

The Effectiveness of an Education Package based on Compassion-Focused Therapy, Emotion-Focused Therapy, and Acceptance and Commitment-based Therapy on the Tolerance of Anxiety and Impulsivity of Adolescents with Aggressive Behaviors

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Narjes Niasti ¹
Shohreh Ghorban Shiroudi ^{2*}
Javad Khalatbari ³
Taheer Tizdast ⁴

How to cite this article

Narjes Niasti, Shohreh Ghorban Shiroudi, Javad Khalatbari, Taheer Tizdast, The Effectiveness of an Education Package based on Compassion-Focused Therapy, Emotion-Focused Therapy, and Acceptance and Commitment-based Therapy on the Tolerance of Anxiety and Impulsivity of Adolescents with Aggressive Behaviors, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(4): 107-114.

1. PhD Student in Counseling, Department of Psychology and Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (Corresponding Author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

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

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

Article History

Received: 2021/10/08

Accepted: 2021/11/14

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to develop an educational package based on compassion-focused therapy, emotion-focused therapy and acceptance-commitment therapy and to determine its effectiveness on the tolerance of anxiety and impulsivity of adolescents with aggressive behaviors.

Material and Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test and follow-up with the control group. Then the content validity ratio and its content indicators were determined by experts. The statistical population was female high school students in Ramsar city, of which 30 people using purposive sampling method (15 people as experimental group and 15 people as the control group) was selected as the sample size. Data collection tools included Simmons and Gahr (2005) Distress Tolerance Scale, Bart (impulsivity) (2004), Bass and Perry Aggression Questionnaire (1992) and training package therapy protocol based on centralized treatment methods. On compassion, emotion-focused therapy and therapy based on acceptance and commitment and its effectiveness on enduring the anxiety and impulsivity of adolescents had aggressive behaviors. The experimental group received a training package in 12 sessions of 120 minutes and the control group did not receive any training. Findings were analyzed using analysis of covariance and analysis of variance by SPSS statistical software

Findings: The content validity index for all objectives in the training package was between 0.9 to 1 and the content validity ratio for all objectives in the training protocol was between 0.8 to 1. The results showed that the educational package based on compassion-focused treatment methods, emotion-focused treatment and acceptance-based therapy had a significant effect on adolescents' tolerance of anxiety and impulsivity.

Conclusion: Based on the research findings, no significant difference was observed between post-test and follow-up. As a result, the educational package has the ability to control the tolerance of anxiety and impulsivity of adolescents.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Acceptance and Commitment-Based Therapy, Emotion-Focused Therapy, Distress Tolerance, Impulsivity, Aggression.

اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه

نرجس نیاستی^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه
آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

شهره قربان شیرودی^{۲*}

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی،
تنکابن، ایران (نویسنده مسئول).

جواد خلعتبری^۳

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی،
تنکابن، ایران.

طاهر تیزدست^۴

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تعیین اثربخشی آن بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ابتدا بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مطالعات کتابخانه ای تدوین و سپس میزان نسبت روایی محتوا و شاخص های محتوا آن توسط متخصصین تعیین شد. جامعه آماری دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان رامسر بودند که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند (۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تکانشگری بارت (۲۰۰۴)، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و پروتکل درمانی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی آن بر تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه بود. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای بسته آموزشی را دریافت نمودند و گروه کنترل

هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. یافته های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند

یافته ها: میزان شاخص روایی محتوا برای تمامی هدف ها در بسته آموزشی بین ۰٫۹ تا ۱ و میزان نسبت روایی محتوا برای تمامی هدف ها در پروتکل آموزشی بین ۰٫۸ تا ۱ بدست آمد. نتایج پژوهش نشان داد که بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان تاثیر معناداری داشته است. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. در نتیجه بسته آموزشی توانایی کنترل تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان را دارد.

کلید واژه ها: درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر هیجان، تحمل پریشانی، تکانشگری، پرخاشگری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۳

* نویسنده مسئول: sh.gorbanshiroudi@toniau.ac.ir

مقدمه

بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری ها و بحران نوجوانی دست به رفتارهایی می زنند که سلامت حال و آینده آن ها را مورد تهدید قرار می دهد، مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی پرخطر عوامل بسیاری از مرگ و میر در سنین نوجوانی را تشکیل می دهد. نوجوانی در روند تحول و رشد انسان دوره ای بسیار حساس است که با تغییرات متعدد اجتماعی، روانشناختی، رفتاری و فیزیکی همراه است (۱). پرخاشگری به عنوان یک رفتار ریشه در عمق پیدایش انسان حتی قبل از تاریخ مکتوب دارد. اما بررسی عمیق و تجزیه تحلیل علمی آن بیشتر به قرن اخیر برمی گردد. دالارو همکاران این اندیشه را که پرخاشگری یک سائق فطری یا غریزی است را رد می کردند و گفتند این یک سائق ناشی از ناکامی است. فیلر و اسمیت به این نتیجه رسیدند که کودکانی که کارتن های خشونت آمیز تماشا کردند در کنش متقابل با همگنان خویش پرخاشگرتر خواهند بود (۲).

استاینبرگ، دال، کینینگو همکاران نوجوانی را دوره ای از تحول می دانند که با بالا بودن میزان تکانشگری مشخص می شود (۳). مسائل مرتبط با خشم مانند رفتارهای مقابله ای، خصومت، و پرخاشگری از علل اصلی مراجعه نوجوانان و کودکان به مراکز مشاوره و روان درمانی است. یکی از مداخلات مؤثر بر پرخاشگری، درمان متمرکز بر شفقت است که درمانی چند وجهی است و بر پایه طیف وسیعی از درمان های شناختی-رفتاری و سایر درمان ها و ملاحظات بنا شده است. پرورش شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران به عنوان راهی برای ارتقا بهزیستی در طول هزاران سال مورد توجه سنت های شرقی بوده است (۴).

اورکی و بینانه براین باورند که که درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال گرای و سبک های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معناداری دارد (۱۲). امیریان و همکاران، نیز بیان نمودند که تفاوت معنی داری در زمینه دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بعد از مداخله بین گروه آزمون و کنترل وجود داشت. نتایج پژوهش ها نشان داده است که شفقت به خود در ابراز وجود و کنترل پریشانی افراد نقش مهمی دارد (۱۳). موریسون، اسمیت، اونگ، لی، فریدل و اودوم در تحقیقی بیان کردند که اثرات متقابل معنی داری از نظر زمان و شرایط برای انعطاف پذیری روانشناختی، تحمل پریشانی، علائم روانشناختی و خرده مقیاس ناامیدی از زندگی وجود دارد (۱۴). لاترن، بلوت و پارک در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که خودشفقتی می تواند منجر به کاهش اضطراب، استرس ادراک شده نوجوانان شود (۱۵). با عنایت به آنچه تاکنون ذکر شد و با توجه به کمبود تحقیقات داخلی و خارجی در حوزه بررسی رفتارهای پرخطرگراانه و نظر به این که اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده رفتارهای پرخطرگراانه هنوز کافی نیست، در این پژوهش پژوهشگر بر آن شده است از سه رویکرد متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت تدوین یک بسته آموزشی برای نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرگراانه استفاده کند. به صورت ویژه پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به دو پرسش است: ۱. آیا بسته آموزشی مبتنی بر روش های EFT, CFT و ACT از روایی کافی برخوردار است؟ ۲. آیا بسته آموزشی مبتنی بر روش های EFT, CFT و ACT بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرگراانه مؤثر است؟

مواد و روش ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. به منظور پاسخ دهی به سوال پژوهش و دستیابی به فرضیه های پژوهش از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان رامسر که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. از میان جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر (در هر گروه ۱۵ نفر) به روش نمونه گیری هدفمند بر مبنای ملاک های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته، هر هفته در یک جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه ای شرکت کردند و با روش آموزشی کارگاهی محتوی بسته آموزشی را دریافت نمودند. در طول دوره گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. یافته های پژوهش با استفاده از تحلیل کوارانس و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. در طول اجرای پژوهش ۵ نفر جستجو در موتورهای جستجوی علمی را با کلیدواژه های مناسب به انجام رساندند و پس از آن مقالات جستجو شده با یکدیگر مقابله شد و از نظر میزان

تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان-شناختی منفی تعریف می شود. پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می شود. تحمل پریشانی یک سازه فراهیجانی را مورد توجه قرار می دهد که شامل ارزیابی و انتظارات یک فرد از تجربه حالات منفی در مورد تحمل پذیری انزجار، ارزیابی و قابلیت پذیرش، گرایش به جذب توجه و از هم گسیختگی عمل کرد، تنظیم هیجانان به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه است. تحمل پریشانی، توانایی تجربه و تحمل ناراحتی های هیجانی و موقعیت های روان شناختی منفی می باشد (۵) و به حالتی اطلاق می شود که افراد بتوانند هیجانان منفی خود را درک کرده و در برابر آن ها تاب بیاورند (۶)؛ لذا تحمل پریشانی به عنوان نوعی عاطفه منفی در گرایش به رفتارهای پرخطر موثر است. رفتار خشونت آمیز با نقص در پردازش تحریک هیجانی، مرتبط است و بررسی های اخیر نشان می دهند که در کارکردهای اجرایی نوجوانان پرخطرگرا، زمانی که تحریک هیجانی ناراحت کننده در آنها در حال پردازش است، اختلال ایجاد. تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی های شناختی، وضعیت های هیجانی یا جسمانی پریشانزا اثر بگذارد یا تحت تاثیر آنها قرار بگیرد (۷).

شفقت به خود شامل ترویج ارتباطی توأم با مهربانی، پذیرش و امنیت با خود به ویژه در طول زمان های چالش برانگیز و دشوار می باشد (۸). با توجه به اینکه ارزش خود اغلب پیش بینی کننده احساس خاص بودن است، احساس اینکه فرد جدا از دیگران است در حالی که شفقت به خود با تاکید بر جنبه های همگانی و مشترک تجارب زندگی شباهت های افراد را به هم بیشتر از تفاوت آن ها بزرگ می کند (۹).

تکانشگری مفهومی چندبعدی است که عبارت است از انجام رفتارهایی بدون احتیاط و پاسخ نابهنگام به محرک هایی که اغلب پیامدهای آزارنده ای ایجاد می کنند. تکانشگری طیف گسترده ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به صورت رشد نیافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می کنند، از خطر بالایی برخوردارند، و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند (۱۰). تعریف تکانشگری از دیدگاه رفتار شناسی دربرگیرنده سود کوتاه مدت هر چند کم ارزش در برابر دستاوردهای بلندمدت ولی با ارزش تر می باشد (۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز یکی از مداخله های پژوهش حاضر، توسط انجمن روان شناسی آمریکا^۱ به عنوان یک درمان تجربی معتبر و برخوردار از حمایت پژوهشی (قوی) معرفی می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی را به شیوه های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی آمیزد و هدف آن افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود (۱۱).

1. American Psychological Association (APA)

یافته ها

به منظور بررسی اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری دانش آموزان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. برای سنجش معنادار بودن توزیع داده ها از آزمون لوزن استفاده شده است که در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوزن برای برابری واریانس ها (توزیع نرمال)

sig	Df ₂	Df ₁	F	متغیر	پیش/پس آزمون
۰/۱۰۲	۲۸	۱	۱/۳۲۱	تحمل پریشانی	پس آزمون
۰/۱۰۸	۲۸	۱	۱/۴۵۳	تکانشگری	پس آزمون

با توجه به نتایج آزمون لوزن جدول (۲) و معنادار نبودن متغیرهای وابسته تحمل پریشانی و تکانشگری در پس آزمون برای این متغیرها برابری واریانس ها برقرار بوده است و داده ها دارای توزیع نرمال می باشند.

جدول ۳. مفروضه همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای تحمل پریشانی و تکانشگری

پیش/پس آزمون	متغیر	SS	F	Ms	F	Sig	η^2
پیش آزمون	تحمل پریشانی	۰/۲۸۶	۱	۰/۲۸۶	۰/۴۴۵	۰/۵۱۱	۰/۰۱۷
پس آزمون	تکانشگری	۰/۳۷۵	۲	۰/۳۷۵	۰/۹۲۱	۰/۳۴۶	۰/۰۳۴

لوزن (توزیع نرمال) و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است؛ بنابراین آزمون تحلیل کواریانس برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده خواهد شد. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون و تعدیل شده میزان تحمل پریشانی و تکانشگری دو گروه آزمایش و کنترل در جدول های (۴) و (۵) ارائه شده است.

جدول ۴. مشخصه های آماری متغیر تحمل پریشانی و تکانشگری (n=۳۰)

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تحمل پریشانی	میانگین ۴۵/۵۳ انحراف استاندارد ۱/۳۵	میانگین ۴۸/۸۷ انحراف استاندارد ۱/۵۰	میانگین ۴۵/۲۰ انحراف استاندارد ۱/۷۵	میانگین ۴۵/۲۰ انحراف استاندارد ۱/۱۷
تکانشگری	میانگین ۸۲/۷۳ انحراف استاندارد ۲/۲۵	میانگین ۷۸/۷۳ انحراف استاندارد ۲/۱۲	میانگین ۸۱/۱۳ انحراف استاندارد ۱/۳۵	میانگین ۸۰/۱۳ انحراف استاندارد ۱/۳۵

چنانچه در جدول (۴) مشاهده می شود بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در متغیرهای وابسته تحمل پریشانی و تکانشگری تفاوت معناداری وجود دارد.

استناد و طرح بحث جدید توسط ۵ نفر به شکلی انتخاب شد که تمامی حوزه مورد پژوهش را شامل گردد. در مرحله کدگذاری نیز سه ارزیاب کدگذاری ها را انجام دادند که پس از آن کدها با یکدیگر مقابله شده و بر مبنای توافق ارزیابان کدهای نهایی انتخاب شد و سپس این کدها که از مرور چندباره حاصل شده بودند در کنار هم قرار گرفتند و مولفه های پژوهش را تشکیل دادند. میزان توافق بین ارزیابان در شناسایی کدهای هر مقوله به شرح زیر است:

جدول ۱. میزان توافق بین ارزیابان در شناسایی کدها

درصد توافق	عوامل فراتشخیصی (یکپارچه نگری)
۸۰٪	آموزش مهارت های ناهمجوشی با فکر
۸۵٪	آموزش مهارت های ذهن آگاهی
۹۰٪	آموزش مهارت های نظم بخشی به هیجانات
۸۰٪	آموزش شفقت ورزی به خود
۸۶٪	آموزش شناسایی ارزشها و اقدام به اعمال متعهدانه در راستای ارزش ها

توافق

جدول ۵. مشخصه‌های آماری متغیرهای وابسته تحمل پریشانی و تکانشگری در شرایط میانگین تعدیل شده (n=۳۰)

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	گروه آزمایش	میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل
متغیر	۴۹/۱۸	۰/۲۰۸	متغیر	۴۴/۸۸	۰/۲۰۸	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	۷۸/۰۱۶	۰/۱۷۳	تحمل پریشانی	۸۰/۸۵	۰/۱۷۳	انحراف استاندارد

جدول ۶. تحلیل کوواریانس تک متغیره گروه بسته آموزشی و گروه کنترل در تحمل پریشانی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	۱۳۰/۹۵۸	۱	۱۳۰/۹۵۸	۲۰۸/۲۳۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۵
خطا	۱۶/۹۸۰	۲۷	۰/۶۲۹			
تحمل پریشانی	۳۱۱/۴۶۷	۱	۳۱۱/۴۶۷	۱۰۹/۷۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۰۳
خطا	۷۶/۶۵۳	۲۷	۲/۸۳۹			

$$F_{(1,27)} = 208/238 ; P < 0/01 ; \text{Partial } \eta^2 = 0/885$$

$$F_{(1,27)} = 109/711 ; P < 0/01 ; \text{Partial } \eta^2 = 0/803$$

جدول ۷. تحلیل کوواریانس تک متغیره گروه بسته آموزشی و گروه کنترل در تکانشگری

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکانشگری	۵۰/۲۷۲	۱	۵۰/۲۷۲	۱۲۳/۷۸۳	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
خطا	۱۰/۹۶۶	۲۷	۰/۴۰۶			
تکانشگری	۱۳۱/۱۹۸	۱	۱۳۱/۱۹۸	۲۸۰/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۹۱۲
خطا	۱۲/۶۵۰	۲۷	۰/۴۶۹			

$$F_{(1,27)} = 123/783 ; P < 0/01 ; \text{Partial } \eta^2 = 0/821$$

$$F_{(1,27)} = 280/026 ; P < 0/01 ; \text{Partial } \eta^2 = 0/912$$

تکانشگری در نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه را دارا باشد. به طور کلی، با توجه به نتایج بدست آمده از سنجش روایی محتوایی بسته حاضر توسط متخصصین روانشناسی تربیتی می توان گفت بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این قابلیت را دارد که در نظام آموزش و پرورش کشور مورد استفاده آموزشی و پژوهشی قرار گیرد. تعیین میزان اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دومین هدف پژوهش بود.

با توجه به اینکه پرخاشگری در نوجوانان ریشه های بسیاری می تواند داشته باشد از جمله نقص در مهارت اجتماعی و مهارت ارتباطی (۱۶) که برکوات و همکاران آن را به مشکلات بین فردی ربط داده اند، یا در نتیجه پایین بودن تحمل پریشانی اتفاق می افتد که فرد تحمل تجربه حالت های هیجانی منفی را ندارد (۱۷) و به زعم نوکو، خشم واکنش منفی نسبت به تحریک پذیری می باشد؛ به گونه ای آنرا برون ریزی می کند و این امر ناشی از بعد شناختی پرخاشگری بوده و سبب ایجاد کینه توزی در فرد می گردد (۱۸). از طرف دیگر پرخاشگری به صورت کلامی یا فیزیکی ظاهر می شود که به منظور آسیب رساندن به دیگران و یا به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدف انجام می گیرد (۱۹) و تمامی این موضوعات

نتایج جدول های (۶) و (۷) نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر روش های ACT، EFT، CFT بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند، حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیرهای تحمل پریشانی و تکانشگری با یکدیگر در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارند. با ۰/۹۹ احتمال می توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بسته آموزشی مبتنی بر روش های ACT، EFT، CFT بر میزان تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه را در پس آزمون و پیگیری افزایش می دهد، تایید می شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت و رواسازی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تعیین اثربخشی آن بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه انجام شد. یافته ها نشان داد که بسته آموزشی مزبور در روایی محتوا سطح قابل قبولی دارد و به نظر می رسد توان کاهش سطوح پریشانی و

ایفا کند (۲۵). تحمل پریشانی، توانایی فرد برای تحمل احساسات منفی و عواطف دیگر است. تمایل به استفاده از رفتارهای عملکردی مانند پرخاشگری برای فرار از حالت های منفی، نشانه تحمل پریشانی پایین است. تحمل پریشانی در نوجوانان به توانایی ثبات در جهت گیری هدف در هنگام تجربه تنش های روانشناختی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این است که فرآیندهای پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت های ارزشمند که تمامی آن ها انعطاف پذیری روان شناختی را حمایت می کنند، تقویت نماید (۲۶). یافته های پژوهش همچنین با نتایج تحقیقات احمدی سرموری و همکاران (۲۷)، محمودی مهنه، توزنده جانی و باغستانی (۲۸)، ارجمند قجور و همکاران (۲۶)، رضایی و همکاران (۲۱)، آرسلاتاس و کورناز (۲۹)، باکر، کاسول و ایکلز (۳۰)، موریسون و همکاران (۱۴) همسو می باشد.

این پژوهش با محدودیت هایی نیز روبرو بوده است. از جمله اینکه نمونه مورد مطالعه فقط از یک مقطع سنی و از یک ناحیه آموزش و پرورش در پژوهش شرکت داده شده اند و نمی توان نتایج را به سایر مقاطع تحصیلی و دیگر نواحی آموزش و پرورش تعمیم داد. این مطالعه به پژوهشگران حوزه روان شناسی پیشنهاد می نماید این پژوهش را در سطح وسیعتر و در دوره های تحصیلی دیگر نیز به اجرا در آورند و یافته ها را با توجه به متغیرهای سن، جنس و مقطع تحصیلی مورد مقایسه و بررسی قرار دهند. به خانواده ها، معلمان و افرادی که به هر صورت با نوجوانان در ارتباطند پیشنهاد می شود از تکنیک های این درمان برای برخورد با نوجوانان بهره ببرند. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر متغیرهای وابسته پژوهش پیشنهاد می شود این پروتکل درمانی ساخته شده و خلاصه جلسات آن به صورت پکیج در اختیار معلمان و مدیران مدارس قرار گیرد تا بهره لازم را از آن ببرند. تشکیل کارگاه ها و دوره های آموزشی جهت آشنایی والدین و معلمان با این روش درمانی می تواند در کنترل پرخاشگری نوجوانان بسیار مؤثر باشد، لذا به سیستم آموزشی و ادارات آموزش و پرورش پیشنهاد می شود ضمن توجه به مقوله پرخاشگری و اتخاذ راهکارهای مناسب برای جلوگیری از آن در میان دانش آموزان، نسبت به تشکیل کارگاه ها و دوره های آموزشی برای معلمان و خانواده ها اقدامات لازم را مبذول دارند.

References

1. Ishaqi Moghaddam Kate Shamshir F, Abdollahi Mo H, Shahgholian M. (2015). Comparison of early dysfunctional schemas, latent anxiety and cognitive emotion regulation in normal and delinquent adolescents. *Khatam Healing Neuroscience*, 3 (4): 40-31.
2. Quin C, Tawse S. (2010) *Handbook of aggressive Behavior Research Psychology*

به نوعی نامهربانی با خود و دیگران محسوب گشته و از عدم کنترل هیجانات ناشی می شود و فرد به هنگام پرخاشگری برخلاف ارزش های خود و جامعه عمل می کند. آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه های شفقت به خود می باشد که به بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آن ها)، بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود را در برمی گیرد (۲۰).

در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خویش را بشناسند و در قبال آن احساس شفقت داشته باشند. با آموزش سیستم های شفقت به خود که باعث افزایش انعطاف پذیری عاطفی می شوند می توان سیستم تهدید را خنثی کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند ناامنی، دفاع و تحریکات اتوماتیک است) و سیستم مراقبت را فعال کرد (این سیستم مربوط به احساساتی مانند امنیت، دل بستگی و سیستم مخدر آکسی توسین است) (۲۱). در کنترل و کاهش پرخاشگری و تکانشگری شرکت کنندگان در درمان تلاش شد با آگاه ساختن افراد از این سیستم، تکانشگری آن ها را به میزان قابل توجهی کاهش داد. خود شفقتی با هوش هیجانی، ابتکارات فردی، کنجکاو، انعطاف پذیری ذهنی، رضایت از زندگی و احساس دل بستگی اجتماعی در ارتباط است (۲۲).

در واقع می توان گفت که نخستین اصول درمان متمرکز بر شفقت از سیستم های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجانات و سیستم حمایت اجتماعی برخاسته است. جلسات درمان از ارتباط بین این سیستم ها و افکار و رفتار انسان تشکیل شده است. یکی از ابعاد پرخاشگری، بعد هیجانی آن می باشد. هیجان بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود است. هیجان به رفتار فرد جهت می دهد و موجب بهزیستی روانشناختی وی می گردد (۲۳)، اما هنگامی که هیجان به صورت ناسازگارانه و غیرانطباقی بروز کند می تواند موجب ایجاد مشکل برای فرد و دیگران شود. در روش های متمرکز بر هیجان تلاش می شود افراد نسبت به افکار و هیجانات منفی که موجب آشفتگی و یا بروز رفتار نامناسب در روابط میان فردی می گردد، آگاهی یابند (۲۴).

در رابطه درمان متمرکز بر هیجان، همدلی، اصالت، پذیرش بی قید و شرط و توجه مثبت به منظور تصدیق هیجان های مراجع و ایجاد فضای امن وجود دارد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد برای زندگی غنی، کامل و معنادار است. این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری شود. زیندل، سگال، مارک و ویلیامز معتقدند که روش ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خود آگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ های مطلوب در شرایط بحرانی است و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کند. این رویکرد می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش تکانشگری و تنظیم رفتاری

- therapy (ACT) in the treatment of couples anxiety. *Applied Counseling*, 4 (1): 119-103.
12. Oraki M, Bitaneh M. (2020). The effectiveness of self-care-based therapy on perfectionism and attachment styles of female high school students with generalized anxiety disorder. *Psychology of Exceptional People*, 10 (37): 58-39.
13. Amirian K, Emami Sh, Ahmadi V, Mohammadzadeh J. (2018). The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy on the difficulty in regulating emotion and tolerating anxiety in substance abusers. *Education and Community Health*, 5 (2): 61-53.
14. Morrison KL, Smith BM, Ong CW, et al. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision- making *Behavior Modification*, 44(4): 600-623.
15. Lathren C, Bluth K, Park J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143: 36-41.
16. Shaykh al-Islami A, Asadollahi E, Mohammadi N. (2017). Predicting the aggression of delinquent adolescents based on problem-solving strategies and communication skills. *Pooyesh*, 1 (1): 37-19.
17. Berkout OV, Tinsley D K, Flynn M K. (2019). A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11(1): 34-43.
18. Novaco R W. (2011). Perspectives on anger treatment: Discussion and commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2): 251–255.
19. Veenstra L, Bushman B J, Koole S L. (2018). The facts on the furious: A brief review of the psychology of trait anger. *Current Opinion in Psychology*, 19:98–103.
- of Emotion Motivation and actions. Nova Science pub. Inc.
3. Steinberg L, Dahl R, Keating D, et al. (2014). *The Study of Developmental Psychopathology in Adolescence: Integrating Affective Neuroscience with the Study of Context*. Institute of Child Development.
4. Gilbert J. Stubbs J. Gale S, et al. (2014). A qualitative study of the understanding and use of compassion Focused coping strategies in people who suffer from serous weight difficulties. *Journal of compassionate Health care*. 1(9).
5. Simons J S, Gaher R M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9): 83-102.
6. Moghiseh M and Abdollahi A. (2018). Comparison of anxiety tolerance and positive and negative emotions between people addicted to drugs and normal. *Social health and addiction*, 5 (91): 78-56.
7. Forouzanfar A. (2017). Distress tolerance: theory, mechanism and relationship with mental pathology. *Developmental Psychology*, 6 (2): 262-239.
8. Neff K D, Dahm KA. (2015). Self-compassion what it is what it does and how it relates to mindfulness In B. Ostafin. M. Robinson. SB. Meier (Eds) *Handbook of mindfulness and self-Regulation*. New York. Springer.
9. Ismaili A A, Akbarzadeh E, Mohammadi Y, et al. (2016). The relationship between IQ and cultural intelligence and self-monitoring in students of Birjand University of Medical Sciences. *Birjand University of Medical Sciences*. 23 (3): 276-268.
10. Ekhtiari Ha, Rezvanfard M, Mokri A. (2008). Impulsivity and various evaluation tools: a review of views and studies.
11. Amanolahi A, Heidari N, Khojasteh Mehr R, Imani M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment based

28. Mahmoudi Mahneh A, Touzandeh Jani H, Baghestani A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on clinical symptoms and impulsivity of mothers with children with confrontational disobedience disorder. *Mashhad University of Medical Sciences*, 62 (4): 343-335.
29. Arslantas S, Kurnaz A. (2017). The Effect of Using Self-Monitoring Strategies in Social Studies Course on Self-Monitoring, Self-Regulation and Academic Achievement, *International Journal of Research in Education and Science*, 3 (2): 452-463.
30. Baker D A, Caswell H L, Eccles F J R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90: 154-161.
20. Neff K D, Kirkpatrick K, Rude S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41: 139-154.
21. Rezaei N, Sohrabi A, Zoghi Paydar M R. (2018). The effectiveness of compassion-based therapy on impulsivity, interpersonal sensitivity and self-harm in individuals with borderline personality disorder. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 19 (4): 55-44.
22. Frostadottir A D, Dorjee D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Front*.
23. Greenberg Leslie J, Warwar Serine H, Malcolm Wanda M. (2010) Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2): 185-196.
24. Narimani M, Ali Sari N, Effat Parvar S. (2014). The effectiveness of emotion-focused education on cognitive emotion regulation strategies of emotionally abused students. *Practical Advice*, 3 (2): 50-37.
25. Zindel V, Segal J, Mark G, Williams John D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2 nd edition. New York City: Guildford Press.
26. Arjmand Ghajour K, Mahmoud Ali Lou M, Khanjani Z, et al. (2018). Methamphetamine. *Addiction Research*, 12 (49): 122-99.
27. Ahmadi Sarmouri P, Mardani Karani J, Nazari Sarmazeh F, et al. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on reducing impulsivity and high-risk behaviors of female high school students. *Developmental Psychology*, 8 (12): 30-21.