

جمهوری اسلامی ایران



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

معاونت تحقیقات و فناوری

طرح پیشنهادی تحقیق (نسخه ۱۴۰۲)

عنوان طرح:

بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روانشناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین

مجری / مجریان: دکتر علی اکبر پرویزی فرد

(حداکثر دو نفر، در طرح‌های با همکاری بین‌المللی و پایان‌نامه دکترای تخصصی حداکثر سه نفر)

محل ارائه طرح اولیه: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

تاریخ پیشنهاد: خرداد ۱۴۰۲

در صورتی که پروپوزال مربوط به پایان نامه دانشجویی است، قسمت ذیل تکمیل شود:

- نام و نام خانوادگی دانشجو: محسن نصرتی نیا

- نام و نام خانوادگی به انگلیسی: Mohsen nosratinia

- شماره دانشجویی: ۱۴۰۰۱۸۲۱۰۰۰۶

- کد ملی دانشجو: ۳۲۵۸۴۳۶۹۹۱

- سال ورود به دانشگاه: ۱۴۰۰

- مقطع تحصیلی دانشجو: کارشناسی ارشد

- رشته تحصیلی دانشجو: روانشناسی بالینی

- شماره تماس: ۰۹۱۸۶۷۹۱۵۵۲

- آدرس الکترونیک (ایمیل): Mohsen.nosratinia64@gmail.com

(۱) اطلاعات مربوط به مجری و همکاران

(۱-۱) لیست مجری و همکاران:

(در صورتی که مجری بیش از یک نفر است، برای هر کدام با شماره های ۱، ۲ و ... به طور مجزا مشخصات تکمیل شود.)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح (مجری، مشاور، ...)	رشته تحصیلی و تخصص	مرتبۀ علمی	دانشگاه یا موسسه محل خدمت	نقش اجرایی در طرح
۱	علی اکبر پرویزی فرد	مجری	روان شناسی بالینی	دانشیار	علوم پزشکی کرمانشاه	مجری
۲	علی اکبر فروغی	مشاور علمی	روان شناسی بالینی	دانشیار	علوم پزشکی کرمانشاه	مشاور علمی
3	محسن نصرتی نیا	دانشجو	روان شناسی بالینی	دانشجو	علوم پزشکی کرمانشاه	اجرای مداخله

۲-۱) شماره تماس مجری/مجریان: ۰۹۱۸۳۳۰۸۶۱۹ ایمیل: parvizia@yahoo.co

۳-۱) حداکثر ۵ مورد از مقالات جدید و مرتبط مجری / مجریان:

(مقالات طبق راهنمای مرجع نویسی وونکور نوشته شوند.)

1. Aliakbar Parvizifard, Haji Jamaludin Bin Haji Ahmad, Tajularipin Sulaiman, Maznah Binti Baba, Kheirollah, Sadeghi & Arash Parsa Moghadam (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of Iranian male drug addicts at a state rehabilitation center. *Global Journal of Health Science*; Vol. 9, No. 1; 2017.
2. Aliakbar Parvizifard, Haji Jamludin Bin Haji Ahmad, Maznah Binti Baba & Tajularipin Sulaiman (2012). Psychometric Properties of the Iranian Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. *International Journal of Psychological Studies* Vol. 4, No. 2; June 2012.
3. Jalal Shakeri, Aliakbar Parvizifard, Kheirollah Sadeghi, Shahzad Kaviani , Amir Hossein Hashemian,(2009). Cognitive Correlations and Psychological Morbidities of Doping in Adolescent Athletes in Kermanshah, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS)*, Volume 3, Number 1, Spring and Summer 2009: 38-43.
4. Sahar Pouyanfard, Aliakbar Parvizifard, Mohsen Mohammadpour,, Aliakbar Foroughi (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality, Anxiety, and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial. *J Sleep Sci*, Vol. 4, No. 1-2, 2019.
5. Shahram Amiri, Aliakbar Parvizi fard, *, Behnam Khaledi-Paveh,, Aliakbar Foroughi (2019). The Effectiveness of Music Therapy on Insomnia Using Persian Traditional Music. doi: 10.5812/jkums.86914.
6. Jalal shakeri, Aliakbar Parvizi fard, Nasrin Jabber ghaderi (2008). Characteristics of Post-Traumatic Stress Disorder in the Witnesses to Victims of Self-Immolation. *Iran J Psychiatry* 2008; 3:52-54.
7. Aliakbar Foroughi, Kheirollah Sadeghi, Aliakbar Parvizifard, Arash Parsa Moghadam, Omran Davarinejad, Vahid Farnia, Ghazale Azar. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends Psychiatry Psychotherapy*. 2020;42(2) – 138-146.
8. Sahar Pouyanfard, Mohsen Mohammadpour, Aliakbar Parvizifard*, Aliakbar Foroughi. The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality, Anxiety, and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial. *J Sleep Sci*, Vol. 4, No. 1-2, 2019.

۲) توجیه طرح پژوهشی

۱-۲) عنوان فارسی:

تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روانشناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین

[M Comment ۱]: بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روانشناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین

۲-۲) عنوان انگلیسی:

Efficacy of compassion-focused therapy in reducing shame, experiential avoidance, psychological symptoms and smoking craving in nicotine-dependent students.

۳-۲) بیان مسئله و ضرورت انجام طرح: (حدود ۵۰۰ کلمه، با ذکر رفرنس)

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن عودکننده است که از مشخصه‌های آن می‌توان به (۱) اجبار در جستجو و مصرف مواد، (۲) کاهش کنترل در مصرف علی‌رغم عوارض منفی آن و (۳) به وجود آمدن یک حالت عاطفی منفی از جمله ملال، اضطراب و تحریک‌پذیری در صورت عدم دسترسی به ماده موردنظر (که آن را سندرم ترک می‌نامند) اشاره کرد. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ انجمن روان‌پزشکی آمریکا تحت عنوان اختلال وابستگی به مواد (SUD)^۲ تعریف شده است (۱). مطالعه بار جهانی بیماری‌ها (GBD)^۱ که در

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)

2. Substance use disorder(SUD)

سال ۲۰۱۹ انجام شد، نشان داد که در دهه گذشته مرگومیر ناشی از اختلالات مصرف مواد افزایش چشم‌گیری داشته است(۲). مصرف یکی از شکل‌های تنباکو (سیگارکشیدن، جویدن، و دسته دوم)، دومین عامل اصلی خطر برای مرگومیرهای قابل انتساب در جهان، که عامل ۸,۷۱ میلیون مرگ از کل مرگومیرها در سال ۲۰۱۹ بود(۳). برآوردهای حاصل از هشتمین گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) در مورد اپیدمی جهانی دخانیات که در سال ۲۰۲۱ منتشر شد، حاکی از آن بود که در سال ۲۰۱۹، ۸۴۷ میلیون مرد بالغ، ۱۵۳ میلیون زن بالغ و ۲۴ میلیون جوان ۱۳ تا ۱۵ ساله سیگاری می‌باشند(۴). باوجوداینکه شواهد کافی وجود دارد که نشان می‌دهد که پرهیز طولانی‌مدت باعث کاهش خطرات مرتبط با دود سیگار می‌شود(۵). و دوسوم سیگاری‌ها علاقه‌مند هستند که سیگار خود را ترک کنند و حتی بیش از نیمی از آن‌ها سالانه تلاش‌هایی برای ترک‌دارند(۶). اما ویژگی‌های اعتیادآور قوی نیکوتین، حتی برای کسانی که تمایل زیادی به ترک‌دارند، مانع بزرگی ایجاد می‌کند و تقریباً ۸۰ درصد از سیگاری‌هایی که سعی می‌کنند به‌تنهایی سیگار را ترک کنند، در ماه اول ترک، عود می‌کنند و فقط ۳ تا ۵ درصد تا ۶ الی ۱۲ ماه به ترک خود ادامه می‌دهند(۷).

نرخ ترک سیگار بر اساس سه شاخص: (۱) تلاش برای ترک در سال گذشته، (۲) تلاش برای ترک اخیر و (۳) نسبت ترک (ترک‌های موفق) ارزیابی می‌شود(۸). درمان ترک سیگار روش‌های مختلفی، از توصیه‌های ساده پزشکی گرفته تا دارودرمانی را شامل می‌شود. در این زمینه حتی ارائه توصیه‌هایی در مورد ترک سیگار مفید می‌باشد(۹). افزون بر این مطالعات نشان داده‌اند که بهره‌گرفتن از درمان‌های مبتنی بر شواهد، میزان ترک موفقیت‌آمیز را ۱۰ تا ۳۰ درصد افزایش می‌دهند(۱۰).

در ارتباط با اعتیاد دو مدل غالب وجود دارد که عبارت‌اند از: (۱) مدل تقویت منفی اعتیاد، که بر نقش محوری عاطفه منفی در ایجاد انگیزه در مصرف مواد تأکید دارد(۱۱). (۲) مدل کاهش تنش، که مداخلاتی باهدف کاهش سطوح استرس و ارائه راه‌های جایگزین برای مقابله با استرس را پیشنهاد می‌دهد(۱۲). بر اساس این مدل‌ها عواطف منفی نقش محوری در علت شناسی اختلالات مصرف مواد دارند(۱۳).

شرم یکی از حالت‌های عاطفی منفی است که نقش کلیدی در ایجاد و نگهداری اختلالات مصرف مواد دارد(۱۴). باوجوداینکه تا به امروز تعاریف عملیاتی زیادی از شرم به وجود آمده است ولی این تعاریف به‌طور قابل‌توجهی متفاوت هستند(۱۵-۱۷). شرم اساساً با یک

1. Global Burden of Disease (GBD)
2. World Health Organization (WHO)

خود (self) ناقص در ارتباط است. زمانی که افراد خود را ناقص می‌دانند و احساس بدی در مورد خود دارند احساس شرم می‌کنند. این هیجان ممکن است در حضور دیگران و یا در تجربه درونی فرد رخ دهد (۱۸). احساس یا تجربه شدیداً دردناکی است، که در آن فرد اعتقاد دارد که نقصی دارد بنابراین خود را فاقد ارزش دوست داشته شدن و تعلق می‌داند (۱۹). مجموعه‌ای از هیجان‌ها از جمله خجالت، تحقیر، گناه، طرد شدن و احساسات جریحه‌دار را در برمی‌گیرد که حتی شکل‌های خیلی خفیف آن ناهشیار است. هم بالینگران و هم پژوهشگران تلاش کردند تا نقش احساس شرم در ایجاد و تداوم مصرف مواد را تبیین کنند. برخی از مطالعات ارتباط مثبت معنی‌داری بین شرم و مصرف مواد پیدا کرده‌اند (مانند استیوویگ و همکاران، ۲۰۱۵)، برخی دیگر ارتباط منفی معناداری بین این متغیرها پیدا کرده‌اند (به‌عنوان مثال، گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷)، و برخی هیچ‌گونه رابطه‌ی معناداری بین این متغیرها پیدا نکردند (مانند داچ و کلارک، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد احساس شرم هم به‌عنوان یک عامل خطر و هم به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر مصرف مواد مطرح باشد (20-24).

با توجه به این که تحقیقات زیادی نشان داده‌اند افرادی که مستعد شرم هستند هنگامی که با واقعه‌ی شرم‌آوری برخورد می‌کنند تمایل زیادی به کناره‌گیری از دیگران و اجتناب از چیزی که باعث ایجاد شرم در آن‌ها شده است دارند (۲۵-۳۱). به نظر می‌رسد ارتباطی بین اختلالات مصرف مواد و اجتناب تجربی وجود داشته باشد (۳۲). اجتناب تجربی (EA) یک سبک مقابله‌ای است و افرادی که این سبک مقابله‌ای را به کار می‌برند تمایل دارند که از تجارب شخصی ناخوشایند (از قبیل احساسات بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و تمایلات رفتاری) اجتناب کنند (۳۲). و اقدام‌هایی برای تغییر این تجربه‌های ناخوشایند یا رویدادهایی که آن‌ها را برمی‌انگیزد انجام دهند (۳۲). همچنین اجتناب تجربی با افزایش پریشانی و افزایش اجتناب از احساسات و هیجان‌ها همراه است (۳۳).

نتایج حاصل از پژوهشی که رابطه بین اجتناب تجربی و ولع مصرف را بررسی کرد، حاکی از آن بود که اجتناب تجربی ارتباط منفی و معناداری با ولع مصرف الکل و مواد دارد (۳۴). به‌طوری‌که تلاش برای پایین آوردن ولع باعث افزایش ولع می‌شود (۳۴). با توجه به شواهد بالا به نظر می‌رسد که حلقه مفقوده بین ارتباط بین شرم و ولع در افراد وابسته به نیکوتین اجتناب تجربی باشد. با توجه به اینکه بسیاری از سیگاری‌ها سابقه تلاش‌های ناموفق برای ترک سیگار یا سایر اختلال‌های همراه دارند، بنابراین نیاز اساسی به مداخلات متمرکز بر شفقت (CFT) بیش از سایر مداخلات موجود احساس می‌شود.

1 . experiential avoidance(EA)

بررسی‌های انجام‌شده به‌طور خاص نشان داد که شفقت به خود (SC)^۱ شانس موفقیت مداخلات رفتاری را بر روی افراد سیگاری افزایش می‌دهد (۴۱). همچنین (SC) پایین عامل خطری برای اختلالات مصرف مواد است (۴۲, ۴۳). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که شفقت به خود به هنگام مواجهه با رویدادهای منفی جایگزین سالمی برای انتقاد از خود و عزت‌نفس بالا می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش شفقت به خود به افراد سیگاری کمک می‌کند تا در برابر هیجانات منفی مثل احساس شرم و حالات خود انتقادی حاصل از ناتوانی در برابر ولع مصرف مواد از خود محافظت نمایند و عملکرد سازگارانه تری داشته باشند (۴۴). افزون بر این شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ذهن آگاهی باعث کاهش عواطف منفی و ولع در افراد وابسته به نیکوتین می‌شود (۴۵-۴۷). و مداخلاتی که مؤلفه ذهن آگاهی به آن‌ها افزوده‌شده میزان ترک را افزایش می‌دهند (۴۸-۵۱). از طرفی مطالعات نشان می‌دهند که ذهن آگاهی می‌تواند اجتناب تجربی را کاهش دهد (۵۲-۵۶). همچنین شواهدی وجود دارد که ذهن آگاهی اجتناب تجربی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۵۶). با توجه به اینکه دانشجویان به‌عنوان افرادی که از لحاظ سنی در حال گذار از نوجوانی به دوران بزرگسالی هستند و از پیامدهای مصرف مواد مصون نیستند و مصرف مواد یک تهدید جدی برای آنان محسوب می‌شود بنابراین این مطالعه باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روانشناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین خواهد بود.

۴-۲) جنبه نوآوری طرح:

با توجه به اینکه نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که یادگیری مداخله شفقت به خود به هنگام مواجهه با رویدادهای منفی جایگزین سالمی برای انتقاد از خود و عزت‌نفس بالا می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش شفقت به خود به افراد سیگاری کمک می‌کند تا در برابر هیجانات منفی مثل احساس شرم و حالات خود انتقادی حاصل از ناتوانی در برابر ولع مصرف مواد از خود محافظت نمایند و عملکرد سازگارانه تری داشته باشند. تا جایی که پژوهشگران مطالعه فعلی اطلاع دارند تاکنون مطالعه‌ای در خصوص اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روانشناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین انجام نشده

1. Self -compassion (SC)

است. در صورت اثربخش بودن نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روانی با استفاده از این روش به افرادی که قصد ترک سیگار دارند کمک کنند.

۵) اهداف و فرضیه‌ها:

هدف اصلی:

تعیین تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم، اجتناب تجربی، علائم روان‌شناختی و ولع مصرف سیگار در دانشجویان وابسته به نیکوتین

الف) اهداف اختصاصی (ویژه):

- | | |
|---------------------|---|
| تاثیر: Comment [M2] | ۱. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش هیجان شرم دانشجویان وابسته به نیکوتین. |
| تاثیر: Comment [M3] | ۲. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش اجتناب تجربی دانشجویان وابسته به نیکوتین. |
| تاثیر: Comment [M4] | ۳. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش ولع مصرف سیگار دانشجویان وابسته به نیکوتین. |
| تاثیر: Comment [M5] | ۴. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش میزان اضطراب دانشجویان وابسته به نیکوتین. |
| تاثیر: Comment [M6] | ۵. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش افسردگی دانشجویان وابسته به نیکوتین. |
| تاثیر: Comment [M7] | ۶. تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش استرس دانشجویان وابسته به نیکوتین. |

ب) فرضیه‌ها:

۱. درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش هیجان شرم دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است .
۲. درمان متمرکز بر شفقت در کاهش اجتناب تجربی دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است .
۳. درمان متمرکز بر شفقت در کاهش ولع مصرف سیگار دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است .
۴. درمان متمرکز بر شفقت در کاهش میزان اضطراب دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است.
۵. درمان متمرکز بر شفقت در کاهش میزان افسردگی دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است.

۶. درمان متمرکز بر شفقت در کاهش میزان استرس دانشجویان وابسته به نیکوتین مؤثر است.

د) اهداف کاربردی:

از آنجایی که افراد وابسته به نیکوتین در مقایسه با جمعیت عمومی، افسردگی، اضطراب و استرس زیادی را تجربه می‌کنند و مستعد خود انتقادی، کمال‌گرایی و احساس شرم بیشتری هستند و در مواجهه با اکثر موقعیت‌های استرس‌زای زندگی روزمره رفتارهای اجتنابی زیادی را انجام می‌دهند، بنابراین در صورت تأیید اثربخشی این درمان، متخصصان بهداشت روانی می‌توانند با به‌کارگیری آن در مراکز درمان ترک اعتیاد باعث بهبود تصویر خود، کاهش خود انتقادی، تعدیل کمال‌گرایی و افزایش ترک موفقیت‌آمیز سیگار در این افراد شود.

۲-۶) بررسی متون: (۵ تا ۱۰ مطالعه، با ذکر محل، سال، هدف، نوع مطالعه، تعداد نمونه و یافته‌های مهم (با ذکر نتایج عددی) مرتبط

با اهداف طرح پژوهشی حاضر ذکر شود. هر مطالعه در یک پاراگراف حدوداً ۸۰ کلمه‌ای خلاصه شود).

۱. برم^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی مقطعی که اطلاعات آن به‌صورت خود گزارشی جمع‌آوری شد، با عنوان آیا اجتناب تجربی رابطه بین شرم، علائم اختلال پس از سانحه و رفتار جنسی اجباری در میان زنان تحت درمان مصرف مواد را توضیح می‌دهد؟ ۴۴۶ زن با میانگین سنی ۳۷/۴ که در درمان اقامتی مصرف مواد حضور داشتند مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که اجتناب تجربی تا حدی رابطه بین علائم اختلال استرس پس از سانحه و باورهای نقص و شرم و رفتار جنسی اجباری را تبیین می‌کند (۵۷).
۲. تیموری فرکوش، کچویی و وحیدی (۲۰۲۱)، پژوهشی با عنوان رابطه بین شرم و اعتیاد به اینترنت و بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی، بر روی ۳۰۷ دانشجوی (۲۱۰ دختر با میانگین سنی ۲۲/۲ و ۹۷ پسر با میانگین سنی ۲۲/۹۴) مقطع کارشناسی سه تا دانشگاه‌های تهران انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که ارتباط معنی‌داری بین شرم، اجتناب تجربی و اعتیاد به اینترنت وجود دارد (۵۸).

۳. پژوهشی دیگر توسط شوری^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، با عنوان اجتناب تجربی، تحمل پریشانی، و ولع مصرف مواد در میان بزرگسالانی که تحت درمان اقامتی برای اختلالات مصرف مواد بودند، انجام شد. در این پژوهش ۱۱۷ نفر از زنان و مردانی که تحت درمان اقامتی مصرف مواد بودند مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که تحمل پریشانی و اجتناب تجربی به صورت منفی و معناداری با ولع مصرف الکل و مواد ارتباط داشت. همچنین زمانی که هر دو پیش‌بینی کننده به طور هم‌زمان مورد بررسی قرار گرفتند، فقط اجتناب تجربی به صورت منفی و معناداری با ولع مصرف ارتباط داشت (۵۳).

۴. لویز و یوتلی^۲ (۲۰۱۵)، در یک مطالعه مروری سیستماتیک اولیه با عنوان مزایای روان‌درمانی درمان متمرکز بر شفقت، به بررسی شواهد تحقیقاتی در مورد اثربخشی CFT به عنوان یک مداخله روان‌درمانی پرداختند. در آن پژوهش ۱۴ مطالعه شامل سه مطالعه تصادفی و کنترل‌شده در مرور وارد شدند. نتایج نشان داد که CFT در بیشتر موارد و به ویژه برای افرادی که انتقاد از خود بالایی دارند مؤثر است (۵۹).

۵. در مطالعه‌ای آزمایشی که توسط کلی^۳ و همکاران (۲۰۱۰)، با عنوان چه کسانی از آموزش خودتنظیمی شفقت به خود سود می‌برند؟ به بررسی تأثیر و تعدیل‌کننده‌های مداخله شفقت به خود بر خودتنظیمی مصرف سیگار پرداختند. در این مطالعه ۱۲۶ سیگاری که علاقه‌مند به ترک سیگار بودند به صورت تصادفی سه هفته در چهار گروه مداخله‌ای (شفقت به خود، انرژی بخشی به خود، خودکنترلی و خود نظارتی) قرار گرفتند. نتایج نشان داد افرادی که ویژگی‌های خود انتقادی بالا، آمادگی برای تغییر پایین و در طول تمرینات مداخله، تصاویر واضحی داشتند مداخله شفقت به خود، سیگار کشیدن را با سرعت بیشتر کاهش می‌دهد. همچنین یافته‌ها نشان داد که آموزش خودتنظیمی از موضع شفقت‌آمیز به ویژه برای افرادی که قادر به تجسم تصویری شفقت‌آمیز هستند و انتظار می‌رود که شخصیت و انگیزه‌شان تأثیر درمان‌های سنتی را تضعیف کند مؤثر است (۴۱).

۶. وستبروک^۴ و همکاران (۲۰۱۱) طی پژوهشی که در دانشگاه پیتسبرگ^۵، با عنوان توجه آگاهانه نشانگرهای عصبی و ولع ناشی از نشانه گزارش‌شده توسط فرد را در افراد سیگاری کاهش می‌دهد. از ۴۷ سیگاری که به دنبال درمان بودند خواستند که حداقل به مدت

1. shorey
2. Leaviss and Uttley
3. kelly
4. westbrook
5. University of Pittsburgh

۱۲ ساعت از کشیدن سیگار خودداری کنند. پس از ورود به مرکز اسکن سطح بیوشیمیایی منواکسید کربن سنجیده و میزان پرهیز را تأیید کردند. همچنین شرکت‌کنندگان یک غربالگری ادراری منفی برای کوکائین، HTC، مت‌آمفتامین و مواد افیونی انجام دادند. قبل از ورود به اسکنر یک محقق آموزش یک جلسه‌ای مختصری انجام داد. از این افراد هنگام تماشای تصاویر خنثی و تصاویر سیگار کشیدن با استفاده از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی (fMRI)^۱ مشاهده و رتبه‌بندی شدند. سپس به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که این تصاویر را منفعلانه یا با توجه آگاهانه مشاهده کنند. نتایج نشان داد که توجه آگاهانه ولع خود گزارش‌شده به تصاویر سیگار را کاهش می‌دهد و فعالیت عصبی در یک ناحیه عصبی مرتبط با ولع مصرف (SGACC)^۲ را کاهش می‌دهد. همچنین تجزیه و تحلیل تعاملی روانی فیزیولوژیکی نشان داد که توجه آگاهانه ارتباط عملکردی بین SGACC و سایر مناطق مرتبط با ولع مصرف را در مقایسه با تماشای غیرفعال تصاویر سیگار کاهش می‌دهد. که نشان می‌دهد ذهن آگاهی ممکن است در هنگام مشاهده نشانه‌های سیگار کشیدن مدارهای ولع را از هم جدا کند (۴۷).

۷. فلپس^۳ و همکاران (۲۰۱۸)، در گروه روان‌پزشکی مرکز علوم بهداشت دانشگاه تگزاس در سن آنتونیو طی پژوهشی با عنوان رابطه بین شفقت به خود و خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد، رابطه بین خطر اختلال مصرف مواد و شفقت به خود را مورد بررسی قرار دادند. ۴۷۷ نفر از طریق شبکه‌های اجتماعی با استفاده از دو ابزار بررسی شفقت به خود و آزمون غربالگری درگیری با الکل و سیگار و مصرف مواد (ASSIST)^۴ موسسه ملی سوءمصرف مواد (NIDA)^۵ انتخاب شدند. نتایج نشان داد که خطر SUD رابطه معکوسی با شفقت به خود دارد. و افزودن شفقت به خود به مداخلات احتمال موفقیت درمان اختلالات مصرف مواد را بالا می‌برد (۴۳).

۸. عبدلی و همکاران (۲۰۲۱) در یک کار آزمایشی بالینی تصادفی کنترل‌شده در شهر کرمانشاه، با عنوان تأثیر آموزش شفقت به خود بر ولع مصرف و خودکارآمدی بیماران زن مبتلابه وابستگی به مت‌آمفتامین به بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود بر ولع مصرف و خودکارآمدی ۴۰ مصرف‌کننده مت‌آمفتامین پرداخته و میزان عود مصرف را یک سال پس از مداخله پیگیری کردند. نتایج نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث کاهش ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی بیماران زن وابسته به مت‌آمفتامین می‌شود (۶۰).

1 functional magnetic resonance imaging (fMRI)

2 . subgenual anterior cingulate cortex

3. phelps

4 . Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

5 . National Institute on Drug Abuse

جمع‌بندی: همان‌طور که پیش‌ازاین گفته شد، بنا به بررسی‌های انجام‌شده، درمان‌هایی که تا پیش از این انجام‌شده بر بخش خاصی از عوامل مؤثر بر ترک نیکوتین متمرکز بوده است. و ضرورت انجام مطالعاتی که به بررسی متغیری که نقش واسطه‌ای را بین شرم و مصرف نیکوتین ایفا می‌کند، وجود دارد. همچنین مداخله‌ای که به‌طور اختصاصی اجتناب تجربی از شرم و ولع را در افراد وابسته به نیکوتین بررسی کند، صورت نگرفته است. بنابراین در این پژوهش به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اجتناب تجربی، علائم اضطراب، افسردگی و استرس و ولع مصرف سیگار پرداخته خواهد شد.

۲-۷) اولویت پژوهش: (طرح شما در راستای کدام اولویت پژوهشی دانشگاه است، عنوان و شماره اولویت ذکر شود.)

- اولویت شماره ۹، سیگار و اثرات آن در گروه‌های مختلف جمعیتی استان، حیطة بیماری‌های غیر واگیر.

۳) روش اجرای طرح:

۳-۱) خلاصه روش اجرا: (نوع مطالعه، جامعه مورد بررسی، شرح جزئیات فرایند اجرای مطالعه، شاخص‌های ورود و خروج) مطالعه‌ی حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه کنترل همراه با دو ماه دوره پیگیری است. جامعه‌ی مطالعه‌ی حاضر شامل دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد. که پس از دریافت کد اخلاق از مرکز تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و دریافت مجوزهای لازم با انتشار فراخوانی که به تأیید معاونت پژوهشی خواهد رسید، از طریق نسب اطلاعیه در مورد خوابگاه‌های پسران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تعداد ۴۰ نفر (با توجه به احتمال ریزش نمونه در پژوهش تعداد ۴ نفر به نمونه اولیه افزوده شد) به‌صورت هدفمند و با لحاظ معیارهای ورود و خروج انتخاب می‌شوند. پس از اخذ رضایت آگاهانه، شرکت کنندگان با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده می‌شوند. قبل شروع مداخله شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از ابزارهای مطالعه از جمله آزمودن فاگستروم برای وابستگی به نیکوتین (FTND)^۱، مقیاس شرم درونی

1. fagerström test for nicotine dependence (FTND)

شده (ISS)^۱، پرسش‌نامه اجتناب تجربی (EAQ)^۲، فرم کوتاه پرسشنامه اشتیاق مصرف سیگار (QSU-Brief)^۳ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)^۴ پیش‌آزمون گرفته خواهد شد. پس از گرفتن پیش‌آزمون از دو گروه، گروه آزمایش مداخله ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت به صورت هفتگی توسط پژوهشگر و با نظارت اساتید راهنما و مشاور دریافت خواهد کرد. گروه کنترل در لیست انتظار خواهد بود و در پایان مداخله یک جلسه آموزش روان‌شناختی مداخله CFT به صورت گروهی برای آنان برگزار خواهد شد. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه با استفاده از ابزارهای مطالعه پس‌آزمون اجرا خواهد شد. هم‌چنین به منظور بررسی ماندگاری اثرات مداخله CFT، گروه آزمایش دو ماه دوره پی‌گیری (Follow-Up) خواهند داشت به این معنی که دو ماه پس از اتمام مداخله دوباره گروه آزمایش با استفاده از ابزارهای مطالعه توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت. در این مطالعه جلسات مداخله گروه آزمایشی به صورت فردی توسط پژوهشگر و در اتاق آینه یک طرفه دیپارتمان گروه روان‌شناسی بالینی در مرکز آموزشی درمانی فارابی انجام می‌شود. گفتنی است در این مطالعه، اجرای پرسشنامه‌ها و ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری شرکت‌کنندگان در طرح توسط یک روان‌شناس بالینی همکار و درمان متمرکز بر شفقت CFT توسط پژوهشگر انجام خواهد شد.

• معیارهای ورود:

۱. افراد شرکت‌کننده در این مداخله باید مذکر و دانشجو باشند
۲. سن بین ۱۸ تا ۳۰
۳. عدم داشتن تشخیص و همبودی اختلالات شدید روانی شامل اختلالات طیف روان‌پریش، دوقطبی نوع ۱ و اختلالات شدید شخصیت بر اساس DSM-5
۴. عدم داشتن همبودی با سایر اختلالات مصرف مواد از جمله الکل، مت‌آمفتامین، هروئین و ماری‌جوآنا
۵. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی
۶. اعلام رضایت آگاهانه در پژوهش

1 . Internalized Shame Scale (ISS)
2 . experiential avoidance questionnaire (EAQ)
3 . Questionnaire on Smoking Urges - Brief
4 . Depression Anxiety and Stress Scale

• معیارهای خروج:

۱. عدم تمایل مراجع به ادامه درمان

۲-۱ جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه می‌باشند.

۳-۲ روش نمونه‌گیری: (نوع روش، شرح شیوه انتخاب نمونه‌ها و نحوه محاسبه اندازه نمونه با ذکر رفرنس)

در این مطالعه شرکت کنندگان به صورت در دسترس و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب می‌شوند و سپس افراد واجد شرایط ملاک‌های ورود و خروج مطالعه با استفاده از جدول اعداد تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده می‌شوند.

تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده‌های پژوهش بسیار با اهمیت است. سه عامل سطح آلفا^۱، توان^۲ آزمون و اندازه اثر^۳ به‌طور مستقل بر حجم نمونه تأثیر می‌گذارند و ترکیب این عوامل برای به دست آورد حجم نمونه مناسب، ضروری است (۶۱). در اکثر مطالعات پژوهشی دانشگاهی سطح آلفا را در تعیین حجم نمونه ۰/۰۱ یا ۰/۰۵ در نظر می‌گیرند (۶۲). توان آزمون مقداری بین ۸۰ تا ۹۰ درصد انتخاب می‌شود. (۶۳). و اندازه اثر را می‌توان بر اساس جدول اندازه اثر استاندارد شده کوهن^۴ انتخاب کرد. میزان اندازه اثر برای آزمون F به ترتیب ۰/۱ (ضعیف)، ۰/۲۵ (متوسط) و ۰/۴ (قوی) می‌باشد (۶۳). در این پژوهش آلفا برابر با ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر برابر با ۰/۴ و آزمون دو دامنه در نظر گرفته شد. برای محاسبات از نسخه ۳,۱,۹,۴ نرم‌افزار G*POWER استفاده شد (۶۴). پس از جایگذاری اعداد در نرم‌افزار حجم نمونه ۳۶ نفر به دست آمد.

پروتکل محاسبه اندازه نمونه

1 . alpha level
2 . power
3 . Effect size
4 . cohen

F tests – ANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Effect size f	=	0.4
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.8
	Number of groups	=	2
	Number of measurements	=	3
	Corr among rep measures	=	0.5
Output:	Noncentrality parameter λ	=	8.6400000
	Critical F	=	4.1300177
	Numerator df	=	1.0000000
	Denominator df	=	34.0000000
	Total sample size	=	36
	Actual power=		0.8147381

۳-۳) متغیرهای مطالعه:

(نام متغیرها و نحوه ی اندازه گیری آن‌ها)

*نقش: مستقل، وابسته، اصلی، زمینه ای و سایر

ردیف	نام متغیر	مقیاس	نقش	تعریف عملی	واحد
۱	درمان متمرکز بر شفقت	اسمی	مستقل	اجرای فرم ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت به صورت هفتگی.	دریافت / عدم دریافت مداخله درمان متمرکز بر شفقت
۲	اعتیاد به نیکوتین	فاصله ای	وابسته	نمره ای که فرد از پرسش‌نامه فاگرتروم (FTND) کسب می کند.	۱۰-۰

۳	شرم	فاصله ای	وابسته	نمره ای که فرد در مقیاس شرم درونی شده (ISS) کسب می کند.	۳۰-۰
۴	ولع	فاصله ای	وابسته	نمره ای که فرد فرم کوتاه پرسش نامه اشتیاق مصرف سیگار (QSU-Brief) کسب می کند	۵۰-۱
۵	اجتناب تجربی	فاصله ای	وابسته	نمره ای که فرد در پرسش نامه اجتناب تجربی (EAQ) کسب می کند.	۱۴-۱
۶	علائم روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس)	فاصله ای	وابسته	نمره که فرد از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) کسب می کند	۶۳-۰
۷	سن	نسبی	زمینه ای	میزان سن فرد بر اساس تقویم خورشیدی	سال
۸	جنسیت	اسمی	زمینه ای	بر اساس پرسش از فرد	مذکر، مونث
۹	میزان تحصیلات	رتبه ای	زمینه ای	بر اساس پرسش از فرد	زیر دیپلم، دیپلم یا فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس، دکترا
۱۰	وضعیت تاهل	اسمی	زمینه ای	بر اساس پرسش از فرد	مجرد، متاهل، طلاق گرفته

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

۱) **تعریف مفهومی درمان متمرکز بر شفقت به خود:** درمان متمرکز بر شفقت درمان چندوجهی است که بر پایه ی طیفی از درمان های شناختی رفتاری و سایر درمان ها پایه گذاری شده است. این درمان بر استدلال، نشخوار ذهنی، رفتار، هیجان، انگیزه و تصویرسازی تمرکز می کند (۶۵). محور اصلی این درمان پرورش ذهن شفقت ورز می باشد و افراد از طریق ایجاد یا افزایش رابطه ی شفقت ورز درونی با خودشان را جایگزین سرزنش کردن، محکوم کردن و خود انتقادی می کنند (۶۶).

▪ **تعریف عملیاتی درمان متمرکز بر شفقت به خود:** در پژوهش حاضر از فرم ۸ جلسه ای ۹۰ دقیقه ای درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت به صورت هفتگی استفاده خواهد شد (۶۷).

۲) **تعریف مفهومی وابستگی به نیکوتین:** وابستگی به نیکوتین عبارت است از الگوی مشکل ساز مصرف تنباکو، که منجر به اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجهی می شود. (۶۸).

▪ **تعریف عملیاتی وابستگی به نیکوتین:** منظور از وابستگی به نیکوتین در این مطالعه نمره‌ای است که فرد از پرسش‌نامه فاگستروم (FTND) کسب می‌کند. که در آن نمره صفر تا چهار وابستگی ضعیف، پنج تا هفت وابستگی متوسط و هشت تا ده وابستگی شدید تلقی می‌شود.

۳) **تعریف مفهومی شرم:** یکی از هیجان‌های خودآگاه است (۶۹). که اساساً با یک خود (self) ناقص در ارتباط است. زمانی که افراد خود را ناقص می‌دانند و احساس بدی در مورد خود دارند احساس شرم می‌کنند (۱۸).

▪ **تعریف عملیاتی شرم:** منظور از شرم در این مطالعه، نمره‌ای است که فرد وابسته به نیکوتین در مقیاس شرم درونی شده (ISS) به دست می‌آورد. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است.

۴) **تعریف مفهومی ولع:** ولع مصرف یک تجربه ذهنی از تمایل شدید به مصرف مواد است (۶۶).

▪ **تعریف عملیاتی ولع:** منظور از ولع در این مطالعه، گرفتن نمره بالا در فرم کوتاه پرسش‌نامه اشتیاق مصرف سیگار (QSU-Brief) می‌باشد. این پرسش‌نامه ۱۰ سؤال دارد که پاسخ‌گویی به آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱: خیلی کم تا ۵: خیلی زیاد) می‌باشد.

۵) **تعریف مفهومی اجتناب تجربی:** اجتناب تجربی یک سبک مقابله‌ای است و افرادی که این سبک مقابله‌ای را به کار می‌برند تمایل دارند که از تجارب شخصی ناخوشایند (از قبیل احساسات بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و تمایلات رفتاری) اجتناب کنند (۳۲). و اقدام‌هایی برای تغییر این تجربه‌های ناخوشایند یا رویدادهایی که آن‌ها را برمی‌انگیزد انجام می‌دهند (۳۲).

▪ **تعریف عملیاتی اجتناب تجربی:** منظور از اجتناب تجربی در این مطالعه، گرفتن نمره بالا در پرسش‌نامه اجتناب تجربی (EAQ) می‌باشد.

۶) **تعریف مفهومی علایم روان‌شناختی:** به مجموعه‌ای از علایم و نشانه‌ها گفته می‌شود که هر کدام از آنها بر عملکرد کلی فرد تاثیر منفی می‌گذارد و باعث بروز نابسامانی خلقی و هیجانی می‌شود (۱۰). منظور از علایم روان‌شناختی در این مطالعه علائم افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد.

ا. **تعریف مفهومی افسردگی:** افسردگی یکی از بیماری‌های خلقی است، که با نشانه‌های خلق پایین، کاهش انرژی، کاهش علاقه،

احساس گناه، کاهش تمرکز، اختلال در خواب و اشتها و افکار خودکشی و اختلال عملکردی مشخص می‌شود (۶۸).

▪ **تعریف عملیاتی افسردگی:** منظور از افسردگی در این مطالعه نمره حاصل از زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه (DASS-21) می‌باشد.

ب. **تعریف مفهومی اضطراب:** اضطراب پاسخی بهنجار و انطباقی است که موجب حفظ حیات می‌شود و خطر وقوع آسیب جسمانی،

بی‌پناهی، احتمال مجازات یا برآورده نشدن نیازهای اجتماعی یا جسمانی، جدایی از فرد موردعلاقه، بروز موانع در برابر ارتقای

منزلت یا موقعیت فرد و درنهایت خطر تهدیدهایی را اعلام می‌کند که کلیت و یکپارچگی فرد را هدف قرار می‌دهند. اضطراب باعث

می‌شود که فرد برای پیشگیری یا تخفیف تهدیدها کاری بکند (۷۰).

▪ **تعریف عملیاتی اضطراب:** منظور از اضطراب در این مطالعه نمره حاصل از زیرمقیاس اضطراب، پرسشنامه (DASS-21) می‌باشد.

ت. **تعریف مفهومی استرس:** به روند واکنش‌های اختصاصی و غیراختصاصی که یک فرد در هنگام زمان روبه‌رو شدن با رویدادهای

محرکی که تعادل وی را به هم می‌زنند و توانایی او را برای مقاومت تحت تأثیر قرار داده یا از قدرت مقاومت وی فراتر می‌روند استرس

گفته می‌شود (۶۸).

▪ **تعریف عملیاتی استرس:** منظور از استرس در این مطالعه نمره حاصل از زیرمقیاس استرس، پرسشنامه (DASS-21) می‌باشد.

۳-۴) روش گردآوری داده‌ها: (ابزارهای گردآوری داده‌ها و شاخص‌های اعتبارسنجی آن‌ها)

۱. **آزمون فاگرس‌تروم برای وابستگی به نیکوتین (FTND):** این آزمون سطح وابستگی به نیکوتین را ارزیابی می‌کند. و

دارای شش سؤال، از جمله: (۱) زمان کشیدن اولین سیگار در صبح، (۲) تعداد سیگارهای مصرف‌شده روزانه، (۳) بیشترین تعداد سیگار

مصرف‌شده در روز، (۴) دفعات استعمال دخانیات، (۵) نحوه استعمال دخانیات در هنگام بیماری و (۶) استعمال دخانیات در مکان‌های

ممنوعه می‌باشد (۷۱-۷۳). نمره گزاری آن از صفر تا ده می‌باشد، که نمرات بالاتر نشان‌دهنده وابستگی بیشتر است. این آزمون همسانی

درونی خوبی دارد (۷۲، ۷۳). همچنین پایایی باز آزمایی بالایی دارد (۷۴). در تحقیقی که بر روی ۱۱۸ دانشجوی سیگاری دانشگاه تهران انجام شد آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد (۷۵). بین این آزمون و مقیاس تحمل پریشانی ۰/۶۵- وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ملاکی آزمون می‌باشد (۷۶).

۲. **مقیاس شرم درونی شده (ISS):** این مقیاس دارای ۳۰ سؤال و دو خرده مقیاس است که عزت‌نفس و کمرویی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌گویی به آن از نوع لیکرت بوده و نمره‌گذاری آن به صورت معکوس انجام می‌شود. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتمادبه‌نفس بالا است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس کم‌رویی ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس عزت‌نفس ۰/۹۰ گزارش شده است (۷۷). رجبی و عباسی (۱۳۹۰) در پژوهشی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۹۰ (در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱) گزارش کردند (۷۸).

۳. **پرسش‌نامه اجتناب تجربی (EAQ):** این پرسش‌نامه دارای ۷ سؤال است. که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته که با اجتناب تجربی مرتبط است را می‌سنجد. سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱=هرگز و ۲=همیشه) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی باز آزمایی و همسانی درونی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۱ می‌باشد (۷۹). عباسی و همکاران (۱۳۹۱)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ، ویرایش دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل را ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی آن را ۰/۷۱ محاسبه کردند. در این پژوهش نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار دوعاملی را استخراج کرد که روی هم رفته ۴۶/۵۶ درصد از واریانس پرسش‌نامه را تبیین کرد. این دو عامل اجتناب از احساسات و اجتناب از موقعیت نام‌گذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای عامل اول با ۴ سؤال ۰/۸۳ و برای عامل دوم ۰/۷۹ محاسبه گردید (۸۰).

۴. **فرم کوتاه پرسش‌نامه اشتیاق مصرف سیگار (QSU-Brief):** ولع مصرف سیگار را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه ۱۰ سؤال دارد که پاسخ‌گویی به آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱: خیلی کم تا ۵: خیلی زیاد) می‌باشد. آلفای کرونباخ گزارش شده برای این ابزار ۰/۸ می‌باشد (۸۱). متأسفانه پایایی و روایی این ابزار در ایران مورد ارزیابی قرار نگرفته است. ولی در پژوهشی که توسط

حسین شاره و محمد بیانی (۲۰۲۲) انجام شد، روایی محتوایی آن توسط متخصصان روانشناسی و روان پزشکی که در زمینه ترک سیگار فعالیت می کردند تأیید شد (۷۵).

۵. **مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21):** این مقیاس دارای سه خرده مقیاس خود سنجی است که برای اندازه گیری حالت های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. هر کدام از زیر مقیاس ها دارای ۷ ماده است که آزمودنی باید شدت فراوانی علامت مطرح شده در هر ماده را که در طول هفته ی گذشته تجربه کرده است، با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه ای (بین ۰ تا سه) از اصلاً تا خیلی زیاد، درجه بندی کند (۸۲). اعتبار باز آزمایی سه خرده مقیاس DASS را در جمعیت ایران برای افسردگی ۰/۸۱، برای اضطراب ۰/۷۸ و برای استرس ۰/۸ و آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ گزارش شده است (۸۳).

۳-۵) روش تحلیل داده ها: (روش ها و آزمون های آماری، سطح معنی داری و محاسبات اصلی، نرم افزارها)

در این پژوهش از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین، میانه، انحراف معیار، رسم جدول ها و نمودارها استفاده خواهد شد. قبل از آزمون و تحلیل آماری از آزمون شاپیرو ویلک جهت نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته استفاده می شود. جهت بررسی همسانی کوواریانس های دو گروه و واریانس خطا از آزمون باکس و آزمون همگنی واریانس های لون، و جهت بررسی تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری از آزمون تحلیل واریانس یک راهه ANOVA، آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده خواهد شد و در صورت نرمال نبودن داده ها از آزمون نا پارامتریک مانند آزمون یومان ویتنی (Mann _Whitney) / آزمون فریدمن (Friedman Test) استفاده خواهد شد. تجزیه و تحلیل یافته ها توسط نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS با سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام خواهد شد.

۳-۶) ملاحظات اخلاقی: (ذکر نحوه رعایت نکات اخلاقی در این پژوهش و بیان محدودیت های تحقیق و راه حل آن ها)

به منظور رعایت حقوق شرکت کنندگان در پژوهش، کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه اخذ می گردد و ماهیت کار، طول مدت مطالعه و امکان خروج از طرح در هر زمان از مطالعه، بری آن ها توضیح داده می شود. فرم رضایت نامه آگاهانه مشارکت در طرح پژوهش

اخذ شده و به منظور رعایت اصل رازداری اطلاعات مربوط به نام آزمودنی‌ها و شماره‌ی جلسات در تمام پرسشنامه‌ها کدگذاری می‌شوند. هیچ‌وجهی برای مداخله و اندازه‌گیری متغیرها از آزمودنی‌ها دریافت نخواهد شد. در صورت تمایل، ارائه‌ی گزارش نتایج و اطلاع‌رسانی در مورد یافته‌ها به مراکز ذیصلاح و شرکت‌کنندگان ارسال خواهد شد. احتمال ریزش و افت آزمودنی‌ها در این پژوهش زیاد است، به همین دلیل تعداد ۴ نفر به نمونه اولیه افزوده شد و مطالعه حاضر بر روی ۴۰ آزمودنی اجرا خواهد شد.

۴) مدیریت اجرایی تحقیق

۴-۱) مدت‌زمان لازم برای اجرای طرح: (به ماه)

۶ ماه

۴-۲) هزینه‌ها: این طرح بدون هزینه اجرا خواهد شد

الف) هزینه‌های پرسنلی:

ردیف	نوع فعالیت	مسئول اجرا/ رتبه علمی	مجموع ساعات کار هر فعالیت	حق‌الزحمه هر ساعت	جمع حق‌الزحمه
۱					۰
۲					۰
۳					۰
جمع کل (به ریال)					۰

ب) هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی: (خدماتی که به وسیله سایر مراکز انجام می‌شود).

ردیف	موضوع آزمایش	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه هر دفعه	جمع (ریال)
۱					۰
۲					۰
۳					۰
جمع کل (به ریال)					۰

ج) هزینه‌های وسایل غیرمصرفی:

(هزینه‌های دستگاه یا مواد غیرمصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود و شماره اموال دریافت کند).

نام دستگاه	نام شرکت	نام کشور	تعداد	قیمت واحد	قیمت کل
۱					۰
۲					۰
۳					۰
جمع کل (ریال)					۰

د) هزینه‌های مواد مصرفی: (هزینه‌های وسایل یا مواد مصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود).

ردیف	نام ماده	شرکت سازنده	مقدار	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)
۱					۰

۰					۲
۰					۳
۰		جمع کل (به ریال)			

ه) هزینه مسافرت: (مسافرت درون شهری یا بیرون شهری، در صورت لزوم)

کل هزینه	هزینه هر بار	وسیله نقلیه	منظور از مسافرت	تعداد سفر	مقصد	ردیف
داخل شهر						
۰						
۰						
۰		جمع هزینه های مسافرت (ریال)				

و) سایر هزینه‌ها: (هر هزینه ضروری دیگری که در پنج جدول فوق نیامده است.)

نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)
هزینه‌های تکثیر اوراق و پرسشنامه‌ها	
هزینه‌های پیش بینی نشده، تورم و ...	
هزینه اقامت در صورت نیاز	

	جمع سایر هزینه‌ها
--	-------------------

۳-۴ جمع هزینه‌ها:

نوع هزینه	هزینه (ریال)
جمع هزینه‌های پرسنلی (ماده ۱۴)	
جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی (ماده ۱۵)	
جمع هزینه‌های وسایل غیرمصرفی (ماده ۱۷ ب)	
جمع هزینه‌های مواد مصرفی (ماده ۱۷ ب)	
جمع هزینه‌های مسافرت	
جمع سایر هزینه‌ها (ردیف ۲۵)	
جمع کل	

۴-۴ در صورت اخذ اعتبار از سازمان‌های دیگر، مبلغ و نام سازمان را ذکر نمایید:

۵ منابع: (به سبک و نکوور)

۶) پیوست‌ها: (پرسشنامه، رضایت‌نامه و . . .)

پیوست شماره (۱): فرم رضایت آگاهانه

آقای / خانم محترم

بدین‌وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش در این برگه خدمتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سؤالات خود را از تیم پژوهشی بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت‌نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سؤالات شما پاسخ داده شده است.

مجری پژوهش

شرح و بیان اهداف و شیوه‌های پژوهش:

در این پژوهش بنا است به دانشجویانی که تمایل به ترک سیگار دارند، درمان متمرکز بر شفقت که یکی از روان‌درمانی‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است ارائه شود. شرکت‌کننده محترم در صورت رضایت به شرکت در این پژوهش، لازم است که به‌صورت حضوری در جلسات درمانی شرکت نمایند. همچنین جهت بررسی عوامل مؤثر بر ترک نیکوتین و عواملی که باعث بازگشت افراد به مصرف نیکوتین می‌شود پرسشنامه‌هایی در نظر گرفته شده است، که در طول پژوهش از شما خواسته می‌شود آن‌ها را تکمیل کنید. با توجه به محدود بودن این پژوهش به ۴۰ نفر، ممکن است به‌طور تصادفی در گروه مورد یا گروه کنترل قرار بگیرید. لازم به ذکر است که در صورت قرار گرفتن در گروه کنترل، یک جلسه آموزش روان‌شناختی متمرکز بر شفقت به‌صورت گروهی به عمل خواهد آمد.

هشت جلسه گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت پس از انجام مداخلات گروه آزمایش انجام خواهد شد.

تعداد جلسات: هشت جلسه (یک جلسه در هفته).

مدت زمان جلسات: یک ساعت و نیم.

زمان و مکان تشکیل جلسات: زمان تشکیل جلسات با هماهنگی شرکت کننده و تیم پژوهشی تنظیم خواهد شد و جلسات درمانی اتاق آینه یک طرفه کارورزی بالینی گروه روان شناسی بالینی در مرکز فارابی تشکیل خواهد شد.

هزینه جلسات: رایگان

مزایا و خطرات احتمالی شرکت در پژوهش:

مطالعات نشان داده‌اند که بهره گرفتن از درمان‌های مبتنی بر شواهد و دریافت توصیه‌هایی در مورد ترک نیکوتین، شانس ترک موفقیت‌آمیز را بالا می‌برد. به شرکت‌کنندگان در این پژوهش هشت جلسه روان‌درمانی فردی جهت ترک نیکوتین ارائه خواهد شد. همچنین شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش در صورت تمایل می‌توانند از تعدادی از علائم روان‌شناختی و الگوهای رفتاری خود که آن‌ها را به سمت مصرف نیکوتین سوق می‌دهد آگاه شوند.

با توجه به ماهیت پژوهش، به نظر نمی‌رسد که خطری برای شرکت‌کنندگان داشته باشد.

اختیارات آزمودنی

- شرکت در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و شما مجبور به شرکت در آن نیستید.
- حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانید هرزمانی که بخواهید، پس از اطلاع به مجری، از پژوهش خارج شوید.

تعهدات مجری طرح پژوهشی:

مجری این پژوهش دارای تعهدات زیر خواهد بود:

- کدگذاری اطلاعات.

- عدم افشای اطلاعات شخصی، حفظ کردن حریم خصوصی شرکت‌کنندگان و رعایت اصل رازداری
- منافع فردی و اجتماعی شرکت‌کنندگان در معرض آسیب قرار نخواهد گرفت.
- چنانچه تغییری در اجرای پژوهش یا اطلاعات جدیدی در حین اجرا به دست آمد که آگاهی از آن ممکن است تصمیم شرکت‌کنندگان را برای ادامه شرکت در پژوهش تغییر دهد، تیم پژوهشی ضمن اطلاع به کمیته اخلاق دانشگاه، الزاماً شرکت‌کنندگان را در جریان قرار خواهد داد و مجدداً از آن‌ها رضایت آگاهانه کسب خواهد کرد.
- اگر این پژوهش به هر دلیلی خارج از موعد مقرر خاتمه یابد یا به حالت تعلیق درآید، به‌موقع اطلاع‌رسانی خواهد شد و درمان مناسب برای شرکت‌کنندگان ادامه خواهد یافت و رها نخواهند شد.
- در صورت تمایل شرکت‌کنندگان به آگاهی از گزارش نهایی، نتایج به آن‌ها اطلاع‌رسانی خواهد شد.

شماره‌ی تلفن محل کار مجری اول طرح پژوهشی

نام و نام خانوادگی مجری: دکتر علی‌اکبر پرویزی فرد، آدرس، همراه و تلفن محل کار: کرمانشاه، بلوار شهید شیرودی، خیابان دانشگاه، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی، کد پستی: ۶۷۱۴۶۹۹۱۴، همراه: ۰۹۱۸۳۳۰۸۶۹۲، پست الکترونیکی Parvizia@yahoo.com شغل فعلی مجری: عضو هیات علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

اینجانب با آگاهی کامل از مطالب مندرج در این فرم، رضایت خود را نسبت به شرکت در این پژوهش اعلام می‌دارم.

امضاء

اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به متصدیان یا روند پژوهش داشتید می‌توانید با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه - مسئول واحد اخلاق در پژوهش و تخلفات پژوهشی : ۰۸۳-۳۸۳۹۳۱۶۰ یا کارشناس امور پژوهشی کمیته اخلاق : ۰۸۳-۳۸۳۶۷۳۳۳ تماس گرفته و مشکل خود را به‌صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایید.

پیوست شماره(۲): آزمون فاگسترورم برای وابستگی به نیکوتین (FTND)

آیا شما به نیکوتین(سیگار) وابستگی دارید؟ برای تعیین میزان وابستگی خود، پرسشنامه زیر، میزان وابستگی شما به نیکوتین را تعیین می‌کند، بر اساس جمع نمرات به‌دست‌آمده از این پرسشنامه، روش‌های درمان و کمک به شما برای ترک و رهایی از وابستگی به سیگار توصیه می‌شود.

۱- اولین سیگار را چه مدت پس از بیدار شدن روشن می‌کنید؟

۰ تا ۵۰ دقیقه ۶ تا ۳۰ دقیقه ۳۱ تا ۶۰ دقیقه بعد از ۶۰ دقیقه

۲- آیا در مکان‌هایی که سیگار کشیدن ممنوع است، اجتناب از آن برای شما مشکل است؟

بله خیر

۳- کدام سیگار(ازنظر زمانی) را با میل کمتری روشن می‌کنید؟

اول صبح هر زمان دیگری

۴- در هرروز چند نخ سیگار می‌کشید؟

۱۰ نخ یا کمتر از آن ۱۱ تا ۲۰ نخ ۲۱ تا ۳۰ نخ ۳۱ یا بیشتر

۵- آیا در ساعات اولیه روز بیشتر از مواقع دیگر سیگار می‌کشید؟

بله خیر

۶- آیا اگر به خاطر شدت بیماری تمام روز را بستری باشید، در هنگام بستری بودن، سیگار می‌کشید؟

بله خیر

پیوست شماره(۳): مقیاس شرم درونی شده (ISS)

آزمودنی گرامی: لطفاً عبارات زیر را به دقت بخوانید، و پاسخی را که متناسب با ویژگی شماست با علامت ضربدر مشخص کنید.

عبارات	هرگز:	خیلی کم	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۱- احساس می‌کنم هرگز به اندازه کافی خوب نیستم.					
۲- احساس می‌کنم به طریقی کنار گذاشته شده‌ام.					
۳- فکر می‌کنم مردم به من حقیرانه می‌نگرند.					
۴- به طور کلی به این احساس گرایش دارم که موفق هستم.					
۵- خودم را سرزنش می‌کنم و خودم را پست می‌دانم.					
۶- در مورد اعتقاد دیگران در مورد خودم احساس ناامنی می‌کنم.					
۷- در مقایسه با دیگران احساس دوست داشتن می‌کنم و به هیچ‌وجه خودم را با آنها مقایسه نمی‌کنم.					
۸- خودم را به عنوان فردی بی‌اهمیت و پست می‌نگرم.					

					۹- احساس می‌کنم اگر به هر صورت به عنوان یک شخص، دارای نقص هستم احتمالاً به طور اساسی چیز اشتباهی در من وجود دارد.
					۱۰- احساس شدیدی به نابسندگی و خودتردیدی کامل دارم.
					۱۱- احساس رضایت زیادی دارم.
					۱۲- وقتی خودم را با دیگران مقایسه می‌کنم، به طور قطع مهم نیستم.
					۱۳- ترس مهلکی دارم از اینکه خطاهایم در مقابل دیگران آشکار شود.
					۱۴- احساس می‌کنم صفات خوب زیادی دارم.
					۱۵- خودم را در تلاش برای کمال می‌بینم برای اینکه پیوسته و یا به طور دائم در قصور هستم.
					۱۶- فکر می‌کنم دیگران مرا لایق نقص می‌بینند.
					۱۷- وقتی که کار اشتباهی انجام می‌دهم، می‌توانم پیشرفت‌هایم را در راس کار ببینم.
					۱۸- به طور کلی از خودم راضی هستم.
					۱۹- زمانی که اشتباهی انجام می‌دهم از ترس عقب می‌کشم.
					۲۰- حوادث دردناک را بیش از اندازه در ذهنم تکرار می‌کنم تا اینکه از بین بروند.
					۲۱- احساس می‌کنم ارزش شخصی من به طور حداقلی همواره برابر با دیگران است.
					۲۲- در اکثر اوقات احساس می‌کنم به هزار تکه خورد شده‌ام.
					۲۳- احساسم مثل این است که کنترلم را روی کارکرد بدنم و احساساتم از دست داده‌ام.
					۲۴- بعضی اوقات احساس می‌کنم خیلی کوچک و حقیرم.
					۲۵- گاهیگاهی احساس بی‌پناهی می‌کنم به طوری که آرزو می‌کنم زمین باز شود و مرا بلعد.
					۲۶- شکافی از درد در درونم وجود دارد که نمی‌توانم آن را پر کنم.
					۲۷- احساس پوچی و نقص می‌کنم.
					۲۸- نگرش مثبتی نسبت به خودم دارم.
					۲۹- تنهایی و خلوت من خیلی شبیه به پوچی است.
					۳۰- احساس می‌کنم کارهایی هست که انجام نداده‌ام.

پیوست شماره (۴): پرسش نامه اجتناب تجربی (EAQ)

دوست عزیز : در زیر جملاتی می‌بینید. هر جمله از نظر شما چقدر صحت دارد ؟ لطفاً گزینه ای که در مورد شما صدق کند را علامت بزنید.

ردیف	عبارات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	خاطرات و تجربه های دردناکم باعث شده اند نتوانم آن طور که دوست دارم زندگی کنم							
۲	من از احساس هایم می ترسم.							
۳	من از اینکه نتوانم نگرانی ها و احساس هایم را کنترل کنم، نگران هستم							
۴	خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت بخش منع کرده است.							
۵	هیجان ها در زندگیم مشکل ایجاد می کنند.							
۶	اینگونه به نظر می رسد که دیگران بهتر از من می توانند زندگیشان را کنترل نمایند.							
۷	نگرانی ها مانع موفقیت من شده اند.							

پیوست شماره (۵): فرم کوتاه پرسشنامه اشتیاق مصرف سیگار (QSU-Brief)

آزمودنی گرامی: لطفا عبارات زیر را به دقت بخوانید، و پاسخی را که متناسب با ویژگی شماست با علامت ✓ مشخص کنید.

لطفا به تمام سوالات پاسخ دهید.

ما به این موضوع علاقه مندیم زمانی که در حال پر کردن این پرسشنامه هستید، چگونه فکر یا احساس می کنید.

عبارتها	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد

					۱ در حال حاضر هوس سیگار دارم.
					۲ در حال حاضر هیچ چیزی بهتر از کشیدن یک نخ سیگار نیست.
					۳ گر ممکن بود، احتمالاً همین الان سیگار می کشیدم.
					۴ اگر الان می توانستم سیگار بکشم، می توانستم اوضاع را بهتر کنترل کنم.
					۵ در حال حاضر تنها چیزی که می خواهم یک نخ سیگار است.
					۶ من الان هوس کشیدن سیگار دارم.
					۷ الان یک نخ سیگار طعم خوبی دارد.
					۸ الان برای یک نخ سیگار، تقریباً هر کاری انجام می دهم.
					۹ سیگار باعث می شود کمتر احساس افسردگی کنم.
					۱۰ قصد دارم در اسرع وقت یک نخ سیگار بکشم.

پیوست شماره (۶): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)

آزمودنی گرامی: لطفا عبارات زیر را به دقت بخوانید، و پاسخی را که متناسب با ویژگی شماست با علامت ضربدر مشخص کنید.

					۱ برای من مشکل است که آرام بگیرم.
خیلی زیاد	زیاد	کم	اصلاً		
					۲ متوجه شده ام که دهانم خشک می شود.

۳	فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی (احساس مثبتی) را تجربه کنم.			
۴	تنفس کردن برای من مشکل می‌شود.			
۵	برایم سخت است که در انجام کارها پیش قدم شوم.			
۶	به موقعیت‌ها به طور افراطی واکنش نشان می‌دهم.			
۷	در بدنم احساس لرزش می‌کنم (مثلاً در دست‌ها و پاهایم)			
۸	احساس می‌کنم انرژی روانی زیادی مصرف می‌کنم.			
۹	نگرانم که می‌باید در بعضی موقعیت‌ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه‌ای دست بزنم.			
۱۰	احساس می‌کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم.			
۱۱	خودم را پریشان و سردرگم احساس می‌کنم.			
۱۲	آرام بودن و در آرامش به سر بردن برایم مشکل است.			
۱۳	احساس دل‌مردگی و در شکستگی می‌کنم.			
۱۴	نسبت به هر چیزی که مرا از کار باز می‌دارد بی‌تحمل هستم و صبر ندارم.			
۱۵	احساس می‌کنم هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم.			
۱۶	قادر نیستم درباره چیزی‌ها شور و شوق از خود نشان دهم.			
۱۷	احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم.			
۱۸	فکر می‌کنم بسیار زودرنج و حساس هستم.			
۱۹	بدون آنکه هیچ‌گونه فعالیت بدنی انجام دهم متوجه شده‌ام که قلبم به طور غیرعادی کار می‌کند (مثلاً ضربان شدید قلب یا از کارافتادن آن برای چند لحظه)			
۲۰	بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم.			
۲۱	احساس می‌کنم زندگی بی‌معنی است.			

امضای مجری یا مجریان طرح: امضای معاون پژوهشی:

(لطفاً قبل از امضای پروپوزال ضمیمه‌های ۱ و ۲ را به طور کامل مطالعه فرمایید.)

ضمیمه ۱- راهنمای رفرنس نویسی (روش ونکوور):

۱- در مورد مقالات خارجی به ترتیب زیر منابع را معرفی می‌کنند:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان مقاله. نام اختصاری مجله طبق روش Index Medicos. سال انتشار، شماره جلد، صفحات. مثال:

10- Rezaei M, Kazemnejad A, Mahmmodi M, Meshkani MR. Estimation of finite mixture distributions parameters in survival analysis. Jour of Ins. of Math. & Comp. Sci. (Math. Ser.), Kolkata, India, 2004, No. 1, P: 39-46.

۲- در مورد مقالات فارسی به ترتیب زیر منبع را معرفی می‌کنند:

نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان مقاله. نام مجله، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات. مثال:

۱۳- رضایی منصور، کاظم نژاد انوشیروان، رئیسی داریوش، بردیده عبدالرسول. تحلیل بقای بیماران پیوند کلیه در کرمانشاه (۸۰-۱۳۶۸). فصلنامه علمی پژوهشی بهبود، سال ۷، شماره (۳) ۱۸، پاییز ۱۳۸۲، ص: ۴۱-۲۷.

۳- کتب خارجی را می‌توان به ترتیب زیر به عنوان منبع معرفی کرد:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات. مثال:

20- Altman DG. Practical statistics for medical research. 1st ed., Chapman & Hall, London, 1991, p: 63.

۴- در مورد کتب فارسی نیز می‌توان به این ترتیب عمل کرد:

نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات.
مثال:

۲۳- رضایی منصور، مرادی بهیه. کلیات روش تحقیق در علوم پزشکی. نشر چشمه دانش و هنر و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ۱۳۸۳، چاپ اول، ص: ۲۱۶-۲۱۴.

۵- در بعضی کتب فصول مختلف توسط نویسندگان مختلف نوشته می‌شود و یک نفر فصول مختلف را گردآوری می‌کند. در این مورد بهتر است منبع را به روش ذیل معرفی کرد:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان بخش. عنوان بخش. نام مؤلف کتاب. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، صفحات. مثال:

40- Simon G Thompson. Meta analysis of clinical trials.in: Armitage P, Colton T. Encyclopedia of Biostatistics. 2nd ed. , John Wiley & Sons, Toronto, 1998, vol. 4, P: 2570-2579.

ضمیمه ۲- برخی نکات از آئین نامه پژوهشی:

خواهشمند است قبل از تکمیل فرم پروپوزال نکات زیر را به دقت مطالعه فرمایید:

۱- در مواردی که اجرای طرح مستلزم همکاری سازمان های دیگری باشد، طرح دهنده بایستی قبلا موافقت همکاری با سازمان های مربوطه را کسب نماید.

۲- کلیه طرح هایی که به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه و یا سازمان تامین کننده اعتبار می رسد بر اساس قراردادی که بین

معاونت پژوهشی ذیربط و مجری طرح منعقد می شود، قابل اجرا خواهد بود و از تسهیلات علمی، مالی و اداری مرکز طرف قرارداد برخوردار خواهد بود.

۳- مجری طرح طبق قرارداد ملزم به ارائه گزارش پیشرفت کار در فواصل زمانی تعیین شده در قرارداد می باشد (سه ماهه).

۴- چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهایی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوقی شود، مجری طرح طرف قرارداد موظف است مراتب را کتبا^۱ به سازمان ذیربط اطلاع دهد. حقوق فوق الذکر که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است طبق قرارداد متعلق به پژوهشگر یا سازمان و یا هر دو خواهد بود.

۵- در صورت تمایل مجری طرح به انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور، لازم است قبلاً^۲ نظر موافق سازمان ذیربط را جلب نماید. بدیهی است که ذکر حمایت مالی و همکاری سازمان ذیربط در انتشارات مذکور الزامی خواهد بود.

۶- چنانچه مجری در هر مرحله از اجرای طرح از ادامه آن منصرف گردد ضمن توضیح علت، بودجه و لوازم باقیمانده را بایستی به سازمان ذیربط مسترد نماید.

۷- رعایت مبانی اصول اخلاق در پژوهش باید توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تایید شده باشد.

فهرست منابع:

۱. Koob GF, Moal ML. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*. 1997;278(5335):52-8.
۲. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019 :a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.

- .۳ Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories :۲۰۱۹-۱۹۹۰ , a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
- .۴ Burki TK. WHO releases latest report on the global tobacco epidemic. *The Lancet Oncology*. 2021;22(9):1217.
- .۵ Wang L, Kong L, Wu F, Bai Y, Burton R. Preventing chronic diseases in China. *The lancet*. 2005;366(9499):1821-4.
- .۶ Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A. Quitting smoking among adults—United States, 2000–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2017;65(52):1457-64.
- .۷ Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
- .۸ Creamer MR, Wang TW, Babb S, Cullen KA, Day H, Willis G, et al. Tobacco product use and cessation indicators among adults—United States, 2018. *Morbidity and mortality weekly report*. 2019;68(45):1013.
- .۹ Tobacco TCGPT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-76.
- .۱۰ Use T, Panel D. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence-2008 Update*: Books Express Publishing; 2008.
- .۱۱ Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*. 2004;111(1):33.
- .۱۲ Cooper ML, Frone MR, Russell M, Mudar P. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(5):990.
- .۱۳ Batchelder AW, Glynn TR, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth S, Rodriguez SL, et al. The shame spiral of addiction: Negative self-conscious emotion and substance use. *PloS one*. 2022;17(3):e0265480.
- .۱۴ Luoma JB, Chwyl C, Kaplan J. Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2019;70:1-12.
- .۱۵ Cook DR, Coccimiglio J. *Internalized shame scale: Technical manual*: Multi-Health Systems; 2001.
- .۱۶ Tangney JP, Dearing RL. *Shame and Guilt*. new York: Guilford. Thompson, Craig J, Aric Rindfleisch, and Zeynep Arsel (2006), *Emotional Branding and the*. 2002.
- .۱۷ Kaufman G. *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*: Springer Publishing Company; 2004.
- .۱۸ Wiechelt SA. The specter of shame in substance misuse. *Substance Use & Misuse*. 2007;42(2-3):399-409.
- .۱۹ Brown B. *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*: Penguin; 2015.
- .۲۰ Cooley CH. *Human nature and the social order*: Transaction Publishers; 1902.
- .۲۱ Elison J. Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. *New Ideas in Psychology*. 2005;23(1):5-32.
- .۲۲ Scheff TJ. Shame and conformity: The deference-emotion system. *American sociological review*. 1988:395-406.
- .۲۳ Tompkins SS. *Affect, imagery, consciousness: II. The Negative Affects*. 1963.
- .۲۴ De Hooge IE, Breugelmans SM, Zeelenberg M. Not so ugly after all: when shame acts as a commitment device. *Journal of personality and social psychology*. 2008;95(4):933.
- .۲۵ Leith KP, Baumeister RF. Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of personality*. 1998;66(1):1-37.
- .۲۶ Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*. 1971;58(3):419.
- .۲۷ Lindsay-Hartz J. Contrasting experiences of shame and guilt. *American behavioral scientist*. 1984;27(6):689-704.

- .٢٨ Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R. Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of personality and social psychology*. 1992;62(4):669.
- .٢٩ Tangney JP, Miller RS, Flicker L, Barlow DH. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of personality and social psychology*. 1996;70.١٢٥٦:(٦)
- .٣٠ Tangney JP, Wagner PE, Hill-Barlow D, Marschall DE, Gramzow R. Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of personality and social psychology*. 1996;70(4):797.
- .٣١ Wicker FW ,Payne GC, Morgan RD. Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and emotion*. 1983;7:25-39.
- .٣٢ Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(9):871-90.
- .٣٣ Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford press; 2011.
- .٣٤ Shorey RC, Gawrysiak MJ, Elmquist J, Brem M, Anderson S, Stuart GL. Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of addictive diseases*. 2017;36(3):151-7.
- .٣٥ al'Absi M, Lemieux A, Hodges JS, Allen S. Circulating orexin changes during withdrawal are associated with nicotine craving and risk for smoking relapse. *Addiction biology*. 2019;24(4):743-53.
- .٣٦ Barrett SP. The effects of nicotine, denicotinized tobacco, and nicotine-containing tobacco on cigarette craving, withdrawal, and self-administration in male and female smokers. *Behavioural pharmacology*. 2010;21(2):144-52.
- .٣٧ Sanders JM. Feminist perspectives on 12-step recovery: A comparative descriptive analysis of women in Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2011;29(4):357-78.
- .٣٨ Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012;1248(1):1-17.
- .٣٩ Gass JC, Motschman CA, Tiffany ST. The relationship between craving and tobacco use behavior in laboratory studies: a meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014;28(4):1162.
- .٤٠ Sawyer F, Davis P, Gleeson K. Is shame a barrier to sobriety? A narrative analysis of those in recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2020;27(1.٨٥-٧٩:(
- .٤١ Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL, Gilbert P. Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of social and Clinical Psychology*. 2010;29(7):727-55.
- .٤٢ Vettese LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2011;9:480-91.
- .٤٣ Phelps CL, Paniagua SM, Willcockson IU, Potter JS. The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*. 2018;183:78-81.
- .٤٤ Roys MR, Stewart SA, Copeland AL. Effects of a brief mindfulness intervention on smoking urges and negative affect following a negative affect induction. *Current Psychology*. 2023:1-14.
- .٤٥ Cropley M, Ussher M, Charitou E. Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. *Addiction*. 2007;10.٩٣-٩٨٩:(٦)٢
- .٤٦ Rogojanski J, Vettese LC, Antony MM. Coping with cigarette cravings: Comparison of suppression versus mindfulness-based strategies. *Mindfulness*. 2011;2:14-26.
- .٤٧ Westbrook C, Creswell JD, Tabibnia G, Julson E, Kober H, Tindle HA. Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2013;8(1):73-84.
- .٤٨ Davis JM, Fleming MF, Bonus KA, Baker TB. A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC complementary and alternative medicine*. 2007;7(1):1-7.

- .۴۹ Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*. 2004;35(4):689-705.
- .۵۰ Altner N. Mindfulness practice and smoking cessation: The Essen hospital smoking cessation study (EASY). *Journal for Meditation and Meditation Research*. 2002;1:9-18.
- .۵۱ Brewer JA, Mallik S, Babuscio TA, Nich C, Johnson HE, Deleone CM, et al. Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*. 2011;119(1-2):72-80.
- .۵۲ Boni M, Schütze R, Kane RT, Morgan-Lowes KL, Byrne J, Egan SJ. Mindfulness and avoidance mediate the relationship between yoga practice and anxiety. *Complementary therapies in medicine*. 2018;40:89-94.
- .۵۳ Brem MJ, Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Experiential avoidance as a mediator of the relationship between dispositional mindfulness and compulsive sexual behaviors among men in residential substance use treatment. *Sexual addiction & compulsivity*. 2017;24(4):257-69.
- .۵۴ Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*. 2018;225:326-36.
- .۵۵ Mahoney CT, Segal DL, Coolidge FL. Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2015;81(4):217-40.
- .۵۶ Raines EM, Rogers AH, Bakhshaie J, Viana AG, Lemaire C, Garza M, et al. Mindful attention moderating the effect of experiential avoidance in terms of mental health among Latinos in a federally qualified health center. *Psychiatry Research*. 2018;270:574-80.
- .۵۷ Brem MJ, Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Does experiential avoidance explain the relationships between shame, PTSD symptoms, and compulsive sexual behaviour among women in substance use treatment? *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(5):692-700.
- .۵۸ Teymouri Farkush F, Kachooei M, Vahidi E. The relationship between shame and internet addiction among university students: the mediating role of experiential avoidance. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2022;27(1):102-10.
- .۵۹ Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015;45(5):927-45.
- .۶۰ Abdoli N, Farnia V, Radmehr F, Alikhani M, Moradinazar M, Khodamoradi M, et al. The effect of self-compassion training on craving and self-efficacy in female patients with methamphetamine dependence: a one-year follow-up. *Journal of Substance Use*. 2021;26(5):491-6.
- .۶۱ Suresh K, Chandrashekhara S. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences*. 2012;5(1):7.
- .۶۲ Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*: John Wiley & sons; 2013.
- .۶۳ Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences (revised ed.)*. New York: Academic Press; 1977.
- .۶۴ Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 2007;39(2):175-91.
- .۶۵ Gilbert P, Irons C. Compassion focused therapy. *INDIVIDUAL THERAPY*. 2010:301.
- .۶۶ Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208.
- .۶۷ Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*. 2014;53(1):6-41.
- .۶۸ American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
- .۶۹ Rosko CA. *Shame: Free Yourself, Find Joy, and Build True Self-Esteem*: by Joseph Burgo, Ph. D., New York, St. Martin's Press, 2018, 299 pp.,£ 14.99 (paperback), ISBN 1250151309. Taylor & Francis; 2020.

۷۰. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.
۷۱. Sharma MK, Suman L, Srivastava K, Suma N, Vishwakarma A. Psychometric properties of Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: A systematic review. *Industrial Psychiatry Journal*. 2021;30(2):207.
۷۲. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addictive behaviors*. 1994;19(3):307-17.
۷۳. Rozario H. 577P Nicotine dependence assessment using Fagerstrom test and Nicotine Replacement therapy (NRT) recommendation techniques for smoking cessation among Paniya tribes. *Annals of Oncology*. 2016;27:ix187-ix8.
۷۴. Lee M-J, Lee K-S. Maintenance of smoking cessation in Korean single mothers. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):1-11.
۷۵. Shareh H, Bayani M. Comparing the effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) and cognitive behavioral therapy on craving, mood, and smoking addiction. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2022;24(6).
۷۶. WEBER CF, HATSCHBACH P, PITHAN SA, DULLIUS AIdS. Measure nicotine dependence by the fagerström test for nicotine dependence. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*. 2017;65:208-15.
۷۷. Cook D. The internalized shame scale manual. Menomonie WI: Channel Press(Available from author. 1993.
۷۸. رجبی، غلامرضا، عباسی، قدرت‌اله. بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره. ۲۰۱۱؛۲(۱):۱۷۱-۸۲.
۷۹. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-88.
۸۰. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. 2013.
۸۱. Ahmed S, Tazmeem F, Alam MM, Kibria MG, Ahmed BT, Das BB, et al. Psychometric Properties of the Bengali Version Brief Questionnaire on Smoking Urges (QSU-Brief). *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2021;22(12):3857.
۸۲. Lovibond SH. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney psychology foundation. 1995.
۸۳. سیامک س. بهرام ج. بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی.