رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱، شماره پیاپی ۷۰، فروردین ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(1), 2022

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

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، واحدکرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
آرزو تاری مرادی
استادیار، گروه روانشناسی، واحدکرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

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.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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. جامعهٔ پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم متوسطه دوم شهر کرج در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که از بین آن ها 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 ۱/۵ساعته و مداخله آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته انجام شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده های 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 ذهن‌آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان موثر است (P<۰/۰۵). همچنین یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی دو مداخله آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنترل خشم تفاوتی مشاهده نشد (p>۰/۰۵). نتیجه‌گیری می‌شود آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنترل خشم نوجوانان دختر موثر می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: *آموزش گروهی ذهن مشفق، آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کنترل خشم*

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*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۰** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات هیجانی، رفتاری و فیزیکی همراه است (لساکسون[1] 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، دوره ای برای انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی است. تغییرات بلوغ، نوجوان را به‌سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش می‌برد که درگذر آن، زیربنای زندگی بزرگسالی و سالمندی پی‌ریزی می‌شود (برون[2] و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان پرخاشگری یکی از مسائل مهم در دوران نوجوانی و جوانی است و به‌عنوان یک معضل مهم و روبه افزایش در روابط اجتماعی و بین فردی در این دوران شناخته‌شده است (آلکامانی[3] 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[4] و همکاران، ۲۰۲۱).

مداخله در این دوره مهم رشدی برای کمک به پیشگیری از آسیب های 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[5] است. درمان مبتنی بر ذهن مشفق (آموزش توجه مهرورزانه 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[6] و همکاران، ۲۰۲۱). خود شفقتی تأثیر قابل‌توجهی در پریشانی روانی ابعاد مختلف نشانه‌های روان‌شناختی و عاطفه مثبت دارد (بک[7] و همکاران، ۲۰۱۷). مدل شفقتی که در ذهن مشفق مورداستفاده قرارمی‌گیرد برمبنای رویکردتکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل بافت‌های مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم‌پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد (آدام[8] و همکاران، ۲۰۲۱). در ذهن مشفق ماهیت و کارکرد شفقت با نوع‌دوستی و مهرجویی مرتبط است (مک ویکار[9] و همکاران، ۲۰۲۱). محققین نشان داده‌اند که تکامل رفتار مهرجویانه نیازمند تغییرات معنی‌داری در سازمان‌دهی رفتار جنگ گریز می‌باشد. یعنی رفتار مهرجویانه انسان‌ها نشان‌دهنده توانایی خاموش و کم قدرت سازی سیستم محافظت و خطر و تحریک سیستم‌های مرتبط باتجربه عواطف مثبت است (ویلیامسون[10]، ۲۰۲۰). دپو[11] (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 سایق، 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 تمرکز بر تهدید فعال می‌باشد یا ارگانیسم در جستجوی منابع جدید نیست (به نقل از آتوک[12]، ۲۰۲۰).

برای بسیاری از افرادی که درگیر اختلالات روان‌شناختی هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود در یک پرکاری شدید به سر می‌برد به‌گونه‌ای که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی تجربه‌شده 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[13]و همکاران، ۲۰۲۰). این افراد به دلیل کم تحولی سیستم تسکین بخشی به‌شدت 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

این افراد در این مواقع نمی‌تواند کارکرد حمایتی خود را اعمال کند و این کژ کاری نیز زمینه‌ای را برای ایجاد آسیب‌شناسی روانی ایجاد می‌کند (گیلبرت و ماسکارو[1]، 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[2]، ۲۰۰۶). به طوری‌که یافته‌های پژوهش بالسامو[3] (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[4] (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر محیط مدرسه بر کنترل خشم دانش آموزان پرداخت و به این نتیجه رسید که روابط شفقت‌آمیز در مدرسه به‌طور چشم‌گیری پرخاشگری را در دانش آموزان کاهش می‌دهد. همچنین وانگ[5] 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[6]، ۱۹۹۰؛ به نقل از اسچومر[7] و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (گیبسون[8]، ۲۰۱۹). این فرآیند شامل ایجاد روش خاصی از بذل‌توجه به تجربیات ما است که کم‌وبیش با روش متداول و روزمره بذل‌توجه ما به زندگی خود تفاوت دارد (گندلمن[9] 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[10] و همکاران، ۲۰۱۹).

در ذهن آگاهی از افراد خواسته می‌شود تا اولاً قضاوت خود درباره این تجربیات را به حالت تعلیق درآوده و ثانیاً آگاهی خود را برای چندمین بار با جدیت و درعین‌حال به‌آرامی، به جریان رویدادهایی معطوف کنند که در حیطه هوشیاری آنها قرار دارند (رینا و کودیسیا[11]، ۲۰۲۰). رویکردهای مرتبط بر ذهن آگاهی به آگاهی از افکار تأکید می‌کنند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود (هاینح و تورکوآتی[12]، ۲۰۱۹). بااین‌حال 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[13] و همکاران، ۲۰۱۹). به‌جای اینکه تغییر افکار لازم باشد، مشاهده‌ی روشن و گذرا دیدن تکانه‌ها می‌تواند تجربه‌های خصوصی را به حالت بی‌خطری تبدیل کند، هرچند که آن‌ها همچنان ممکن است ناخوشایند باشند (کودیسیا[14]، ۲۰۱۹). آموزش ذهن آگاهی، در یاری‌دادن بیماران جهت مقابله با خشم، کارآمد است (کو[15] 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[16]، ۲۰۱۸).

هدف آموزش ذهن آگاهی، تشویق بیماران به تجربه کردن هیجان‌ها با سعه‌صدر، در همان لحظه و بدون واکنش‌پذیری شدید رفتاری است (باکنر[17] 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[18]و همکاران، ۲۰۱۷) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کودسیا، ۲۰۱۹) مورداستفاده قرار می‌گیرد. پژوهش‌های انجام شده نیز تاثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کنترل خشم تایید 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش گنزالز- باربادیلو[1] 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 ذهن‌آگاهی 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 تاثیر مثبت دو درمان ذهن مشفق و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانات تایید شده است؛ اما در هرکدام 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 تاکید 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 وابراز 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 می‌شد؛ 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 پیش آزمون-پس آزمون- 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 آن ها ۴۵ دانش‌آموز به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۵نفر گروه آزمایش آموزش مبتنی بر ذهن مشفق، ۱۵ نفر گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 ملاک های 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 آن ها 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 شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده 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 بر اساس 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 گذشته 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

1 - González-Barbadillo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

پرسشنامه کنترل خشم نواکو (AI): این پرسشنامه توسط نواکو[1] در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است و شامل ۲۵ ماده است که خشم، تهاجم و کینه توزی را می‌سنجد. پرسشنامه خشم نواکو عبارت است از ۲۵ آیتم که هرکدام 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 ۰/۸۸روایی محتوایی آن برابر با ۰/۸۶ محاسبه‌شده 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 انجام‌شده 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 تائید ۵ متخصص روانشناس، مشاور و جامعه‌شناس قرار گرفت و با تحلیل عوامل نیز تائید 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 تائید 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
جلسه‌ی اول	جلسه معارفه اعضاء، تشریح قوانین گروه و اجرای ۲ پرسشنامه برای دو گروه مداخله و گروه کنترل (پیش‌آزمون).
جلسه‌ی دوم	ارائه سرفصل‌های هر یک از جلسات، معرفی اجمالی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، مروری بر علائم خشم و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه‌ی 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 تکالیف خانگی.
جلسه‌ی 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.
جلسه‌ی 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.
جلسه‌ی 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.
جلسه‌ی هفتم	ایجاد رابطه‌ای متفاوت باتجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه‌ی 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.

1 - Novaco Anger Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

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

جلسات	محتوا
جلسه‌ی اول	درک شفقت به خود ذهن آگاه : در جلسه اول تمامی شرکت‌کنندگان به همدیگر معرفی می‌شوند و برنامه نیز به آن‌ها معرفی می‌شود.
جلسه‌ی 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 یک‌چیز واحد مانند تنفس متمرکز کنند و به این وسیله احساس آرامش کنند.
جلسه‌ی 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 هست و این تمرین یا در جلسات رسمی کلاس و یا در طول روز انجام می‌شود.
جلسه‌ی چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود: درس اصلی جلسه‌ی چهارم این است که چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر رفته و به‌صورت طبیعی شفقت به خود را در خود تمرین کنند.
جلسه‌ی پنجم	عمیق زندگی کردن: در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد پرداخته می‌شود.
جلسه‌ی ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار: عواطف دارای اجزا فیزیکی و عاطفی (افکار و واکنش‌های جسمی) هستند.
جلسه‌ی 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.
جلسه‌ی هشتم	قبول و پذیرش زندگی: این جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد.

یافته ها

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه درمان مبتنی بر ذهن مشفق ۰/۶۱۷ ± ۱۶/۶؛ در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۸۳۳± ۱۷/۱ و در گروه کنترل ۰/۶۳۲± ۱۶/۶ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۶ و حداکثر سن ۱۸ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه ازنظر 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	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر ذهن مشفق	۶۷/۵	۲/۷۲	۶۰/۷	۴/۸۴	۶۰/۳	۴/۷۵
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۶۷/۲	۲/۴۳	۶۰/۸	۴/۶۲	۶۰/۴	۴/۴۵
گروه گواه	۶۷/۰۶	۳/۰۱	۶۷/۳	۳/۳۹	۶۷/۵	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 پیش آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ 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 ذهن‌آگاهی 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 ۰/۸۹۷، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۶۶ و در گروه کنترل ۰/۹۷۹ (p>۰/۰۵) گزارش شد. این نتایج در بلافاصله بعد از مداخله در گروه درمان مبتنی بر ذهن مشفق ۰/۹۳۳، در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۸۹۱ و در گروه کنترل ۰/۹۷۲ (p>۰/۰۵) گزارش شد. همچنین نتایج

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

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 کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه ها می توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. کرویت ماچلی (۰/۰۶۴= آماره موشلی، 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 اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون (F=۰/۱۱۳، P>۰/۰۵)، پس آزمون (F=۱/۱۸، P>۰/۰۵) و پیگیری (F=۱/۵۷، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان دهنده تایید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است. از طرفی این نتایج برای گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه ها می توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. کرویت ماچلی (۰/۰۵۹= آماره موشلی، 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 اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون (F=۰/۷۴۹، P>۰/۰۵)، پس آزمون (F=۱/۷۵، P>۰/۰۵) و پیگیری (F=۲/۱، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان دهنده تایید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

	اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنی داری	مجذور ایتای تفکیکی
گروه ذهن مشفق	گروه * عامل	آزمون پیلایی	۰/۶۹۹	۳۱/۳b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
		آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰۱	۳۱/۳b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
		آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۲	۳۱/۳b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
		آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۳۲	۳۱/۳b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
گروه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه * عامل	آزمون پیلایی	۰/۷۰۶	۳۲/۴b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
		آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۹۴	۳۲/۴b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
		آزمون اثر هتلینگ	۲/۴۰	۳۲/۴b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
		آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۴۰	۳۲/۴b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶

چنانکه اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد، در گروه ذهن مشفق، با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. (Wilks Lambda =۰/۳۰۱ ، F=۳۱/۳، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ ۰/۶۹۹). همچنین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. (Wilks Lambda =۰/۲۹۴ ، F=۳۱/۳، P= ۰/۰۰۱، $\eta^2 =$ ۰/۷۰۶). به عبارت دیگر می توان ادعا کرد که در "کنترل خشم" بین گروه‌های آزمایش و آزمایش تفاوت معنی داری 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 پس آزمون 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:

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

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

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

با توجه به نتایج آزمون بونفرونی 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>۰/۰۵)؛ همچنین بین گروه ذهن مشفق و گروه شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد (P<۰/۰۱). 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 ذهن‌آگاهی 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[1] و همکاران (۲۰۱۷) و الاین[2] 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، آن ها 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 ذهن‌آگاهی 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 باکنترل 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

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

همچنین در مقایسه بین دو مداخله ذهن مشفق و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش هیندمن[1] 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 شفت 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 آموزش دهنده ذهن‌آگاهی 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 ذهن مشفق و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی متفاوت اسمت، مؤلفه‌های این دو روش درمانی با در نظر گرفتن اصول اساسی این دو رویکرد، هم‌پوشانی دارد. رویکرد درمانی شفقت ورزی روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به‌صورت نسبتاً محدود استفاده‌شده است. با توجه به پژوهش حاضر ازآنجایی‌که تفاوت زیادی بین دو مداخله دیده نشد می‌توان گفت: تلفیق نوع‌دوستی و شفقت ورزی 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 محدودیت هایی است که تعمیم پذیری 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 نمونه گیری تصادفی و نمونه گیری با حجم بالا استفاده گردد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ذهن مشفق تاثیر فزاینده ای بر کنترل خشم نوجوانان دختر دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی بر روی سایر مشکلات هیجانی نوجوانان نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد کتابچه هایی را طراحی کرد که در آن به تشریح تاثیر این دو درمان پرداخته شود و با قرار دادن کتابچه‌های مذکور در اختیار نوجوانان و مدارس و مسئولان آموزشی و پرورشی،گامی موثر 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 دانش آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، دوره ۱۱، شماره ۴۴، ۱۲۳- ۱۰۳.

برغندان، س؛ اکبری، ب؛ خلعتبری، ج؛ وارسته، ع.ر. (۱۳۹۷). تأثیر شفقت درمانی بر سازش یافتگی و شاد زیستی دانش آموزان دارای رفتارهای پرخطر. *مجله سلامت روان کودک*، ۵(۲) ، ۱۶۹- ۱۵۷.

پور محمدی، س؛ باقری، ف. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، دوره ۱۱، شماره ۳، ۱۵۹- ۱۴۱.

جاه طلب ضیابری، م. (۱۳۹۷). *مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر مدیریت خشم بر بهزیستی روانی و راهبردهای مقابله با استرس مادران کودکان معلول جسمی حرکتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی بالینی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه عدالت.

درفشی، ب. (۱۳۹۷). *اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی، بهزیستی روانشناختی و شیوه های فرزندپروری مادران مطلقه*. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

رضایی، ن؛ سهرابی، ا؛ ذوقی پایدار، م.ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد داری 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.

1 - Hindman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

سگال، ز؛ ویلیامز، م؛ تیزدل، ج. (۲۰۰۵). راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن. ترجمه پروانه محمدخانی، عذرا جهانی تابش و شیما 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-Camblor, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.7.4]