

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی بسته تدوین شده مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی با رفتاردرمانی دیالکتیک بر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۳

خلاصه

مقدمه: یکی از رفتارهای پرخطر شایع در دوران نوجوانی، خودآسیب رسانی است که اغلب با مشکلات روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب همراه بوده و پیامدهای منفی قابل توجهی بر روابط خانوادگی برجای می گذارد. بروز این رفتار نشان دهنده نیاز جدی نوجوان به دریافت حمایت و مداخله تخصصی است. از اینرو پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی و مقایسه اثربخشی آن با رفتاردرمانی دیالکتیک بر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع ترکیبی متوالی اکتشافی بود. در بخش کیفی، کتابها و مقالات علمی با استفاده از تحلیل مضمون استقرایی بررسی شد و بر اساس مضامین استخراج شده، یک بسته مداخله ای ۱۰ جلسه ای تدوین و روایی محتوایی آن تأیید گردید. در بخش کمی، جامعه آماری شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ بود که حداقل یک سابقه خودآسیب رسانی داشتند. از این جامعه، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه خودآسیب رسانی عمدی و پرسشنامه پیوند والدینی بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی با CVR بین ۰/۷۰ تا ۱، و CVI بین ۰/۷۹۵ تا ۰/۸۷۵ دارای روایی محتوایی مطلوبی می باشد. همچنین نتایج بخش کمی نشان داد هر دو روش درمانی بر بهبود پیوند والدینی در ابعاد مراقبت و کنترل افراطی موثر بوده و بین دو روش درمانی از این نظر تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اعتبار بسته تدوین شده مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان و اثربخشی آن متناسب با رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود پیوند والدینی در ابعاد مراقبت و کنترل افراطی در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان، پیشنهاد می شود از بسته مداخلاتی تدوین شده فوق به عنوان یک روش مداخله ای در مراکز آموزشی و درمانی استفاده گردد.

کلمات کلیدی: بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان، شفقت ورزی، رفتاردرمانی دیالکتیک، پیوند والدینی، نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مهسا پاکزاد^۱

حسن خوش اخلاق^{۲*}

الهام فروزنده^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

^۲گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران (نویسنده مسئول)

^۳گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

نویسنده مسئول: حسن خوش اخلاق، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ناین، اصفهان، ایران.

Email:

Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

مقدمه

فردی تقویت می‌شوند. همچنین در این میان یکی از متغیرهای مرتبط با رفتارهای خودآسیب رسان، ارتباط میان نوجوان با والدین یا مفهوم پیوند والدینی^۷ است که به طور خاص توسط محققان مورد توجه قرار گرفته است (رانر^۸، ۲۰۲۱).

پیوند والدینی که شباهت زیادی با مفهوم دلبستگی دارد، به معنی نحوه تعامل والدین با کودک است و اولین بار توسط جان بالبی^۹ مطرح شد. دلبستگی در بزرگسالان به جای پرداختن به درک و تربیت فرد، بر احساس ارزشمندی فعلی و چگونگی انتظار فرد از برخورد اطرافیان در رابطه متمرکز است. در مقابل پیوند والدینی، بر خاطرات تعاملات کودک و مراقبت اولیه از او و احساسی که از نحوه مراقبت مراقبان داشته است تمرکز دارد (دی کوک و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۷). به طور کلی پیوند والدینی را می‌توان تجربه ذهنی کودک از محبت والدین نسبت به خود تعریف کرد که عامل بسیار مهمی در سلامت روان افراد محسوب می‌شود (چن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). والدینی که قادر به برقراری روابط گرم، محبت آمیز و صمیمانه با فرزندان خود نیستند و یا نمی‌توانند زمینه لازم برای رشد مستقل فرزندان خود را فراهم نمایند، فرزندان خود را در فضایی پر از اضطراب و تنش تربیت می‌کنند که این امر منجر به کاهش تحمل پریشانی و اقدام به رفتارهای خود آسیب رسان برای فرار از پریشانی‌ها می‌شود. در مقابل روابط مطلوب والدین با فرزندان منجر به افزایش تحمل پریشانی و اجتناب از اقدام به رفتارهای خود آسیب رسان در مقابل هیجانات منفی می‌شود (لیو و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۴؛ محمدی کیانی و مهرداد، ۱۴۰۲).

با توجه به مطالب پیش گفته، پیامدهای منفی فردی، خانوادگی و اجتماعی رفتارهای خودآسیب رسان، در کنار افزایش شیوع این پدیده در میان نوجوانان، ضرورت طراحی و ارائه مداخلات آموزشی و درمانی مؤثر با هدف کاهش عوامل زمینه‌ساز بروز آن را بیش از پیش برجسته می‌سازد. از آنجا که مجموعه‌ای از متغیرهای هیجانی، خلقی، شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای خودآسیب رسان نقش دارند، انتخاب و به کارگیری اثربخش‌ترین رویکردهای درمانی برای حذف یا کاهش این عوامل زمینه‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دستیابی به این هدف مستلزم مقایسه نظام‌مند درمان‌های مختلف و شناسایی کارآمدترین مداخلات در کاهش گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان است.

یکی از مداخلات پرکاربرد در حوزه درمان‌های روان‌شناختی برای مشکلات هیجانی و رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک^{۱۳} است. این رویکرد که در زمره درمان‌های شناختی-رفتاری قرار می‌گیرد، توسط لینهان^{۱۴} به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان معرفی شد. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تلفیق مداخلات مبتنی بر تغییر در درمان شناختی-رفتاری و آموزه‌ها و فنون برگرفته از رویکردهای شرقی که بر اصل پذیرش تأکید دارند، چارچوبی یکپارچه را ارائه می‌دهد. بر این اساس، این درمان چهار

نوجوانی مرحله‌ای گذار از کودکی به بزرگسالی است که در آن، الگوهای رفتاری بنیادینی شکل می‌گیرند که می‌توانند تأثیرات بلندمدتی بر زندگی فرد در سراسر عمر داشته باشند. در صورتی که نوجوانان نتوانند به‌طور مؤثر با بحران‌ها و چالش‌های رشدی این دوره مقابله کنند، اختلالات قابل توجهی در روند طبیعی زندگی روزمره آنان و همچنین در ابعاد هیجانی، اجتماعی و شناختی بروز می‌یابد (مطلع و همکاران، ۱۴۰۳). یکی از مسائلی که می‌تواند عملکرد هیجانی، اجتماعی و شناختی نوجوانان دختر و پسر را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد، ظهور و گسترش رفتارهای خودآسیب رسان^۱ است (دالی و همکاران^۲، ۲۰۲۰).

به‌طور کلی، رفتارهای خودآسیب رسان به مجموعه‌ای از اعمال گفته می‌شود که فرد به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم و بدون وجود قصد خودکشی، به خود صدمه وارد می‌کند. این رفتارها طیفی از اعمال مانند خراشیدن پوست، بریدن، سوزاندن، کوبیدن سر، ضربه زدن به خود و رفتارهای مشابه را در بر می‌گیرند (کاتگاسنر و همکاران^۳، ۲۰۲۱). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، رفتارهای خودآسیب رسان در دو طبقه اصلی جای می‌گیرند: رفتارهای خودآسیب رسان مستقیم، نظیر خودزنی، و رفتارهای خودآسیب رسان غیرمستقیم، مانند رفتارهای پرخطر، سوء مصرف مواد و مصرف الکل (لیانگ و همکاران^۴، ۲۰۲۰).

خودآسیبی رفتاری شایع در هر دو جمعیت بالینی و غیربالینی به شمار می‌رود؛ با این حال، میزان بروز آن در دوره نوجوانی، به‌ویژه در بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، به بالاترین سطح خود می‌رسد و به‌طور کلی با افزایش سن روندی کاهشی پیدا می‌کند (لوریجیو و همکاران^۵، ۲۰۲۳). نتایج حاصل از مطالعات فزاینده نشان می‌دهد که حدود ۹/۲۲ درصد از نوجوانان حداقل یک‌بار تجربه رفتارهای خودآسیب رسان را داشته‌اند. افزون بر این، بر اساس یافته‌های یک مطالعه طولی، احتمال خودکشی در افرادی که به رفتارهای خودآسیب رسان روی می‌آورند، ۴/۲۷ درصد بیشتر از سایر افراد گزارش شده است (کاتگاسنر و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین سبب‌شناسی رفتارهای خودآسیب رسان، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر بروز این رفتارها را می‌توان به دو دسته کلی عوامل بین فردی و عوامل درون فردی تقسیم کرد (همبلتون و همکاران^۶، ۲۰۲۰). از جمله عوامل بین فردی می‌توان به تلاش برای ابراز استقلال، حفظ مرزهای بین فردی، اعمال نفوذ در روابط اجتماعی، پیوند با همسالان، رفتارهای انتقام‌جویانه، خودمراقبتی، هیجان‌طلبی و نمایش تحمل و سرسختی اشاره کرد. در مقابل، عوامل درون فردی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که به‌صورت درونی برانگیخته شده و از طریق فرآیندهای

8. Rohner

9. John Bowlby

10. de Cock et al

11. Chen et al

12. Liu et al

13. dialectical therapy

14. Linehan

1. self-harming behaviors

2. Daly et al

3. Kothgassner et al

4. Liang et al

5. Lurigio et al

6. Hambleton et al

7. parental bonding

مؤلفه اصلی مداخله‌ای را شامل می‌شود: الف) تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه پذیرش، ب) هشیاری فراگیر بنیادین، ج) تنظیم هیجان و د) کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه تغییر. رفتاردرمانی دیالکتیکی ترکیبی از فنون درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری بوده و جهت‌گیری نظری آن بر مبنای نظریه‌های رفتاری و رویکردهای مداخله در بحران مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی استوار است (لینهان، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی متعدد نیز اثربخشی این رویکرد را در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان تأیید کرده‌اند (مهلول و همکاران، ۲۰۱۶؛ قدرتی، ۱۴۰۰؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین پژوهش‌های دیگر نیز نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کاهش رفتارهای خودآزاری نوجوانان (سیورسن و همکاران، ۲۰۲۴)، کاهش ضرب و جرح خویش (عزیزی و زارعی، ۱۴۰۲)، و کاهش پرخاشگری نوجوانان (صمدی و همکاران، ۱۴۰۲)؛ موثر است. با این وجود، شواهد حمایتی گسترده از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی، همچنان نیاز به توسعه مداخلات تخصصی در برخی حوزه‌ها احساس می‌شود. این امر از آن جهت حائز اهمیت است که رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً بر آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانات شدید و تنظیم پاسخ‌های هیجانی آشکار تمرکز دارد، در حالی که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان در بسیاری از موارد با الگوهای ناکارآمد ارتباطی والدین با نوجوان و ضعف در پیوند والدینی مرتبط است (لیو و همکاران، ۲۰۲۴؛ محمدی کیانی و مهداد، ۱۴۰۲). تعاملات مبتنی بر طرد، فقدان حمایت هیجانی، ارتباط سرد یا کنترل‌گرانه می‌توانند به شکل‌گیری تجربه‌های هیجانی منفی پایدار، احساس بی‌ارزشی و نگرش‌های منفی نسبت به خود در نوجوان منجر شوند؛ نگرش‌هایی که زمینه‌ساز بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان هستند. در چنین شرایطی، خودشفقتی به‌عنوان یک سازه محافظتی و رویکرد درمانی مؤثر، می‌تواند نقش مهمی در کاهش پیامدهای منفی ناشی از روابط والد-نوجوان ناکارآمد ایفا کند. خودشفقتی با تقویت نگرش پذیرنده، مهربانانه و غیرقضاوت‌گر نسبت به خود، می‌تواند اثرات مخرب ضعف پیوند والدینی و الگوهای ارتباطی منفی را تعدیل کرده و از شدت خودانتقادی و هیجانات منفی بکاهد. بر این اساس، توجه به شفقت‌ورزی و مداخلات مبتنی بر خودشفقتی^۴، در کنار درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، به‌عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان پیشنهاد می‌شود. شفقت به خود به‌عنوان یکی از عوامل محافظتی مهم در سلامت روان شناخته می‌شود که نقش مؤثری در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند. این سازه به‌عنوان یک سپر روانی، به افراد کمک می‌کند تا مواججه‌ها و رنج‌های خود را به‌صورت واقع‌بینانه ادراک و بپذیرند و در برابر آن‌ها با نگرشی مهربانانه و پذیرنده واکنش نشان دهند؛ فرآیندی که در نهایت به تقویت سلامت روان نوجوانان منجر می‌شود (هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود مفهومی چندبعدی است که از سه مؤلفه اصلی تشکیل می‌شود: مهربانی با خود در برابر خودقضاوتی، اشتراکات انسانی در برابر احساس انزوا و هوشیاری در برابر همانندسازی فزاینده. هم‌افزایی این سه مؤلفه، ویژگی‌های فردی اشخاصی را شکل می‌دهد که از سطح بالایی از خودشفقتی برخوردارند. در این چارچوب، مهربانی با خود به معنای برخوردی

فهم‌گرایانه و حمایت‌گرانه با خود، به‌جای انتقاد و سرزنش کاستی‌ها و ناکارآمدی‌ها است. مؤلفه اشتراکات انسانی بر این باور تأکید دارد که نقص‌ها، خطاها و رفتارهای ناسازگار بخشی جدایی‌ناپذیر از تجربه انسانی هستند و همه افراد آن‌ها را تجربه می‌کنند. همچنین، هوشیاری در برابر همانندسازی فزاینده موجب ایجاد آگاهی متعادل و شفاف نسبت به تجربه‌های لحظه حال می‌شود؛ به‌گونه‌ای که جنبه‌های دردناک تجربه نادیده گرفته نمی‌شوند، اما ذهن نیز به‌طور افراطی درگیر آن‌ها نمی‌گردد (بروکز و همکاران، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، شفقت به خود به توانایی فرد در مواجهه با شکست‌ها و ناکامی‌ها همراه با درک، پذیرش و نگرشی غیرقضاوت‌گر اشاره دارد؛ به‌طوری که این تجربه‌ها به‌عنوان بخشی طبیعی از مسیر زندگی تلقی می‌شوند، نه موقعیت‌هایی برای اجتناب یا غرق شدن هیجانی. هنگامی که فرد خود را عضوی از جامعه انسانی بداند که مسیر رشدی مشابه دیگران را طی می‌کند، میزان شکست‌پذیری، احترام و پذیرش نسبت به خود افزایش می‌یابد. در این شرایط، نگرش‌های مثبت و متعادل جایگزین خودمحوری افراطی شده، ارتباط با دیگران تقویت می‌گردد، هیجانات منفی کاهش می‌یابد و در نهایت فرد به سطح بالاتری از رضایت از خود دست می‌یابد؛ وضعیتی که با مهربانی با خود و کاهش گرایش به رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه است (نف، ۲۰۲۳؛ تالی و همکاران، ۲۰۲۳).

از این رو به نظر می‌رسد طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر شفقت‌ورزی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود روابط نوجوانان با والدین، و ارتقای سلامت روان نوجوانان ایفا کرده و از این طریق به کاهش عوامل زمینه‌ساز بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کند. با این حال، شواهد پژوهشی حاکی از آن است که مطالعات محدودی در این حوزه انجام شده و تاکنون بسته مداخله‌ای جامع و بومی‌شده‌ای مبتنی بر شفقت‌ورزی، متناسب با بافت خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران، با کاهش عوامل زمینه‌ای رفتارهای خودآسیب‌رسان تدوین نشده است. اندک پژوهش‌های موجود نیز عمدتاً با استفاده از بسته‌های مداخله‌ای اقتباس‌شده از مطالعات خارجی صورت گرفته‌اند. بر این اساس، خلأ پژوهشی معناداری در این زمینه وجود دارد و انجام پژوهش حاضر می‌تواند به غنای دانش موجود در حوزه پیشگیری و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بیفزاید. در همین راستا، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش‌هاست: مؤلفه‌های اصلی تشکیل‌دهنده بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی کدام‌اند؟ آیا بسته تدوین‌شده از اعتبار محتوایی و ساختاری مطلوب برخوردار است؟ و آیا میان میزان اثربخشی بسته مداخله‌ای مبتنی بر شفقت‌ورزی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، در بهبود پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

با توجه به هدف مورد نظر، روش این پژوهش ترکیبی از نوع متوالی اکتشافی بود که در آن ابتدا پژوهشگران با جمع‌آوری داده‌های کیفی وارد مطالعه شدند و سپس داده‌های کمی را جمع‌آوری کردند. در ادامه روش پژوهش در دو بخش کیفی و کمی شرح داده می‌شود.

روش پژوهش در بخش کیفی از نوع تحلیل مضمون بر مبنای رویکرد قیاسی (مبتنی بر نظریه) و با استفاده از روش استرلینگ^۵ بود (استرلینگ، ۲۰۰۱). جامعه آماری این پژوهش در بخش کیفی شامل تمامی متون علمی اعم از

^۶ . Brooks et al

^۷ . Neff

^۸ . Tali et al

^۹ . Stirling

^۱ . Mehlum et al

^۲ . Syversen et al

^۳ . Liu et al

^۴ . self-compassion

^۵ . Hasking et al

پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، عدم همکاری در جریان پژوهش، و انصراف از ادامه همکاری است.

پرسشنامه‌های مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات در بخش کمی عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: پرسشنامه ای حاوی اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش شامل سن، جنسیت، پایه تحصیلی، دفعات اقدام به خود آسیمی، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی مزمن و سابقه مصرف داروهای روانپزشکی.

۲- پرسشنامه خود آسیب زنی عمدی^{۱۱}: پرسشنامه آسیب به خود توسط سانسون و همکاران (۱۹۸۸) به منظور سنجش سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (خودتان را با افکار منفی و سرزنش گر مجازات کرده اید) به سنجش آسیب به خود می پردازد. پرسشنامه آسیب به خود بر خلاف سایر پرسشنامه هایی که در این حیطه قرار می گیرند، تنها مقیاسی است که در تشخیص اختلال شخصیت مرزی قابل استفاده است. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده اند مورد ارزیابی قرار می گیرند. مانند سوء مصرف دارو یا مواد الکلی، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت های روانپزشکی طراحی شده است. نمره گذاری پرسشنامه آسیب به صورت بله- خیر است. به این صورت که پاسخ «بله» فقط به مواردی داده می شود که عمداً یا از روی قصد برای آسیب به خود انجام شده است. گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله نمره ۱ می گیرد. برای بدست آوردن نمره کلی این پرسشنامه باید فقط پاسخ های تأیید شده را (یعنی تعداد پاسخ های بله) با هم جمع کنید. پاسخ های خیر در نمره گذاری نقشی ندارند. پرسشنامه آسیب به خود در مقابله با مصاحبه بالینی که تقریباً اجرای آن یک ساعت و شاید بیشتر طول می کشد، دقت تشخیص آن در نمره برش ۸۵/۵ درصد می باشد. به عبارت دیگر افرادی که نمره ۵ یا بیشتر در این پرسشنامه می گیرند، به احتمال ۸۵ درصد دارای نشانه های اختلال شخصیت مرزی هستند. مقدار پایایی این پرسشنامه در پژوهش سانسون و همکاران ۰/۸۶ به دست آمده است. در ایران نیز مقدار پایایی این پرسشنامه در پژوهش جستانی و همکاران (۱۴۰۲) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که نشان دهنده مطلوب بودن پایایی آن است.

۳- پرسشنامه پیوند والدینی^{۱۱} (PBI): پرسشنامه پیوند والدینی یکی از اولین پرسشنامه هایی است که توسط پارکر، توپلینگ و براون^{۱۲} در سال ۱۹۷۹ و براساس نظریه دلبستگی ارائه شده است. این پرسشنامه برداشت فرد از کنترل و توجه والدین را اندازه گیری می کند و از پاسخگویان می خواهد که برداشت خود را از والدینشان گزارش کنند. پرسشنامه دارای ۲۵ سوال است که ۱۲ سؤال «مراقبت» و ۱۳ سؤال «کنترل» را بررسی می کند و شخص می تواند میزان موافقت خود با آنها را با استفاده از مقیاس لیکرت (با نمره گذاری

کتاب، مقاله های علمی و پژوهشی، مداخله های موجود و تارنماهای مرتبط با رفتارهای خود آسیب رسان و عوامل زیربنایی آن بود. در این بخش برای تدوین بسته از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد و این کار تا رسیدن به اشباع نظری یعنی تا حدی که داده جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت. بر این اساس ضمن بررسی تمامی اسناد مرتبط با موضوع، بانک های اطلاعاتی ساینس دایرکت^۱، اسکولار^۲، پروکوئست^۳، ان بی سی آی^۴، پاب مد^۵، مگ ایران^۶ در بازه زمانی سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴؛ و در داخل کشور از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۳ بر اساس کلیدواژه های تحقیق اشباع نظری حاصل شد و مؤلفه های مورد نیاز برای تدوین بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی به دست آمد. در ادامه براساس مؤلفه های به دست آمده، بسته مداخلاتی در ۱۰ جلسه تدوین گردید.

در ادامه برای اعتباریابی برنامه در بخش کیفی از روش نمونه گیری هدفمند ملاک - محور استفاده شد که در آن پروتکل تدوین شده به ۱۰ نفر از متخصصان و استادان دانشگاهی معرب در زمینه اختلالات عاطفی و رفتاری نوجوانان از دانشگاه های آزاد اسلامی واحد نایین و نجف آباد که دانش، مهارت و تجربه کافی در حوزه مورد مطالعه داشتند ارائه، و نظرات اصلاحی آنان بر روی برنامه مداخله ای اعمال گردید. علاوه بر آن، روایی محتوایی بسته مداخله با استفاده از ضریب نسبی روایی محتوای (CVR) و شاخص روایی محتوا^{۱۱} (CVI) نیز محاسبه گردید.

طرح پژوهش در بخش کمی از نوع نیمه آزمایشی سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری در بخش کمی شامل تمامی نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۸ ساله مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان بودند که در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ (از مهر ۱۴۰۳ تا پایان اسفند ۱۴۰۳) حداقل یک نوبت سابقه خود آسیب رسانی داشتند و تعداد آنها در این بازه زمانی ۶۳ نفر بود. با توجه به فرمول تعداد نمونه در یک مطالعه مشابه (انحراف معیار ۱۵، خطای میانگین ۱۱، خطای نوع اول $\alpha=0/05$ ، توان آزمون $0/80$) تعداد نمونه برابر با ۴۵ کودک (۱۵ نمونه برای گروه آزمایش اول، ۱۵ نمونه برای گروه آزمایش دوم، و ۱۵ نمونه برای گروه کنترل) در نظر گرفته شد (یوسفی، ۱۴۰۱).

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(15)^2(1.96 + 0.85)^2}{15^2} = 15$$

بنابراین، از میان جامعه آماری پژوهش، تعداد ۴۵ کودک که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۱۲ تا ۱۸ سال، دارا بودن حداقل یک بار سابقه رفتارهای خود آسیب رسان غیرخودکشی گرا در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ براساس پرونده موجود در مرکز مشاوره، کسب نمره ۵ یا بیشتر از پرسشنامه خود آسیب زنی عمدی (سانسون و همکاران^{۱۱}، ۱۹۸۸)، دارا بودن افکار خودآسیمی و ضرب و جرح براساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، نداشتن اختلال پزشکی همزمان که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند، و رضایت فرد و والدین وی برای مشارکت در

7 . Content validity Ratio

8 . Content Validity Index

9 . Sansone et al

10 . The Self-Harm Inventory(SHI)

11 . Parental Bonding Instrument (PBI)

12 . Parker, Tupling & Brown

1 . science Direct

2 . Scholar

3 . ProQuest

4 . NBCI

5 . pubMed

6 . Magiran

از ۰ تا ۳) نشان دهد. سؤالات ۱۷، ۱۲، ۱۱، ۶، ۵، ۱، مربوط به مراقبت و سؤالات ۲۳، ۲۰، ۱۹، ۱۳، ۱۰، ۹، ۸، مربوط به کنترل به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. سؤالات ۲۴، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۴، ۲، مربوط به مراقبت و سؤالات ۲۵، ۲۲، ۲۱، ۱۵، ۷، ۳، مربوط به کنترل به صورت غیر مستقیم نمره گذاری می شوند. نمرات بالا در مقیاس «مراقبت» منعکس کننده والدین گرم، مهربان و همدل است؛ نمرات پایین در مقیاس «مراقبت» گویای والدینی سرد، طردکننده و بی توجه است. نمرات بالا در مقیاس «کنترل» بیانگر والدین کنترل کننده، مزاحم و افراطی است که تمایل دارند کودکشان همیشه بچه بماند؛ از سوی دیگر نمرات پایین در مقیاس «کنترل»، منعکس کننده والدینی است که به کودک آزادی می دهند و موجبات استقلال او را فراهم می آورند. با این وجود برخی از یافته ها نشان می دهند که نمره بسیار پایین ممکن است نشانه بی تفاوتی والدین باشد (پارکر^۱، ۱۹۹۰). در این پرسشنامه نقطه ی برش برای بعد مراقبت کم ۱۳ و برای بیش حمایتگری ۱۲ در نظر گرفته شده است. نتایج بررسی پایایی این پرسشنامه توسط پارکر و همکاران (۱۹۷۹) بدین صورت بوده که پایایی دونیمه کردن ۰/۸۸، پایایی بازآزمایی برای بعد مراقبت ۰/۷۶ و برای بعد حمایت افراطی ۰/۶۳ بوده است. پژوهش های بعدی در مورد کل مقیاس، پایایی و ثبات بسیار بالای بازآزمایی ۱۱ ساله را در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ نشان دادند (پارکر و همکاران، ۱۹۷۹). در ایران نیز نتایج اجرای این پرسشنامه توسط محمودیان دستایی و همکاران (۱۳۹۶) روی افراد ۱۶ تا ۲۳ سال، نمرات آلفای کرونباخ برای بعد مراقبت ۰/۹۰ و برای بعد کنترل ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ در بعد مراقبت ۰/۹۰ و در بعد کنترل ۰/۸۸ به دست آمد که نشان دهنده مطلوب بودن پایایی آن است.

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین، تمامی اسناد مرتبط با موضوع شامل کتاب ها، مقالات علمی و تارنماهای موجود در بازه زمانی سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲؛ و در داخل کشور بین سال های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴ بر اساس کلیدواژه های تحقیق به دست آمد و این بررسی ها تا رسیدن به اشباع نظری برای تدوین برنامه ادامه یافت. سپس براساس مشکلات رفتار و هیجانی در نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب رسان، برنامه مداخله تدوین شد. این برنامه شامل ۱۰ جلسه بود و با بهره گیری از فنون و تکنیک های درمان شفقت به خود طراحی گردید. در این پژوهش به منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای اعتبارپذیری^۲ و انتقال پذیری^۳ مورد توجه و استفاده قرار گرفت. با تأکید بر انتخاب بستر مناسب و با استفاده از چندین منبع اطلاعاتی، پژوهش های علمی انجام شده در حوزه های آسیب شناسی روانی نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب رسان مورد بررسی قرار گرفت. همچنین با مشخص نمودن هرچه واضح تر مراحل و چگونگی فرایندها به منظور سهولت در بررسی و درک آن توسط دیگران از اعتبار و صحت مطالعه، اطمینان حاصل گردید.

علاوه بر این جهت تأیید روایی محتوایی، بسته تدوین شده در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان در زمینه اختلالات عاطفی و رفتاری نوجوانان از دانشگاه های آزاد اسلامی واحد نائین و نجف آباد قرار گرفت و روایی محتوای آن به روش کیفی به تأیید آنها رسید.

از سوی دیگر روایی محتوایی آن به روش کمی با استفاده از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه گردید. ضریب نسبی روایی محتوایی عددی بین ۱+ تا ۱- می باشد و عدد بزرگ تر نشان دهنده

روایی بالاتر است. لذا بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و متخصصان قرار گرفت و از آن ها خواسته شد هر عبارت از بسته را براساس "مفید و ضروری (نمره ۳)"، "مفید اما غیر ضروری (نمره ۲)" و "غیر مفید و غیر ضروری (نمره ۱)" نمره دهی کنند. پس از آن ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) با روش لاوشه^۴ محاسبه گردید.

شاخص روایی محتوایی (CVI) نیز نشان دهنده جامعیت قضاوت مربوط به روایی یا قابلیت اجرای الگو آزمون یا ابزار نهایی است. برای این منظور محتوای بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و متخصصین قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا این بار محتوای هر جلسه را با سه معیار «سادگی»، «مربوط بودن» و «وضوح یا شفاف بودن» با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه ای شامل «غیر مرتبط»، «نیاز به بازبینی جدی»، «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» ارزیابی کنند. سپس از تقسیم تعداد پاسخ های «مرتبط اما نیازمند به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» بر تعداد کل پاسخ دهندگان، CVI برای هر جلسه از بسته مداخلاتی تدوین شده به دست آمد. اگر مقدار حاصل از ۰/۷ کوچک تر بود، برنامه رد می شود، اگر بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ بود باید بازبینی انجام شود و اگر از ۰/۷۹ بزرگ تر بود قابل قبول است (دلشاد و همکاران، ۱۳۹۲).

همچنین برنامه تدوین شده بر روی یک گروه ۳ نفره به صورت پایلوت اجرا و به طور مقدماتی اثربخشی آن مطالعه شد و از لحاظ محتوایی ابهامات احتمالی آن برطرف گردید.

در ادامه در بخش کمی، در هفته آخر اسفند ماه ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش در شهر اصفهان که تعداد آنها ۷ مرکز بود یعنی مرکز مشاوره اداره کل آموزش و پرورش، مرکز مشاوره ناحیه ۱۱ (امید)، مرکز مشاوره ناحیه ۲ (امید آینده)، مرکز مشاوره ناحیه ۳ (همراز)، مرکز مشاوره ناحیه ۴ (پیوند)، مرکز مشاوره ناحیه ۵ (چمران)، و مرکز مشاوره ناحیه ۶ (اعتباری) ۶ مرکز در نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان و یک مرکز مربوط به اداره کل آموزش و پرورش شهر اصفهان) مراجعه، و ضمن توضیح اهداف و روش اجرای پژوهش، رضایت آنها جهت همکاری در پژوهش جلب شد. پس از آن از مسئولین مراکز مشاوره خواسته شد پرونده نوجوانانی که از ابتدای مهر ۱۴۰۳ تا پایان اسفند ۱۴۰۳ به این مراکز مراجعه نموده و حداقل یک بار دارای سابقه رفتارهای خود آسیب رسان بوده اند را در اختیار پژوهشگر قرار دهند که تعداد آنها در این بازه زمانی، ۶۳ نفر بود. پس از بررسی معیارهای ورود بر روی این افراد، تعداد ۷ نفر از آنها به دلیل دارا نبودن معیارهای ورود به پژوهش حذف شدند. در ادامه پرسشنامه خود آسیب زنی عمدی (سانسون و همکاران، ۱۹۸۸) بر روی تمامی افراد واجد معیارهای ورود به پژوهش (۵۶ نفر) اجرا و سپس ۴۵ نفر از آنها به طور تصادفی انتخاب شدند. پس از آن نمونه های انتخاب شده به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند و توسط پرسشنامه پیوند والدینی (پارکر و همکاران، ۱۹۷۹) به عنوان پیش آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. در ادامه، گروه آزمایش اول، علاوه بر مداخلات ارائه شده در مراکز مشاوره آموزش و پرورش، مداخلات بسته تدوین شده مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی (گیلبرت^۵، ۲۰۰۹) را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، و گروه آزمایش دوم نیز علاوه بر مداخلات ارائه شده در مراکز مشاوره آموزش و پرورش، مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک براساس رویکرد لینهان و دیمف^۶ (۲۰۰۸)

۴. Lawshe

۵. Gilbert

۶. Linehan & Dimef

۱. Parker

۲. credibility

۳. transferability

گروه؛" مراقبه متمرکز بر احساس؛ آموزش تنفس دیافراگمی؛ استفاده از هنر برای ابراز احساسات و تخلیه هیجانات منفی).

جلسه ششم: مهارت کنترل تکانه (توضیح درباره موقعیت ها و احساساتی که می توانند تکانه را تحریک کنند؛ آموزش مهارت توقف و تامل به جای واکنش فوری؛ تمرین و تجربه راهبردهای جایگزین رفتاری، تمرین "نقش آفرینی"؛ تمرین "دکمه مکث خیال"؛ بازی گروهی "کاغذ و دست").

جلسه هفتم: مهارت حل مساله (آموزش مراحل حل مساله جهت تجزیه و تحلیل مشکلات و یافتن راهکارهای متنوع و سالم به جای رفتارهای خود آسیب رسان (تعریف مشکل - جمع آوری راه حل ها - انتخاب و ارزیابی پیامدها)، کارگاه حل مسئله گروهی؛ تمرین ذهنی "اگر این طور نمی شد...".

جلسه هشتم: مهارت تصمیم گیری (آموزش تصمیم گیری آگاهانه (۱). احساس اولیه، ۲. گزینه های موجود، ۳. ارزیابی پیامدها، ۴. انتخاب اقدام مناسب) جهت کاهش انتخاب های خود آسیب رسان؛ در نظر گرفتن پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت در تصمیم گیری؛ تمرین "پیش بینی پیامدها"؛ بازی گروهی "تغییر مسیر"؛ تمرین چرخ تصمیم گیری).

جلسه نهم: مهارت ارتباط با دیگران (تعیین نقش ارتباطات اجتماعی در سلامت روانی؛ بررسی مهارت های گفت و گو و ارتباط مؤثر؛ چگونگی حمایت از دیگران و درخواست کمک؛ بررسی تاثیر شفقت ورزی بر روابط والدینی؛ تمرین نامه به والدین؛ بررسی تاثیر شفقت ورزی بر روابط با دیگران؛ تمرین نامه به یک دوست).

جلسه دهم: جمع بندی و پایان دوره (مرور مفاهیم و تکنیک های آموخته شده؛ تمرین گروهی نامه به خود آینده؛ تمرین گروهی نوشتن جمله شفقت ورزانه به خود و دیگران؛ اجرای پس آزمون).

خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک براساس رویکرد لینهان و دیمف (۲۰۰۸) نیز که طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش دوم برگزار گردید، به شرح ذیل بود:

جلسه اول: اجرای پیش آزمون، آشنایی اولیه، چرا باید این مهارتها را بیاموزیم؟

جلسه دوم: آموزش مهارت های شناخت خود (خود آگاهی هیجانی)

جلسه سوم: آموزش خود آرامش بخشی، تصمیم گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برجسب ها

جلسه چهارم: توجه برگردانی از رفتارهای خود جرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت های لذت بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر

جلسه پنجم: توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی درباره تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آنها (خود مشاهده گری)

جلسه ششم: آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه، نقش خود گوئی های مثبت و مهارت های حل مسئله در مهار هیجان ها

جلسه هفتم: آموزش مهارت های کاهش آسیب (برنامه ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب و پر کردن اوقات فراغت)

جلسه هشتم: آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزشها

جلسه نهم: مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش

را طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه ای به صورت گروهی دریافت نمودند. این در حالی بود که نمونه های گروه کنترل در این مدت تنها مداخلات ارائه شده در مراکز مشاوره آموزش و پرورش را دریافت می نمودند.

لازم به ذکر است که به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش و با توجه به ماهیت پرخطر رفتارهای خود آسیب رسان، امکان به تعویق انداختن دریافت مداخلات درمانی برای گروه کنترل تا پایان پژوهش وجود نداشت. بر این اساس با نظر اساتید راهنما، مقرر شد هر سه گروه پژوهش (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) خدمات و مداخلات رایج ارائه شده در مراکز مشاوره آموزش و پرورش را دریافت کنند؛ با این تفاوت که گروه های آزمایش، علاوه بر این خدمات، مداخلات اختصاصی مورد نظر پژوهش را نیز دریافت نمودند. همچنین به منظور انجام هماهنگی های لازم در مراحل مختلف پژوهش، شامل اجرای مداخلات، پس آزمون و مرحله پیگیری، اطلاعات تماس و نشانی خانواده های نوجوانان اخذ شد و از این طریق، هماهنگی های مورد نیاز در هر مرحله به صورت مستمر با خانواده ها انجام گرفت.

مداخلات در هر دو گروه آزمایش به صورت دو بار در هفته (مداخلات گروه اول روزهای شنبه و دوشنبه؛ مداخلات گروه دوم روزهای یکشنبه و سه شنبه) توسط نویسنده اول پژوهش، در مرکز مشاوره ناحیه ۶ یعنی مرکز مشاوره اعتباری بر روی نمونه های گروه آزمایش اجرا شد و اجرای آن در گروه آزمایش اول ۵ هفته و در گروه آزمایش دوم حدود ۶ هفته به طول انجامید.

خلاصه محتوای جلسات بسته تدوین شده مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان که طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اول برگزار گردید، به شرح ذیل بود:

جلسه اول: معارفه و بیان مفاهیم اولیه (معرفی اعضای گروه، تنظیم قوانین گروه و انتظارات، آشنایی با مفهوم شفقت ورزی و ضرورت کار بر روی رفتارهای خود آسیب رسان، بازی گلوله برفی احساسات، پاسخ به سوالات نوجوانان جهت ایجاد انگیزه حضور در جلسات).

جلسه دوم: مهربانی با خود: اولین گام در شفقت ورزی (بحث درباره صدای انتقادگر درونی و تاثیرش بر رفتار؛ شناسایی و به چالش کشیدن خود سرزنشگری؛ تقویت مهربانی با خود؛ نمونه کاوی؛ تمرین جملات شفقت ورزانه؛ تمرین تنفس شفقت ورزانه؛ تمرین جمعی جایگزینی تدریجی افکار انتقادی و خود سرزنشگری با افکار شفقت آمیز).

جلسه سوم: اشتراکات انسانی (توضیح مفهوم انسانیت مشترک؛ طرح مسئله در مورد سختی های مشترک؛ بیان تجربیات مشترک رنج؛ بازی "ما همه شبیه-ایم؛ تمرین "تنفس انسانیت مشترک").

جلسه چهارم: ذهن آگاهی: مشاهده بدون قضاوت (آموزش مفهوم و تکنیک های ذهن آگاهی برای مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت؛ تمرین شناسایی احساسات؛ تمرین "نگاه به ابر"؛ تمرین گروهی "بیان فکر یا احساس توسط اعضا و تایید گروه بدون قضاوت"؛ تمرین "تنفس ذهن آگاهانه").

جلسه پنجم: تنظیم هیجانات و احساسات (معرفی انواع هیجان (خشم، غم، اضطراب، شرم، ...؛ شناسایی الگوهای فکری، هیجانی و رفتاری که منجر به رفتارهای خود آسیب رسان می شوند؛ تمرین تشخیص احساسات از طریق قصه یا موقعیت سازی؛ تعیین احساس غالب در موقعیت های بحرانی اخیر توسط هر نوجوان؛ تمرین نام گذاری و دسته بندی احساسات؛ تمرین گروهی "توصیف یک موقعیت استرس زا و شناسایی الگوهای فکری و هیجانی توسط اعضای

جلسه دهم: آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های یازدهم منفی (خشم، ترس، افسردگی، دوازدهم استرس و احساس گناه) جلسه یازدهم: کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجانهای منفی

جلسه دوازدهم: مرور جلسات و تمرینات داده شده، اجرای پس آزمون در انتهای جلسات مداخله نمونه‌های هر سه گروه مجدداً پرسشنامه پیوند والدینی (پارکر و همکاران، ۱۹۷۹) را به‌عنوان پس آزمون؛ و دو ماه پس از اتمام مداخلات نیز به عنوان مرحله پیگیری پر کردند.

در پایان پس از جمع‌آوری داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، اثربخشی بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی بر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب رسان با رفتاردرمان دیالکتیک در دو سطح توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، و استنباطی با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد مقایسه قرار گرفت. علاوه بر این برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. داده‌ها تحلیل شد.

در این پژوهش، اصول اخلاقی شامل امانت‌داری علمی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، محرمانگی اطلاعات، کدگذاری داده‌ها و حق انصراف شرکت‌کنندگان رعایت شد. با توجه به ماهیت پرخطر رفتارهای خودآسیب‌رسان، هر سه گروه پژوهش از مداخلات رایج مراکز مشاوره آموزش و پرورش بهره‌مند شدند و گروه‌های آزمایش علاوه بر آن، مداخلات

اختصاصی پژوهش را دریافت کردند. گروه کنترل نیز پس از پایان پژوهش در فهرست انتظار دریافت مداخله قرار گرفت. این پژوهش دارای تأییدیه اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1403.481 می‌باشد.

یافته ها

در پژوهش حاضر برای تعیین اعتبار بسته مقابله با رفتارهای خود آسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی از شاخص روایی محتوا به دو روش کیفی و کمی استفاده شد. روایی محتوایی بسته به روش کیفی به تأیید ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و متخصصان حوزه آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان از دانشگاه های آزاد اسلامی واحد نائین و نجف آباد رسید. همچنین مقدار CVR در دامنه ۰/۸۰ تا ۱/۰۰؛ و مقدار CVI در دامنه ۰/۷۹۵ تا ۰/۸۷۵ به‌دست آمد که مبین این است که نشانگر روایی قابل قبول برنامه در سطح اطمینان ۰/۹۵ است.

از سوی دیگر، براساس اطلاعات جمع آوری شده، شرکت‌کنندگان در بخش کمی پژوهش ۴۵ نوجوان بودند که اطلاعات جمعیت شناختی آنها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. یافته‌های آزمون کای اسکور جهت بررسی همتا بودن دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و دو گروه از این نظر همتا هستند ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	گروه آزمایش (بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی)	گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک)	گروه کنترل	مقدار P
جنسیت	دختر	تعداد ۴	تعداد ۷	تعداد ۶	۰/۹۱۱
	پسر	۱۱	۸	۹	
	۱۲ تا ۱۴ ساله	۲	۱	۱	
سن	۱۴ تا ۱۶ ساله	۶	۹	۶	۰/۹۲۴
	۱۶ تا ۱۸ ساله	۷	۵	۸	
	۱۸ تا ۲۰ ساله	۵	۶	۷	
دفعات رفتارهای خود آسیب-رسان	یک بار	۷	۸	۶	۰/۸۳۳
	دو بار	۳	۱	۲	
	سه بار یا بیشتر				

یافته‌های توصیفی متغیر پژوهش یعنی پیوند والدینی در دو بعد آن یعنی مراقبت و کنترل افراطی، در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر "پیوند والدینی" در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیوند والدینی (مراقبت)	آزمایش (سته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت-ورزی)	۱۰/۱۳	۱/۳۶	۱۶/۴۰	۲/۱۶	۱۶/۲۸
	آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک)	۹/۸۰	۱/۷۰	۱۴/۸۷	۱/۵۵	۱۵/۳۳
	کنترل	۱۰/۷۳	۱/۱۰	۱۰/۶۷	۱/۲۹	۱۰/۸۷
پیوند والدینی (کنترل افراطی)	آزمایش (سته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت-ورزی)	۱۵/۸۰	۰/۷۷	۱۱/۷۳	۱/۶۲	۱۱/۶۹
	آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک)	۱۶/۲۰	۱/۸۶	۱۱/۲۷	۲/۴۹	۱۱/۳۳
	کنترل	۱۶/۳۳	۱/۹۰	۱۶/۴۰	۱/۳۰	۱۶/۳۱

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات بعد "مراقبت" در گروه‌های آزمایش اول و دوم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. افزایش نمرات در این بعد به منزله افزایش مهربانی و همدلی در روابط والدین با فرزندان است. در بعد "کنترل افراطی" نیز میانگین نمرات در گروه‌های آزمایش اول و دوم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. کاهش نمرات در این بعد بیانگر کاهش کنترل مزاحم و افراطی در روابط والدینی است. این در حالی است که میانگین نمرات ابعاد "مراقبت" و "کنترل افراطی" در نمونه‌های گروه کنترل تغییر چندانی نکرده است. لازم به ذکر است متغیر پیوند والدینی دارای نمره کل نمی‌باشد و از طریق ابعاد آن یعنی "مراقبت" و "کنترل افراطی" مورد سنجش قرار می‌گیرد.

پیش از انجام تحلیل استنباطی داده‌ها، جهت رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، مهم‌ترین پیش‌فرض‌ها یعنی بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌ها و همسانی کوواریانس‌ها مورد

بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف، برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای بررسی همسانی کوواریانس‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد. براساس نتایج به دست آمده از آنجا که مقدار P در هیچ یک از آزمون‌ها معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، بنابراین پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک به درستی رعایت شده و لذا منعی برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر وجود نداشت. علاوه بر این نتایج آزمون ماچلی برای بررسی برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل (آماره 0.312 و سطح معناداری 0.0001) نشان داد که پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی رد شده است ($P < 0.05$). بنابراین نیاز است که سطح معناداری تعدیل شود و لذا باید از ضریب گرین‌هاوس-گیسر استفاده کرد. در ادامه در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیره نمرات پیوند والدینی در دو بعد مراقبت و کنترل افراطی

متغیر	ضریب	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
مراقبت	اثر پیلای	۹۸/۵۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰
	لامبدای	۹۸/۵۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰
	ویلکز	۹۸/۵۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۹۸/۵۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰
اثر زمان × گروه	بزرگترین ریشه روی	۴/۸۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۱/۰۰۰
	اثر پیلای	۱۳/۱۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۶	۱/۰۰۰
	لامبدای	۱۸/۹۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۰	۱/۰۰۰
	ویلکز	۲۵/۴۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۰	۱/۰۰۰

۱/۰۰۰	۰/۷۱۳	۰/۰۰۰۱	۵۲/۲۰۰	۲/۴۸۶	بزرگترین ریشه روی	
۱/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۹۸	۰/۷۷۱	اثر پیلایی	
۱/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۹۸	۰/۲۲۹	لامبدای	
۱/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۹۸	۳/۳۶۱	ویلکز	اثر زمان
۱/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۹۸	۳/۳۶۱	اثر هتلینگ	کنترل
۱/۰۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۹۸	۳/۳۶۱	بزرگترین ریشه روی	افراطی
۱/۰۰۰	۰/۳۲۵	۰/۰۰۰۱	۱۰/۱۱۵	۰/۶۵۰	اثر پیلایی	
۱/۰۰۰	۰/۴۰۸	۰/۰۰۰۱	۱۴/۱۴۱	۰/۳۵۰	لامبدای	
۱/۰۰۰	۰/۴۸۱	۰/۰۰۰۱	۱۸/۵۴۴	۱/۸۵۴	ویلکز	اثر زمان × گروه
۱/۰۰۰	۰/۶۵۰	۰/۰۰۰۱	۳۸/۹۳۱	۱/۸۵۴	اثر هتلینگ	
۱/۰۰۰					بزرگترین ریشه روی	

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص متغیر پیوند والدینی در گروه ها و نیز در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول فوق نشان می دهد که تحلیل چند متغیره برای اثر زمان و تعامل زمان و عضویت گروهی معنی دار به دست آمده است ($P < 0/05$). که نشان می دهد تفاوت میانگین نمرات گروه ها و همچنین مراحل پس آزمون و پیگیری به صورت کلی معنی دار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در ابعاد "مراقبت" و "کنترل افراطی"

ابعاد	منبع (آزمون گرین هاوس کیس)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور آتا	توان آماري
زمان	زمان	۴۴۹/۶۴۴	۱/۲۶۵	۳۵۵/۳۴۴	۱۷۷/۴۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
مراقبت	زمان × عضویت گروهی	۲۲۵/۹۱۱	۲/۵۳۱	۸۹/۲۶۶	۴۴/۵۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱/۰۰۰
خطا	خطا	۱۰۶/۴۴۴	۵۳/۱۴۶	۲/۰۰۳				
زمان	زمان	۲۶۶/۰۱۵	۱/۲۰۸	۲۲۰/۱۵۵	۹۸/۷۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۱/۰۰۰
کنترل	زمان × عضویت گروهی	۱۳۹/۵۴۱	۲/۴۱۷	۵۷/۷۴۲	۲۵/۹۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۲	۱/۰۰۰
افراطی	خطا	۱۱۳/۱۱۱	۵۰/۷۴۹	۲/۲۲۹				

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معناداری دارد. علاوه بر این، اثر متقابل زمان و عضویت گروهی نیز معنادار به دست آمد ($p < 0/05$). به این معنا که تغییرات میانگین نمرات بعد "کنترل افراطی" در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان می دهد. بر اساس مقدار مجذور آتا، تقریباً ۵۵٪ از واریانس مشاهده شده در نمرات پس آزمون و پیگیری گروه های آزمایش را می توان به تأثیر متغیر مستقل نسبت داد. همچنین، مقدار توان آماری ۱/۰۰۰ مؤید کافی بودن حجم نمونه و پایین بودن احتمال بروز خطای نوع دوم است. لذا به طور خلاصه می توان گفت، در بعد "کنترل افراطی" هم تفاوت بین مراحل سه گانه سنجش در گروه های آزمایش، و هم اختلاف بین گروه های آزمایش و کنترل، از نظر آماری معنی دار گزارش شده است.

بر این اساس، جهت بررسی مقایسه های زوجی میانگین در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، و نیز برای مقایسه میانگین نمرات متغیر «پیوند والدینی» میان گروه ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول فوق، در بعد "مراقبت"، اثر اصلی زمان در گروه های آزمایش از نظر آماری معنادار بوده است ($p < 0/05$). این یافته نشان می دهد که میانگین نمرات بعد "مراقبت" در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معناداری دارد. علاوه بر این، اثر متقابل زمان و عضویت گروهی نیز معنادار ارزیابی شد ($p < 0/05$). به این معنا که تغییرات میانگین نمرات بعد "مراقبت" در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل، تفاوت معناداری را نشان می دهد. بر اساس مقدار مجذور آتا، تقریباً ۶۸٪ از واریانس مشاهده شده در نمرات پس آزمون و پیگیری گروه های آزمایش را می توان به تأثیر متغیر مستقل نسبت داد. همچنین، مقدار توان آماری ۱/۰۰۰ مؤید کافی بودن حجم نمونه و پایین بودن احتمال بروز خطای نوع دوم است. لذا به طور خلاصه می توان گفت، در بعد "مراقبت" هم تفاوت بین مراحل سه گانه سنجش در گروه های آزمایش، و هم اختلاف بین گروه های آزمایش و کنترل، از نظر آماری معنی دار گزارش شده است.

از سوی دیگر در بعد "کنترل افراطی" نیز اثر اصلی زمان در گروه های آزمایش از نظر آماری معنادار شده است ($p < 0/05$). این یافته نشان می دهد که میانگین نمرات بعد "کنترل افراطی" در سه مرحله

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین نمرات ابعاد "مراقبت" و "کنترل افراطی" در گروه های آزمایش و کنترل

ابعاد	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف استاندارد	P	فاصله اطمینان
					حد بالا حد پایین
مراقبت	گروه آزمایش (۱) - گروه کنترل	۳/۵۵۶*	۰/۴۸۵	۰/۰۰۰۱	۲/۳۴۷ ۴/۷۶۴
	گروه آزمایش (۲) - گروه کنترل	۲/۵۷۸*	۰/۴۸۵	۰/۰۰۰۱	۱/۳۶۹ ۳/۷۸۶
	گروه آزمایش (۱) - گروه آزمایش (۲)	۰/۹۷۸	۰/۴۸۵	۰/۱۵۰	-۰/۲۳۱ ۲/۱۸۶
کنترل افراطی	گروه آزمایش (۱) - گروه کنترل	-۳/۲۶۷*	۰/۵۲۹	۰/۰۰۰۱	-۴/۵۸۵ -۱/۹۴۸
	گروه آزمایش (۲) - گروه کنترل	-۳/۴۲۲*	۰/۵۲۹	۰/۰۰۰۱	-۴/۷۴۰ -۲/۱۰۴
	گروه آزمایش (۱) - گروه آزمایش (۲)	۰/۱۵۶	۰/۵۲۹	۱/۰۰۰	-۱/۱۶۳ ۱/۴۷۴

*معنی داری در سطح ۰/۰۵

از سوی دیگر در بعد "کنترل افراطی" نیز اختلاف میان گروه آزمایش اول و گروه کنترل، و نیز بین گروه آزمایش دوم و گروه کنترل از نظر آماری معنادار به دست آمد ($p < 0/05$). با استناد به داده های توصیفی بعد "کنترل افراطی" در جدول ۲، و همچنین با توجه به منفی بودن حدود بالایی و پایینی بازه اطمینان برای مقایسه های فوق، می توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات "کنترل افراطی" در هر دو گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل بوده است که این امر نشان دهنده ی اثربخشی مداخلات اجرا شده در کاهش کنترل افراطی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان در هر دو شرایط مداخله ای است. نمرات بالا در این بعد نشان دهنده والدینی کنترل کننده افراطی و مزاحم است و کاهش نمرات در این بعد نشان دهنده بهبود دیدگاه نوجوانان نسبت به کنترل و مداخله افراطی والدین است. همچنین، یافته های همان جدول نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات بعد "کنترل افراطی" میان دو گروه آزمایش از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). این نتیجه بیانگر آن است که بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی و مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک، از نظر میزان اثرگذاری بر بعد "کنترل افراطی" در متغیر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

بر اساس نتایج مقایسه های زوجی تفاوت میانگین ها در جدول ۵، در بعد "مراقبت" اختلاف میان گروه آزمایش اول و گروه کنترل، و نیز بین گروه آزمایش دوم و گروه کنترل از نظر آماری معنادار ارزیابی گردید ($p < 0/05$). با استناد به داده های توصیفی بعد "مراقبت" در جدول ۲، و همچنین با توجه به مثبت بودن حدود بالایی و پایینی بازه اطمینان برای مقایسه های فوق، می توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات "مراقبت" در هر دو گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل بوده است که این امر نشان دهنده ی اثربخشی مداخلات اجرا شده در افزایش مراقبت نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان در هر دو شرایط مداخله ای است. نمرات بالا در این بعد نشان دهنده والدینی گرم و مهربان و همدل است و افزایش نمرات در این بعد نشان دهنده بهبود دیدگاه نوجوانان نسبت به همدلی و مهربانی والدین است. با این حال، یافته های این جدول نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات بعد "مراقبت" میان دو گروه آزمایش از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). این نتیجه بیانگر آن است که بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب رسان مبتنی بر شفقت ورزی و مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک، از نظر میزان اثرگذاری بر بعد "مراقبت" در متغیر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین های نمرات ابعاد "مراقبت" و "کنترل افراطی" در گروه های آزمایش در سه مرحله پژوهش

ابعاد	مراحل (۱)	مراحل (۲)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف استاندارد	P	فاصله اطمینان
						حد بالا حد پایین
مراقبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۷۵۶*	۰/۲۶۹	۰/۰۰۰۱	-۴/۴۲۶ -۳/۰۸۵
	پیش آزمون	پیگیری	-۳/۹۷۸*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۰۱	-۴/۶۹۵ -۳/۲۶۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۲۲	۰/۱۱۸	۰/۱۹۷	-۰/۵۱۵ ۰/۰۷۱
کنترل افراطی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۹۷۸*	۰/۲۵۹	۰/۰۰۰۱	۲/۳۳۲ ۳/۶۲۴
	پیش آزمون	پیگیری	۲/۹۷۸*	۰/۳۱۳	۰/۰۰۰۱	۲/۱۹۸ ۳/۷۵۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۰۱	۰/۱۲۱	۱/۰۰۰	-۰/۳۰۳ ۰/۳۰۳

*معنی داری در سطح ۰/۰۵

معنادار بوده است ($p < 0/05$). با توجه به یافته های توصیفی ارائه شده در جدول ۲، و نیز از آنجا که حدود بالایی و پایینی بازه اطمینان برای هر دو مقایسه مذکور منفی است، می توان نتیجه گرفت که میانگین

بر اساس نتایج مقایسه های زوجی تفاوت میانگین ها که در جدول ۶ ارائه گردیده است، در بعد "مراقبت"، اختلاف میان مرحله پیش آزمون و پس آزمون و نیز بین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری

نمرات بعد "مراقبت" در مراحل پس آزمون و پیگیری بیشتر از مرحله پیش آزمون بوده و این امر بیانگر افزایش نمرات بعد "مراقبت" در پی اجرای مداخلات در گروه‌های آزمایش می‌باشد. با این حال، یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که اختلاف میان مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری در گروه‌های آزمایش معنادار نیست ($p > 0.05$) که این موضوع دلالت بر پایداری اثر مداخلات تا مرحله پیگیری دارد.

از سوی دیگر، بر اساس نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در جدول فوق، در بعد "کنترل افراطی" نیز اختلاف میان مرحله پیش آزمون و پس آزمون و نیز بین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار بوده است ($p < 0.05$). با توجه به یافته‌های توصیفی ارائه شده در جدول ۲، و نیز از آنجا که حدود بالایی و پایینی بازه اطمینان برای هر دو مقایسه مذکور مثبت است، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات بعد "کنترل افراطی" در مراحل پس آزمون و پیگیری کمتر از مرحله پیش آزمون بوده و این امر بیانگر کاهش نمرات بعد "کنترل افراطی" در پی اجرای مداخلات در گروه‌های آزمایش می‌باشد. با این حال، یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که اختلاف میان مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری در گروه‌های آزمایش در بعد "کنترل افراطی" نیز معنادار نیست ($p > 0.05$) که این موضوع دلالت بر پایداری اثر مداخلات تا مرحله پیگیری دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتبارسنجی بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی و مقایسه اثربخشی آن با رفتاردرمانی دیالکتیک بر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام پذیرفت. هدف نخست پژوهش حاضر، تدوین بسته‌ای برای مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و مرور پیشینه پژوهشی نشان داد که بسته طراحی شده بر سه مؤلفه اساسی شفقت به خود، شامل مهربانی با خود، احساس مشترکات انسانی و ذهن آگاهی متعادل، استوار است. این مؤلفه‌ها در قالب برنامه‌ای ساختارمند و متناسب با زمینه فرهنگی جامعه هدف تدوین و ارائه شدند.

یافته‌های کیفی حاکی از آن بود که مهربانی با خود صرفاً یک مهارت آموزشی ساده نیست، بلکه لازم است در تقابل مستقیم با الگوی پایداری نامهربانی با خود قرار گیرد. بر این اساس، این مؤلفه با هدف جایگزینی خودپذیری و همدلی درونی به جای خودانتقادی و سرزنشگری طراحی شد تا نوجوان بتواند نگرشی حمایتگرانه‌تر نسبت به خود شکل دهد. در بعد احساس مشترکات انسانی، آموزش‌ها بر این اصل تأکید داشت که تجربه رنج، ناکامی و خطا بخشی طبیعی از زندگی انسان است و تجربه‌کنندگان این حالات، افراد متفاوت یا متروزی نیستند. داده‌های کیفی نشان داد بسیاری از نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان از این اشتراکات انسانی آگاهی کافی ندارند و همین امر موجب تشدید احساس انزوا و جدایی از دیگران در آنان می‌شود. در نهایت، مؤلفه ذهن آگاهی متعادل در بسته مداخله‌ای بر تقویت توانایی مشاهده و پذیرش هیجان‌ها بدون اجتناب یا همانندسازی افراطی تمرکز داشت. این مؤلفه در پاسخ به ضعف‌های شناسایی شده در ذهن آگاهی طراحی شد و از طریق تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه، اسکن بدنی و بازشناسی افکار منفی، به افزایش تنظیم هیجانی و کنترل واکنش‌های هیجانی نوجوانان کمک می‌کند.

یافته‌های کیفی علاوه بر سه مؤلفه اصلی شفقت به خود، نشان‌دهنده ضعف نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در حوزه‌هایی مانند تنظیم هیجان، تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی بود. بر همین اساس، بسته مداخله‌ای طراحی شده با افزودن مؤلفه‌هایی در جهت تقویت تنظیم هیجانی، افزایش تاب‌آوری در مواجهه با ناکامی و فشارهای روانی، و بهبود مهارت‌های ارتباط مؤثر، تلاش کرده است این نیازها را به صورت هدفمند پوشش دهد. این مؤلفه‌ها با اتکا به شواهد پژوهشی پیشین (هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ مطلع و همکاران، ۱۴۰۳؛ کیامینی و همکاران، ۱۴۰۳) و متناسب با زمینه فرهنگی و خانوادگی نوجوانان ایرانی بومی‌سازی شده‌اند.

هم‌راستا با یافته‌های قدرتی تربتی و همکاران (۱۳۹۸)، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر آموزش مهارت‌ها بدون اصلاح نگرش‌های شناختی و هیجانی بنیادین، ممکن است به پایداری اثرات درمانی منجر نشود. از این رو، تمایز اصلی بسته حاضر با رویکردهای مهارت‌محور صرف، از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۲۰۲۰)، تأکید آن بر اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی ریشه‌ای و در نتیجه افزایش ماندگاری پیامدهای درمانی است. بر این اساس، بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی، علاوه بر کاهش نشانه‌های رفتاری، رویکردی جامع برای بازسازی نگرش‌های فردی، ارتقای تاب‌آوری و تقویت پیوندهای هیجانی و بین‌فردی نوجوانان فراهم می‌آورد و انتظار می‌رود به بهبود پایداری سلامت روان و کیفیت زندگی آنان منجر شود.

به‌منظور بررسی اعتبار بسته، از روایی محتوایی به دو شیوه کیفی و کمی استفاده شد. در بخش کیفی، محتوای بسته، اهداف، مبانی نظری و ساختار جلسات در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و متخصصان روان‌شناسی کودک و نوجوان قرار گرفت. ارزیابی‌ها نشان داد که محتوای بسته از نظر انطباق با اهداف پژوهش، پوشش مؤلفه‌های شفقت‌ورزی، تناسب با گروه سنی و سازگاری فرهنگی در سطح «قابل قبول» تا «کامل» قرار دارد. پیشنهادهای اصلاحی ارائه شده، از جمله ساده‌سازی دستورالعمل‌ها و استفاده از مثال‌های متناسب با فرهنگ خانواده ایرانی، در نسخه نهایی بسته اعمال شد. همچنین در بخش کمی، مقادیر CVR به‌دست آمده در دامنه ۰/۷۰ تا ۱ قرار داشت که بیانگر ضرورت بالای هر بخش از جلسات مداخله از دیدگاه متخصصان بود. همچنین مقدار CVI در سه بعد مرتبط بودن، وضوح و سادگی بین ۰/۷۹۵ تا ۰/۸۷۵ به‌دست آمد. این اعداد نشان دادند که هر یک از مؤلفه‌های بسته، هم از منظر ارتباط مفهومی با اهداف درمان و هم از نظر شفافیت و سهولت اجرا، در سطح مناسب و مطلوب قرار داشتند.

در این پژوهش، روایی محتوای بسته مداخله‌ای بر اساس مؤلفه‌های نظری استخراج شده از بخش کیفی بررسی شد. این مؤلفه‌ها شامل نامهربانی با خود، ناآگاهی از اشتراکات انسانی، ضعف در ذهن آگاهی، مشکلات تنظیم هیجان، تاب‌آوری پایین و ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر بودند که از طریق تضعیف منابع روان‌شناختی، زمینه بروز و تداوم رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان را فراهم می‌کنند. هر یک از این مؤلفه‌ها در قالب بخش‌ها و تمرین‌های مشخص در جلسات مداخله گنجانده شد و روایی آن‌ها با نظر متخصصان تأیید گردید. علاوه بر این، برنامه جلسات به صورت آزمایشی بر روی گروه کوچکی از نوجوانان اجرا شد تا امکان‌پذیری میزان فهم‌پذیری دستورالعمل‌ها و تناسب زمان‌بندی فعالیت‌ها ارزیابی شود. نتایج مرحله آزمایشی نشان داد که محتوای جلسات از نظر زبان،

روشن و بدون حمله به والدین مطرح کنند. این تغییر در الگوی ارتباطی باعث می‌شد پیام‌های عاطفی و حمایتی والدین شفاف‌تر دریافت شود و بهبود ادراک مراقبت را تسهیل کند.

همچنین، محور اشتراکات انسانی در بسته شفقت‌ورزی، نوجوان را متوجه این نکته ساخت که محدودیت‌ها، کمبودها یا خطاهای والدین نیز بخشی از انسان بودن آن‌هاست. چنین دیدگاهی می‌تواند شدت برداشت‌های منفی یا تعمیم‌های افراطی از رفتارهای والدین را کاهش دهد. وقتی یک نوجوان بتواند از پشت عینک خشم یا رنج، رفتار والد را تفسیر نکند، احتمال بیشتری دارد که نشانه‌های مراقبت و حمایت را شناسایی و تجربه کند.

در محور ذهن‌آگاهی نیز به نظر می‌رسد آموزش تمرکز بر لحظات مثبت تعامل با والدین، سبب شد نوجوانان بتوانند حتی برخوردهای کوچک مثبت یا نشانه‌های ظریف محبت را به حساب آورند. به بیان دیگر، اصلاح سوگیری توجه که پیش‌تر بر روی لحظات تعارض یا بی‌توجهی متمرکز بود، بستر شناختی-هیجانی لازم برای افزایش ادراک مراقبت را فراهم ساخت.

از طرفی، رفتاردرمانی دیالکتیک نیز از مسیر متفاوتی به همان نتیجه می‌رسد. در مهارت «کارآمدی بین‌فردی» نوجوانان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف خود را در روابط دنبال کنند و در عین حال احترام و صمیمیت را حفظ نمایند. استفاده از مدل DEAR MAN (توصیف^۸، ابراز احساس^۹، بیان قاطعانه خواسته^{۱۰}، تقویت پیام^{۱۱}، ذهن‌آگاهی^{۱۲}، نمایش اعتماد به نفس^{۱۳} و مذاکره^{۱۴}) یا FAST (انصاف در مقابل خود و دیگران^{۱۵}، عذرخواهی نکردن بی‌مورد^{۱۶}، پایبندی به ارزش‌ها^{۱۷}، راستگویی^{۱۸}) در جلسات DBT، در عمل باعث می‌شود نوجوانان در تعاملات با والدین، احساس کفایت بیشتری پیدا کنند و احتمال شنیده شدن پیام‌هایشان افزایش یابد. چنین بهبودی در ارتباطات دوطرفه، کیفیت تبادلات عاطفی را ارتقاء داده و برداشت مثبت از میزان مراقبت والدین را تقویت می‌کند.

در عین تفاوت رویکرد، هر دو مداخله منتهی به مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری و شناختی شدند که اثر همگرایی بر ادراک مراقبت دارد: افزایش خودآگاهی هیجانی، کاهش واکنش‌های تکانشی در تعامل با والد، و تقویت مهارت ابراز نیازها. این همپوشی در مکانیسم‌های تغییر می‌تواند علت اصلی عدم تفاوت معنادار بین دو گروه باشد.

علاوه بر این، ویژگی نمونه پژوهش اهمیت دارد؛ بسیاری از شرکت‌کنندگان با وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان، روابط خانوادگی‌شان به شکل کامل گسسته نبود و بهبود کوچک در شیوه تعامل کافی بود تا برداشت کلی آن‌ها از مراقبت والدین مثبت‌تر شود. تجربه تعاملات حمایتی گروهی در هر دو برنامه، مدل جایگزینی از ارتباط حامیانه ارائه داد که نوجوانان توانستند بخشی از آن را به رابطه با والدین تعمیم دهند.

توالی مطالب و فرآیند یادگیری، با ویژگی‌های رشدی و شناختی گروه سنی هدف متناسب است.

یافته‌های مربوط به روایی این پژوهش با نتایج مطالعات پیشین در زمینه تدوین بسته‌های مداخله‌ای مبتنی بر شفقت‌ورزی همسو است (هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ مطلع و همکاران، ۱۴۰۳؛ کیامینی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین نف (۲۰۲۳) بر نقش تعیین‌کننده روایی محتوایی و سازگاری فرهنگی در اثربخشی برنامه‌های شفقت‌ورزی تأکید دارد و نشان می‌دهد که حتی مداخلات برخوردار از پشتوانه نظری قوی، در صورت عدم تناسب زبانی و فرهنگی با گروه هدف، نمی‌توانند به تغییرات پایدار منجر شوند. در پژوهش حاضر، به کارگیری مثال‌ها و تمرین‌های بومی‌سازی‌شده و منطبق با تجربه‌های زیسته نوجوانان، به افزایش پذیرش و درونی‌سازی مفاهیم کمک کرده است. بر این اساس، با توجه به مقادیر مطلوب شاخص‌های CVI و CVR، اجماع نظر متخصصان، بازخورد مثبت اجرای پایلوت و هم‌راستایی کامل اجزای بسته با شواهد نظری و تجربی، می‌توان نتیجه گرفت که بسته تدوین‌شده از اعتبار محتوایی بالا برخوردار بوده و قابلیت اجرای گسترده‌تر در پژوهش‌های کمی و محیط‌های بالینی را دارد.

از سوی دیگر، یافته دیگر این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله - بسته مبتنی بر شفقت‌ورزی و رفتاردرمانی دیالکتیک - موجب افزایش سطح "مراقبت ادراک‌شده" نوجوانان از سوی والدین شدند. این بهبود نسبت به پیش‌آزمون از نظر آماری معنادار بود و تا مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. با این حال، تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو رویکرد مشاهده نشد.

یافته‌های حاضر با بخش قابل توجهی از پیشینه پژوهشی همسو است. مطالعات راتر^۱ (۲۰۲۱)، چن و همکاران^۲ (۲۰۲۲) و محمدی کیانی و مهداد (۱۴۰۲) نشان داده‌اند که ارتقاء مهارت‌های هیجانی و بین‌فردی در نوجوانان می‌تواند کیفیت ادراک آن‌ها از روابط والد-فرزند را بهبود بخشد. در پژوهش‌های مرتبط با DBT، بهبود در ابعاد دلبستگی ایمن و کیفیت ارتباط والدینی به عنوان پیامد جانبی مداخله گزارش شده است، زیرا مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی و تنظیم هیجان باعث کاهش تعارض‌های خانوادگی و افزایش تعاملات مثبت می‌شوند. در سوی دیگر، مداخلات شفقت‌ورزی نیز در افزایش تجربه‌ی حمایت عاطفی و کاهش احساس انزوا تأثیر مثبت دارند (هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ نف، ۲۰۲۳؛ تالی و همکاران^۳، ۲۰۲۳) و به طور غیرمستقیم می‌توانند ادراک نوجوان از مراقبت والدین را ارتقاء دهند. در تبیین چرایی این تأثیر باید به نقش محوری مهارت‌های آموزش داده‌شده در هر مداخله اشاره کرد. در بسته مقابله با رفتارهای خودآسیب‌رسان مبتنی بر شفقت‌ورزی، جلسات اختصاصی به تقویت «آگاهی از نیازهای خود» و «بیان جرأت‌مندانه نیازها» پرداخته شد. نوجوانان با تمرین‌های هدایت‌شده یاد گرفتند که احساسات خود را بدون ترس از قضاوت بیان کنند و درخواست‌هایشان را به شیوه‌ای

8 . Mindfulness

9 . Appear confident

10 . Negotiate

11 . Fair

12 . Apologies

13 . Stick to values

14 . Truthful

1 . Rohner

2 . Chen et al

3 . Tali et al

4 . Describe

5 . Express

6 . Assert

7 . Reinforce

بنابراین می توان گفت، چه از مسیر اصلاح گفت و گوی درونی و ذهن آگاهی حساس به لحظات مثبت در رویکرد شفقت ورزی، و چه از مسیر آموزش مستقیم مهارت های بین فردی و مدیریت تعارض در رفتاردرمانی دیالکتیک، ادراک مراقبت افزایش یافت. این دو مسیر هرچند فلسفه مداخله متفاوتی داشتند، اما در نقاط کلیدی همپوشی داشتند و این امر به شباهت در اثربخشی آن ها منجر شد.

از سوی دیگر، تحلیل داده ها در بعد "کنترل افراطی" نشان داد هر دو مداخله باعث کاهش معنی دار در ادراک نوجوانان نسبت به کنترل افراطی والدین شدند و این تغییر تا زمان پیگیری پایدار ماند. با این حال، تفاوت معناداری بین گروه شفقت ورزی و رفتاردرمانی دیالکتیک مشاهده نشد.

این یافته با تحقیقات پیشین همراستا است، از جمله پژوهش های دی کوک و همکاران^۱ (۲۰۱۷) و چن و همکاران (۲۰۲۲) که نشان داده اند کاهش تنش های هیجانی و بهبود ارتباط بین نسلی می تواند برداشت نوجوان از سختگیری یا نظارت افراطی والدین را تعدیل کند. مطالعات مرتبط با رفتاردرمانی دیالکتیک (مانند قدرتی، ۱۴۰۰ و صمدی و همکاران، ۱۴۰۲) نیز تأکید کرده اند که افزایش مهارت های خودمدیریتی در نوجوانان، باعث گسترش اعتماد والدین و در نتیجه کاهش نیاز به کنترل افراطی از سوی آن ها می شود. همچنین، مداخلات شفقت ورزی نیز با کاهش تهدیدپذیری روابط و افزایش تعاملات مثبت، برداشت نوجوان از محدودیت های والدین را متعادل تر می کنند.

در بسته شفقت ورزی، این تغییر ادراکی اساساً از طریق کار بر روی «بازنگری نگرشی نسبت به قصد والدین» اتفاق افتاد. تمرین های ویژه ای به نوجوانان کمک کرد تا بین رفتار کنترل والد و نیت حمایتی پشت آن تفاوت بگذارند. آگاهی از این تمایز باعث شد رفتارهایی که قبلاً صرفاً به عنوان محدودسازی و بی اعتمادی تلقی می شد، در برخی موارد به عنوان نگرانی و محافظت تفسیر شوند.

علاوه بر تغییر نگرش، به نظر می رسد آموزش مهارت های خودتنظیمی هیجانی موجب شد واکنش های تند به محدودیت های والدین کاهش یابد. وقتی نوجوانان توانستند هیجان خشم یا سرخوردگی ناشی از «نه گفتن» والد را مدیریت کنند، فضای گفت و گو و مذاکره جایگزین جدال شد. تجربه مذاکره موفق - حتی در موضوعات کوچک - به مرور باعث شد والدین الگوی رفتاری متفاوتی را اتخاذ کنند و از شدت کنترل خود بکاهند.

در بعد ذهن آگاهی، تمرین «توقف و مشاهده» به نوجوانان کمک کرد که پیش از واکنش، شرایط را از منظر گسترده تری ببینند. این مهارت در موقعیت های تعارض، برداشت های عجولانه و برچسب گذاری های منفی نسبت به والدین را کاهش داد. حاصل این تغییر رویکرد، کاهش فشار روانی ناشی از احساس کنترل شدگی و در نهایت، بازتعریف تجربه کنترل افراطی بود.

در رفتاردرمانی دیالکتیک، کاهش ادراک کنترل افراطی از مسیر ارتقاء مهارت های مسئولیت پذیری رفتاری اتفاق افتاد. مهارت «حل مسئله» نوجوان را به سمت یافتن راه حل های منطقی برای نگرانی های والد هدایت می کند. وقتی والد ببیند فرزندش توانمندتر و واقع بین تر با شرایط روبه رو می شود، سطح اعتماد او بالا می رود و نظارت افراطی کاهش پیدا می کند. همچنین، مهارت های «کارآمدی

بین فردی» در رفتاردرمانی دیالکتیک به نوجوان آموختند چگونه خواسته های خود برای استقلال بیشتر را بدون ایجاد حالت دفاعی شدید در والد، بیان کنند. این بهبود کیفیت مذاکره نه تنها سطح تعارض را کاهش داد، بلکه پیامد عملی آن، تعدیل رفتار کنترل والدین بود. وجه اشتراک دو مداخله در این بعد، تقویت توانمندی هیجانی - ارتباطی نوجوان و کاهش رفتارهای پرخطر بود. در هر دو گروه، الگوهای جدیدی از تعامل شکل گرفت که به والد پیام «قابل اعتماد بودن» ارسال می کرد. این پیام غیر کلامی، حتی بدون تغییر آگاهانه در نگرش والد، سبب کاهش رفتاری کنترل افراطی شد.

دلیل عدم تفاوت معنادار بین مداخلات را می توان در هم پوشانی مکانیسم های اثرگذاری دانست: آموزش مهارت های خودتنظیمی، بهبود ارتباط مثبت، و فراهم شدن تجربه تعامل ایمن. هرچند شفقت ورزی از دریچه تغییر نگرش و افزایش درک همدلانه نسبت به والد، و رفتاردرمانی دیالکتیک از مسیر آموزش مستقیم مهارت های مذاکره و مسئولیت پذیری جلو رفت، اما هر دو تغییرات مشابهی در تعاملات نوجوان - والد ایجاد کردند.

در نهایت، باید توجه داشت که برداشت نوجوان از کنترل افراطی علاوه بر رفتار واقعی والد، تحت تأثیر وضعیت هیجانی و شناختی خود اوست. هر مداخله ای که این وضعیت درونی را بهبود بخشد، حتی بدون تغییر عینی در سبک فرزندپروری، می تواند تجربه کنترل افراطی را کاهش دهد. این همان نقطه تلاقی دو رویکرد در پژوهش حاضر بود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود. جامعه آماری به نوجوانان مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان محدود شد که این امر تعمیم پذیری نتایج به سایر گروه های سنی، مناطق و بافت های فرهنگی را کاهش می دهد. اجرای مداخلات به صورت گروهی و در فضای آموزشی نیمه رسمی، اگرچه مزایایی آموزشی داشت، اما کنترل کامل شرایط محیطی و میزان مشارکت واقعی شرکت کنندگان را دشوار ساخت و عوامل بیرونی نظیر فشارهای تحصیلی و تنش های خانوادگی می توانستند بر نتایج اثرگذار باشند. همچنین، دوره پیگیری کوتاه مدت امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات مداخله را فراهم نکرد. افزون بر این، استفاده از نمونه گیری هدفمند، تعمیم پذیری یافته ها را محدود ساخت. از این رو، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه های متنوع تر، روش های نمونه گیری تصادفی و دوره های پیگیری طولانی تر استفاده شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته ای مبتنی بر شفقت ورزی و مقایسه اثربخشی آن با رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پیوند والدینی نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب رسان انجام شد. بسته تدوین شده با شش مؤلفه مهربانی با خود، اشتراکات انسانی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، تاب آوری و مهارت های ارتباطی طراحی گردید و از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله موجب بهبود معنادار پیوند والدینی در ابعاد مراقبت و کنترل افراطی شدند و این اثرات تا مرحله پیگیری پایدار ماند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو رویکرد مشاهده نشد. این یافته ها حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر شفقت ورزی می تواند به عنوان رویکردی هم تراز با

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش و خانواده های آنها برای همکاری در اجرای پژوهش، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

رفتاردرمانی دیالکتیکی در کار با نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- جشنانی، زهرا؛ قمری، محمد؛ و کاشانی وحید، لیل. (۱۴۰۲). ارائه مدل گرایش به رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان بر اعتیاد به فضای مجازی با میانجی گری تنظیم شناختی هیجان. فصلنامه پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی، ۲(۴): ۱۳۵-۱۲۷. doi:10.61838/kman.pdmd.2.4.13
- دلشاد، م؛ حیدرینا، ع؛ و نیکنامی، ش. (۱۳۹۲). بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش متغیرهای تداوم رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ناشی از هپاتیت ب در کارکنان خدمات بهداشتی درمانی. مجله دانشگاه پزشکی مازندران، ۲۳(۱۰۹): ۸۲-۷۱. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3207-en.html>
- صمدی، فاطمه؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ رازجویان، کتایون؛ شهابی زاده، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، خودانتقادی و رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان ۱۲-۱۸ سال مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله رویش روانشناسی، ۱۲(۳): ۵۵-۶۶. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4633-fa.html>
- عزیزی، مجید؛ زارعی، اقبال. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ضرب و جرح خویش و تحمل پریشانی در نوجوانان با سابقه رفتارهای خودآسیب رسان. مجله دستاوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناسی)، ۳۰(۴): ۱۴۵-۱۶۲. doi: 10.22055/psy.2022.38177.2726
- قدرتی، سولماز. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی گرا در نوجوانان دختر. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، ۶(۵۵)، ۵۶۶-۵۸۲. URL: <http://ijndibs.com/article-1-635-fa.html>
- قدرتی تربتی، عباس؛ نجات، حمید؛ تونزنده جانی، حسن؛ ثمری، علی اکبر؛ اکبری امرغان، حسین. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح کورتیزول خون و خودکنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۷(۴): ۳۵-۴۷. URL: <http://jms.thums.ac.ir/article-1-688-fa.html>
- کیامینی، محمدحسین؛ امینی، مهدی؛ و نیوشا، بهشته. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش گروهی شفقت به خود بر کاهش خودآسیب ی عمدی و بهبود کارکرد اجتماعی در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت استان تهران. مجله رویش روانشناسی، ۱۳(۳): ۱۶۰-۱۵۱. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-5322-fa.html>
- محمدی، احد؛ دباغی، پرویز؛ احمدی طهوری سلطانی، محسن. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خودآسیب رسان سربازان دارای سابقه خودزنی. فصلنامه ابن سینا، ۲۱(۴): ۲۵-۳۳. URL: <http://ebnesina.ajams.ac.ir/article-1-729-fa.html>
- محمدی کیانی، زهرا؛ مهداد، علی. (۱۴۰۲). پیش بینی اقدام به خودکشی از طریق احساس تنهایی، تحمل پریشانی و پیوندهای والدینی در افراد با سابقه اقدام به خودکشی در شهر اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۳۱(۶): ۲۳-۳۵. URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-50-fa.html>
- محمودیان دستناتی، طاهره؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پراشتهایی روانی با توجه به پیوند والدینی. مجله روانشناسی معاصر، ۱۲(۱): ۳۸-۵۲. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-340-fa.html>
- مرتضوی، معصومه؛ راکبی، نازنین؛ اکبری نژاد موسوی، ماندانا؛ سلیمانی رودبالی، زهرا. (۱۴۰۱). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲: ۱۲۴-۱۲۴. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-1708-fa.html>
- مطلع، مهسا؛ حسینی، سید وحیده، و روشندل، اعظم. (۱۴۰۳). پیش بینی رفتارهای خودآسیب رسان در دختران مقطع متوسطه براساس عدم تحمل ناکامی و خودشفقت ورزی. مجله روان پرستاری، ۱۲(۱): ۳۹-۳۰. URL: <http://ijpn.ir/article-1-2340-fa.html>
- یوسفی، س. (۱۴۰۱). تدوین برنامه توان بخشی حسی-حرکتی و ادراک فضایی بر اساس تعامل والد-کودک و اثربخشی آن بر ترس از حرکت و فعالیت های مستقل در کودکان دارای آسیب بینایی. پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/a2ae5619e755a4e6940ba0b97b1350da>
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317. doi:10.1007/s12671-012-0106-5.
- Chen, L., Du, H., Zilioli, S., Zhao, S., & Chi, P. (2022). Effects of parental care and overprotection on adolescents' diurnal cortisol profiles. *Hormones and Behavior*, 140, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2022.105121>
- Daly, C., Griffin, E., Corcoran, P., Webb, R. T., Ashcroft, D. M., Perry, I. J., & Arensman, E. A. (2020). National case fatality study of drugs taken in intentional overdose. *International Journal of Drug Policy*, 76, 218-229. doi:10.1016/j.drugpo.2019.12.017.
- de Cock, E. S. A., Henrichs, J., Klimstra, T. A., Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., Meeus, W. H. J., & van Bakel, H. J. A. (2017). Longitudinal associations between parental bonding, parenting stress, and executive functioning in toddlerhood. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1723-1733. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0679-7>
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264.

- Hambleton, A. L., Hanstock, T. L., Halpin, S., & Dempsey, C. (2020). Initiation, meaning and cessation of self-harm: Australian adults' retrospective reflections and advice to adolescents who currently self-harm. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 260–283. doi:10.1080/09515070.2020.1714540.
- Hasking, P., Boyes, M. E., Finlay-Jones, A., McEvoy, P. M., & Rees, C. S. (2019). Common pathways to NSSI and suicide ideation: The roles of rumination and self-compassion. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 247–260. doi:10.1080/13811118.2018.1472699
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. doi:10.1017/S0033291719004010
- Liang, W., Xianchen, L., Zhen-Zhen, L., & Cun-Xian, J. (2020). Digital media use and subsequent self-harm during a 1-year follow-up of Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 277, 279–286. doi:10.1016/j.jad.2020.08.022
- Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2008). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid-dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26. doi:10.1016/j.drugalcdep.2001.07.005.
- Liu, J., Li, J. T., Zhou, M., Liu, H. F., Fan, Y. Y., Mi, S., Tang, Y. I. (2024). Non-suicidal self-injury in adolescents with mood disorders and the roles of self-compassion and emotional regulation. *Front. Psychiatry*, 21(14), 121-141.
- Lurigio, A. J., Nesi, D., & Meyers, S. M. (2023). Nonsuicidal self-injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*, 22(1), 122–148. doi:10.1080/15332985.2023.2253669
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.005
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047.
- Parker, G. (1990). The parental bonding instrument. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 281–282. <https://doi.org/10.1007/BF00782881>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Rohner, R. P. (2021). Introduction to interpersonal acceptance-rejection theory (IPARTheory) and evidence. *Online Readings in Psychology and Culture*, 6(4). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1055>
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973–983. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H
- Stirling JA. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Sage Publications London, Thousand Oaks, CA and New Delhi. 2001; 1(3): 385-405. doi:10.1177/146879410100100307.
- Syversen, A. M., Schonning, V., Fjellheim, G. S., Elgen, I., & Wergeland, G. J. (2024). Evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents in routine clinical practice: A pre-post study. *BMC Psychiatry*, 24, 447–452. doi:10.1186/s12888-024-05675-1
- Tali, E., Potharst, E. S., de Bruin, E. I., & Utens, E. M. W. J. (2023). Self-compassion and anxiety in adolescents with and without anxiety disorder. *Children*, 10(7), 1181–1195. doi:10.3390/children10071181

Original Article

Comparison of the Effectiveness of a Self-Compassion–Based Intervention Package for Coping with Non-Suicidal Self-Injury and Dialectical Behavior Therapy on Parental Bonding in Adolescents with Self-Injurious Behaviors

Received: 29/05/2025 - Accepted: 14/11/2025

Mahsa Pakzad¹
Hasan Khoshakhlagh^{2*}
Elham Forouzandeh³

¹*Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein,
Iran.*

²*Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein,
Iran (Corresponding Author)*

³*Department of Psychology, Nae.C.,
Islamic Azad University, Naein,
Iran.*

***Corresponding Author:** Hassan Khoshakhlagh, Assistant Professor, Psychology Department, Islamic Azad University, Naein Branch, Isfahan, Iran.

Email:
Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Non-suicidal self-injury is one of the common high-risk behaviors during adolescence and is often associated with psychological problems such as depression and anxiety, leading to significant negative consequences for family relationships. The occurrence of this behavior indicates a serious need for professional support and intervention for adolescents. Accordingly, the present study aimed to develop a self-compassion-based intervention package for coping with self-injurious behaviors and to compare its effectiveness with Dialectical Behavior Therapy on parental bonding in adolescents with self-injurious behaviors.

Methods: The present study employed an exploratory sequential mixed-methods design. In the qualitative phase, scientific books and articles were reviewed using inductive thematic analysis, and based on the extracted themes, a 10-session intervention package was developed and its content validity was confirmed. In the quantitative phase, the study population consisted of adolescents aged 12–18 years who had referred to counseling centers of the Department of Education in Isfahan during the second half of 2024 and had experienced at least one episode of self-injurious behavior. From this population, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The research instruments included a demographic information questionnaire, the Deliberate Self-Harm Questionnaire, and the Parental Bonding Questionnaire. Data were analyzed using SPSS-24 software through repeated measures analysis of variance.

Results: The findings indicated that the self-compassion-based intervention package for coping with self-injurious behaviors demonstrated acceptable content validity, with CVR values ranging from 0.70 to 1.00 and CVI values ranging from 0.795 to 0.875. Furthermore, the quantitative results showed that both therapeutic approaches were effective in improving parental bonding in the dimensions of care and overprotection; however, no statistically significant difference was observed between the two treatment methods in this regard ($P > 0.05$).

Conclusion: Given the confirmed validity of the developed self-compassion-based intervention package for coping with self-injurious behaviors and its effectiveness comparable to Dialectical Behavior Therapy in improving parental bonding in the dimensions of care and overprotection among adolescents with self-injurious behaviors, it is recommended that this intervention package be utilized as a therapeutic approach in educational and clinical settings.

Keywords: Package of Dealing with Self- Injury Behaviors, Compassion, Dialectical Behavior Therapy, Parental Bonding, Adolescents with Self-injurious Behaviors.

Acknowledgement: There is no conflict of interest