

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم

The Effectiveness of admission and commitment group therapy on decreasing impulsivity and high risk behaviors of secondary school students

Pejman Ahmad Sermori*

Chaharmahal-Bakhtiari Education Department.
pejman74ahmadi@gmail.com

Javad Mardani Karani

Chaharmahal-Bakhtiari Education Department

Farshid Nazari Sarmazeh

Chaharmahal-Bakhtiari Education Department

Zahra Sayyadi Shahraki

Chaharmahal-Bakhtiari Education Department

Mahdi Omidian Dehkordi

Ph.D. Shahrekord branch of Islamic Azad
 University, Shahrekord, Iran

پژمان احمدی سرموری (نویسنده مسئول)

کارشناس، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری.

جواد مردانی کرانی

کارشناس، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری.

فرشید نظری سرمازه

کارشناس، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری.

زهرا صیادی شهرکی

کارشناس، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری.

دکتر مهدی امیدیان دهکردی

دکترای تخصصی روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد
 شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on reducing impulsivity and high-risk behaviors of female secondary school students. The research method was experimental and its design was pretest-posttest with experimental and control group. The statistical population of the study consisted of all female high school students in Shahrekord in the academic year of 2015-2016. 32 students were selected by random sampling and were randomly assigned into two experimental and control groups. The Acceptance and Commitment Approach Therapy program was administered to the experimental group in 8 sessions, each session for 90 minutes (twice a week), while the control group did not receive any intervention. Both experimental and control groups completed impulsivity questionnaire (Bart et al., 1995) and risk behaviors test (Rashid & Marabi, 2012) before and after treatment. Multivariate analysis of covariance was used for data analysis. Findings showed that acceptance and commitment therapy had a significant effect on impulsivity (motor impulsivity, cognitive impulsivity and lack of planning) and high risk behaviors (unsafe sexual behavior, violence, substance use) in female students ($P < 0.05$). Based on the findings of the present study, it can be concluded that acceptance and commitment group therapy is an appropriate method to reduce impulsivity and high risk behaviors of female students.

Keywords: Group Therapy, Acceptance and Commitment, Impulsivity, High Risk Behaviors

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم انجام شد. روش پژوهش آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که به صورت نمونه‌گیری تصادفی ۳۲ نفر انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ بار) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش انجام شد؛ در حالی که گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از اجرای روش درمانی، پرسشنامه تکانشگری (بارت و همکاران، ۱۹۹۵) و آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) را تکمیلی کردند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری (تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و عدم برنامه‌ریزی) و رفتارهای پرخطر (رفتار جنسی نایمن، خشونت، مصرف مواد) دانش‌آموزان دختر تأثیر معنی‌داری دارد ($P < 0.05$). با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مناسب برای کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دختر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی، پذیرش و تعهد، تکانشگری، رفتارهای

پرخطر

مقدمه

انتقال از کودکی به نوجوانی تحت تأثیر تغییرات مهم در سطوح عاطفی و شناختی است (هولت، ۲۰۱۱). نوجوانی دوره تغییرات بزرگ است، تغییرات سریع احساسی، فیزیکی و اجتماعی و همچنین دوره اکتشاف، اتکاء به نفس، کنترل بر خود، توانایی تصمیم‌گیری مستقلانه و دوره انتخاب است. به‌دست آوردن خودمختاری، مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری در مورد سلامتی، خانواده، شغل و همسالان در این دوره رخ می‌دهد (فروستنبرگ، ۲۰۰۰). این دوره زمانی است که نوجوان نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید را می‌پذیرد و مهارت‌های اجتماعی را برای بر عهده گرفتن آن نقش‌ها فرا می‌گیرد. لذا اگر الگوی دقیق، روشن و همه‌جانبه در زمینه رفتار مناسب و درست برای او تعریف و مشخص نشود، او خود به سبک - سنگین کردن رفتارها، آزمایش نقش‌ها دست می‌زند و در برخی موارد به نادیده گرفتن قواعد می‌پردازد که در نهایت با انجام رفتارهای پرخطر همراه می‌شود (شکری، یوسفی، صفایی‌راد، اکبری، موسوی و همکاران، ۱۳۹۴؛ زارعی، ۱۳۸۹؛ احدی و محسنی، ۱۳۸۶). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی گفته می‌شود که سلامت و بهزیستی جسمی، روان شناختی و اجتماعی افراد جامعه را به خطر می‌اندازد. این رفتارها به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروه اول رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی خود فرد را به خطر می‌اندازد مثل مصرف مواد مخدر، الکل، سیگار و رفتارهای جنسی نایمن. گروه دوم رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی سایرین را تهدید می‌کنند مثل دزدی، پرخشگری و خشونت، گریز از مدرسه و گریز از خانه (سلمانی، حسنی و آریانا کیا، ۱۳۹۳). نوجوانان، به خصوص دختران نوجوان یکی از آسیب‌پذیرترین قشرهای جامعه در برابر رفتارهای پرخطر هستند. بر اساس آمار پزشکی قانونی کشور، شایع‌ترین علل مرگ جوانان و نوجوانان زیر ۲۵ سال در ایران، در درجه اول صدمات رانندگی و پس از آن به ترتیب مسمومیت ناشی از الکل، مواد مخدر، خودکشی و در نهایت بیماری سرطان است (گرمارودی، مکارم، علوی و عباسی، ۱۳۸۸). در نوجوانی فرد جایگاه خویش را در خانواده، دوستان و جامعه تعیین می‌کند. عوامل اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی نقش مهمی در سوگیری رفتاری افراد به عهده دارند. اغلب نوجوانان با خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر بکشانند. جامعه امروز، نوجوان و خانواده را با نیازهای فراوانی روبرو می‌کند (صادقی و گیلانی پور، ۱۳۸۸؛ فتحی و ذاکری پور، ۱۳۹۳). تکانشگری^۱ نیز برای بسیاری از روان‌شناسان که با آسیب‌شناسی روانی نوجوانان سر و کار دارند، یکی از مفاهیم عمده روانشناختی به شمار می‌رود (آزاد فلاح و سهرابی فرد، ۱۳۸۸). تکانشگری، خشونت و رفتارهای جنسی عامل بسیاری از مرگ و میرهای سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز، ۲۰۰۰) و بسیاری از این رفتارهای پرخطر در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتند (برگمن و اسکات، ۲۰۰۱). مفهوم تکانشگری معمولاً با رفتارهای نسنجیده یا بدون فکر، تداعی شده و به عنوان یکی از حالات بالینی در اختلالات مختلف روانشناختی و یا حتی به عنوان اختلالی مستقل، در نظر گرفته شده است که نیازمند مداخله‌ی بالینی می‌باشد (کلاس، ورتانن و براسپرینگ، ۲۰۰۰). مفهوم مشترک بین اکثر تعاریف ارائه شده از تکانشگری، عمل کردن بدون تفکر است به طوری که فرد، در مورد پیامدهای رفتاری خاص در مورد خود و دیگران فکر نمی‌کند و به محض تمایل برای انجام یک رفتار، آن رفتار را بدون هیچ فیلتر ذهنی یا رفتاری، انجام می‌دهد. به عبارتی می‌توان تکانشگری را قطع ارتباط بین محرک‌های محیطی و پاسخ‌های فرد در محیط، قلمداد کرد (دادستان، ۱۳۸۷). افراد تکانشگر بر اساس احساسات لحظه‌ای خود عمل می‌کنند بدون این که قوانین یا ملاحظات خاص هر موقعیت را در نظر بگیرند (دینون، بلاسیز و مونستیز، ۲۰۱۲). تکانشگری هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگونه، اختلال‌های شخصیت و دست زدن به اقدامات پرخاشجویانه است. این اختلال هر سال موجب از میان رفتن زمان و سرمایه در بسیاری از کشورها می‌شود (ارس و سانستین، ۲۰۰۶؛ داو و لوکستون، ۲۰۰۴). در پژوهشی رابینز و برایان^{۱۰} (۲۰۰۴) نشان داند که افزایش تکانشگری هم در بین نوجوانان و هم در بزرگسالان، با افزایش انواع مختلف رفتارهای خطرناک، از جمله مصرف مواد، سیگار، قماربازی و روابط جنسی نایمن، مرتبط است. تکانشگری به طور قابل توجهی در میان افراد نوجوان، به ویژه دانش

^۱ Holt

^۱ Furstenberg

^۱ impulsivity

^۱ Lindberg, Boggess, & Williams

^۱ Bergman & Scott

^۱ Claes, Vertommen & Braspenning

^۱ Dionne, Blais & Monestès

^۱ Arce & Santisteban,

^۱ Dawe & Loxton,

^۱ Robbins & Bryan

آموزان پیشرفت تحصیلی پایین شایع‌تر است. همچنین میزان تکانشگری در میان افراد با درآمد پایین در مقایسه با افراد با درآمد بالا به طور قابل توجهی رایج‌تر است (چامارو^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در این بین با توجه به صدمات و خسارات جبران‌ناپذیری که تکانشگری و رفتارهای پرخطر به دنبال دارند، انجام مداخلات روانشناختی و آموزشی در جهت کاهش این عوامل، اهمیت به‌سزایی دارد. به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روان‌شناختی در ابتلا، رویارویی و بهبود مشکلات روانشناختی به تأمل بیشتر نیاز دارد (حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۰). در همین راستا یکی از مداخلات روان‌شناختی که دارای تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در بهبود مشکلات روانشناختی و اختلالات شخصیت است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ می‌باشد که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است (باروچ، کانکر و باسج^۳، ۲۰۱۲). در این مداخله که یکی از درمان‌های نسل سوم رفتار درمانی است، سعی می‌شود که به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش یابد. این درمان در سال ۱۹۸۶، توسط استیون هایز^۴ معرفی شد (میرزاحسینی، پورعبدل، صبحی قراملکی و یراوانی، ۱۳۹۵). ACT نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف پذیرش و تعهد درمانی کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). هیز، لوین^۵، پلامب-ویلردجا^۶ و بلات^۷ و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که شش فرآیند - پذیرش، گسلس^۸، ارتباط با زمان حال^۹، خود به عنوان زمینه^{۱۰} ارزش‌ها^{۱۱} و عمل متعهدانه^{۱۲} می‌تواند در تعریف آن سازمان یابد. از این رو می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی یک مداخله شناختی - رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند. انعطاف‌پذیری شناختی، می‌تواند به صورت ارتباط با لحظه حال به عنوان انسانی آگاه، به‌طور کامل و بدون دفاع همانگونه که هست و نه چیزی که فرد اظهار می‌کند هست و تداوم و تغییر در رفتار، در خدمت ارزش‌های انتخاب شده تعریف شود. این هدف اصلی پذیرش و تعهد درمانی است و همه‌ی ۶ فرآیند فوق با یکدیگر به منظور انعطاف‌پذیری روانشناختی همکاری می‌کنند. (هیز، پیسترلو^{۱۳} و لوین^{۱۴}، ۲۰۱۲). به‌طور کلی درمانگران ACT مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه‌ی سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، الیور و موریس^{۱۵}، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها در بررسی کاربردهای ACT نشان داده است که به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کند و در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (بیگلن^{۱۶}، هیز و پیسترلو، ۲۰۰۸)؛ به عنوان مثال در کاربرد ACT برای اختلالات اضطرابی، مراجع می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف انتخابی زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر می‌کند، کنترل خود را اعمال کند. ACT به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده‌ی افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند (ایفرت، فورست، ارج، اسپیجو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود فاجعه‌آفرینی و ناتوانی مرتبط با درد، رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب مرتبط با درد، اضطراب سلامتی، وضعیت کاری و عملکرد روانشناختی تأثیر معناداری دارد (وولس و مک‌کراکن^{۱۸}، ۲۰۰۸) و سبب کاهش اجتناب تجربی و پریشانی کلی شده و کیفیت زندگی افراد را بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد (ایراندوست و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸) با هدف مقایسه‌ی اثربخشی

^۱chamaro

^۲Psychological intervention

^۳ Acceptance and Commitment Therapy

^۴Baruch, kanker & Basch

^۵ Hayes

^۶Levin

^۷Plumb-Vilardaga

^۸Villatte

^۹.defusion

^{۱۰}.the now

^{۱۱}self as context

^{۱۲}values

^{۱۳}committed action

^{۱۴}Pistorello

^{۱۵}Bloy, Oliver & Morris

^{۱۶}Biglan

^{۱۷}Eifert, Forsyth, Arch & Espejo,

^{۱۸}Wovles & McCracken

درمان‌های فرا-نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آن‌ها در فرآیند تغییر و ترک اعتیاد روشن شد. پژوهش مهدوست، نشاطدوست و عابدی (۱۳۹۲) نیز در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی نشان داد که این درمان در افزایش باورهای خودکارآمدی اثربخش می‌باشد. همچنین درمان پذیرش و تعهد با آگاه کردن افراد از هیجانات منفی و کمک به آن‌ها در پذیرش این هیجانات، موجب کاهش اجتناب شناختی افراد می‌شود (میرزا حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است. دوستی، غلامی و ترابیان (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در دانش آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی اثربخش می‌باشد. مولوی، میکائیلی، رحیمی و مهری (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش آموزان دارای ترس اجتماعی قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.

باتوجه به مطالعات پیشین انجام شده در این زمینه می‌توان گفت که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسل جدیدی از درمان‌های شناختی رفتاری محسوب می‌شود که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در افراد افزایش می‌دهد. علی‌رغم اهمیت این نوع مشاوره در بهبود بسیاری از مراجعین به خصوص در حیطه نوجوانان، در کشور ما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اثربخشی آن صورت گرفته است. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد. محقق در این پژوهش پس از کسب مجوز لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳ دبیرستان دخترانه را انتخاب نموده و پس از اجرای آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) و پرسشنامه تکانشگری (بارت و همکاران، ۱۹۹۵) بر روی ۳۰۰ دانش‌آموز، دانش‌آموزانی که نمرات بالاتر از میانگین در آزمون‌های مذکور کسب کردند بعنوان افراد نیازمند به مداخله شناسایی شدند که تعداد آنها ۸۰ نفر بود. از این تعداد به‌صورت تصادفی ۳۲ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که تعداد ۱۶ نفر از آنان در گروه آزمایش و ۱۶ نفر از دانش‌آموزان در گروه کنترل جایگزین شدند. برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد با تأکید بر دستورالعمل‌ها در طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ جلسه) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش انجام شد. مداخلات درمانی مربوط به رویکرد پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمانی ولوز و سارل (۲۰۰۷) انجام شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پروتکل درمانی تدوین شده به اختصار جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمانی رویکرد پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه جلسات درمانی
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنایی با اعضای گروه، دادن توضیحاتی درباره چهار چوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم سازی مشکل مراجعین، تعهد برای شرکت در جلسات درمان، شناسایی اهداف و نیازها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر.
۲	توصیف برنامه تغییر مراجع و کارایی آن، ایجاد درماندگی در مورد موقتی آموزش رویکرد پذیرش و تعهد و اهداف آن، بررسی افکار و احساسات افراد، چگونه عشق در زندگی یک مسئله ایجاد می‌کند؟ بحث در مورد اینکه افراد چه پاسخ‌های بهمشکلات می‌دهند.
۳	بیان کنترل به عنوان مشکل، بیان استعاره ببر اضطراب و افسردگی، آموزش افراد در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی به جای واکنش به ترس آن را مشاهده کنند.

۴	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف اتحاد خود با افکار و عواطف، آموزش تن آرامی.
۵	پذیرش و مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود و تجربیات درونی و رفتار.
۶	کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند، بیان استعاره طناب کشی با هیولا.
۷	روشن نمودن ارزشهای مراجع، توضیح و فهم ارزشها و بیان تفاوت بین ارزشها. در واقع ارزشها توصیفاتی هستند از آنچه که برای مراجع مهم است و نیز جهتی که فرد بخواهد به سمت این ارزشها حرکت کند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	آموزش تعهد به عمل، ایجاد تعهد برای عمل به آنها، و مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس آزمونها.

ابزار سنجش

پرسشنامه تکانشگری (بارت^۱ و همکاران، ۱۹۹۵): پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری بارت، پاتون، استانفورد^۲ و رابرت (۱۹۹۵) استفاده شد. مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز= ۱ تا همیشه= ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تأمل می‌باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، مبین بی‌توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت می‌باشند. در ایران اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید، عاطف‌وحید، عدالتی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای ۰/۷۸ را برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ را برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ را برای تکانشگری بی‌برنامگی و ۰/۸۳ را برای کل آزمون گزارش کردند. در پژوهشی جاوید، نوراله و چمگیز (۱۳۹۱) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده‌اند تعداد گویه‌ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافت و ۵ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف شدند. در این پژوهش سه مقیاس تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و عدم برنامه‌ریزی مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تکانشگری حرکتی ۰/۷۹، تکانشگری شناختی ۰/۸۱ و عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۲ به دست آمد.

آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱): این پرسشنامه بر اساس نمونه آمریکایی آن و با اعمال تغییرات مورد نیاز برای بومی سازی آن توسط خسرو رشید ساخته شده است (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) که شامل ۹ خرده مقیاس (رانندگی پرخطر، اعمال و ابزارهای پرخطر، رفتار پرخطر جنسی، خودکشی، سیگار، قلیان، مصرف الکل و مواد مخدر، مصرف مواد غذایی، خواب و ورزش) است. روش نمره گذاری سؤالات به این صورت است که هر یک از گزینه‌ها به میزانی که رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهند از عدم وجود رفتار پرخطر (نمره صفر) و کمترین رفتار پرخطر (نمره یک)، تا بیشترین رفتار پرخطر (با توجه به تعداد گزینه‌ها، ۳، ۴، ۵ و ...) نمره می‌گیرند. در پژوهش رشید (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. در این پژوهش پس از مشاوره با کارشناسان خبره، روایی صوری آزمون مورد تأیید ایشان قرار گرفت و سه مقیاس روابط جنسی نایمن، خشونت و مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های روابط جنسی نایمن ۰/۸۳، خشونت ۰/۷۹ و مصرف مواد ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۲. فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی

۱ Barratt
 ۲ Patton
 ۳ Stanford

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم
The Effectiveness of admission and commitment group therapy on decreasing impulsivity and high risk ...

۱/۴۷	۹/۸۱	۱۶	۱/۷۸	۱۰/۵۶	۱۶	کنترل	تکانشگری حرکتی
۲/۰۸	۸/۳۱	۱۶	۲/۳۹	۱۰/۱۲	۱۶	آزمایش	
۱/۵۹	۸	۱۶	۲/۰۲	۸/۸۷	۱۶	کنترل	تکانشگری
۱/۵۲	۶/۷۵	۱۶	۲/۳۰	۹	۱۶	آزمایش	عدم برنامه ریزی
۱/۷۷	۸/۶۸	۱۶	۲/۴۴	۹/۳۷	۱۶	کنترل	
۲/۰۱	۷/۲۵	۱۶	۱۵۲	۹/۱۲	۱۶	آزمایش	تکانشگری شناختی
۲/۶۳	۱۷	۱۶	۲/۸۵	۱۸	۱۶	کنترل	رفتارهای پرخطر
۲/۸۴	۱۴/۳۱	۱۶	۲/۵۹	۱۸/۰۶	۱۶	آزمایش	
۱/۹۹	۱۷/۸۷	۱۶	۲/۸۱	۱۷/۷۵	۱۶	کنترل	رابطه جنسی ناایمن
۲/۶۲	۱۳/۳۱	۱۶	۲/۳۵	۱۸/۰۶	۱۶	آزمایش	
۳/۹۹	۱۸/۴۳	۱۶	۴/۶۳	۲۱/۱۲	۱۶	کنترل	
۳/۹۸	۱۴/۵۰	۱۶	۵/۴۱	۲۰/۵۰	۱۶	آزمایش	مصرف مواد

چنانچه در جدول ۲ دیده می‌شود میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در تکانشگری (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی) و رفتارهای پرخطر (خشونت، رابطه جنسی ناایمن و مصرف مواد) در مرحله پیش‌آزمون تقریباً برابر است، اما پس از اجرای مداخله میانگین گروه آزمایش کاهش یافته است. حال برای اینکه مشخص شود تغییرات حاصل شده از نظر آماری معنادار است یا خیر با از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس‌های تکانشگری

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۵۹	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینک	۱/۴۵	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۵	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول ۳ آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از ۳ خرده‌مقیاس تکانشگری تفاوت معناداری دارند ($P < 0/01$). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای خرده‌مقیاس‌های تکانشگری

منبع تغییرات	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	تکانشگری حرکتی	۱۰/۸۸	۱	۱۰/۸۸	۲۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
عدم برنامه ریزی		۱۴/۸۱	۱	۱۴/۸۱	۷/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۱
تکانشگری شناختی		۱۶/۰۶	۱	۱۶/۰۶	۴/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری حرکتی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۴۳ بوده است. همچنین نتایج جدول یاد شده نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم برنامه ریزی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۲۱ بوده است. افزون بر این، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تکانشگری شناختی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۱۴ بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خردهمقیاس‌های رفتارهای پر خطر

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۵۹	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینک	۱/۴۷	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۷	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول ۵ آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست کم در یکی از ۳ خردهمقیاس رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری دارند ($P < 0/01$). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای خردهمقیاس‌های رفتارهای پر خطر

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۵۸/۷۳	۱	۵۸/۷۳	۸/۴۸	۰/۰۰۷	۰/۲۳
رابطه جنسی نایمن	۱۷۶/۶۳	۱	۱۷۶/۶۳	۳۷/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
مصرف مواد	۱۲۲/۶۷	۱	۱۲۲/۶۷	۸/۱۵	۰/۰۰۸	۰/۲۳

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۲۳ بوده است. همچنین نتایج جدول یاد شده نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه جنسی نایمن باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۵۸ بوده است. افزون بر این، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مصرف مواد باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۲۳ بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم بود. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر (رفتار جنسی نایمن، خشونت، مصرف مواد) و کاهش تکانشگری (تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و عدم برنامه‌ریزی) دانش آموزان دختر تأثیر معنی داری دارد ($P < 0/05$). نتایج این پژوهش با یافته‌های بدست آمده از پژوهش‌های ایران‌دوست و همکاران، ۲۰۱۴؛ درویش باصری، ۱۳۹۶؛ اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۵؛ انوری و همکاران، ۱۳۹۳؛ میرزاحسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ مولوی و همکاران، ۱۳۹۵؛ دوستی و همکاران، ۱۳۹۵؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۹۲، در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری، ترس اجتماعی، هیجانات منفی، کاهش اجتناب تجربی و پریشانی و افزایش خودکارآمدی، همسویی دارد. جوردین و دولین (۲۰۰۹) 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. همچنین، در پژوهش جانستون^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نیز با وجود اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکارگیری یک کتاب کمک به

خود و تکمیل تمرینات هفتگی آن ارائه شد، میزان اضطراب در شرکت کنندگان پژوهش که مبتلا به نوعی درد مزمن بودند، به طور معناداری کاهش یافت. بر اساس این دیدگاه آسیب‌های روانی از جمله افسردگی، تا اندازه‌ای از آمیختگی با افکار و احساسات فرد ناشی می‌شود. همچنین ارزشیابی‌های منفی فرد از خود نیز می‌تواند از نظر روانشناختی آسیب‌رسان باشد. آمیختگی با رویدادی که به گونه‌ای منفی ارزیابی می‌شود، اجتناب تجربی از آن رویداد را به منظور کاهش و یا فرار از آن به دنبال دارد. از سوی دیگر، به دلیل ر آوری، فرد برای رفتارهای غیر کارکردی و پرخطر خود توجیه‌های کلامی ارائه می‌کند و از آنجا که 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 (ایراندوست و همکاران، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع را تشویق می‌کند تا با خودارزیابی‌های خویش، به عنوان افکاری ساده برخورد کند و به فرد آموزش داده می‌شود که ارزیابی‌های منفی از خود را اصلاح کند. هم‌چنین، این درمان به دنبال تضعیف تکانشگری است و مراجع را تشویق می‌کند تا افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کند و از خشونت وی کاسته شود. هم‌چنین، آمیختگی شناختی در افراد مبتلا به رفتارهای پرخطر نیز از طریق فرایند گسلس 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 در آنها می‌شود. این درمان شخص را قادر می‌سازد تا در برخورد با مسایل و مشکلات زندگی و فشارهای همسالان و مسؤولیت‌های اجتماعی با دید واقع‌بینانه‌تری از ضعف‌ها و قوت‌های خود برخورد کرده و قادر باشد به نحوی موثر و سالم‌تر با این مسایل روبرو شود و در نتیجه رفتارهای پرخطر او کاهش یابد (دوستی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌طور کلی پذیرش، فرآیندهای اصلی ACT برای تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگیشان بر می‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه) پذیرش افکار شخصی، هیجان‌ها و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت شده براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند (وبریکر و تولیسون، ۲۰۱۱). هایز (۲۰۰۴) معتقد است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای آنکه بر برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی، که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است، خلاص نمایند و از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً فرآیند 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 به‌کار رفته در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی و یا تشویق احساسات نیست بلکه هدف، کاهش اجتناب از تجربیات روانشناختی منفی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص در زمان حال است که باعث کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر مراجعان می‌شود. با توجه به مطالب عنوان شده می‌توان اظهار کرد که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم مؤثر بوده است. لذا این رویکرد درمانی می‌تواند به عنوان اصلی‌ترین رویکردها در مشاوره نوجوانان به کار گرفته شود. باید یادآوری شود که پژوهش حاضر فقط بر روی دختران نوجوان شهر شهرکرد اجرا شد، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها باید دقت شود. هم‌چنین عدم امکان اجرای مرحله‌ی پیگیری هم یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سایر گروه‌ها انجام شود و در حد امکان پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات مداخله انجام پذیرد.

منابع

- احدی، حسن و محسنی، نیک‌چهره. (۱۳۸۶). روان‌شناسی رشد. تهران: نشر پردیس.
- اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ عاطف، وحید؛ عدالتی، محمد کاظم و مگری آذرخش، هانیه. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسش‌نامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۳۳۶-۳۲۶.
- آزاد فلاح، پرویز و سهرابی‌فرد، نسرین. (۱۳۸۸). ساختار عاملی، اعتباریابی و روایی‌سازی مقیاس زود انگیختگی. *تحقیقات روانشناختی*، ۴ (۴)، ۶۵-۷۸.

- انوری، محمد حسن؛ براهیمی، امراه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ افشار، حمید و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب و مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۲ (۳۹)، ۱۰-۱.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *فصلنامه فیض*، ۱۷ (۳)، ۲۸-۲.
- بیرامی، منصور و عبدی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. *مجله علوم تربیتی*، ۳۶ (۳)، ۴۵-۳۵.
- جاوید، محبوبه؛ نوراله، محمد و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۸ (۸)، ۳۲-۲۱.
- جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار و عابدین، علیرضا. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های فرا نظری و شناختی - رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۱)، ۱۲-۱.
- حمزه، سهیلا؛ بیرامی، منصور و هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۰). مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. *مجله علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۹ (۵)، ۶۲-۳۶.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی تحولی*. تهران: انتشارات سمت
- درویش‌باصری، لیلیا و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان پرستاری*، ۵ (۱)، ۷-۱۴.
- دوستی، پیمان؛ غلامی، سحر و ترابیان، سحرالسادات. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸ (۱)، ۶۳-۷۲.
- رشید، خسرو. (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. *رفاه اجتماعی*، ۱۵ (۵۷)، ۵۵-۳۱.
- رشید، خسرو، ماری، آرمان. (۱۳۹۱). بررسی رفتار پرخطر در دانشجویان دانشگاه بوعلی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۱. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بو علی سینا همدان.
- زارعی، اقبال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی بین شیوه‌های فرزند پروری والدین با ارتکاب نوجوان به رفتارهای پرخطر بر اساس مقیاس کلونینگر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)، ۲۲۴-۲۲۰.
- سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر و آریاناکیا، المیرا. (۱۳۹۳). بررسی نقش صفات شخصیتی در رفتارهای پرخطر. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱، ۱۰-۱.
- شکری، نسرين؛ یوسفی، مرضیه؛ صفایی‌راد، ایرج؛ اکبری، طیبه؛ موسوی، سیده مریم و نظری، هیمین. (۱۳۹۴). همبستگی رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش آموز با شیوه‌های فرزند پروری والدین. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۵ (۱)، ۷۳-۸۲.
- فتحی، یوسف و ذاکری پور، غلامرضا. (۱۳۹۳). شناسایی علل گرایش روان‌شناختی نوجوانان به رفتارهای پرخطر و راهکارهای مقابله با آن. *فصلنامه دانش انتظامی پلیس پایتخت*، ۲۰ (۲)، ۹۵-۱۲۶.
- گرمارودی، غلامرضا؛ مکارم، سیده شهره و عباسی، زینب. (۱۳۸۸). عادات پرخطر بهداشتی در دانش‌آموزان شهر تهران. *فصلنامه پایش*، ۹ (۱)، ۲۳-۲۹.
- مهردوست، زینب؛ نشاط دوست، حمید طاهر و عابدی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳ (۱۱)، ۶۷-۸۱.
- مولوی، پرویز؛ میکاییلی، نیلوفر؛ رحیمی، ندا و مهری، سعید. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۴ (۴)، ۴۱۲-۴۲۳.
- میرزاحسینی، حسن؛ پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر و سراوانی، شهرزاد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۳)، ۱۶۶-۱۷۵.
- Arce, E., & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema, 18*, 213-220.
- Baer, R. A. 2003. Mindfulness training as a clinical intervention -A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Baruch, B., kanker, J., & Basch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies, 8(3)*, ۲۵۷-۲۴۱.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents well being and health risk behaviors: Gender and socioeconomic differences. *Journal of Adolescence, ۲۴*, ۱۸۳-۱۹۷.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science, 9(3)*, 139-152.

- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis a case study. *Clinical Case Studies* published online <http://ccs.sagepub.com/content/early/2011/09/14/1534650111420863>.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544.
- Bricker, J. B. & Tollison, S. J. (2011). Comparison of Motivational Interviewing with Acceptance and Commitment Therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 541-559.
- Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M., Grant, M., Marsh, S., Wang, S., Blanco, C. (2012) Impulsivity in the general population. A national study *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 994-1001.
- Claes, L., Vertommen, H., & Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the Dickman impulsivity inventory. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 27-35.
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 28, 343-351.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.
- Dionne, F., Blais, M. C., & Monestès, J. L. (2012). [Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain]. *Sante mentale au Quebec*, 38(2), 131-152.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland, CA.: New Harbinger.
- Furstenberg, F. F. (2000). The sociology of adolescence and youth in the 1990s: A critical commentary. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 896-910.
- Hayes SC. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, 51, 503-518.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002
- Holt, N. L. (2011). Positive youth development through sport: A review. *Revista Iberoamericana de psicología de ejercicio y el deporte*, 6(2), 299-316.
- Lindberg L. D., Boggess, S., & Williams, S. (2000). Multiple threats: The co-occurrence of teen health risk-behaviors. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Retrieved from <http://www.urban.org/family/at-risk/multiplethreats.html>.
- Mace, C. (2008). Mindfulness and the future of psychotherapy. *European Psychotherapy*, 9, 231-39.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23(1), 21-30.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Robbins, R.N., & Brayan, A. (2004). Relationships between future orientations, impulsive sensation seeking and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(4), 428-445.
- Vowles KE, McCracken LM. (2008). Acceptance and values based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consul Clin Psychol*, 17(3), 397-407
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
- Wittmann, M., Peter, J., Gutina, O., Otten, S., Kohles, N., Meissner, K. (2014). Individual differences in self-attributed mindfulness levels are related to the experience of time and cognitive self-control. *Journal of Personality and Individual Differences*, 64, 41-45.