, U. (2014). Self-Compassion as a Predictor of Proactivity. *International Online Journal of Educational Sciences*, 6(1), 103-111. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031731>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, & Rrouzbahani M. (2018). Effectiveness of compassion-based therapy on Quality of Life and Happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. *Journal of Nursing Education*, 7(2), 53-61. (Persian). <http://jne.ir/article-1-920-fa.html>
- Amirirad, M., Aslami, E., & Mousavi, S. (2020). The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Finding Meaning in Life and sexual Satisfaction of Women with addicted husband in Mashhad city. *Clinical Psychology Studies*, 10(40), 77-102. (Persian). <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.52014.2358>
- Araghian, S., Nejat, H., Toozandejani, H., Bagherzadeh & Golmakani, Z. (2020). Comparison of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy in the distress tolerance and meaning in life in of women with marital conflicts. *Psychological Methods and Models*, 11(39), 121-138. (Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1399.11.3.9.8.8>
- Bahram Abadian, F., Mojtabaie, M., & Sabet, M. (2021). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *Journal of Psychological Sciences*, 20(106), 1849-1863. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.106.1849>
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
- Bayles, C. (2014). Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 22-25. <https://doi.org/10.1037/h0100995>
- Carlyle, M., Rockliff, H., Edwards, R., Ene, C., Karl, A., Marsh, B., Hartley, L., & Morgan, C. J. (2019). Investigating the Feasibility of Brief Compassion Focused Therapy in Individuals in Treatment for Opioid Use Disorder. *Substance abuse: research and treatment*, 13, 1178221819836726. <https://doi.org/10.1177%2F1178221819836726>
- Chiu, C. W. C., Li, C. W. Y., Lai, E. S. K., Law, C. K. M., & Lam, M. (2021). Lifestyle redesign program with motivational enhancement for young people with drug use in Hong Kong: a retrospective study. *Journal of Substance Use*, <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.2018727>
- Corneil, T. A., Kuyper, L. M., Shoveller, J., Hogg, R. S., Li, K., Spittal, P. M., Schechter, M. T., & Wood, E. (2006). Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health & place*, 12(1), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.10.004>
- Davies, G., Elison, S., Ward, J., & Laudet, A. (2015). The role of lifestyle in perpetuating substance use disorder: The lifestyle balance model. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-10-2>
- Dehghanmehr, S., Mir, A., Sheikhi, M., Mirshekari, N., Mirsargazi, Z., & Salarzaei, M. (2017). Main causes of drug compatibility and recurrence (A systematic review). *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(11), 2011-2015. <https://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol9Issue11/jpsr09111708.pdf>
- Delavar A. (2017). Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 7th ed. Tehran: Roshd Publisher. (Persian). <https://www.adinehbook.com/gp/product/9646184022>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>
- Ejei, J., Gholamali Lavasani, M., & Erami, H. (2015). Comparison of emotional regulation in substance abusers and normal subjects. *Journal of*

- Psychology, 2 (19), 137-146. (Persian).
<https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=487114>
- Ghasemi, N., Goudarzi, M., & Ghazanfari, F. (2019). The Effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, Shame and Guilt-Proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety- depression disorder. *Clinical Psychology Studies*, 9(34), 145-166. (Persian).
https://jcps.atu.ac.ir/article_9883.html?lang=en
- Ghodrati Torbati, A., Nejat, H., Toozandehjani, H., Samari, A. A., & Akbari Amarghan, H. (2020). Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Blood Cortisol and Cognitive-Emotion Regulation in Drug Abusers. *Jundishapur J Health Sci*, 12(1), e100148. <https://brieflands.com/articles/jjhs-100148.html>
- Ghorbankhani, M., & Salehi, K. (2022). Explanation the deterrent dysfunctions of scientific authority in the humanities. *Iranian Pattern of Progress*, 10(3), (Persian)
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23295599.1401.10.3.6.4>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Scinces*, 27(2), 91-116. (Persian)
<https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Ghorbani T, Saffarinia M, Zare H, & Alipour A. (2018). Effectiveness of Mindfulness-Based Return Prevention Therapy in Social Well-Being and Relapse Prevention in Crystal Users. *Etiadpajohi*, 12(45), 151-168. (Persian).
<http://etiadpajohi.ir/article-1-1553-fa.html>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiat Treat*, 15, 199-208.
<https://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology and Psychiatry*, 3(6), 218-227.
<https://derby.openrepository.com/handle/10545/622126>
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., & Banos, R. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
<https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
- Greer, A., Bungay, V., Pauly, B., & Buxton, J. (2020). 'Peer' work as precarious: A qualitative study of work conditions and experiences of people who use drugs engaged in harm reduction work. *The International journal on drug policy*, 85, 102922.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102922>
- Himachi, M., Hashiro, M., & Miyake, R. (2018). Differences in processing of emotional faces by avoidance behavior: In the case of university students with acne. *Journal of sychosomatic Research*, 109, 108.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.070>
- Horwood, V., Allan, S., Goss, K., & Gilbert, P. (2019). The development of the Compassion Focused Therapy Therapist Competence Rating Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93, 387-407.
<https://doi.org/10.1111/papt.12230>
- Hudson, M. P., Thompson, A. R., & Emerson, L. M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: a randomized feasibility trial. *Psychology & health*, 35(9), 1095-1114.
<https://eastmid.openrepository.com/handle/20.500.12904/10.1080/08870446.2019.1707829>
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. D., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00347-0>
- Kazemi, A., Deus Yela, J., Gutiérrez Rosado, T. (2019). Presenting a Conceptual Model for Predicting Attitude towards Substance Abuse Based on Assertiveness, Psychological Hardiness, and Emotional Regulation in Addicts. *JNIP*, 3 (7), 1-17.
<http://jnip.ir/article-1-236-fa.html>
- Keshavarz, Z., Bakhshani, N. M., & Aghaee Khajelangi, H. (2021). Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Affect and Self-Blame in Female Students with Failing in Love. *RBS*, 19(2),

- 293-303. (Persian).
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1400.19.2.1.0>
- Khodaie, A., Abdollahi, M. H., Farahani M. N., & Ramazani, W. (2011). Five factors of personality and emotional intelligence in addict and non-addict men. *Journal of Psychology*, 15(57), 40-57. (Persian).
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=274862>
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programs, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 432-455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Lali, M., Abedi, A., & Kajbaf, M. B. (2021). Construction and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). *Psychological Research*, 15(1), 64-80. (Persian).
<https://www.magiran.com/paper/1056649?lang=en>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lotfi, S., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2017). A comparison of emotional processing and fear of positive/negative evaluations in women with social phobia and normal women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(53), 101-111. (Persian).
http://jsr-p.khuisc.ac.ir/article_533887.html?lang=en
- Maehira, Y., Chowdhury, E. I., Reza, M., Drahozal, R., Gayen, T. K., Masud, I., Afrin, S., Takamura, N., & Azim, T. (2013). Factors associated with relapse into drug use among male and female attendees of a three-month drug detoxification-rehabilitation programme in Dhaka, Bangladesh: a prospective cohort study. *Harm reduction journal*, 10, 14.
<https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-14>
- Marceau, E. M., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2018). The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 182, 58-66.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.008>
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- McCann, K. J., Twomey, J. E., Caldwell, D., Soave, R., Fontaine, L. A., & Lester, B. M. (2010). Services used by perinatal substance-users with child welfare involvement: a descriptive study. *Harm reduction journal*, 7, 19.
<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-7-19>
- McLellan A. T. (2017). Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare? *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 128, 112-130.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5525418/>
- Mohammad Alipour, Z., Bahrainian, A. M., & Asgharnejad Farid, A. A. (2022). Efficacy of lifestyle change training on improving self-efficacy, outcome expectations and reducing locus of external control in students. *Journal of Psychological Sciences*, 107(20), 2107-2124.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2107>
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., Hajizadeh, M., Haghdoost, A. A., Malekzadeh, R., Poustchi, H., Nasiri, M., Okati-Aliabad, H., Saeedi, M., Mansour-Ghanaei, F., Farhang, S., Safarpour, A. R., Maharlouei, N., Farjam, M., Amini, S., Amini, M., Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 39.
<https://doi.org/10.1186/s13011-020-00279-1>
- Neelam, K., Sunil, K., Monika, M., Amit, T., & Mohammad, S. M. (2019). Profile and Pattern of Substance Abusers: Substance Abuse, a global Problem. *Curr Trends Biomedical Eng & Biosci*, 18(2), 555983.
<http://dx.doi.org/10.32474/SJPBS.2018.02.000127>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2017). *Self-Compassion and Psychological Wellbeing*. In J. Doty (Ed.) Oxford Handbook of Compassion Science, Chap. 27. Oxford University Press.
<https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190464684.001.0001/oxfordhb/9780190464684-e-27>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

- Nuori, H. R., & Naghavi, M. (2018). Investigating the Effectiveness of Compassionate Mind Training (CMT) in the Adjustment of Early Maladaptive Schemas in Opiate Addicts under Methadone Maintenance Treatment. *Etiadpajohi*, 11(44), 187-208. (Persian). <http://etiadpajohi.ir/article-1-922-fa.html>
- Ogilvie, L., & Carson, J. (2022) Trauma, stages of change and post traumatic growth in addiction: A new synthesis. *Journal of Substance Use*, 27(2), 122-127. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14659891.2021.1905093>
- Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Serrano-Pérez, P., Martínez-Luna, N., Salas-Martínez, A., Robles-Martínez, M., Ramos-Quiroga, J. A., Roncero, C., & Grau-López, L. (2021). Alexithymia in Patients with Substance Use Disorders and Its Relationship with Psychiatric Comorbidities and Health-Related Quality of Life. *Frontiers in psychiatry*, 12, 659063. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659063>
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174-180. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.018>
- Rahbarian, M., Mohammadi, A., Abasi, I., & Soleimani, M. (2017). Emotion Regulation Problems and Addiction Potential in Iranian Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5(4), 235-242. http://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=486&sid=1&slc_lang=en&html=1
- Rezapour, Y., & Nasouhi, M. (2018). investigate the effectiveness of the combined intervention based on hope and Adler's lifestyle therapy on self-efficacy, sense of coherence and self-compassion in individuals with physical handicapped. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(33), 163-185. (Persian). https://qccpc.atu.ac.ir/article_8308.html?lang=en
- Salimi, S., Haghazari, A., Ahmadi-Tahour -Soltani, M., Zohreh-Vand, M. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 23-31. (Persian). https://jcp.semnan.ac.ir/article_2233.html?lang=en
- Sapkota, S. (2019). Contributing factors to relapse of drug addiction among clients attending rehabilitation centres of Dharan, Nepal. *J Chitwan Med Coll*, 6(17), 20-5. <https://www.nepjol.info/index.php/JCMC/article/view/16695>
- Shahedpour, A., Hatami, M., Noury, R., & Borjali, M. (2019). Comparing the efficacy of compassionate therapy adapted to islamic teachings with compassionate therapy on self-compassion of breast cancer patients. *Journal of Psychological Sciences*, 18(80), 869-878. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.80.11.0>
- Shojaei Vazhnany, F., Sohrabi, A., Azizi, A., Mohammadi Rayegani, M., & Nasiri Hanis, G. (2020). The Effectiveness of compassion-focused therapy on couple's marital intimacy and emotion regulation. *Rooyesh*, 8(12), 11-20. (Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-1670-fa.html>
- Skerbetz, M. D., & Kostewicz, D. E. (2015). Consequence choice and students with emotional and behavioral disabilities: Effects on academic engagement. *Exceptionality*, 23(1), 14-33. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09362835.2014.986603>
- Smith, K., & Flatley, J. (2011). *Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales*. City: Home Office; 2011. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtuallibrary/abstracts/drug-misuse-declared-findings-201011-british-crimesurvey-england>
- Sojoodi, A., Niazi, M., & Hosseinizadeh Arani, S. (2021). Explaining the health-based lifestyle in sustained drug withdrawal in Kashan city: a qualitative study. *Sociology of Culture and Art*, 3(1), 94-76. (Persian). https://scart.uok.ac.ir/article_61906.html?lang=en
- Soroosh, D., Neamatshahi, M., Zarmehri, B., Nakhaee, S., & Mehrpour, O. (2019). Drug-induced prolonged corrected QT interval in patients with methadone and opium overdose. *Subst Abuse Treat Prev Pol*, 14(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0196-3>
- Štefan, L., Čule, M., Milinović, I., Juranko, D., & Sporiš, G. (2017). The Relationship between Lifestyle Factors and Body Composition in Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, 14(8), 893. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080893>
- Tosifian, N., Ghaderi Begeh-Jan, K., Khaledian, M., & Farrokhi, N. (2018). Structural Modeling of Family Function and Drug Craving in Addicted People under Methadone Maintenance Treatment with an

- Emphasis on the Mediating Role of Self-Compassion. *Etiadpajohi*, 11(44), 209-226. (Persian). <http://etiadpajohi.ir/article-1-1583-fa.html>
- Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 230, 109131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131>
- Yazdanbakhsh, K., Karami, J., & Derikvand, F. (2020). Effectiveness of compassion-focused therapy on cognitive emotion regulation in high school girl students bullying. *Journal of Psychological Studies*, 16(1), 107-122. (Persian). <https://doi.org/10.22051/psy.2020.24959.1855>