Original Article

The effect of training the techniques of first, second, and third waves of psychotherapy on the self-control of students

Kord-Noghab R, Rashid Kh, Bayat A*

Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, I. R. Iran.

Received: 2018/10/3 | Accepted: 2019/02/26

Abstract:

Background: The aim of this study was to investigate the impact of training the first, second and third waves of psychotherapy techniques on self-control of students.
Materials and Methods: From all primary school students in Hamedan, four groups of 15 people were selected using the convenience sampling method. For three groups, it is instructed one of the first, second or third waves of psychotherapy techniques. After 3 training sessions, participants were examined "Marshmallow" famous situation individually. During the experiment, the child's behavior was recorded and then analyzed. The first data included the amount of time that the subject could delay the delight. Also, the success or failure in this experiment for each group was another result of this study. The data were analyzed using the ANOVA and Chi-square test by SPSS software.
Results: The findings of this study showed that there was a significant difference among the first, second and third waves of psychotherapy in the level of self-control of the participants and these three waves had a significant difference with the control group ($P<0.05$). Also, the success or failure of the participants in the three groups was significantly different from the control group.
Conclusion: According to the findings of this study, training the first, second and third waves of psychotherapy techniques can be effective on self-control of students and improve it.

Keywords: Self-control, Reinforcement, Distraction, Mindfulness, Waves of psychotherapy

***Corresponding Author:**
Email: bayata61@yahoo.com
Tel: 0098 9357120825
Fax: 0098 9302021118
IRCT Registration No. IRCT20181003041222N1 Conflict of Interests: ***No***
Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2019; Vol. 23, No 2, Pages 125-134

Please cite this article as: Kord-Noghabi R, Bayat A. The Effectiveness of Training the Techniques of First, Second, and Third Waves of Psychotherapy on the Self-Control of Students. ***Feyz*** 2019; 23(2): 125-34.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

اثربخشی آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های روان‌درمانی اوّل، دوم و سوم بر خودکنترلی دانش‌آموزان

رسول کرد نوقابی[۱]، خسرو رشید[۱]، احمد بیات[۲*]

خلاصه:

سابقه و هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های روان‌درمانی اوّل، دوم و سوم بر خودکنترلی دانش‌آموزان بود.

مواد و روش‌ها: از بین کلیه‌ی دانش‌آموزان دبستانی منطقه‌ی ۱ شهر همدان، چهار گروه ۱۵ نفری به روش در دسترس انتخاب شدند. برای سه گروه، تکنیک‌های روان‌درمانی موج اوّل، دوم یا سوم آموزش داده شد. پس از ۳ جلسه‌ی آموزشی، شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی با موقعیت معروف «ماراشملو» آزمایش شدند. در طی آزمایش، رفتار کودک فیلم‌برداری و سپس تجزیه و تحلیل شد. داده‌ی اوّل مقدار زمانی بود که آزمودنی توانست لذت را به تأخیر بیندازد. داده‌ی دیگر نیز موفقیت یا عدم موفقیت هر گروه در این آزمایش بود. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS و به‌روش تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون خی‌دو بود.

نتایج: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که بین موج‌های اوّل، دوم و سوم روان‌درمانی از نظر آماری تفاوت معناداری در میزان خودکنترلی شرکت‌کنندگان اثربخشی بوده، این سه موج با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند ($P<۰/۰۵$). همچنین تفاوت معناداری در موفقیت یا عدم موفقیت شرکت‌کنندگان بین سه گروه مورد بررسی با گروه کنترل مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های اوّل، دوم و سوم روان‌درمانی در خودکنترلی دانش‌آموزان اثربخش است و باعث بهبود آن می‌شود.

واژگان کلیدی: خودکنترلی، تقویت، توجه‌گردانی، ذهن‌آگاهی، موج‌های روان‌درمانی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۲، خرداد-تیر ۹۸، صفحات ۱۳۴-۱۲۵

مقدمه

خودکنترلی توانایی کنترل احساسات، رفتارها و خواسته‌ها است که انسان به‌منظور به‌دست آوردن برخی پاداش‌ها یا جلوگیری از برخی مجازات‌ها انجام می‌دهد. احتمالاً برخی پاداش‌ها و مجازات‌های معمولاً کوچک‌تر که زودتر قابل دستیابی هستند، می‌توانند مانع دستیابی به برخی پاداش‌های بزرگ‌تر شوند [۱]. بیش از دو دهه از ارائه‌ی نظریه‌ی خودکنترلی به‌منظور توجه به جنبه‌های کلی و جدید رفتار انسان می‌گذرد. در این نظریه تمرکز، بر راه‌های هدایت افراد و کنترل فعالیت‌ها و عواطف برای رسیدن به اهداف می‌باشد [۲].

این نظریه، چارچوبی پویا و دینامیک برای درک پیچیدگی‌های رفتار در پاسخ به اتفاقات برانگیزنده و محرک روانی، مانند تجربیات استرس‌زای حاصل از بیماری را فراهم می‌کند. مکانیسم تنظیم در تطبیق و تعدیل افکار، رفتار یا توجه از طریق استفاده‌ی ارادی یا خودکار مکانیسم‌های خاص و مهارت‌های حمایت‌کننده به کار گرفته می‌شود [۳]. توانایی خودکنترلی در بهداشت روانی فرد اثر دارد. پس توجه به این موضوع و بررسی علمی فرآیندهای درگیر در آن از ضرورت و اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در واقع خودکنترلی یک فرآیند کنترل داخلی است که تعیین می‌کند چه رفتاری انجام شود و اجازه می‌دهد که به تدریج کنترل‌های درونی جانشین کنترل‌های بیرونی رفتار شود. سیستم‌های خودکنترلی با تعدیل تأثیرات بیرونی، اسبابی را برای عمل هدفمند فراهم می‌کنند و به افراد اجازه می‌دهند که بر افکار، احساسات، انگیزه‌ها و اعمال خود کنترل داشته باشند [۱]. نظریه‌ی انگیزش در مطالعات خودکنترلی جایگاه خاصّی دارد. به نظر می‌رسد که سه عامل در تعیین درجه‌ی خودانگیزشی مؤثر باشد: الف. خودکارآمدی برای رسیدن به رفتارهای مشخص؛ ب. بازخورد. فرد از طریق بازخوردی که دریافت می‌کند، تلاش خود را در جهت هدف هدایت، کنترل و تعدیل می‌کند؛ ج. پیش‌بینی زمان رسیدن به هدف. استانداردهای اجتماعی و اخلاقی نیز در

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

* نشانی نویسنده مسؤول:

گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

تلفن: ۰۹۳۵۷۱۲۰۸۲۵ دورنویس: ۰۹۳۰۲۰۲۱۱۱۸

پست الکترونیک: bayata61@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۲/۷

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

خودکنترلی، خودانگیزشی و تنظیم رفتار دخالت دارند [٤]. در مجموع می‌توان گفت که خودکنترلی به معنای مدیریت رفتار و احساسات شخصی تعریف می‌شود. به‌عنوان مثال وقتی شما می‌خواهید یک کلوچه یا شیرینی دیگر بخورید، با تمایل خود به خوردن مقابله می‌کنید و شیرینی را نمی‌خورید؛ زیرا می‌دانید که برای شما خوب نیست. اما روان‌شناسان اراده و خودکنترلی را با شرایط خاصّی تعریف می‌کنند [٥]. طبق نظر اکثر روان‌شناسان خودکنترلی یا قدرت اراده می‌تواند مقاومت در برابر وسوسه‌های کوتاه‌مدت به منظور دستیابی به اهداف بلندمدت تعریف شود. خودکنترلی یکی از مهارت‌های تفکر می‌باشد که کمک می‌کند کودکان و نوجوانان یاد بگیرند احساسات و رفتارهای خود را در جهت یک تصمیم‌گیری خوب کنترل کنند، همچنین به کاهش اعمال تکانشی و مقابله‌ی مؤثر با ناامیدی نیز کمک می‌کند [٦]. توانایی خودکنترلی و به تأخیر انداختن لذت، یکی از مسائل و مشکلاتی است که معمولاً والدین در مورد کودک خود از آن شکایت دارند. بنابراین توجه به خودکنترلی در کودکان و نوجوانان هم از نظر تربیتی و هم از نظر سلامت روانی در دوران گوناگون زندگی افراد ضرورت و اهمیت ویژه‌ای دارد. روان‌شناسان جریان‌های روان‌درمانی یا درمان روان‌شناختی را در سه موج اصلی روان‌درمانی قرار می‌دهند. موج اوّل روان‌درمانی بیشتر با کارهایی که رفتارگرایان انجام داده‌اند، شناخته می‌شود. تکنیک‌های رفتاردرمانی و نیز تغییر و اصلاح رفتار (همانند: تقویت، تنبیه، شکل‌دهی و خاموشی) در موج اوّل روان‌درمانی پرکاربردترین تکنیک‌های درمانی هستند. در کنار رفتاردرمانی، درمان روان‌کاوی یا روان‌پویشی نیز روش دیگری برای روان‌درمانی بود که با تکنیک‌هایی مانند: تفسیر رؤیا و تداعی آزاد به درمان اختلالات روانی می‌پرداخت. اما، موج دوم روان‌درمانی همراه شد با انقلاب شناختی که رهبران اصلی آن را می‌توان آلبرت الیس و آرون تی. بک دانست. این مدل از روان‌درمانی در ابتدا شناخت‌درمانی و سپس درمان شناختی- رفتاری نام گرفت. علاوه بر تکنیک‌های رفتاردرمانی، تکنیک‌های شناختی نیز در موج دوم روان‌درمانی بسیار مورد توجه قرار گرفت؛ تکنیک‌هایی مانند: اصلاح افکار و باورهای ناکارآمد (خطاهای شناختی)، توجه‌گردانی، بازخورد دادن، تحلیل سود و زیان که همگی براساس مدل شناختی به مراجعان و بیماران کمک می‌کند تا از حال بد به حال خوب برسند. در نهایت، موج سوم روان‌درمانی با ظهور جریاناتی مانند: درمان پذیرش و تعهد، درمان فراشناختی و وجودی شناخته می‌شود. این موج بیشتر از همه بر پذیرش واقعیت و پرهیز از اجتناب تجربه‌ای تأکید دارد. در واقع هدف، رسیدن به نگاه واقع‌بینانه‌تری از محیط بیرونی و پردازش‌های درونی است [٧]. در این پژوهش تلاش شد تا اثربخشی آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های روان‌درمانی اوّل، دوم و سوم بر خودکنترلی دانش‌آموزان بررسی شود. پژوهش‌ها در زمینه‌ی خودکنترلی نشان می‌دهد که آموزش خودکنترلی می‌تواند در سلامت روان تأثیر مثبت داشته باشد [٨]. خودکنترلی همواره در افرادی که شاخص‌های بالاتری از سلامت روان را دارند، بیشتر دیده شده است. در برخی پژوهش‌ها نیز مشاهده شده است که بیشترین عامل پیش‌بینی کننده‌ی واریانس سلامت روان را عامل خودکنترلی تشکیل می‌دهد [٩]. همچنین در همایندی با مؤلفه‌ی خودآگاهی این پیش‌بینی دارای گستردگی بیشتری می‌شود [١٠] و البته مشاهده شده است که آموزش خودکنترلی باعث بهبود علائم اختلالات روانی و رفتاری از جمله: پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و استرس نیز می‌شود [١١]. هیچ عامل خاصّی در خودکنترلی مسؤول موفقیت یا شکست نمی‌باشد. با این وجود، خودکنترلی نوعی توانایی شناختی است که در بهبود عملکرد افراد نقش اساسی دارد. عملکرد مدیران در کانون ارزیابی، توانایی‌های شناختی و خودپیروی می‌تواند عملکرد شغلی را پیش‌بینی کند [١٢]. ادبیات پژوهشی در مورد اثربخشی سه موج اصلی روان‌درمانی حمایت گسترده‌ای را از آن‌ها دارد. چنان‌که ذهن‌آگاهی از روش‌های بسیار کارآمد در کاهش رنج‌های روانی و بالا بردن کیفیت زندگی است. در این راستا نتایج پژوهش برقی و همکاران [١٣] نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر روان‌سازه‌های ناسازگار و عواطف منفی دانش‌آموزان مؤثر است. پس ضمن توجه به خودکنترلی و بالا بردن توانایی افراد در این مهارت، نیاز است که روش‌ها و تکنیک‌هایی را به منظور کاهش رنج‌های روانی و بالا بردن کیفیت زندگی آنان به کار برد. ابراهیمی و واحدی [١٤] نیز دریافتند که آموزش خودکنترلی بر بهبود اختلالات سایکوفیزیولوژیک تأثیر دارد. همچنین سلیمانی و همکاران [١٥] به این رسیدند که بین دو گروه بیماران مبتلا به میگرن و گروه کنترل در ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان معناست که ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی بین دو گروه کنترل و آزمایش بعد از آموزش خودکنترلی متفاوت است. بنابراین، آموزش خودکنترلی می‌تواند برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران استفاده شود. برای آموزش هر مهارت علاوه بر توجه به آن متغیر، باید متغیرهای مرتبط با آن را نیز در نظر گرفت. شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی از جمله متغیرهایی است که با خودکنترلی ارتباط دارد. منگشتی و همکاران [١٦] دریافتند که بین ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با خودکنترلی داوران فوتبال ارتباط مثبت و معنادار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

وجود دارد و بین ویژگی شخصیتی درون‌گرایی با خودکنترلی داوران فوتبال ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. انگیزش درمان در بین معتادان با خودکنترلی شناختی ارتباط منفی و با مؤلفه‌های مهربانی نسبت به خود، خودداوری (خودکنترلی)، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و همدردی بیش از حد ارتباط مثبت دارد [۱۷]. داشتن مهارت خودکنترلی نیاز به آموزش دارد. روش‌ها و تکنیک‌های موج اوّل، دوم و سوم روان‌درمانی می‌تواند بستر خوبی برای آموزش این مهارت باشد. هر اندازه خودکنترلی کمتر باشد، انگیزش درمان وضعیت بدتری خواهد داشت. بنابراین یکی دیگر از جنبه‌های اهمیت و ضرورت توجه به خودکنترلی و آموزش آن، ارتقای میزان انگیزش افراد برای آمادگی تغییر و ایجاد تغییر است. از بهترین روش‌ها و راهبردهایی که می‌توان برای آموزش و بهبود مهارت خودکنترلی استفاده نمود، روش‌ها و تکنیک‌های مطرح‌شده در موج‌های سه‌گانه‌ی روان‌درمانی است. طبق پژوهش‌ها [۱۸] اثر بازخورد در دسته کوشش‌های اکتساب معنادار بود و گروه خودکنترلی و آزمون‌گر خطای زمان‌بندی نسبی کمتری در مقایسه با گروه همتا داشت. در مرحله‌ی یادداری و انتقال، اثر بازخورد و نوع تمرین بر زمان‌بندی نسبی معنادار بود و گروه خودکنترلی دارای خطای زمان‌بندی نسبی کمتری در مقایسه با گروه‌های همتا و آزمونگر بود. بنابراین خودکنترلی و آموزش آن در رفتار حرکتی نیز نقش و اهمیت بالایی دارد. همچنین آموزش خودکنترلی می‌تواند باعث کاهش پرخاشگری کلامی در بین دانشجویان شود [۱۹]. پژوهشگران [۲۰] با بررسی سوگیری توجه و رفتار خوردن آزمودنی‌های خود پس از گذراندن یک دوره‌ی آموزشی در حوزه‌ی خودکنترلی دریافتند که ویژگی مهارکنندگی مربوط به رژیم غذایی به‌طور مستقیم رفتار خوردن یا سوگیری توجه را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. توانایی خودکنترلی نیز به‌طور مستقیم رفتار خوردن یا سوگیری توجه را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. از طرفی سوگیری توجه رفتار خوردن را صرفاً برای شرکت‌کنندگانی که خودکنترلی را آموزش دیده و به کار بردند، پیش‌بینی شد. بررسی پیشگیری از عود افسردگی به کمک روش‌های روان‌درمانی موج سوم نشان داد که ذهن‌آگاهی شناختی و نظارت بر خود به صورت حمایت‌شده می‌تواند میزان عود را در افراد مبتلا به اختلال افسردگی به طور معناداری کاهش دهد [۲۱]. پژوهش در مورد درمان‌های موج اوّل و دوم نیز حاکی از آن است که در کاهش میزان رفتار تکانشی اثربخش هستند و مهارت خودکنترلی را در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی، بهبود می‌بخشند [۲۳،۲۲]. پژوهشگران [۲٤] با استفاده از روش ذهن‌آگاهی و بررسی کیفیت خواب و نشخوار ذهنی با توجه به نقش میانجی خودکنترلی در بین نوجوانان به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی به‌طور منفی با کیفیت خواب ضعیف ارتباط دارد. نشخوار ذهنی میانجی ارتباط بین ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب است. اثرات مستقیم و غیرمستقیم توسط نقش خودکنترلی تبیین شدند. همچنین افرادی که خودکنترلی پایین داشتند، نسبت به افراد با خودکنترلی بالا اثرات بیشتری پذیرفتند. مداخلات شناختی- رفتاری (موج دوم روان‌درمانی) با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در فرد، به وی امکان می‌دهد که از خزانه‌ی رفتاری گسترده‌تر و مناسب‌تر در مواجهه با موقعیت برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری عمل کند [۲۵]. بنابراین، فرد مهارت خودکنترلی مطلوبی را به دست آورده، به احتمال کمتری مجدداً مرتکب جرم خواهد شد. درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی (موج سوم روان‌درمانی) موجب کاهش تکانشگری در افراد معتاد و بالا رفتن میزان خودکنترلی آنان در حوزه‌ی سوء مصرف مواد می‌شود [۲۳]. با توجه به چارچوب نظری ارائه‌شده در مورد موضوع این پژوهش و نیز نتایج پژوهش‌های پیشین، می‌توان گفت که کاربرد هر یک از روش‌ها و تکنیک‌های مربوط به موج اوّل، دوم و سوم درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند در بهبود و ارتقای مهارت خودکنترلی اثربخش باشد. این پژوهش نیز در پی پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های روان‌درمانی اوّل، دوم و سوم بر خودکنترلی دانش‌آموزان دبستانی اثربخشی دارد یا خیر؟ و این‌که آیا بین گروه‌های مورد بررسی از نظر میزان اثربخشی در خودکنترلی تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌هایی از موج‌های روان‌درمانی اوّل، دوم و سوم بر خودکنترلی دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش، آزمایشی و نوع آن کارآزمایی بالینی بدون پیش‌آزمون بود. جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان دبستانی منطقه‌ی یک شهر همدان بود که از بین آنان چهار گروه ۱۵ نفری به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده، به طور تصادفی در یکی از گروه‌های روان‌درمانی موج اوّل، دوم و سوم (گروه‌های آزمایشی) و یا گروه کنترل قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در پژوهش از جمله رعایت حریم خصوصی، رضایت آگاهانه و کمترین احتمال آسیب برای آزمودنی‌ها توسط پژوهش‌گران رعایت شد (کد اخلاق: ۳٤۲٦٤ و کد IRCT: IRCT20181003041222N1). ملاک‌های ورود و خروج آزمودنی‌ها شامل مواردی بود؛ از جمله: عدم ابتلا به هرگونه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

بیماری جسمی یا روانی و عدم مصرف دارو در طی یک ماه گذشته. اگر شرکت‌کننده‌ای دچار بیماری شده یا دارویی (روان‌پزشکی) مصرف کند از پژوهش خارج شده، نتایج آن در این پژوهش لحاظ نشد. چون ممکن است نتایج، ناشی از متغیرهایی غیر از اعمال متغیر مستقل باشد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و گروه‌بندی آنان، برای سه گروه آزمایشی، تکنیک‌های یکی از درمان‌های موج اوّل (تقویت مثبت)، دوم (توجه‌گردانی) یا سوم (ذهن‌آگاهی) آموزش داده شد. کلیه‌ی آموزش‌ها توسط پژوهش‌گر و تحت نظارت مستقیم استاد راهنما به عنوان سوپروایزر انجام شد. گروهی که قرار بود تقویت مثبت را تجربه کند، نیاز به آموزش خاصّی نداشت و فقط هنگام توضیح موقعیت آزمایش به هر آزمودنی گفته شد که در صورت موفقیت در آزمایش، علاوه بر دو شیرینی، یک جعبه‌ی مدادرنگی نیز جایزه خواهد گرفت. گروه دوم تکنیک توجه‌گردانی را طی سه جلسه آموزش دید. محتوای جلسات بدین‌صورت بود که ابتدا آزمودنی‌ها به کمک بازی، توجه و کارکرد آن را آموزش دیدند. سپس مزایا و معایب توجه و عدم توجه را یاد گرفتند و در نهایت به طور عملی تکنیک توجه‌گردانی را آموزش دیدند و به کار بردند. گروه سوم نیز تکنیک ذهن‌آگاهی به‌روش مراقبه را در طی سه جلسه آموزش دید. عموماً توجه به یک شیء خاص به طور آگاهانه، در زمان حاضر و بدون قضاوت نسبت به چیزی ذهن‌آگاهی تعریف می‌شود و اساساً شامل دو فرآیند توجه انعطاف‌پذیر و آگاهی بدون قضاوت است. در واقع، ذهن‌آگاهی دربردارنده‌ی آگاهی از تجربه‌ی لحظه‌ی کنونی، همراه با پذیرش، هشیار بودن نسبت به واقعیت، مواجهه با ذات تجربه و نیز دیدن امور به گونه‌ای است که برای اوّلین بار دیده می‌شوند [۲۷،۲۶]. در مراقبه ابتدا روش‌های آگاهی از افکار، وسوسه‌ها، احساسات و هیجانات برای آزمودنی‌ها شرح داده شد. سپس آزمودنی‌ها اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی را به صورت بازی، تجربه و تمرین کردند. در نهایت نحوه‌ی پذیرش و انعطاف‌پذیری بیشتر نسبت به افکار، وسوسه‌ها و احساسات آموزش داده شد. پس از برگزاری جلسات آموزشی تکنیک‌های مذکور، تمامی شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی مورد آزمایش قرار گرفتند. آزمایشی که انجام شد، همان موقعیت معروف «شیرینی ماراشملو» است. کودک در اتاق آزمایش پشت میزی قرار گرفته، روی میز هم یک شیرینی خوشمزه قرار دارد. آزمایشگر به کودک می‌گوید که پس از خروج من از اتاق، اگر موقعی که برگردم، شیرینی دست‌نخورده باشد، می‌توانی دو شیرینی بخوری. چون در این پژوهش از موقعیت آزمایشی «شیرینی ماراشملو» استفاده شد، پرسشنامه‌ای در آن به کار برده نشد؛ بنابراین پیش‌آزمون و پس‌آزمونی هم در کار نبوده، داده‌ها براساس آزمایش و مشاهدات (رفتار طبیعی) جمع‌آوری شد. علت انتخاب روش‌های مورد استفاده در این پژوهش توجه به هر سه موج روان‌درمانی و نیز مقایسه‌ی میزان اثربخشی آن‌ها بر خودکنترلی دانش‌آموزان بود. همچنین تکنیک‌ها و روش‌های هر موج روان‌درمانی با نظر متخصصان این حوزه انتخاب شد. با توجه به راهنمای اجرای آزمایش، زمان ثابتی برای حضور آزمودنی در اتاق آزمایش تعیین شده است (۱۰ دقیقه). بنابراین، مدت زمان افراد موفق در آزمایش اهمیتی پیدا نمی‌کند چون همه‌ی افراد موفق به یک اندازه در اتاق آزمایش حضور داشته‌اند. در حین آزمایش، رفتار کودک فیلم‌برداری شده، سپس واکنش‌های او مورد بررسی قرار گرفت. از این آزمایش انتظار می‌رود که سه مدل واکنش از آزمودنی‌ها ثبت شود. مدل اوّل خوردن شیرینی پیش از بازگشت آزمایشگر به اتاق آزمایش است. مدل دوم دستکاری شیرینی، خراب کردن آن، خوردن جزئی از آن و رفتارهایی از این دست می‌باشد. در نهایت، مدل سوم نیز گروهی از آزمودنی‌ها را تشکیل می‌دهد که توانایی این را دارند که تا بازگشت آزمایشگر به اتاق آزمایش وسوسه‌ها را تحمل نموده (خودکنترلی)، دو شیرینی را دریافت کنند. در این پژوهش هر سه گروهی که به‌طور جداگانه تحت آموزش تکنیک‌های موج اوّل، دوم و سوم قرار گرفت، موقعیت آزمایشی مذکور را تجربه کرد. داده‌ی اوّل حاصل از این آزمایش شامل مقدار زمانی است که آزمودنی از هنگام بیرون رفتن آزمایشگر از اتاق آزمایش، توانست لذت را به تأخیر بیندازد و به شیرینی دست نزند. همچنین موفقیت یا عدم موفقیت در این آزمایش برای هر یک از گروه‌های مورد بررسی، داده‌ی دیگری است که از این پژوهش به دست آمد. به این معنا که چند نفر از گروه اوّل (موج اوّل روان‌درمانی)، گروه دوم (موج دوم روان‌درمانی)، گروه سوم (موج سوم روان‌درمانی) و گروه کنترل توانسته دو شیرینی دریافت کند و چند نفر نتوانسته است. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون خی‌دو (مجذور کا) بود.

نتایج

در ابتدا یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ارائه می‌شود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

جدول شماره ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش

گروه	میانگین سنی	جنسیت		تعداد
		دختر	پسر	
موج اوّل	۸/۹	۷	۸	۱۵
موج دوم	۸/۷	۸	۷	۱۵
موج سوم	۸/۹	۸	۷	۱۵
کنترل	۸/۸	۷	۸	۱۵
جمع	-	۳۰	۳۰	٦۰

جدول شماره ۲- شاخص‌های توصیفی مربوط به خودکنترلی در گروه‌های مورد بررسی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد
موج اوّل	۲٤٦/٤۷	۹۲/۲۱	۲۳/۸۱	۱۵
موج دوم	۲٦۱/۱۳	۸۰/٦٤	۲۰/۸۳	۱۵
موج سوم	۲٤٦/۸۷	۹۱/۳٦	۲۳/۵۹	۱۵
گروه کنترل	۱٤۱/٤۷	۱۰۰/۸۸	۲٦/۰۵	۱۵
کل	۲۲۳/۹۸	۱۰۱/٤۹	۱۳/۱۱	٦۰

جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی گروه‌های مختلف را نشان می‌دهد. میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین زمان خودکنترلی در موج دوم بیشتر از سایر گروه‌های مورد بررسی است. بدین معنا که افراد در موج دوم روان‌درمانی مدت زمان بیشتری را تحمل نموده و نیز تعداد افراد بیشتری از شرکت کنندگان موفق شده‌اند شیرینی دوم را دریافت کنند. میانگین موج اوّل و موج سوم نیز تقریباً برابر به‌دست آمده است. در ادامه به بررسی فرضیات پژوهش پرداخته، با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه داده‌ها، تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لِوِن استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۳- نتایج آزمون لِوِن برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های مورد بررسی

مقدار لِوِن	درجه آزادی بین‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	معناداری
۰/٦۳۸	۳	۵٦	۰/۵۹٤

با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده در آزمون لِوِن (P=۰/۵۹٤) همگنی واریانس‌ها در سطح (α=۰/۰۵) قابل قبول است. بنابراین برای ادامه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها مشکلی وجود ندارد.

جدول شماره ٤- نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بین‌گروهی	۱۳۸۲۷٤/۰۵	۳	٤٦۰۹۱/۳۵	۵/۵۰	۰/۰۰۲
درون‌گروهی	٤٦۹۳٦٤/۹۳	۵٦	۸۳۸۱/۵۲	-	-
کل	٦۰۷٦۳۸/۹۸	۵۹	-	-	-

مندرجات جدول شماره ٤ نشان می‌دهد که موج‌های اوّل، دوم و سوم روان‌درمانی در بهبود خودکنترلی شرکت‌کنندگان اثربخش بوده است (P<۰/۰۵).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

جدول شماره ۵- اثرات بین آزمودنی‌ها برای گروه‌های مورد بررسی

گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
گروه	گروه			
موج اوّل	موج دوم	-۱٤/٦۷	۳۳/٤۳	۰/۹۷۹
	موج سوم	-۰/٤۰	۳۳/٤۳	۱/۰۰۰
	کنترل	۱۰۵	۳۳/٤۳	۰/۰۲۷*
موج دوم	موج اوّل	۱٤/٦۷	۳۳/٤۳	۰/۹۷۹
	موج سوم	۱٤/۲۷	۳۳/٤۳	۰/۹۸۰
	کنترل	۱۱۹/٦۷	۳۳/٤۳	۰/۰۰۹*
موج سوم	موج اوّل	۰/٤۰	۳۳/٤۳	۱/۰۰۰
	موج دوم	-۱٤/۲۷	۳۳/٤۳	۰/۹۸۰
	کنترل	۱۰۵/٤۰	۳۳/٤۳	۰/۰۲٦*
کنترل	موج اوّل	-۱۰۵	۳۳/٤۳	۰/۰۲۷*
	موج دوم	-۱۱۹/٦۷	۳۳/٤۳	۰/۰۰۹*
	موج سوم	-۱۰۵/٤۰	۳۳/٤۳	۰/۰۲٦*

* در سطح ۰/۰۵ معنادار

مندرجات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که آموزش به‌روش‌های مختلف در موج اوّل، دوم و سوم درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری در بهبود میزان خودکنترلی شرکت‌کنندگان دارد ($P<۰/۰۵$)، اما اثربخشی هر یک از موج‌های روان‌درمانی در مقایسه با سایر موج‌ها بر میزان خودکنترلی دانش‌آموزان تفاوت معناداری ندارد ($P>۰/۰۵$).

جدول شماره ٦- نتایج آزمون خی‌دو برای بررسی موفقیت یا عدم موفقیت آزمودنی‌ها با توجه به فراوانی و درصد در هر گروه

گروه‌ها	موفقیت	عدم موفقیت	کل
موج اوّل	۱۱ (۷۳/۳۷ درصد)	٤ (۲٦/٦۷ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)
موج دوم	۱۲ (۸۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)
موج سوم	۱۱ (۷۳/۳۷ درصد)	٤ (۲٦/٦۷ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)
کنترل	٤ (۲٦/٦۷ درصد)	۱۱ (۷۳/۳۷ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)
کل	۳۸ (٦۳/۳۳ درصد)	۲۲ (۳٦/٦۷ درصد)	٦۰ (۱۰۰ درصد)

($P=۰/۰۰۸$)

جدول مربوط به آزمون خی‌دو (جدول شماره ٦) موفقیت یا عدم موفقیت آزمودنی‌ها در آزمایش مارشملو را با توجه به فراوانی و درصد نشان می‌دهد. بین گروه‌های مورد بررسی از نظر موفقیت یا عدم موفقیت تفاوت معنادار دیده شد، چون مقدار خی‌دو به‌دست آمده (۰/۰۰۸) معنادار بود ($P<۰/۰۵$).

بحث

خودکنترلی به عنوان یک عملکرد اجرایی، اغلب به چگونگی مدیریت احساسات و رفتار در افراد اشاره دارد. مهار پاسخ، «به ظرفیت تفکر پیش از عمل و توانایی مقاومت در برابر موقعیت‌هایی که نیاز است نه بگویید و انجام کاری را رد کنید یا به تأخیر بیندازید»؛ گفته می‌شود. خودکنترلی در روابط اجتماعی و نمایش رفتار مناسب در موقعیت‌ها و شرایط مختلف و دشوار که ممکن است مطابق با میل کودک نباشد، بسیار حیاتی و مهم می‌باشد. همچنین یک جزء حیاتی برای برخورداری از رفاه اجتماعی کودک و نوجوان به حساب می‌آید که فرصت تصمیم‌گیری‌های درست و مدیریت احساسات، سرخوردگی‌ها و واکنش‌های خود را فراهم می‌کند. این مهارت فکری از اتخاذ تصمیمات و اقدامات نامناسب در مواجهه با موقعیت‌ها جلوگیری می‌کند. در این پژوهش با بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های سه روش روان‌درمانی موج اوّل، دوم و سوم در خودکنترلی و مقایسه‌ی نتایج به‌دست آمده، مشخص شد که هر یک از این روش‌ها با وجود داشتن اثربخشی، از نظر میزان اثربخشی تفاوت چندانی با هم ندارند. در واقع همگی به یک اندازه در تغییر میزان خودکنترلی شرکت‌کنندگان اثر داشته‌اند. البته در مقایسه با گروه کنترل، آموزش تکنیک‌های مربوط به موج‌های روان‌درمانی سه‌گانه بر بهبود خودکنترلی دانش‌آموزان اثربخش‌تر بود و تفاوت معنادار داشت ($P<۰/۰۵$). همچنین اثربخشی سه روش مذکور در موفقیت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

یا عدم موفقیت شرکت‌کنندگان در آزمایش مارشملو تفاوت آماری معناداری با گروه کنترل داشت. در این زمینه با وجود کمبود یافته‌های پژوهشی و تجربی و عدم یکپارچگی در ادبیات پژوهشی می‌توان گفت که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌باشد [۱۰،۱۷،۱۸،۲۳،۲۴] و البته با نتایج حاصل از برخی پژوهش‌ها ناهمسو می‌باشد [۸،۱۳]. در تبیین یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش می‌توان چنین گفت که روش‌ها و تکنیک‌های درمانی در هر سه موج درمانی اوّل، دوم و سوم با توجه به تأیید اثربخش بودنشان در تغییر و بهبود مهارت‌های مختلف، انتظار می‌رود که در تغییر و بهبود مهارت خودکنترلی نیز اثربخش باشند. این روش‌ها و تکنیک‌ها شناخت فرد را نسبت به خود، واکنش‌های خود نسبت به محیط و بازخوردهای محیط نسبت به او را افزایش می‌دهند؛ همچنین توانایی فرد را برای تحمل در مقابل تمایلات و خواسته‌ها بیشتر می‌کنند؛ درضمن توانایی فرد را در منطقی اندیشیدن بیشتر می‌کنند. همه‌ی این موارد منجر به بهبود توانایی فرد در مهارت خودکنترلی می‌شود. چرا که لازمه‌ی خودکنترلی، داشتن شناخت مناسب و منطقی، آگاهی از پیامدهای رفتاری و مهارت ذهن‌آگاهی است. در واقع برای داشتن خودکنترلی مطلوب، فرد نیاز دارد که نسبت به خود، محیط و اطرافیانش شناخت بیشتری به دست بیاورد. علاوه بر این، بازخوردهای محیطی نیز برای او اهمیت دارد تا کودک یا نوجوان بتواند با خودکنترلی رفتار کند. آن‌چه در ذهن‌آگاهی برای شرکت‌کنندگان اتفاق افتاده، این است که توجه هشیارانه به موقعیت را به دست آورده و توانسته‌اند به طور انعطاف‌پذیرانه با موقعیت برخورد کنند؛ و ضمن پذیرش تجربه‌ی کلّ موقعیت در حوزه‌ی آگاهی، نگرش عدم تقلا و اجتناب تجربه‌ای را در خود تقویت کرده‌اند. البته مهم‌تر از همه این‌که شرکت‌کنندگان، به ذهن، افکار و احساسات خود آگاهی پیدا نموده‌اند و این موجب بهبود مهارت خودکنترلی در آنان شده است. کودکان و نوجوانانی که از مهارت خودکنترلی برخوردارند، ویژگی‌های زیر را دارند: به نکات مثبت و منفی خود آگاهی دارند؛ بدون این‌که در مقابل انتقادات حالت دفاعی و عصبانی به خود بگیرند، آن‌ها را می‌پذیرند؛ حسّ ناکامی و ناامیدی در خود را کنترل می‌کنند و بدون احساس خشم و توقف کار، می‌توانند به فعالیت خود ادامه دهند؛ درک می‌کنند که برای شروع یک بازی باید نوبت بگیرند؛ احتیاط لازم برای عبور از خیابان یا استفاده از چاقو را به کار می‌برند (محتاطانه عمل می‌کنند)؛ پیش از پیوستن به یک گروه اجتماعی زمان کافی را صرف مطالعه و شناخت آن گروه می‌کنند. در مقابل، کودکان و نوجوانانی که مهارت خودکنترلی آن‌ها رشد نیافته است: در مواقعی که نیاز به مشارکت، فکر کردن و منتظر نوبت شدن دارند، از خود احساس ناامیدی و خشم بروز می‌دهند؛ در برابر قوانین خانواده و یا مراسمی مثل: جشن تولد رفتار نامناسبی از خود نشان می‌دهند؛ در مقابل وظایف سخت و پیچیده احساس شکست و ناامیدی می‌کنند؛ به پرسش‌های آموزگار بدون این‌که دست خود را بالا برده و اجازه بخواهند، پاسخ می‌دهند؛ در ورزش و بازی‌ها بیشتر حالت تهاجمی دارند. به نحوی که همسالان تمایلی به هم‌گروه شدن با آن‌ها ندارند؛ تکالیف مدرسه را به‌هم ریخته و نامنظم انجام می‌دهند. انتظار والدین بر این است که کودک بتواند خواسته‌ی خود را حداقل برای مدت کوتاهی به تأخیر بیندازد. علاوه بر این توانایی خودکنترلی و داشتن چنین مهارتی برای کودکان و نوجوانان سنین مدرسه یکی از مهارت‌های بسیار ضروری است. بارها دیده شده است که دانش‌آموزان به خاطر نداشتن چنین مهارتی با یکدیگر درگیر شده، حتی به هم آسیب جسمانی وارد می‌کنند. خودکنترلی یک کارکرد اساسی خود و کلید موفقیت در زندگی می‌باشد. خودکنترلی به‌طور موقت باعث آسیب‌های کوتاه‌مدت (مانند خالی کردن بدن) در نتیجه‌ی خودکنترلی می‌شود. پژوهش‌ها از این مدل در حوزه‌های مختلف حمایت کرده‌اند که شامل: خوردن، نوشیدن، خرج کردن پول، رفتار جنسی، تفکر عاقلانه، تصمیم‌گیری و رفتار بین‌فردی است [۱،۲۸،۲۹]. در تبیین دلیل عدم تفاوت بین گروه‌های مورد بررسی در سه موج درمانی مختلف (اوّل، دوم و سوم) می‌توان دلایل مختلفی را مطرح نمود. ابتدا، هر یک از تکنیک‌ها یا روش‌ها همراه با پیامدهای مثبتی برای شرکت‌کننده بوده و رغبت او را برای خودکنترلی برمی‌انگیزد؛ به همین خاطر هر سه گروه میزان بیشتری از خودکنترلی را نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند. دوم، این‌که چون شرکت‌کنندگان از گروه همگن انتخاب شده، مورد بررسی قرار گرفتند، می‌تواند در نتایج یکسان و تغییرات برابر نقش داشته باشد؛ این در حالی است که اگر شرکت‌کنندگان از گروه‌های دانش‌آموز، دانشجو و آموزگار انتخاب شده بودند، احتمالاً تغییراتی که در اثر آموزش تکنیک‌های ارائه شده در میزان خودکنترلی آنان دیده می‌شد، کاملاً متفاوت و معنادار بود. سوم، ماهیت تکنیک‌های مورد استفاده برای گروه‌های مختلف نیز می‌تواند نقش بسیار پررنگی در عدم تفاوت معنادار در میزان تغییرات در خودکنترلی شرکت‌کنندگان داشته باشد؛ بدین معنا که اگر روش‌ها و تکنیک‌های دیگر از هر موج درمانی انتخاب می‌شد، چه‌بسا که نتایج به‌دست آمده کاملاً متفاوت با نتایج کنونی بود. بنابراین به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی را در گروه‌های مختلف اجرا کنند. همچنین از سایر تکنیک‌ها و روش‌های ارائه شده در موج‌های اوّل، دوم و سوم جهت افزایش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

میزان خودکنترلی شرکت‌کنندگان استفاده کنند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم امکان اجرای پیش‌آزمون برای شرکت‌کنندگان بود. چرا که ماهیت آزمایش به صورتی بود که برای هر آزمودنی تنها یک‌بار قابل اجرا بود. همچنین عدم استفاده از پرسشنامه محدودیت دیگری بود که نتایج آن را تا حدودی تحت تأثیر قرار می‌دهد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، دانش‌آموزان بود. بنابراین در تعمیم یافته‌های آن به سایر گروه‌های سنی باید احتیاط نمود.

نتیجه‌گیری

تکنیک‌ها و روش‌های مورد استفاده در این پژوهش از هر سه نوع موج‌های روان‌درمانی (تقویت مثبت، توجه‌گردانی و ذهن‌آگاهی) موجب شده است که فرد پیامدهای رفتار خود را بهتر بشناسد و میزان رفتار مطلوب (خودکنترلی) افزایش یابد، همچنین بر سیستم دریافتی خود از طریق توجه و توجه‌گردانی تسلط بهتری به دست آورد و نیز پذیرش بهتر و اجتناب تجربه‌ای کمتری در موقعیت داشته باشد. این توانایی‌ها و شناخت‌ها به خودکنترلی مطلوب دانش‌آموزان کمک کرده است. بنابراین آموزش روش‌ها و تکنیک‌های به‌کار رفته در این پژوهش از موج‌های اوّل، دوم و سوم روان‌درمانی باعث بهبود خودکنترلی دانش‌آموزان شده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و والدین آنان به جهت همکاری‌شان با پژوهشگران سپاسگزاریم. همچنین از کلیه‌ی کارکنان منطقه‌ی یک آموزش و پرورش شهر همدان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

[1] Delisi M. Self-control theory: The Tyrannosaurus rex of criminology is poised to devour criminal justice. ***J Crim Just*** 2011; 39(2): 103-105.

[2] Baumeister RF, Vobs KD, Tice DM. The Strength Model of Self-Control. ***Curr Dir Psy Sci*** 2007; 16(6): 351-5.

[3] Schmeichel BJ, Vohs KD. Self-Affirmation and Self-Control: Affirming Core Values Counteracts Ego Depletion. ***J Pers Soc Psy*** 2009; 96(4): 770-782.

[4] Vohs KD, Baumeister RF, Schmeichel BJ, Twenge JM, Nelson NM, Tice DM. Making Choices Impairs Subsequent Self-Control: A Limited-Resource Account of Decision Making, Self-Regulation, and Active Initiative. ***J Pers Soc Psy*** 2008; 94(5): 883-98.

[5] Verme P. Happiness, freedom and control. ***J Eco Beh Org*** 2009; 71: 146-61.

[6] Owens-Sabir MC. The Effects of Race and Family Attachment on Self-Esteem, Self-control, and Delinquency. New York: LFB Scholarly Publishing LLC; 2007.

[7] Seif AA. Introducing behavioral and cognitive therapies of the first and second generations, with emphasis on adherence and commitment treatment. 2016; Tehran: Doran. [in Persian]

[8] Ebrahimi H, Vahedi H. Study of effectiveness of self-control training on mental health of nurses in Tehran. ***J Anal-Cog Psy*** 2014; 20(5): 25-32. [in Persian]

[9] Mohammad Amini Z, Narimani M, Barghmand T, SobhiQaramalkhi N. The relationship between emotional intelligence with self-efficacy and mental health in successes and non-successes students. ***Kno Rese App Psy*** 2008; 35: 107-22. [in Persian]

[10] Bowlin SL, Baer RA. Relationship between mindfulness, self-control and psychological functioning. ***Pers Ind Diff*** 2012; 52(3): 411-5.

[11] Denson T, Capper MM, Friesemegan OM. Self-control training decreases aggression response provocation aggressive individual. ***J Res Pers*** 2012; 45(2): 252-4.

[12] Arizi Samani H, Barati H. Investigation the mediating role of “Role Breath” on the relationship between the managers` performance in assessment centers, their cognitive abilities and autonomy with job performance. ***Con Psy*** 2014; 9(2): 101-12. [in Persian]

[13] Barghiirani Z, Beghian Koulemarz MJ, Bakhty M. Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. ***Con Psy*** 2016; 11(1): 103-17. [in Persian]

[14] Ebrahimi H, Vahedi H. Effectiveness of emotional self-control training on psychophysiological disorders of nurses in Tehran, Iran. ***J Mil Car Sci*** 2016; 2(4): 206-13. [in Persian]

[15] Soleimani A, Habibi M, Bashpour S, Sheikholeslami A, Noripur R. Effectiveness of self-control training on quality of life dimensions in Migraine patients. ***J Arak Uni Med Sci*** 2013; 19(3): 27-37. [in Persian]

[16] Sayadi M, Manghoshti Y, Kashef M. The relationship between factors of self-control with performance and some of individual personality traits of men referees of Iranian Football League. 2nd International Congress of Science and Football, National Iranian Football Academy: 2013; 15th and 16th of Aban. [in Persian]

[17] Bashpour S, Atadokht A, Khosrowinia D, Narimani M. The role of cognitive self-control and

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]

self-compassion on prediction of treatment motivation in people with substance dependence. ***J Hea Car*** 2013; 15(4): 60-70. [in Persian]
[18] Hosseini M, Bahram A, Farrokhi A. The effect of self-control feedback on the learning of generalized motor program and parameters during physical and observational practice. ***Two Res Projects Sport Manag Motor Behav*** 2012; 2(4): 25-40. [in Persian]
[19] Mahboubi T, Salimi H, Hosseini A. The effect of emotional self-control training on the reduction of verbal aggression of Payame-Noor University Students. ***Soc Phon*** 2016; 4(2): 124-36. [in Persian]
[20] Pollert GA, Veilleux JC. Attentional bias is more predictive of eating behavior after self-control exertion. ***Eat Beh*** 2018; 29: 25-7.
[21] Shawyer F, Meadows G.N, Judd F, Martin PL, Segal Z, Peterman L. The DARE study of relapse prevention in depression: design for a phase 1/2 translational randomized controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self-monitoring. ***BMC Psy*** 2012; 12(3): 1-10.
[22] Mohammadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, Bakhtiyarpour S, Hafezi F. Comparison of the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. ***J Gui Uni Med Sci*** 2017; 106: 44-53. [in Persian]
[23] Amirian K, Mami Sh, Ahmadi V, Mohammadzadeh J. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on impulsivity in addicted people. ***J Nur Doc*** 2018; 17(5): 36-44. [in Persian]
[24] Liu QQ, Zhou ZK, Yang XJ, Kong FCh, Sun XJ, Fan CY. Mindfulness and sleep quality in adolescents: Analysis of rumination as a mediator and self-control as a moderator. ***Pers Indi Diff*** 2018; 122: 171-6.
[25] Khodayarifard M, Akbari S, Afrouz Gh, Sohrabi F, Younesi G, Ghobari Bonab B, et al. Effectivnesss of individual and group cognitive-behavioral therapy of inmates' in Rajaei-Shahr Prison. ***Con Psy*** 2009; 2(1): 19-28. [in Persian]
[26] Brown KW, Ryan RM. Perils and Promise in Defining and measuring mindfulness: Observation from experience. ***Clin Psy*** 2004; 11(3): 242-8.
[27] Walsh J, Baliant M.G, Smolira SJ, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. ***Pers Indi Diff*** 2009; 46: 94-9.
[28] Gowan T, Whetstone S, Andic T. Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group. ***Soc Sci Med*** 2012; 74(8): 1251-60.
[29] Friese M, Hofmann W. Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. ***Rese Pers*** 2009; 43: 795-805.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-13]