

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsivity and Resilience of Adolescents with Self-Harm Behaviors

Asiyeh Gordahani¹, Bahman Kord Tamini^{2*}

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7352-4751

2. Bahman Kord Tamini, Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7336-5754

***Corresponding Author:** Bahman Kord Tamini, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. E-mail: bahman_kord@ped.usb.ac.ir

Received: 24 May 2024

Revised: 13 Jan 2025

Accepted: 17 Feb 2025

Abstract

Introduction: self-injury or self-poisoning among adolescents, irrespective of the reasons behind it, is viewed as self-harm. The primary aim of this research was to evaluate the effects of acceptance and commitment therapy on impulsivity and resilience in adolescents demonstrating self-harm behaviors in Iranshahr City. Being aware of self-harming actions during adolescence can aid in avoiding enduring or irreversible effects related to them.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test-post-test framework alongside a control group. The statistical population comprised secondary school students in the second term in Iranshahr city in 2024. Thirty students were chosen non-randomly and subsequently assigned at random to intervention and control groups (15 students per group). The intervention group underwent acceptance and commitment therapy, administered in 8 sessions lasting 90 minutes each, in accordance with Hayes et al.'s protocol. The questionnaires utilized in this research comprised Klonsky and Glenn's (2003) Self-Injurious Behaviors Questionnaire, Barrett's Impulsivity Scale (2004), and Connor and Davidson's (2003) Resilience Questionnaire. The analysis of the data was conducted using SPSS26 software and a multivariate analysis of covariance test.

Results: The findings from the covariance analysis of the data indicated that the acceptance and commitment group therapy intervention diminished impulsivity ($F=5.49$, $P\leq.002$) and enhanced resilience ($F=95.0089$, $P\leq.001$) in adolescents when compared to the control group.

Conclusions: The findings suggest that acceptance and commitment therapy effectively reduced impulsivity and enhanced resilience in adolescents who exhibit self-harm behaviors, thus recommending this method for students engaging in self-harm.

Keywords: Impulsivity, Self-Harm, Resilience, Acceptance and Commitment Therapy, Adolescents.

How to cite this article: Gordahani A, Tamini BK. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Impulsivity and Resilience of Adolescents with Self-Harm Behaviors. Journal of Nursing Education (JNE). May 2025.p41-52(in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر تاب آوری و تکانش گری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی

آسیه گردهانی^۱ و بهمن کرد تمینی^{۲*}

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۱۰۰۰-۲۵۳۷-۱۵۷۴

۲- دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۱۰۰۰-۶۳۳۷-۴۵۷۵

*نویسنده مسئول: بهمن کرد تمینی، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

ایمیل: bahman_kord@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۴

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۹

چکیده

مقدمه: خودجراحی یا خودزنی در نوجوانان به رفتارهای خودآسیب رسان عمده اشاره دارد که فاقد هر گونه قصد یا نیت از پیش تعیین شده است. پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کاهش تکانش گری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی در شهر ایرانشهر انجام گردید. توجه به رفتارهای خود جراحی به عنوان یک آسیب در دوره نوجوانی می تواند فرد را از عوارض بلند مدت یا همیشگی که همراه آن هست محافظت کند

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش دانش آموزان مقطع متوسطه دوره دوم در شهر ایرانشهر در سال ۱۴۰۳ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر دانش آموز به صورت غیر تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های مداخله و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی یک دوره ۸ جلسه ای ۹۰ دقیقه ای براساس پروتکل هیز و همکاران دریافت کردند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای خود آسیب رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۳)، مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۰۴) و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیودسون (۲۰۰۳) پاسخ بودند. در نهایت داده ها با نرم افزار SPSS26 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس داده ها نشان داد که مداخله گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش تکانش گری ($F = 5/49, P \leq 0/01$) و افزایش تاب آوری ($F = 95/008, P \leq 0/01$) نوجوانان و گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه گیری: بر مبنای یافته های حاصل می توان گفت مداخله گروه درمانی پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کاهش تکانش گری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی مؤثر بود، لذا پیشنهاد می شود این رویکرد برای دانش آموزان دارای رفتارهای خودجراحی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: تاب آوری، پذیرش و تعهد، تکانشگری، خودجراحی، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانان سرمایه های مهم یک ملت هستند در مراحل رشد نوجوانی عبارت است از دوره زمانی پس از کودکی و قبل از ورود به بزرگسالی نوجوانان تمایل دارند خود را بر اساس هنجارهای اجتماعی تغییر و پرورش دهند. نوجوان بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) عبارت است از افرادی که بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن دارد و حدود ۲۰ جمعیت را تشکیل می دهند. نوجوانی یک مرحله از طول زندگی انسان است و مرحله ای است که بیشترین خطر را به همراه دارد [۱]. یکی از این مراحل که هر شخص خواه ناخواه با آن مواجه می شود، مرحله نوجوانی می باشد که بین نقطه پایان کودکی و آغاز زمان بزرگسالی نهفته است [۲]. دوره نوجوانی مرحله ای از رشد است که با دامنه وسیعی از تحولات همراه است، تحولاتی که عملکرد نوجوان را در ابعاد مختلف درون فردی و بین فردی تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می دهد [۳]. از مشکلات جدی و رو به افزایش دوران نوجوانی و جوانی رفتارهای خودآسیبی است که خسارت های روانی و اجتماعی فراوانی به دنبال دارد و می تواند در زندگی با نتایج منفی متعددی همراه باشد [۴]. خودآسیب رسانی فعالیتی است که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بدون هیچ گونه قصد خودکشی، روی فرد و توسط خودش اعمال می شود [۵]. Cholinochambralin, Reiden and Grant اذعان می دارند که رفتارهای خودآسیب رسانی تنها به افرادی که اختلال های روانی دارند، محدود نمی شود و در جمعیت عمومی نیز رایج است و به صورت قابل توجهی در دوره نوجوانی شایع تر از دیگر دوره های زندگی است [۶] و از این رو به منظور مقابله با هیجان های منفی خود ممکن است به راهکارهای ناسازگار مانند رفتارهای خودآسیب رسان روی بیاورند. در همین راستا فرض بر این است که این رفتارها در دوره نوجوانی به منظور تلاش برای سازگاری با آشفتگی های روانشناختی بروز می کنند [۷]. گذر از مرحله کودکی به نوجوانی با فشارها و تحولات روانشناختی و محیطی همراه بوده است. بخش اعظمی از نوجوان ها این مرحله را بدون هیچ مشکلی طی می نمایند، اما برخی دیگر برای رهایی از فشارهای موقعیتی و روانشناختی ممکن است اقدام به رفتارهای خودآسیبی نمایند. شروع رفتارهای خودآسیبی در دوره نوجوانی و همراه شدن با بلوغ، در نتیجه تعامل پیچیده میان اثرات ژنتیک، بیولوژیکی، روانپزشکی، روانی،

بهمن کرد تمینی و همکاران

اجتماعی و فرهنگ می باشد [۸]. خودآسیب رسانی دربرگیرنده دو دسته رفتارهای مستقیم، مثل خودجراحی بدون خودکشی و غیرمستقیم مانند سوءمصرف مواد و خطرجویی می باشد. در رفتارهای مستقیم شخص به صورت آگاهانه و عمدی به بافت های سطحی بدن آسیب وارد می نماید، اما قصد خودکشی ندارد و رفتارش از نظر اجتماعی مقبول فرهنگش نمی باشد؛ در خودآسیب رسانی غیرمستقیم، شخص رفتاری را به طور ارادی انجام می نماید که در طولانی مدت سبب آسیب می گردد، اما در هنگام انجام عمل قصد آسیب به خود وجود ندارد [۹]. خودآسیب رسانی اغلب در سنین ۱۳ و ۱۴ سالگی آغاز می شود [۱۰]. خودجراحی یا خودزنی در نوجوانان به رفتارهای خودآسیب رسان عمدی اشاره دارد که فاقد هرگونه انگیزه یا قصد درونی از پیش تعیین شده است و هزینه های جانی و مالی بسیاری در حوزه سلامت برای جوامع بشری به همراه دارد [۱۱]. علاوه بر این پژوهش های بین المللی حاکی از شیوع بالای خودجراحی در نوجوانان است [۱۲، ۱۳] و اوج رفتارهای خودآسیب رسان در سنین ۱۷-۱۴ سالگی مشاهده می شود [۱۴]. برای درک رفتارهای خودجراحی در نوجوانان ضروری است بدانیم چرا یک رفتار خاص، در یک، زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می گیرد [۱۵]. در همین راستا پژوهش ها نشان می دهد سطوح بالای تکانشگری به شدت با رفتارهای خودجراحی به صورت برنامه ریزی شده و برنامه ریزی نشده، مرتبط است [۱۶، ۱۷]. از این رو به نظر می رسد تکانشگری در بروز رفتارهای خودجراحی نقش داشته و نوجوانان از انواع خودجراحی عمدی به بدن خود (مثل بریدگی و سوزاندن) به عنوان یک راهبرد مقابله ای برای تنظیم هیجان استفاده می کنند [۱۸، ۱۹]. هر موجود زنده در مقابل تغییرات و دگرگونی های محیطی که در آن قرار دارد رفتار خود را نیز تغییر می دهد و راههای تازه ای را پیدا می کند تا بتواند احتیاجات خود را تأمین نماید. بنابراین قدرت یادگیری و انعطاف پذیری در رسیدن به سازگاری یک خصلت ضروری و ضامن بقای یک ارگانیسم زنده است. به ویژه در شرایطی که محیط در حال دگرگونی و بی ثبات باشد. می توان موجوداتی را تجسم نمود که فاقد این انعطاف پذیری و قدرت یادگیری بوده اند و در تنازع بقا شکست خورده و شاید از صفحه هستی محو شده اند [۲۰]. از جمله عوامل مؤثر در مقابله با مشکلات و دشواری های زندگی،

کردی های روانی ایجاد شده به دنبال وجود رفتارهای آسیب رسان و خودجراحی مؤثر بوده و می توان از آن در راستای کاهش و پیشگیری از رفتارهای آسیب رسان افراد استفاده نمود. همچنین پژوهش های انجام گرفته محدودی در مورد ارتقای تاب آوری و تکانشگری در مطالعات خارجی و داخلی، به خصوص نوجوانان وجود دارد. به همین منظور و هم با در نظر داشتن اینکه رفتارهای خود جراحی و آسیب رسان به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانشناختی مخصوصا در نوجوانان بوده و در صورت عدم درمان به صورت مزمن در خواهد آمد، اقدام درمانی مناسب ضروری به نظر می رسد. ازاین رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و تاب آوری نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان در مقطع متوسطه دوره دوم در شهر ایرانشهر در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهشی شامل ۳۰ نفر از جامعه آماری که به روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند از طریق غربالگری با سبانه رفتارهای خود آسیب رسان کلونسکی و گلن (۲۰۰۳) و گزارش معلمان مدرسه شناسایی و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). ملاک های ورود عبارت بودند از: ۱. دریافت بالاترین نمره بر اساس پرسشنامه رفتارهای خود آسیب رسان کلونسکی و گلن ۲. سابقه رفتار خودجراحی (بر اساس گزارش معلمان و پرونده تربیتی). ۳. در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگهداشتن نوع و میزان دارو مصرفی در طی مدت پژوهش. ۴. پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش پس از امضاء رضایت نامه کتبی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: ۱. داشتن سایر بیماری های روانی یا جسمانی، ۲. وجود مخاطراتی برای بیمار مثل افکار جدی خودکشی که امکان عدم دریافت دارو یا ثابت نگهداشتن آن را ناممکن می سازد. ۳. سوء مصرف سیگار یا سایر مواد مخدر. ۴. عدم حضور بیش از دو جلسه شرکت کنندگان در مراحل درمان بود. سرانجام بعد از گرفتن پیش آزمون از گروه آزمایش، ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

تاب آوری است که افراد را در برابر اختلالات و آسیب های روانی حفظ می کند [۲۱]. تاب آوری به عنوان یک ویژگی روانشناختی مهم، توانایی افراد را در شرایط اضطراب آور، فشارهای زندگی و مشکلات افزایش می دهد. افراد تاب آور، توانایی مقابله با شرایط دشوار را دارند و از تجارب ناراحت کننده زندگی درس می گیرند [۲۲]. تاب آوری می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در مقابل مشکلات روانی و جسمی عمل نماید و به افراد کمک کند تا خود آگاهی، رشد خود را ادامه دهند [۲۳]، و توانایی سازش با درد را افزایش می دهد [۲۴]، افسردگی را کاهش می دهد [۲۱] و موجب بهبود کیفیت زندگی می شود [۲۵]. نوجوانانی که مبتلا به اضطراب اجتماعی هستند، اگر تاب آوری بالایی داشته باشند، می توانند در مواقع ناخوشایند بهتر عمل نمایند. آنها می توانند در برابر سختی ها و رنج های ناشی از اضطراب خود مقاومت کنند و کیفیت زندگی خود را افزایش دهند [۲۶]. نتایج نشان داده است افرادی که تاب آوری بالایی دارند می توانند در برابر فشارهای اجتماعی و خانوادگی ناشی از اضطراب، بهتر عمل نمایند. همچنین می توانند به آسانی با نگرانی های مربوط به محیط اطراف خود مواجه شوند و استرس های زندگی را کاهش دهند. به صورت کلی، داشتن تاب آوری بالا به نوجوانان کمک می کند تا در رویارویی با مشکلات، بهتر عمل کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود دهند. با استفاده از اخیرا نسل سوم درمان های شناختی- رفتاری مانند درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر هدف بهبودی مهارت های خود مدیریتی انجام می شود [۲۷]. مشابه با پژوهش حاضر، پژوهش هایی در داخل و خارج کشور در این راستا نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنا داری باعث کاهش حساسیت اضطرابی و تکانشگری دختران نوجوان دارای اختلال اضطراب اجتماعی شده [۲۸]، بر تاب آوری و خودپنداره کودکان مبتلا به سرطان تأثیر مثبت داشته [۲۹]، در کاهش پرخاشگری و افزایش انعطاف پذیری دانش آموزان دختر با رفتار خود جراحی [۳۰]، باعث بهبود وضعیت سلامت روان و کاهش گرایش به خودکشی نوجوانان دارای والدین با بیماری مزمن روانشناختی [۳۱]، در ارتقای تاب آوری کودکان مبتلا به درد مزمن [۳۲]، در مدیریت احساسات و انعطاف پذیری و تاب آوری نوجوانان [۳۳] مؤثر بوده است. با توجه به آنچه اشاره شد، به نظر می رسد که این درمان در کاهش بد عمل

بهمن کرد تمینی و همکاران

افراد تاب آور از افراد غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است [۳۷]. این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که به صورت لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. نمره میانگین این پرسشنامه از ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب آوری بالاتری دارد و هر چه نمره او به صفر نزدیک‌تر باشد، از تاب آوری کمتری برخوردار خواهد بود. داس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی برای پرسشنامه تاب آوری کافی را نشان داده است [۳۸] و بک [۳۹] ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تاب آوری معادل ۰/۸۰ را برای خرده مقیاس های پرسشنامه گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. روایی توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید [۴۰].

مقیاس تکانشگری Bart: این مقیاس، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی است. این مقیاس، برپایه نظریه شخصیتی بارت و توسط وی و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. نسخه یازدهم این مقیاس توسط ارنست بارت در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه ای است، که سه زیرمقیاس، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی ۰/۸۳ است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ در نسخه انگلیسی حدود ۰/۸۱ و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی ۰/۷۹ بهتر بوده است. همچنین بر اساس پژوهش اختیاری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تکانشگری بین ۴۰ تا ۰/۸۳ برآورد شده است [۴۱]. در ایران، ناطقی و سهرابی روایی و پایایی مقیاس تکانشگری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی درونی آن را ۰/۸۰ به دست آوردند [۴۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز و همکاران [۳۴] طی ۸ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد. برای

اساس پروتکل هیز و همکاران [۳۴] به صورت هر هفته یک جلسه به مدت دو ماه را گذراندند ولی برای گروه کنترل در این مدت این درمان انجام نگرفت. اما پس از اتمام پژوهش می توانستند مداخله حاضر را به شکل رایگان دریافت نمایند. سپس پس آزمون از هر دو گروه گرفته شد. درنهایت داده‌ها با نرم افزار SPSS26 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

سیاهه خود گزارشی رفتارهای خودآسیب رسان Clonski and Glenn (۲۰۰۳):

یک ابزار خود گزارشی است کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی (Injury-Self Nonsuicidal) را ارزیابی می‌کند. بخش کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان این سیاهه دارای ۳۳ پرسش است که ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان را که در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته اند، ارزیابی می‌کند. نمرات به صورت لیکرت سه گزینه‌ای از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی مرتبط)، ۲ (کاملاً مرتبط) درجه بندی شده است. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکرد درون فردی و کارکرد برون فردی) به دست می‌آید. سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است. همچنین در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای ۰/۷۵). در ایران برای اولین بار در پژوهش صفاری نیا، نیکوگفتار و نهاوندیان [۳۵] پایایی این سیاهه ۰/۷۶ محاسبه گردیده است. همچنین در پژوهش مذکور روایی صوری و محتوایی این سیاهه با نظر اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه براین در پژوهش حاضر پایایی سیاهه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه تاب آوری Connor and Davidson (۲۰۰۳): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون [۳۶] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتال به اختلال استرس پس از سانحه، بررسی گردید. تهیه کنندگان این پرسشنامه بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک

واختیار جهت شرکت در پژوهش حفظ راز داری و امانت داری مورد توجه بوده است همچنین این مطالعه با کد اخلاق IR.USB.REC.1403.010 از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه سیستان و بلوچستان ثبت و تایید شده است. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارایه شده است.

آموزش شرکت کنندگان پس از هماهنگی با بهزیستی شهرستان ایرانشهر در مرکز مشاوره همراز توسط روان شناس به صورت گروهی و در چارچوب جلسات مطرح شده آموزش ها ارائه شد. در تمام مراحل رعایت اخلاق در پژوهش از جمله کسب رضایت آگاهانه، رعایت اصل آزادی

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تمرینات خانگی
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی	معرفی درمان و بررسی تاریخچه موردی	شناسایی اجتناب تجربه ای	قرداد درمانی، کاربرد مشکلات و ارزش ها
دوم	درماندگی خلاق، درک اینکه کنترل مساله است نه راه حل	تلاش بی ثمر، استعاره مردی در باتلاق	شناسایی تلاش های ناکارآمد	تمرین ذهن آگاهی، شناخت رفتارهای اجتنابی
سوم	پذیرش هیجان های درونی	استعاره خوردن یک سیب	فضا دادن و نظارت بر احساسات ناخوشایند	تمرین تنفس آگاهی، شناسایی احساسات ناخوشایند
چهارم	روشن سازی ارزش ها و به کارگیری استعاره های مربوطه	شناسایی ارزش های زندگی افراد و ارزیابی آن ها	تلاش برای زندگی ارزشمند	ثبت ارزش ها و رفتار براساس ارزش ها
پنجم	بررسی هم جوشی و گسلش	شناسایی افکار به عنوان فکر نه واقعیت	کاهش آمیختگی فرد با هیجان های آزار دهنده	بررسی افکار ناخوشایند و نوشتن افکار
ششم	توضیح مفاهیم، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر	نشان دادن جدایی بین خود و تجارب درونی و رفتار	توجه به خود مشاهده گر	تمرین صحبت کردن و گوش دادن به افکار
هفتم	تاکید بر زمان حال	آموزش بودن در زمان حال (اینجا و اکنون)	آموزش تکنیک های ذهن آگاهی	توجه به رفتارهای خودآسیب رسان، تمرین خورد کشمکش
هشتم	آموزش تعهد، جمع بندی	ارزیابی موانع تعهد به عمل، جمع بندی جلسات	انجام عمل متعهدانه در جهت ارزش ها	شناسایی موانع عمل متعهدانه، مرور تمرینات گذشته

جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی گروه آزمایش و گواه مورد مطالعه شهر ایرانشهر (هر گروه ۱۵ = n)

متغیر	مولفه	گروه آزمایش فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	جمع کل
جنسیت	پسر	۸ (۵۱/۷)	۹ (۵۶/۲)	۱۵
	دختر	۷ (۴۸/۳)	۶ (۴۳/۸)	۱۵
شغل پدر	کارمند	۷ (۵۸/۴)	۹ (۶۷/۲)	۱۶
	آزاد	۵ (۲۷/۹)	۴ (۲۲/۶)	۹
	بیکار	۳ (۱۳/۷)	۲ (۱۰/۲)	۵
شغل مادر	کارمند	۹ (۷۴/۱)	۶ (۶۵/۲)	۱۵
	آزاد	۴ (۱۷/۲)	۵ (۲۲/۶)	۹
	بیکار	۲ (۸/۷)	۴ (۱۲/۲)	۶

بررسی یافته‌های جمعیت شناختی در جدول ۲ نشان می‌دهد بیشتر شرکت کنندگان در گروه آزمایش و گروه کنترل پسر، در شغل پدر و مادر بیشتر شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل کارمند بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به نمرات تکانشگری و تاب‌آوری

مراحل	پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش
متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
تکانشگری	۱۰۲/۸۶ (۲۱/۵۰)	۱۱۲/۱۳ (۱۵/۴۴)	۱۰۹/۲۶ (۱۷/۲۸)	۱۰۴/۶۰ (۱۸/۶۹)
تاب‌آوری	۶۸/۸۰ (۸/۳۵)	۶۸/۰۶ (۱۰/۲۲)	۷۲/۲۰ (۹/۲۷)	۷۶/۰۶ (۸/۳۷)

آزمون Shapero-wilks، خطی بودن با نمودار پراکنش داده‌ها، همگنی واریانس‌ها با آزمون Levene's، همگنی شیب‌های رگرسیون با آزمون Box's M قرار گرفتند، که تمامی آنها محقق گردید ($P \geq 0.05$). با توجه به برقراری مفروضه‌های ضروری از تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن بر متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همانطور که نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد میانگین نمرات متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون تفاوت بیشتری وجود دارد برای بررسی اینکه آیا تغییرات در گروه آزمایش معنی دار است یا خیر، آزمون کواریانس یکراهه در متن مانکوا استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش پیش فرض‌های زیربنایی تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا را برآورده می‌کنند. بررسی نرمال بودن داده‌ها با

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب‌آوری و تکانشگری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر
تکانشگری	۱۱۰۴/۸۲	۱	۱۱۰۴/۸۲	۹۵/۰۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
تاب‌آوری	۴۸۰	۱	۴۸۰	۵/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۱۶

با توجه به اطلاعات جدول ۵، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، در تاب‌آوری ($F = 95/008, P \leq 0/001$) و تکانشگری ($P \leq 0/02$) نوجوانان با رفتارهای خودجراحی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین این فرض محقق مبنی بر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری و کاهش تکانشگری در نوجوانان مبتلا به رفتار خودجراحی مورد تأیید قرار می‌گیرد. اندازه‌ی اثر برای تاب‌آوری $0/77$ و برای تکانشگری $0/16$ می‌باشد. به عبارت دیگر در پس‌آزمون به ترتیب، 77 و 16 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات میانگین ارتقای تاب‌آوری و کاهش تکانشگری مربوط به تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دارای رفتارهای خودجراحی شد. ابراهیمی و همکاران [۲۹] نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقای تاب‌آوری و خودپنداره در نوجوانان مبتلا به سرطان منجر می‌شود. به این صورت که فرد از طریق رفتارهای سالم‌تر و مؤثرتر مانند ارتباط ذهنی، ادراک از خود، ذهن‌آگاهی و تخیل آینده به اهداف خود دست یابد. به عبارت دیگر هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شونده حتی در دناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدید کننده و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسد. در مطالعه‌ی Ernest و همکاران [۳۲] که از نظر ماهیتی شبیه پژوهش حاضر بود، مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث می‌شود نوجوانانی که مبتلا به درد مزمن بودند، تاب‌آوری روانشناختی خود را بهبود داده و حفظ کنند و به این شیوه با بیماری خود مقابله نمایند. این مورد مناسبی برای تبیین مکانیسم عمل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای تاب‌آوری نوجوانان با رفتار خودجراحی است. دمهری و همکاران [۳۱]، نیز بعد از مطالعه‌ای که روی افکار خودکشی نوجوانان انجام دادند، نتیجه گرفتند که نوجوانانی را که در گروه آزمایش قرار داده بودند بعد از اجرای درمان

و تمرین تکنیک‌ها، افکار خودکشی کمتری گزارش کرده و تاب‌آوری بالاتری از خود گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روند مایوس‌کننده افکار ناامید کننده و منفی را که می‌تواند یکی ریشه رفتارهای خودجراحی به حساب آید را دگرگون کند، با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهانه و نجسبیدن به افکار منفی و بی‌طرفی و قضاوت نکردن و درگیر نشدن و یا فرار نکردن از آن‌ها، و مهم‌تر از این با انتخاب ارزش‌ها و تعهد به عمل کردن بر مبنای ارزش‌ها، تاب‌آوری روانشناختی خود را که همان استواری در شرایط دشوار است را بهبود می‌بخشد. یعنی فرد به واسطه تعهد به ارزش‌هایی که می‌توان همواره بر مبنای آن‌ها بدون شکست حرکت کرد تاب‌آور می‌شود. مثلاً اگر شخصی به خاطر این فکر منفی که توانایی‌های لازم را برای جلب نظر دیگران ندارد به رفتار خودجراحی می‌پردازد، یاد می‌گیرد که چگونه با تبدیل شدن با یک انسان مهربان یا صلح دوست می‌تواند زندگی خود را غنا بخشیده و به الگویی برای دیگران نیز تبدیل شود [۳۰]. اما نتایج حاضر همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری نوجوانان با رفتارهای خودجراحی نیز موثر می‌باشد. این بخش از مطالعه حاضر با بخشی از پژوهش مطالعه‌ی عباس زاده و همکاران [۲۹]؛ Pine و همکاران [۳۳]؛ کشتکار و همکاران [۳۰]؛ همسو و با مطالعات هانیه غلامزاده نیکجو و همکاران [۴۳]؛ صیادی و همکاران [۴۴]؛ نا همسو می‌باشد. در پژوهش عباس زاده و همکاران نیز نتایج مطالعه گویای آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تکانشگری در دختران نوجوان می‌گردد [۲۹]. نتایجی که در مطالعه‌ی کشتکار و همکاران نیز به دست آمده بود در راستای نتایج پژوهش حاضر می‌باشد، آن‌ها نتیجه گرفتند که این درمان باعث کاهش پرخاشگری در نوجوانان دختر با رفتارهای خودجراحی می‌گردد [۳۰]. که البته نقطه تفاوت پژوهش کشتکار و همکاران با پژوهش حاضر در جنسیت و متغیر وابسته که تکانشگری می‌باشد و از پرخاشگری گسترده‌تر است. اما با این که پژوهش‌های محدودی در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری وجود دارد. محدود مطالعاتی نیز وجود دارد که در تضاد با نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود رفتارهای خود مراقبتی افراد دچار بیماری روانی حاد موثر نمی‌داند مانند نتایج مطالعات ورسبه

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای تاب آوری و کاهش تکانشگری نوجوانان با رفتار خودجرحی موثر است و مکانیسم اثر آن هم سوق دادن فرد از انعطاف ناپذیری روانشناختی به انعطاف پذیری روانشناختی است. بر اساس نتایج این پژوهش می توان برای نوجوانانی که به رفتارهای خودجرحی مبادرت می ورزند کمک کرد تا با بالا بردن تاب آوری در برابر هیجانات منفی، پاسخ های سالم تر و کارآمدتری به این هیجانات بدهند همچنین به جای رفتارهای تکانشی و نسنجیده و رفتارهای اجتنابی، با آرامش و تمرکز بهتری بر مبنای ارزش ها عمل کنند. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر با چالش هایی رو به رو بود مانند عدم اجرای آزمون پیگیری برای بررسی اثر آموزش ها طی زمان، که پیشنهاد می شود پژوهش های دیگر، دوره ی پیگیری را نیز جهت بهبود تعمیم پذیری مد نظر قرار بدهند. همچنین با توجه به نتیجه این پژوهش، به سازمان ها و نهادها و مراکز مشاوره ای که با نوجوانان با رفتارهای خودجرحی سر و کار دارند توصیه می شود، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در جهت ارتقای تاب آوری و کاهش تکانشگری در این گونه نوجوانان استفاده نمایند.

سپاسگزاری

در پایان لازم می دانیم بدین گونه از دانشگاه سیستان و بلوچستان، اداره بهزیستی شهرستان ایرانشهر و تمامی مسئولین آموزش و پرورش، دبیران ارجمند و نوجوانان شرکت کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را اعلام نماییم.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

و همکاران [۴۵] و Hayes و همکاران [۴۶] که شاید بخاطر این باشد که این بیماران در شرایط روانی بسیار بحرانی بوده اند که توانایی انجام تمرین های درمانی را نداشتند. در راستای تبیین نتیجه پژوهش حاضر که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش تکانشگری نوجوانان با رفتار خودجرحی مناسب می داند، می توان گفت که مکانسیم عمل این درمان در تغییر حالت روانشناختی از انعطاف ناپذیری به انعطاف پذیری روانشناختی نهفته است، به این صورت که از طریق تمرین های ذهن آگاهانه و همجوشی زدایی با افکار منفی به افراد با رفتار خودجرحی کمک می کند تا تسلیم افکار و قوانین ذهنی ناموثر و ناکارآمد خود نباشند و به جای آن به صورت صحیح با جهان پیرامون و درون خود تعامل داشته باشند. همچنین در این درمان فرد یاد می گیرد به جای درگیری با افکار منفی و جنگیدن بدون نتیجه درست با آن ها، خود را به عنوان زمینه در نظر بگیرد یعنی بگذارد افکار بدون واپس زدن و جنگیدن بی ثمر و بدون فرار و اجتناب از آن ها رفت و آمد کنند. زیرا اجتناب و فرار از افکار منفی و جوش خوردن با آن و یگانگی خود با تصور بدبینانه از خود ممکن است باعث رفتارهای خود آسیب زنده شود. که در این درمان فرد تمرین می کند با قرار دادن خود به عنوان زمینه از این روند ایمن گردد. انتخاب ارزش های درست در جهت عمل همیشگی و با رضایت درونی بالاتر یکی دیگر از اضلاع انعطاف پذیری روانشناختی است که در این درمان فرد یاد می گیرد به جای انتخاب اهداف غیر قابل تغییر و اهدافی دشوار که حتماً و بدون قید و شرط باید به آن برسد و در صورت ناکامی افسرده شده و ممکن است به رفتار خودجرحی بپردازد، ارزش ها را سرلوحه کار خود قرار داده و متعهدانه به آن ها عمل کند تا بتواند بدون شکست همیشه رضایت خاطر و احساس مثبت نسبت به خود و جهان پیرامون خود داشته باشد. همچنین فرد یاد می گیرد با پذیرش افکار و موقعیت ها به عنوان آن چیز که هست بدون قضاوت در مورد آن ها و در نظر گرفتن فکر منفی یا موقعیت منفی به عنوان پدیده ای که پیش آمده و عمل متعهدانه بر مبنای ارزش ها، سلامتی خود را حفظ کند. به این طریق افراد با رفتارهای خود جرحی، تاب آوری خود را ارتقا داده و به جای تکانشگری و اقدامات نسنجیده به آرامش بیشتری در رفتار و احساس خود دست پیدا کنند [۳۰].

References

1. Armitage S, Parkinson M, Halligan S, Reynolds S. Mothers' experiences of having an adolescent child with depression: an interpretative phenomenological analysis. *J. Child Fam. Stud.* 2020; 29(6):1617-1629. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01705-5>
2. Mehlum L, Ramberg M, Tormoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 55(4):295-300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.005>
3. Mazaheri M, Barajali A, Ahadi H, Golshani F. Effectiveness of dialectical behavioral therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Psychol Res.* 2010; 2(5):1-25.
4. Coppersmith DDL, Nada-Raja S, Beautrais AL. Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Affect Disord.* 2017; 221:89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.029>
5. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. *Behav Res Ther.* 2014;60:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.007>
6. Khanipour H., Barajali A. & Phalsafinejhad M.R. Non-suicidal Self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood abuse: motivation and suicide probability. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2022; 15(21), 59-80. 6, 21, 2016, 59-79. <https://doi.org/10.22054/jpe.2016.5281>
7. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37(2):363-375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
8. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 3(3):CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>
9. Walsh B. W. Treating self-injury: A practical guide. Guilford Press. Whisman, M. A. Psychopathology and couple and family functioning. In APA handbook of contemporary family psychology: Applications and broad impact of family psychology. 2021; 15(21):59-80.
10. APA. Diagnostic and statistical manual of Mental Health Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013; 60:8-14.
11. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *British Journal of Psychiatry.* 2013;202(5):326-328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
12. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *J Affect Disord.* 2014; 159:46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015>
13. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal selfinjury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2019; 6:10.
14. Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med.* 2010; 7(5):e1000240. Published 2010 May 25. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>
15. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998; 18(5):531-554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
16. Carli V, Jovanović N, Podlesek A, et al. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters - a study of 1265 male incarcerated individuals. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):116-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119>
17. Rawlings J, Shevlin M, Corcoran R, Morris R, Taylor PJ. Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *J Affect Disord.* 2015;184:29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.042>
18. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behav Res Ther.* 1995; 33(1):25-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0011-7)
19. Gratz KL, Bardeen JR, Levy R, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2015; 65:29-35. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.005>

20. Olivier E, Archambault I, Dupéré V. Boys' and girls' latent profiles of behavior and social adjustment in school: Longitudinal links with later student behavioral engagement and academic achievement?. *J Sch Psychol.* 2018; 69:28-44. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.05.006>
21. Raj MA, Sivamoorthy M. Psycho-Social Problems Faced by Mothers' of Children with" Attention Deficit hyperactivity Disorder. *Jijnasa (ISSN: 0337-743X).* 2021; 38(1), 100-105.
22. Si Y. The sources of parenting stress in Chinese families of children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: An overview and future directions. *Movement and Nutrition in Health and Disease.* 2020; 4: 10-14. <https://doi.org/10.5283/mnhd.21>
23. Okwori G. Role of Individual, Family, and Community Resilience in Moderating Effects of Adverse Childhood Experiences on Mental Health Among Children. *J Dev Behav Pediatr.* 2022;43(7):e452-e462. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001076>
24. Hussain Z., Wegmann E. Problematic social networking site use and associations with anxiety, attention deficit hyperactivity disorder, and resilience. *Computers in Human Behavior Reports.* 2021; 4:100125. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100125>
25. McMenemy C, Nicholas D. Resilience in families of early adolescents with ADHD: implications for practice. *Child Care in Practice.* 2022; 28(4):561–575. <https://doi.org/10.1080/13575279.2022.2060187>
26. Dey N. E. Y., Amponsah B. Sources of perceived social support on resilience amongst parents raising children with special needs in Ghana. *Heliyon.* 2020; 6(11): e05569. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05569>
27. Gijzen MWM, Rasing SPA, Creemers DHM, Smit F, Engels RCME, De Beurs D. Suicide ideation as a symptom of adolescent depression. a network analysis. *J Affect Disord.* 2021; 278:68-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.029>
28. Abbaszadeh F, Fakhri M K, Abbasi G. The Effectivnes of acceptance and commitment therapy on anxiety sensitivity and impulsivity in female adolescents with social anxiety disorder. *EBNESINA.* 2022; 24(2):70-76. <http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-1110-en.html>
29. Ebrahimi M. Ghodrati S. Vatankhah kourandeh H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and self-concept of children and adolescents with cancer. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences,* 2022; 29(1):1-12. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1477.html?lang=en
30. Keshtkar F. Naziri G. Mohammadi M. Fath N. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy on Aggression and Cognitive Flexibility of Female Students with Self-injurious Behavior in High School in Shiraz. *Community Health Journal,* 2021; 15(4): 79-88. <http://doi.org/10.22123/chj.2022.294676.1745>
31. Demehri F, Sardari Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Enriched with Compassion Acceptance and Commitment therapy(ACT) on Psychological Well-Being and Suicidal Tendency in Adolescents with Parents with Chronic Psychological Illness. *Social work mag.* 2022; 10 (4) :37-47. <http://socialworkmag.ir/article-1-658-en.html>
32. Ernst MM. Mellon MW. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to foster resilience in pediatric chronic illness. In C. DeMichelis & M. Ferrari (Eds.), *Child and adolescent resilience within medical contexts: Integrating research and practice.* 2016; (pp. 193–207). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32223-0_11
33. Pine R. Your life, your way: acceptance and commitment therapy skills to help teens manage emotions and build resilience: by Joseph V. Ciarrochi (Author), Louise L. Hayes (Author), Katharine Hall (Illustrator), Oakland, Instant Help Publications. 2020, 168 pp., (print edition), ISBN13: 9781684034659.
34. Hayes, SC., Kirk D. Strosahl, and Kelly G. Wilson. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.* Guilford press. 2011.
35. Saffarinia M. Nikoogoftar M. Damavandian A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Clinical Psychology Studies,* 2014; 5(15): 141-158. https://jcps.atu.ac.ir/article_349.html?lang=en
36. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;

- 18(2):76-82. <http://doi:10.1002/da.10113>
37. Mohammadi M. Investigating factors affecting resilience in people at risk of substance abuse, PhD thesis, Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2004.
38. Lotfi Kashani F. The effect of group counseling according to the cognitive-behavioral approach on reducing dysfunctional attitudes. *Journal of thought and behavior in clinical psychology*. 2008; 2 (8): 67-78. <https://sid.ir/paper/356278/fa>
39. Beck, M. B. Applying systems analysis in managing the water environment: towards a new agenda. *Water Science and Technology*. 1997, 36.5: 1-17. <http://doi:10.2166/wst.1997.0153>
70. Samani S. Jokar B. Sahragard N. Resiliency, Mental Health and Life Satisfaction. *Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 50:541-563. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-en.html>
41. Okhti H. Safai H. Esmaili Javed G. Atef Vahid MK. Adalati H. Makri A. Validity and reliability of Persian versions of Eysenck, Barrett, Dickman and Zuckerman questionnaires in determining risk-seeking and impulsivity behaviors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and behavior)*. 2008; 14(3 (54 in a row) special issue on addiction): 326-336.
42. Nateghi M, Sohrabi F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the impulsivity of adolescents with drug addiction. *Journal of Psychology New Ideas* 2022; 11 (15) :1-8. <http://jnip.ir/article-1-642-en.html>
43. Holamzade Nikjoo H, Alivandi Vafa M, Tabatabaei S M, Moheb N. The effectiveness of emotion regulation-based cognitive therapy on impulsivity and aggression of students with behavioral problems. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022; 9 (1) :22-33. <http://jpen.ir/article-1-527-en.html>
44. Sayadi L, Mashayekhi A, Mohammadnejad E, Karimi-rozveh A. Relationship between Emotional Labour and Resiliency of Nurses in general wards. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2023; 10 (6): 98-109. <http://ijpn.ir/article-1-2164-en.html>
45. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *Int J Clin Health Psychol*. 2018; 18(1):60-68. <http://doi:10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
46. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Clin J Pain*. 2017; 33(6):552-568. <https://doi:10.1097/AJP.0000000000000425>