رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۷، شماره پیاپی ۷۶، مهر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(7), 2022

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-control and emotional inhibition male students with high-risk behaviors

یلدا اسمعیل نژاد(نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
سهیلا اسماعیلی ینگجه
کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
دکتر سجاد بشرپور
استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده
هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۹ نفر از بین آنها انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (هیز و استروساهی، ۲۰۱۰) دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS، سلیمانی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۷)، مقیاس خودمهارگری (SCS، تاجنی و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامهٔ استاندارد مهار هیجانی (ECQ، راجرز و نجاریان، ۱۹۸۹) بود. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش آزمون بین نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری در خودمهارگری و بازداری هیجانی وجود داشت(P<۰/۰۰۱). در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودمهارگری و بازداری هیجانی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: *بازداری هیجانی، خودمهارگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتارهای پرخطر*

Yalda Esmaeilnezhad*
M.A of Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
yalda_e2020@yahoo.com
Soheila Esmaeily yengejeh
M.A of Educational Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.
Dr. Sajjad Basharpoor
Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Abstract
The aim of this research was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-control and emotional inhibition in male students with high-risk behaviors. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all male high school students in Ardabil in the academic year 2020-2021. By purposeful sampling method, 29 eligible individuals were selected and randomly assigned to experimental (n = 14) and control (n = 15) groups. The experimental group received eight 75-minute sessions per week, one session of acceptance and commitment therapy (Hayes and Strosahl, 2010). Data collection tools were the Iranian adolescents' risk-taking scale (IARS, Soleimaninasab et al., 2018), Self-Controlling Scale (SCS, Tangney et al., 2004), and Standard Emotional Control Questionnaire (ECQ, Rogers and Najarian, 1989). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS22 statistical software. Results showed that with pre-test control, there was a significant difference between self-control and emotional inhibition between post-test scores in the experimental and control groups (P<0.001). As a result, it can be said that acceptance and commitment-based therapy is effective in improving self-control and emotional inhibition in students with high-risk behaviors.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Inhibition, High Risk Behaviors, Self-Control*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۰** | **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

مقدمه

نوجوانی[1] به دوره‌ای از جریان تدریجی زندگی اطلاق می‌شود که با تحول عمیق در جسم و روان و قدرت تجسم و تخیل همراه است (کیتینگ[2] و همکاران، ۲۰۱۹). این دوره، یکی از مهم‌ترین دوران رشد انسان به شمار می‌آید که حساسیت بسیاری را با خود به همراه دارد و موجب بحران‌هایی برای نوجوان و خانوادهٔ او می‌شود. نوجوانان به خاطر تغییرات چشمگیر و سریع جسمانی، اجتماعی، هیجانی و شناختی که از بلوغ ناشی می‌شود، با چالش‌های زیادی روبه‌رو هستند (کلیمسترا و ون داسلار[3]، ۲۰۱۷). یکی از عمده‌ترین این چالش‌ها، گرایش به رفتارهای پرخطر[4] است (زین[5]، ۲۰۱۹). رفتارهای پرخطر شامل فعالیت‌هایی در شیوه زندگی است که شخص و اطرافیانش را در معرض خطر بسیاری از بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی قرار می‌دهد (الکساندر[6] و همکاران، ۲۰۱۹). اغلب رفتارهای پرخطر در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شوند و رفتارهایی شامل استعمال دخانیات، رفتارهای ناهنجار، خشونت، رفتارهای جنسی، مصرف الکل و مواد مخدر را در بر می‌گیرند (پانگادی و پلاتزیر[7]، ۲۰۲۰؛ بوزینی[8] و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران نیز یک مطالعه فراتحلیل نشان داد که شیوع مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، استعمال دخانیات، قلیان و روابط خارج از ازدواج در نوجوانان ایرانی به ترتیب ۴٪، ۹٪، ۹٪، ۲۰٪ و ۲۰٪ است (بهادیوند و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش‌های پیشین حاکی از آن هستند که نوجوانان به سبب اقتضای سنی خود و تاثیر همسالان، بیشتر مستعد گرایش به رفتارهای پرخطر می‌باشند (مارتا[9]، ۲۰۱۷؛ رادریگیوز[10] و همکاران، ۲۰۱۹؛ بخشش بروجنی و همکاران، ۱۳۹۸). به خصوص اینکه شیوع این رفتارها در نوجوانان پسر به سبب گرایش بیشتر برای دوست‌یابی و گروه همسالان، هیجان‌خواهی و مشکل بودن نظارت و کنترل والدین، بیشتر است (علیزادگان و همکاران، ۱۳۹۷؛ فرزین و همکاران، ۱۳۹۹). با این وجود، بررسی‌ها نشان داده‌اند که زمانی که نوجوانان تحت تنش‌های ناشی از موقعیت‌های مختلف قرار می‌گیرند (بروک[11]، ۲۰۱۶)، وجود خودمهارگری[12] و بازداری هیجانی[13] مناسب در آنان می‌تواند به عنوان حائلی برای رفتارهای پرخطر باشد (ویس[14] و همکاران، ۲۰۱۵؛ لیو[15] و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع گرایش به رفتارهای پرخطر به عنوان سازوکاری برای سرکوب هیجان‌های منفی به کار می‌رود و چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در هنگام رو به رو شدن با حادثه منفی از اهمیت زیادی برخوردار است (اسپور[16] و همکاران، ۲۰۰۷). لذا وجود خودمهارگری و بازداری‌هیجانی به عنوان یک مکانیسم کنترل‌کننده، دارای اهمیت بسزایی است. در واقع خودمهارگری به عنوان یک نیروی بازدارنده در مورد رفتارهای تکانشی مانند عدم احساس دیگران، خطرپذیری بالا، ضعف در مهارت تصمیم‌گیری، تعریف می‌شود (پیروتینسکی[17]، ۲۰۱۴). همچنین بازداری هیجانی نیز براساس دیدگاه رویکرد پردازش اطلاعات، جزء مؤلفه‌های اصلی پردازش هیجانی[18] است که بر فرایندهای روانی فرد تأثیر می‌گذارد (شاهی و همکاران، ۲۰۲۰). راجر و نجاریان[19] (۱۹۸۹) بازداری هیجانی را تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده تعریف می‌کنند. در واقع اقدام به رفتارهای پرخطر یک راهبرد ناسازگارانه در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و منفی زندگی است. به نظر می‌رسد، هنگام مبادرت به رفتار پرخطر، احتمالاً به واقعه اصلی که محرک هیجان منفی بوده است، پرداخته نمی‌شود. هنگامی که رفتار پرخطر متوقف می‌شود، فرد مستعد

1 . Adolescence
2. Keating
3. Klimstra & van Doeselaar
4. high-risk behaviors
5. Zinn
6. Aleksandar
7. Pengpid & Peltzer
8. Bozzini
9. Marotta
10. Rodriguez
11. Brock
12. self-control
13. emotional inhibition
14. Weiss
15. Liu
16. Spoor
17. Pirutinsky
18. Emotional processing
19. Roger & Najarian

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

بازگشت به همان حالت منفی است که تلاش می‌کرد از آن فرار کند. افرادی که از رفتارهای پرخطر، به منظور کاهش حالت‌های عاطفی و هیجانی منفی خود استفاده می‌کنند، مستعد گرایش به رفتار پرخطر هستند (شاهی و همکاران، ۲۰۲۰). چنانچه در این خصوص ویبس و همکاران (۲۰۱۵) بیان کردند که عدم توانایی کنترل هیجانات در نوجوانان با رفتارهای پرخطر مرتبط است. بعلاوه نتایج مطالعات چندی نیز حاکی از همبستگی منفی بین خودمهارگری با رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزن بود (نوزاکی و میکولاجسزاک[1]، ۲۰۱۵؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۹).

نظر براین است که رفتارهای هیجانی افراد بیشتر متاثر از الگوهای محیطی است و چون این رفتارها جنبه‌ی یادگیری دارد، بنابراین می‌توان برنامه‌هایی برای آموزش ایجاد تعادل و هماهنگی در بروز این گونه رفتارها در نظر گرفت (هیز[2] و همکاران، ۲۰۱۳). در این راستا یکی از مداخلاتی که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] است (باروچ[4] و همکاران، ۲۰۱۲). در این درمان که یکی از درمان‌های نسل سوم رفتار درمانی است، سعی می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش داد (باروچ و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع هدف این درمان ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (فورمن و هربرت[5]، ۲۰۰۹). به ویژه در دوران نوجوانی که نوجوانان به سبب اقتضای سنی خود، دنبال ارزشی برای زندگی هستند. چنانچه در این خصوص کتینگ[6] (۱۹۹۰، نقل از خرازی، ۱۳۹۱) بیان می‌کند که افراد در دوره نوجوانی از توانایی‌های جدید خود برای بررسی مجدّد مسائل اساسی مربوط به مناسبات اجتماعی، اخلاقیات، سیاست و مذهب استفاده می‌کنند و تلاش می‌کنند تا راه حلی برای تعارض میان ایده‌آل‌های موجود در مسائل مذکور و عملکرد واقعی بزرگسالان پیدا کنند و با تلاش در خودکنترلی، راه صحیحی را برای خود برگزینند و ارزشمندی بیشتری به زندگی می‌دهند. بعلاوه درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضع پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی[7] و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج بررسی‌های چندی نشان داده‌اند که این درمان تاثیر معناداری بر کاهش رفتارهای پرخطر (احمدی‌سرموری و همکاران، ۱۳۹۸)؛ افزایش خودمهارگری (باباخانی، ۱۳۹۹؛ سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶) و بهبود بازداری هیجانی و تنظیم هیجانی (فعله‌کار و همکاران، ۱۳۹۹؛ عبدالرحیمی نوشاد، ۱۳۹۹؛ زاهو[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰؛ سیاوش‌آبکنار و همکاران، ۱۴۰۰؛ تامپسون[9] و همکاران، ۲۰۲۱) داشته‌اند.

نظر به آنچه بیان شد توجه به رفتارهای پرخطر در دورهٔ نوجوانی که علاوه بر داشتن روند افزایشی در بین دانش‌آموزان نوجوان، به عنوان یکی از عامل‌های اساسی تحمیل هزینه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی بر دوش خانواده‌ها و جامعه سلامت کشور، دارای ضرورت و اهمیت بررسی می‌باشد. بعلاوه با توجه به ارتباط بین متغیرهای خودمهارگری و بازداری هیجانی با رفتارهای پرخطر (ویبس و همکاران، ۲۰۱۵؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۹)، به خصوص در نوجوان که به سبب اقتضای سنی خود در خصوص کنترل و به کارگیری مناسب این متغیرها دارای مشکل هستند()؛ لذا انجام چنین پژوهشی که می‌تواند زمینه‌ای برای بهبود این متغیرها و به تبع آن کاهش این معضل فراهم کند، بسیار مهم و دارای اهمیت است. بعلاوه نتایج این مطالعه می‌تواند با برجسته سازی تاثیر مداخله‌های روانشناختی بر روی متغیرهای مرتبط با رفتارهای پرخطر (نظیر خودمهارگری و بازداری هیجانی) علاوه بر سودمندی درمانی، زمینه‌ای برای رفتارهای پیشگیرانه نیز فراهم آورد. به ویژه اینکه در این حیطه مطالعات داخلی اندکی صورت گرفته است، که این موضوع نشانگر خلاء پژوهشی است. براین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر انجام شد.

1. Nozaki & Mikolajczak
2. Hayes
3. acceptance and commitment therapy
4. Baruch
5. Forman & Herbert
6. Kiteng
7. Bloy
8. Zhao
9. Thompson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. نمونه پژوهشی شامل ۳۰ نفر از جامعه آماری مذکور بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق غربالگری شناسایی و وارد مطالعه شدند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر). به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر بعد از هماهنگی‌های لازم و انتخاب مدارس پسرانه دوره دوم متوسطه (انتخاب ۲ مدرسه)، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی سلیمانی نسب و همکاران (۱۳۹۷) در اختیار دانش‌آموزان این مدارس قرار گرفت. تعداد ۱۵۰ نفر از دانش‌آموزان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که حداقل ۱ نمره بالاتر از نقطه برش (نمره ۴۶) کسب کرده بودند، شناسایی شدند بعد از توضیح اهداف پژوهش، این دانش‌آموزان در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه نیز با استناد به حجم نمونه‌ای پیشنهاد شده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) صورت گرفت (دلاور، ۱۳۹۹). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش؛ عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد براساس اظهار خود شرکت‌کنندگان و پرونده دانش‌آموزی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به شرکت در طول درمان، دریافت هر گونه خدمات مشاوره‌ای در خصوص رفتارهای پرخطر در طی پژوهش از مراکز دیگر و غیب متوالی دو جلسه بود. انجام جلسات مداخله‌ای در مراکز مشاوره و رواندرمانی و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی (مربوط به شیوع کرونا) شامل رعایت فاصلهٔ صندلی‌ها، توزیع ماسک و استفاده از مواد ضدعفونی کننده صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل محرمانه‌ماندن اطلاعات افراد گروه‌ها بود. پژوهشگران هزینه ایاب و ذهاب در طی جلسات درمانی را برای گروه آزمایش پرداخت کردند. همچنین ارائه درمان به صورت فشرده برای گروه گواه پس از اتمام پژوهش نیز صورت گرفت. به علاوه اینکه به پاس همکاری والدین به منظور شرکت دانش‌آموزان در پژوهش، یک جلسه مشاوره رایگان برای والدین یا دانش‌آموزان در جلسات قبل از آغاز مداخله پژوهشی در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که یک نفر از دانش‌آموزان گروه گواه به سبب درگیری شدید با بیماری ویروس کرونا در مرحله پس آزمون شرکت نداشت، لذا در نهایت تعداد ۲۹ نفر در دو گروه گروه آزمایش(۱۵ نفر) و گواه (۱۴ نفر) بعد از شناسایی وارد مطالعه شدند و از هر دو گروه پیش آزمون دریافت شد. گروه آزمایش تحت هشت جلسهٔ آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. بعد از اتمام جلسات درمانی، از هر دو گروه پس آزمون دریافت شد. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی[1] (IARS): این مقیاس را سلیمانی نسب و همکاران (۱۳۹۷) براساس پرسشنامه خطرپذیری (ARQ[2]) گالونه[3] و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان (YRBSS[4]) برنر[5] و همکاران (۲۰۰۴) با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی برای سنجش رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه دارای ۳۸ گویه است که انواع رفتارهای پرخطر مانند رانندگی خطرناک، مصرف سیگار، مصرف مواد و روان‌گردان، رابطه جنسی، خشونت و گرایش به جنس مخالف را براساس یک طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای (از کاملاً موافقم نمره ۵ تا کاملاً مخالفم نمره ۱) مورد سنجش قرار می‌دهد. نمرات بالا نشانگر خطر بیشتر رفتارهای پرخطر است. روایی صوری پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان و صاحب نظران مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس از روایی عاملی اکتشافی مطلوبی برخوردار بود (تبیین ۵۷/۱۷ درصد واریانس کل مقیاس). همچنین آزمون کفایت نمونه گیری کایزر-مایر- والکین (KMO[6]) برابر با ۰/۹۵ بود که در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار بود که حاکی از کفایت نمونه‌های آزمون بود. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه

1. iranian adolescents risk-taking scale
2. adolescent risk-taking questionnaire
3. Gullone
4. youth risk behavior surveillance
5. Brener
6. Kaiser-Mayer-Oklin measure of sampling

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

۰/۹۱ به دست آمد. این ضریب برای رانندگی خطرناک ۰/۷۴، مصرف سیگار ۰/۹۳، مصرف مواد و روان‌گردان ۰/۹۰، رابطه جنسی ۰/۸۷، خشونت ۰/۷۸، گرایش به جنس مخالف ۰/۸۳ به دست آمد (سلیمانی نسب و همکاران، ۱۳۹۷). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس خودمهارگری[1](SCS): مقیاس خودمهارگری تاجنی[2] و همکاران (۲۰۰۴) به منظور سنجش گرایش به خودمهارگری ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۳ عبارت است که در دامنه پنج درجه‌ای لیکرت از اصلا (۱) تا بسیار زیاد (۵) نمره گذاری می‌شود. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) با انجام پژوهشی آلفای کرونباخ برای فرم بلند ۳۶ آیتمی را ۰/۸۹ و برای فرم کوتاه-۱۳ آیتمی ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین ریدر و همکاران (۲۰۱۱)، روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه خود کنترلی ویلکاکسون (r=۰/۴۹) و روایی واگرای آن را با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن (r=-۰/۴۲) گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط آزادمنش و همکاران (۱۳۹۹) مورد هنجاریابی قرار گرفت. براساس یافته‌های تحلیل، دو عامل منسجم شناسایی شدند. ضرایب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه رفتار اخلاقی (r=۰/۴۶۲) نیز نشانگر روایی آن بود. همسانی درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۷۵ — ۰/۸۱ به دست آمد (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر همسانی درونی این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۷۶ به دست آمد. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامهٔ استاندارد مهارهیجانی[3]**(ECQ):** پرسشنامهٔ استاندارد مهارهیجانی راجر و نشوور[4] (۱۹۸۷) برای ارزیابی مهار و بازداری هیجانی تدوین و در سال ۱۹۹۸ از سوی راجر و نجاریان مورد تجدیدنظر قرار گرفت. در پژوهش حاضر از این فرم استفاده شد. این پرسشنامهٔ دارای ۴ زیرمقیاس بازداری هیجان، مهارپرخاشگری، نشخوارگری یا مرور ذهنی و مهار خوشخیم و ۵۶ مادّه است و هر زیرمقیاس ۱۴ مادّه دارد که به صورت غلط (نمره ۱) و درست (نمره ۲) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسشنامه به روش کودر-ریچاردسون[5] برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب بالا برابر ۰/۶۷، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۸۳ و برای کل آزمون برابر ۰/۷۴ گزارش شد. همچنین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که زیر مقیاس‌ها دارای قوام داخلی بالایی بودند (راجرز و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه شخصیتی آیزنگ[6] و کینه ورزی باکس-دارکه[7] به ترتیب برابر (r=۰/۴۳) و (r=۰/۳۸) به دست آمد. در پژوهش رفعیان و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این آزمون براساس ضریب کودر-ریچاردسون برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوشخیم به ترتیب برابر ۰/۶۷، ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین براساس مطالعه رفعیان و همکاران (۱۳۸۵) برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی از ۳۲۰ نمونه استفاده شد و براساس ضریب به دست آمده KMO برابر ۰/۹۱ بود که نشان از حجم مناسب نمونه برای تحلیل اکتشافی بود. نتایج نشان داد که این مولفه‌ها در مجموع ۵۱/۷۴ درصد از کل واریانس پرسشنامه را به خود اختصاص داده‌اند. بعلاوه مقدار به دست آمده از شاخص CVI، حاکی از روایی محتوایی (CVI =۰/۸۱) این پرسشنامه بود. در این پژوهش از مولفه بازداری هیجان استفاده شده است. در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس براساس ضریب کودر-ریچاردسون برای کل مقیاس برابر ۰/۶۷ به دست آمد.

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس بسته درمانی/آموزشی هیز و استروساهی (۲۰۱۰) صورت‌بندی شد. این درمان طی هشت جلسهٔ آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این بسته در مطالعات بسیاری استفاده و تأیید شده است (فعله‌کار و همکاران، ۱۳۹۹؛ جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۷) خلاصهٔ جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۱).

1. self control scale
2. Tangney
3. Roger & Nesshoever, emotion control Questionnaire
4. Roger & Nesshoever
5. Kuder – Richardson
6- Eysenck personality questionnaire
7- Buss-Durkee Hostility inventory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰)

ردیف جلسه	عنوان جلسه	توضیحات جلسه
اول	آشنایی	معارفه، آموزش درخصوص درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف آن؛ آشنایی و آموزش دربارهٔ خودمهارگری و بازداری هیجانی؛ بحث درخصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از تنیدگی؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
دوم	درماندگی خلاق	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ ذهن‌آگاهی؛ بررسی راهبردهای کنترل خاص استفاده‌شده توسط فرد تاکنون. ارزیابی هزینه‌ها و خسارات؛ بررسی فواید این راهبردهای کنترل؛ ارائه تکلیف خانگی
سوم	تمایل بجای کنترل	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش مُراجع در مورد چگونگی یادگیری مشاهده اضطراب به‌جای واکنش به آن. کنترل دنیای بیرون در مقابل دنیای درون؛ ارائه تکلیف خانگی
چهارم	گسلش	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ استفاده از استعاره های مربوط به ماندگاری قانون‌های ذهنی و آسیب‌زابودن آن‌ها؛ آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی؛ ارائه تکلیف خانگی
پنجم	حرکت به‌سمت زندگی ارزش‌مند با خود پذیرا و مشاهده‌گر	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش انواع خود: خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا؛ خود مشاهده‌گر؛ ارائه تکلیف خانگی
ششم	ایجاد الگوی منعطف رفتار با مواجهه ارزش‌محور	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ استفاده از استعاره تشییع جنازه؛ تصریح ارزش‌ها و مشخص‌کردن جهت‌های ارزش‌مند زندگی؛ توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خود به عنوان یک بستر؛ ارائه تکلیف خانگی
هفتم	توسعه خزانه رفتاری و پاسخ‌دهی به آشفتگی	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش به افراد برای نگهداشتن خود در زمان حال، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)
هشتم	جمع‌بندی و مرور	تمرین‌کردن تکنیک‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط افراد ازطریق فعالیت‌های انتخاب‌شده و مرور چگونگی برخورد با موانع در زندگی ارزشمند

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۹ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۴ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. طبق یافته‌ها، میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب برابر ۴۷/۱۹ و ۱۵/۱ و گروه گواه برابر ۱۷/۱۲ و ۱/۱۳ بود. همچنین نتایج آزمون تی برای دو گروه مستقل نشان داد که میانگین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (P=۰/۶۸، t=-۰/۵۱). در هر دو گروه کم‌ترین فراوانی پایه یازدهم (به طور مشترک در هر دو گروه ۲۰ درصد) و بیشترین فراوانی پایه سوم (گروه گواه ۴۶/۶۷ درصد و گروه آزمایش ۵۳/۳۳ درصد) بودند (P=۰/۴۷، t=-۰/۳۹). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار خودمهارگری و بازداری هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
خودمهارگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۳/۰۸	۴/۱۰
		پس‌آزمون	۴۱/۲۸	۴/۹۶
	گواه	پیش‌آزمون	۳۲/۷۵	۴/۱۰
		پس‌آزمون	۳۲/۱۹	۴/۱۳
بازداری هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۳۸	۳/۱۸
		پس‌آزمون	۲۰/۱۹	۴/۰۸
	گواه	پیش‌آزمون	۱۶/۰۲	۳/۲۴
		پس‌آزمون	۱۵/۷۸	۳/۱۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

بر اساس جدول ۲، میانگین نمرات خودمهارگری و بازداری هیجانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است، اما در گروه گواه تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش در هر دو مرحله بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است (P>۰/۰۵). براین اساس، استفاده از تحلیل پارامتریک بلامانع است.

در ادامه به‌منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا آزمون برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها، از آزمون X2 بارتلت استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که رابطه بین این متغیرها، معنادار است (P<۰/۰۱، df=۲، X2=۱۱۹/۲۷) بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین متغیرهای برقرار است. بعلاوه در ادامه پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد. نتایج حاصل از F محاسبه شد و عدم معناداری آن برای متغیرهای وابسته حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود (خودمهارگری، P=۰/۷۳، F=۰/۱۳؛ بازداری هیجانی، P=۰/۳۱، F=۰/۹۴) همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لون بررسی شد و نتایج حاکی‌از برقرار بودن این پیش‌فرض برای متغیرهای وابسته بود (خودمهارگری، P=۰/۳۱، F=۱/۱۳؛ بازداری هیجانی، P=۰/۳۲، F=۱/۰۴) همچنین نتایج پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون ام‌باکس) حاکی‌از نبود تفاوت بین واریانس‌ها (P=۰/۰۹، M-Box =۷/۳۱، F=۲/۱۴) بود؛ بنابراین، برای انجام ادامهٔ تحلیل مانعی وجود نداشت. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص های اعتباری	مقدار	مقدار F	df فرضیه	df خطا	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۰۵	۱۳۸/۶۲۹	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۴۷	۱۳۸/۶۲۹	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱
	اثر هتلینگ	۱۹/۲۱۷	۱۳۸/۶۲۹	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۹/۲۱۷	۱۳۸/۶۲۹	۲	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱

براســـاس نتایج جدول ۳ که مربوط به شـــاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، شـــامل آزمون‌های اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، و بزرگترین ریشـــه روی برای متغیرهای خودمهارگری و بازداری هیجانی (P<۰/۰۰۱، F=۱۳۸/۶۲، ۰/۱۴۷=لامبدای ویلکز) معنی دار می‌باشد. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ ازادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
خودمهارگری	پیش آزمون	۱۲۴/۲۱		۱۲۴/۲۱	۱۸۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
	گروهی	۲۴/۳۱	۱	۲۴/۳۱	۳۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	خطا	۱۹/۴۸	۲۶	۰/۷۴۹				
بازداری هیجانی	پیش آزمون	۳۲۸/۹۷	۱	۳۲۸/۹۷	۷۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	گروهی	۹۹/۷۱	۱	۹۹/۷۱	۲۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹۵
		۱۱۰/۲۲	۲۶	۴/۲۳				

براساس نتایج جدول ۴، با درنظرگرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیر خودمهارگری (p<۰/۰۰۱) و بازداری هیجانی (p<۰/۰۰۱) شد؛ بدین‌معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیرهای خودمهارگری و بازداری هیجانی به‌دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) بود. میزان تأثیر درمان مبتنی بر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

پذیرش و تعهد در متغیرهای خودمهارگری و بازداری هیجانی به‌ترتیب برابر با ۰/۵۵ و ۰/۴۷ به‌دست آمد؛ از این‌رو می‌توان مطرح کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودمهارگری و بازداری هیجانی در دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری در دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود خودمهارگری در دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر داشت. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سعیدمنش و پهلوان (۱۳۹۶)، باباخانی (۱۳۹۹)، زاهو و همکاران (۲۰۲۰) و سیاوشی آبکنار و همکاران (۱۴۰۰) مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودمهارگری در گروه‌های مورد بررسی، همسویی داشت.

در تبیین این یافته قابل بیان است که رویکردی که عموما توسط نوجوانان جهت روبرو شدن با مشکلات و مسائل دوره نوجوانی استفاده می‌شود(به سبب اقتضای سنی خود)، بیشتر رویکردهای اجتنابی و کمتر مهاری، حل فوری مشکل با کمترین تفکر در مورد پیامد آن و گاهی اوقات رویکردهای حمایت‌مدار است و آنان کمتر بدنبال استفاده کردن از رویکرد مساله‌مدار هستند (کلیمسترا و ون داسلار، ۲۰۱۷). عموما این افراد کمتر سعی می‌کنند مساله و مشکل را حل کنند، بلکه با روی آوردن به برخی از رفتارها صورت مساله را پاک می‌کنند. بعلاوه مهار بر این فرایند مبتنی است که فرد تلاش‌هایی برای کنترل یا تغییر دادن شکل و یا فراوانی افکار و احساسات ناخواسته خود انجام می‌دهد و تمایلی به تجربه کردن این رویدادها ندارد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجایی که اهداف عمده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرورش پذیرش افکار و احساسات ناخواسته، اجتناب و تلاش برای مدیریت افکار هیجانی است، پذیرش به عنوان جایگزینی برای مهار عمل می‌نماید و شامل در برگرفتن فعال و آگاهانه تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر شکل و فراوانی آنها است. لذا تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را در دستیابی به مهارت‌ها، انطباق با فعالیت‌های ارزشمند و حرکت به سمت اهداف یاری می‌دهد که همین امر باعث می‌شود که میزان مهارگری این افراد به خصوص در رویا رویی با رفتارهای پرخطر افزایش یابد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳).

در تبیین دیگری قابل بیان است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس تکنیک‌های آموزشی خود به فرد این امکان را می‌دهد که به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان (مانند آموزش جلسه سوم که به آموزش کنترل دنیای بیرون در مقابل دنیای درون)، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازد (مانند آموزش‌های جلسه ششم در این پژوهش که زمینه‌ساز ایجاد الگوی منعطف رفتار با مواجهه ارزش‌محور و شناسایی ارزش‌های فرد و تصریح ارزش‌ها شد)؛ (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹)؛ که این فرایند بر افزایش شناخت فرد از خویشتن و به تبع آن افزایش خودمهارگری تأثیرگذار بوده است.

قسمت دیگر نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود بازداری هیجانی در دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر داشت. این یافته‌ها با نتایج مطالعات جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) و فعله‌کار و همکاران (۱۳۹۹) و تامپسون و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود کارکردهای هیجانی در گروه‌های مورد بررسی، همسویی داشت. این یافته به واسطه فرایندهای درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قابل تبیین است. فرایندهای گسلش و آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در توجه خود می‌شود. به عبارتی باعث جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد کند که به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳) به این لحاظ که این روش می‌تواند به فرد کمک کند تا هیجانات منفی خود را بپذیرد و در جهت تنظیم و بازداری مناسب آنها تلاش کند. بعلاوه مهارت گسلش شناختی نیز به عنوان یکی از مکانیسم‌های عمل بر اساس نظریه هیز و همکاران (۲۰۱۳) قابل بحث است. به طوری‌که در این درمان مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش شناختی، میزان تاثیری است که یک فکر (مثلا گرایش به یک رفتار پرخطر) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (هریس[1]، ۲۰۰۹). لذا در طی فرایند درمان، مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آنها برخورد کند و نظاره‌گر آنها نباشد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹)؛ بنابراین فرد از این فرایند درمانی آموخته شده، در جهت تنظیم رفتارها، احساسات و هیجانات خود و بازداری مناسب آنها در جهت

1. Harris

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

ارزش‌های مثبت استفاده می‌کند؛ که همین عامل می‌تواند علاوه بر تأثیرگذاری بر کارکردهای هیجانی فرد، حتی زمینه را برای کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر نیز فراهم کند. افزون براین درمان مبتنی بر پذیرش تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطافپذیری پرداخته و سپس افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است (هریس، ۲۰۰۹) که می‌تواند به بهبود بازداری هیجانی بیانجامد.

براساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر خودمهارگری و بازداری هیجانی در دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطر سودمند و مؤثر است؛ بنابراین از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت، در صورتی که برای دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه شود، می‌تواند زمینه افزایش خودمهارگری و بازداری هیجانی در این دانش‌آموزان را فراهم کرده و به تبع آن موجب کاهش ادامه این رفتارها را شاهد بود. از طرفی دانش‌آموزان نوجوان از تمرین‌های این روش درمانی، به عنوان روشی یاری‌گر برای مهار و بازداری هیجانی استقبال نمودند؛ از این‌رو مشاوران و درمانگران می‌توانند از این روش مداخله‌ای در مداخلات بالینی و درمانی بهره گیرند.

این پژوهش در مسیر خود با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله آن استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم پایین نمونه مورد مطالعه و عدم اجرای دوره پیگیری بود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی علاوه بر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی (تصادفی)، چنین پژوهشی بر روی تعداد نمونه بالاتر صورت گیرد. بعلاوه پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران آتی مرحله پیگیری را نیز به منظور تعیین ماندگاری اثرات درمان صورت دهند.

منابع

احمدی سرموری، پ.، مردانی‌کرانی، ج.، نظری سرمازه، ف.، صیادی شهرکی، ز.، و امیدیان دهکردی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم. رویش روان شناسی،۸(۱۲)، ۳۰-۲۱. http://frooyesh.ir/article-۱-۹۷۵-fa.html.

امانی، ا.، عیسی‌نژاد، ا.، و علیپور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در زنان متاهل. *مجله فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۱۴(۴۸)، ۱۴۵-۱۶۷. *http://ensani.ir/fa/article/419250*.

باباخانی، و. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت‌دیده. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۷ (۱)، ۱۲۱-۱۳۲. *https://www.ijfpjournal.ir/article_245567.html*.

بخشش بروجنی، م.، هاشمی، ت.، و فرج‌پورنیری، س. (۱۳۹۸). پیش بینی رفتارهای پرخطر بر اساس هم‌نشینی با همسالان بزهکار، افسردگی و حل مسئله. *اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۶)، ۲۳۵-۲۵۳. http://etiadpajohi.ir/article-۱-۲۰۹۷-fa.html.

جهانگیری، ع.، شیردل، م.، و قره چورلو، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خود کارآمدی مقابله با مشکلات در افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان با متادون. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۰(۲)، ۴۱-۴۹. http://journal.nkums.ac.ir/article-۱-۱۵۱۷-fa.html.

دلاور، ع. (۱۳۹۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. https://www.adinehbook.com/gp/product/9646115179.

سعیدمنش، م.، و پهلوان، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*،۶(۴)، ۱۴-۲۲. *http://socialworkmag.ir/article-1-346-fa.pdf*.

سلطانی‌زاده، م.، حسینی، ف.، و کاظمی‌زهرانی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. *مجله مطالعات علوم تربیتی*، ۱۸(۴۱)، ۶۵-۷۳. *http://ensani.ir/fa/article/455020*.

سلیمانی‌نسب، ف.، غلامرضایی، س.، و ویسکرمی، ح.ع. (۱۳۹۷). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش میزان گرایش به خطرپذیری در دانش‌آموزان نوجوان ایرانی. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۳(۸)، ۸۴-۹۵. http://qaiie.ir/article-۱-۲۷۷-fa.html.

سیاوش‌آبکنار، م.، سراج محمدی، پ.، و محمدحسینی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و کنترل عواطف در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۸)، ۲۲-۱۳. http://frooyesh.ir/article-۱-۲۸۰۵-fa.html.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

شاهی، ه.، صادقی افجه، ز.، و مرادی عباس‌آبادی، ف. (۱۳۹۹). رابطه سبک‌های دلبستگی و خودکنترلی با رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر تهران. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵(۴۵)، ۱۲-۲۴. http://ijndibs.com/article-۱-۴۵۱-fa.html.

عبدالرحیمی نوشاد، ل. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵ (۴۹)، ۱-۱۲. *https://www.tpbin.com/JArticle/14966*

علیزادگانی، ف.، و اخوان‌تفتی، م.، و خادمی، م. (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر تهران. *انتظام اجتماعی*، ۹(۲)، ۱۰۳-۱۲۸. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=316550

فرزین، ن.، سهرابی، ن.، سامانی، س.، و کوروش نیا، م. (۱۳۹۹). مدل عضویت گروهی با تحلیل تمییز برای دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر بر اساس شاخص‌های خانوادگی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱()، ۱۱۵-۱۳۲. 20.1001.1.22285516.1399.11.40.6.8.

فعله‌کار، ا.، فعال، م.، زاهدزاده، ف.، امانی، ا.، و عسکری، م. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و راهبردهای کنار آمدن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۴)، ۲۵۳-۲۶۵. http://childmentalhealth.ir/article-۱-۴۷۵-fa.html.

گلاور، ج.، و برونینگ، ر. (۱۳۹۱). *روان‌شناسی تربیتی: اصول و کاربرد آن*. مترجم: علینقی خرازی. چاپ اول، نشر د انشگاهی. https://www.aloketab.net/product/10321.

محمدی، ل.؛ صالح زاده‌ابرقوئی، م.، نصیریان، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱. http://jssu.ssu.ac.ir/article-۱-۳۲۰۶-fa.html.

Aleksandar, K.B., Kernan, W.D., Montalvo, Y., & Lankenau, S.E. (2019). Perceived social support, problematic drug use behaviors, and depression among prescription drugs-misusing young men who have sex with men. *Journal of Drug Issues*, 49(2), 324-37. https://doi.org/10.1177/0022042619829246.

Bahadivand, S., Doosti-Irani, A., Karami, M., Qorbani, M., & Mohammadi, Y. (2021). Prevalence of High-Risk Behaviors among Iranian Adolescents: a Comprehensive Systematic Review and Meta-*Analysis. Journal of Eduction Community Health*,8(2),135-142. https://jech.umsha.ac.ir/PDF/A-10-102-1.pdf.

Baruch, B., kanker, J., & Basch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies*, 8(3), 257-241. https://doi.org/10.1177/1534650109334818.

Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with *with* people with psychosis a case study. *Clinical Case Studies*, 10(5),347-359. DOI:10.1177/1534650111420863

Bozzini, A.B., Bauer, A., Maruyama, J., Simões, R, & Matijasevich, A. (2020). Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*,43 (2), 32- 38. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0835 .

Brener, N.D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., Hawkins, J., & Ross, J. G. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53(12), 1–13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23446553/.

Brock, C.I. (2016). *The Relationship between Self-Regulation and Stress, Sleep, and Behavioral Health*. Claremont McKenna College Theses. https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2433&context=cmc_theses.

Forman, E.M., & Herbert, J.D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy; acceptance based therapies*. In: O'Donohue WT, Fisher JE. General Principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New Jersy: Wiley & Sons. https://www.academia.edu/13771758.

Gullone, E., Moore, S., Moss, S., & Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and psychometric evaluation. *Journal of Adolescent Research*, *15*(2), 231–250. https://doi.org/10.1177/0743558400152003.

Harris, R. (2009). *ACT with love*. Oakland, New Horbinger publication. https://www.newharbinger.com/9781572246225/act-with-love/.

Hayes, S.C, & Strosahl, KD. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer science and business media Inc. https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7.

Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Journal of* behavther, 44(2)180-98. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002 .

Keating, D.P.,I. Demidenko, M., & Kelly, D. (2019). Cognitive and Neurocognitive Development in Adolescence. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier.10.1016/B978-0-12-809324-5.23636-5.

Klimstra, T. A., & van Doeselaar, L. (2017). Identity formation in adolescence and young adulthood. In J. Specht (Ed.), *Personality development across the lifespan* (pp. 293–308). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00018-1.

Liu, L., Wang, N., & Tian, L. (2019). The parent-adolescent relationship and risk-taking behaviors among Chinese adolescents: The moderating role of self-control. *Frontiers in psychology*; 10, 542-552. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00542 ;

Leahy, R. L., Tirch, D. D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press. https://www.amazon.com/Emotion-Regulation-Psychotherapy-Practitioners-Guide/dp/1609184831.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

Marotta, P. (2017). Exploring relationships between delinquent peer groups, participation in delinquency, substance abuse, and injecting drug use among the incarcerated: Findings from a national sample of state and federal inmates in the United States. *Journal of Drug*, 47(3), 320-339. DOI: 10.1177/0022042617690234 .

Nozaki, Y., & Mikolajczak, M. (2020). Extrinsic emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 10–15. https://doi.org/10.1037/emo0000636

Pengpid, S. & Peltzer, K. (2020). Prevalence and Correlates of Sexual Risk Behavior among School-Going Adolescents in Four Caribbean Countries. *Behavioral Science*, 10(11), 166-174. DOI: 10.3390/bs10110166 .

Pirutinsky, S. (2014). Does Religiousness Increase Self-Control and Reduce Criminal Behavior? A longitudinal Analysis of Adolescent Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(11), 1290-1307. https://doi.org/10.1177/0093854814531962.

Rodriguez, T., Ward, J.T., Tillyer, M.S., & Ray, J.V. (2019). The Influence of Delinquent Peer Affiliation on Substance Use: The Moderating Effects of Anxiety and Depression. *Journal of Drug*, 19, 145-153. https://doi.org/10.1177/0022042619832019.

Roger, D., & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring e.zmotion control. *Personal & Individ Differ*, (10), 845- 853. DOI:10.1016/0191-8869(87)90215-7.

Roger, D., & Nesshoever, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Pers Indiv Differ*; 8, 527-34. https://doi.org/10.1016/0191-8869(87)90215-7.

Roger, D., de Scremin, L.G., Borril, J., & Forbes, A. (2011). Rumination, inhibition and stress: The construction of a new scale for assessing emotional style. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 30*(3), 234–244. https://doi.org/10.1007/s12144-011-9117-y.

Smith, T.M., & Wessel, M.T. (2011). Alcohol, drugs, and links to sexual risk behaviors among a sample of Virginia college students. *Journal of drug education,* 41(1), 1-6. DOI: 10.2190/DE.41.1.a .

Spoor, S.T., Bekker, M.H., van Strien, T., & van Heck, G.L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Journal of Appetite*, 48, 368–376. DOI: 10.1016/j.appet.2006.10.005 .

Tangney, J.P., Baumeiste,r R.F., & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personalized Medicine*, 72(2), 271-324. DOI: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x .

Thompson, E.M., Destree, L., Albertella, L., Fontenelle, L.F., & Behav, T. (2021). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507. DOI: 10.1016/j.beth.2020.07.002 .

Weiss, N., Sullivan, T. & Tull, M. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current Opinion in Psychology*, 1(3), 22-29. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.01.013.

Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., & Luo, W. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110-124. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110304 .

Zinn, J.O. (2019). The Meaning of Risk-Taking Key Concepts and Dimensions. *Journal of Risk Research, 22(1)*, 1-15. https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1351465.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.11.0]