Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 71, P 139-164, Spring 2024

Research Article

The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Oppositional Defiant Behavior and Self-Control in Students with Substance-Dependent Parents

Maryam Safie Khani Gholizadeh[1], Homayoon Haroon Rshidi[2], Kobra Kazemiyan Moghadam[3]

Received:2023/09/26 Accepted:2024/06/20

Abstract

Objective: This research aimed to determine the effectiveness of compassion-based therapy on oppositional defiant behavior and self-control in children with substance-dependent parents. **Method:** The research method employed a semi-experimental design with a pretest-posttest and follow-up, including a control group. The statistical population of the research included all students with substance-dependent parents in Ahvaz city in 2022-2023. Among them, 30 people were selected through the convenience sampling method and randomly assigned to two experimental (n = 15) and control groups (n = 15). The participants in both groups completed the SNAP-IV and self-control rating scales during the pre-test, post-test, and follow-up assessments. The experimental group received eight 90-minute sessions of compassion-based therapy, with a frequency of one session per week. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The findings showed a significant difference between the experimental and control groups in terms of oppositional defiant behavior and self-control. Compassion-based therapy reduced oppositional defiant behavior and increased self-control in the experimental group, and these results were sustained during the follow-up phase. **Conclusion:** Compassion-based therapy, utilizing techniques such as raising awareness of positive and negative experiences, generating positive experiences through mental imagery, teaching compassion, and adjusting behavior through environmental reinforcement, can be an effective intervention to decrease oppositional defiant behavior and enhance self-control in students with substance-dependent parents.

Keywords: Self-control, Compassion-based therapy, Oppositional defiant behavior, Substance dependency

1. MA, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. Email: haroon_rashidi2003@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و یک، ص۱۶۴-۱۳۹، بهار ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رفتار نافرمانی مقابله‌ای و خودمهاری در دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد

مریم صفی‌خانی قلی‌زاده[۱]، همایون هارون رشیدی[۲]، کبری کاظمیان مقدم[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۳۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رفتار نافرمانی مقابله‌ای و خودمهاری در دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دارای والد وابسته به مواد شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV و خودمهاری را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. درمان مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر رفتار نافرمانی مقابله‌ای و خودمهاری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش رفتار نافرمانی مقابله‌ای و افزایش خودمهاری در گروه آزمایش شد و این نتایج در مرحله پیگیری باقی ماند. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر خودشفقتی با بهره‌گیری از فنونی همانند آموزش آگاهی از تجربیات مثبت و منفی، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی، آموزش ابراز شفقت و اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش رفتار نافرمانی مقابله‌ای و افزایش خودمهاری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: خودمهاری، درمان مبتنی بر شفقت، رفتار نافرمانی مقابله‌ای، وابستگی به مواد

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. پست الکترونیک: haroon_rashidi2003@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

مقدمه

اختلال مصرف مواد[1]، یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آنها تحمیل می‌کند. فرزندان والدین وابسته به مواد، مشکلات اجتماعی- روانی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی، مشکلات رفتاری و عملکرد ضعیف تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند (نعمت‌زاده سوته و همکاران، ۱۴۰۲). اعتیاد والدین در دو سطح بر فرزندان تأثیر دارد؛ در سطح جزئی، یک تأثیر روانی بلندمدت بر سطوح اجتماعی، پیشرفت شناختی و عاطفی آنها دارد و در سطح کلی، انرژی مورد نیاز را برای تحمل شرم اجتماعی و پنهان نگه داشتن مصرف مواد از دید دیگران بسیار دشوار می‌سازد (گائو[2] و همکاران، ۲۰۱۸). مصرف مواد اغلب موجب می‌شود والدین ناکارآمد باشند و به ارائهٔ محیط پرورش و ایمنی که کودکان نیاز دارند، قادر نباشند (مالکا[3] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، گائو و همکاران (۲۰۱۸) بیان کرده‌اند محیط خانوادگی به‌عنوان یک سیستم کلیدی نه‌تنها مستقیماً بر مشکلات رفتاری درونی و بیرونی نوجوانان تأثیر می‌گذارد، به‌طور غیرمستقیم بر مشکلات رفتاری ازطریق سیستم فردی اثرگذار است. هر خانواده و هر عضوی از آن به‌طور منحصر به فردی تحت تأثیر فرد وابسته به مواد به خاطر مشکلاتی از جمله عدم ارضاء نیازهای رشدی، اختلال دلبستگی، مشکلات اقتصادی، مشکلات حقوقی، ناراحتی عاطفی و گاهی اوقات خشونت علیه او، قرار می‌گیرند و خطر مصرف مواد در کودکان این خانواده‌ها بیش از خانواده‌های دیگر است (آباته[4] و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند مصرف مواد توسط والدین با کم یا بیش از اندازه درگیرشدن والدین در امور فرزندان، کیفیت ضعیف رابطهٔ والدین- فرزندان، فقدان قوانین مشخص و روشن در خانواده، فقدان هماهنگی والدین در به‌کارگیری قوانین و کنترل و نظارت ضعیف بر فعالیت فرزندان و خطر ایجاد مشکلات

1. Substance use disorder
2. Guo
3. Malka
4. Abate

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

رفتاری، تحصیلی و انطباق‌پذیری شغلی فرزندان همبستگی بالایی دارد (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین اختلالات مصرف مواد در والدین می‌تواند آسیب‌زننده بوده و بر عملکرد مالی، تحصیلی، اجتماعی، شناختی، سلامتی و هیجانی تأثیر بگذارد. این آسیب‌ها به نوبه خود ممکن است بر توانایی والدین برای مراقبت از فرزندان و عملکرد تحصیلی آنها تأثیر بگذارد (نعمت‌زاده سوته و همکاران، ۱۴۰۲). اعتیاد سرپرست، نظارت بر فرزندان را کاهش داده و عامل انتقال این عادت‌های رفتاری به فرزندان می‌شود، اعمال و روابط وی توسط سایر اعضای خانواده کنترل و از سوی فرزندان شماتت می‌شود. فرزندان از آزادی نامتعارف بیشتری برخوردار بوده و در مقابل رفتارهای خود پاسخگو نیستند (رهبری غازانی و همکاران، ۱۴۰۲). نتایج پژوهش جدیدی و ارشدی (۱۳۹۷) نشان داد که توانایی حل‌مسئله، تصمیم‌گیری، توانایی ارتباط، شهروند مسئول، شهروند جهانی و مهارت‌های زندگی کودکان دارای والدین غیرمصرف‌کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف‌کننده است. کارکردهای اجرایی در بین کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و کودکان دارای والدین غیرمصرف‌کننده متفاوت است و طبق نتایج نمره میانگین مشکلات توجه در بین کودکان دارای والدین مصرف‌کننده بیشتر از کودکان دارای والدین غیرمصرف‌کننده بود ولی عملکرد حسی حرکتی، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، یادگیری، شناخت، نمره کل در بین کودکان دارای والدین غیرمصرف‌کننده بیشتر از کودکان دارای والدین مصرف کننده است.

بر اساس یافته‌های پژوهشی به نظر می‌رسد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای[1] در خانواده‌هایی که حداقل یکی از والدین آنها سابقه اختلال مرتبط با مواد مخدر داشته‌اند، بیشتر است (هاشمی و شاهجویی، ۱۴۰۱). انجمن روانپزشکی امریکا[2] در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3]، هفت نوع اختلال را در دسته اختلالات اخلال‌گر، کنترل تکانه و سلوک مشخص کرده است که شامل اختلال

1. oppositional defiant disorder (ODD)
2. American psychiatric association (APA)
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک[1]، اختلال انفجاری متناوب[2]، اختلال شخصیت ضداجتماعی[3]، آتش‌افروزی بیمارگون[4]، دزدی بیمارگون[5] و اختلالات اخلال‌گر، کنترل تکانه و سلوک مشخص و نامشخص[6] است (آقاعلی طاری و همکاران، ۱۳۹۹). اختلال نافرمانی مقابله‌ای از رایج‌ترین اختلالات این هفت نوع است که در دوره کودکی و نوجوانی بروز کرده و افزون بر دو اختلال سلوک و اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی یکی از علت‌های مهم مراجعه به کلنیک‌های سلامت‌روان است (توناکسی[7] و همکاران، ۲۰۱۹). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را الگویی از عصیان/تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی/مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی می‌کند و ملاک‌های اختلال مذکور، باید حداقل هر هفته یکبار به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد و میزان شیوع آن بین ۱ تا ۱۱ درصد و میانگین برآورد شیوع ۳ درصد گزارش شده است و پیش از بلوغ در پسران شایع‌تر از دختران می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). در این اختلال الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت وجود دارد که با سطح تحولی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک نیز اختلال ایجاد می‌کند (توناکسی و همکاران، ۲۰۱۹). این فرایند سبب می‌شود که آنان کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به دیگر دانش‌آموزان تجربه نمایند (آقاعلی طاری و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش هاشمی و شاهجویی (۱۴۰۱) نشان داد که بین کودکان با و بدون والد وابسته به مواد در میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد و کودکان با والد وابسته به مواد، نمرات بالایی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دست آوردند. با توجه به تأثیر منفی اعتیاد و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی اجتماعی، عاطفی و تحصیلی دانش‌آموزان و از سویی دیگر در صورت بی‌توجهی و عدم به‌کارگیری درمان‌های مناسب برای کاهش این اختلال در دانش‌آموزان که بروز اختلالات دیگری همچون افسردگی، اضطراب و

1. conduct disorder (CD)
2. intermittent explosive disorder
3. antisocial personality disorder
4. Pyromania
5. Kleptomania
6. specified and un specified disruptive, impulsive- control, and conduct disorder
7. Tonacci

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

اختلال سلوک را در پی‌خواهد داشت؛ انجام مداخله‌های مناسب بر دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال ضرورت دارد.

یکی دیگر از مسائلی که خانواده به خصوص والدین در شکل‌گیری آن نقش اساسی ایفا می‌کنند، مسئله خودمهارگری[1] در فرزندان است. شواهد حاکی از آن است که یکی از پایه‌های اصلی گرایش به مواد، فقدان خودمهارگری است (وینبرگ[2]، ۲۰۱۳). واتس و ایراتزوکی[3] (۲۰۱۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که خودمهارگری پایین باعث افزایش مصرف مواد می‌شود. مفهوم خودمهارگری در سال ۱۹۷۴ توسط اشنایدر[4] گسترش یافت و به این معنی است که یک شخص در موقعیت‌خود، چقدر انعطاف‌پذیر یا پایدار است (سعدی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). برترمز[5] (۲۰۱۲) خودمهارگری را به عنوان یک توانایی دانسته و آن را ظرفیت سرشت افراد در نادیده گرفتن یا تغییر دادن تمایلات در پاسخ به حالت غالب آنها تعریف می‌کند. افراد وقتی خودمهارگری را به‌کار می‌گیرند که بخواهند به هدف بلندمدتی دست یابند. برای این منظور افراد باید از لذت غذا، الکل، دارو، قمار، پول خرج‌کردن، بیدار ماندن یا خوابیدن چشم پوشی کنند. این کار را از راه مهار وسوسه‌های دروغ‌گفتن، فرار از قولی که داده‌اند و نیز آرام ساختن خود به علت تجربه کام‌نایافتگی، انجام می‌دهند. در بسیاری از مواقعیت‌های تنش‌زا و دوگانه که فرد باید دست به انتخاب بزند، باید از خودمهارگری استفاده کند (هاشمی و شاهجویی، ۱۴۰۱). نقص در خودمهارگری نشانگر ناتوانی شناختی در مرتب ندانستن رفتار و پیامد آن است و عدم تأمل کافی در مورد پیامد رفتار و انجام عمل بر اساس خشنودی آنی، امکان پیش‌بینی رفتار را میسر نمی‌سازد. سطوح پایین خود مهارگری با مشکلات مختلف مانند اعتیاد به الکل، مواد مخدر، دزدی، و معضل‌های مشابه رابطه دارد (ژیا[6] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش قدم‌پور و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد رابطه خودمهارگری با گرایش به مواد مخدر منفی و معنادار بود. همچنین پژوهش هاشمی و شاهجویی (۱۴۰۱) نشان داد که بین کودکان با و

1. self-control
2. Weinberg
3. Watts & Iratzoqui
4. Snyder
5. Bertrams
6. Zhia

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

بدون والد وابسته به مواد در خودمهارگری تفاوت معنادار وجود دارد و کودکان با والد وابسته به مواد، نمرات پایینی در خودمهارگری به دست آوردند. این نتایج کاربردهای مهمی در آسیب‌شناسی گرایش به مواد مخدر دارد. بر این اساس، می‌توان با آموزش و ارائه مشاوره‌های مناسب، خودکنترلی و تحمل آشفتگی را بهبود بخشیده و با انجام اقداماتی در جهت کاهش نافرمانی مقابله‌ای، از گرایش افراد به اعتیاد پیشگیری کرد و حتی می‌توان درمان مؤثر و متناسب با شرایط افراد را انتخاب نمود.

در طول سالیان متمادی، روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی دانش‌آموزان به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند. شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاطفت و مراقبت دخالت دارند. درمان مبتنی بر خودشفقتی بین فرایندهای مؤثر در تجربه شفقت و هیجان و برانگیختگی سیستم نوروفیزیولوژی، به خصوص آنهایی که با رفتارهای اجتماعی در ارتباط‌اند، به واسطه دو بعد اشتیاق و التیام پیوند برقرار شده است (پالمر[1] و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان مبتنی بر شفقت در پژوهش‌های گذشته برای کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش احساس‌تنهایی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی (توحیدی‌فر و همکاران، ۱۴۰۰)، بهبود نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی (شش‌بلوکی و هارون‌شیدی، ۱۴۰۰)، بهبود تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی (امیدیان و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش خودانتقادی و افزایش خودکارآمدی اجتماعی (ورمرزیاری و گل‌پور، ۱۴۰۱)، کاهش نشخوارفکری و استرس ادراک‌شده (خدری و همکاران، ۱۴۰۱)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی (طاهری و همکاران، ۱۴۰۱)، بهبود کیفیت خواب، کاهش نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود (فروغی و همکاران، ۱۴۰۱)، بهبود سبک‌های مقابله با استرس، کاهش خودانتقادی و افزایش تنظیم هیجان (پاک‌مهر و کاظمی، ۱۴۰۱)، بهبود مؤلفه‌های خودتعیین‌گری و

1. Pullmer

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

کاهش افکار خودکشی (رشیدی و همکاران، ۱۴۰۱)، افزایش کیفیت زندگی (خرمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱)، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش احساس تنهایی (قوامی و همکاران، ۱۴۰۲)، کاهش اضطراب و افسردگی (لائو[1] و همکاران، ۲۰۱۹)، افزایش تاب‌آوری (باکر[2] و همکاران، ۲۰۱۹)، افزایش صمیمیت (نایسمیت[3] و همکاران، ۲۰۲۱) و بهبود شرم از بدریختی بدنی (لیندی[4] و همکاران، ۲۰۲۳) به کار رفته و اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است.

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب نافرمانی مقابله‌ای و تاثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودکان و این که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان دانش‌آموزان درگیر صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. علاوه بر این فرایند توجه به سلامت‌روان کودکان و نوجوانان امری اجتناب‌ناپذیر است؛ چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان سبب می‌شود آنها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. از سوی دیگر، توجه به خانواده نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت دانش‌آموزان دارد. اگر والدین در دام موادمخدر گرفتار شوند، فرزندان آنها هم از هر لحاظ آسیب‌پذیر می‌شوند و مشکلاتی همچون کسالت و بیماری‌های روحی-روانی، اضطراب، افسردگی و ناامیدی بیشتر، یأس و سرخوردگی، استعداد ابتلا به بزهکاری در آنها بروز می‌کند؛ از همین رو، کودکان و نوجوانانی که والدین وابسته به مواد دارند، از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها به حساب می‌آیند (هایز[5] و همکاران، ۲۰۱۲)؛ اما می‌توان با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی از میزان آسیب وارده به کودکان و نوجوانان جلوگیری کرد و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند این باورهای مرسوم و اشتباه را در افراد وابسته به

1. Luo
2. Baker
3. Naismith
4. Linde
5. Hayes

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

مواد و فرزندان‌شـان کنار بگذارد و واقع‌بین باشـند که اعتیاد والدین یک بیماری اجتماعی اسـت که ممکن اسـت گریبان هر شـخص در معرض خطر را بگیرد؛ بنابراین، تشـخیص مشـکلات و اختلالات دانش‌آموزان دارای والدین وابسـته به مواد و درمان به موقع آنها در این دوران اهمیت بسیاری دارد و می‌تواند از عواقب وخیمی همچون درگیرشدن نوجوانان در آینده به بیماری‌های روان‌شـناختی مثل افسـردگی و همچنین بروز مسـائل اجتماعی مثل اعتیاد و بزهکاری پیشگیری کند (لی[1] و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به توضیحات ذکرشده، آموزش مبتنی بر شـفقت در حیطهٔ بسیاری از اختلالات روان‌شـناختی کودکان و نوجوانان کاربرد دارد و نتایج مفیدی به همراه داشته است؛ بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش‌های انجام یافته در مورد تاثیر درمان مبتنی بر خودشـفقت بر بهبود مشـکلات روانی و رفتاری، و از سـوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشـی مشـابه، هدف از این پژوهش پاسـخ به این سـوال بود که آیا درمان مبتنی بر شـفقت بر نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضـر نیمه‌آزمایشـی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دارای والد وابسته به مواد شهر اهواز در سـال تحصـیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴، سـطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹، با دو گروه آزمایشـی و کنترل و سـه دفعه سـنجش، تعداد نمونه با اسـتفاده از نرم افزار G-power، ۳۰ نفر بدسـت آمد؛ بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسـترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صـورت تصـادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شـدند. ملاک‌های ورود به پژوهش کسب نمره بالاتر از میانگین در فرم والدین مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، نداشتن نقص عضو، نداشتن اختلالات شناختی حاد، تمایل جهت شـرکت در پژوهش و دامنه سـنی ۱۰ تا ۱۲ سـال، و ملاک‌های خروج از پژوهش

1. Lee

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

شامل انصراف از ادامه همکاری، امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها و غیبت بیش از یک جلسه بودند. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامهٔ خودمهارگری[1]: این پرسشنامه توسط تانجی[2] و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است و دارای ۱۳ گویه و دو خرده مقیاس خودمهارگری منع‌کننده[3] (گویه‌های ۱ تا ۶) و خودمهارگری اولیه[4] (گویه‌های ۷ تا ۱۰) است و گویه‌های ۱۱ تا ۱۳ در هیچکدام از این دو خرده مقیاس قرار نمی‌گیرند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از اصلا (۱) تا بسیار زیاد (۵) می‌باشد و در دامنه ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودمهارگری بیشتر است. ریدر[5] و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی همسانی درونی دو خرده مقیاس پرداختند. نتایج حکایت از آن داشت که هر دو خرده مقیاس دارای همسانی درونی مشابه و مناسبی هستند (۰/۸۶). تانجی و همکاران (۲۰۰۴) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای هر دو مؤلفه خودمهارگری منع‌کننده و خودمهارگری اولیه را ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آورند. شیرازی و جانفزا (۱۳۹۴) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را به صورت کلی ۰/۶۸ گزارش دادند. در پژوهش حاضر نیز برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۰ به‌دست آمد.

۲- مقیاس درجه‌بندیSNAP-IV[6]: ویرایش جدید این مقیاس، برای ارزیابی و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود. این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۸۱ توسط سوانسون[7] و همکاران (۱۹۸۱) بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شده است. همزمان با تجدید نظر در نسخه چهارم ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مقیاس مذکور نیز بازنویسی و در سال ۲۰۰۱

1. self-control scale
2. tangney
3. inhibitory self-control
4. initiatory self-control
5. Ridder
6. SWAN ratings scales
7. Swanson

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

منتشر شد (سوانسون و همکاران، ۲۰۰۱). این مقیاس دارای ۳۰ گویه است که ۱۰ گویه مربوط به نقص‌توجه، ۱۰ گویه مربوط به بیش‌فعالی/تکانشگری و ۱۰ گویه مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و هر یک از موارد بر اساس مقیاس ۰ تا ۲ درجه‌ای (۰= هرگز، ۱= گاهی اوقات و ۲= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر یک از زیرمقیاس‌ها بر اساس میانگین نمرات آیتم‌های مربوط به آن محاسبه می‌شود. در مورد زیر مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در صورتی که میانگین نمره به دست آمده در ۱۰ آیتم مربوط به آن، ۱ و یا بیشتر باشد، فرد دارای ملاک‌های لازم برای تشخیص این اختلال است. سوانسون و همکاران (۲۰۰۱) مقیاس درجه‌بندی والدین و معلمان را هنجاریابی نموده‌اند. در ایران نیز آقایی و همکاران (۱۳۹۰) فرم والدین این مقیاس را بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ سال شهر اصفهان هنجاریابی کرده است. نتایج نشان داد ضریب همبستگی سؤال‌های پرسشنامه با نمره کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳ بود. نتایج تحلیل عاملی (روایی سازه) نشان داد این مقیاس یک مقیاس چندبعدی است (نقص توجه، بیش‌فعالی/تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای) که ۰/۳۷ واریانس را تبیین می‌نماید. همچنین ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده مقیاس نقص توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸۰ است. ضریب همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی کانرز برای نقص توجه ۰/۷۲، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۷۶ و با مقیاس درجه‌بندی نافرمانی مقابله‌ای ۰/۷۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت[1]، ۲۰۰۹) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. همچنین ابزار پژوهش، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد و بعد از دوره‌ای دوماهه، مرحلهٔ پیگری نیز اجرا شد. پروتکل مراحل درمان مبتنی بر شفقت به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Gilbert

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز برشفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان نافرمانی مقابله‌ای، خودمهاری و خودشفقتی اعضاء، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد نافرمانی مقابله‌ای و خودمهاری در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضاء	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.	به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۱۱/۸ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۱/۷ بود. در گروه آزمایش، ۷ نفر (۴۶ درصد) در پایه پنجم و ۸ نفر (۵۴ درصد) در پایه ششم مشغول به تحصیل بودند. در گروه کنترل، ۸ نفر (۵۴ درصد) پایه پنجم و ۷ نفر (۴۶ درصد) پایه ششم بودند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه گزارش شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مرحله	درمان مبتنی بر شفقت		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۲/۶۵	۱۴/۶۰	۳/۲۶
	پس‌آزمون	۸/۴۰	۲/۷۲	۱۳/۹۳	۳/۶۷
	پیگیری	۶/۵۳	۲/۳۸	۱۳/۶۰	۳/۵۸
خودمهارگری	پیش‌آزمون	۲۷/۴۶	۸/۵۵	۲۷/۴۶	۸/۴۰
	پس‌آزمون	۳۱/۲۶	۹/۰۱	۲۷/۵۳	۸/۱۰
	پیگیری	۳۳/۸۰	۹/۷۸	۲۷/۵۲	۸/۱۲

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات مقیاس‌های نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند؛ اما پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، میانگین نمرات مقیاس‌های نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری کاهش یافته است و این نتایج در مرحله پیگیری باقی مانده است. برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای این تحلیل، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد نافرمانی مقابله‌ای [$F_{(1و28)}$=۱/۰۹ P=۰/۴۳۶>۰/۰۵] و خودمهارگری [P=۰/۱۳۸>۰/۰۵ $F_{(1و28)}$=۱/۴۶]، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل‌واریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای نافرمانی مقابله‌ای [F=۲/۰۸ P=۰/۰۸۹>۰/۰۵] و خودمهارگری [F=۱/۶۷ P=۰/۱۴۹>۰/۰۵] بود. نتایج آزمون ام باکس برای نافرمانی مقابله‌ای (Box's M=۱۶/۴۶ و F=۱/۰۷ و P=۲۳۴ >۰/۰۵) و برای خودمهارگری (Box's M=۲۱/۲۳ و F=۱/۸۶ و P=۱۳۶ >۰/۰۵) نشان داد، مفروضهٔ همسانی کواریانس‌ها رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t مشخص کرد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری) معنادار نبوده است. این در حالی است که نتایج آزمون کرویت موچلی بیانگر آن بود که پیشفرض کرویت داده‌ها در متغیرهای نافرمانی مقابله‌ای (P=۰/۱۱۳، Machly's=۰/۸۷۳) و خودمهارگری (P=۰/۱۴۳، Machly's=۰/۹۰۱) رعایت شده است. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به‌دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد. برای معناداری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش نتایج آزمون پیلای ($F_{(۱و۲۸)}$=۰/۶۹۸ P<۰/۰۰۱)، لامبدای ویلکز ($F_{(۱و۲۸)}$=۰/۱۴۲ P=۰/۰۰۱)، و هتلینگ ($F_{(۱و۲۸)}$=۳/۲۶ P<۰/۰۰۱)، نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون، دست‌کم در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. از آن‌جایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر محقق شده است؛ جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد از روش تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی نمرات پس‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

جدول ۳: تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
نافرمانی مقابله‌ای	زمان	۲۹۴/۲۰	۲	۱۴۷/۱۰	۹۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶
	گروه بندی	۳۲۸/۷۱	۱	۳۲۸/۷۱	۱۲/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
	تعامل	۱۷۷/۰۸	۲	۸۸/۵۴	۵۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳
	خطا	۹۰/۰۴	۵۶	۱/۶۰			
خودمهارگری	زمان	۹۱۴/۴۲	۲	۴۵۷/۲۱	۶۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	گروه بندی	۱۴۳/۰۱	۱	۱۴۳/۰۱	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
	تعامل	۸۸۲/۴۱	۲	۴۴۱/۴۱	۶۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	خطا	۴۰۶/۰۸	۵۶	۷/۲۵			

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد براساس ضرایب F محاسبه شـــده، عـامـل زمـان یـا مرحلهٔ ارزیـابی تـأثیر معنـاداری بر نمره نـافرمـانی مقـابلـه‌ای و خودمهارگری داشته است ($p <$ ۰/۰۰۱). اندازهٔ اثر نشان می‌دهد عامل زمان ۷۷ درصد از تفاوت در واریانس نافرمانی مقابله‌ای و ۶۹ درصـــد از واریانس خودمهارگری را تبیین می‌کند. همچنین براساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل گروه‌بندی (درمان مبتنی بر شـــفقت) نیز بر نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری معنادار اســـت ($p <$ ۰/۰۰۱). اندازهٔ اثر نشان می‌دهد عامل گروه‌بندی ۳۲ درصد از واریانس نمره نافرمانی مقابله‌ای و ۲۲ درصد از واریانس خودمهارگری را تبیین می‌کند. علاوه بر این، نتایج بیانگر آن اســـت که اثر متقابل گروه‌بندی و عامل زمان بر نمره نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری معنادار اســـت ($p <$ ۰/۰۰۱). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر نمره نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری تأثیر معنادار داشته اســـت. اندازهٔ اثر نشـــان می‌دهد اثر تعامل گروه‌بندی و زمان ۶۶ درصـــد از تفاوت در واریانس نمره نافرمانی مقابله‌ای و ۶۹ درصد از تفاوت در واریانس خودمهارگری را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شـــفقت با توجه به میانگین نمره نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری گروه آزمایش نســـبت به گروه گواه، موجب کاهش معنادار نافرمانی

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

مقابله‌ای و بهبود خودمهارگری در گروه آزمایش شده است و این تاثیر در طول زمان نیز ماندگار بوده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته در مراحل سه‌گانه ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته در مراحل سه‌گانه

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
نافرمانی مقابله‌ای	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۳۳	۳/۵۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۷/۲۰	۳/۴۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۷	۰/۸۸	۰/۰۰۱
خودمهارگری	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۸۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۳۴	۲/۹۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۲/۵۴	۰/۹۵	۰/۰۰۱

همچنین نتایج آزمون بنفرنی نشـــان داد بین میانگین نمرات مرحلهٔ پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این بدان معنا است که درمان مبتنی بر شفقت توانسته به صورت معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری را نســبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییرکنند. یافتهٔ دیگر نشان داد بین میانگین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که نمرات نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری که در مرحلهٔ پس‌آزمون دچار تغییر معنی‌داری شــده بود، توانســته این تغییر را در دورهٔ پیگیری نیز حفظ کند. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت توانسته موجب تغییر معنی‌داری میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری در مرحلهٔ پس‌آزمون شـده که در مرحلهٔ پیگیری نیز ثبات خود را حفظ کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضــر تعیین اثربخشــی درمان مبتنی بر شــفقت بر نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابســته به مواد بود. یافته‌های پژوهش نشــان داد که

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

درمان مبتنی بر شـــفقت بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان با والد وابســـته به مواد اثربخش است. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد پرداخته است؛ اما این نتایج به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش عواطف منفی؛ توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس‌تنهایی؛ شش‌بلوکی و هارون‌شیدی (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشـی درمان مبتنی بر شـفقت بر بهبود نارسـایی هیجانی و باورهای فراشـناختی؛ ورمرزیاری و گل‌پور (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشـی درمان مبتنی بر شـفقت بر کاهش خودانتقادی؛ خدری و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک‌شده؛ فروغی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شـفقت بر کاهش نشـخوار فکری؛ پاک‌مهر و کاظمی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشـی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود سبک‌های مقابله با استرس و کاهش خودانتقادی؛ لائو و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت کاهش اضطراب و افسردگی؛ و لیندی و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بهبود شرم از بدریختی بدنی همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شـفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شـود که نقش بسـزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش اسـترس و نافرمانی مقابله‌ای خواهد داشـت. از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان مبتنی بر شـفقت یکی از درمان‌های موج سـوم رفتاردرمانی محسـوب می‌شـود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن‌آگاهانه می‌باشـد، بنابراین اسـتفاده از این راهکارها، بیشـترین تاثیر را بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای داراسـت. در درمان مبتنی بر شـفقت، افراد می‌آموزند که از احسـاسـات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سـرکوب نکنند (اندرسـن و راسـموسـن[1]، ۲۰۱۷). بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند.

1. Andersen & Rasmussen

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

سپس نگرش شفقتانه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام به‌هوشیاری است. به‌هوشیاری یک حالت متعادل آگاهی است که مستلزم مشاهدهٔ کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خودآگاه نیستند، تجارب خود را همان طور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد؛ در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خود ارزیابی افراد، رابطهٔ افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. این فرایند سبب می‌شود تا کودکان با بهره‌گیری از درمان مبتنی بر شفقت بتوانند آشفتگی عاطفی کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات درون‌فردی و بین‌فردی سازش بیشتری از خود نشان دهند. بهبود سازش‌یافتگی و کاهش تعارضات درون و بین‌فردی نیز با کاهش نافرمانی مقابله‌ای همراه است.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد تأثیر دارد. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد پرداخته است؛ اما این نتایج به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی؛ توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی؛ امیدیان و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی؛ ورمرزیاری و گل‌پور (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی؛ طاهری و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی؛ فروغی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کیفیت خواب و افزایش شفقت به خود؛ پاک‌مهر و کاظمی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود سبک‌های مقابله با استرس و افزایش تنظیم هیجان؛ رشیدی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود مؤلفه‌های خود

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

تعیین‌گری؛ خرمی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش کیفیت زندگی؛ قوامی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی؛ باکر و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری؛ نایسمیت و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش صمیمیت همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات و نگرش‌های منفی را از فرد دور می‌کند؛ در این رویکرد هیجانات منفی کاهش پیدا می‌کند و هیجانات مثبت جایگزین خواهد شد. دراین مداخله درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آن که آن‌ها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند. فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند. افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (یارنل و نف[1]، ۲۰۱۳)؛ لذا، فرد دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌کند، بلکه با مهربانی، فهم و احساسات اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شود؛ بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساس مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند. در واقع وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگر افراد پیوند و ارتباط احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از تنهایی و طرد غلبه نمایند و خود را در مقابل فشارها و مسائل زندگی تنها نبینند. بنابراین افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً

1. Yarnell & Neff

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین مؤلفه به‌هوشیاری شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه روش‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و هم‌چنین برطرف کردن موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت، انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به افزایش خودمهارگری می‌شود (نف و مککگی[1]، ۲۰۱۰). این درمان باعث می‌شود تا آنها سلامت روان و آرامش درونی بیشتری را تجربه نمایند. با بهبود سلامت‌روان و دستیابی به قدرت حل‌مسئله، این کودکان قدرت تحمل‌روانی و تاب‌آوری بیشتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این درمان مبتنی بر شفقت یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود (باکر و همکاران، ۲۰۱۹). از این جهت می‌تواند مولفه‌های روانی و هیجانی کودکان را تحت تاثیر قرار دهد؛ زیرا شفقت به خود مستلزم آن است که فرد احساسات خود را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخه درخود فرو رفتن می‌شود. بازگویی احساسات نیز تخلیه هیجانی و روانی را برای این کودکان در پی داشته و باعث می‌شود آنها خودمهاری بالاتری را ادراک نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که استفاده از پرسشنامه امکان سوگیری در پاسخ را فراهم می‌کند، بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تمرکز آن بر روی دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد شهر اهواز است که در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم کنترل شرایط شغلی، اجتماعی و اقتصادی افراد شرکت‌کننده است که می‌تواند بر نتایج پژوهش تاثیرگذار

1. Neff & McGehee

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

باشـــد. از آنجایی که درمان مبتنی بر شـــفقت بر نافرمانی مقابله‌ای و خودمهارگری دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد یک روش به نسبت کم هزینه، کاربردی و کارآمد اسـت، بنابراین نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و متخصـصـان و مشـاوران اشـارات کاربردی دارد. پیشـنهاد می‌شـود مسـئولان و برنامه‌ریزان بر اسـاس نتایج این پژوهش و سـایر پژوهش‌ها برای کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهبود خودمهارگری برنامه‌های جامع و کاربردی طراحی و از طریق درمانگران متخصـص و مجرب اقدام به اجرای آن‌ها کنند. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مثل تصادفی استفاده شود. این مطالعه بر روی دانش‌آموزان با والد وابسته به مواد سایر شهرها انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهادهای دیگر اسـتفاده از مصـاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها به جای پرسـشـنامه و یا در کنار پرسشنامه و پیگیری اثربخشی نتایج در بلندمدت می‌باشد

منابع

امیدیان، سارا؛ کاظمیان‌مقدم، کبری و هارون‌رشیدی، همایون (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۳۲۷-۳۰۹.

آقاعلی طاری، شادی؛ حقانی، رقیه و نیکخواه، بهنوش (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر پرخاشگری و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۶)، ۲۲۱۹-۲۲۱۱.

آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و محمدی، الهام (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم والدین) در دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۵۸-۴۳.

پاک‌مهر، حمیده و کاظمی، مرضیه (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سبک‌های مقابله با استرس، خودانتقادی و تنظیم هیجان معلمان دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در زمان همه‌گیری کرونا. *پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۱۶، ۱۸۲-۱۵۹.

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

توحیدی‌فر، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۲)، ۱-۱۰.

جدیدی، علی و ارشدی، آذر (۱۳۹۷). مقایسه مهارت‌های زندگی و کارکردهای اجرایی کودکان دارای والدین مصرف‌کننده و غیرمصرف‌کننده مواد اعتیادآور. *فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره*، ۱(۲)، ۶۸-۵۱.

خدری، معصومه؛ شیرالی‌نیا، خدیجه و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوارفکری و استرس ادراک‌شده دختران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۲)، ۲۲۳-۲۰۱.

خرمی‌نژاد، پریسا؛ خلعتبری، جواد و صیرفی، محمدرضا (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸ (۱)، ۵۹-۵۰.

رشیدی، شیما؛ چوب فروش‌زاده، آزاده و متقی‌دستنائی، شکوفه (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های خودتعیین‌گری و افکار خودکشی در نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱۴۳-۱۳۳.

رهبری غازانی، نسرین؛ حاجلو، نادر و آقاجانی، سیف اله (۱۴۰۲). اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه حل‌محور کوتاه‌مدت بر تغییر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۷)، ۱۰۰-۷۹.

سعدی پور، اسماعیل؛ سلطانی زاده، هدایا و درتاج، فریبرز (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودمهارگری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سطح اضطراب امتحان بالا و پایین. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۱۹۴-۱۸۳.

سعیدی، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و علیپور، احمد (۱۳۹۵). خودمهارگری و سلامت: نقش تعدیل‌کننده شفقت‌خود. *روان‌شناسی سلامت*، ۵(۱۹)، ۹۸-۸۵.

شش‌بلوکی، فرناز و هارون‌رشیدی، همایون (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۲۱۰-۱۹۹.

شیرازی، محمود و جانفزا، منور (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۳)، ۶۹-۵۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۳۱-۱۱۵.

طاهری، اکبر؛ مرعشی، سیدعلی؛ حمید، نجمه و بشلیده، کیومرث (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی-رشدی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۸(۱)، ۲۰-۳۳.

فروغی، علی‌اکبر؛ رئیسی، سجاد؛ منتظری، نفیسه و ناصری، مطلب (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۹(۴)، ۱۳۷-۱۵۲.

قدم‌پور، عزت‌اله؛ امیریان، لیلا و دهنوی، حدیث (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به مواد مخدر بر اساس خودکنترلی، تحمل آشفتگی و احساس تنهایی در زنان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۴(۵۱)، ۶۲-۴۹.

قوامی، مریم؛ کاظمیان‌مقدم، کبری؛ غلامزاده جفره، مریم و شهبازی، مسعود (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خود معرف به سازمان بهزیستی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۷)، ۱۵۳-۱۸۰.

نعمت‌زاده سوته، پریسا؛ قنادزادگان، حسینعلی و عمادیان، سیده علیا (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر تعلل و مداخله چندبعدی انگیزشی شناختی بر اهمال‌کاری دانش‌آموزان دارای والد وابسته به مواد مقطع متوسطه دوم. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۳(۴۹)، ۷۷-۹۰.

ورمرزیاری، زهرا و گل‌پور، رضا (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر خودانتقادی و خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب امتحان. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۲(۱۶)، ۱۳-۱.

هاشمی، زهره و شاهجویی، تقی (۱۴۰۱). مقایسه میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، خودمهارگری و سبک‌های دلبستگی در کودکان با و بدون والد وابسته به مواد. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۹(۳)، ۴۷-۶۱.

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

References

Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Minaye, S. Y. (2021). Prevalence and risk factors of psychoactive substance abuse among students in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine & surgery*, 8(70), 102-117.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. US: American Psychiatric Pub**.**

Andersen, B., & Rasmussen P. H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of compassionate health care,* 4(14), 1-11.

Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & behavior,* 90, 154-161.

Bertrams, A. (2012). How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades. *Learning and individual differences*, 22(6), 833-838.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.

Guo, L., Tian, L., & Huebner, E. S. (2018). Family dysfunction and anxiety in adolescents: A moderated mediation model of self-esteem and perceived school stress. *Journal of school psychology*, 69, 16-27.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psychologist,* 40(7), 976-1002.

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence,* 155, 1-7.

Linde, J., Luoma, J. B., Ruck, C., Ramnero, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Body Dysmorphic Disorder: A Multiple Baseline Study. *Behavior modification,* 47(3), 693–718.

Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public health,* 174, 1-10.

Malka, M., Huss, E., Bendarker, L., & Musai, O. (2018). Using photovoice with children of addicted parents to integrate phenomenological and social reality. *The arts in psychotherapy,* 60, 82-90.

Naismith, I., Ripoll, K., & Pardo, V. M. (2021). Group Compassion-Based Therapy for Female Survivors of Intimate-Partner Violence and Gender-Based Violence: a Pilot Study. *Journal of family violence*, 36, 175–182.

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 74, 210-220.

Ridder, D. D., Deboer, B. J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & Van Hooft, E. J. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and individual differences*, 50(7), 1006-1011.

Swanson, J., Deutsch, C., Cantwell, D., Posner, M., Kennedy, J., Barr, C., Moyzis, R., Schuck, S., Flodman, P., & Spence, A. (2001). Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical neuroscience research*, 1, 207–216.

Swanson, J., Nolan, W., & Pelham, E. (1981). *The SNAP rating scale for the diagnosis of attention deficit disorder*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association; Los Angeles.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of personality*, 72(2), 272-324.

Tonacci, A., Billeci, L., Calderoni, S., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Pisano, S., & Muratori, P. (2019). Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation. *Journal of affective disorders*, 257, 207-213.

Watts, S. J., & Iratzoqui, A. (2019). Unraveling the relationships between low self-control, substance use, substance-using peers, and violent victimization. *American journal of criminal justice*, 44(6), 979-997.

Weinberg, D. (2013). Post-humanism, addiction and the loss of self-control: Reflections on the missing core in addiction science. *International journal of drug policy*, 24, 173‑181.

Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and identity*, 12(2), 146-59.

Zhia, K., Chena, Y., & Huang, J. (2020). Children's self-control and family savings for education: An empirical examination from China. *Children and youth services review*, 119, 1055-1060.

سال هجدهم، شماره ۷۱، بهار ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 71, Spring 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.71.139] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]