

Original Article

## Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing High-risk and Harmful Behaviors in Students

Zahra Alizadeh<sup>1</sup>, MSc, Abbas Rohani<sup>2\*</sup>, PhD

<sup>1</sup>Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

### Article Information

**Article History:**

Received: Dec. 31, 2022

Accepted: Feb. 20, 2023

**\*Corresponding Author:**

Abbas Rohani,

Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: a.rohani@mau.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** The prevalence of high-risk behaviors in young people is one of the concerns of societies. This study aimed to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy in reducing high-risk and harmful behaviors among high school students in Mobarakeh City.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with a pretest and posttest design and a control group. The statistical population of the present study included high school students with high-risk behaviors in Mobarakeh city, referred to the education counseling center of this city. Participants included 30 students randomly assigned into two experimental and control groups of 15 students. The Iranian Adolescents' Risk-taking Scale was administered as a pretest and posttest (2 weeks after the end of the experiment). The experimental group received a 6-session intervention based on acceptance and commitment therapy, with each session lasting 90 to 100 minutes. The control group did not receive any intervention.

**Results:** The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), and the results indicated a 56% reduction in risky behaviors (excluding alcohol consumption) among the participating students in the study ( $P < 0.01$ ). Furthermore, the acceptance and commitment therapy intervention led to a 56% reduction in risky behaviors among the students in the experimental group ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Acceptance and commitment therapy can enhance students' ability to cope with high-risk behaviors.

**Keywords:** Acceptance and Commitment, Dangerous Behavior, Therapeutics

**Please cite this article as:**

Alizadeh Z, Rohani A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing High-risk and Harmful Behaviors in Students. Sadra Med. Sci. J. 2023; 11(4): 388-400.



مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان مبارکه

زهرا علیزاده<sup>۱</sup>، عباس روحانی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، پرستاری اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

\*نویسنده مسئول:

عباس روحانی،

استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد

اسلامی، اصفهان، ایران

پست الکترونیکی: a.rohani@mau.ac.ir

**مقدمه:** شیوع رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان از نگرانی‌های جوامع مختلف محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان مبارکه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان ارجاعی با رفتارهای پرخطر مدارس دوره دوم متوسطه شهرستان مبارکه اصفهان به هسته مشاوره آموزش و پرورش شهرستان بود. شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ دانش‌آموز بودند که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. از مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون (دو هفته بعد از اجرای آزمایش) استفاده شد. گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۶ جلسه ۹۰ الی ۱۰۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد.

**یافته‌ها:** برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج به دست آمده بیانگر کاهش رفتارهای پرخطر (به استثنای مصرف الکل) در دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه به میزان ۵۶ درصد بود. ( $P < 0/01$ ). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان گروه آزمایش شده به میزان ۵۶ درصد شد. ( $P < 0/01$ )

**نتیجه‌گیری:** با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانمندی دانش‌آموزان می‌توان با رفتارهای پرخطر آن‌ها مقابله کرد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش، درمان، رفتار پرخطر

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

علیزاده ز، عباس روحانی ع. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان مبارکه. مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۱۱، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۲، صفحات ۳۸۸-۴۰۰.

تأکید دارند و شکلی از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی هستند (۱۶). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یا به‌اختصار ACT مخلوطی از ۴ رویکرد آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است و هدف کلی آن رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است به‌گونه‌ای که بدون حذف یا از بین بردن احساس بد به‌سوی رفتار مبتنی بر ارزش‌اندیشیده حرکت کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان با ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف درمان‌های موجود تأکید دارد (۱۷). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه اقدامی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد، و موجب تشدید بیماری می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی با هدف حذف آن، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در قدم چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (شخصیت قربانی) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، انجام می‌شود. در مرحله پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی برای فرد انجام می‌شود. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و غیره باشند (۱۸). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مبنای این فرضیه است که اصلی‌ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است که به اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس، و سایر رویدادهای خصوصی گفته می‌شود.

مطالعه حاضر با توجه به موارد ذکرشده و با هدف بررسی اثربخشی شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در بین دانش‌آموزان دختر دبیرستانی انجام شده است. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است

رفتارهای پرخطر مهم‌ترین عامل تهدید سلامت جامعه است و شیوع رفتارهای پرخطر بخصوص در نوجوانان و جوانان به‌رغم تغییرات سریع اجتماعی از نگرانی‌های مهم جوامع بشری محسوب می‌شود که اگر پیامد جسمی، روانی، اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد، خشونت و رفتار پرخطر جنسی نیز در نظر گرفته شود، آسیب‌ها مضاعف می‌گردد (۱). بروز رفتارهایی نظیر مصرف مواد مخدر و روان‌گردان، الکل، سیگار، خشونت، روابط نامشروع جنسی، رانندگی خطرناک و حمل سلاح سرد و گرم به‌عنوان رفتار پرخطر بیان شده‌اند (۲). مصرف الکل، مصرف دخانیات، روابط جنسی نایمن، رانندگی خطرناک و درگیری و خشونت در زمره مهم‌ترین رفتارهای پرخطر قرار دارند و بررسی‌های انجام‌شده روی این رفتارها نشان داده است که مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در بازه زمانی قبل از ۸۱ سالگی بیشتر گزارش می‌گردد (۳) نتایج مطالعات بوسچ<sup>۱</sup> (۴)، توماس<sup>۲</sup> (۵)، تریسا<sup>۳</sup> (۶) و محمدی و همکاران (۷) موارد ذکر شده را ثابت نموده‌اند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ایران شامل مطالعات موسوی و همکاران (۸)، باریکانی (۹)، رحیمی (۱۰)، انبری و محمدچانی (۱۱)، علی‌خیام و همکاران (۱۲)، سلیمانیان و همکاران (۱۳)، کلیشادی و همکاران (۱۴) بیانگر شیوع بالای رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، قلیان، الکل، مواد مخدر در بین نوجوانان دختر ۱۸-۱۴ سال، و تمایل بالا به خطرپذیری منجر به وقوع پیامدهای مضر در آن‌ها است. با توجه به اینکه تقریباً ۹۰ درصد شروع رفتارهای پرخطر در گروه سنی نوجوان و دوره دبیرستان رخ می‌دهد، این رفتارها به‌طور مستقل تهدیدی برای سلامتی محسوب می‌شود (۱۵). روش‌های متعددی برای کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا وجود دارد که از آن جمله می‌توان به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اشاره کرد. در این مدل درمانی فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی خود را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند که این تجارب درونی را تغییر دهند یا از آن‌ها رهایی یابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر سطح آگاهی ازجمله رفتاردرمانی‌های معروف به موج سوم است. تمامی این رویکردها بر آموزش و اخذ مهارت‌های آگاهی

1. Busch  
2. Thomas  
3. Teresa

سال تحصیلی ۹۹-۹۸ تعداد آن‌ها بالغ بر ۹۲ نفر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه مدارس شهر مبارکه بود. از بین جامعه آماری مذکور تعداد ۳۰ نفر بر حسب قرعه انتخاب و به همین شکل در دو گروه آزمایش و شاهد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه شاهد) جایگزین شدند.

معیار ورود به مطالعه شامل عدم سابقه اختلالات و عدم دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی حداقل طی شش ماه گذشته همراه با داشتن حداقل یک الی چند رفتار پرخطر، رضایت خانواده از شرکت مستمر در برنامه بود؛ و شرط خروج غیبت بیش از دو جلسه بود.

### شیوه اجرای پژوهش

با مراجعه به مدارس انتخاب‌شده، با مسئولان آن‌ها در ارتباط باهدف‌ها این پژوهش و ویژگی‌های دانش‌آموزانی که به‌عنوان آزمودنی بودند، گفتگو شد. پس از هماهنگی‌ها لازم با معلمان دانش‌آموزان، از آنان خواسته شد تا به پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی پاسخ دهند و سپس بعد با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) اختصاص یافتند. گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمود. پس از پایان برنامه درمانی، پس‌آزمون انجام شد. لازم به ذکر است افراد پس از احراز معیارهای ورود (داشتن حداقل یک الی چند رفتار پرخطر، رضایت خانواده از شرکت مستمر در برنامه، شرکت مستمر آزمودنی در جلسه‌های آموزش) به‌عنوان آزمودنی انتخاب و به‌گونه تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل اختصاص داده شدند.

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی داده‌های پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. محاسبات مربوط از طریق نرم‌افزار SPSS 20 انجام شد.

جدول ۱. دیاگرام طرح پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	اعمال متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	RE	T1	X	T2
کنترل	RC	T1	-	T2

RE: Random experimental; RC: Random control

برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی (۱۹)، سایکوتیک یا روان‌پریشی (۲۰)، سوءمصرف و وابستگی به مواد (۲۱) و فرسودگی شغلی (۲۲) و درد مزمن (۲۳) مشخص شده است. در پژوهشی تایقی و همکاران (۲۴) به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش ایده‌های خودکشی و خود آسیب‌های ذهنی (مرور سیستماتیک) پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش شدت و فراوانی افکار خودکشی با افزایش پذیرش و عمل ارزشمند و کاهش عوامل خطر، مانند ناامیدی و درد روحی کمک می‌کند. نتایج پژوهش‌هایس و همکاران (۲۵) درباره کنترل رفتاری و حساسیت پاداش‌دهی در بروز رفتارهای پرخطر نشان می‌دهد که کنترل شدید در ۱۱ سالگی از بهترین پیش‌بینی کننده‌های رفتار ریسک‌پذیری (مصرف الکل و مصرف مواد مخدر) در سن ۱۶ سالگی بود، به‌ویژه در بین نوجوانانی که بیشتر حس پاداش‌دهی داشتند. رفتار پرخطر در نوجوانان ممکن است با عملکرد نسبتاً ضعیف در کنترل رفتار همراه باوجود حساسیت بالا برای پاداش بیان شود. کریست جانسون و همکاران پژوهشی را با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مختصر و کوتاه، بر نوجوانان انجام داد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر رفتارهای پرخطر نوجوانان داشته است (۲۶).

بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان هدف کاربردی این مطالعه است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش و پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی اجرا شده است. دیاگرام طرح در (جدول ۱) نمایش داده شده است. آزمودنی‌های پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دبیرستانی تشکیل دادند که به دلیل دارا بودن رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا به هسته مشاوره اداره آموزش و پرورش شهرستان مبارکه ارجاع داده شده بودند. تا زمان انجام پژوهش یعنی

## مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS)

با بررسی ابزارهای معتبر و مطرح در حوزه خطرپذیری همچون پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان<sup>۴</sup> (ARQ) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان<sup>۵</sup> (YRBSS) و با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی جامعه ایران، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی<sup>۶</sup> (IARS) ساخته شد، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (۷)، شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر از قبیل خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان می‌کنند.

اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) به روش همسازی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفته است. حداکثر و حداقل نمره در مؤلفه رانندگی خطرناک (۶ و ۳۰)، خشونت (۵، ۲۵)، سیگار کشیدن (۵، ۲۵)، مصرف مواد مخدر (۸، ۴۰)، مصرف الکل (۶، ۳۰)، رابطه و رفتار جنسی (۴، ۲۰) و دوستی با جنس مخالف (۴، ۲۰) است (۷).

روایی سازه IARS از طریق تحلیل عاملی اکتشافی انجام پذیرفت. برای ارزیابی مناسب بودن اندازه نمونه (۱۲۰۴ نفر) از آزمون کیفیت نمونه‌گیری کایزر-مایر-اولکین و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. آزمون KMO برابر با ۰/۹۵۲ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت‌بخش بود و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بود ( $P=0/001$ ,  $\chi^2=703$ ,  $df=26191/21$ ).

برای تحلیل عامل‌های مقیاس از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس<sup>۷</sup> استفاده شد. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی بیان می‌کند که IARS یک مقیاس چندبعدی است که عامل یکم با نام خرده‌مقیاس مصرف مواد مخدر بالاترین سهم (۱۳/۹٪) را در تبیین واریانس این مقیاس بر عهده دارد که خود مقیاس خطرپذیری نوجوانان ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند.

در پژوهش زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) روایی

4. Adolescent Risk Questionnaire

5. Youth Risk Behavior Surveillance

6. Iranian adolescents Risk scale

7. Varimax rotation

سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با مؤلفه‌های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی هفت بعدی است، که ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری در نوجوانان را تبیین می‌کند (۲۷).

همچنین نتایج حاکی از آن است که میزان اعتبار IARS و خرده مقیاس‌های آن در سطح مناسب و مطلوبی است، به طوری که میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴۱، رانندگی خطرناک ۰/۷۴۶، خشونت ۰/۷۸۴، سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۱، مصرف الکل ۰/۹۰۹، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷۶ و دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳۵ به دست آمده است.

## روش اجرا

با مسئولان مدارس انتخاب‌شده، در ارتباط با اهداف این پژوهش و ویژگی‌های دانش‌آموزانی که باید به‌عنوان آزمودنی می‌شدند، گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با معلمان دانش‌آموزان، از آنان خواسته شد تا به پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی پاسخ دهند و بعد آزمودنی‌ها با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت ننمود. (جدول ۲) پس از پایان برنامه درمانی، پس‌آزمون انجام شد. برای تعیین محتوای جلسه از منابع موجود استفاده شد. جلسات مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کتاب ذهن آگاهی و پذیرش فلیمینگ و کوسکی<sup>۸</sup> (۲۰۱۴) بر پایه گروه درمانی برای اختلال اجتماعی تعیین گردید (۲۸).

## معیارهای ورود و خروج

داشتن حداقل یک الی چند رفتار پرخطر، رضایت خانواده از شرکت مستمر در برنامه، شرکت مستمر آزمودنی در جلسه‌های آموزش معیارهای ورود به تحقیق بود، و ابتلا به بیماری‌های عفونی و واگیر، شروع درمان دارویی یا انجام جراحی و جابجایی محل تحصیل یا محل زندگی، دریافت برنامه مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

## ملاحظات اخلاقی

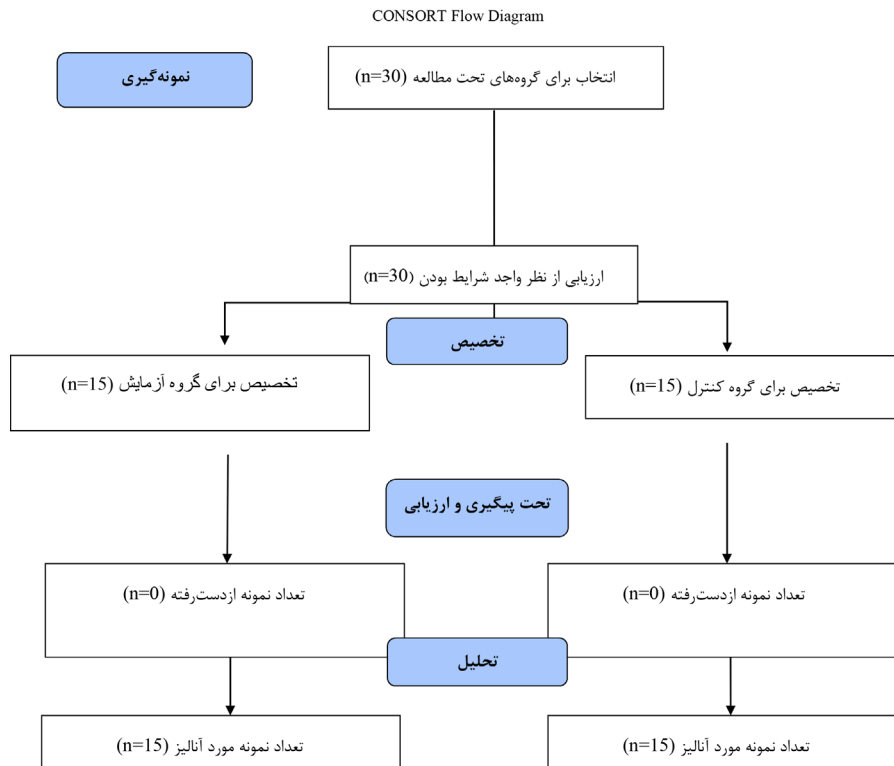
برخی از ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت‌اند از:

8. Fleming and Kokoski

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح فعالیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی (استعاره دو کوه)، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، سنجش رفتارهای پرخطر و سنجش شیوه‌های کنترلی، مفهوم‌سازی مشکل بر طبق ACT با کمک استعاره «چاه»، «تب‌خال» یا «باتلاق»، ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه پذیرش و عمل. آموزش تمرینات ذهن آگاهی
جلسه دوم	شناسایی ارزش‌های افراد: تصریح ارزش‌ها، تصریح اعمال تصریح موانع. با تمثیل استعاره‌های «قطار» یا «اتوبوس»
جلسه سوم	متعهد کردن افراد نسبت به ارزش‌ها. با استعاره «کاشت نهال»
جلسه چهارم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و پذیرش و گسلش و انجام تمرینی برای پذیرش و گسلش؛ و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه ششم	تأکید برای در زمان حال بودن و بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه

ACT: Acceptance and commitment therapy



شکل ۱. نمودار کانسورت

**پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه**  
 رعایت مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون و وجود متغیر هم پراش که تحت تأثیر متغیرهای آزمایشی نیست از مفروضه‌های اصلی این مطالعه است. برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۹</sup> استفاده گردید. نتایج این آزمون برای فرضیه‌های پژوهش در (جدول ۳) ارائه شده است.

همان‌گونه که در (جدول ۴) مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرها

- اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌هایی که در درمان شرکت کرده بودند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه آن انصراف دهند.
- تضمین محرمانه ماندن اطلاعاتی که از آزمودنی‌ها به دست می‌آید (حفظ حریم خصوصی و رازدار بودن).
- پژوهشگران به افراد درگیر در فرایند پژوهش احترام می‌گذارد و از تبعیض اجتناب می‌کند.

**یافته‌ها**

(شکل ۱) نمودار کانسورت مطالعه را نشان می‌دهد.

9. Shapiro-Wilk

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون (میانگین)	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رانندگی خطرناک	۲۶/۷۳	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۲۵/۱۳
خشونت	۱۸/۴	۱۶/۳۳	۱۸	۱۸/۲
سیگار کشیدن	۱۷/۵۳	۱۴/۱۳	۱۷/۴۷	۱۷/۲۶
مصرف مواد مخدر	۲۰/۲۶	۱۷/۲	۲۰/۳۳	۲۰/۲
مصرف الکل	۱۹/۹۳	۱۹/۲	۱۹/۹۳	۱۸/۶۶
رابطه و رفتار جنسی	۱۵/۳۳	۱۲/۲	۱۵/۴	۱۵/۱۳
دوستی با جنس مخالف	۱۴/۷۳	۱۱/۶۷	۱۴/۷۳	۱۵
رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا	۱۳۲/۹۳	۱۱۵/۸۷	۱۳۲/۵۳	۱۳۱/۳۳

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	شاپیرو-ویلک	
		آماره	درجه آزادی
رانندگی خطرناک	آزمایش	۰/۹۵۱	۱۵
	کنترل	۰/۹۴۴	۱۵
خشونت	آزمایش	۰/۹۴۹	۱۵
	کنترل	۰/۹۴۰	۱۵
سیگار کشیدن	آزمایش	۰/۹۸۰	۱۵
	کنترل	۰/۹۷۷	۱۵
مصرف مواد مخدر	آزمایش	۰/۹۵۰	۱۵
	کنترل	۰/۹۴۱	۱۵
مصرف الکل	آزمایش	۰/۹۵۴	۱۵
	کنترل	۰/۹۵۳	۱۵
رابطه و رفتار جنسی	آزمایش	۰/۹۲۱	۱۵
	کنترل	۰/۹۲۷	۱۵
دوستی با جنس مخالف	آزمایش	۰/۹۳۴	۱۵
	کنترل	۰/۹۴۹	۱۵

نمرات دو گروه در جامعه باهم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین<sup>۱۰</sup> استفاده شد. نتایج این آزمون برای فرضیه‌های پژوهش در (جدول ۵) ارائه شده است.

در این پژوهش اثر پیش‌آزمون با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس در پس‌آزمون کنترل گردیده است.

10. Levin

تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه بر اساس آزمون لوین

اساس این پیش‌فرض بر آن است که واریانس‌های

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی (اول صورت)	درجه آزادی (دوم مخرج)	معناداری (P)
رانندگی خطرناک	۱/۷۶۶	۱	۲۸	۰/۱۹۵
خشونت	۰/۷۱۲	۱	۲۸	۰/۴۰۶
سیگار کشیدن	۲/۱۱۷	۱	۲۸	۰/۱۵۷
مصرف مواد مخدر	۰/۷۱۸	۱	۲۸	۰/۴۰۴
مصرف الکل	۰/۲۰۱	۱	۲۸	۰/۶۵۷
رابطه و رفتار جنسی	۰/۳۹۷	۱	۲۸	۰/۵۳۴
دوستی با جنس مخالف	۰/۶۷۴	۱	۲۸	۰/۴۱۹

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نمرات رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
عضویت گروهی	۹۶۸۱/۱۸۷	۱	۹۶۸۱/۱۸۷	۴۳/۳۴۴	۰/۱۰۰	۰/۱۶۵	۰/۹۹
خطا	۵۶۴۱/۵۴۷	۷۲	۴۵/۷۸۲	-	-	-	-

پژوهش ایفرت<sup>۱۱</sup> و همکاران نیز با وجود اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری یک کتاب با هدف کمک به خود و تکمیل تمرینات هفتگی آن ارائه شد، میزان اضطراب در شرکت‌کنندگان پژوهش که مبتلا به نوعی درد مزمن بودند، به‌طور معناداری کاهش یافت. بر اساس این دیدگاه، آسیب‌های روانی از جمله افسردگی، تا اندازه‌ای از آمیختگی با افکار و احساسات فرد ناشی می‌شود (۳۰). همچنین ارزشیابی‌های منفی فرد از خود نیز می‌تواند از نظر روان‌شناختی آسیب‌رسان باشد. آمیختگی با رویدادی که به‌گونه‌ای منفی ارزیابی می‌شود، اجتناب تجربی از آن رویداد را به‌منظور کاهش و یا فرار از آن به دنبال دارد. از سوی دیگر، به دلیل تمایل فرد برای رفتارهای غیر کارکردی و پرخطر خود توجیه‌های کلامی ارائه می‌کند و از آنجاکه چنین دلایلی، علت رفتارهای ناکارآمد هستند و از نظر فرد بیمار، غیر قابل تغییرند، وی رفتارهای ناکارآمد خود را برای تأیید دلایل مرتبط با آن حفظ می‌کند (۳۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را تشویق می‌کند تا با خودارزیابی، به‌عنوان افکاری ساده برخورد کند و به فرد آموزش داده می‌شود که ارزشیابی‌های منفی از خود را اصلاح کند. همچنین، این درمان به دنبال تضعیف تکانش‌گری است و افراد را تشویق می‌کند تا افکار، احساسات، هیجان‌های خود را به‌طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی برای

علاوه بر آن سایر متغیرهای ناخواسته نیز با توجه به‌گزینش تصادفی نمونه‌گیری و گمارش تصادفی کنترل شده است.

فرضیه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد.

با توجه به (جدول ۶) می‌توان نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P > 0/01$ ). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۵۶/۱ درصد بوده است. توان آماری نزدیک به ۱ و سطح معناداری نزدیک به صفر نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

## بحث

جوردین و دولین در مطالعه موردی خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باعث کاهش اضطراب فرد می‌شود (۲۹). همچنین، در



خود مشخص کند و از خشونت وی کاسته شود.

آمیختگی شناختی در افراد مبتلا به رفتارهای پرخطر از طریق فرایند شناختی و پذیرش، تضعیف می‌شود و بدکارکردیهای شناختی و دلیل تراشی‌ها در آن‌ها کاهش می‌یابد و پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به پیشرفت عملکرد و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی می‌شود. این درمان شخص را قادر می‌سازد تا در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی و فشارهای همسالان و مسؤولیت‌های اجتماعی با دید واقع‌بینانه‌تری از ضعف‌ها و قوت‌های خود برخورد کند و قادر باشد به نحوی مؤثر و سالم‌تر با این مسائل روبرو شود و در نتیجه رفتارهای پرخطر او کاهش یابد (۳۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد، با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر و سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی، تأکید دارد؛ خصیصه‌ای که در درمان شناختی-رفتاری کلاسیک وجود ندارد. هدف روش‌های به‌کاررفته در این درمان، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی و یا تشویق احساسات نیست بلکه هدف، کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی منفی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص در زمان حال است که باعث کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر مراجعان می‌شود. لذا این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان اصلی‌ترین رویکردها در مشاوره نوجوانان به کار گرفته شود.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از رفتارهای پرخطر بیهوده (مثل خشونت و...) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است. هدف از مداخلات درمانی، تلاش برای ایجاد یک زندگی مبتنی بر ارزش است که به افراد کمک کند تا شیوه زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و به تقویت آن بپردازند. یکی از روش‌های مؤثر در این میان روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به‌جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد تمرکز می‌کند. در این روش درمانی بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود بلکه مرکزیت بر تغییر رابطه فرد با رفتار است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان روان‌شناختی طیف گسترده‌ای از مشکلات از جمله وابستگی به مواد مخدر، درد مزمن، صرع، افسردگی،

اختلال اضطراب اجتماعی و استرس کار مؤثر است (۳۳). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در بین دانش‌آموزان دبیرستانی دختر شهرستان مبارکه انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در دانش‌آموزان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۵۶/۱ درصد بوده است. این یافته تا حدی با نتایج پژوهش‌های ریو<sup>۱۲</sup> و همکاران (۳۴)، شافعی و نجات (۳۵)، دوستی، غلامی و ترابیان (۳۶)، گومز<sup>۱۳</sup> و همکاران (۳۷) همخوانی دارد. پاره‌ای از پژوهش‌ها اثربخشی دیگر درمان‌ها و آموزش‌ها را بر پرخاشگری به شرح زیر نشان می‌دهند. نتایج پژوهش مهدیان‌فر و همکاران نشان داد که توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب توانسته است میزان افسردگی، پرخاشگری کلی و پرخاشگری فیزیکی گروه آزمایش را در مقایسه با یک گروه کنترل کاهش دهد (۳۸). گارسیا سنکو<sup>۱۴</sup> و همکاران به بررسی نشخوارهای عصبی به‌عنوان یک میانجی در رابطه بین توانایی هوش هیجانی و انواع مختلف خصومت پرداختند و نتایج نشان داد نشخوار خشم، میانجی مهمی در ارتباط با توانایی هوش هیجانی و هر سه نوع پرخاشگری است (۳۹). پژوهش اکبری و همکاران تأثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و هیجان‌خواهی رزمی کاران زن شهر آمل را نشان داد (۴۰). که این پژوهش نیز از لحاظ اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر پرخاشگری با نتایج این مطالعه همسو است. آنچه در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت این است که اجتناب تجربه‌ای (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی‌مدت موجب بروز بیشتر علائم اختلال پرخاشگری می‌شود. از دیگر مفروضات این پژوهش این است که وقتی ذهن می‌گوید همه چیز را درباره موضوعی می‌داند، واکنش‌های غیرمنطقی بیشتری بروز می‌کند. گسلس در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند. بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع پرخاشگری می‌کند (۴۱).

12. Rew et al.

13. Gómez et al.

14. García- Sancho

**محدودیت‌های پژوهش**

این پژوهش صرفاً روی دانش‌آموزان دختر انجام شده است لذا باید از تعمیم آن به سایر گروه‌های سنی و جنسیت مذکر، بخصوص رده سنی دانشجویان خودداری نمود. عدم امکان انجام پیگیری و بررسی میزان ثبات و پایداری نتایج در طول زمان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. این پژوهش صرفاً در شهر مبارکه اصفهان انجام شده است و برای تعمیم آن به سایر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود:

- با توجه به اهمیت و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در توانمندی دانش‌آموزان در مقابله با آسیب‌ها، پیشنهاد می‌گردد، در طرح درس تفکر مخصوص سال نهم، مباحث رفتارهای پرخطر و روش‌های مقابله گنجانده شود.
- دوره‌های آموزش ضمن خدمت با این موضوع برای مشاوران و مربیان پرورشی با هدف آموزش و توانمندسازی نیروهای آموزش و پرورش برگزار گردد.
- با توجه به اینکه دانش‌آموزانی که رفتارهای پرخطر از خود نشان می‌دهند، در دوران تحصیل با مشکلات سازگاری، خانوادگی و تحصیلی متعددی مواجه هستند و این اختلال ممکن است موجب افت عزت‌نفس و پیشرفت تحصیلی شود، لازم است تا برنامه منظم آموزشی در جهت آگاه‌سازی والدین، صورت گیرد تا بتوان با درمان مناسب و به موقع روان‌شناختی از پیشرفت این دسته از مشکلات پیشگیری کرد.
- در جلسات درمان واقعی صرف‌نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده، به‌منظور بهینه‌سازی درمان این اختلال‌ها، طرحی برای قبول «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش» دانش‌آموزان، مدنظر قرار گیرد.

راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است و این راهبردها الگوهای انعطاف‌ناپذیری هستند، روش اکت<sup>۱۵</sup> می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را از طریق ذهن آگاهی و فرایند پذیرش، گسلش از افکار، هیجانات، باورها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه پرورش دهد. در واقع تمرینات ذهن آگاهی با معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون (مانند تمرین توجه به تنفس)، آموزش پذیرش، مشاهده گری و توصیف به‌جای قضاوت به افراد، برای حذف واکنش‌های ناکارآمد موقعیت‌های بین فردی کمک می‌کند و مشکلات بین فردی را در افراد کاهش و با افزایش پذیرش روانی تجربیات ذهنی (مانند افکار و احساسات خاطرات و حس‌ها) و کاهش اجتناب تجربه‌ای، فرایند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های گسلش شناختی را ارائه می‌دهد. مشاهده افکار، برچسب زدن، رهایی و فاصله گرفتن از جمله افکار تسهیل‌کننده گسلش شناختی هستند و این مهارت‌ها با انجام تمرینات مختلف در این درمان کسب می‌گردد. امید است نتایج پژوهش حاضر مورد استفاده مدیران و سیاست‌گذاران در کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی**

این مقاله برگرفته از رسالهٔ مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه استان اصفهان است و از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه نامه تأییدیه اخلاق به شماره نامه ۱۲/۹۹۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۳ دارد و از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نکرده است.

**تضاد منافع**

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

**نتیجه‌گیری**

از آنجاکه علت مشکلات بین فردی، استفاده از

**منابع**

1. Slusky RI. Decreasing high-risk behavior in teens. A theater program empowers students to reach out to their peers. *Healthc Exec.* 2004; 19(1): 48-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14716934/>
2. Michael K, Ben-Zur H. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence.* 2007; 30(1): 17-31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140197105000308>
3. Bergman MM, Scott J. Young adolescents'

22. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Appl Psychol.* 2003; 88(6): 1057-1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
23. Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics.* 2017; 14(3): 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
24. Tighe J, Nicholas J, Shand F, Christensen H. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Ment Health.* 2018; 5(2): e10732. <https://doi.org/10.2196/10732>
25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment therapy, An Experiential Approach to Behavior Change*, New York: Guilford; 2016.
26. Kristjansson AL, James JE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID, Helgason AR. Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Prev Med.* 2010; 51(2): 168-171. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.001>
27. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2011; 17(3): 218-225. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1417-fa.html>
28. Fleming JE, Kocovski NL. *Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Manual Second Edition*; 2014.
29. Jourdain RL, Dulin PL. "Giving It Space" A case study examining acceptance and commitment therapy for health anxiety in an older male previously exposed to nuclear testing. *Clin Case Stud.* 2009; 8: 25-210. <https://doi.org/10.1177/1534650109334631>
30. Eifert GH, Heffner MT. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatr.* 2003; 34: 293-312. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001> [PMID]
31. Melchior M, Chastang JF, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addict Behav.* 2008; 33(1): 122-33. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.09.009>
32. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety.* 2005; 21: 185-92. <https://doi.org/10.1002/da.20070> [PMID]
33. Gaudiano BA, Herbert JD, Hayes SC. Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behav Ther.* 2010; 41(4): 543-54. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.001>
34. Rew L, Carver T, Li CC. Early and risky sexual behavior in a sample of rural adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2011; 34(4): 189-204. <https://doi.org/10.3109/01460862.2011.619861>
35. Shafei Z, Nejat H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on High-Risk Behaviors and Self-Efficacy of Taxi Drivers, The First Comprehensive International Conference on Psychology, Educational Sciences and Social Sciences, Tehran, Koosha Gostar Conference Center in collaboration with Universities; 2015.
36. Dousti P, Gholami S, Torabian S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Aggression among Students with Internet Addiction. *Journal of health & care.* 2016; 18(1): 63-72. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-438-en.html>
37. Gómez MJ, Luciano C, Páez-Blarrina M, España Ruiz FJ, Valdivia-Salas S, Gil-Luciano B. Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2014; 14(3): 307-332. <https://psycnet.apa.org/record/2014-47636-001>
38. Mahdianfar F, Kimiaei SA, Ghanbari-Hashemabadi B. Examining the effectiveness of psycho-social empowerment based on choice theory on reducing depression and aggression in women with husbands in prison in 2014. *Forensic Medicine.* 2015; 21(3): 167-77. [Persian]
39. García-Sancho E, Salguero JM,

- wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *J Adolesc.* 2001; 24(2): 183-97. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0378>
4. Bosch KR, De Guzman MR. High-risk behaviors among youth. *Neb Guide: Division of the Institute of Agriculture and Natural Resources at the University of Nebraska-Lincoln*; 2007.
  5. Thomas C. Health risk behaviours of high school learners and their perceptions of preventive services offered by general practitioners. *South African Family Practice.* 2009; 51(3): 216-223.
  6. Enyeart Smith TM, Wessel MT. Alcohol, drugs, and links to sexual risk behaviors among a sample of Virginia college students. *J Drug Educ.* 2011; 41(1): 1-16. <https://doi.org/10.2190/DE.41.1.a>
  7. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z. Investigation of high-risk behaviors among adolescents. *Research Family Quarterly.* 2008; 20(1): 485-467. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_95586.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_95586.html)
  8. Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological Survey of Suicide in Rural Areas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2000; 5(4): 4-11. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1783-en.html>
  9. Barikani A. High Risk Behaviors in Adolescent Students in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2008; 14(2): 192-198. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-471-en.html>
  10. Rahimi S. The relationship between high risk behavior, personality and self- integration. MA Thesis in psychology, Tehran University; 2021.
  11. Esmaielzadeh H, Asadi M, Miri N, Keramatkar M. Prevalence of High Risk Behaviors Among High School Students of Qazvin in 2012. *Iranian Journal of Epidemiology.* 2014; 10(3): 75-82. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5282-fa.html>
  12. Alae R, Kadivar P, Mohammadkhani S, Sarami G, Alae S. The Prevalence of Tobacco, Hubble-Bubble, Alcoholic Drinks, Drugs, and Stimulants among High-School Students. *Scientific Quarterly of Research on Addiction.* 2011; 5(18): 99-114. <http://etiadpajohi.ir/article-1-356-fa.html>
  13. Soleymani nia L, Jazayeri A, Mohamad khani P. The Role of Positive and Negative Mental Health in Adolescent's Health Risk Behaviors. *Social Welfare Quarterly.* 2006; 5(19): 75-90. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1948-fa.html>
  14. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Delavari A, Heshmat R, Mokhtari MR, Razaghi EM, Motaghian M, Ahangar-Nazari I, Mahmood-Arabi MS, Barekati H. CASPIAN Study Group. Smoking behavior and its influencing factors in a national-representative sample of Iranian adolescents: CASPIAN study. *Prev Med.* 2006; 42(6): 423-6. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.03.001>
  15. Westling E, Andrews JA, Hampson SE, Peterson M. Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *J Adolesc Health.* 2008. 42(6): 555-63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.002>
  16. Izadi R. Abedi, M.R. Therapy based on acceptance and commitment, Isfahan, Jangal Publications; 2012.
  17. Izadi R, Ahmadi MR. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving the Mental Health Dimensions (Anxiety, High Risk Behavior) of Female High School Students. *First Conference on Basic Beliefs and Behavioral Sciences*; 2016.
  18. Aghae H, Yavari H. [The effectiveness of commitment and acceptance therapy on social adjustment and compassion]. *Journal of Islamic Azad University, Shahroud Branch* 2017; 4(1): 39-50. (Persian)
  19. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *Behav Anal.* 2006; 29(2): 161-85. <https://doi.org/10.1007/BF03392129>
  20. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70(5): 1129-39. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1129>
  21. Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., RasmussenHall, M. L., & Palm, K. M. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy.* 2004; 35(1):689-705. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789404800157>

- Fernández-Berrocal P. Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. *Personality and Individual Differences* 2016; 89: 143–7.
40. Akbari B, Saghafi T, Mohammadzade M. The effect of cognitive behavioral group training on aggression and sensation seeking rates among female martial artists in the city of Amol. *Knowledge and research in applied psychology*. 2015; 16(2): 69-76. [Persian]
41. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2008.