

Autumn 2024, Volume 11, Issue 1

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment on the High-risk Behaviors Among Boys in the Second year of High School

Samad Moharrami¹, Davoud Hoseini Nasab^{2*}, Marzieh Alivandi Vafa³

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran.

Corresponding author: Davoud Hoseini Nasab, Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran.

Email: dhosseininasab@gmail.com

Received: 28 Jan 2024

Accepted: 1 July 2024

Abstract

Introduction: High-risk behaviors are one of the challenges faced by adolescents and mental and social health care providers. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and treatment based on acceptance and commitment to high-risk behaviors.

Methods: The current research was a semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all male students in the second year of high school in Boştanabad city. Among them, 45 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The instrument used in the research is the high-risk behavior questionnaire of adolescents, which was designed and psychometrically evaluated by Zadeh Mohammadi in 2007.

Results: There was a significant difference in the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment to high-risk behaviors ($p < 0.05$). According to the results of the present study, the effect of acceptance and commitment therapy on high-risk behaviors and in the three components of dangerous driving, friendship with the opposite sex, and sexual relationship and behavior is more than schema therapy.

Conclusions: It is suggested that the treatment based on acceptance and commitment be taught to school counselors as an effective strategy and that school counselors use these strategies in their interventions.

Keywords: Schema therapy, Therapy based on acceptance and commitment, high-risk behaviors, Adolescents.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر دوره دوم متوسطه

صمد محرمی^۱، داود حسینی نسب^{۲*}، مرضیه علی وندی وفا^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران.

۲- استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران.

۳- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: داود حسینی نسب، استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران.
ایمیل: dhosseininasab@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۹

چکیده

مقدمه: رفتارهای پرخطر یکی از چالش های پیش روی نوجوانان و متولیان سلامت روانی و اجتماعی می باشد پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان بستان آباد بود. از این بین تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش تصادفی شدند. ابزار مورد استفاده پژوهش پرسشنامه رفتارهای پرخطر نوجوانان که توسط زاده محمدی در سال (۱۳۸۷) طراحی و روان سنجی گردیده است. **یافته ها:** تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر وجود داشت ($p < 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر و در سه مولفه رانندگی خطرناک، دوستی با جنس مخالف و رابطه و رفتار جنسی بیشتر از طرحواره درمانی است. **نتیجه گیری:** پیشنهاد می شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان راهبردی موثر به مشاوران مدارس آموزش داده شود و مشاوران مدارس در مداخلات خود این راهبردها را به کار گیرند. **کلیدواژه ها:** طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتارهای پرخطر، نوجوانان.

مقدمه

اغلب نوجوانان سنین ۱۵ الی ۱۹ سال، که در دوره دوم دبیرستان مشغول تحصیل هستند، قادرند با مشکلات و مطالبات این دوران کنار بیایند اما برخی روش نامناسبی را برای این کار برمیگزینند، مرتکب خطا شده یا تصمیمات نادرستی اتخاذ می کنند که سلامت و آینده شان را تحت تاثیر قرار می دهد، علت روی آوردن برخی نوجوانان به رفتارهای پرخطر، بی دانشی یا نداشتن نگرش یا ارزش های صحیح نیست آنها اغلب از آنچه درست یا نادرست است آگاهی دارند اما توانایی عمل طبق نگرش ها و ارزش های صحیح خود را ندارند برخی از آنها مغلوب فشار همسالان،

نوجوانی دوره ای است که در آن جنبه های مختلف سلامت روان فرد دستخوش تغییر می گردد (۱). در این دوره، بخشی از شخصیت فرد پایه ریزی می شود؛ به عبارت دیگر نوجوانی یکی از مراحل مهم تحول انسان به شمار می آید که با عوامل تنیدگی زای فراوانی همراه است. این دوره معرف تغییر عمیقی است که کودک را از بزرگسالان جدا ساخته و دگرگونی های مختلفی را در او به وجود می آورد (۲، ۳)؛ چنان که در این گذر دشواری هایی به وجود آید، بهداشت روانی نوجوان از مسیر اصلی منحرف می شود (۴).

برخی درگیر روابط ناسالم با افرادی می شوند که آنها را از تصمیم گیری صحیح و عملکرد مناسب بازمی دارد (۵، ۶). نتایج پژوهش ها نشان داده اند که نوجوانان در حال رشد در خانواده های سالم به دلیل وجود رفتارهای پرخطر کم تر بسیار کم تر نسبت به نوجوانان خانواده های غیر سالم به سطوح بالاتری از تکامل مثبت نوجوانی دست یافته اند (۷، ۸). ناتوانی در حل تفاوت ها و کشمکش ها موجبات تنش، خصومت و رفتارهای پرخطر را فراهم می سازد (۹). بنا به تعریف رفتارهای پرخطر، رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی نوجوانان و جوانان را در معرض تهدید قرار می دهند. این رفتارها هم برای خود فرد و هم برای دیگران تهدیدکننده هستند. از جمله رفتارهای پرخطر می توان به سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر و الکل، و رفتارهای جنسی غیرمعمول اشاره کرد (۱۰). تحقیقات نشان می دهند که طرحواره های ناکارآمد اولیه در ابتلا به اعتیاد تاثیر گذار هستند و این طرحواره ها اغلب در نتیجه رفتارهای والدین با کودک در سال های اولیه زندگی پدیدار می شوند (۱۱). مراقبت های بهداشتی در مناطق مختلف جمعیتی بر اساس اولویت بندی رفتارهای پرخطر جهت گیری می شوند. نتایج برخی پژوهش ها نشان داده است که ۲۵ درصد از موارد جدید شناخته شده ایدز و عفونتهای انتقال یابنده از طریق رابطه جنسی در نوجوانان رخ می دهد و همچنین شایع ترین علل مرگ نوجوانان شامل صدمات رانندگی یا مصرف الکل، خودکشی، قتل و حوادث آتش سوزی و افتادن از بلندی است (۱۲). در ریشه یابی علل و عوامل رفتارهای پرخطر به عواملی چون فقدان حمایت والدین، مشکلات هیجانی، ناگویی هیجانی نیز اشاره داشت (۱۳). تحقیق بهادپوند و همکاران (۱۴۰۰) که به صورت فراتحلیل انجام شد، نشان داد که شیوع عوامل خطر رفتاری در بین نوجوانان ایرانی نسبتا بالا است؛ آن ها در این مطالعه متوجه شدند که بیشترین شیوع رفتارهای پرخطر متعلق به قلیان کشیدن و به دنبال آن مصرف الکل و سوء مصرف مواد مخدر است؛ در همه رفتارها، شیوع درپسران بیشتر از دختران بود. این مطالعه نشان داد که بیشترین شیوع مربوط به مصرف قلیان و رابطه جنسی خارج از ازدواج است (۱۴). با توجه به موارد ذکر شده و حساس بودن مرحله نوجوانی، پژوهشگر به بررسی راهکارهای مداخله جهت اثربخشی بر رفتارهای پرخطر پرداخته و از میان راهکارهای درمانی

مختلف مثل دارو درمانی، روانکاری، رفتاردرمانی و سایر درمانها با در نظر گرفتن این موضوعات که اغلب والدین مخالف استفاده از دارو درمانی هستند (۱۵) و طولانی و وقت گیر بودن برخی از روشهای درمانی، روش های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مورد توجه قرار داده است، چرا که نتایج پژوهش ها نشان داده است که طرحواره های ناسازگار اولیه در انجام رفتارهای پرخطر موثر می باشند (۱۶).

طرحواره درمانی در اصل برای درمان فردی، توسط یانگ و همکاران (۱۷) و با تلفیق مداخلات شناختی، تجربی یا همان هیجان محور و الگوشکنی رفتاری، ایجاد شد، اما بعدها، نسخه طرحواره درمانی گروهی نیز شکل گرفت (۱۸). ظهور پروتکل های درمانی گروهی یک گام مهم در رشد طرحواره درمانی بود. تصور می شود که گروه درمانی امتیازات مهمی همچون، تجربه یادگیری درست هیجان، ایجاد فرصت مناسب برای تمرین رفتارهای جدید در محیط شفاف و نیز فرصتی برای یادگیری جانشینی فراهم می آورد (۱۹). در مدل طرحواره درمانی گروهی، طرحواره ها در گروه راه اندازی و آشکار می شوند (به ویژه در شرایط تعامل و ارتباط نزدیک با دیگران) که در این فرآیند اعضا با طرحواره های خود کنار می آیند و این مزیتی است که در طرحواره درمانی فردی پیش نمی آید؛ بنابراین اعضا از برقراری ارتباط بین تجربیات اولیه خود در زمینه حمایت گروه سود می برند (۲۰). در واقع طرحواره درمانی گروهی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که هدف اصلی آن تغییر و بهبود طرحواره های سازش نیافته اولیه و کمک به توسعه طرحواره های سالم است (۲۱). پژوهشگران در تعدادی از یافته های خود اثربخشی طرحواره درمانی را تأیید کرده اند که نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر: کاهش ادراک استرس تحصیلی دانش آموزان در طول زمان (۲۲)، کنترل هیجانی (۲۳)، کاهش شدت علائم اختلال شخصیت هیستریونیک و افزایش خودپنداره (۲۴)، بهبود طرحواره های هیجانی و کاهش مشکلات تنظیم هیجانی و اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پرخطر جنسی (۱۶)، رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت مصرف مواد (۲۵) بود.

یکی از مداخلات مهم دیگر در خصوص مشکلات رفتاری نوجوانان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد؛ روش

آزمودنی‌ها به طور تصادفی از یک نقطه جدول در جهت سطر با چشم بسته انتخاب و به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. معیارهای ورود به تحقیق شامل داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، مذکر بودن، داشتن سن بین ۱۵ و ۱۸، شرکت نداشتن در مداخلات روان‌شناختی در طی شش ماه اخیر و داشتن سلامت روان‌پزشکی بود. معیارهای خروج هم شامل شرکت در جلسات مداخله هم‌زمان با مداخله‌ی این تحقیق و عدم رضایت از شرکت در هر مرحله از پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی شامل جلب رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و رعایت رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و نیز جلب رضایت کتبی اولیای دانش‌آموزان، قبل از شرکت در آزمون بود. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.017 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز می‌باشد. در این تحقیق، برای گردآوری داده‌ها، از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه رفتارهای پرخطر: پرسشنامه رفتارهای پرخطر توسط زاد محمدی در سال (۱۳۸۷) طراحی و روان‌سنجی شد که هدف آن سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از ابعاد مختلف (گرایش به مواد مخدر، گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک) است. این پرسشنامه دارای ۳۸ سؤال هست و شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است و دامنه نمرات آن از ۳۸ تا ۱۹۰ می‌باشد که نمره بالا نشانگر میزان خطرپذیری بیشتر است. روایی سازه این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت، تحلیل عاملی اکتشافی با مؤلفه‌های اصلی نشان داد که این پرسشنامه مقیاسی ۷ بعدی است که ۶۴/۸۴ واریانس خطرپذیری را تبیین می‌کند. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸ است و برای سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۶ و مصرف الکل ۰/۹۰۷ و رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵۶ و گرایش به جنس مخالف ۰/۸۰۹ به دست آمده است (۳۸). در پژوهش حاضر نیز، پایایی مقیاس کلی رفتارهای پرخطر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ آمده است. روش اجرا به این صورت بود که، از همه افراد نمونه در ابتدا پیش‌آزمون رفتارهای پرخطر، به عمل آمد. سپس گروه‌های آزمایش تحت ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله در

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از جمله درمان‌هایی است که برای بهبود مشکلات بین فردی و طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی به کار می‌رود و در جستجوی تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری عملکردهای بین فردی در بافت روابط درمانی حمایتی است (۲۶). روش ACT یکی از بیشترین درمان‌های ارائه شده موج سوم از درمان رفتاری به شمار می‌رود و بر اساس شواهد تجربی، از کارآمدی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (۲۷، ۲۸). در مورد اثربخشی روش ACT پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که نتایج تحقیقات حاکی از تأثیر روش ACT بر کاهش علائم افسردگی (۲۹)، کاهش علائم اضطراب (۳۰)، بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن از جمله سلامت فیزیکی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی (۳۱) بهبود سلامت روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی (۳۲)، اهمال‌کاری و عملکرد تحصیلی (۳۳)، کیفیت دل‌بستگی و نوع‌دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده (۳۴)، کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای (۳۵)، افزایش سطح شفقت به خود دانش‌آموزان خود آسیب‌رسان هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری (۳۶)، افزایش تنظیم شناختی هیجان و افزایش قدرت تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلابه اختلال وسواس فکری- عملی (۳۷) بوده است.

با توجه به نکات مطرح شده، پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان بستان‌آباد اثربخشی متفاوتی وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر نحوه اجرا، تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان بستان‌آباد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل می‌دهد. برای انتخاب نمونه تحقیق، پس از اخذ مجوزهای لازم از مدیریت آموزش و پرورش منطقه بستان‌آباد، ابتدا دو مدرسه بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب گردید و سپس آزمون رفتارهای پرخطر برای تمامی افراد اجرا شد، اسامی افراد وارد لیست شدند و برای هر فرد یک عدد اختصاص یافت و جدول اعداد تشکیل گردید سپس

دریافت نکرد و پس از اتمام جلسات پس‌آزمون رفتارهای پرخطر برای آزمودنی‌های هر سه گروه اجرا شد. جهت آزمون فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا (MANCOVA) و با استفاده از نرم افزار SPSS

مدرسه قرار گرفتند: در گروه اول آزمودنی‌ها به صورت گروهی طرحواره درمانی را دریافت کردند و گروه دوم آزمودنی‌ها به صورت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را دریافت کردند. گروه کنترل هیچ درمانی را

نسخه ۲۲ استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله طرحواره درمانی (۳۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	خوش آمدگویی گروهی و پذیرش، طرحواره چیست و ذهنیت مقابل ای ناسازگار
جلسه دوم	آموزش طرحواره درمانی: ذهنیت کودک آسیب پذیر و ذهنیت کودک عصبانی
جلسه سوم	آموزش طرحواره درمانی: والد تنبیه گر/سرزنش گر، ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد
جلسه چهارم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت های مقابل ای ناسازگار: تمرینات تجربی)
جلسه پنجم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت های مقابل ای ناسازگار: ایفای نقش ذهنیت ها)
جلسه ششم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت های مقابل ای ناسازگار: تصویر مکان امن)
جلسه هفتم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت والد ناکارآمد: تنبیه و تقویت)
جلسه هشتم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت والد ناکارآمد: مبارزه با ذهنیت های والد تنبیه گر)
جلسه نهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت والد ناکارآمد: ایفای نقشهای گروهی برای گفت‌وگوی ذهنیت ها)
جلسه دهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت والد ناکارآمد: مبارزه با ذهنیت های والد تنبیه گر)
جلسه یازدهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر: بازسازی تجربه کودکی و تصویرسازی)
جلسه دوازدهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت کودک عصبانی: تمرینات خشم، تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش ذهنیتی)
جلسه سیزدهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت کودک شاد: تمرینهای تجربی، تفریح برای ذهنیت کودک شاد، تصویرسازی ذهنی)
جلسه چهاردهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت بزرگسال سالم: پرورش ذهنیت بزرگسال سالم، تمرینات بدنی کوتاه همراه با آگاهی ذهنی)
جلسه پانزدهم	جلسات دوازده گانه کار تجربی بر روی ذهنیت ها (ذهنیت بزرگ سال سالم: ایفای نقش ذهنیت، تبادل مهره)

جدول ۲: خلاصه جلسات مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۰)

جلسه	شرح جلسه
------	----------

یافته ها

کنترل با میانگین سنی به ترتیب گروه طرحواره درمانی (۱۷/۱۰)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۷/۹) و گروه کنترل (۱۷/۱۰) در این پژوهش شرکت نمودند.

بر اساس یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی، ۴۵ نفر دانش آموز پسر که در دوره دوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای پرخطر و مولفه های آن به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	گروه طرحواره درمانی		گروه پذیرش و تعهد		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
رانندگی خطرناک	پیش آزمون	۱۶/۴۰	۴/۰۹	۱۴/۳۳	۴/۶۷	۳/۷۳
	پس آزمون	۱۳/۲۷	۳/۵۶	۱۰/۳۳	۳/۸۷	۳/۸۷
خشونت	پیش آزمون	۷/۸۰	۲/۱۱	۸/۹۳	۳/۷۷	۴/۳۹
	پس آزمون	۶/۵۳	۱/۱۳	۵/۹۳	۱/۶۷	۳/۷۶
سیگار کشیدن	پیش آزمون	۶/۳۳	۱/۶۳	۶/۵۳	۱/۸۱	۲/۵۹
	پس آزمون	۴/۸۷	۱/۳۰	۴/۶۰	۰/۸۳	۲/۲۹
مصرف مواد مخدر	پیش آزمون	۸/۳۳	۱/۳۵	۸/۸۰	۱/۴۷	۳/۱۸
	پس آزمون	۶/۳۳	۱/۱۱	۶/۴۰	۱/۱۲	۳/۰۱
مصرف الکل	پیش آزمون	۶/۸۷	۱/۱۹	۸/۰۷	۲/۰۹	۳/۱۱
	پس آزمون	۵/۵۳	۰/۷۴	۵/۶۰	۰/۶۳	۲/۸۶
دوستی با جنس مخالف	پیش آزمون	۷/۴۰	۲/۱۰	۷/۷۳	۲/۸۴	۴/۱۵
	پس آزمون	۵/۹۳	۱/۲۲	۵/۰۷	۱/۴۹	۳/۶۸
رابطه و رفتار جنسی	پیش آزمون	۵/۶۷	۱/۵۹	۷/۱۳	۱/۳۶	۱/۶۰
	پس آزمون	۴/۵۳	۰/۹۲	۴/۵۳	۰/۶۴	۱/۳۹
رفتارهای پرخطر (کل)	پیش آزمون	۵۸/۸۰	۶/۲۰	۶۱/۵۳	۱۲/۵۰	۱۶/۹۱
	پس آزمون	۴۷/۰۰	۵/۰۴	۴۲/۴۷	۶/۴۶	۱۵/۰۰

در این بخش اثربخشی دو مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر و مولفه های آن با آزمون تحلیل کوواریانس آزمون شد. نتایج در جداول ۴ و ۵ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر مقیاس رفتارهای پرخطر و مولفه های آن

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
گروه	رانندگی خطرناک	۱۱/۸۴	۱	۱۱/۸۴	۶/۸۳	۰/۰۱۴	۰/۲۰۲
	خشونت	۵/۱۷	۱	۵/۱۷	۳/۱۴	۰/۰۸۸	۰/۱۰۴
	سیگار کشیدن	۱/۰۵	۱	۱/۰۵	۳/۱۱	۰/۰۸۹	۰/۱۰۳
	مصرف مواد مخدر	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۴۵	۰/۵۰۹	۰/۰۱۶
	مصرف الکل	۰/۴۷	۱	۰/۴۷	۱/۸۱	۰/۱۹۰	۰/۰۶۳
	دوستی با جنس مخالف	۷/۷۲	۱	۷/۷۲	۱۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	رابطه و رفتار جنسی	۱/۷۵	۱	۱/۷۵	۵/۱۹	۰/۰۳۱	۰/۱۶۱
	رفتارهای پرخطر کل	۲۵۴/۷۹	۱	۲۵۴/۷۹	۲۵/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۶

نتایج جدول ۴ نشان داد که در نمره کلی رفتارهای پرخطر و همچنین سه مولفه رانندگی خطرناک، دوستی با جنس مخالف و رابطه و رفتار جنسی بین دو گروه مداخله تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). مطابق نتایج به طور کلی میزان رفتارهای پرخطر در دو گروه مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد تفاوت داشت.

در جدول ۵ میانگین تعدیل شده رفتارهای پرخطر (میانگین پس آزمون پس از کنترل یا خنثی کردن نمرات پیش آزمون گروه ها) آمده است.

جدول ۵: مقایسه میانگین‌های تعدیل شده مقیاس رفتارهای پرخطر و مولفه‌های آن در گروه‌ها با آزمون ال اس دی

متغیر	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	اختلاف میانگین	مقدار p
رانندگی خطرناک	طرحواره درمانی	۱۲/۴۵	۰/۳۴۵	۱۱/۷۴	۱۳/۱۵	۱/۲۹	۰/۰۱۴
	پذیرش و تعهد	۱۱/۱۵	۰/۳۴۵	۱۰/۴۵	۱۱/۸۶		
خشونت	طرحواره درمانی	۶/۶۶	۰/۳۳۴	۵/۹۷	۷/۳۴	۰/۸۴	۰/۰۸۸
	پذیرش و تعهد	۵/۸۱	۰/۳۳۴	۵/۱۲	۶/۵۰		
سیگار کشیدن	طرحواره درمانی	۴/۹۲	۰/۱۵۰	۴/۶۱	۵/۲۳	۰/۳۸	۰/۰۸۹
	پذیرش و تعهد	۴/۵۵	۰/۱۵۰	۴/۲۴	۴/۸۵		
مصرف مواد مخدر	طرحواره درمانی	۶/۴۷	۰/۲۰۷	۶/۰۴	۶/۸۹	۰/۲۰	۰/۰۵۰۹
	پذیرش و تعهد	۶/۲۷	۰/۲۰۷	۵/۸۴	۶/۶۹		
مصرف الکل	طرحواره درمانی	۵/۷۰	۰/۱۳۷	۵/۴۲	۵/۹۸	۰/۲۷	۰/۱۹۰
	پذیرش و تعهد	۵/۴۳	۰/۱۳۷	۵/۱۵	۵/۷۱		
دوستی با جنس مخالف	طرحواره درمانی	۶/۰۱	۰/۲۰۲	۵/۶۰	۶/۴۲	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	۴/۹۹	۰/۲۰۲	۴/۵۸	۵/۴۱		
رابطه و رفتار جنسی	طرحواره درمانی	۴/۸۱	۰/۱۶۰	۴/۴۸	۵/۱۳	۰/۵۴	۰/۰۳۱
	پذیرش و تعهد	۴/۲۶	۰/۱۶۰	۳/۹۴	۴/۵۹		
رفتارهای پرخطر	طرحواره درمانی	۴۷/۶۷	۰/۸۲۱	۴۵/۹۹	۴۹/۳۶	۵/۸۹	<۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	۴۱/۷۹	۰/۸۲۱	۴۰/۱۱	۴۳/۴۷		

خطر پژوهشی صورت نگرفته است و آنچه تاکنون اجرا شده است تایید یا رد اثربخشی این دو مداخله با سایر روش‌های درمانی بوده است. به طور کلی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های چو، و همکاران (۴۱)؛ فریریا، و همکاران (۴۲)؛ لای و همکاران (۴۳)؛ قربانی خواه و همکاران (۴۴)؛ بیگی و همکاران (۴۵)؛ بانایانیکان، سونسورنکیوا و کارنبون (۲۹)؛ دیویسون و همکاران (۳۰)؛ رستمی، رسولی و کسای (۳۱)؛ آرمانی کیان و همکاران (۳۳)؛ گلپایگانی و همکاران (۳۴)؛ نوروزی، ایزکیان، میرزائیان و حسینی (۳۶)؛ اصلی آزاد، منشی، قمرانی (۳۷)؛ هنرپروران (۴۶)؛ ایران دوست، نشاط دوست و نادری (۴۷) و رجیبی و یزدخواستی (۴۸)؛ همراستا است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت هدف تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش، تضعیف فراگیری حمایت اجتماعی برای رفتار کردن به گونه‌ای است که وقایع شخصی سبب رفتار می‌شوند و این‌ها باید قبل از پیگیری اهداف معنی‌دار زندگی، کنترل شوند. درمانگر به صورت فعالانه بافتاری را ایجاد می‌کند که در آن مراجع فرصت پیدا می‌کند، وقایع شخصی را تجربه کند، بدون اینکه در هیچ رفتاری برای کنترل

بررسی میانگین‌های تعدیل شده (جدول ۵) نشان داد میانگین تعدیل شده نمره کل رفتارهای پرخطر و تمامی مولفه‌های آن در گروه پذیرش و تعهد کمتر از گروه طرحواره درمانی بود. از نظر آماری و در سطح اطمینان ۹۵ درصد میانگین نمره کلی رفتارهای پرخطر و سه مولفه رانندگی خطرناک، دوستی با جنس مخالف و رابطه و رفتار جنسی در گروه پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری کمتر از گروه طرحواره درمانی بود و نشان از اثربخشی بیشتر مداخله پذیرش و تعهد داشت ($p < 0.05$).

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر نوجوانان پسر دوره دوم متوسطه بود. یافته‌ها نشان دادند، بین میزان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر تفاوت وجود دارد، به طوری که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخشی بیشتری داشت. در رابطه با مقایسه میزان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پر

لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی و ... باشند (۳۱). با توجه به نکات مطرح شده و پژوهش های صورت گرفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزو «موج سوم» رفتار درمانی است؛ در درمان های موج سوم تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و با پذیرش تجارب ذهنی و جدا کردن آن از رفتار، میزان کنترل فرد بر اعمال رفتارهایش آگاهانه باشد و این منجر به کاهش رفتارهای پر خطر در فرد می شود در صورتی که در طرحواره درمانی فقط بر جایگزین کردن طرحواره های ناسازگار به جای طرحواره های سازگار تمرکز می شود و بر کنترل فرد بر اعمال رفتارهایش کمتر پرداخته می شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش های پیشین و پژوهش حاضر میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای پرخطر بیشتر از طرحواره درمانی است. با توجه به ساخت کلی تحقیق، پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی می باشد. برای مثال، این پژوهش مربوط به دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان بستان آباد می باشد و نمی توان نتایج را به دانش آموزان فاقد این مشکل، مقاطع یا شهرهای دیگر تعمیم داد. از طرفی، نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای پرخطر فاقد بررسی پیگیری بلند مدت بود. فلذا، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی این

کردن وقایع شخصی، درگیر شود. عدم درگیری عمدی در کشمکش برای کنترل وقایع شخصی که به عنوان اراده توصیف می شود، نشان می دهد که پذیرش شامل یک فرایند فعال هدفدار است (۲۷).

در حالی که تکنیک های مبتنی بر پذیرش، حمایت اجتماعی که وقایع را مسبب عمل می داند را تضعیف می کند، تکنیک های عدم آمیختگی، برای درمان کردن افکار به عنوان علل رفتار، به طور اختصاصی تری تضعیف حمایت های اجتماعی و دیگر بافتارها را مد نظر قرار می دهد. یکی از اهداف ACT خلع سلاح کردن قدرت زبان است، هنگامی که به عنوان یک سد در برابر انعطاف پذیری کارکردی عمل می کند (۲۶). پژوهش حاضر ناهمسو با پژوهش گلستانی فر و دشت بزرگی (۳۲)، است که با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند انجام شد. یافته ها نشان داد که گروه ها از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری نداشتند اما بین دو روش در بهبود متغیرها تفاوت معنی داری وجود نداشت.

عدم آمیختگی شامل تغییر در استفاده معمولی از زبان و شناخت است، به گونه ای که فرایند جاری تفکر، آشکارتر است و کارکردهای معمولی نتایج تفکر، گسترده تر هستند. تمرینات عدم آمیختگی، معطوف به گسترده تر کردن محتوای زبان، عموماً از طریق فراهم کردن موقعیت هایی برای تعامل با زبان در روش متنوع غیر تحت اللفظی است. این موقعیت های غیر عادی، حمایت اجتماعی برای تحت اللفظی بودن (دقیق بودن) زبان را تضعیف می کند، به عبارتی در حقیقت آمیختگی را تضعیف می کند. این بافت گسترده تر غیر تحت اللفظی، انعطاف پذیری کارکردی بیشتری با توجه به زبان رقم می زند و می تواند حساسیت بیشتر به شرایط متغیر محیطی را تسهیل کند (۲۷).

در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در

سیاسگزاری

«این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران می باشد» و دارای کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.017 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز می باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

1. Blankenstein NE, Huettel SA, Li R. Resolving ambiguity: Broadening the consideration of risky decision making over adolescent development. *Developmental Review*. 2021;62:100987. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100987>
2. Barghandan S, Tarkhan M, Ghaemi Khomami N. Efficacy of Anger Management Training on Social Adjustment of High School Female Students in Rasht City. *Clinical Psychology Studies*. 2012;2(8):140-65.
3. Fairley K, Sanfey AG. The role of demographics on adolescents' preferences for risk, ambiguity, and prudence. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2020;179:784-96. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2020.03.028>
4. Osmont A, Camarda A, Habib M, Cassotti M. Peers' Choices Influence Adolescent Risk-taking Especially When Explicit Risk Information is Lacking. *J Res Adolesc*. 2021;31(2):402-16. <https://doi.org/10.1111/jora.12611>
5. Haggerty KP, Barkan SE, Caouette JD, Skinner ML, Hanson KG. Two-Year Risk Behavior Outcomes from Connecting, a Prevention Program for Caregivers and Youth in Foster Care. *Prev Sci*. 2023;24(1):15-26. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01390-4>
6. Ketterlinus RD. *Adolescent Problem Behaviors: Issues' and Research*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2011.
7. Maurya C, Maurya P. Adverse childhood experiences and health risk behaviours among adolescents and young adults: evidence from

نوع پژوهش ها در مقاطع تحصیلی مختلف و بین دانش آموزان سایر شهرها نیز انجام شود؛ برای به دست آوردن نتایج پایاتر، از ابزارهای کیفی نیز استفاده شده و ماندگاری مداخلات را بعد از چند ماه بررسی کنند؛ همچنین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سایر بازه های سنی و سایر مدارس در پژوهش های آتی بررسی شود و نتایج این پژوهش ها در تحقیقات فراتحلیل مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان به نتایجی با پایایی و روایی بالا جهت استفاده از این رویکردها دست پیدا کرد. در چارچوب پیشنهادهای کاربردی نیز، پیشنهاد می شود طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان راهبردی موثر به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا این مشاوران در مداخلات خود این راهبردها را به کار گیرند.

- India. *BMC Public Health*. 2023;23(1):536. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15416-1>
8. Shek DT, Leung H. Positive youth development, life satisfaction, and problem behaviors of adolescents in intact and non-intact families in Hong Kong. *Front Pediatr*. 2013;1:18. <https://doi.org/10.3389/fped.2013.00018>
9. Zashchirinskaia O, Isagulova E. Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iran J Psychiatry*. 2023;18(1):65-71. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i1.11414>
10. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health*. 2011;101(8):1481-94. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>
11. Mosayeb Yarmohamadi V, Khosrow R, Majid K, ali n. The study of Mediating Role of Early Maladaptive schemas Between Parental Bonding and Addiction Talent. *Journal of Psychology*. 2022(1):171-81.
12. *Prevention CfDca*. Trends in HIV-related risk behaviors among high school students--United States, 1991-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(29):556-60.
13. Marziyeh f. The Role of Alexithymia to Predict High-Risk Behaviors based on Mediating Role of Perceived Social Support. *Journal of Psychology*. 2022(1):550-9.

14. Bahadivand Samira DIA, Karimi Manouchehr, Ghorbani Mostafa, Mohammadi Younes. Prevalence of risky behaviors among Iranian adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Education and community health*. 2021;8(2):135-42. <https://doi.org/10.52547/jech.8.2.135>
15. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(4):376-90. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
16. hemmati sabet a, navabi nejad s, khalatbari j. Compare of effectiveness schema therapy and group cognitive therapy to reduce depression, anxiety and perceived stress women. *Shenakht*. 2016;3(1):12-25. <https://doi.org/10.17795/ajnp-39755>
17. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press; 2006.
18. Joan M. Farrell IAS. *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Step-by-Step Treatment Manual with Patient Workbook*. Edition s, editor: Wiley-Blackwell; 2012. <https://doi.org/10.1002/9781119943167>
19. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40(2):317-28. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
20. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2010;1:182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
21. Saffarinia M, Azizi Z. The Effect of Group Schema Therapy in Promoting Social Well-being and Perception of Social Trust in University Students. *Journal of Psychological Studies*. 2019;15(1):147-64.
22. younesi s, Hatami M, salahyan A. Effectiveness schema therapy based on parenting styles on educational stress perception of female students. *psychologicalscience*. 2021;20(100):521-32.
23. Pourshahabadi F, Einipour J. The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation of Self and Emotional Control among Couples with Marital Maladjustment. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2020;7(2):18-29.
24. Gol A, Aghamohammadian Sharbaf H, Sedaghat F, Rasooli H. The effectiveness of schema therapy on the symptoms, severity of early maladaptive schemas, confirm-seeking and self-concept in histrionic personality disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2019;21(6):387-97.
25. Brummett BR. Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone- maintenance treatment New York: Fordham University Press; 2007.
26. Ruiz F. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010;10:125-62.
27. Hayes SC, Strosahl KD. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer; 2004. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
28. Ost LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2014;61:105-21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
29. T B, Rangsiman S, T C. The effects of an acceptance and commitment therapy program on the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric associated with reduced life expectancy: The prevend study Clinica Chimica Acta*. 2020;488:7-12. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2018.10.029>
30. Davison TE, Eppingstall B, Runci S, O'Connor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging Ment Health*. 2017;21(7):766-73. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>
31. Roostami m, rasouli m, Kasaei R. Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2019;9(1):87-110.
32. Golestanifar S, Dashtbozorgi Z. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Well-being Therapy

- on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients. *Journal of Rafsanjan University Of Medical Sciences*. 2021;20(3):297-312. <https://doi.org/10.52547/jrums.20.3.297>
33. Alireza Armani K, Bahram R, Seyyede Elnaz M, Mehdi M, Ehsan F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Academic Procrastination in Medical Sciences Students of Zanjan University. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*. 2021;26(2):142-53. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.2.2817.1>
 34. Fatemeh G, Banafsheh B, Vahid M, Somayeh A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the quality of attachment and altruism of the children with externalized behavioral problems. *Research-Institute-for-Education*. 2019;18(4):77-88.
 35. Norozi M, Zargar F, Akbari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. *mui-jbs*. 2017;15(2):168-74.
 36. Izakiyan s, mirzaian b, Hosseini SH. Effectiveness of education emotion regulation techniques on reducing stress and increasing resilience of students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(53):17-26.
 37. Asli azad m, manshaee gr, Ghamarani A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Intolerance of uncertainty of The Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020;9(36):33-53.
 38. Ali ZM, Zohre AA. Risk-taking Behaviors among Adolescents: the Strategies to Prediction Crimes Commitment. *Journal of Family Research*. 2008;4(1).
 39. Farrell JM, Shaw IA. Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook. Hoboken, NJ, US: Wiley Blackwell; 2012. xvi, 312-xvi, p. <https://doi.org/10.1002/9781119943167>
 40. Hayes SS, Kirk. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Hayes SC, Strosahl KD, editors. New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2005. xvi, 395-xvi, p. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
 41. Chew HSJ, Chng S, Rajasegaran NN, Choy KH, Chong YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):6. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01535-6>
 42. Ferreira MG, Mariano LI, Rezende JV, Caramelli P, Kishita N. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;309:297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
 43. Lai L, Liu Y, McCracken LM, Li Y, Ren Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Behav Res Ther*. 2023;165:104308. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104308>
 44. Ghorbanikhah E, Mohammadyfar MA, Moradi S, Delavarpour M. The Effectiveness of Acceptance-and-Commitment-Based Parenting Training on Mood and Anxiety in Children and Self-compassion in Parents. *PCP*. 2023;11(1):81-92. <https://doi.org/10.32598/jpcp.11.1.860.1>
 45. Zahra B, Reyhane Tighband J, Nafiseh D, Mina A, Farzane J, Mahdih M. An Overview of Reviews on the Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression and Anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023;18(2).
 46. Nazanin H. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Forgiveness and Marital Adjustment among Women Damaged by Marital Infidelity. *Quarterly Journal of Woman and Society*. 2014;5(19):135-50.
 47. Irandoost F, Neshat doost HT, Nadi MA, Safary S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the rate of chronic pain and pain catastrophizing in women with chronic low back pain. *rph*. 2014;8(3):31-40.
 48. Rajabi S, Yazdkhafti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(1):29-38.