رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025*

# مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت

# Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Islamic Life Skills Training on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Internet Addiction

**مجید علیزاده**
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
**دکتر بهمن اکبری** (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
**دکتر بتول مهرگان**
گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

**Majid Alizadeh**
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
**Dr. Bahman Akbari ***
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran. bahmanakbari@iau.ac.ir
**Dr. Batool Mehrgan**
Department of Theology and Islamic Science, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

## چکیده
پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه این پژوهش شامل دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها، ۴۸ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌روش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۶ نفره) تخصیص یافتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱، CERQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر شفقت‌درمانی نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان به عنوان یک مداخله پایدار بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت مؤثر می‌باشد؛ اما شفقت‌درمانی مؤثرتر است.

***واژه‌های کلیدی:*** *تنظیم شناختی هیجان، اعتیاد به اینترنت، درمان متمرکز بر شفقت، مهارت‌های زندگی اسلامی، نوجوانان.*

## Abstract
This research aimed to comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and Islamic life skills training on cognitive emotion regulation strategies in adolescents with internet addiction. The present research method was a type of quasi-experimental study with a pre-test, post-test design, and a control group with a two-month follow-up period. The population of this research included students with internet addiction in Rasht in 2024, among them 48 students selected by purposive sampling, and randomly assigned to two experimental groups and a control group (16 people). The research questionnaire was the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al, 2001, CERQ). Repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used to analyze the data. The results showed that the pre-test scores of adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation had a significant difference with the post-test and follow-up scores (P>0.05). Also, the results indicated that there was a significant difference between the two treatments over time (P>0.05), which shows the greater effectiveness of compassion therapy than Islamic life skills. Therefore, it can be concluded that both treatments are effective as a stable intervention on cognitive emotion regulation strategies in adolescents with internet addiction, but compassion therapy is more effective.

***Keywords:*** *Cognitive Emotion Regulation, Internet Addiction, Compassion-Focused Therapy, Islamic Life Skills Training, Adolescents.*

**نوع مقاله : پژوهشی** **دریافت : فروردین ۱۴۰۴** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۴**

## مقدمه

در سال‌های اخیر، اینترنت که دستگاه‌هایی مانند رایانه‌ها، تبلت‌ها و تلفن‌ها را به یکدیگر متصل می‌کند و می‌تواند محرک تغییرات اجتماعی به عنوان یک وسیله ارتباطی جهانی باشد، به سرعت گسترش یافته است (کواگلیری[1] و همکاران، ۲۰۲۱). اینترنت وسیله مهمی برای ارتباط و به اشتراک گذاری اطلاعات است. فعالیت‌های بسیاری را ارائه می‌دهد که بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره را تغییر داده و همچنین آن را برای دانش‌آموزان آسان‌تر کرده است (کایا[2]، ۲۰۲۴). اگرچه اینترنت به خودی خود ابزار مفیدی است، اما پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد به موازات همه‌گیر شدن اینترنت، استفاده بیش ازحد ازآن می‌تواند به مشکلاتی شبیه اعتیاد و وابستگی منجر شود؛ به‌گونه‌ای که حتی اعتیاد به اینترنت، به‌عنوان بیماری همه گیر قرن ۲۱ تعریف شده است (یانگ[3]، ۲۰۰۹). همچنین شیوع اعتیاد به اینترنت در گروه دانش‌آموزان (فارغ از جنسیت) از ۷/۳ تا ۲۰/۷ درصد متغیر اعلام شده است (بریتو[4] و همکاران، ۲۰۲۳). بحث‌های قبلی در مورد اعتیاد حول این موضوع بود که آیا اعتیاد غیرموادی امکان‌پذیر است یا نه، اما اکنون اعتیاد به اینترنت، به عنوان یک اعتیاد رفتاری شناخته شده است و در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[5] گنجانده شده است (عینی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از عواملی که در تبیین اعتیاد به شبکه‌های مجازی نقش ویژه‌ای دارد، تنظیم شناختی هیجان است (الیوریا[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ کاواکلی[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ کواگلیری و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم شناختی هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد به نحوی که عملکرد سازگارانه مفید باشد (گارنفسکی و کرایج[8]، ۲۰۰۶). همچنین تنظیم شناختی هیجان به معنای بازبینی مثبت از شرایط موجود است و شخص با استفاده از این راهبرد می‌تواند در موقعیت‌های تنش‌زا، معنای موقعیت را برای خود تغییر داده و به‌طرز متفاوتی عمل نماید (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). به‌کاربردن درست این راهبردها به این معناست که افراد بتوانند از هرگونه تجربه‌های منفی یا ناخواسته اجتناب کنند و هیجان‌های خود را به صورت موثرتری، حتی زمانی که برانگیزاننده‌ها شدید هستند، کنترل کنند تا دچار استفاده مشکل‌ساز از شبکه‌های مجازی نشوند (مظلوم زاده و همکاران، ۱۴۰۰). الیوریا و همکاران (۲۰۲۴)، کاواکلی و همکاران (۲۰۲۴)، در پژوهشی دریافتند افرادی که دشواری در تنظیم شناختی هیجان دارند بیشتر به استفاده افراطی از تکنولوژی دچار می‌شوند و می‌توان گفت که عدم دسترسی به راهبردهای مناسب تنظیم شناختی هیجان یک عامل خطر برای این اعتیاد است. همچنین نتایج برخی پژوهش‌های دیگر حاکی از آن است که همبستگی منفی معناداری بین خودتنظیمی هیجانی با اعتیاد به اینترنت وجود دارد و افرادی که دچاراعتیاد به اینترنت هستند، نسبت به سایر افراد، مشکلات بیشتری در شناسایی و توصیف احساسات‌شان و تنظیم هیجان دارند (کواگلیری و همکاران، ۲۰۲۱؛ زارع و همکاران، ۱۴۰۲)۰

جهت مدیریت شرایط بحرانی و بهبود تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت، پروتکل‌های مختلفی ارائه شده است. یکی از آن‌ها، درمان متمرکز بر شفقت[9] است (کای[10] و همکاران، ۲۰۲۴؛ عین الاینایا[11] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ایرونز[12]، ۲۰۲۲). شفقت را می‌توان به‌عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف کرد (نف[13]، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت از معروف‌ترین روان‌درمانی‌های موج سوم رفتاردرمانی است که پل گیلبرت[14] آن را تدوین کرده است. این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد تحولی بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز درونی مراجعان باخودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت[15]، ۲۰۱۴). از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، ازطریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است. برخی مطالعات حاکی از تاثیر درمان متمرکز بر شفقت به خود برکاهش نگرانی و افکار خودآیند منفی می‌باشد. قارونی و راستین (۱۴۰۲)؛ پژوهنده و همکاران (۱۴۰۲)؛ و تابش مفرد و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهش خود نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان اثربخش است. روشنی گلنبر و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهش خود دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت به دلیل کارایی بالا تاثیر بسزایی در

1 Quaglieri
2 Kaya
3 Young
4 Brito
5 DSM-5
6 Oliveira
7 Kavaklı
8 Garnefski & Kraaij
9 Compassion-Focused Therapy
10 Cai
11 Ainul Inaya
12 Irons
13 Neff
14 Paul Gilbert
15 Gilbert

راهبردهای تنظیم شناخت هیجانی دارد. همچنین مطالعات کای و همکاران (۲۰۲۴)، عین الاینایا و همکاران (۲۰۲۴)، ایرونز (۲۰۲۲)، لاجوردی و همکاران (۱۴۰۳)، و دماوندیان و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان گروه‌های نمونه مختلف اثربخش است.

یکی دیگر از درمان های مؤثر بر تنظیم شناختی هیجان، آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی می‌باشد که ادبیات پژوهش اثربخشی این پروتکل را بر تنظیم شناختی هیجان نشان داده‌اند (عسکریان سرداری و همکاران، ۱۴۰۲؛ احمدپور و همکاران، ۱۴۰۲؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۲). به نقل از سازمان بهداشت جهانی، مهارت‌های زندگی شامل توانایی رفتار مثبت و سازگاری با دیگران است که می‌تواند به افراد در تصمیم‌گیری آگاهانه و برقراری ارتباط موثر کمک کند، مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی را توسعه دهد و آن‌ها را قادر سازد تا به طور موثر با چالش‌ها و نیازهای روزانه برخورد کنند (روبینو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجا که اسلام دین ماست، احکام و آموزه‌های حیات بخش را ارائه کرده است و هیچ یک از ابعاد فردی و اجتماعی زندگی انسان خالی از آموزه‌های وحیانی نیست و لذا مهارت‌های زندگی اسلامی بر پایهٔ آمیختگی مهارت‌های ضروری فردی- اجتماعی و سبک زندگی اسلامی است، زیرا بخش مهمی از فرهنگ و اعتقادات مردم متأثر از دین اسلام است (فرهمندامین و همکاران، ۲۰۲۱؛ مرحمتی و فولادچنگ ، ۱۳۹۶). بشارت و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه خود نشان دادند مذهب، پیش‌بینی‌کننده قوی برای خودتنظیمی هیجانی است و داشتن ایمان، باعث افزایش تحمل افراد در برابر سختی شده و آن‌ها را برای غلبه با چالش‌ها و مشکلات زندگی یاری می‌دهد. در همین راستا، روبینو و همکاران (۲۰۲۳) و فرهمندامین و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعات خود نشان دادند مهارت‌های زندگی بر اساس آموزه‌های اسلامی در مدارس می‌تواند بر ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان تأثیر بگذارد. نوروزی کوهدشت و همکاران (۱۳۹۹) نیز در مطالعه خود نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی دانش آموزان را قادر می‌سازد که به هویت مستقلی از خود به عنوان یک نوجوان متدین با پایبندی به ارزش های دینی، و بهبود راهبردهای یادگیری خودتنظیمی هیجانی دست یابند. عسکریان سرداری و همکاران (۱۴۰۲)؛ جباری ظهیرآبادی (۱۴۰۲)؛ احمدپور و همکاران (۱۴۰۱)؛ احمدی و همکاران (۱۴۰۰)؛ و مرحمتی و فولادچنگ (۱۳۹۶)، نیز در نتایجی مشابه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد اسلامی را بر افزایش تنظیم هیجان جوامع آماری مختلف نشان دادند.

همان‌طور که گفته شد بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت به‌طور مداوم مشکلات هیجانی، روانی، جسمانی را تجربه می‌کنند (کاواکلی[2] و همکاران، ۲۰۲۴؛ زارع و همکاران، ۱۴۰۲). اما با این وجود تأثیر اعتیاد به اینترنت به علت رایج بودن آن عادی تلقی شده و موضوعی است که کمتر بدان توجه شده است. همچنین اگرچه درمان درمان متمرکز بر شفقت در زمره درمان‌هایی هستند که در گروه‌های نمونه مختلف مورد بررسی قرار گرفته شده‌اند؛ اما به کاربرد آن در مورد نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت به خوبی توجه نشده و مقایسه این دو درمان نیز بر متغیر تنظیم شناختی هیجان بررسی نگردیده است. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی که مطابق با فرهنگ و دین ما است و می‌تواند اثرات مثبت بسیاری به همراه داشته باشد، در ادبیات روانشناسی و بالاخص مرتبط با اعتیاد به اینترنت بسیار محدود است (رفیعی و مشایخ، ۱۴۰۲). با توجه به آن‌چه گفته شد، این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت انجام شد.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش آموزان دارای اعتیاد به اینترنت شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، ۴ مدرسه انتخاب شد و سپس از بین کسانی که اعلام آمادگی کردند ۴۸ داوطلب واجد شرایط برحسب معیارهای ورود از طریق نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل رضایت از شرکت در پژوهش، پایه تحصیلی (متوسطه‌ی دوم)، دارا بودن نمره‌ی بالا در مقیاس اعتیاد اینترنتی (نمره برش ۵۰) و تنظیم شناختی هیجان (نمره برش ۵۰)؛ و عدم ابتلا به اختلالات جسمی یا روان‌شناختی شدید بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف در طی جلسات آموزش، شرکت در جلسات روان‌درمانی همزمان یا در بازه زمانی ۳ ماه پیش از مطالعه بود. پس از نمونه‌گیری، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۶ نفر) تخصیص یافتند و چون پرسشنامه پیش‌آزمون برای غربالگری تکمیل شده بود، مداخلات شروع شد. شرکت‌کنندگان گروه مداخله اول، در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته، درمان متمرکز بر شفقت گروهی را دریافت کردند. جلسات آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی گروهی نیز طی ۸ جلسه۹۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته، برای گروه مداخله دوم اجرا شد. درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرد. سپس در مورد هر سه گروه

1 Rubino
2 Kavaklı

پس‌آزمون با پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان اجرا شد و در پایان بعد از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری با استفاده از پرسش‌نامه مذکور انجام شد. اصول اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش و غیره در این مطالعه رعایت شد. همچنین به جهت رعایت اخلاق پژوهشی پس از کسب آزمون مرحلهٔ پیگیری، گروه گواه تحت مداخلهٔ درمان متمرکز بر شفقت گروهی قرار گرفت. جهت بررسی فرضیه‌ها نیز آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار Spss نسخه ۲۶ مورد استفاده قرار گرفت.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**[1](CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی[2] و همکاران در هلند جهت شناسایی تنظیم شناختی هیجان پس از تجربه کردنِ وقایع یا موقعیت‌های منفی در سال ۲۰۰۱ طراحی شد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، و فرم کوتاه آن در سال ۲۰۰۶ ویرایش گردید (گارنفسکی و کرایج[3]، ۲۰۰۶). در مطالعه حاضر، از فرم کوتاه استفاده گردید که دارای ۱۸ عبارت با دو مولفه اصلی راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه می‌باشد. پاسخ‌ها در یک پیوستار ۵ درجه‌ای لیکرت، از هرگز (۱) تا همیشه (۵)، می‌باشد. نمره راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در دامنه‌ای بین ۱۸ تا ۹۰ قرار دارد که نقطه برش آن ۵۰ می‌باشد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در مطالعه گارنفسکی، روایی ملاک به روش روایی همزمان این پرسشنامه با بررسی همبستگی آن با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با ضریب ۰/۴۱ تایید شد. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای راهبردهای سازگار و ناسازگار به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش شد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در پژوهش بشارت و بزازیان روایی بر اساس داوری ده تن از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از راهبردهای سازگار (۰/۷۵)؛ و راهبردهای ناسازگار (۰/۷۲)، گزارش و تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای راهبردها یا مولفه‌های سازگار ۰/۸۳ و برای راهبردها یا مولفه‌های ناسازگار ۰/۹۲ گزارش شد (بشارت و بزازیان[4]، ۲۰۱۵). در مطالعه حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگار ۰/۹۰ و برای راهبردهای ناسازگار ۰/۸۷ به دست آمد.

**درمان متمرکز بر شفقت:** محتوای جلسات مداخله حاضر بر اساس مفاهیم و بسته درمانی متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و گروهی اجرا شد. شرح مختصر محتوایی جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه گردیده است.

**جدول ۱:خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت**

| جلسات | اهداف |
|---|---|
| **جلسه اول** | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز برشفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی. |
| **جلسه دوم** | شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا. |
| **جلسه سوم** | مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود. |
| **جلسه چهارم** | مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب مشارکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت آمیز (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به‌خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات. |
| **جلسه پنجم** | مرور تمرین جلسهٔ قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت وچالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف. |
| **جلسه ششم** | مرور تمرین جلسهٔ قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی. |
| **جلسه هفتم** | 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" |

1 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
2 Garnefski
3 Garnefski & Kraaij
4 Besharat & Bazzazian

| | |
|---|---|
| **جلسه هشتم** | آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به مشارکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راه‌کارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده. |

**آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی:** شیوه درمانی مورد استفاده در مطالعه حاضر برگرفته از کتاب مهارت‌های زندگی از منظر روانشناسی و اسلام (مرحمتی و زبرجدیان، ۱۳۹۱) می‌باشد که در مقالات مرحمتی و فولادچنگ (۱۳۹۶) نیز استفاده گردیده است. جلسات آموزش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یک‌بار در هفته، برای گروه مداخله دوم اجرا شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه گردیده است.

**جدول ۲: آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی**

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| **جلسه اول** | آشنایی با اصول و مقررات و اهداف، معارفه، برقراری ارتباط اولیه‌ی جلسات، مفهوم ارتباط، اهمیت ارتباط، تأکید بر آیات قرآن و احادیث معصومان (ع) درباره‌ی ارتباط مؤثر، عناصر کلامی و غیرکلامی ارتباط، گوش دادن فعال، سؤال کردنِ و اهداف آن، سؤال باز و بسته، بازخورد دادن، موانع ارتباط مؤثر و سبک‌های سالم و ناسالم ارتباط. |
| **جلسه دوم** | مفاهیم روابط بین‌فردی مؤثر، خودشناسی، دیگرشناسی، عناصر رابطه‌ی دوستانه، اعتماد، همدلی و پذیرش، خلاصه‌سازی، پیام من و پیام تو، سبک‌های حل اختلاف، قواعد حل اختلاف، آموزش فنون رفتار جرئت مندانه، مفاهیم خودشناسی از نظر اسلام و آموزش سبک زندگی اسلامی. |
| **جلسه سوم** | فواید خودآگاهی، مفهوم عزّت نفس و تاب‌آوری، مهارت‌های خودارزیابی، شناسایی نقاط قوت و ضعف خود، مهارت‌های ایجاد خودانگاره و تصویر تن مثبت، احساس ارزشمندی، هویت و هویت یابی، آموزش هویت اسلامی و مفهوم عزّت نفس از منظر قرآن و روایات. |
| **جلسه چهارم** | مفهوم حل مسئله، انواع مقابله‌های مسئله مدار و هیجان‌مدار، مقابله‌های هیجان‌مدار سازگارانه و ناسازگارانه، تعریف و فرمول بندی مسئله، تولید و خلق راه‌حل‌های متعدد، بررسی معایب و محاسن هر راه‌حل، به‌کارگیری راه‌حل و ارزیابی و بازنگری آن و نحوهٔ مقابله با مشکلات و اتخاذ راه‌حل‌های مناسب از منظر قرآن و احادیث. |
| **جلسه پنجم** | مفهوم استرس، تعریف و فرایند مقابله، راهبردهای مقابله با استرس، آرام سازی، مدیریت زمان، ورزش، حل مسئله، رفتار جرئت‌مندانه، مقابله با افکار غیرمنطقی، مدیریت مالی، چگونگی بالا بردن توان عمومی استرس، آماده‌سازی خود برای مقابله با استرس؛ و استناد به آیات قرآنی و احادیث معصومان (ع) برای مقابله با بحران‌ها و استرس. |
| **جلسه ششم** | انواع تفکر، تفکر انتقادی، خلاق، موازی، تأکید بر آموزه‌های وحیانی اسلام به مهارت‌های تفکر خلاق برای تحقق تفکر مثبت، یادگیری فعال با جستجوی اطلاعات جدید، ابراز خود در میان جامعه، تشخیص حق انتخاب‌های دیگر برای تصمیم‌گیری و تشخیص راه‌حل‌های جدید برای مشکلات. |
| **جلسه هفتم** | مهارت مقابله با اضطراب، راهبردهای مدیریت و اصلاح رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره‌ی حل مشکلات و مواجهه ی صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، آموزش باورهای توحیدی در زندگی و بحث گروهی. |
| **جلسه هشتم** | همدلی کردن، راهبرهای همدلی با دیگران، حس نوع دوستی با دیگران، آیات و احادیث قرآن درباره‌ی همدلی، کار روی بازسازی شناختی نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، هدف خلقت و رابطهٔ خدا با بندگان؛ و تعبیر و تفسیر رویدادهای مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی، جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده. |

## یافته ها

در مطالعه حاضر ۴۸ پسر مقطع متوسطه دوم در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هرکدام ۱۶ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار اعتیاد به اینترنت گروه شفقت درمانی، ۷۴/۸۷ (۱۷/۸۶)؛ مهارت‌های اسلامی، ۷۵/۰۶ (۱۸/۴۳)؛ و کنترل، ۷۸/۳۱ (۱۶/۰۶) بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین اعتیاد به اینترنت در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($f=۰/۱۹۵، p=۰/۸۲۳$) . میانگین و انحراف معیار سنی گروه شفقت درمانی، ۱۶/۵۰ (۱/۰۳) سال؛ گروه مهارت‌های اسلامی، ۱۶/۶۸ (۰/۸۷۳) سال؛ و گروه کنترل، ۱۶/۹۳ (۰/۹۹۷) سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($f=۰/۸۱۹، p=۰/۴۴۸$) . همچنین بین گروه‌ها از لحاظ پایه تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم ($p=۰/۲۱۰$ ، $X^۲= ۳/۱۲۵$)، و وضعیت سرپرست از لحاظ دو والد، تک والد و بی‌سرپرست ($p=۰/۰۰۰$ ، $X^۲=۲۸/۵۰۰$)، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که بیانگر آن است هر سه گروه همتا هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه گردیده است.

**جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش**

| متغیر | | گروه | مراحل آزمون | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
| | | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تنظیم شناختی هیجان | راهبردهای سازگار | شفقت‌درمانی | ۴۸/۴۴ | ۶/۸۹ | ۷۲/۲۵ | ۷/۶۷ | ۷۱/۸۱ | ۶/۲۱ |
| | | مهارت‌های زندگی اسلامی | ۴۸/۱۳ | ۶/۴۷ | ۶۴/۸۱ | ۹/۳۵ | ۶۵/۲۵ | ۹/۷۸ |
| | | کنترل | ۴۷/۸۱ | ۶/۸۳ | ۴۸/۳۱ | ۵/۷۷ | ۴۷/۶۳ | ۵/۶۰ |
| | راهبردهای ناسازگار | شفقت‌درمانی | ۵۴/۳۱ | ۴/۱۷ | ۳۴/۹۴ | ۵/۵۲ | ۳۵/۵۶ | ۳/۹۸ |
| | | مهارت‌های زندگی اسلامی | ۵۳/۸۸ | ۲/۶۳ | ۴۱/۶۹ | ۴/۱۳ | ۴۱/۱۳ | ۶/۶۹ |
| | | کنترل | ۵۴/۶۳ | ۳/۹۰ | ۵۳/۸۱ | ۳/۶۰ | ۵۴/۳۱ | ۳/۳۴ |

مطابق با نتایج جدول ۳، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در شرکت‌کنندگان گروه‌های شفقت‌درمانی و مهارت‌های زندگی اسلامی در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشت؛ اما در گروه کنترل، بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. به منظور بررسی مفروضه نرمال‌بودن توزیع داده‌ها آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده برای راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در گروه شفقت‌درمانی (۰/۹۴۰)، مهارت‌های زندگی اسلامی (۰/۷۱۰) و کنترل (۰/۹۷۷)؛ و برای راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان در گروه شفقت‌درمانی (۰/۸۷۰)، مهارت‌های زندگی اسلامی (۰/۱۵۱) و کنترل (۰/۲۸۹) بود که همگی بزرگتر از ۰/۰۵ و بیانگر عدم معناداری و نتیجتاً نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود (p>۰/۰۵). به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمره معناداری (۰/۳۸۴) و (۰/۱۲۵) به ترتیب برای راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیرهای راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان برقرار بود (p>۰/۰۵). بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، به‌منظور بررسی معناداری تفاوت بین سه گروه در متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر**

| متغیر | | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تنظیم شناختی هیجان | راهبردهای سازگار | درون گروهی (اثر زمان) | ۴۳۳۳/۵۹۴ | ۱ | ۴۳۳۳/۵۹۴ | ۱۵۴/۰۴۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۴ |
| | | اثرتعاملی زمان در گروه | ۲۳۸۳/۹۳۸ | ۲ | ۱۱۹۱/۹۶۹ | ۴۲/۳۷۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۳ |
| | | خطا (زمان) | ۱۲۶۵/۹۶۹ | ۴۵ | ۲۸/۱۳۳ | --- | --- | --- |
| | | بین گروهی (اثر گروه) | ۶۶۹۷/۵۱۴ | ۲ | ۳۳۴۸/۷۵۷ | ۳۶/۳۵۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۸ |
| | راهبردهای ناسازگار | درون گروهی (اثر زمان) | ۲۶۹۸/۷۶۰ | ۱ | ۲۶۹۸.۷۶۰ | ۲۰۲/۱۶۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۸ |
| | | اثرتعاملی زمان در گروه | ۴۰۱۶/۹۳۱ | ۲ | ۲۰۰۸/۴۶۵ | ۷۳/۴۲۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۵ |
| | | خطا (زمان) | ۶۰۰/۷۱۹ | ۴۵ | ۱۳/۳۴۹ | --- | --- | --- |
| | | بین گروهی (اثر گروه) | ۱۴۱۵/۰۲۱ | ۲ | ۷۰۷/۵۱۰ | ۵۳/۰۰۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۰۲ |

جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری از لحاظ زمان در میزان راهبردهای سازگار تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۱ , F=۱۵۴/۰۴۱) و راهبردهای ناسازگار (P<۰/۰۰۱ , F=۲۰۲/۱۶۵) وجود دارد. همچنین تفاوت معنی‌داری در راهبردهای سازگار تنظیم هیجان (F=۳۶/۳۵۴ و P<۰/۰۰۱)، و راهبردهای ناسازگار (P<۰/۰۰۱ , F=۵۳/۰۰۰) بین گروه‌های مختلف آزمایش وجود دارد. علاوه بر این‌ها، تعامل زمان و گروه راهبردهای سازگار (F=۴۲/۳۷۰ و P<۰/۰۰۱)، و راهبردهای ناسازگار (P<۰/۰۰۱ , F=۷۳/۴۲۳) نیز معنی‌دار است. وقتی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تعامل زمان × گروه معنادار می‌شود، به این معنی است که روند تغییرهای متغیر وابسته در طول زمان بین گروه‌های مختلف، متفاوت است. به عبارت دیگر، اثر زمان بر متغیر وابسته به عضویت در گروه (مثلاً گروه آزمایش و کنترل) بستگی دارد و این دو متغیر به‌صورت هم‌زمان‌بر متغیر وابسته تأثیر می‌گذارند که برای بررسی بیشتر آن به مقایسه‌های زوجی پرداخته‌ایم.

**جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان**

| | متغیر | گروه مبنا | گروه مقایسه‌شده | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| زمان | راهبردهای سازگار | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | - ۱۳/۶۶۷ | ۱/۲۰ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون | پیگیری | - ۱۳/۴۳۷ | ۱/۱۱ | <۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۲۲۹ | ۱/۲۶ | ۱/۰۰ |
| | راهبردهای ناسازگار | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱۰/۷۹۲ | ۰/۷۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون | پیگیری | ۱۰/۶۰۴ | ۰/۷۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۱۸۸ | ۰/۸۶ | ۱/۰۰ |
| گروه | راهبردهای سازگار | شفقت‌درمانی | مهارت‌های زندگی اسلامی | ۴/۷۷۱ | ۱/۹۷ | ۰/۰۹۱ |
| | | شفقت‌درمانی | کنترل | ۱۶/۲۵۰ | ۱/۹۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | مهارت‌های زندگی اسلامی | کنترل | ۱۱/۴۷۹ | ۱/۹۷ | <۰/۰۰۱ |
| | راهبردهای ناسازگار | شفقت‌درمانی | مهارت‌های زندگی اسلامی | ۳/۹۵۸ | ۱/۰۷ | ۰/۰۷۲ |
| | | شفقت‌درمانی | کنترل | ۱۲/۶۴۶ | ۱/۰۷ | <۰/۰۰۱ |
| | | مهارت‌های زندگی اسلامی | کنترل | ۸/۶۸۸ | ۱/۰۷ | <۰/۰۰۱ |

مطابق با جدول ۵، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون بونفرونی میزان تنظیم شناختی هیجان در زمان‌ها بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری را نشان داد که بر اساس آن افزایش راهبردهای سازگار و کاهش راهبردهای ناسازگار نسبت به پیش‌آزمون را می‌توان مشاهده کرد (P<۰/۰۰۱)؛ بین پس‌آزمون و پیگیری نیز اختلاف معناداری مشاهده نشد، که نشان‌دهنده دوام اثربخشی در مرحله پیگیری بود (p= ۱/۰۰ ). همچنین ملاحظه می‌شود که تفاوت میانگین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان بر اثر هر دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱)؛ اما در گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار نیست. اختلاف تأثیر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی در راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار نیز معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر هر دو روش منتهی به بهبود راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان شده‌اند، اما تأثیر روش درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استفاده از راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی بیشتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت انجام شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی منتهی به بهبود راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان شدند و این در گروه کنترل قابل مشاهده نبود؛ اما تأثیر روش درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استفاده از راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی نسبت به مهارت‌های زندگی اسلامی در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت بیشتر بوده است. یافته اول، یعنی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان با نتایج مطالعات کای[1] و همکاران (۲۰۲۴)، عین الاینایا[2] و همکاران (۲۰۲۴)، ایرونز[3] (۲۰۲۲)، فرهمند و همکاران (۱۴۰۳)، لاجوردی و همکاران (۱۴۰۳)، روشنی گلنبر و همکاران (۱۴۰۳)، قارونی و راستین (۱۴۰۲)؛ پژوهنده و همکاران (۱۴۰۲)، و تابش مفرد و همکاران (۱۴۰۲)، و دماوندیان و همکاران (۱۴۰۱)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مرحله اول، ایجاد ارتباط مؤثر با نوجوانان برای فراهم کردنِ فضایی امن جهت ابراز احساسات ضروری است. این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا احساسات خود را بدون ترس از قضاوت بیان کنند. شفقت‌درمانی تمریناتی دارد که با انجام آن نگرش نوجوانان به خود، جهان و دیگران را تغییر می‌دهد (ایرونز، ۲۰۲۲). به عنوان مثال در شناسایی افکار و عواطف به نوجوانان کمک می‌شود تا الگوهای فکری منفی مرتبط با استفاده از اینترنت خود را شناسایی کنند و به نوعی راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، یعنی ارزیابی مجدد مثبت، توسعه‌ی چشم‌انداز و پذیرش در آن‌ها تقویت می‌شود؛ یا در قالب‌بندی مجدد افکار منفی، تکنیک‌هایی آموزش داده می‌شود تا افکار منفی را به افکاری دلسوزانه‌تر و سازنده‌تر تبدیل کند (فرهمند و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین در تکنیک شفقت به خود تمرین‌هایی معرفی می‌شود که مهربانی با خود و انسانیت مشترک را ترویج می‌کند. بنابراین این موجب می‌شود هم کم‌تر به سرزنش دیگران بپردازد و هم دست از سرزنش خود بردارند که این دو مورد از

1 Cai
2 Ainul Inaya
3 Irons

راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان هستند (عین الاینایا و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، با ترویج ارزش‌هایی چون بخشش و همدلی، نوجوانان تشویق می‌شوند که به چالش‌های آنلاین با رویکردی مثبت و اخلاقی پاسخ دهند. تأکید بر حمایت اجتماعی نیز می‌تواند حس تعلق را تقویت کند و از احساسات منفی محافظت کند (تابش مفرد و همکاران، ۱۴۰۲). از نقش‌آفرینی نیز برای کمک به نوجوانان برای تمرین همدلی با قرار دادن خود به‌جای دیگران، به‌ویژه در تعاملات آنلاین استفاده می‌شود (بینا واجارگاهی و همکاران، ۱۴۰۳). بحث در مورد این‌که چگونه اقدامات آنلاین می‌تواند بر دیگران تأثیر بگذارد و اهمیت مهربانی در ارتباطات دیجیتالی یکی دیگر از مزایای تمرین شفقت با دیگران است که موجب می‌شود بازخورد مثبتی نیز دریافت و هیجانات منفی کم‌تری را تجربه کنند (فرهمند و همکاران، ۱۴۰۳). در تبیینی دیگر، آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی موجود در پروتکل شفقت‌درمانی به نوجوانان کمک می‌کند تا از افکار و احساسات خود در ارتباط با استفاده از اینترنت آگاه‌تر شوند و احساسات منفی خود را شناسایی و مدیریت کنند. با پرورش خودآگاهی و همدلی، نوجوانان می‌توانند الگوهای شناختی سالم‌تری ایجاد کنند و به‌جای واکنش‌های تکانشی، احساسات خود را بشناسند و بپذیرند (بینا واجارگاهی و همکاران، ۱۴۰۳). این رویکرد به آن‌ها اجازه می‌دهد تا با تجربیات منفی آنلاین به‌طور سازگارتر و مؤثرتری پاسخ دهند و متعاقباً نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی که از راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان هستند، در این افراد کاهش پیدا کند (دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۱).

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت موثراست. این نتیجه با نتایج مطالعات روبینو[1] و همکاران (۲۰۲۳)، فرهمندامین و همکاران (۲۰۲۱)، عسکریان سرداری و همکاران (۱۴۰۲)، جباری ظهیرآبادی (۱۴۰۲)، احمدپور و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و همکاران (۱۴۰۰)، نوروزی کوهدشت و همکاران (۱۳۹۹) و مرحمتی و فولادچنگ (۱۳۹۶)، همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی شامل آموزه‌هایی از قرآن و حدیث است که بر صبر، شکرگزاری و پایداری در برابر ناملایمات تاکید دارد. این آموزه‌ها می‌توانند چارچوبی برای درک و تنظیم احساسات در پاسخ به چالش‌های آنلاین فراهم کنند. این رویکرد بیشتر بر اساس آموزه‌های دینی و فرهنگی اسلامی بنا شده است (فرهمندامین و همکاران، ۲۰۲۱؛ نوروزی کوهدشت و همکاران، ۱۳۹۹). داستان‌هایی از زندگی حضرت محمد یا یک امام به اشتراک گذاشته می‌شود که پاسخ‌های هیجانی و شناختی مؤثر در برابر ناملایمات را نشان می‌دادند. درک پیامدهای اخلاقی اعمال آن بزرگواران می‌تواند به پاسخ‌های هیجانی متفکرانه تری منجر شود که به نوجوانان کمک می‌کند تا با چالش‌های زندگی بهتر کنار بیایند و هیجان‌های خود را تنظیم کنند (روبینو و همکاران، ۲۰۲۳). تأکید بر اجتماع و حمایت در آموزه‌های اسلامی نیز می‌تواند حس تعلق را تقویت کند که می‌تواند افراد را در برابر احساسات منفی محافظت کند. این آموزش اغلب شامل بحث‌هایی در مورد رفتار اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی است که می‌تواند بر نحوه تفسیر و واکنش نوجوانان به موقعیت‌های آنلاین تأثیر بگذارد (عسکریان سرداری و همکاران، ۱۴۰۲). با ترویج ارزش‌هایی مانند بخشش و درک، ممکن است نوجوانان تشویق شوند تا به درگیری‌های آنلاین با همدلی و نه خشم پاسخ دهند که در بازخورد دیگران به آن‌ها تأثیر دارد و هیجانات منفی آن‌ها را کاهش می‌دهد (جباری ظهیرآبادی، ۱۴۰۲). همچنین از تکنیک‌های مهارت‌های زندگی اسلامی تمرینات تنفس عمیق یا جلسات مراقبه کوتاه متمرکز بر مفاهیم اسلامی می‌باشد. اعمال ذکر به‌عنوان وسیله‌ای برای پرورش ذهن‌آگاهی و آرامش خاطر است. به افراد آموزش داده می‌شود در موقعیت‌های استرس‌زا آگاه و آرام بمانند. بنابراین نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی که از راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان است، در آن‌ها کاهش می‌یابد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مرحمتی و فولادچنگ، ۱۳۹۶).

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت تفاوت معنادار وجود دارد و درمان متمرکز بر شفقت نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی از اثربخشی بیشتری برخوردار است. این یافته با نتایج مطالعات عین الاینایا[2] و همکاران (۲۰۲۴)، ایرونز[3] (۲۰۲۲)، فرهمند و همکاران (۱۴۰۳)، تابش مفرد و همکاران (۱۴۰۲)، و دماوندیان و همکاران (۱۴۰۱)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف هر دو رویکرد ایجاد تاب‌آوری در برابر استرس‌های زندگی واقعی و فضای مجازی و نتیجتاً تنظیم شناختی هیجان است، اما از طریق چارچوب‌های مختلف. در حالی‌که هم شفقت درمانی و هم آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی می‌توانند بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانانی که با استرس‌های مرتبط با اینترنت سر و کار دارند، تأثیر مثبت بگذارند، آن‌ها این کار را از طریق مکانیسم‌های مختلفی انجام می‌دهند. شفقت درمانی از طریق آگاهی عاطفی و پذیرش (گیلبرت[4]، ۲۰۱۴)، و مهارت‌های زندگی اسلامی از طریق اصول مبتنی بر ایمان و حمایت جامعه (مرحمتی و فولادچنگ، ۱۳۹۶). آموزش مهارت‌های زندگی اسلامی، راهبردهای مقابله‌ای خاص مبتنی بر ایمان، مانند دعا یا تأمل در متون دینی را آموزش می‌دهد. همچنین پاسخ‌هایی را بر اساس ارزش‌های شخصی و ملاحظات اخلاقی تشویق می‌کند که با اعتقادات آنها همسو می‌شود. این شیوه‌ها می‌توانند

1 Rubino
2 Ainul Inaya
3 Irons
4 Gilbert

باعث آرامش شوند و به تنظیم احساسات در مواجهه با استرس‌های آنلاین کمک کنند (روبینو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). از سویی، شفقت درمانی راهبردهای مقابله را از طریق تکنیک‌های شفقت به خود و تمرکز حواس تقویت می‌کند و به نوجوانان اجازه می‌دهد تا به تجارب منفی آنلاین پاسخ انطباقی دهند (فرهمند و همکاران، ۱۴۰۳؛ دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۱). این‌که چرا در مطالعه حاضر درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نشان داد می‌توان گفت تفاوت اثربخشی بین این رویکردها ممکن است به پیشینه، باورها و ترجیحات فرد و همچنین چالش‌های عاطفی خاصی که با آن روبرو هستند بستگی داشته باشد. همچنین شکل‌گیری باورهای مذهبی و مسائل اعتقادی چون بنیادی‌تر هستند و ذهن را به چالش‌های معرفت‌شناختی می‌کشند، ممکن است به زمان و جلسات بیشتری جهت هضم آن در نوجوانان نیاز داشته باشد. تحقیقات بیشتر در مورد اثربخشی نسبی آنها می‌تواند بیشتر روشن کند که چگونه هر روش به‌طور منحصر به فرد به تنظیم هیجانی در این زمینه کمک می‌کند.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد هر دو روش مداخله در بهبود راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بهتر از گروه گواه عمل کردند؛ اما تأثیر روش درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش استفاده از راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی نسبت به مهارت‌های زندگی اسلامی در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت بیشتر بوده است. نتایج این تحقیق می‌تواند در برنامه‌ریزی سازمان‌هایی همچون آموزش و پروش و مدارس تاثیرگذار باشد. علاوه‌بر آن مراکز مشاوره و روان‌شناسی و تمامی مراکزی که با جمعیت نوجوان سروکار دارند، جهت کمک به این افراد و آگاهی‌بخشی به خانواده‌هایشان می‌توانند از نتایج این مطالعه بهره‌مند شوند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. محدودیت اول این پژوهش مربوط به نمونه‌گیری غیرتصادفی شرکت‌کنندگان بود. محدودیت بعدی مربوط به ابزار گردآوری اطلاعات است که پرسشنامه بود. دوره پیگیری نیز دو ماه بود و دوام پایدار اثربخشی مداخلات را تضمین نمی‌کند. تک‌جنسیتی بودن شرکت‌کنندگان این پژوهش محدودیت دیگر این مطالعه است. همچنین گروه سنی پژوهش در سن نوجوانی است و با توجه به شکل‌گیری هویت در این سنین نتایج به‌دست‌آمده به مراحل بعدی رشدی قابل تعمیم نیست. افزون بر این، عدم بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اثرگذار بیشتر چون وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده، تعداد برادر و خواهر و ویژگی‌های شخصیتی از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در صورت امکان در مطالعات آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی گردد. استفاده از روش‌هایی مانند مصاحبه و مشاهده نیز جهت سنجش دقیق‌تر؛ و دوره پیگیری طولانی‌تر جهت تخمین دوام اثربخشی مداخلات توصیه می‌گردد. بررسی روی هر دو جنسیت و در سنین مختلف می‌تواند تأثیر این مداخلات بر متغیر تنظیم شناختی هیجان را مشخص‌تر نماید. علاوه بر این، سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اثرگذار بیشتر نتایج تحقیق را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

## منابع

احمدپور، ز؛ نعیمی، ا؛ و یوسفی، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هستی شناسی اسلامی بر دشواری تنظیم هیجانات در نوجوانان دختر. *مجله سلامت معنوی*، ۲ (۳)، ۱۶۳-۱۶۹. https://doi.org/10.30491/JSH.2.3.163

احمدی، ن؛ یوسفی، ن؛ و بشلیده، ک. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش صبر و بخشش مبتنی بر آموزه های اسلامی بر مدیریت هیجانی زنان متأهل. *مشاوره کاربردی*، ۱۳(۲)، ۴۳-۶۲. https://doi.org/10.22055/jac.2023.18892

بشارت، م ع؛ ابراهیم نژاد مقدم، س؛ و نقش، زهرا. (۱۴۰۱). نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸)، ۱۹۲۸-۱۹۱۳. https://doi.org/10.52547/JPS.21.118.1913

بینا واجارگاهی، ا؛ اکبری، ب؛ و حمزه پور حقیقی، ط. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای اعتیاد اینترنتی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳ (۱)، ۱۵۴-۱۵۴. https://jdisabilstud.org/article-1-3279-fa.html

پژوهنده، ز؛ محمدیان، ف؛ سبزی، ف؛ و خراسانی گرده کوهی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر راهبردهای حل تعارض و دشواری تنظیم هیجان در زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *رویش روان شناسی*. ۱۲ (۸)،۱۹۱-۲۰۰. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=4563&sid=1&slc_lang=fa

تابش مفرد، ن؛ و منصوریه، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در تنظیم هیجان، خود انتقادی و خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم، *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۳۰)، ۲۰۴۱-۲۰۵۸. https://psychologicalscience.ir/article-1-2107-fa.html

جباری ظهیرآبادی، ع. (۱۴۰۲). ارائه الگوی زندگی اسلامی مبتنی بر آموزش مهارتهای زندگی و دیدگاه حضرت زهرا (س) به دانش‌آموزان ابتدایی، *پیشرفتهای نوین در مدیریت آموزشی*، ۴(۲)، ۱۰۶-۱۱۶. https://www.naiem.ir/showpaper/101521942864ee0d7e57a2f

دماوندیان، ا؛ گلشنی، ف؛ صفاری نیا، م؛ و باغداساریانس، آ. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۲)، ۸۱۸-۷۹۷. https://doi.org/10.52547/JPS.21.112.797

رفیعی، ف؛ و مشایخ، م. (۱۴۰۲). نقش هویت دینی در پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت و گرایش به مواد مخدر (مطالعه موردی: دانش‌آموزان دختر نوجوان منطقه پردیس تهران). *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۶(۲۰)، ۱۳-۱. https://jnip.ir/article-1-892-fa.html

1 Rubino

روشنی گلنبر، م؛ رشیدی، ر؛ و اسمخانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی، *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۱۲(۲)، ۲۱-۳۰. https://doi.org/10.61186/shefa.12.2.21

زارع، خ؛ رستم پور، س؛ و امانی، ا. (۱۴۰۲). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس بهزیستی‌روانشناختی، پریشانی‌روانی، تنظیم‌هیجان و احساس تنهایی در بزرگسالان. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۷(۶۳)، ۷۱-۸۹. https://sanad.iau.ir/Journal/jwsf/Article/954002

عسکریان سرداری، ف؛ فلاح، م ح؛ وزیری، س؛ و عاصی مذنب، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش پویش روانی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر تنظیم هیجان دانش آموزان دختر دبیرستانی. *آموزش پرستاری*، ۱۲ (۶)، ۱۳-۲۵. https://doi.org/10.22034/JNE.12.6.13

عینی پور، ج؛ بیات، م؛ پاشنگ، س. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت دانشجویان بر اساس سیستم‌های مغزی-رفتاری. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۹ (۱)، ۸۵-۹۸. https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5995-fa.html

فرهمند، ل؛ احمدی، ع ا؛ یوسفی، ر؛ و مقدور ممکان، گ. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش شفقت‌به‌خود بر دشواری تنظیم هیجان در دانش‌آموزان. *راهبردهای پژوهش در علوم تربیتی*، ۲(۱)، ۳-۱۴. https://doi.org/10.22034/jrses.2024.450621.1020

قارونی، ش؛ و راستین، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹، *نشریه رویش روان شناسی*، ۱۲(۹)، ۱۹۹-۲۰۸. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=4592&sid=1&slc_lang=fa

لاجوردی، س؛ خسروپور، ف؛ و مولایی زرندی، ح. (۱۴۰۳). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی، *نشریه روانشناسی*، ۲۸(۱)، ۷۷-۸۹. http://www.iranapsy.ir/Article/44512/FullText

مرحمتی، ز؛ و زبرجدیان، م. (۱۳۹۱). *مهارت‌های زندگی از منظر اسلام و روان‌شناسی*. چاپ اول. تهران: نادریان. B2n.ir/Nashrnaderian.Mahartha

مرحمتی، ز؛ و فولادچنگ، م. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی از منظر اسلام و روان‌شناسی بر بهزیستی روان‌شناختی. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۲(۲)، ۱۱۲-۹۱. https://doi.org/10.29252/qaiie.2.2.91

مظلوم زاده، م؛ قنایی چمن آباد، ع؛ و باقرزاده، ف. (۱۴۰۰). رابطه بین نارسائی کنش‌های اجرایی با اعتیاد به اینترنت: نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان. *مجله رویش روانشناسی*، ۱۰(۶)، ۱۳۹-۱۵۰. https://frooyesh.ir/article-1-2692-fa.html

نوروزی کوهدشت، ر؛ مهدیان، م ج؛ بابایی، ع؛ رئوفی، ک؛ رجب زاده، ز؛ و کرمخانی، م. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر آموزش آداب و مهارت‌های زندگی اسلامی بر راهبردهای خودتنظیمی، سبک های هویتی و رشد اخلاقی دانش آموزان. *پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۱۱۶-۱۳۰. https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i1.18153

Ainul Inaya, A., Mas Bakar, R., & Hamid, H. (2024). Effectiveness of Self-Compassion Writing to Improve Emotional Regulation in New Students Innovative, *Journal of Social Science Research*, 4(1), 5460–5469. https://doi.org/10.31004/innovative.v4i1.7922

Besharat, mohammad ali, & Bazzazian, saeeideh. (2015). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in Nursing & Midwifery, 24(84), 61–70. https://doi.org/10.22037/anm.v24i84.7360

Brito, A. B., Lima, C. D. A., Brito, K. D. P., Freire, R. S., Messias, R. B., Rezende, L. F. D., ... & Silveira, M. F. (2023). Prevalence of internet addiction and associated factors in students. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40(1), 1-16. https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e200242

Cai, R. Y., Edwards, C., Love, A. M., Brown, L., & Gibbs, V. (2024). Self-compassion improves emotion regulation and mental health outcomes: A pilot study of an online self-compassion program for autistic adults. *Autism: the international journal of research and practice*, *28*(10), 2572–2585. https://doi.org/10.1177/13623613241235061

Farahmandeamin, S. (2021). Designing an Islamic Lifestyle Individual-Social Skills Educational Method and Surveying Its Impact on Mental Progress and Life Qualifications of Students. *Journal of Preventive Counselling*, 2(2), 51-71. https://jpc.uma.ac.ir/article_1381_1bc57344bdcdf7506ef04612c05d1d60.pdf

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045–1053. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043

Irons, C. (2022). Compassion focused therapy (CFT) for emotion regulation difficulties. In Compassion Focused Therapy, *Routledge,* (pp. 459-478). https://doi.org/10.4324/9781003035879

Kavaklı, M., Yalçın, S. B., & Coşkun, M. (2024). Internet Addiction on Psycho-Social Symptoms of Happiness and Aggression through Difficulties in Emotion Regulation: Evidence Following COVID-19 Pandemic. *Primenjena psihologija*, 17(1), 3-26 . https://doi.org/10.19090/pp.v17i1.2466

Kaya, B. (2024). Smartphone addiction and psychological wellbeing among adolescents: the multiple mediating roles of academic procrastination and school burnout. *British Journal of Guidance & Counselling*, 52(3), 1-15. https://doi.org/10.1080/03069885.2024.2304208

Neff K. D. (2009). The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Human development*, 52(4), 211–214. https://doi.org/10.1159/000215071

Oliveira, J., Pedras, S., Inman, R. A., & Ramalho, S. M. (2024). Latent profiles of emotion regulation among university students: links to repetitive negative thinking, internet addiction, and subjective wellbeing. *Frontiers in psychology*, 15(1), 26-43. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1272643

Quaglieri, A., Biondi, S., Roma, P., Varchetta, M., Fraschetti, A., Burrai, J., Lausi, G., Martí-Vilar, M., González-Sala, F., Di Domenico, A., Giannini, A. M., & Mari, E. (2021). From Emotional (Dys)Regulation to Internet Addiction: A Mediation Model of Problematic Social Media Use among Italian Young Adults. *Journal of clinical medicine*, *11*(1), 18-8. https://doi.org/10.3390/jcm11010188

Rubino, R., Muda, I., Almedee, A., Alam, S., Ali, A. D., Sadikov, R., & Panova, E. (2023). Communication skills according to Islamic teachings and students' life skills. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 79(2), 1-8. https://philpapers.org/rec/RUBCSA-3

Young, K. S. (2009). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*, 1(3), 237-56. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237