

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر

Comparison of the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy group training on anger control in female adolescents

Zahra Rafsanjani Akbarabadi

PhD Student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Marjan Hossienzadeh Taghvai*

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Marjantaghvai@yahoo.com

Esmat danesh

Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Addis Kraskian Mojmanaree

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Arezoo Tarimoradi

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

زهرا رفسنجانی اکبرآبادی

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مرجان حسینزاده تقوایی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

عصمت دانش

استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

آدیس کراسکیان موجمناری

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

آرزو تاریمرادی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy group training on anger management in female adolescents. In terms of purpose, the present study is a part of applied research and in terms of method, it is a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and control group. The research population consisted of all 10th and 11th-grade female high school students in Karaj from 1300 to 1400, from which 45 people were selected as a sample. The tools of the present study included the Novaco Anger Control Questionnaire (AI) (1994). The compassionate mind group training intervention was performed during 8 sessions of 1.5 hours and the cognitive therapy group training intervention based on mindfulness was performed during 10 sessions of 1.5 hours. But the control group did not receive any intervention. The research data were analyzed by mixed analysis of variance (repeated measures). Findings showed that group training of compassionate mind and mindfulness-based cognitive therapy is effective in controlling adolescent anger ($P < 0.05$). The results also showed that there was no difference between the effectiveness of two interventions of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy group training in anger control ($p < 0.05$). It can be concluded that group training in compassionate mind and group training in mindfulness-based cognitive therapy is effective in controlling the anger of female adolescents.

Keywords: *Compassionate mind group training, mindfulness-based cognitive therapy group training, anger control*

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر بود. پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم متوسطه دوم شهر کرج در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که از بین آن‌ها به صورت در دسترس ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کنترل خشم نواکو (AI) (۱۹۹۴) بود. مداخله آموزش گروهی ذهن مشفق طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و مداخله آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته انجام شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد آموزش گروهی ذهن مشفق و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان موثر است ($P < 0.05$). همچنین یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی دو مداخله آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنترل خشم تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتیجه‌گیری می‌شود آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنترل خشم نوجوانان دختر موثر می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: آموزش گروهی ذهن مشفق، آموزش گروهی شناخت

درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کنترل خشم

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات هیجانی، رفتاری و فیزیکی همراه است (لساکسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانی سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی روانی و اجتماعی است و نیز دوره‌ای بحرانی است که در آن بلوغ اتفاق می‌افتد. بلوغ، دوره‌ای برای انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی است. تغییرات بلوغ، نوجوان را به سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش می‌برد که در گذر آن، زیربنای زندگی بزرگسالی و سالمندی پی‌ریزی می‌شود (برون^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان پرخاشگری یکی از مسائل مهم در دوران نوجوانی و جوانی است و به‌عنوان یک معضل مهم و روبه‌افزایش در روابط اجتماعی و بین فردی در این دوران شناخته شده است (آلکامانی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). خشم به عنوان یک مسئله بالینی با پیامدهای منفی بسیاری مانند رفتار پرخاشگرانه، خشونت خانوادگی، سوء مصرف مواد و مسائل جسمانی همراه است (اوترپوهل^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

مداخله در این دوره مهم رشدی برای کمک به پیشگیری از آسیب‌های روانی دوره بزرگسالی ضروری است. یکی از رویکردهای جدیدی که هم از اصول درمان‌های شناختی رفتاری بهره‌مند است و هم بر کنترل هیجانات تأکید دارد، آموزش ذهن مشفق^۵ است. درمان مبتنی بر ذهن مشفق (آموزش توجه مهرورانه به خود) توسط گیلبرت برای افرادی که مشکلات مزمنی نظیر اضطراب و افسردگی داشته‌اند و دچار شرمساری و خود تخریبی و خود سرزنشگری شده‌اند. پدید آمد (بیومونت^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). خود شفقتی تأثیر قابل توجهی در پریشانی روانی ابعاد مختلف نشانه‌های روان‌شناختی و عاطفه مثبت دارد (بک^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). مدل شفقتی که در ذهن مشفق مورد استفاده قرار می‌گیرد بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافت‌های مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (آدام^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در ذهن مشفق ماهیت و کارکرد شفقت با نوع‌دوستی و مهرجویی مرتبط است (مک ویکار^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). محققین نشان داده‌اند که تکامل رفتار مهرجویانه نیازمند تغییرات معنی‌داری در سازمان‌دهی رفتار جنگ‌گریز می‌باشد. یعنی رفتار مهرجویانه انسان‌ها نشان‌دهنده توانایی خاموش و کم قدرت سازی سیستم محافظت و خطر و تحریک سیستم‌های مرتبط با تجربه عواطف مثبت است (ویلیامسون^{۱۰}، ۲۰۲۰). دیو^{۱۱} (۲۰۰۵) سه سیستم را در ارتباط با سیستم‌های تنظیم هیجانات مورد شناسایی قرار داده است؛ این سیستم‌ها عبارت‌اند از: ۱- نظام‌های متمرکز بر تهدید و محافظت از خود؛ شامل مجموعه‌ای از هیجان‌های منفی مثل اضطراب و استرس و مجموعه‌ای از رفتارهای دفاعی مثل جنگ، گریز، خشک زدن و سلطه‌پذیری می‌باشد؛ ۲- سیستم متمرکز بر سابق، جستجو و اکتساب؛ هیجان‌ها و فعالیت‌های لذت‌بخش محصول فعالیت اجزای این سیستم است و ۳- سیستم رضایت، تسکین و مهرجویی؛ عامل ایجاد حالت‌های رضایت و آرامش در زمان‌هایی که سیستم متمرکز بر تهدید فعال می‌باشد یا ارگانیزم در جستجوی منابع جدید نیست (به نقل از اتوک^{۱۲}، ۲۰۲۰).

برای بسیاری از افرادی که درگیر اختلالات روان‌شناختی هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود در یک پرکاری شدید به سر می‌برد به گونه‌ای که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی تجربه شده توسط این افراد است. برعکس، در این افراد سیستم رضایت و تسکین از سطح رشد یافتگی پایین‌تری برخوردار است، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند (کریگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). این افراد به دلیل کم تحولی سیستم تسکین بخشی به شدت در برابر خود انتقادی و تجربه‌ی خلق پایین آسیب‌پذیرند، زیرا سیستم تسکین بخشی

1- Lsaksson

2- Brown

3- Alaka Mani

4- Otterpohl

5- Compassionate Mind Training(CMT)

6- Beaumont

7- Beck

8- Adam

9- McVicar

10- Williamson

11- Depue

12- Atuk

13- Craig

این افراد در این مواقع نمی‌تواند کارکرد حمایتی خود را اعمال کند و این کار نیز زمینه‌ای را برای ایجاد آسیب‌شناسی روانی ایجاد می‌کند (گیلبرت و ماسکارو^۱، ۲۰۱۷). برای این افراد درمان ذهن مشفق مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه‌ی تحول آن فراهم می‌شود (به نقل از گیلبرت و پراکتر^۲، ۲۰۰۶). به طوری که یافته‌های پژوهش بالسامو^۳ (۲۰۱۳) که بر روی ۲۳۰ دانشجوی ایتالیایی انجام گرفت نشان داد که شفت درمانی بر کاهش نشانگان افسردگی و افزایش کنترل خشم دانشجویان مؤثر است. از طرفی توسون^۴ (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر محیط مدرسه بر کنترل خشم دانش‌آموزان پرداخت و به این نتیجه رسید که روابط شفقت‌آمیز در مدرسه به‌طور چشم‌گیری پرخاشگری را در دانش‌آموزان کاهش می‌دهد. همچنین وانگ^۵ و همکاران (۲۰۱۷) طی پژوهشی نشان دادند که شفقت به خود سبب کاهش رفتارهای غیراخلاقی در افراد می‌شود.

یکی از رویکردهایی که در چند دهه اخیر در زمینه سلامت روان پیشرفت عمده‌ای داشته است، رویکرد درمان شناختی رفتاری است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین^۶، ۱۹۹۰؛ به نقل از اسپومر^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (گیبسون^۸، ۲۰۱۹). این فرآیند شامل ایجاد روش خاصی از بذل توجه به تجربیات ما است که کم‌وبیش با روش متداول و روزمره بذل توجه ما به زندگی خود تفاوت دارد (گندلمن^۹ و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی، بیانگر نوعی مشاهده متمرکز، انعطاف‌پذیر و لحظه‌به‌لحظه آشکار شدن جریان افکار، احساسات و حس‌های جسمانی است که خود را در حیطه هوشیاری ما عرضه می‌کند (کرسول^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹).

در ذهن آگاهی از افراد خواسته می‌شود تا اولاً قضاوت خود درباره این تجربیات را به حالت تعلیق درآورده و ثانیاً آگاهی خود را برای چندمین بار با جدیت و درعین حال به‌آرامی، به جریان رویدادهایی معطوف کنند که در حیطه هوشیاری آنها قرار دارند (رینا و کودسیسیا^{۱۱}، ۲۰۲۰). رویکردهای مرتبط بر ذهن آگاهی به آگاهی از افکار تأکید می‌کنند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود (هاینج و تورکوآتی^{۱۲}، ۲۰۱۹). با این حال به‌جای تغییر افکار مشکل‌آفرین، ترجیح داده می‌شود که این افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا تشخیص داده شوند که می‌توانند به‌صورت بالقوه مشکل‌آفرین باشند، اما در حال حاضر خطری ایجاد نکرده‌اند (هووانگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). به‌جای اینکه تغییر افکار لازم باشد، مشاهده‌ی روشن و گذرا دیدن تکان‌ها می‌تواند تجربه‌های خصوصی را به حالت بی‌خطری تبدیل کند، هرچند که آن‌ها همچنان ممکن است ناخوشایند باشند (کودسیسیا^{۱۴}، ۲۰۱۹). آموزش ذهن آگاهی، در یاری‌دادن بیماران جهت مقابله با خشم، کارآمد است (کو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). به همین دلیل درمانگرانی که در جستجوی گسترش دامنه درمان شناختی رفتاری جهت بهبود تنظیم هیجان هستند، علاقه خاصی به آموزش ذهن آگاهی دارند (ترلاون^{۱۶}، ۲۰۱۸).

هدف آموزش ذهن آگاهی، تشویق بیماران به تجربه کردن هیجان‌ها با سعه‌صدر، در همان لحظه و بدون واکنش‌پذیری شدید رفتاری است (باکتر^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی تنظیم هیجان و تحمل عواطف، به‌طور فزاینده‌ای در رویکردهای برجسته رفتاری و شناختی مانند ACT (لی^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۷) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کودسیسیا، ۲۰۱۹) مورد استفاده قرار می‌گیرد. پژوهش‌های انجام شده نیز تأثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کنترل خشم تأیید کرده‌اند؛

1 - Gilbert, Mascaro

2 - Procter

3 - Balsamo

4 - Tosun

5 - Wang

6 - Kabat – zinn

7 - Schumer

8 - Gibson

9 - Guendelman

10 - Creswell

11 - Reina, Kudesia

12 - Huynh, Torquati

13- Hwang

14- Kudesia

15- Kuo

16 - Treleaven

17 - Buckner, Lewis, Abarno, Heimberg

18 - Li

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر
Comparison of the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy ...

از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش گنزالز-باربادیلو^۱ و همکاران (۲۰۲۱) اشاره کرد که در پژوهشی با عنوان نشخوار خشم و ذهن آگاهی: تأثیرات میانجی بر بخشش نشان دادند که بین خشم و ذهن آگاهی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین کو و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم در دانشجویان نشان دادند که درمان گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم مؤثر است.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته تأثیر مثبت دو درمان ذهن مشفق و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانات تأیید شده است؛ اما در هر کدام از پژوهش‌های ذکر شده نبودن گروه کنترل و پی‌گیری، قابلیت اطمینان و تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته با تأکید بر درمان شناختی رفتاری از توجه به درمان جدیدتر (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) که از نظر اصول اولیه و روش با درمان شناختی رفتاری متفاوت است؛ غفلت داشته‌اند. از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان متمرکز بر ذهن مشفق سازه‌ای نوپا در روانشناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به ویژه در بافت فرهنگ ایرانی که ماهیتی متفاوت نسبت به کشورهای غربی دارد و ابراز هیجانات به خصوص خشم در نوجوانان دختر را از منظری متفاوت می‌نگرد؛ احساس می‌شود. علاوه بر این، اگر چه آموزش ذهن مشفق نوعی از آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد، لیکن، این آموزش به‌طور کلی روی فن‌های این روش تمرکز نمی‌کند؛ بنابراین بررسی مقایسه‌ای این دو روش مداخله‌ای بر کنترل خشم احساس می‌شود؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری دربرگیرنده تمامی دانش آموزان دختر پایه دهم و یازدهم متوسطه دوم شهر کرج در نیم سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. که از بین آن‌ها ۴۵ دانش‌آموز به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۵ نفر گروه آزمایش آموزش مبتنی بر ذهن مشفق، ۱۵ نفر گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه گواه) انتخاب و به‌صورت تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا آزمایش جایگزین شدند. معیارهای ورود به نمونه شامل کسب نمره‌هایی که براساس پرسشنامه که نشان دهنده خشم بالا بود (افرادی که در این مقیاس نمره بالاتر از میانگین که نمره ۵۰ بود، کسب نمودند؛ پرخاشگری بالا و افرادی که نمره‌های آنان کمتر از میانگین گزارش شد، پرخاشگری پایین نشان دادند (نواکو، ۱۹۹۹))؛ سن (۱۳ تا ۱۵ سالگی)، زندگی مشترک با والدین؛ رضایت کتبی والدین و تمایل دانش‌آموز به همکاری و شرکت در جلسات و ملاک‌های خروج؛ شرکت در گروه‌های درمانی دیگر به صورت همزمان، مصرف دارو و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق کنترل خشم نواکو مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت تحت مداخله ۸ جلسه‌ای و براساس جلسات ۹۰ دقیقه، هفته‌ای یک بار و گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز تحت مداخله‌ی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه هفته‌ای یک بار قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشت یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه کنترل خشم نواکو (AI): این پرسشنامه توسط نواکو^۱ در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است و شامل ۲۵ ماده است که خشم، تهاجم و کینه تیزی را می‌سنجد. پرسشنامه خشم نواکو عبارت است از ۲۵ آیتم که هر کدام موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند. این آیتم‌ها موقعیت فرد را در حالت‌های مختلف خشم قرار می‌دهند. همچنین این مقیاس به پنج بخش فرعی تقسیم می‌شوند که اندازه تحریک فرد را نشان می‌دهد و گزینه‌های آن به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. این مقیاس در شهر لوس‌آنجلس در گروه‌های سنی مختلف بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرایی شده است؛ پایایی آزمون-بازآزمون برابر ۰/۹۶ و درونی بالا ۰/۸۸ روایی محتوایی آن برابر با ۰/۸۶ محاسبه شده است (نواکو، ۱۹۹۸ به نقل از محمودی ۱۳۹۵). مختار ملک پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و پایایی) مقیاس خشم نواکو بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شده است روایی آزمون با استفاده از سه روش همبستگی نمره‌های آزمون با آزمون پرخاشگری باس و پری ۰/۷۸، روش بررسی روایی محتوایی با شاخص میانگین واریانس استخراج شده ۰/۸۶ و روش تحلیل عاملی مقیاس بررسی شد. همچنین پایایی آزمون با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی به دست آمد. نتایج نشان داد که پایایی این آزمون با روش آلفا کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش باز آزمایی در فاصله زمانی دو هفته برابر با ۰/۷۳ و روایی آزمون (همبستگی با آزمون باس و پری) برابر با ۰/۷۸ گزارش شد. ضمن اینکه روایی محتوایی مورد تأیید ۵ متخصص روانشناس، مشاور و جامعه‌شناس قرار گرفت و با تحلیل عوامل نیز تأیید شد (به نقل از محمودی ۱۳۹۵). همچنین در پژوهشی که توسط محمودی (۱۳۹۵) بر روی دانش آموزان متوسطه اول صورت گرفت پایایی این آزمون را با روش آلفا کرونباخ برابر ۰/۸۷ و روایی محتوایی آزمون برابر با ۰/۸۱ گزارش شد همچنین روایی با تحلیل عوامل نیز تأیید شد. آلفای کرونباخ گزارش شده برای پرسشنامه خشم نواکو در پژوهش حاضر ۰/۸۹ گزارش شد.

جدول ۱. مداخلات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بر اساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۵؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴)

جلسه	محتوا
جلسه اول	جلسه معارفه اعضا، تشریح قوانین گروه و اجرای ۲ پرسشنامه برای دو گروه مداخله و گروه کنترل (پیش‌آزمون).
جلسه دوم	ارائه سرفصل‌های هر یک از جلسات، معرفی اجمالی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، مروری بر علائم خشم و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به خشم و تنظیم هیجانی، آگاهی از افکار و احساسات به شیوه‌ی فراشناختی، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن وارسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین وارسی بدن، مرور بر افکار خود آیند منفی، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در تأمل نشستن، بازنگری تمرین.
جلسه پنجم	ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه. تعیین تکلیف خانگی.
جلسه ششم	تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه‌سازی، گسترش دادن) ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه‌ای شنیدن. بازنگری تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	ایجاد رابطه‌ای متفاوت باتجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	مروری بر مبحث افکار حقایق نیستند و روش‌هایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید، انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، مروری بر جلسات گذشته و اجرا پس‌آزمون برای دو گروه مداخله و گروه کنترل.

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر
Comparison of the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy ...

جدول ۲. آموزش گروهی ذهن مشفق بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسات	محتوا
جلسه اول	درک شفقت به خود ذهن آگاه: در جلسه اول تمامی شرکت‌کنندگان به همدیگر معرفی می‌شوند و برنامه نیز به آن‌ها معرفی می‌شود.
جلسه دوم	تمرین ذهن آگاهی: ذهن آگاهی را می‌توان به این صورت معنی کرد: آگاهی از تجربیات کنونی و پذیرش آن‌ها. در این جلسه به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که توجه خود را به یک چیز واحد مانند تنفس متمرکز کنند و به این وسیله احساس آرامش کنند.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و مهر ورزیدن: در این جلسه شرکت‌کنندگان تمرین مهر ورزیدن را یاد می‌گیرند. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربان هستم و این تمرین یا در جلسات رسمی کلاس و یا در طول روز انجام می‌شود.
جلسه چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود: درس اصلی جلسه چهارم این است که چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی شفقت به خود را در خود تمرین کنند.
جلسه پنجم	عمیق زندگی کردن: در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد پرداخته می‌شود.
جلسه ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار: عواطف دارای اجزا فیزیکی و عاطفی (افکار و واکنش‌های جسمی) هستند.
جلسه هفتم	تغییر روابط: تمامی رابطه‌ها شامل درد هستند. تمرینات این جلسه شامل تغییر درد روابط، چه درد ذاتی و یا چه دردی که ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه شامل باشد هستند.
جلسه هشتم	قبول و پذیرش زندگی: این جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد.

یافته‌ها

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه درمان مبتنی بر ذهن مشفق $16/6 \pm 0/617$ ؛ در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی $17/1 \pm 0/833$ و در گروه کنترل $16/6 \pm 0/632$ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۶ و حداکثر سن ۱۸ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ ، تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه از نظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کنترل خشم در بین سه گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درمان مبتنی بر ذهن مشفق	۶۷/۵	۲/۷۲	۶۰/۷	۴/۸۴	۴/۷۵
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۶۷/۲	۲/۴۳	۶۰/۸	۴/۶۲	۴/۴۵
گروه گواه	۶۷/۰۶	۳/۰۱	۶۷/۳	۳/۳۹	۳/۱۸

جدول ۲ میانگین کنترل خشم را در سه گروه نشان می‌دهد همین‌طور که مشاهده می‌شود؛ کنترل خشم در بین سه گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. در ادامه جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن مشفق و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در توازن خود و کنترل خشم دارای مفروضه‌های است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان داشت. به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج در قبل از مداخله در درمان مبتنی بر ذهن مشفق $0/897$ ، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی $0/966$ و در گروه کنترل $0/979$ ($p > 0/05$) گزارش شد. این نتایج در بلافاصله بعد از مداخله در گروه درمان مبتنی بر ذهن مشفق $0/933$ ، در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی $0/891$ و در گروه کنترل $0/972$ ($p > 0/05$) گزارش شد. همچنین نتایج

این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه درمان مبتنی بر ذهن مشفق ۰/۸۷۷، گروه شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۱۹ و در گروه کنترل نیز ۰/۹۴۳ ($P > ۰/۰۵$) گزارش شد. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کواریانس برای گروه ذهن مشفق از آزمون باکس استفاده شد (۴۶/۹=آماره ام‌باکس، $F=۶/۹$ ، $P < ۰/۰۱$)، که سطح معنی‌داری میزان F بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. کرویت ماچلی (۰/۰۶۴=آماره موشلی، $\chi^2=۷۴/۲$ توزیع خی دو، $P < ۰/۰۱$) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F=۰/۱۱۳$ ، $P > ۰/۰۵$)، پس‌آزمون ($F=۱/۱۱۸$ ، $P > ۰/۰۵$) و پیگیری ($F=۱/۵۷$ ، $P > ۰/۰۵$) گزارش شد که نشان دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است. از طرفی این نتایج برای گروه شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی آزمون (۴۷/۲=آماره ام‌باکس، $F=۶/۹۶$ ، $P < ۰/۰۱$)، که سطح معنی‌داری میزان F بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. کرویت ماچلی (۰/۰۵۹=آماره موشلی، $\chi^2=۷۶/۳$ توزیع خی دو، $P < ۰/۰۱$) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F=۰/۷۴۹$ ، $P > ۰/۰۵$)، پس‌آزمون ($F=۱/۷۵$ ، $P > ۰/۰۵$) و پیگیری ($F=۲/۱$ ، $P > ۰/۰۵$) گزارش شد که نشان دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری	مجذور ایتهای تفکیکی
گروه ذهن مشفق	آزمون پیلایی	۰/۶۹۹	۳۱/۳ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰۱	۳۱/۳ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۲	۳۱/۳ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۳۲	۳۱/۳ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
گروه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آزمون پیلایی	۰/۷۰۶	۳۲/۴ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۹۴	۳۲/۴ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
	آزمون اثر هتلینگ	۲/۴۰	۳۲/۴ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۴۰	۳۲/۴ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶

چنانکه اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد، در گروه ذهن مشفق، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لانداوی ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. ($\eta^2 = ۰/۳۰۱$ ، $F=۳۱/۳$ ، $P=۰/۰۰۱$ ، $F=۳۱/۳$ ، $Wilks\ Lambda = ۰/۳۰۱$). همچنین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لانداوی ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. ($\eta^2 = ۰/۲۹۴$ ، $F=۳۱/۳$ ، $P=۰/۰۰۱$ ، $F=۳۱/۳$ ، $Wilks\ Lambda = ۰/۲۹۴$). به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که در "کنترل خشم" بین گروه‌های آزمایش و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۶۹/۹ درصد و ۷۰/۶ درصد از تغییرات همزمان متغیر وابسته (کنترل خشم) به ترتیب مرتبط به گروه (آموزش ذهن مشفق و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) است. جهت بررسی اینکه کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کنترل خشم با هم تفاوت دارند مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت. نتایج در جدول ۴ به قرار زیر گزارش شد:

جدول ۴. آزمون یونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

مراحل پژوهش	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پس آزمون	کنترل	گروه ذهن مشفق	گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۱۳۳	۱
	خشم	گروه ذهن مشفق	گروه کنترل	-۶/۶*	۰/۰۰۱
پیگیری	کنترل	گروه ذهن مشفق	گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۶/۴۶*	۱
	خشم	گروه ذهن مشفق	گروه کنترل	۰/۱۳۳	۱
پیگیری	کنترل	گروه ذهن مشفق	گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۷/۲*	۰/۰۰۱
	خشم	گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	۷/۰۶*	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون یونفرونی در جدول ۴ در پس آزمون در کنترل خشم بین گروه ذهن مشفق و گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$)؛ همچنین بین گروه ذهن مشفق و گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد ($P < 0/01$). به عبارتی هر دو روش بر افزایش کنترل خشم اثر داشته اند؛ همچنین این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثر بخشی بر کنترل خشم با یکدیگر نداشتند؛ این نتایج در پس آزمون هر دو مداخله نیز دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد آموزش ذهن مشفق و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت پایدار بر کنترل خشم نوجوانان دختر موثر است؛ اما بین اثربخشی این دو مداخله در کنترل خشم تفاوتی دیده نشد. نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۷)، برغندان و اکبری (۱۳۹۷)، متقی نیا (۱۳۹۷)، وانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۷) و الاین^۲ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: آموزش ذهن مشفق متمرکز بر کار روی هیجان‌ها است. به نظر می‌رسد این روش با وضوح بیشتر بهره‌گیری از لحن و صدای درونی مثبت و مشفقانه را تقویت کرده و افراد را قادر می‌کند برای احساس ضروری امنیت تلاش بیشتری نشان دهند. انجام و تکرار تمرین‌هایی از جمله تنفس تسکین بخش برای ایجاد الگوهای داخلی ایمن و مشفقانه می‌تواند یک محیط مطلوب برای مقابله با خلق نامتناسب، حل تعارضات هیجانی و تغییرات درمانی فراهم کند. در واقع، این آموزش‌ها مثل یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل کرده و به نوجوانان با خشونت بالا کمک می‌کند تا به جای اجتناب از هیجان‌ات منفی خود، آن‌ها را بپذیرند و با تسهیل تنظیم هیجانی اثربخش بر خشم خود غلبه کنند.

در ارتباط با همسویی پژوهش حاضر در تاثیر مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم می‌توان گفت نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون پورمحمدی و همکاران (۱۳۹۴)، جاه‌طلب ضیا بری (۱۳۹۷)، شایق بروجنی و همکاران (۱۳۹۸) و آموتیو و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: ذهن آگاهی با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیرقضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خودتنظیمی و خود نظارتی فرد بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند. ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، فرصتی فراهم می‌آورد تا افراد بدون قضاوت، احساس‌های بدنی، شناخت‌ها، ادراک‌ها و هیجان‌اتشان را مشاهده کنند و آنها را بپذیرند و دریابند که افکار، لزوماً منطبق با واقعیت نیست (آموتیو و همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی می‌توان گفت: تمرینات ذهن

1 - Wang

2 - Elaine

آگاهی به فرد امکان می‌دهد که پاسخ‌های خودکار و عاداتی به تجربه‌های استرس‌زا را کاهش داده و در طول زمان با پرورش یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیرقابل تغییر زندگی، فعال‌سازی سیستم پاسخ استرس را کاهش دهد.

همچنین در مقایسه بین دو مداخله ذهن‌مشفق و درمان شناختی-مبتنی بر ذهن آگاهی نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش هیندمن^۱ و همکاران (۲۰۱۴) ناهمسو و با نتیجه پژوهش فراستادوتیر و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های ضروری شفقت به خود است و در همین راستا در فرایند آموزش ذهن آگاهی، شناسایی درد و رنجی که افراد متحمل می‌شوند در افزایش شفقت به خود، امری مهم است. لازمه شفقت به خود، ذهن آگاهی به معنای هوشیاری به این موضوع است که درد پدیده‌ای انسانی و برای همه انسانهاست و با پذیرش آن بتوانند با دیدی همراه با دلسوزی نسبت به خود از شدت یافتن آن و دامن زدن به آن بکاهند و از این طریق درد خود را به رنج تبدیل نکنند بلکه از شدت آن نیز بکاهند. فرد آموزش‌دهنده ذهن آگاهی خود از خصوصیت شفقت برخوردار است و این را به افراد تحت آموزش نیز منتقل می‌کند (فراستادوتیر و همکاران، ۲۰۱۹).

هرچند مبانی نظری دو رویکرد درمان مبتنی بر ذهن‌مشفق و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی متفاوت است، مؤلفه‌های این دو روش درمانی با در نظر گرفتن اصول اساسی این دو رویکرد، هم‌پوشانی دارد. رویکرد درمانی شفقت‌ورزی روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به صورت نسبتاً محدود استفاده شده است. با توجه به پژوهش حاضر از آنجایی که تفاوت زیادی بین دو مداخله دیده نشد می‌توان گفت: تلفیق نوع‌دوستی و شفقت‌ورزی با رویکرد موفق ذهن آگاهی می‌تواند فنون وسیع‌تر و متنوع‌تری در اختیار مشاورین و بالینی‌گران قرار دهد.

پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری در دسترس و حجم پایین نمونه بود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، از نمونه‌گیری تصادفی و نمونه‌گیری با حجم بالا استفاده گردد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-مبتنی بر ذهن آگاهی و ذهن‌مشفق تأثیر فزاینده‌ای بر کنترل خشم نوجوانان دختر دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی بر روی سایر مشکلات هیجانی نوجوانان نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد کتابچه‌هایی را طراحی کرد که در آن به تشریح تأثیر این دو درمان پرداخته شود و با قرار دادن کتابچه‌های مذکور در اختیار نوجوانان و مدارس و مسئولان آموزشی و پرورشی، گامی مؤثر در راستای ارتقاء و بهبود مشکلات دوران نوجوانی برداشته شود.

منابع

- افشانی، س.ع؛ ابویی، آ. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کنترل خشم دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، دوره ۱۱، شماره ۴۴، ۱۲۳-۱۰۳.
- برغندان، س؛ اکبری، ب؛ خلعتبری، ج؛ وارسته، ع.ر. (۱۳۹۷). تأثیر شفقت درمانی بر سازش‌یافتگی و شاد زیستی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر. *مجله سلامت روان کودک*، ۵(۲)، ۱۶۹-۱۵۷.
- پور محمدی، س؛ باقری، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، دوره ۱۱، شماره ۳، ۱۵۹-۱۴۱.
- جاه طلب ضیابری، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر مدیریت خشم بر بهزیستی روانی و راهبردهای مقابله با استرس مادران کودکان معلول جسمی حرکتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی بالینی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه عدالت.
- درفشی، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی، بهزیستی روانشناختی و شیوه‌های فرزندپروری مادران مطلقه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- رضایی، ن؛ سهراپی، ا؛ ذوقی پایدار، م.ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۷)، ۵۵-۴۴.
- رنجبر کهن، ز؛ نوری، ح.ر. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت محور*. تهران: نهر.

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر
Comparison of the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy ...

سگال، ز؛ ویلیامز، م؛ تیزدل، ج. (۲۰۰۵). راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن. ترجمه پروانه محمدخانی، عذرا جهانی تابش و شیمیا
تمنایی فر (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فرادید.

شایق بروجنی، ب؛ منشئی، غ.ر؛ سجادیان، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری
و اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II. *مجله دست آوردهای روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره ی چهارم،
شماره ی ۲. ۶۷-۸۸.

متقی نیا، م. (۱۳۹۷). *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر تاب آوری، دلبستگی ایمن و هویت یابی موفق نوجوانان خطر پذیر*. پایان نامه
کارشناسی ارشد. رشته مشاوره خانواده. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه پیام نور واحد اصفهان.

Adam, M. E., Eke, A. O., & Ferguson, L. J. (2021). "Know That You're Not Just Settling": Exploring Women Athletes' Self-
Compassion, Sport Performance Perceptions, and Well-Being Around Important Competitive Events. *Journal of Sport
and Exercise Psychology, 1*(aop), 1-11.

Alaka Mani, T.L., Kumar Sharma, M., Omkar, S.N., & Nagendra, H.R. (2018). Holistic assessment of anger in adolescents –
Development of a rating scale. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine, 9*, 195-200.

Atuk, E. (2020). *A study investigating the impact of a brief compassionate mind training on burnout and self-criticism in
mental healthcare professionals* (Doctoral dissertation, University of Southampton).

Balsamo, M. (2013). Personality and depression: Evidence of a possible mediating role for anger trait in the relationship
between cooperativeness and depression. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 46-52.

Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S., & Fairhurst, H. (2021). The impact of compassionate mind training on qualified health
professionals undertaking a compassion-focused therapy module. *Counselling and Psychotherapy Research.*

Beck, A. R., Verticchio, H., Seeman, S., Milliken, E., & Schaab, H. (2017). A mindfulness practice for communication
sciences and disorders undergraduate and speech-language pathology graduate students: Effects on stress, self-
compassion, and perfectionism. *American Journal of Speech-Language Pathology, 26*(3), 893-907.

Brown, M., Blanchard, T., & McGrath, R.E. (2020). Differences in self-reported character strengths across adolescence.
Journal of Adolescence, 79, 1-10.

Buckner, J.D., Lewis, E.M., Abarno, C.N., & Heimberg, R.G. (2020). Mindfulness training for clinically elevated
social anxiety: The impact on peak drinking. *Addictive Behaviors, 104*, 106- 122.

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and
acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics, 20*(4), 385-400.

Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: mechanisms
and outcomes. *Psychosomatic medicine, 81*(3), 224- 233.

Gibson, J. (2019). Mindfulness, interoception, and the body: A contemporary perspective. *Frontiers in Psychology, 10*, 2012-
2020.

Gilbert, P., & Mascaro, J. (2017). Compassion: Fears, blocks, and resistances: An evolutionary investigation. *The Oxford
handbook of compassion science, 399-420.*

Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: A pilot study of a group
therapy approach.) Clin Psychol Psy chother. (13), 353-379

González-Barbadillo, Á., Ortega-Sánchez, D., Ordóñez-Cambor, N., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2021). Anger Rumination and
Mindfulness: Mediating Effects on Forgiveness. *International Journal of Environmental Research and Public
Health, 18*(5), 2668.

Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological,
psychological, and clinical studies. *Frontiers in psychology, 8*, 220-231.

Huynh, T., & Torquati, J.C. (2019). Examining connection to nature and mindfulness at promoting psychological well-being.
Journal of Environmental Psychology, 66, 123- 135.

Hwang, Y. S., Medvedev, O. N., Krägeloh, C., Hand, K., Noh, J. E., & Singh, N. N. (2019). The role of dispositional
mindfulness and self-compassion in educator stress. *Mindfulness, 10*(8), 1692-1702.

Isaksson, J., Selinus, E. N., Åslund, C., & Nilsson, K. W. (2020). Physical activity in early adolescence predicts depressive
symptoms 3 years later: A community-based study. *Journal of Affective Disorders, 277*, 825-830.

Kudesia, R. S. (2019). Mindfulness as metacognitive practice. *Academy of Management Review, 44*(2), 405-423.

Kuo, J. R., Zeifman, R. J., Morrison, A. S., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2021). The moderating effects of
anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction
among individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, 285*, 127-135.

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A
systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment, 75*, 62-96.

McVicar, A., Pettit, A., Knight-Davidson, P., & Shaw-Flach, A. (2021). Promotion of professional quality of life through
reducing fears of compassion and compassion fatigue: Application of the Compassionate Mind Model to Specialist
Community Public Health Nurses (Health Visiting) training. *Journal of Clinical Nursing, 30*(1-2), 101-112.

Novaco, R.W., & Robins, S. (1999). Systems conceptualization and treatment of anger. *J Clinl Psychol, 55*, 325-37

- Otterpohl, N., Wild, E., Havighurst, S. S., Stiensmeier-Pelster, J., & Kehoe, C. E. (2021). The Interplay of Parental Response to Anger, Adolescent Anger Regulation, and Externalizing and Internalizing Problems: A Longitudinal Study. *Research on child and adolescent psychopathology*, 1-15.
- Reina, C. S., & Kudesia, R. S. (2020). Wherever you go, there you become: How mindfulness arises in everyday situations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 159, 78-96.
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569.
- Tosun, V. (2014). Anger management of students for a peaceful school environment: The group studies. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 159, 686-690.
- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. WW Norton & Company.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Williamson, J. (2020). Effects of a self-compassion break induction on self-reported stress, self-compassion, and depressed mood. *Psychological reports*, 123(5), 1537-1556.

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر
Comparison of the effectiveness of compassionate mind group training and mindfulness-based cognitive therapy ...