

اثربخشی آموزش راهبردهای خودمهارگری بر شفقت خود و نظم‌جویی هیجان بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

سجاد ناصری نیا^۱، محمد مهدی سهرابی فرد^{۲*}

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه خوارزی، کرج، ایران

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

یافته / دوره بیست و یکم / شماره ۳ / پاییز ۹۸ / مسلسل ۸۱

چکیده

دریافت مقاله: ۹۸/۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۸/۶/۱۰

مقدمه: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی یک اختلال عصبی-رشدی می‌باشد که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش-فعالی و تکانشگری همراه است. هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای خودمهارگری در بهبود شفقت خود و نظم‌جویی هیجان در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شهر خرم آباد بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. نمونه مورد نظر شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی شهر خرم آباد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی برنامه راهبردهای خودمهارگری را به مدت ده جلسه گروهی دریافت کردند. در حالی که گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس درجه بندی نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان (BAARS-IV)، مقیاس شفقت خود (SCS) و مقیاس نظم‌جویی هیجان (ERS) و برای تحلیل از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری از نظر شفقت خود و نظم‌جویی هیجان بین افراد گروه آزمایشی و گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق می‌توان گفت آموزش راهبردهای خودمهارگری تلویحات کاربردی مفیدی در درمان و پیشگیری از اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان ارائه می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای خودمهارگری، شفقت خود، نظم‌جویی هیجان، نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان.

*آدرس مکاتبه: اداره کل بهزیستی استان لرستان، دفتر اعتیاد پیشگیری

پست الکترونیک: mehdisohehri90@gmail.com

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش فعالی یک اختلال عصبی-رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی نارسایی توجه، بیش فعالی و تکانشگری توصیف می شود (۱). شیوع این اختلال در جمعیت سنین مدرسه ۲ تا ۷ درصد گزارش می شود (۲). اختلال نقص توجه- بیش فعالی برای مدت ها اختلال دوران کودکی پنداشته می شد (۳). ولی تحقیقات نشان داد که این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد موارد تا نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می یابد (۴). شیوع بیش فعالی در بزرگسالی بین ۲/۵ تا ۸ درصد برآورد شده است (۵). طبق مطالعات، اگر ملاک ها و تعداد نشانگان به آستانه تشخیص نرسد یا شیوع علائم قبل از سن شروع مشخص شده در ملاک تشخیصی باشد، تشخیص نقص توجه- بیش فعالی در بزرگسالی با مشکل مواجه خواهد شد (۶). مطالعات طولی نشان داده اند که نقص توجه- بیش فعالی به دوره بزرگسالی کشیده می شود و برای عده زیادی که در کودکی این تشخیص را گرفته اند، در بزرگسالی مشکل ایجاد می کند (۷). مشکلات توجه و تمرکز و سیستم حرکتی، تکانشگری، به هم ریختگی، عدم تحمل استرس، تغییرات هیجانی و خلقی و احتمالا اختلال در روابط بین فردی، بیش فعالی بزرگسالان را مشخص می کند. افراد بالغ مبتلا به اختلال، در برنامه ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری، گوش دادن به صحبت های دیگران، حفظ توجه هنگام خواندن و تصمیم گیری توأم با تفکر مشکل دارند (۳). ویژگی های دیگر این اختلال، ناپایداری عاطفی، عصبانیت های ناگهانی و شدید، پاسخ های هیجانی شدید، آشفتگی در انجام کارها، بی ثباتی در روابط بین فردی، ناکامی شغلی و تحصیلی، سوء مصرف الکل و پاسخ های غیرمعمول به روان درمانی می باشد (۸). افراد مبتلا به این اختلال، در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی درگیر مشکلات

متعددی در زمینه های تحصیلی و شغلی و احتمال بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف مواد، جرائم مختلف و تصادفات هستند (۹-۱۰). تحقیقات نشان می دهد بین ۲ تا ۸ درصد دانشجویان، علائم معنادار مرتبط با اختلال نقص توجه- بیش فعالی را گزارش می کنند و ۲۵ درصد از دانشجویان با نارسایی های ویژه یادگیری، دچار این اختلال هستند (۱۱). این افراد سطوح بالاتری از بی قراری درونی را نسبت به افراد بهنجار نشان می دهند (۳). همچنین افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی از نظر اعتماد به نفس و مهارت های اجتماعی، ضعیف تر گزارش شده اند، ناتوانی های بیشتری داشته، کمتر به تحصیل می پردازند و بیش تر به سایر بیماری های روان- پزشکی مبتلا می شوند (۱۲). پیگیری ۱۵ ساله بیماران نقص توجه- بیش فعالی نشان داده است که این افراد در کارکردن به طور مستقل، انجام وظایف شغلی، به اتمام رساندن و تکمیل تکالیف مشکل دارند. این مشکلات ناشی از عدم پیشرفت تحصیلی، مشکلات یادگیری و اختلال کنترل تکانه می باشد (۷). اختلالات همبود رایج در بزرگ سالان مبتلا به نقص توجه- بیش فعالی عبارت اند از : اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی. وجود اختلالات همبود در این افراد، باعث تأثیرات منفی در روند درمان می گردد (۱۳).

یکی از ویژگی های افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، خود مهارگری ضعیف است، که این مشکل می تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات آنان باشد (۱۴). خود مهارگری توانایی سازگاری و تغییر دادن خود متناسب با محیط، توانایی تغییر پاسخ های درونی فرد، قطع تمایلات رفتاری ناشایست و اجتناب از عمل آن ها می باشد (۱۵). خود مهارگری همچنین توانایی برای تشخیص و نظم جویی امیال و عواطف است که مشخصه آن اعمال اراده، خودنظم دهی و توانایی به تعویق انداختن

لذت یا پاداش است (۱۶). بسیاری از نویسندگان اصطلاحات خودمهارگری و تنظیم خود را به جای یکدیگر به کار می‌برند، و بعضی دیگر خودمهارگری را جنبه هشیارانه و عامدانه فرایند تنظیم خود می‌دانند (۱۷). شواهد تجربی نمایانگر آن است که افراد با خودمهارگری بالا، در حیطه های گوناگون زندگی نتایج بهتری کسب می‌کنند، به این صورت که افراد دارای خودمهارگری بالا، سازگاری روانی بیشتری دارند، مشکلات روان شناختی کمتری دارند، علائم پاتولوژیک کمتری را گزارش می‌دهند و زندگی هیجانی سالم تری را تجربه می‌کنند و در نهایت اعمال بزه کارانه کمتری را مرتکب می‌شوند (۱۵). بررسی‌های زیادی بر ارتباط خودمهارگری با موفقیت حرفه‌ای، کاهش رفتار مجرمانه، مقاومت در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه، کاهش رفتار ضد اجتماعی و آسیب روانی صحه گذاشته‌اند (۱۸).

یکی از متغیرهایی که با اختلال نقص توجه- بیش-فعالی رابطه دارد شفقت خود می‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین شفقت خود و کاهش علائم نقص توجه-بیش‌فعالی رابطه مثبت وجود دارد (۲۶). شفقت-ورزی به معنای تجربه تحت تاثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر نماید، تعریف شده است. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرانه در رابطه با آنها است. علاوه بر این، داشتن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (۲۷). شفقت خود با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (۲۸). شفقت خود به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل: مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی تعریف می‌شود (۲۹). فردی که به درستی به خود و دیگران شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است. این به این معنا

یکی از حوزه‌هایی که در آن افراد مبتلا به بیش‌فعالی تحت تاثیر قرار می‌گیرند، حوزه هیجان و به ویژه نظم-جویی هیجان است. مدت‌های طولانی است که تشخیص داده شده که نظم‌جویی ناسالم هیجان در افراد با اختلال عصبی-رشدی شامل اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی رایج است. نشانه‌های هیجانی یک جنبه برجسته در تشخیص نقص توجه- بیش‌فعالی است (۱۹). نظم‌جویی هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن واکنش‌هایشان را به موقعیت‌های هیجانی تغییر می‌دهند (۲۰). همچنین-جویی هیجان را مجموعه نامتجانسی از فرایندهای خودکار یا کنترل شده و آگاهانه یا ناآگاهانه می‌دانند که منجر به تنظیم و تعدیل هیجان‌ها می‌شود (۲۱). شواهد پژوهشی بیانگر مشکلات عدیده‌ای از افراد در نظم‌جویی و مهار هیجان است (۲۲). منظور از مهارت مهار هیجان این است که فرد بیاموزد چگونه هیجان خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آن را ابراز و مهار کند (۲۳). مهارت مهار هیجان بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد

است که فرد ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. بنابراین، شفقت‌ورزی می‌تواند از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد نظم‌جویی هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزار دهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (۲۷). بر این اساس شفقت‌ورزی یکی از جنبه‌های هوش هیجانی است که دربردارنده توانایی برای ثبت هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (۳۰). افراد با شفقت خود بالا تعارضات بین فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (۳۱).

با توجه به اهمیت و نقش خودمهارگری در سازش یافتگی افراد، به ویژه در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، و همچنین شیوع بالای این اختلال در میان بزرگسالان و نقش نظم‌جویی هیجان و شفقت خود به عنوان عامل‌های کلیدی در ارتقای سلامت و کاهش مشکلات روان‌شناختی این افراد، انجام چنین مطالعاتی ضروری است. لذا هر گونه مطالعه، تشخیص و شناسایی، پیشگیری، کنترل و درمان ارزشمند خواهد بود. از این رو هدف پژوهش حاضر این است که در جهت شناسایی، مهار، درمان و سازگاری مشکلات همراه با این اختلال در افراد، اثربخشی آموزش راهبردهای خودمهارگری بر نظم‌جویی هیجان و شفقت خود بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی را بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در قالب یک تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل

انجام شد. هر دو گروه در طول اجرای برنامه درمانی سه بار به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی بزرگسالان مبتلا با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی است که در سال ۱۳۹۷ جهت دریافت خدمات درمانی به کلینیک آفتاب در شهر خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند.

بعد از اجرای آزمون BAARS-IV، مصاحبه نیمه ساختار یافته و بررسی ملاک‌های ورود، ۳۴ نفر به عنوان گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس از ۳۴ نفر انتخاب شده ۱۷ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند که تا پایان اجرای پژوهش دو نفر از گروه آزمایشی و دو نفر از گروه کنترل از پژوهش خارج شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی، داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و رضایت و اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی، داشتن اختلال همبود با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (۸)، مصرف داروی موثر بر اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی همزمان با مداخله کنونی، مصرف مواد و الکل در فرایند تحقیق (۳۲).

ابزار

۱. مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان

بارکلی (BAARS-IV):

مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان، نتیجه بیست سال پژوهش بارکلی (۳۳) است که بر مبنای معیارهای تشخیصی ADHD در DSM-IV-TR و ۳۰ سوالی شواهد تجربی تنظیم شده است. این مقیاس ۳۰ سوالی یک ابزار خود گزارشی است که برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا قابل اجرا است و پاسخ‌دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه ای (هرگز تا همیشه) می‌باشد. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس نقص توجه، بیش‌فعالی،

پژوهش با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد (۳۷).

۳. مقیاس شفقت خود (SCS):

این مقیاس را نف (۲۰۰۳) تهیه کرده است. شامل ۲۶ گویه است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مولفه دو قطبی را در قالب شش زیر مقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات، روایی همگرا، روایی افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند (۲۹). در مطالعات ایرانی نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است (۳۸).

روند اجرا

افرادی که واجد شرایط بودند به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه و تعداد و زمان جلسات ارائه شد. جلسات هفته‌ای یک بار در مرکز اجرا شدند. در آغاز درمان ابتدا پیش آزمون به عمل آمد و شاخص‌های نظم‌جویی هیجان و شفقت خود ارزیابی گردید. سپس افراد به صورت گروهی تحت آموزش راهبردهای خودمهارگری به مدت ۱۰ جلسه قرار گرفتند. برای کنترل عوامل تهدید کننده روایی درونی پژوهش، یک گروه کنترل هم در نظر گرفته شد که فقط در مرکز حضور داشتند و درمان خاصی دریافت نمی‌کردند. در پایان جلسات، شاخص‌هایی که در پیش آزمون ارزیابی شده بودند مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین یک پیگیری یک ماهه نیز انجام شد.

کاربندی پژوهش در این مطالعه عبارت از آموزش راهبردهای خودمهارگری هیجانی بر اساس الگویی برگرفته از پژوهش‌های پیشین صورت گرفته در این زمینه

تکانشگری و کندی زمان شناختی است. بارکلی (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین در مطالعه‌ای که در ایران انجام پذیرفته است، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ضرایب همبستگی بین نمره کل مقیاس و خرده مقیاس نقص توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری و کندی زمان شناختی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۸۸ بود. بنابراین می‌توان گفت مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان از خصوصیات روانسنجی قابل قبولی برخوردار است (۳۴).

۱. مقیاس نظم‌جویی هیجان:

این مقیاس را گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه کردند، از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای و از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۳۵). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت ۰/۲۴ و عواطف منفی ۰/۱۴- و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت ۰/۱۵- و عواطف منفی ۰/۰۴ گزارش شده است (۳۶). این مقیاس در فرهنگ ایران هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریمکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس $r=0/13$ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. همچنین پایایی مقیاس در این

بود (۳۹-۴۰). این برنامه ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای سازمان دهی و در مدت ۱۰ هفته متوالی به بزرگسالان مبتلا به اختلال ADHD ارائه گردید. در ذیل خلاصه‌ای از پروتکل آموزشی راهبردهای خودمهارگری ارائه شده است. جلسه اول: معارفه و ایجاد رابطه حسنه، تعریف هیجان، معرفی انواع هیجان و لزوم وجود هیجانات مختلف در انسان، ارائه جدول جامع برای شناسایی هیجانات، ارائه تکلیف یادداشت هیجانات خود در طول هفته (جدول خودپایی) و تعیین غالب‌ترین هیجان در خود.

جلسه دوم: تعریف خودمهارگری هیجانی، بیان رابطه بین خودمهارگری هیجانی و سلامت روان، بیان فواید خودمهارگری هیجانی به ویژه بررسی نقش اساسی ابراز هیجانی سازگاران در توانایی برقراری ارتباط موثر با دیگران، درخواست از اعضا برای بیان مواردی که در آن عدم کنترل هیجانات باعث پیامدهای نامطلوبی شده است. جلسه سوم: تعریف هوش هیجانی، ارائه تکلیف مدیریت هوش هیجانی، تخمین میزان هوش هیجانی در خود.

جلسه چهارم: تعریف آگاهی هیجانی و پذیرش و ابراز سازگاران آنها، ارائه تکنیک تمرین حالات هیجانی با استفاده از تصاویر و بازی نقش، ارائه تکلیف جدول شیوه‌های ابراز هیجان.

جلسه پنجم: تعریف خشم، علائم خشم، شناسایی موقعیت‌های خشم برانگیز (خودپایی) و شیوه‌های ابراز صحیح خشم.

جلسه ششم: ارائه تکنیک‌های کنترل خشم، تمرین صحیح افکار منفی و استفاده از گفتار درونی برای کنترل خشم.

جلسه هفتم: ارائه رویکردهای رفتاری برای خودمهارگری هیجانی، بررسی نقش نظم فعالیت‌های روزمره اجتماعی و نظم فعالیت‌های حیاتی بر تعادل هیجانی، ارائه تکلیف مدیریت زمان، بررسی اهداف کوتاه

مدت و بلند مدت و جایگاه آن در برنامه هفتگی، طرح-ریزی برای پرهیز از بحران‌های غیرضروری.

جلسه هشتم: بررسی استرس‌ها، ارائه راهبردهای مدیریت استرس.

جلسه نهم: تنظیم بعد جسمانی هیجان، ارائه تکلیف تن آرامی، تنفس عمیق، حالات چهره‌ای و ژست بدنی مناسب با وضعیت هیجانی مطلوب برای کنترل هیجانات.

جلسه دهم: تنظیم بعد شناختی هیجان و تاثیر آن بر سیستم پردازش اطلاعات و در نتیجه بر سلامت روان، ارائه تکنیک ABC و تمرین آن در کلاس

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای شفقت خود و نظم‌جویی هیجان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای شفقت خود و

نظم‌جویی هیجان

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شفقت	آزمایش	۶۶/۸۶	۱۷/۴۸	۹۷/۸۶	۱۱/۸۴	۹۶/۳۳
خود	گواه	۶۶/۷۳	۱۵/۱۷	۶۷/۶۶	۱۶/۷۱	۵۸/۵۳
نظم-	آزمایش	۲۸/۴۰	۷/۰۵	۵۳/۲۶	۱۰/۱۸	۵۴/۸۶
جویی	گواه	۲۹/۵۳	۹/۸۹	۲۱/۶۶	۶/۴۹	۲۷/۳۴
هیجان						۸/۹۵

جهت ورود به بخش داده‌ها ابتدا پیش فرض‌های آزمون پارامتریک کوواریانس کنترل شد برای تعیین توزیع جامعه نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد که این پیش فرض برقرار بود ($p > 0.05$). برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که این پیش فرض هم برقرار بود ($p > 0.05$) و بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس میسر بود که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ گزارش می‌شود.

جدول ۲. آزمون کولموگراف اسمیرنوف نمره‌های پس آزمون

شفقت خود و نظم‌جویی

متغیرها شاخص	شفقت ورزی	نظم‌جویی هیجانی
Z	۱/۳۷۸	۱/۰۱۹
P	۰/۴۵۰	۰/۲۵۰
سطح معناداری	۰/۰۵	۰/۰۵۷

جدول ۳. نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی

واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
شفقت خود	۳/۰۶۴	۱	۲۸	۰/۰۹۱
نظم‌جویی هیجان	۱/۹۳۰	۱	۲۸	۰/۱۷۶

با توجه به نتایج جدول ۲ و ۳ سطوح معناداری بدست

آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، فرضیه صفر تایید شده و داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هر یک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تاثیر آموزش

راهبردهای خودمهارگری بر شفقت خود و نظم‌جویی هیجان

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	شفقت خود	۶۸۴۰/۳	۱	۶۸۴۰/۳	۳۲/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳۸	۱/۰۰۰
	نظم-جویی هیجان	۷۰۲۲/۷	۱	۷۰۲۲/۷	۱۰۴/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸۶	۱/۰۰۰
خطا	شفقت خود	۱۰۶	۲۸	۲۰۹/۸				
	نظم-جویی هیجان	۵۸۷۵	۲۸	۲۰۹/۸				
	شفقت خود	۱۸۷۴/۲	۲۸	۶۶/۹				
	نظم-جویی هیجان	۲۱۸۲۲۵	۳۰					
کل	شفقت خود	۵۲۱۴۱	۳۰					
	نظم-جویی هیجان							

تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای خودمهارگری بر افزایش نمرات شفقت خود اثر دارد ($f=۳۲/۶۰$ ، $df=۱/۲۸$ ، $P=۰/۰۰۰$) و اثر از نظر آماری معنی‌دار است همچنین نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای خودمهارگری بر افزایش نمرات نظم‌جویی هیجان نیز موثر است ($f=۱۰۴/۹۱$ ، $df=۱/۲۸$ ، $P=۰/۰۰۰$)، بنابراین می‌توان گفت آموزش راهبردهای خودمهارگری بر متغیرهای وابسته موثر بوده است

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای متغیرهای

شفقت خود و نظم‌جویی هیجان

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار	تفاوت میانگین	خطای معیار
شفقت خود	۳۰/۱۶۱*	۷۹۸/۱	۲۰/۲۶*	۲۴۵/۱	۹/۹۰۲	۶/۲۲۳
نظم-جویی هیجان	۳۰/۸۷۱*	۸۷۲/۱	۲۶/۱۴۳*	۶۸۳/۱	۴/۷۲۸	۴/۸۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون و آزمون پیگیری با پیش آزمون در دو متغیر وابسته (شفقت خود و نظم‌جویی هیجان) معنی‌دار می‌باشد (علامت * نشان‌دهنده $p<۰/۰۵$). همچنین معنی‌دار نبودن تفاوت میانگین‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان‌دهنده پایداری اثر مداخله در متغیرها در گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش راهبردهای خودمهارگری در بهبود شفقت خود و نظم-جویی هیجان در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی انجام شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که افزایش خودمهارگری موجب ارتقاء شفقت خود گردید. این نشان‌دهنده رابطه میان خودمهارگری و شفقت خود می‌باشد که با نتایج پژوهش سعیدی و همکاران (۴۱)، همسو می‌باشد. خودمهارگری با تمام فواید مثبتی که دارد، می‌تواند در راستای ارتقاء سلامتی عمل نکند. در واقع مفهوم خودمهارگری به خودی خود، توصیف‌کننده دست‌آوردهای مثبت یا منفی نیست. خودمهارگری گاهی می‌تواند منجر به نتایج منفی شود. افراد ممکن است صرفاً برای کسب مقبولیت اجتماعی، دست به رفتارهایی بزنند که خودشان آن‌ها را آسیب‌زا و آزارنده می‌دانند. برای مثال، ممکن است نوجوانان فقط برای کسب مقبولیت در میان همسالانشان

به مصرف الكل يا رفتارهای بزهکارانه دست بزنند. این رفتارها، به نوعی خودمهارگری هستند، زیرا فرد با وجود این که تمایلی به انجام آن عمل آزارنده یا آسیب رسان ندارد، فقط برای دستیابی به مقبولیت اجتماعی، در مقابل تکانه‌های اولیه‌ای که برای اجتناب از آن عمل دارد مقاومت می‌کند و به آن دست می‌زند. به این ترتیب می‌توان گفت اعمال خودمهارگری همیشه هم با نتایج مثبت همراه نخواهد بود. بلکه همراه شدن خودمهارگری با ویژگی شخصیتی شفقت خود، در افراد می‌تواند خودمهارگری را در راستای مراقبت و حمایت از خود هدایت کرده و منجر به بهبود کیفیت زندگی گردد (۴۱). شفقت خود از طریق کاهش دفاعی شدن، حالات هیجانی و سرزنش خود در فرایند خود نظم‌جویی مداخله می‌کند و منجر به افزایش تبعیت از دستورات درمانی می‌شود. بنابراین داشتن منابع بهتر برای خود نظم‌جویی نوعی مراقبت از خود خواهد بود (۴۲).

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که خودمهارگری باعث ارتقاء نظم‌جویی هیجان می‌گردد و این یافته با نتایج پژوهش‌های تانگنی و همکاران (۱۵)؛ فرایز و همکاران (۴۳)؛ رنجبر نوشری و همکاران (۴۴) و محبوبی و همکاران (۴۰)، همسو می‌باشد. این نتایج با یافته‌هایی مطابقت دارد که از یک سو معتقدند نقص در توانایی‌های نظم‌جویی هیجان، منجر به افزایش عواطف منفی و کاهش عواطف مثبت می‌شود، و در نتیجه رفتارهای ناکارآمد برای اجتناب از هیجانات منفی شکل می‌گیرد (۴۵). از سوی دیگر هیجانات منفی مثل خشم، اضطراب، ترس و غم، اغلب خود مهارگری را کاهش می‌دهند (۴۶). بنابراین آموزش مهارت‌هایی که متمرکز بر مهار، درک، اصلاح و پذیرش هیجان‌های منفی باشد منجر به نظم‌جویی هیجان می‌گردد. خود مهارگری به عنوان ظرفیت فرد برای غلبه کردن و مهار تکانه‌های غیرقابل پذیرش و نامطلوب و نظم دادن به رفتارها، تفکرات و هیجان‌های خود، همپوشانی

زیادی با تعریف نظم‌جویی هیجان تحت عنوان بازشناسی، درک و پذیرش هیجان‌ها و همچنین راهبردهایی برای تعدیل تجربه و بیان هیجان‌ها در راستای اهداف و ارزش‌های بلند مدت دارد (۴۷). همچنین می‌توان اذعان داشت که اکثر اختلالات روان‌شناختی به واسطه یک آشفتگی هیجانی مشخص می‌شوند و این آشفتگی‌ها به طور زیر بنایی با کارکرد معیوب نظم‌جویی هیجان مرتبط است (۴۸). نتایج تحقیق لوماس و همکاران (۴۹)، نشان داد که نقص در مهارت‌های اساسی برای مدیریت و کنترل هیجانی پیش بینی‌های معنی‌دار پرخاشگری هستند. برعکس، نشان داده است که افراد با هوش هیجانی بالا که بالطبع واجد خودمهارگری هیجانی بالا نیز هستند، به احتمال بیشتر روابط مثبت‌تری با دیگران داشته و احتمال کمی دارد که تعاملات منفی را بین خود و دوستان نزدیک خود گزارش کنند. برای افراد با مشکلات نظم‌جویی هیجانی، آموزش‌هایی در خصوص راهبردهای مختلف نظم‌جویی هیجانی متمرکز بر به کارگیری آگاهانه هیجان‌ها و اصلاح و تعدیل پاسخ‌های هیجانی بسیار ضروری و اساسی می‌باشد. این آموزش‌ها سبب گسترش یا افزایش خصیصه‌های شخصیتی مانند سطوح بالاتر تاب آوری و توانایی سازگاری با هیجان‌ها، کسب نگرش‌های منطقی در مورد سازگاری‌های هیجانی و در نهایت کنترل رفتاری روی هیجان‌ها خواهند شد (۴۰). بررسی‌ها نشان داده است که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آنها با چالش‌های زندگی را آسان می‌کند و در نتیجه آنها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید. افراد توانمند از نظر هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آنها را درک می‌کنند و به گونه موثری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (۵۰). پژوهش‌ها

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه پرسنل کلینیک آفتاب شهر خرم آباد و همه بیماران و خانواده‌های آنها که با ما در تمام مراحل پژوهش همکاری لازم را به عمل آوردند.

نشان می‌دهد، افراد با اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی دارای سطوح پایین‌تری از ارزیابی مجدد شناختی، بازداری هیجانی و خودمهارگری نسبت به افراد بدون اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی هستند. تقویت مهارت‌های خودمهارگری و نظم‌جویی هیجان افراد با اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی باعث کاهش مشکلات بین فردی، اجتماعی و آموزشی این افراد می‌شود (۵۱). به نظر می‌رسد همپوشی قابل ملاحظه‌ای بین مولفه‌های خود مهارگری، نظم‌جویی هیجان و شفقت خود وجود دارد. در واقع با ارتقاء نظم-جویی هیجان و شفقت خود، افزایش کیفیت زندگی مشاهده می‌گردد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که ارتقاء شفقت خود و نظم‌جویی هیجان در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی می‌تواند منجر به تداوم درمان گردد. تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و زندگی، نیازمند توجه به نگاه مشفقانه به خود و نظم‌جویی سازش یافته هیجان‌ها است. همچنین نتایج نشان می‌دهد بهبود مهارت‌های خودمهارگری در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی می‌تواند منجر به پیشگیری و تداوم درمان گردد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان اشاره داشت: آزمودنی‌های این پژوهش فقط مردان مبتلا به اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی بوده‌اند، لذا تعمیم آن در مورد دختران باید با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این، چون روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس است، در تعمیم نتایج به دست آمده از نمونه به جامعه بایستی احتیاط کرد. همچنین حجم کم نمونه پژوهش نیز به عنوان یک محدودیت امکان تعمیم یافته‌ها را محدود می‌سازد. بنابراین توصیه می‌شود پژوهشگران بعدی با انتخاب نمونه بیش‌تر، به صورت تصادفی و از هر دو جنس، امکان تعمیم یافته‌های پژوهش خود را بیشتر کنند.

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder: DSM-IV-TR, 4th edition text revision: Washington DC. 2000.
2. Weyandt LL, DU Paul G. ADHD in college students: developmental findings. J Developmental Disabilities. 2008; 14(7): 311-319.
3. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: what the says: New York: The Guilford Press. 2008; 535-540.
4. Fayyad J, Degraaf R, Kessler RC, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Crossnational prevalence and correlates of adult attention- deficit hyperactivity disorder. J British of Psychiatry. 2007; 190: 402-409.
5. Simon VC, Zobor p, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates deficit / hyperactivity disorder: Meta- analysis. J British of Psychiatry. 2009; 194: 204-217.
6. Resnick RJ. Attention- deficit / hyperactivity disorder in adults. In CB Fisher & RM Lerner, Encyclopedia of applied developmental science, Thousand Oaks: J Sage Publication. 2005; (1): 129-131.
7. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of ADHD disorder in a group of student. J New Cognitive Science. 2004; 6(2): 73-78. (In Persian)
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimor: Williams & Wilkins. 2000; 1691-2688.
9. Jenson PS. ADHD: Current concepts on etiology, patho- biology and neurobiology. J Child Adolescent Psychiatry Clin. North Am. 2000; 9: 557-572.
10. Wetzel MW. Medical student participation in an adult ADHD outpatient clinic: an ideal setting for education in outpatient psychiatry. J Acad psychiatry. 2009; 33(1): 1-80.
11. Blase SL, Adrienne N, Gilbert AD, Anastopoulos AE, Costello EJ, Rick H, et al. Self-reported ADHD and adjustment in college, cross- sectional an longitudinal findings. J Attention Disorders. 2009; 3: 297-309.
12. Faigel HC. Attention deficit disorder in college students: facts, fallacies and treatment. J Am Coll Health. 1995; 43(4): 147-155.
13. Biderman J, Monuteaux, E, Kendrick K, Faraone V. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in peadiatric patients with ADHD. J Attention Disorders. 2005; 3(6): 1036-1043.
14. Taghavi Z. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing symptoms and increasing self-control in people with ADHD disorder. First National Conference on Cognitive Scince. 2011. (In Persian)
15. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. J Personality of Psychology. 2004; 72: 271-322.
16. Baumeister RF. Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. J Consumer Research. 2002; 28(4): 670-676.
17. Baumeister RF, Vohs D, Tice D. The strenight model of self-control. J Psychological Science. 2007; 16(6): 351-355.

18. Denson TF, Capper MM, Oaten M, Friese M, Schofield TP. Self-control training decreases aggression in response to provocation in aggressive individuals. *J Research in personality*. 2011; 45(2): 252-256.
19. Ahmadi F. Investigating the effect of emotional regulation training based on gross model on emotion adjustment and social skills of students on the threshold of ADHD diagnosis. Master's Thesis in Psychology, Shiraz University. 2015. (In Persian)
20. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation*. New York NY: Guilford Press. 2007; 3-24.
21. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York NY: Guilford Press. 2007; 10-25.
22. Linley PA, Joseph S. *Positive psychology in practice*. New Jersey: Wiley Press. 2009; 635-670.
23. Gong X, Paulson SE. Effect of family affective environment on individual's emotion regulation. *J Personality and Individual Differences*. 2017; 117(3): 144-149.
24. Dunham GD. Emotional skill falnes and marital satisfaction. Doctorral This is Okran University. 2008.
25. Kamaly Igoli S, Abu Alma'aly Al-Hosseini KH. Prognosis of cognitive- emotion regulation based on family communication processes and perfectionism in highschool adolescent girls. *J Applied Psychology*. 2016; 3(39): 291-310. (In Persian)
26. Abedi M, Derakhshandeh S. The effect of compassion- based education on the reduction of attention deficit-hayperactivity symptoms in people with ADHD. *J Practical Research in Conselling*. 2018; 1(1): 1-33. (In Persian)
27. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *J Human Development*. 2009; 52: 211-214.
28. Nie K, Specia M, Carlson LE. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness- based stress reduction (MBSR). *J Stress and Health*. 2010; 1: 1-11.
29. Neff KD. Self-compation: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *J Self and Identity*. 2003; 2: 85-102.
30. Lutz A, Slagter A, Dunne JR. Attention regulation and monitoring in meditation. *J Attention Disorders*. 2009; 2(7): 1036-1043.
31. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *J Self and Identity*. 2012; 10: 646-649.
32. Valera E, Brown A, Biederman J, Faraone S, Makris N., Monuteaux M, et al. Sex differences in the functional neuroanatomy of working memory in adults with ADHD. *J Child Psychiatry*. 2010; 7: 86-94.
33. Barkley RA. *ADHD in adult*. 3rd (Ed). New York: Guilfordpress. 2008; 291-293.
34. Mashhadi A, Hossein zadeh maleki Z, Soltani far A, Moradi F, Tamannai chaman abad A. Working memory training, barkely parent education program and combining these two interventions to improving these

- two interventions to improve the working memory of children with ADHD. *J New Cognitive Science*. 2013; 15(4): 75-89. (In Persian)
35. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 85(2): 348-362.
 36. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *J Psychol Assess*. 2010; 26(1): 61-67.
 37. Rezaei S, Moradi A, Hassani J. Compative study of emotional regulation. Self- control and defense machanisms in cardiovascular patients, diabetic patients and normal people. *J Psycho Nursing*. 2017; 6(1): 42-51. (In Persian)
 38. Ghorbani N, Watson PJ, Zhuo C, Norballa F. Self-compassion in ranian muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *J Psychology of Religion*. 2012; 22: 106-118.
 39. Leahy RL, Dennis DT, Lisa AN. (Emotion regulation in psychotherapy: A practitoners guide. New York: Guilford Press. 2012; 623-645.
 40. Mahboobi T, Salimi H, Hosseini S. The effect of emotional self-control training on the verbal aggression of payame noor university. *Social Recognition*. 2015; 2(8): 124-136. (In Persian)
 41. Saeidi Z, Bahrami Ehsan H, Alipoor A. Self-control and health: the maderating rol of self-compassion. *Health Psychology*. 2015; 4(19): 88-102. (In Persian)
 42. Terry ML, Leary MR. Self- compassion, Self- regulation, and health. *J Self and Identity*. 2011; 10: 352-362.
 43. Frieze M, Messner C, Schaffner Y. Mindfulness meditation counteracts self-control depletion. *J Conscius Cogn*. 2012; 21(2): 1016-1022.
 44. Ranjbar Noshary F, Basharpoor S, Hajloo N, Narimani M. The effect of training emotional regulation skills on self-control, eating styles and body mass index in overweight students. *Health Education and Health Promotion*. 2018; 6(2): 126-133. (In Persian)
 45. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier L, Caspar F. Prospective effects of emotion regulation skills on emotiom adjustment, *J Cons Psychol*. 2008; 55(4): 485-494.
 46. Schmeichel BJ, Tang D. Individual defferences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses. *J Carr Dir Psychol*. 2015; 24(2): 93-98.
 47. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopatol Behav Assess*. 2004; 26(1): 41-54.
 48. Mohammadi M, Farnam R, Mahboobi P. Relationship between attachment styles and difficulty is setting excitement with marital satisfaction of kish island teachers. *Woman and Culture*. 2011; 2(7): 9-20. (In Persian)
 49. Lomas J, Stough C, Hansen K, Downey LA. Brief report: Emotional intelligence,

- victimization and bullying in adolescents. J of Adolescents. 2012; 35(1): 207-211.
50. Tajik Zadeh F, Sadeghi R. Investigating emotional control styles in predicting female student's aggression. Woman and Culture. 2013; 4(4): 97-113. (In Persian)
51. Mohammadi H; Mousavi S. Comparison of emotion regulation and self-control in children with and without ADHD disorder. Child Psychological Transformation. 2015; 1(3): 29-43. (In Persian).

The effectiveness of self-control strategies training on self-compassion and emotion regulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder

Naserinia S¹, Sohrabi fard MM^{2*}

1. M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran

2. PhD student of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, Mehdisohrabi90@gmail.com

Received: 21 Aug 2019

Accepted: 1 Sep 2019

Abstract

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by three main features, namely attention deficit, hyperactivity, and impulsivity. This study sought to determine the effectiveness of self-control strategic training on self-compassion and emotion regulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder in Khorramabad.

Materials and Methods: This research used a quasi-experimental method of pretest-posttest follow-up with a control group. The sample consisted of 30 men with attention deficit hyperactivity disorder in Khorramabad selected by available sampling and randomly assigned to the control and experimental groups. The experimental group received the self-control strategies for ten sessions, while the control group did not receive any intervention until the end of the project. The data were collected using Barkley Adult ADHD-IV Rating Scale (BAARS-IV), the self-compassion scale (SCS), and emotion regulation scale (ERS). The data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: The results indicated that there were significant differences with regard to self-compassion and emotion regulation between the subjects of the experimental and control groups.

Conclusion: Self-control strategies training provides useful applied practices in the treatment and prevention of ADHD disorder in adults.

Keywords: self-control strategies, self-compassion, emotion regulation, adults ADHD disorder

***Citation:** Naserinia S, Sohrabi Fard MM. The effectiveness of self-control strategies training on self-compassion and emotion regulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder. *Yafte*. 2019; 21(3):105-118.