

Research Paper



## The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Aggression, Emotion Regulation and Life Expectancy of Socially Damaged Girls



Seyed Mojtaba Aghili\*<sup>1</sup>, Zahra mahghani gheslagh<sup>2</sup>, Arezou Asghari<sup>3</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.
2. Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.
3. Assistant Professor, Faculty of Humanities, Kosar University of Bojnord, Bojnord, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16504

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16504)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16504.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16504.html)



### ARTICLE INFO

### ABSTRACT

#### Keywords:

Acceptance and Commitment, Aggression, Emotion Regulation, Life Expectancy, Social Damage

Received: 2022/06/21  
Accepted: 2022/07/27  
Available: 2023/08/21

The aim of the present study was to determine the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment on aggression, emotion regulation and life expectancy of socially damaged girls. The design of the research was semi-experimental and of pre-test-post-test type with the control group. The statistical population was all the socially disadvantaged girls in the welfare rehabilitation center of Gorgan, from among whom 30 girls were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. To collect data, Garnevsky and Kraij, (2001), Aggression and Bass and Perry (1992) and Miller's (1988) life expectancy questionnaires were used in the pre- and post-treatment phases. The experimental group received Hayes (2007) acceptance and commitment group therapy for 8 sessions, but the control group did not receive any treatment. Research data were analyzed using univariate analysis of covariance. The findings showed that group therapy based on acceptance and commitment has a significant effect on reducing aggression, improving emotion regulation and life expectancy of socially disadvantaged girls ( $P < 0.05$ ). Therefore, the findings of this research have practical implications in clinical situations that have been discussed.



\* Corresponding Author: Seyed Mojtaba Aghili

E-mail: [dr-aghili1398@yahoo.com](mailto:dr-aghili1398@yahoo.com)

## مقاله پژوهشی



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب دیده اجتماعی



سید مجتبی عقیلی<sup>\*</sup>، زهرا مهقانی قشلاق<sup>۲</sup>، آرزو اصغری<sup>۳</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16504

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16504)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_16504.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16504.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب‌دیده اجتماعی بود. طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه دختران آسیب‌دیده اجتماعی در مرکز بازپروری بهزیستی گرگان بودند که از میان آنها ۳۰ دختر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ، (۲۰۰۱)، پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) در مراحل قبل و بعد از درمان استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۰۷) قرار گرفتند اما گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری، بهبود تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب‌دیده اجتماعی تاثیر معنی‌دار دارد ( $P < 0/05$ ). بنابراین یافته‌های این پژوهش، تلویحات عملی در موقعیت‌های بالینی را دارد که مورد بحث واقع شده است.

## کلیدواژه‌ها:

پذیرش و تعهد، پرخاشگری، تنظیم هیجان، امید به زندگی، آسیب اجتماعی

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۷/۲۷

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۵/۲۰

\* نویسنده مسئول: سید مجتبی عقیلی

رایانامه: dr-aghili1398@yahoo.com

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی<sup>۱</sup> در هر جامعه‌ای یکی از عمده‌ترین عوامل تهدیدکننده نظام اجتماعی تلقی می‌شود (ترن، هانس و ژو، ۲۰۲۲). اگر اعضای جامعه از هنجارهای اجتماعی تخطی کنند، جامعه نمی‌تواند، به آسانی کارکردهای خود را انجام دهد، بنابراین دچار بی‌سازمانی و بی‌نظمی می‌شود (رضاقلی زاده، ۱۳۹۹). آسیب‌های اجتماعی هر گونه رفتار فردی یا جمعی عنوان می‌شود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عمل جمعی رسمی و غیر رسمی جامعه محل فعالیت کنش‌گران واقع نمی‌شود و در نتیجه با منع قانونی یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبرو می‌شود؛ و انواع آن شامل: آسیب اجتماعی فضای مجازی، بزهکاری، اعتیاد، طلاق، بیکاری و خودکشی است (عیوضی، ۱۴۰۰). آسیب‌های اجتماعی زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می‌دهد زیرا یکی از عوامل زمینه‌ساز مربوط به آسیب‌پذیری در مقابل فشارهای روانی اجتماعی داشتن جنس مونث است (گوچتر، استارمز و تونی، ۲۰۲۲). بدین معنی که زنان بیشتر از مردان در موقعیت‌های فاجعه‌آمیز فشار روانی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی را تجربه می‌کنند (دماری، حیدری و مسعودی، ۱۳۹۹). آسیب‌دیدگی در زنان به عنوان یک آسیب اجتماعی علاوه بر آثار و پیامدهای منفی در سطوح فردی و خانوادگی، از ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مشکلات فراوانی را برای جامعه در پی دارد (بیچروت، بالنسون، بایلهاش، ۲۰۲۱). برخی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی در دوران نوجوانی و بلوغ، پرخاشگری، نزاع و اعتیاد است (رحیمی، ۱۴۰۰). پرخاشگری یکی از آسیب‌های اجتماعی است که در جامعه روبه افزایش است، به همین جهت، پرخاشگری<sup>۵</sup> یک مساله اجتماعی و یکی از موضوعات اساسی بهداشت روانی افراد جامعه به شمار می‌آید (مالتی و روبین، ۲۰۱۸).

نوجوانان بزهکار معمولاً از خانواده و اجتماع طرد می‌شوند یا دارای خانواده‌هایی با سطح نظارت پایین هستند، بنابراین با فشار روانی و استرس مواجه‌اند (پنگ، گائو، چنگ و وانگ، ۲۰۲۲). در میان دختران بزهکاری که در کانون اصلاح و تربیت به سر می‌برند نیز، این ویژگی‌ها دیده می‌شود و آن‌ها معمولاً در یک لحظه در اثر یک هیجان آنی تصمیم نادرست گرفته‌اند و توان فرار از قانون را نداشته‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کنترل خشم که از عوامل مهم سازگاری با موقعیت‌های سخت است در این افراد پایین است (مهنی زاده و شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). علاوه بر این بروز رفتارهای پرخاشگرانه یکی از مسائل مهم در دوران دانش‌آموزی است و به عنوان یک مشکل شدید و رو به افزایش در میان نوجوانان و جوانان شناخته شده است (عینی، صادقی، درتاج و همایونی، ۱۳۹۹). روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگری را رفتاری آگاهانه می‌دانند که هدفش ایجاد درد و رنج جسمانی یا روانی است (رفاهی،

داستان و اشرفی، ۱۳۹۹). پرخاشگری مفهوم پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تاثیر عوامل موقعیتی و روانشناختی، و از سوی دیگر تحت تاثیر عوامل ژنتیکی است (استریت، مک کورنیک و آستین، ۲۰۱۶). از سوی نقایصی در مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان<sup>۹</sup> به عنوان یک ریسک فاکتور در شروع و نگه‌داشت مشکلات متنوع سلامت روانی و رفتاری از جمله پرخاشگری پذیرفته شده است (شافر، نومن و هولمز، ۲۰۱۷).

پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کنند و با این اطلاعات انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجانات چه واکنشی نشان دهند، چگونه تجارب هیجانی خود را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجانات به کار برند و در زمینه هیجانات خاص چگونه با دیگران رفتار کنند (مازوکا، کافیتسیوس، لیوی و پریساگی، ۲۰۱۹). تنظیم هیجانی<sup>۱۲</sup> فرآیندی است که در طی آن افراد آگاهانه هیجان‌های خود را تعدیل می‌کنند و به صورت مناسب و سریع به تقاضاهای محیط اطراف پاسخ می‌دهند (ساندرز، تامر و متزلر، ۲۰۱۹). مطالعات اوکرونی، ساتل و ویتهوفت<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۹) نشان داد که دشواری در تنظیم هیجانی یکی از مهم ترین عوامل تشدید کننده علائم بیماری‌ها است. افراد با خودتنظیمی بهتر می‌توانند به پیامدهای مثبت‌تری در زندگی برسند و احتمال ایجاد مشکلات ارتباطی و اجتماعی و سلامت روانی کمتر است (سویاک، آکا و داگروبی، ۲۰۱۹). مهارت‌های تنظیم هیجان، سازگاری در آینده را پیش‌بینی می‌کند و اثراتی فراتر از سازگاری قبلی خواهد داشت. بنابراین تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان ممکن است در پیشگیری و درمان مشکلات مرتبط با سلامت روان بسیار حائز اهمیت باشد (کریمی و اسمعیلی، ۱۳۹۹). نتایج برخی پژوهش‌ها حکایت از آن دارد که نوجوانان بزهکار قادر به کنترل هیجانات خود نبوده و در مهارت خودآگاهی ضعف دارند. بیوجاین، کاتکین، استراسبرگ و اسنار<sup>۱۶</sup> (۲۰۲۱) نشان دادند که افراد با اختلال سلوک در سیستم‌های انگیزشی و تنظیمات هیجان مشکل دارند. در پژوهشی دیگر، حسنی و قانیدی نیا (۱۳۹۵) نشان دادند که در دختران فراری راهبردهای سازش‌نایافتگی همچون ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران نسبت به دختران بهنجار بیشتر است. همچنین در مطالعه‌ای مشخص شد که هیجان منفی از قبیل خشم، اضطراب و افسردگی به عنوان منبع مهم راه‌انداز بزهکاری هستند و هیجان‌های منفی رابطه معنی‌داری با رفتارهای بزهکارانه دارند (جعفری، غضنفریان، علی اکبری و کمزورین، ۱۳۹۷). مطالعات بحرینی و آقایی (۱۳۹۸) نشان داد که نمرات نوجوانان بزهکار در زمینه‌ی ارزیابی شناختی و خودآگاهی شخصی و عمومی، به طور معناداری از نوجوانان عادی پایین‌تر بود اما، در زمینه‌ی بازدارندگی بیانی نمرات نوجوانان بزهکار بالاتر از نوجوانان عادی بود. یکی از

9. Cognitive regulation of emotion  
10. Shaffer, Neumann & Holmes  
11. Mazuka, Cafesius, Levi & Prisagi  
12. Emotion Regulation  
13. Saunders, Tamer & Metzler  
14. Oregon, Satel, Wittoft  
15. Suikak, Aka, Dagruyi  
16. Come on, Katkin, Strasberg & Snarr

1. Social harm  
2. Tran, Hans & Zhou  
3. Gochter, Storms & Tony  
4. Picherot, Balenson, Baylehash  
5. Aggression  
6. Mali & Rubin  
7. Peng, Gao, Cheng & Wang  
8. Street, McCornick, Austin

متغیرهایی که می‌تواند در نوجوانان باعث گرایش به آسیب‌های اجتماعی گردد، احساس ناامیدی و کاهش امید به زندگی<sup>۱</sup> است (عرب، ۱۳۹۶).

امید به زندگی در تمام ابعاد زندگی عنصری ضروری است و یکی از معیارهای اساسی تعیین سطح کیفیت زندگی در جوامع امروزی محسوب می‌شود. امید، توانایی باور داشتن احساس بهتر، در آینده است (رضوی، عرب و شیرازی، ۱۳۹۹). به عبارتی امید به زندگی یک روند انگیزشی است که فرد انتظار دارد به هدف مطلوبی که تعیین کرده است برسد که شامل دو راهبرد تفکر عاملی و تفکر راهبردی است (هلمن، ورلی و مونوز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). امید به زندگی یک شاخص آماری نشان دهنده متوسط طول عمر یک جامعه است که نشان می‌دهد هر عضو چند سال می‌تواند انتظار داشته باشد که زنده است و زندگی می‌کند (گلستانی فر و دشت بزرگ، ۱۳۹۹) و این سازه باعث افزایش انعطاف‌پذیری، نشاط، توانمندی‌های از چالش‌ها، تحمل ناکامی و مقابله با مشکلات می‌شود (ساگنا، کیمپ و دنیتو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). افراد دارای امید به زندگی پایین احساس می‌کنند که راهی وجود ندارد، هیچ کاری از آنها ساخته نیست، تمایل به خودکشی دارند و بیشتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند (ثناگو، شیرازی و شرف‌الدین، ۱۳۹۹).

در دو دهه گذشته رشد قابل ملاحظه مطالعات در حوزه درمان‌های موج سوم، به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> بر کارآمدی این رویکرد درمانی در درمان چندین اختلال تأکید داشته است (سلگی و عطایی، ۱۳۹۶). یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که از سوی استیون هیز و همکاران در دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد (وین، مک‌هوگ و گاتو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله درمانی مبتنی بر روانشناسی رفتاری مدرن، شامل نظریه چارچوب رابطه‌ای است که فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد و رویکردهای تغییر رفتار را به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌برد (فولگویست، گاستافسون، کجلین و پارلینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی را به منظور کمک به افراد برای خارج شدن از قوانین خشک کلامی به کار می‌برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علت اصلی آسیب روانی و رنج انسان را ناشی از روابط متقابل بین شناخت، زبان و چرخه زندگی می‌داند (لی و ها<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸)، که به کاهش توانایی برای تغییر دادن رفتار ناکارآمد یا ادامه دادن رفتارهایی کارآمد منجر می‌شود و شامل شش فرایند است که هدفشان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و همه فرایندهای آن از جمله پذیرش، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، خود‌بعنوان زمینه، ناهم‌جوشی و انعطاف‌پذیری روانشناختی با هم همکاری می‌کنند (ایزکیان، میرزائیان و حسینی، ۱۳۹۸). در این راستا مطالعات کشتکار و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری دختران مؤثر است. پژوهش نیاستی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری و پرخاشگری نوجوانان تأثیر معناداری داشته است. زارع

1. Life expectancy
2. Hellman, Worley & Munoz
3. Sagna, Kemp & Denito
4. Acceptance & Commitment Therapy

زاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی دریافته‌اند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش امید به زندگی در بیماران شده است. برزگری و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم‌هیجان و حالت‌های خلقی نوجوانان اثربخش است. مطالعات هانکوک و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خشونت و اصلاح روابط بین‌فردی دانشجویان مؤثر است. رابینز و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافته‌اند که ذهن‌آگاهی و پذیرش باعث کاهش تنظیم‌هیجان و سرکوبی خشم می‌شود. سوین و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعات خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌دار منجر به کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان پرخاشگر شده است. پژوهش لیوهیام و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی در ارتباط است.

نوجوانان آسیب‌دیده اجتماعی در مقایسه با سایر نوجوانان، زحمت و بار بیشتری بر دوش دیگران می‌گذارند. مطالعات طولی نشان داده است که نوجوانان با رفتارهای پرخطر و آسیب‌دیده اجتماعی دچار اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالی می‌شوند. آنها در بزرگسالی از میزان بالایی شکست در ازدواج، درآمد پایین، مرگ در ارتباط با تجاوز رنج می‌برند (چینه و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه نوجوانان سرمایه انسانی و آینده‌سازان جوامع هستند و به دلیل قرار داشتن در دوران بلوغ از نظر رشد جسمی، شناختی، هیجانی و اجتماعی در شرایط خاصی قرار دارند و افت توانمندی نوجوانان به کند شدن سرعت بنابراین بررسی مشکلات و ویژگی‌های روانشناختی در این دوران ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی باتوجه به مطالعات اندکی که در این زمینه صورت گرفته است، خلاء پژوهشی در این خصوص مشاهده می‌شود. بر همین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، تنظیم هیجان و امید به زندگی دختران آسیب‌دیده اجتماعی بود.

## روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه دختران آسیب‌دیده اجتماعی در مرکز بازپروری بهزیستی گرگان به تعداد ۵۰ نفر بودند. از آنجایی که دلاور (۱۳۹۱) حجم نمونه برای تحقیقات آزمایشی را ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند، از جامعه آماری، تعداد ۳۰ دختر به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تایید آسیب‌دیدگی از طرف مرکز بهزیستی گرگان، داشتن حداقل میزان تحصیلات سیکل جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، موافقت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و تداوم شرکت در جلسات مداخله و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو

5. Wayne, McHugh, & Gao
6. Vogelvist, Gustafson, Kjellin & Parling
7. Lee & Ha

**پرسشنامه پرخاشگری باس و پری<sup>۲</sup>**: پرسشنامه پرخاشگری توسط باس و پری در سال (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت. آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای از کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت به من شبیه نیست (۱). دو عبارت ۹ و ۱۶ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. اعتبار از نوع همسانی درونی پرسشنامه در پژوهش لئون و همکاران (۲۰۰۲) برای کل مقیاس ۰/۸۲ و عوامل پرخاشگری کلامی ۰/۵۷، فیزیکی، ۰/۶۳، خشم ۰/۷۷ و خصومت ۰/۶۷ گزارش گردید. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش سامانی (۱۳۸۶) به شیوه بازآزمایی برابر ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

#### مداخله

سرفصل‌های جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۰۷)، در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

#### روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی با اداره کل بهزیستی، جلسه توجیهی برای دختران مقیم در مرکز بازپروری برگزار شد، با بیان اهداف پژوهش، از میان دخترانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت دو روز در هفته قرار گرفتند و گروه گواه تا پایان

جلسه، مصرف داروهای روان‌پزشکی، استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و درمان‌های موازی بود.

#### ابزار پژوهش

**پرسشنامه تنظیم هیجان گرانفسکی و کرایج<sup>۱</sup>**: پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۶) ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال و ۶ عامل «عدم پذیرش منفی پاسخ‌های هیجانی»، «دشواری در انجام رفتار هدفمند مواقع درماندگی»، «دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی»، «فقدان آگاهی هیجانی»، «دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی»، «عدم وضوح هیجانی» را اندازه‌گیری می‌کند؛ و پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱= اصلاً تا ۵= تقریباً همیشه قرار می‌گیرند. در پژوهش کونینگهام و همکاران (۲۰۱۸) اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی برای کل سؤالات ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ گزارش شد. همچنین، روایی همگرایی با استفاده از همبستگی پیرسون با افسردگی ۰/۶۹ و کمال‌گرایی جامعه‌محور ۰/۳۶ و با کمال‌گرایی فردمحور ۰/۲۴ به دست آمده است. روایی سازه با استفاده از همبستگی پیرسون با تنظیم هیجان گراس برای ابعاد عدم پذیرش منفی پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۰، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۰/۶۷، دشواری در کنترل رفتارهای تکانه ۰/۸۱، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۴۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۰/۸۸، عدم وضوح هیجانی ۰/۷۸ تایید شد (کونینگهام و همکاران، ۲۰۱۸). در مطالعه موسوی و همکاران (۱۴۰۰)، برای تعیین پایایی پرسشنامه تنظیم هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

**پرسشنامه امید به زندگی میلر<sup>۲</sup>**: این پرسشنامه توسط میلر در سال (۱۹۸۸) طراحی شده است و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده اند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج درجه‌ای از ۱= بسیار مخالف تا ۵= بسیار موافق تنظیم شده است. در پرسشنامه میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. میلر (۱۹۹۸) برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. پور عبدل و همکاران (۱۳۹۵) برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن ۰/۸۹ و ۰/۹۰ است. ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ است که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Granofsky and Kraij emotion regulation questionnaire  
2. Miller's life expectancy questionnaire

3. Bass and Perry Aggression Questionnaire

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۳۰۱	۴۰/۲۸۴	۳	فرضیه خطا	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که F به دست آمده در لامبدای ویلکز، با درجه آزادی ۳ و  $F=40/284$  در سطح  $P>0/05$  معنادار است. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده می‌شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری متغیرهای وابسته در دو

## گروه آزمایش و گواه

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
پرخاشگری	گروه	۱	۲۰۰۸/۶۴	۴۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۲۷	۴۷۱/۰۲			
	کل	۳۰	۶۴۹۹۵			
تنظیم‌هیجان	گروه	۱	۲۳۰۰/۱۰	۵۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۲۷	۱۰۵۳/۷۷			
	کل	۳۰	۶۲۵۷۸			
امید به زندگی	گروه	۱	۱۵۰۶/۱۷	۳۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۲۷	۴۷/۶۰			
	کل	۳۰	۶۵۲۳۷			

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پرخاشگری، تنظیم‌هیجان و امید به زندگی معنی‌داری وجود دارد ( $P<0/001$ ). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری، تنظیم‌هیجان و امید به زندگی دختران آسیب‌دیده اجتماعی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری، افزایش تنظیم‌هیجان و امید به زندگی دختران آسیب‌دیده اجتماعی اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات کشتکار و همکاران (۱۴۰۰)، نیاستی و همکاران (۱۴۰۰)، زارع‌زاده و همکاران (۱۴۰۰)، برزگری و همکاران (۱۳۹۸)، هانکوک و همکاران (۲۰۲۰)، رابینز و همکاران (۲۰۱۹) و سوین و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شد.

## نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش  $6/08 \pm 24/13$  سال و گروه گواه  $5/37 \pm 26/20$  سال بود.  $53/3$  دیپلم،  $34/9$  تحصیلا فوق دیپلم و  $11/8$  نیز تحصیلات لیسانس داشتند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل

## پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مراح	گروه آزمایش	گروه کنترل	کولموگروف اسمیرنوف	معنی داری
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۷۹/۸۰	۸/۲۲	۹/۹۵	۰/۲۷۱
	پس‌آزمون	۶۱/۲۰	۶/۳۸	۷/۷۲	۰/۳۹۸
تنظیم‌هیجان	پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۵/۵۶	۴/۴۷	۰/۶۹۲
	پس‌آزمون	۳۱/۰۷	۴/۳۳	۳۱/۸۰	۰/۶۴۱
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۳۷/۸۰	۸/۴۳	۸/۳۲	۰/۷۹۹
	پس‌آزمون	۴۲/۷۳	۹/۴۷	۸/۴۸	۰/۳۱۸

همان‌طور که در جدول ۲، ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیرهای پرخاشگری، تنظیم‌هیجان و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون تغییراتی داشته است. همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض نرمال بودن برقرار است، برای تمامی متغیرهای پرخاشگری، تنظیم‌هیجان و امید به زندگی برقرار است ( $P<0/05$ ). نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای پرخاشگری ( $F=3/01$ )، تنظیم‌هیجان ( $F=2/14$ ) و امید به زندگی ( $F=2/84$ ) برقرار است ( $P<0/05$ ). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است. مقادیر آماره F برای متغیرهای پرخاشگری ( $F=2/79$ )، تنظیم‌هیجان ( $F=2/32$ ) و امید به زندگی ( $F=2/91$ ) معنادار نمی‌باشد ( $P>0/05$ ) تعاملی بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون وجود ندارد و بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت گردیده است.

که درمان پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای گسلس و پذیرش باعث می‌شود که امید به زندگی دختران افزایش یابد، به عبارتی مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این به طور کلی سبب کاهش افسردگی و بهبود امید به زندگی می‌شود (مرمرچی و همکاران، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. علاوه بر آن، این روش مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به طور واقعی تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن آنها را می‌سازد. پس برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف و موانع احتمالی در تحقق آنها را شناسایی و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارشان متعهد شود (لیوهایم و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه، این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت و کیفیت زندگی نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی داشته باشند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اولیه نمونه‌گیری و عدم امکان پیگیری نتایج بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و نیز برای جلوگیری از اثر سوگیری، پژوهشگر و درمانگر دو فرد مجزا باشند و همچنین در صورت امکان از پیگیری ۳ تا ۶ ماهه استفاده شود تا ماندگاری تأثیر این یافته‌ها در درازمدت نیز مورد بررسی قرار گیرد. در پایان با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در کارهای پژوهشی و بالینی آتی ویژگی‌های افراد از لحاظ غلبه بر اضطراب و دشواری در تنظیم هیجان در نظر گرفته شود؛ زیرا با توجه به یافته‌های نظری و تجربی، مانند یافته‌های پژوهش حاضر که در این زمینه وجود دارد می‌توان خصوصیات شخصیتی، رفتاری و انگیزشی فرد را که همگی در نتیجه درمان تأثیر گذارند، مشخص کرده و در طراحی برنامه‌های درمان از آنها استفاده کرد. همچنین با توجه به نقش پررنگ دشواری در تنظیم هیجان و پرخاشگری و اهمیت آن در آسیب‌شناسی، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا آموزش شناسایی و تنظیم هیجان‌ها در کنار سایر درمان‌های انتخابی می‌تواند در فرآیند درمان تأثیرگذار بوده و آن را تسهیل کند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اجتناب تجربه‌ای (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی مدت 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 نظاره گر 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 (رابینز و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین نیز می‌توان اشاره کرد که تمرین‌های تمرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دختران کمک می‌کنند تا مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات گروهی تماس پیدا کنند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل یا کشمکش با آنها، تجربه و احساسات مطلوب را جایگزین احساسات نامطلوب کنند. پر واضح است که در جلسات درمانی احساسات این زنان در خصوص خشم، خصومت و انواع پرخاشگری‌های کلامی و بدنی پذیرش می‌شود و احساسات مرتبط با آنها ابراز شده و در بازخورد با سایر اعضای گروه تعدیل می‌شود. بدیهی است در صورتی که احساسات نامطلوب این دختران در جلسات درمانی تلطیف شود و نیز ارزش‌های شخصی خود را شناخته و آنها را به اهداف رفتاری مطلوب تبدیل کنند، حالتی از آرامش‌روانی حاصل می‌شود که رفتارهای پرخاشگرانه و خصومت‌گرایانه کاهش پیدا می‌کند (نیاستی و همکاران، ۱۴۰۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌هایی در جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود راهبردهای تنظیم‌هیجان فراهم آورده است (موریس و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجا که تأکید عمده درمان پذیرش و تعهد بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آنها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجانات مهیا سازد (برزگری و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به افراد برای دستیابی به زندگی پرنشاط و هدفمند و با معنا کمک می‌کند. هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و یا احساسات آزرنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت

## منابع

- عیوضی، محمدرحیم. (۱۴۰۰). ارائه‌ی مدلی برای شناخت آسیب‌های اجتماعی (با تأکید بر آینده‌پژوهی اسلامی). *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۱۰(۴)، ۸۹۲-۸۵۹.
- عینی، زهره؛ صادقی، جمال؛ درتاج، فریبرز؛ و همایونی، علی‌رضا. (۱۳۹۹). مدل یابی روابط ساختاری تعارضات والدین و دانش‌آموزان با پرخاشگری: نقش میانجی بی‌تفاوتی اخلاقی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۴۱-۵۴.
- عرب، علی. (۱۳۹۶). رابطه امید به زندگی، نگرش به رفتار بزهکارانه و تجربه مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه مدارس شیرآباد و مرکز شهر زاهدان. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۴(۲۸)، ۱۴۹-۱۶۸.
- کریمی، سارا؛ و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۹). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و تاب‌آوری با سازگاری زناشویی معلمان زن. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۷)، ۲۹۱-۲۹۸.
- کشتکار، فاطمه؛ نظیری، قاسم؛ محمدی، مسعود؛ و فتح، نجمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پرخاشگری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجراحی مقطع دبیرستان شهر شیراز. *سلامت جامعه*، ۱۵(۴)، ۷۹-۸۸.
- گلستانی‌فر، سروش؛ و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *روانشناسی پیری*، ۶(۳)، ۱۹۱-۲۰۳.
- موسوی، سیده مریم؛ دشت بزرگی، زهرا؛ حیدرئی، علیرضا؛ پاشا، رضا؛ و برنا، محمدرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر خودشفقتی و تنظیم هیجان در مردان وابسته به مواد. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۷(۱)، ۶۵-۷۶.
- مرمچی‌نیا، مژگان؛ و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳)، ۱۵۷-۱۷۴.
- مهنی زاده فلاحیه، سمیه؛ و شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). کنترل خشم و تاب‌آوری در دختران بزهکار نوجوان *کانون اصلاح و تربیت شهر تهران*. اولین کنفرانس بین‌المللی فرهنگ آسیب‌شناسی روانی و تربیت. تهران.
- نیاستی، نرجس؛ قربان‌شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد؛ و تیزدست، طاهر. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پربشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه. *سیک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۴)، ۱۱۷-۱۰۷.
- ایزکیان، ساره؛ میرزائیان، بهرام؛ و حسینی، سید حمزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۳)، ۱۷-۲۶.
- بحرینی، ناهید؛ و آقایی، اصغر. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی تنظیم هیجانی و خودآگاهی در نوجوانان عادی و بزهکار. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۲)، ۵۷-۶۶.
- برزگری دهج، ابوالفضل؛ جهاننداری، پیمان؛ حسین ثابت، فریده؛ و برجعلی، احمد. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و حالت‌های خلقی نوجوانان. *علوم مراقبتهای نظامی*، ۶(۳)، ۲۴۷-۲۳۸.
- پورعبدل، سعید؛ عباسی، مسلم؛ پیرانی، ذبیح، و عباسی، محمد. (۱۳۹۵). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۱(۱)، ۵۷-۶۵.
- ثناگوی محرر، غلامرضا؛ شیرازی، محمود؛ میرشرفالدین، علیرضا؛ و میری قلعه‌نو، زهرا. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی و اضطراب اجتماعی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۸(۵۶)، ۱۳-۲۲.
- جعفری، عیسی؛ غضنفریان، فریبا؛ علی‌اکبری، مهناز؛ و کمرزین، حمید. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر تنظیم هیجانی در نوجوانان بزهکار. *مجله دست‌آورد‌های روان‌شناختی*، ۲۴(۱)، ۹۷-۱۱۰.
- حسینی، جعفر؛ و قائدنیای چهرمی، علی. (۱۳۹۵). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در دختران فراری و بهنجار. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۴(۱)، ۴۸-۴۱.
- دماری، بهزاد؛ حیدری، علیرضا؛ مسعودی، فریده؛ و ذکایی، آرزو. (۱۳۹۹). برنامه‌ی کشوری بازپروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی در سازمان بهزیستی ایران: اهداف، الگوی خدمت، چالش‌ها و راه‌آینده. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۸(۳)، ۳۴۳-۳۵۴.
- دلاور، علی. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. انتشارات ارسباران.
- رضاقلی‌زاده، بهنام. (۱۳۹۹). بررسی آسیب‌های اجتماعی نوجوانان و نقش رسانه در پیشگیری و کنترل آن. *فصلنامه علمی رسانه*، ۳۱(۱)، ۱۴۷-۱۶۶.
- رحیمی، کاظم. (۱۴۰۰). نگاهی به آسیب‌های اجتماعی از بعد پرورشی تربیتی دانش‌آموزان. *فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی*، ۴(۲۹)، ۲۳۳-۲۱۷.
- رفاهی، ژاله؛ داستان، نصیر؛ و اشرفی، حاجی. (۱۳۹۹). پیش‌بینی پرخاشگری کودکان بر اساس خشونت خانگی و الگوهای ارتباطی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۵۵-۶۵.
- رضوی، ریحانه؛ عرب، علی؛ و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی بخشایش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی در معتادان متجاهر زن تحت درمان در مراکز اقامتی اجباری شهرستان زاهدان. *فصلنامه طب انتظامی*، ۹(۳)، ۱۵۷-۱۶۴.
- زارع زاده، رسول؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ طباطبائی، سید محمود؛ و اقدسی، علی‌نقی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۲)، ۱۰۹-۱۲۲.
- سلگی، زهرا؛ و عطائی‌مغانلو، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۷(۲۸)، ۴۱-۵۴.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.



- Beauchaine, T. P., Katkin, E. S., Strassberg, Z., & Snarr, J. (2021). Disinhibitory psychopathology in male adolescents: Discriminating conduct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder through concurrent assessment of multiple autonomic states. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 610-624.
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Baillie, A., & Murray, S. B. (2018). Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1), 59-68.
- Chinea, D., Koenig, J., Parzer, P., Brunner, R., Carli, V., Hoven, C. W., & Kaess, M. (2019). Longitudinal development of risk-taking and selfinjurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry research*, 273(1), 127-133.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Eating Disorder Symptoms and Body Image Problems in Patients with Residual Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Body Image*, 32(8), 155-166.
- Gächter, S., Starmer, C., Thöni, C., & Tufano, F. (2022). Social closeness can help, harm and be irrelevant in solving pure coordination problems. *Economics Letters*, 216(8), 110-116.
- Garnefski, N., & Kraaij, A. (2006). *Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescence*, 32(1), 449-454.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (2007). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Lee, J. W., & Ha, J. H. (2018). The effects of an acceptance - commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4), 443-453.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., & Tengström, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Leon, A., Reyes, G., Vila, J., Perez, N., Robles, H., & Ramos, M. (2002). The aggression questionnaire: A validation study in student samples. *Spanish J Psychol*, 19(5), 53-45
- Malti, T., & Rubin, K. H. (2018). Handbook of child and adolescent aggression. *Guilford Publications*, 1(6), 22-35.
- Mazuca, S., Kafetsios, K., Livi, S., & Presaghi, F. (2019). Emotion regulation and satisfaction in long-term marital relationships: The role of emotional contagion. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(9), 80-95.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1998) Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.
- Morris, G., Reiche, E. M. V., Murru, A., Carvalho, A. F., Maes, M., Berk, M., & Puri, B. K. (2018). Multiple immune-inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways explain the frequent presence of depression in multiple sclerosis. *Molecular neurobiology*, 55(8), 6282-6306.
- Hancock, K., Swain, J., Hainsworth, C., Dixon, A., Koo, S., & Munro, K. (2020). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy on Anger and Interpersonal Relationships of Male Students. *JCCAP* 47(2), 296-311.
- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS one*, 14(6), 1-29.
- Picherot, G., Balençon, M., Bailhache, M., & Champrenault, C. (2021). La prostitution des mineurs en France: recommandations du groupe de travail Adolescent prostitution in France: Recommendations of the French Working Group. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 4(4), 346-353.
- Peng, C., Guo, T., Cheng, J., Wang, M., & Rong, F. (2022). Sex differences in association between Internet addiction and aggression among adolescents aged 12 to 18 in mainland of China. *Journal of Affective Disorders*, 18(6), 22-31.
- Robins, C., Keng, S., Ekblad, A., & Brantley, J. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *J Clin Psycho*, 68(1), 117-31.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Metzler, C. W. (2019). Applying self-regulation principles in the delivery of parenting interventions. *Clinical child and family psychology review*, 22(1), 24-42.
- SeviKoc, M., Aka, B. T., Dogruy, B., Cutiss, J., Carpenter, J. K., & Hofmann, S. G. (2019). "Psychometric Properties of the Turkish Version of the Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ)". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16(2), 1-10.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2018). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(4), 56-67.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-276.
- Tran, D., Hans, O., Zhou, S., & Pedersen, E. (2022). Depression and perceptions of social norms and harms for electronic and combustible cigarette use: Associations with tobacco use in college students. *Psychiatry Research Communications*, 2(3), 53-64.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., & Mulcahy, H. (2018). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Gastroenterology*, 156(4), 935-945.