**Feyz Medical Sciences Journal**
**2026, Volume 30, Issue 4**
**Pages: 439-452**
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439
**Orginal Article**

# Comparative Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and a Psychoeducational Package on Self-Harming Behaviors and Intolerance of Uncertainty in Female Students with a Tendency toward Substance Use

**Zhila Niazi Mirak [1], Mohammad Narimani [1*], Seyfollah Aghajani [1], Akbar Atadokht [1]**

[1] Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

[*]**Corresponding author: Mohammad Narimani,** Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
**Email**: narimani@uma.ac.ir

**Received:** 12 July 2026 **Revised:** 16 September 2026 **Accepted:** 16 September 2026

## Abstract

**Background and Aim:** Adolescence is characterized by extensive biological, cognitive, and emotional changes, and heightened emotional sensitivity during this period can predispose adolescents to high-risk behaviors. This study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and a psychoeducational package on self-harming behaviors and intolerance of uncertainty among female students with a tendency toward substance use.

**Methods:** This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group. Forty-five female students at risk of substance use were randomly assigned to three groups of 15. The intervention groups received twelve 90-minute sessions. The interventions consisted of either Dialectical Behavior Therapy or a psychoeducational package. The control group received no intervention. Research instruments included the Addiction Tendency Questionnaire, the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS), and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS).

**Results:** Both interventions significantly reduced intolerance of uncertainty at posttest compared with the control group ($P<0.01$), and no significant difference was observed between the two interventions ($P>0.05$). At follow-up, only the psychoeducational package maintained a significant difference from the control group ($P<0.01$), whereas Dialectical Behavior Therapy did not differ significantly from the control group ($P>0.05$); this finding indicates greater long-term durability of the effect of the psychoeducational package.

**Conclusion:** In this study, the short-term school-based interventions did not significantly reduce self-harming behaviors. However, both approaches were effective in improving tolerance of uncertainty, and the psychoeducational package demonstrated a more sustained effect at follow-up. Therefore, self-harm requires more comprehensive and individualized treatments.

**Keywords:** Adolescent girls, Substance use tendency, Self-harming behaviors, Intolerance of uncertainty, Dialectical Behavior Therapy, Psychoeducational package

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

# Extended Abstract


## Background and Objective

Adolescence is a critical developmental transition accompanied by profound biological, cognitive, social, and emotional changes. During this vulnerable period, heightened emotional sensitivity coupled with limited emotion-regulation abilities often predisposes adolescents to various maladaptive and high-risk behaviors. Female high school students with a tendency toward substance use are particularly prone to severe psychological distress, emotional dysregulation, and heightened impulsivity. In this at-risk population, self-harming behaviors frequently emerge as dysfunctional coping mechanisms utilized to rapidly alleviate unbearable emotional pain and internal tension. Concurrently, intolerance of uncertainty—the cognitive tendency to perceive ambiguous circumstances as inherently threatening—acts as a cognitive-emotional vulnerability factor that amplifies chronic worry, distress, and behavioral difficulties. Both dialectical behavior therapy and structured psycho-educational packages emphasize essential skills such as emotion regulation, distress tolerance, and cognitive restructuring. Nevertheless, direct comparative evidence evaluating their relative efficacy within nonclinical, school-based settings remains limited. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy with a psycho-educational package on self-harming behaviors and intolerance of uncertainty in at-risk female students.

## Methods

This study utilized a quasi-experimental design featuring pretest, posttest, and 3-month follow-up assessments alongside a control group. The target population comprised female high school students enrolled in the second cycle of secondary education in Ardabil, Iran. Following initial school selection via cluster sampling, students were screened using the Addiction Tendency Questionnaire. Overall, 45 eligible students scoring above 50 were selected and randomly allocated into three equal groups of 15 participants: dialectical behavior therapy, psycho-educational package, and control. Experimental groups attended twelve weekly 90-minute group sessions, whereas the control group received no active intervention. The dialectical behavior therapy focused on core skills including mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness. The psycho-educational package, developed through a prior qualitative phenomenological phase, integrated cognitive-behavioral principles and emotional competence training. Data collection involved the Addiction Tendency Questionnaire, the Inventory of Statements about Self-Injury, and the Intolerance of Uncertainty Scale. Statistical analysis was performed using repeated-measures analysis of variance followed by LSD pairwise comparisons at a significance threshold of $P<0.05$.

## Results

The study evaluated the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and a psycho-educational package on non-suicidal self-injury (NSSI) and intolerance of uncertainty (IU) among 45 female adolescents across pre-test, post-test, and follow-up phases. Repeated measures ANOVA revealed no significant main effect of time ($F=1.579$, $P=0.216$, $\eta^2p=0.036$), group ($F=1.164$, $P=0.322$, $\eta^2p=0.053$), or time × group interaction


[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

(F=1.479, P=0.225, $\eta^2p$=0.066) on NSSI. Conversely, significant main effects of time (F=14.944, P<0.001, $\eta^2p$ = 0.262), group (F= 29.413, P<0.001, $\eta^2p$ = 0.583), and time × group interaction (F=3.510, P=0.011, $\eta^2p$=0.143) were observed for IU. Bonferroni post-hoc comparisons indicated that both active interventions significantly reduced IU at post-test compared to the control group (P < 0.001), with no significant difference between the two treatment groups (P>0.05). However, at follow-up, only the psycho-educational group maintained significant gains relative to the control group (P=0.006), whereas the DBT group did not differ significantly from the control group (P=0.078).

## Conclusion

The non-significant impact on self-injurious behavior aligns with the literature highlighting that brief, skills-only group sessions in school settings—lacking individual psychotherapy and crisis coaching—are insufficient to address the deeply ingrained emotional regulation functions of self-harm. Conversely, both interventions successfully target cognitive vulnerability by reducing intolerance of uncertainty: psycho-education via cognitive restructuring and problem-solving, and DBT through mindfulness and distress tolerance. The superior long-term stability of the psycho-educational package during follow-up may be attributable to its structured, concrete pedagogical design, which integrates seamlessly into students' academic routines, whereas DBT mindfulness skills require continuous lived practice and intrinsic motivation. In conclusion, while school-based psycho-educational modules serve as highly stable, efficient tools for alleviating cognitive-emotional distress like uncertainty intolerance, managing complex self-injurious behaviors necessitates comprehensive, long-term individualized clinical protocols.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ٤ مهر و آبان
صفحات: ۴۵۲-۴۳۹
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439
اصیل پژوهشی

# مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و بسته روانی–آموزشی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد

ژیلا نیازی میرک[۱]، محمد نریمانی[۱*]، سیف‌الله آقاجانی[۱]، اکبر عطادخت[۱]

[۱] دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۲۱ اصلاح مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۵

## چکیده

**زمینه و هدف:** دوره نوجوانی با تغییرات زیستی، شناختی و هیجانی گسترده همراه است و حساسیت بالای هیجانی در این دوره می‌تواند نوجوانان را به رفتارهای پرخطر سوق دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با بسته روانی–آموزشی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود و ۴۵ دانش‌آموز در معرض خطر به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. گروه‌های مداخله، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. این مداخلات شامل رفتاردرمانی دیالکتیکی و بسته روانی–آموزشی بود. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه گرایش به اعتیاد، خودسنجی رفتارهای خودآسیب‌رسان و مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی بود.

**یافته‌ها:** هر دو مداخله در مرحله پس‌آزمون موجب کاهش معنادار عدم تحمل بلاتکلیفی در مقایسه با گروه کنترل شدند ($P<۰/۰۱$) و تفاوت معناداری بین دو مداخله مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$). در مرحله پیگیری، تنها بسته روانی–آموزشی تفاوت معنادار خود را با گروه کنترل حفظ کرد ($P<۰/۰۱$)، در حالی که رفتاردرمانی دیالکتیکی در پیگیری با کنترل تفاوت معنادار نداشت ($P>۰/۰۵$)؛ این یافته نشان‌دهنده پایداری بیشتر اثر بسته روانی–آموزشی در بلندمدت است.

**نتیجه‌گیری:** مداخلات کوتاه‌مدت مدرسه‌محور بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان مؤثر نبودند، اما هر دو روش در بهبود تحمل بلاتکلیفی کارآمد بوده و بسته روانی–آموزشی پایداری بالاتری در پیگیری نشان داد؛ لذا برای خودآسیب‌رسانی نیازمند درمان‌های انفرادی و جامع‌تری هستیم.

**کلیدواژه‌ها:** دختران نوجوان، گرایش به مصرف مواد، رفتارهای خودآسیب‌رسان، عدم تحمل بلاتکلیفی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، بسته روانی–آموزشی

*نویسنده مسئول: **محمد نریمانی** پست الکترونیک: narimani@uma.ac.ir
آدرس: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

## مقدمه

دوره نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد انسان است که با تغییرات گسترده زیستی (Biological)، شناختی (Cognitive)، اجتماعی (Social) و هیجانی (Emotional) همراه است. در این دوره، افزایش حساسیت به هیجانات خود و دیگران ممکن است باعث شود نوجوانان برای تنظیم هیجانات (Emotion Regulation)خود به رفتارهای پرخطر(High-Risk Behaviors مانند مصرف مواد(Substance Use) روی آورند. گرایش به مصرف مواد در دختران نوجوان، به‌ویژه در سنین متوسطه، مسئله‌ای جدی است که سلامت روان، جسم و عملکرد اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. همچنین، شواهد نشان می‌دهد که خودآسیب‌رسانی در دختران نوجوان از شیوع قابل‌توجهی برخوردار است و در برخی گروه‌های سنی، به‌ویژه در دختران ۱۳ تا ۱۶ ساله، روندی افزایشی دارد [۲]؛ ازاین‌رو، توجه به این گروه به‌عنوان جامعه هدف پژوهش اهمیت ویژه‌ای دارد.

یکی از پیامدهای روان‌شناختی مهم گرایش به مصرف مواد در نوجوانان، رفتارهای خودآسیب‌رسان (Self-Harming Behaviors) است. این رفتارها که معمولاً بدون انگیزه خودکشی (Non-Suicidal Self-Injury; NSSI) هستند، شامل آسیب مستقیم به بخش‌های مختلف بدن، مانند خراشیدن، بریدن یا زخم‌کاری، می‌شوند و عمدتاً برای کاهش تنش‌های هیجانی یا مقابله با فشارهای روانی انجام می‌گیرند [۳]. پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که هم‌پوشانی رفتارهای خودآسیب‌رسان و مصرف مواد در نوجوانان ایرانی قابل‌توجه است و این هم‌بودی می‌تواند خطر پیامدهای روانی و رفتاری را افزایش دهد [۵،۴].

متغیر دیگری که در دوره نوجوانی و در میان نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد اهمیت دارد، عدم تحمل بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty; IU) است. این ویژگی شناختی–هیجانی (Cognitive-Emotional Trait) به معنای دشواری در مواجهه با موقعیت‌های نامطمئن و ناتوانی در مدیریت استرس ناشی از عدم قطعیت (Uncertainty) است [۶]. بر اساس مدل شناختی–رفتاری دوس (Dugas' Cognitive-Behavioral Model)، عدم تحمل بلاتکلیفی یکی از مؤلفه‌های اصلی تداوم نگرانی است و باعث می‌شود فرد موقعیت‌های مبهم و نامطمئن را تهدیدآمیز تفسیر کرده و در مواجهه با ابهام، نگرانی بیشتری تجربه کند [۷]. نوجوانانی که سطح بالایی از عدم تحمل بلاتکلیفی دارند، به‌طور فزاینده‌ای در شرایط نامشخص دچار اضطراب، پریشانی و نگرش منفی به آینده می‌شوند و این وضعیت می‌تواند آنان را به سمت رفتارهای پرخطر، از جمله مصرف مواد و آسیب به خود، سوق دهد [۸].

با توجه به اهمیت کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و افزایش تحمل بلاتکلیفی در کاهش گرایش به مصرف مواد، ارائه مداخلات روانی–آموزشی (Psycho-Educational Interventions) و درمانی مناسب ضروری است. در این میان، رفتاردرمانی دیالکتیکی(Dialectical Behavior Therapy; DBT) و بسته‌های روانی–آموزشی (Psycho-educational Packages) کاهش گرایش به مصرف مواد، به‌عنوان مداخلاتی با پتانسیل اثربخشی بالا مطرح شده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانات، پذیرش (Acceptance) هیجانات دشوار و ایجاد تغییرات مثبت در رفتار فرد تمرکز دارد [۹]. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در محیط‌های مدرسه می‌توانند به بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان کمک کنند [۱۱،۱۰]. بسته‌های روانی–آموزشی نیز با هدف افزایش مهارت‌های مقابله‌ای (Coping Skills)، تغییر نگرش نسبت به مصرف مواد و کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی طراحی شده‌اند [۱۲].

با وجود اثربخشی هر دو مداخله، مطالعه‌ای که به مقایسه مستقیم آن‌ها در جمعیت نوجوانان در معرض خطر غیربالینی پرداخته باشد، یافت نشد؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) با بسته روانی–آموزشی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد انجام شد. نتایج این مطالعه می‌تواند در ارائه مداخلات مؤثر برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و رفتاری در این گروه آسیب‌پذیر کمک‌کننده باشد.

## روش‌ها

### جامعه و نمونه آماری

– نوع مطالعه و ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر از طرح شبه‌آزمایشی (Quasi-Experimental Design)با پیش‌آزمون (Pre-test)، پس‌آزمون (Post-test) و گروه کنترل (Control Group) با پیگیری سه‌ماهه استفاده کرد. هدف اصلی مطالعه، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با بسته روانی–آموزشی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد بود.

جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۵ تشکیل دادند. در فاز نخست، پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش‌وپرورش، مدارس متوسطه دخترانه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس غربالگری اولیه با اجرای پرسشنامه گرایش به اعتیاد (Addiction Tendency Questionnaire; ATQ) روی دانش‌آموزان واجد شرایط انجام شد. دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از ۵۰ کسب کرده و واجد معیارهای ورود بودند، به‌عنوان نمونه اولیه شناسایی شدند.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: اشتغال به تحصیل در دوره دوم متوسطه، کسب نمره بالاتر از ۵۰ در پرسشنامه گرایش به اعتیاد (ATQ) و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی توسط دانش‌آموز و والدین. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های مداخله، عدم تکمیل یا پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها و انصراف داوطلبانه از ادامه روند پژوهش. این پژوهش در دو فاز کیفی (Qualitative Phase) و کمی (Quantitative Phase)به شرح زیر اجرا شد:

**فاز کیفی (طراحی مداخله):** در این فاز، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر دارای گرایش به مصرف مواد (نمره بالای ۵۰ در ATQ) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های انفرادی نیمه‌ساختاریافته (Semi-structured Interviews) جمع‌آوری گردید. جلسات مصاحبه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در محیطی آرام، محرمانه و بدون حضور کادر مدرسه انجام شد. محورهای اصلی راهنمای مصاحبه شامل تجربه نوجوانان از گرایش به مصرف مواد، هیجان‌های دشوار، موقعیت‌های زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر، راهبردهای مقابله‌ای و نیازهای آموزشی آنان بود. سؤالات نمونه شامل این موارد بود: «در چه موقعیت‌هایی بیشتر به مصرف مواد فکر می‌کنید؟»، «هنگام تجربه هیجان‌های شدید معمولاً چه واکنشی نشان می‌دهید؟» و «چه آموزش‌ها یا مهارت‌هایی می‌تواند به شما در مدیریت این شرایط کمک کند؟.«

تحلیل داده‌های کیفی به روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری (Interpretative Phenomenological Analysis; IPA) انجام شد. بدین ترتیب که پس از پیاده‌سازی متنی مصاحبه‌ها و مطالعه مکرر آن‌ها، واحدهای معنایی اولیه استخراج و در قالب مضامین فرعی و اصلی دسته‌بندی شدند. یافته‌های حاصل از این فاز جهت بومی‌سازی و تدوین محتوای بسته روانی–آموزشی با تمرکز بر نظریه شناختی–رفتاری و مدل‌های تنظیم هیجان مورد استفاده قرار گرفت. جهت روایی‌سنجی فاز کیفی، فرایند کدگذاری و مضامین استخراج‌شده توسط یک متخصص روش‌شناسی کیفی و یک روان‌شناس متخصص در حوزه اعتیاد مورد ارزیابی و بازبینی (Peer Debriefing) قرار گرفت.

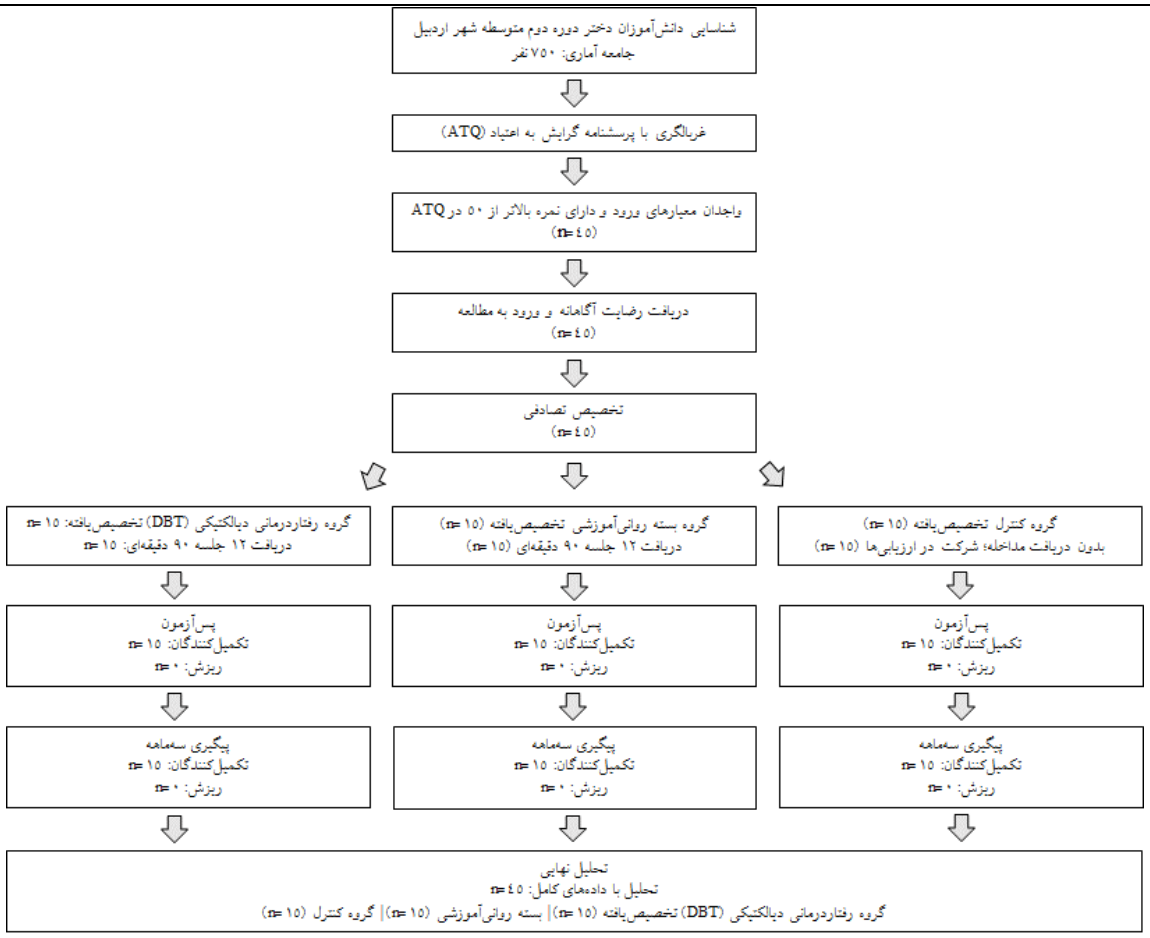
فاز کمی (آزمون اثربخشی): در فاز کمی، برای تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور (G*Power) نسخه ۳/۱ با در نظر گرفتن α=۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر متوسط (F=۰/۲۵) ۳۰ نفر برآورد شد. با احتساب احتمال ریزش نمونه، در نهایت ۴۵ دانش‌آموز انتخاب شدند.

شرکت‌کنندگان به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی اسامی) در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و گروه آزمایش دوم تحت آموزش بسته روانی–آموزشی قرار گرفتند (هر کدام ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای). گروه کنترل در طول فرایند پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار گرفت (محتوای آموزشی پس از اتمام دوره پیگیری به‌صورت فشرده به این گروه ارائه شد). همچنین، ارزیابی پیگیری سه ماه پس از پایان جلسات مداخله انجام شد.

سنجش متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. با توجه به نظارت مستمر و پیگیری‌های درون‌مدرسه‌ای، هیچ‌گونه ریزش نمونه یا داده گمشده در طول مداخله و دوره پیگیری رخ نداد؛ ازاین‌رو، تحلیل داده‌ها بر اساس کل ۴۵ شرکت‌کننده انجام شد و نیازی به استفاده از روش‌های جایگزینی داده‌های مفقود، مانند روش انتقال آخرین مشاهده به جلو (Last Observation Carried Forward; LOCF) نبود.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]




**شکل-۱.** فلوچارت CONSORT روند غربالگری، تخصیص تصادفی، اجرای مداخله، پیگیری سه‌ماهه و تحلیل نهایی شرکت‌کنندگان در فاز کمی پژوهش. هیچ‌گونه ریزش نمونه یا داده گمشده‌ای در مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت و تحلیل‌ها بر اساس داده‌های کامل ۴۵ شرکت‌کننده انجام شد.

## ابزارهای پژوهش

### پرسشنامه گرایش به اعتیاد (ATQ):

این پرسشنامه ۱۶ آیتمی توسط فرجاد و همکاران [۱۳] طراحی شد و عوامل فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به مصرف مواد را با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد) می‌سنجد. نمره کل بین ۱۶ تا ۸۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده گرایش بیشتر به مصرف مواد است. نمره ۵۰ به‌عنوان حد بالای خطر (Risk Threshold) در نظر گرفته می‌شود. مطالعات قبلی میزان پایایی (Reliability) این ابزار را ۰/۶۳ و میزان روایی (Validity) آن را برابر ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند [۱۴].

### سیاهه رفتاری و کارکردی خودگزارشی خودآسیب‌رسانی (ISAS):

این ابزار توسط Klonsky و Glenn [۱۵] طراحی شده و شامل ۴۶ آیتم است که رفتارهای خودآسیبی و کارکردهای آن‌ها را می‌سنجد. بخش رفتاری (Behavioral Section) این مقیاس (۷ آیتم) انواع و فراوانی رفتارهای خودآسیبی را شناسایی می‌کند، در حالی که بخش عملکردی (Functional Section) شامل ۳۹ آیتم، کارکردهای درون‌فردی (Intrapersonal) و بین‌فردی (Interpersonal) را در ۱۳ زیرمقیاس اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌دهی برای بخش رفتاری به‌صورت دودویی (Binary) و برای بخش عملکردی با مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای (۰–۲) انجام می‌شود. ضریب بازآزمایی (Test-Retest Coefficient) این مقیاس در طول یک سال برای عوامل درون‌فردی ۰/۶۰ و برای عوامل بین‌فردی ۰/۲۲ گزارش شده است [۱۵]. مطالعات اعتبارسنجی ایرانی نیز پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) ۹۴/۰ گزارش کرده‌اند [۱۶].

### مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی (IUS):

این پرسشنامه توسط Freeston و همکاران [۱۷] طراحی شده و میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و بلاتکلیفی (Uncertainty) را می‌سنجد. نسخه اصلی شامل ۲۷ سؤال است که در دو عامل اصلی ارائه می‌شوند: ۱) بلاتکلیفی و نگرانی خودارجاعی (Self-Referenced Uncertainty)، ۲ دیدگاه منفی و اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance). نمره‌دهی با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده عدم تحمل (Intolerance) بیشتر بلاتکلیفی است. طراحان این ابزار ضریب پایایی بازآزمایی (Test-Retest Reliability) نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته، ۰/۷۸، به‌دست



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

آورده‌اند [۱۷]. در ایران، پایایی مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است [۱۸].

نکته: در مطالعه حاضر، ATQ فقط برای شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر استفاده شد و نتایج آن در تحلیل آماری گنجانده نشد.

## بسته روانی–آموزشی (۱۲ جلسه):

گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه مداخله مبتنی بر بسته روانی–آموزشی شرکت کردند. این بسته بر اساس یافته‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۳۰ دانش‌آموز دختر در معرض خطر و با بهره‌گیری از رویکرد شناختی–رفتاری و مدل‌های تنظیم هیجان طراحی شد. جلسات به‌صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در یکی از کلاس‌های مشاوره مدارس منتخب شهر اردبیل و در ساعات بعدازظهر (۱۴ تا ۱۵:۳۰) برگزار گردید. محتوای جلسات شامل آموزش مهارت‌های پیشگیری از مصرف مواد، خودآگاهی، تنظیم هیجان، مدیریت تکانشگری، بازسازی شناختی، تقویت مهارت‌های نه گفتن و مقابله با عدم تحمل بلاتکلیفی بود. در اجرای جلسات از روش‌های یادگیری فعال، مانند بحث گروهی، بازی نقش، تمرین‌های تعاملی و تکالیف بازتابی، استفاده شد و ساختار و محتوای دقیق جلسات در جدول–۱ ارائه شده است. این جلسات توسط پژوهشگر (دانشجوی دکتری روان‌شناسی و مشاور مدرسه) و تحت نظارت استادان راهنما و متخصصان حوزه بالینی اجرا شد. گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل ارزیابی شرکت داشت.

**جدول–۱.** محتوای بسته روان‌آموزشی بومی‌سازی‌شده (۱۲ جلسه)

| جلسه | اهداف | فعالیت‌ها |
|---|---|---|
| ۱ | آشنایی، قوانین و مرور کلی مصرف مواد | فعالیت‌های شکستن یخ، مرور کلی مصرف مواد، توزیع دفترچه‌های بازتابی |
| ۲ | آگاهی از آسیب‌های مرتبط با مواد؛ مهارت‌های ابراز وجود | بارش افکار، گفتگوی سقراطی، بازی نقش، تمرین خودآگاهی شخصیتی |
| ۳ | تکانشگری و مدیریت خشم | مرور تکالیف، تمرین‌های استعاری، بازی نقش برای تمرین مدیریت خشم |
| ۴ | مدیریت استرس و تصمیم‌گیری | بارش افکار، بحث گروهی، تمرین‌های آرام‌سازی (تنفس عمیق، مانترا) |
| ۵ | ارزیابی خشم و اصلاح رفتار | مواجهه با موقعیت‌ها، بازخورد بازی نقش، تمرین رفتارهای جایگزین |
| ۶ | رفتارهای خودمحور و پیشگیری از خودآسیبی | تمرین‌های آگاهی‌بخشی، بازی نقش برای جایگزینی رفتارهای پرخطر، بحث و تکلیف |
| ۷ | تکانشگری و آموزش همدلی | بازی نقش برای همدلی، تمرین‌های خودمهربانی، بازخورد و تکلیف |
| ۸ | تاب‌آوری در برابر آشفتگی و تنظیم هیجان | نمایش فیلم کوتاه، مناظره گروهی، شناسایی آسیب‌پذیری‌ها، بحث و تکلیف |
| ۹ | آگاهی فیزیولوژیک و هیجانی نسبت به خشم | ثبت و بازتاب واکنش‌های خشم، تمرین‌های آرام‌سازی و مقابله با هیجان |
| ۱۰ | ویژگی‌های شخصیتی و رفتار پرخطر | بازی نقش برای مقایسه رفتار افسرده/اضطرابی با رفتار تاب‌آور، بحث و بازخورد |
| ۱۱ | خودآگاهی هیجانی و مهارت‌های مقابله‌ای | تفویض مسئولیت، آگاهی از بدن، خودنظارتی، تنفس عمیق، تمرین‌های بازتابی |
| ۱۲ | ادغام و تثبیت | جمع‌بندی محتوا، تقویت تغییرات مثبت، آموزش سبک‌های ارتباطی مؤثر، پس‌آزمون |

منبع: تدوین پژوهشگران بر اساس یافته‌های کیفی پژوهش حاضر

رفتاردرمانی دیالکتیکی(DBT) ، ۱۲ جلسه: (مداخله DBT در ۱۲ جلسه هفتگی، بر اساس پروتکل Linehan و همکاران [۱۹] که برای نوجوانان ایرانی بومی‌سازی شده است، اجرا شد. جلسات به‌صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در یکی از کلاس‌های مشاوره مدارس منتخب شهر اردبیل و در ساعات بعدازظهر (۱۴ تا ۱۵:۳۰) برگزار گردید. محتوای جلسات شامل اجزای اصلی DBT، مانند ذهن‌آگاهی (Mindfulness) ، تحمل پریشانی (Distress Tolerance)، تنظیم هیجانات (Emotion Regulation) و اثربخشی بین‌فردی (Interpersonal Effectiveness) بود. ساختار و محتوای دقیق جلسات در جدول–۲ ارائه شده است. این جلسات توسط پژوهشگر (دانشجوی دکتری روان‌شناسی و مشاور مدرسه) و تحت نظارت استادان راهنما و متخصصان حوزه بالینی اجرا شد تا اطمینان حاصل شود پروتکل استاندارد (Standard Protocol) رعایت شده است. گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل ارزیابی شرکت داشت.

**جدول–۲.** محتوای مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۲ جلسه)

| جلسه | اهداف | محتوای آموزشی | فعالیت‌های گروهی | تکالیف خانگی |
|---|---|---|---|---|
| ۱–۲ | آشنایی با دیالکتیک و ذهن‌آگاهی | تعریف دیالکتیک، اصول تفکر و رفتار دیالکتیکی؛ معرفی ذهن‌آگاهی و سه وضعیت ذهن (عقلانی، هیجانی، خردمندانه) | بحث گروهی پیرامون نمونه‌های روزمره تفکر دیالکتیکی؛ تمرینات تنفس ذهن‌آگاهانه | ثبت وقایعی که در آن وضعیت‌های ذهن (عقلانی، هیجانی، خردمندانه) را مشاهده کردند |
| ۳–۴ | مهارت‌های ذهن‌آگاهی (مهارت‌های "چه" و "چگونه") | مهارت‌های "چه" (مشاهده، توصیف، مشارکت)؛ مهارت‌های | تمرین مشاهده و توصیف اشیاء خنثی؛ ایفای نقش برای مشارکت ذهن‌آگاهانه | ثبت روزانه تمرینات ذهن‌آگاهی |



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | "چگونه" (موضع غیرقضاوت‌گر، تمرکز بر یک کار، اثربخشی) | | |
| ۶–۵ | تحمل پریشانی (راهکارهای بقا در بحران) | چهار مهارت: پرت کردن حواس، بهبود لحظه حال، خودآرام‌سازی، تحلیل مزایا و معایب | تمرین خودآرام‌سازی با استفاده از حواس پنج‌گانه؛ تمرین هدایت‌شده "بهبود لحظه حال" | استفاده از حداقل یک مهارت در موقعیت تنش‌زا و ثبت تجربیات |
| ۸–۷ | تحمل پریشانی (مهارت‌های پذیرش واقعیت) | تکنیک‌های پذیرش: تنفس ذهن‌آگاهانه، نیم‌لبخند، تمرینات آگاهی | مدیتیشن هدایت‌شده (تمرین نیم‌لبخند)؛ هم‌رسانی گروهی در مورد تجربیات پذیرش | تمرین مهارت‌های پذیرش در تنش‌های روزمره و نوشتن تاملات شخصی |
| ۱۰–۹ | تنظیم هیجان | درک هیجان‌ها و کارکردهای آن‌ها؛ کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی؛ افزایش تجربیات مثبت؛ ارتقای آگاهی از هیجان‌های فعلی؛ اجرای عمل متضاد | تمرین گروهی: شناسایی هیجان‌ها در موقعیت‌های واقعی؛ تمرین عمل متضاد در ایفای نقش | دفترچه ثبت هیجان‌ها (پیگیری روزانه) و تمرین عمل متضاد |
| ۱۲–۱۱ | اثربخشی بین‌فردی | مهارت‌های دستیابی به اهداف، حفظ حرمت نفس، حفظ روابط؛ جمع‌بندی و ارزیابی برنامه | ایفای نقش برای درخواست قاطعانه و تعیین مرزهای شخصی؛ بازتاب گروهی پیرامون مهارت‌های آموخته‌شده | به‌کارگیری مهارت‌های بین‌فردی با یکی از افراد مهم زندگی و گزارش بازخورد |

منبع: پروتکل لاینهن و همکاران [۱۹] بومی‌سازی شده برای نوجوانان ایرانی

**محاسبات آماری:** تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. آمار توصیفی (Descriptive Statistics) شامل میانگین (Mean) و انحراف معیار (Standard Deviation)برای توصیف ویژگی‌ها استفاده شد. به‌منظور بررسی مفروضات آزمون‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو–ویلک ($P>۰/۰۵$ برای تمامی متغیرها)، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین (Levene's Test) و فرض کرویت با آزمون کرویت موچلی (Mauchly's test of sphericity) ارزیابی شد.

نتایج نشان داد که تمامی مفروضات برقرار است. بنابراین، برای تحلیل اثر مداخله بر متغیرهای وابسته، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (Repeated Measures ANOVA) برای کنترل اثرات احتمالی متغیرهای باقی‌مانده استفاده شد. جهت مقایسه زوجی، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. سطح معناداری برابر $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

**ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه با تصویب کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی انجام شد (کد اخلاق: IR.UMA.REC.1404.082). ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه کتبی، حفظ محرمانگی داده‌ها، حق خروج آزادانه از پژوهش و رعایت عدم آسیب‌رسانی فیزیکی و روانی به‌طور کامل رعایت شد و هیچ‌گونه مداخله دارویی در طول پژوهش صورت نگرفت.

## نتایج

در پژوهش حاضر، ۴۵ نفر از دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم در سه گروه شامل رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر)، بسته روانی–آموزشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) و در بازه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال شرکت کردند. در گروه بسته روانی–آموزشی، بیشترین فراوانی پایه تحصیلی مربوط به پایه یازدهم (٪۶۰) و رشته تحصیلی مربوط به علوم انسانی (٪ ۵۳/۳) بود. در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیشترین فراوانی پایه تحصیلی مربوط به پایه‌های یازدهم و دوازدهم (هرکدام ٪۴۰) و رشته تحصیلی مربوط به علوم انسانی (٪ ۵۳/۳) بود. در گروه کنترل، بیشترین فراوانی پایه تحصیلی مربوط به پایه یازدهم (٪ ۵۳/۳) و رشته تحصیلی مربوط به علوم تجربی (٪۶۰) بود.

به‌منظور بررسی یکسان بودن گروه‌ها از نظر سن، پایه و رشته تحصیلی، از آزمون خی‌دو استفاده شد. با توجه به عدم معناداری آماری نتایج ($P<۰/۰۵$) تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. همچنین، شاخص‌های توصیفی متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول–۳ ارائه شده است.

**جدول–۳.** شاخص‌های توصیفی متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر وابسته | مرحله ارزیابی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| رفتارهای خودآسیب‌رسان | پیش‌آزمون | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۴۶/۱ | ۸/۹۹ | -۰/۱۶۱۷ | -۱/۲۱۹۶ |
| | | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۴۰/۳ | ۱۸/۰۲ | ۰/۷۱۳۶ | ۰/۲۹۲۸ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۵۱/۵ | ۱۴/۵۷ | ۰/۲۴۸۲ | -۱/۳۶۱۳ |



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۴۹/۱ | ۱۱/۴۰ | -۰/۲۸۶۵ | -۰/۰۶۸۰ |
| | پس‌آزمون | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۴۲/۸ | ۱۳/۱۳ | -۰/۳۸۶۹ | -۱/۳۰۴۹ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۴۵/۷ | ۱۴/۱۲ | -۰/۲۲۱۴ | -۱/۰۰۷۶ |
| | | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۴۳/۷ | ۱۱/۴۵ | ۱/۴۲۴۰ | ۲/۳۷۲۹ |
| | پیگیری | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۴۱/۴ | ۱۱/۰۰ | ۰/۴۴۹۸ | ۰/۳۷۹۱ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۴۳/۶ | ۱۲/۸۱ | ۱/۰۲۵۴ | ۰/۸۸۹۹ |
| | | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۶۷/۳ | ۶/۶۵ | -۰/۱۸۶۶ | -۰/۴۸۳۶ |
| | پیش‌آزمون | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۶۴/۹ | ۹/۹۲ | -۰/۶۶۰۳ | -۰/۷۷۳۳ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۷۱/۰ | ۵/۶۷ | ۰/۱۳۰۳ | -۰/۹۲۱۰ |
| | | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۵۲/۵ | ۸/۷۵ | ۰/۶۴۹۸ | ۰/۱۸۷۸ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | پس‌آزمون | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۴۸/۷ | ۱۶/۱۸ | -۱/۴۳۰۵ | ۳/۴۷۲۱ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۷۱/۰ | ۵/۲۲ | ۰/۱۴۹۲ | -۰/۱۱۲۰ |
| | | بسته روانی–آموزشی | ۱۵ | ۵۱/۳ | ۱۰/۳۰ | -۰/۱۳۳۷ | ۱/۱۳۴۹ |
| | پیگیری | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱۵ | ۵۴/۷ | ۱۴/۴۰ | ۰/۷۲۴۲ | ۰/۴۱۷۴ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۶۷/۵ | ۵/۹۳ | ۰/۰۷۰۹ | ۱/۰۲۵۳ |

نتایج جدول-۳ نشان‌دهنده میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی نمرات متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه بسته روانی–آموزشی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

به‌منظور مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و بسته روانی–آموزشی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (Repeated Measures ANOVA) با طرح آمیخته (بین‌آزمودنی–درون‌آزمودنی) استفاده شد. در این تحلیل، گروه (سه سطح: رفتاردرمانی دیالکتیکی، بسته روانی–آموزشی و کنترل) به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی و زمان (سه سطح: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی در نظر گرفته شد. نتایج مربوط به اجرای آزمون‌های آماری و بررسی پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است.

با توجه به نتایج آزمون شاپیرو–ویلک، متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). آزمون لوین به‌منظور بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها اجرا شد. نتایج نشان داد که آزمون لوین برای متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان در هر سه مرحله معنادار نبود( P>۰/۰۵) و بدین‌ترتیب، فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس برای این متغیر تأیید شد. برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، اگرچه آزمون لوین در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود (P<۰/۰۵)، اما با توجه به برابری حجم گروه‌ها و مقاومت تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در برابر نقض این فرض، نتایج همچنان از اعتبار کافی برخوردار است.

به‌منظور بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس، از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس برای متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان برقرار بود (P=۰/۴۸۹)؛ اما برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی این فرض نقض شد (P=۰/۰۰۱). با توجه به برابری حجم گروه‌ها و مقاومت آزمون، تحلیل همچنان از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است. برای بررسی فرض کرویت نیز از آزمون موچلی استفاده شد (جدول–۴).

**جدول-٤.** نتایج آزمون موچلی برای بررسی برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها

| متغیر وابسته | کرویت موچلی (W) | آماره کای دو | df | سطح معناداری | اپسیلون گرین‌هاوس–گایسر |
|---|---|---|---|---|---|
| رفتارهای خودآسیب‌رسان | ۰/۷۷۳ | ۱۰/۵۳۷ | ۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۸۱۵ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | ۰/۹۴۵ | ۲/۲۹۹ | ۲ | ۰/۳۱۷ | ۰/۹۴۸ |

جدول–۴ نشان داد که آزمون موچلی برای متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان معنادار بود (P<۰/۰۵). بنابراین، فرض کرویت برای این متغیر نقض شد و برای تصحیح درجات آزادی از تصحیح گرین‌هاوس–گایسر با اپسیلون ۰/۸۱۵ استفاده شد. در مقابل، آزمون موچلی برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی معنادار نبود (P=۰/۳۱۷). بنابراین، فرض کرویت برای این متغیر برقرار بود و از ستون «فرض کرویت» برای گزارش نتایج استفاده شد.

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، این آزمون آماری برای بررسی تغییرات نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مختلف به کار گرفته شد (جدول–۵).

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

**جدول-۵.** نتایج اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی (با تصحیح گرین‌هاوس-گایسر) برای متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌رسان و عدم تحمل بلاتکلیفی

| متغیرها | منابع تغییر | مجموع مربعات (SS) | درجه آزادی (df) | میانگین مربعات (MS) | نسبت اف (F) | سطح معناداری (P) | اندازه اثر ($\eta^2p$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| رفتارهای خودآسیب‌رسان | زمان | ۲۶۸/۲۸۱ | ۱/۶۳۰ | ۱۶۴/۵۴۲ | ۱/۵۷۹ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۳۶ |
| | گروه | ۷۹۶/۴۵۹ | ۲ | ۳۹۸/۲۳۰ | ۱/۱۶۴ | ۰/۳۲۲ | ۰/۰۵۳ |
| | زمان × گروه | ۵۰۲/۶۰۷ | ۳/۲۶۱ | ۱۵۴/۱۲۹ | ۱/۴۷۹ | ۰/۲۲۵ | ۰/۰۶۶ |
| | خطا | ۷۱۳۵/۱۱۱ | ۶۸/۴۸۰ | ۱۰۴/۱۹۳ | | | |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | زمان | ۳۰۷۷/۷۹۳ | ۲ | ۱۵۳۸/۸۹۶ | ۱۴/۹۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶۲ |
| | گروه | ۵۳۱۷/۴۳۷ | ۲ | ۲۶۵۸/۷۱۹ | ۲۹/۴۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۳ |
| | زمان × گروه | ۱۴۴۵/۸۰۷ | ۴ | ۳۶۱/۴۵۲ | ۳/۵۱۰ | ۰/۰۱۱ | ۰/۱۴۳ |
| | خطا | ۸۶۵۰/۴۰۰ | ۸۴ | ۱۰۲/۹۸۱ | | | |

نتایج جدول-۵ نشان داد که در متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان، به دلیل نقض فرض کرویت (P<۰/۰۵)، از تصحیح گرین‌هاوس–گایسر استفاده شد. بر اساس نتایج تصحیح‌شده، اثر اصلی زمان(P>۰/۰۵)، اثر اصلی گروه (P>۰/۰۵) و اثر تعامل زمان و گروه (P>۰/۰۵) از نظر آماری معنادار نبودند. این یافته بیانگر آن است که مداخلات ارائه‌شده تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نداشته‌اند و با توجه به عدم معناداری اثرات، مقایسه‌های زوجی برای این متغیر اجرا نشد. در مقابل، در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، با توجه به برقراری فرض کرویت (P>۰/۰۵)، نتایج از ستون فرض کرویت گزارش شد. اثر اصلی زمان (P<۰/۰۱)، اثر اصلی گروه (P<۰/۰۱) و اثر تعامل زمان و گروه (P<۰/۰۵) از نظر آماری معنادار بودند که نشان‌دهنده اثربخشی متمایز مداخلات در طول زمان است. (جدول–۶).

**جدول-٦.** نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی تعاملی زمان × گروه در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی

| مرحله | مقایسه گروه‌ها | تفاضل میانگین | خطای استاندارد | درجه آزادی | نسبت t | سطح معناداری (بونفرونی) | فاصله اطمینان ٪۹۵ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | حد پایین | حد بالا |
| پیش‌آزمون | بسته روانی-آموزشی–رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۲/۳۳۳ | ۲/۷۹ | ۴۲ | ۰/۸۳۷ | ۱/۰۰۰ | ۷/۲۱۲- | ۱۱/۸۷۸ |
| | بسته روانی-آموزشی - کنترل | -۳/۷۳۳ | ۲/۷۹ | ۴۲ | -۱/۳۳۹ | ۱/۰۰۰ | ۱۳/۲۸۰- | ۵/۸۱۲ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی– کنترل | -۶/۰۶۷ | ۲/۷۹ | ۴۲ | -۲/۱۷۶ | ۱/۰۰۰ | ۱۵/۶۱۰- | ۳/۴۷۹ |
| پس‌آزمون | بسته روانی-آموزشی– رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۳/۸۶۷ | ۴/۰۳ | ۴۲ | ۰/۹۵۹ | ۱/۰۰۰ | ۹/۹۳۹- | ۱۷/۶۷۲ |
| | بسته روانی-آموزشی -کنترل | -۱۸/۴۶۷ | ۴/۰۳ | ۴۲ | -۴/۵۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۳۲/۲۷۰- | -۴/۶۶۱ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی– کنترل | -۲۲/۳۳۳ | ۴/۰۳ | ۴۲ | -۵/۵۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۳۶/۱۴۰- | ۸/۵۲۷- |
| پیگیری | بسته روانی-آموزشی –رفتاردرمانی دیالکتیکی | -۳/۴۰۰ | ۳/۹۴ | ۴۲ | -۰/۸۶۴ | ۱/۰۰۰ | ۱۶/۸۷۰- | ۱۰/۰۷۰ |
| | بسته روانی-آموزشی -کنترل | -۱۶/۲۶۷ | ۳/۹۴ | ۴۲ | -۴/۱۳۴ | ۰/۰۰۶ | ۲۹/۷۴۰- | -۲/۷۹۲ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی – کنترل | -۱۲/۸۶۷ | ۳/۹۴ | ۴۲ | -۳/۲۷۰ | ۰/۰۷۸ | ۲۶/۳۴۰- | ۰/۶۰۷ |

بر اساس نتایج جدول–۶، در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی، آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر متقابل زمان × گروه نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها معنادار نبود (P>۰/۰۵). این یافته مبین همسانی نسبی گروه‌ها در خط پایه است. در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی نشان دادند (P<۰/۰۱). در حالی که تفاوت بین دو گروه درمانی با یکدیگر معنادار نبود (P>۰/۰۵). در مرحله پیگیری، تنها تفاوت گروه بسته روانی–آموزشی با گروه کنترل معنادار باقی ماند (P<۰/۰۱)، در حالی که تفاوت گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با گروه کنترل (P>۰/۰۵) و تفاوت دو گروه درمانی با یکدیگر معنادار نبود (P>۰/۰۵). این یافته نشان‌دهنده کاهش نسبی اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی در بلندمدت و پایداری بیشتر اثر بسته روانی–آموزشی در دوره پیگیری است. به‌طورکلی، هر دو مداخله در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده‌اند، اما تداوم این اثربخشی در دوره پیگیری تنها برای بسته روانی–آموزشی مشاهده شد.

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر در بررسی فرضیه اول نشان داد که اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و بسته روانی–آموزشی تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد نداشته است و تفاوت معناداری میان گروه‌های آزمایشی و کنترل مشاهده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دماوندیان و همکاران [۲۰] و Tebbett-Mock و همکاران [۲۱] مبنی بر عدم کارایی مداخلات کوتاه‌مدت یا غیرجامع مهارت‌آموزی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان همخوانی دارد؛ بااین‌حال، با نتایج پژوهش‌های Goldstein و همکاران [۹] و Boustani و

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

همکاران [۲۲] که اثربخشی DBT را بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان گزارش کرده‌اند، ناهمسو است.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت پروتکل‌های درمانی و بافت اجرای مداخله اشاره کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد، رویکردی چندمؤلفه‌ای است که علاوه بر آموزش گروهی مهارت‌ها، نیازمند جلسات روان‌درمانی انفرادی هفتگی، مشاوره‌های تلفنی در شرایط بحران و جلسات مشاوره ویژه درمانگران است [۲۳]. در پژوهش حاضر، به دلیل محدودیت‌های اجرایی و زمانی در محیط مدرسه، صرفاً بخش آموزش مهارت‌ها در قالبی محدود اجرا شد. بر اساس مدل کارکردی Klonsky و همکاران [۱۵]، رفتارهای خودآسیب‌رسان کارکرد تنظیم هیجانی سریع و خودتسکین‌بخشی در برابر دردهای عاطفی شدید دارند و تغییر این الگوهای رفتاری عمیق، نیازمند فرایند درمانی طولانی‌مدت‌تر و مداخلات انفرادی متمرکز بر بحران است که فراتر از ظرفیت کارگاه‌های گروهی کوتاه‌مدت در بستر مدرسه می‌باشد. از سوی دیگر، رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان اغلب با شبکه‌های همسالان و فشارهای بافتی گره خورده است که جلسات آموزشی صرف، بدون درگیرسازی سیستم خانواده، اثرگذاری محدودی بر آن دارد.

در بخش دوم یافته‌ها، نتایج نشان داد که هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و بسته روانی–آموزشی منجر به کاهش معنادار عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل شدند. بااین‌حال، در مرحله پیگیری، تنها بسته روانی–آموزشی پایداری اثر درمانی خود را در مقایسه با گروه کنترل حفظ کرد، درحالی‌که اثر DBT در طول زمان با افت مواجه شد. همچنین، عدم تفاوت معنادار بین دو گروه درمانی در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد که هر دو پروتکل در کوتاه‌مدت از کارایی مشابهی برخوردار بوده‌اند. همسویی کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون با نتایج پژوهش‌های Bottesi و همکاران [۲۴]، Banducci و همکاران [۲۵]، Berk و همکاران [۲۶] و Pourgoli و همکاران [۲۷] مطابقت دارد.

در تبیین این نتیجه، بر اساس مدل شناختی–رفتاری Dugas و همکاران [۷]، افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی، موقعیت‌های مبهم را تهدیدکننده ارزیابی کرده و دست به رفتارهای اجتنابی می‌زنند. هر دو مداخله با ابزارهای خود به تعدیل این فرایند پرداخته‌اند؛ بسته روانی–آموزشی از طریق بازسازی شناختی، واقعیت‌آزمایی و آموزش مراحل حل مسئله، ظرفیت پردازش منطقی شرایط مبهم را تقویت کرده و DBT از طریق مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی، به دانش‌آموزان آموخته است که به جای اجتناب، برانگیختگی ناشی از ابهام را تجربه و تحمل کنند.

علت پایداری بیشتر اثر بسته روانی–آموزشی در دوره پیگیری نسبت به DBT را می‌توان به تناسب ساختار آموزشی آن با بافت شناختی و تحصیلی نوجوانان نسبت داد. بسته روانی–آموزشی مبتنی بر یادگیری ساختاریافته، تکالیف مشخص و تکنیک‌های عینی حل مسئله است که در محیط مدرسه و روند یادگیری روزمره دانش‌آموزان، راحت‌تر مرور و تثبیت می‌شود؛ در مقابل، تکنیک‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی در DBT نیازمند تمرین مداوم زیسته و انگیزش فردی بالا هستند که در غیاب جلسات پیگیری و هدایت مداوم درمانگر، احتمال افت کاربست آن‌ها در نوجوانان بیشتر است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود (۱۵ نفر در هر گروه)، اجرای پژوهش صرفاً بر روی دانش‌آموزان دختر که تعمیم‌پذیری را به پسران محدود می‌کند، استفاده انحصاری از ابزارهای خودگزارش‌دهی و عدم اجرای مؤلفه انفرادی DBT به دلیل محدودیت‌های ساختاری مدرسه اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخلات با تعداد جلسات بیشتر و همراه با جلسات تقویت‌کننده (Booster Sessions)اجرا شوند، از ارزیابی‌های رفتاری و مصاحبه‌های بالینی در کنار پرسشنامه‌ها استفاده گردد و نقش متغیرهای تعدیل‌کننده خانوادگی و محیطی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

## نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش کوتاه‌مدت مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) و بسته روانی–آموزشی در بستر مدرسه، تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر دارای گرایش به مصرف مواد نداشته است. این یافته حاکی از لزوم به‌کارگیری مداخلات جامع‌تر، انفرادی و طولانی‌مدت برای رفتارهای پرخطر و عمیق خودآسیب‌رسان است. در مقابل، هر دو مداخله توانستند به‌طور معناداری عدم تحمل بلاتکلیفی را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهند؛ هرچند بسته روانی–آموزشی در حفظ و پایداری این اثر در دوره پیگیری موفق‌تر عمل کرد.

بر این اساس، مداخلات روانی–آموزشی و مهارت‌محور مدرسه‌محور می‌توانند ابزاری کارآمد برای بازسازی شناختی و ارتقای تاب‌آوری دانش‌آموزان در مواجهه با ابهام و بلاتکلیفی باشند؛ اما برای مدیریت رفتارهای پیچیده‌تری مانند خودآسیب‌رسانی، ترکیب این آموزش‌ها با مداخلات بالینی انفرادی و برنامه‌های جامع و پیگیرانه ضروری است.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله مراتب قدردانی خود را از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده، مدیران و مربیان مدارس، همکاران پژوهشی و استادان راهنمای این پژوهش که با ارائه راهنمایی، حمایت علمی و نظارت بر اجرای صحیح مداخلات، نقش مهمی در انجام این مطالعه ایفا کردند، ابراز می‌دارم.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

همچنین، از خانواده‌ها و تمامی افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها و اجرای جلسات همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزارم.

**نقش نویسندگان:** همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع


1. Winer JM, Yule AM, Hadland SE, Bagley SM. Addressing adolescent substance use with a public health prevention framework: the case for harm reduction. Ann Med. 2022;54(1):2123-36. doi:10.1080/07853890.2022.2104922 PMid:35900132 PMCid:PMC9341337
2. Motale M, Hosseini SV, Roshandel A. Self-harm behaviours prediction based on frustration intolerance and self-compassion in adolescent girls. IJPN. 2024;12(1):30-9. doi:10.22034/IJPN.12.1.30.
3. Zhu J, Qian R, Zhong H, Li Y, Liu X, Ma J. Factors influencing the addiction characteristics of non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents: a case-control study. Front Psychiatry. 2022;13:1033242. doi:10.3389/fpsyt.2022.1033242 PMid:36532167 PMCid:PMC9751054
4. Hoseinien S, Nooripour R, Ghanbari N, Hossenzadeh S. The effectiveness of mindfulness-based training on self-harmful behaviors and protective factors of substance abuse in adolescent at juvenile correction and rehabilitation center. Res Addict. 2020;13(54):205-28.
5. Jam F. Prediction of self-injurious behaviors based on early maladaptive schemas in adolescents using narcotic drugs. J New Adv Psychol Educ Sci Educ. 2023;6(65):74-85.
6. Gu Y, Gu S, Lei Y, Li H. From uncertainty to anxiety: how uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. Neural Plast. 2020;2020:8866386. doi:10.1155/2020/8866386 PMid:33299402 PMCid:PMC7704173
7. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther. 1998;36(2):215-26. doi:10.1016/S0005-7967(97)00070-3 PMid:9613027
8. Morriss J, Zuj DV, Mertens G. The role of intolerance of uncertainty in classical threat conditioning: recent developments and directions for future research. Int J Psychophysiol. 2021;166:116-26. doi:10.1016/j.ijpsycho.2021.05.011 PMid:34097936
9. Goldstein TR, Merranko J, Rode N, Sylvester R, Hotkowski N, Fersch-Podrat R, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2024;81(1):15-24. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.3399 PMid:37703037 PMCid:PMC10500432
10. Shah Hosseini M, Roshani R, Taghavi Larmaei S, Rostami Janaghard R, Entezari Z. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on psychological distress in children and adolescents with self-harm and suicidal thoughts: a systematic review. J Child Ment Health. 2025;12(2):70-85. doi:10.61882/jcmh.12.2.5
11. Khodabakhsh MR, Shakeri Moghadam O. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on reducing suicidal thoughts and behaviors, non-suicidal self-injury behaviors, and emotional dysregulation in adolescent girls with gender dysphoria. Community Health J. 2025;19(1):52-65. doi:10.22123/chj.2025.519393.2189.
12. Heidarpour H, Rohani A. The effect of life skills training on attitudes towards drug and alcohol abuse in secondary school students. Sadra Med Sci J. 2023; 11(3):225-38. doi:10.30476/smsj.2023.97659.1392.
13 Farjad MH. Social pathology and sociology of deviations. Tehran: Badr Publications Research Office; 1999. p. 286.
14. Abdolmaleki S, Farid A, Habibi-Kaleybar R, Hashemi S, Ghodoosi Nejad A. Investigating the relationship between family emotional atmosphere and affective control with tendency to addiction. J Family Res. 2017;12(48):649-52.
15. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009; 31(3): 215-9. doi:10.1007/s10862-008-9107-z PMid:29269992
16. Shooshtari MH, Khanipour H. Comparison of self-harm and suicide attempt in adolescents: a systematic review. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;20(1):3-13.
17. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Dif. 1994;17(6):791-802. doi:10.1016/0191-8869(94)90048-5
18. Arfaei A, Besharat Gharamaleki R, Gholizadeh H, Hekmati E. Intolerance of uncertainty: comparison between patients with major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder. J Med Tabriz Univ Med Sci. 2011;33(5):17-22.
19. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
20. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and dialectic behavior therapy (DBT) on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in juvenile offenders of Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. Soc Psychol Res. 2021; 11(41):31-58. doi:10.22034/spr.2021.253334.1579.
21. Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.


[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]

2020;59(1):149-56. doi:10.1016/j.jaac.2019.01.020 PMid:30946973
22. Boustani M, Mazzone E, Hodgins J, Rith-Najarian L. Dialectical behavior therapy programming for adolescents: a systematic review and meta-analysis of clinical and implementation outcomes. J Clin Child Adolesc Psychol. 2026; 55(2):225-40. doi:10.1080/15374416.2024.2426142 PMid:39565348
23. Miller AL, Wyman SE, Huppert JD, Glassman SL, Rathus JH. Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. Cogn Behav Pract. 2000;7(2):183-7. doi:10.1016/S1077-7229(00)80029-2
24. Bottesi G, Ghisi M, Caggiu I, Lauriola M. How is intolerance of uncertainty related to negative affect in individuals with substance use disorders? The role of the inability to control behaviors when experiencing emotional distress. Addict Behav. 2021;115:106785. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106785 PMid:33360277
25. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. J Anxiety Disord. 2016; 41:73-81. doi:10.1016/j.janxdis.2016.03.003 PMid:27004450
26. Berk MS, Shelby J, Avina C, Tangeman KR. Dialectical behavior therapy for suicidal and self-harming adolescents with trauma symptoms. In: Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: considering core components and treatment effectiveness. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 215-36. doi:10.1007/978-94-007-7404-9_12
27. Pourgoli S, Sargolzaei E, Shahbazi G, Nazari S, Baharestani Z, Pourmohammad GK. The effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral intolerance of uncertainty interventions on worry states, thought-action fusion, and cognitive avoidance in adolescents with generalized anxiety disorder. J Adolesc Youth Psychol Stud. 2025;6(9):1-10. doi:10.61838/kman.jayps.4335

**How to Cite this Article:**
Niazi Mirak Z, Narimani M, Aghajani S, Atadkht A. Comparative Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and a Psychoeducational Package on Self-Harming Behaviors and Intolerance of Uncertainty in Female Students with a Tendency toward Substance Use. Feyz Med Sci J 2026; 30(4): 439-452. doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.4.439 ]