

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز

فاطمه کشتکار<sup>۱</sup>، قاسم نظیری<sup>۲\*</sup>، مسعود محمدی<sup>۲</sup>، نجمه فتح<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** نوجوانی دوره‌ای است که به دلیل تحولات جسمانی و روانی و اجتماعی، شیوع رفتارهای خودجرحی و پرخاشگری در آن افزایش می‌یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای است که ممکن است در این افراد مؤثر باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه دختران نوجوان ۱۸-۱۴ ساله بود که به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ ارجاع داده شده بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه‌های پرخاشگری و انعطاف‌پذیری شناختی بودند که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل شدند. در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. گروه شاهد، درمانی دریافت نکرد. از آزمون تحلیل واریانس مکرر برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** آزمون منبع اثر زمان، آزمون منبع اثر گروه و آزمون، منبع اثرهای تعامل زمان و گروه در نمرات پرخاشگری و انعطاف‌پذیری معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، نمرات پرخاشگری کاهش و انعطاف‌پذیری افزایش داشت.

**نتیجه‌گیری:** درمان پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری و افزایش انعطاف‌پذیری دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی مؤثر بود. بنابراین، در زمینه تلاش برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر می‌توان از درمان پذیرش و تعهد استفاده برد.

**واژه‌های کلیدی:** رفتار خودجرحی، درمان پذیرش و تعهد، پرخاشگری، انعطاف‌پذیری، دانش‌آموزان دختر

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: naziryy@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۷۳۰۰۴۶۵

## مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی همراه با تغییرات عمده جسمانی، شناختی و اجتماعی است [۲،۱]. روان‌شناسان مختلف این دوره را دوران احساس‌گرایی، بحران‌های سازنده و فشار و طوفان نامیده‌اند [۳]. طبق نتایج مطالعات، در گروه‌های ویژه‌ای از نوجوانان به ویژه نوجوانان بزهکار و نوجوانان قربانی آزار و بدرفتاری دوران کودکی، شیوع خودجرحی (self-injurious) از جمعیت عادی بیشتر است [۴،۳]. خودجرحی به رفتاری آگاهانه اشاره دارد که فرد به بافت‌های بدنش آسیب می‌زند. این عمل اغلب با ظرافت و با وسایل برنده مانند تیغ، چاقو، کارد، شیشه و آینه بر روی مچ دست، پاهای بازوها، ران و گردن انجام می‌گیرد [۳]. خود آسیب‌رسانی موضعی و آگاهانه‌ای است که ناشی از ناتوانی در سازگاری با تکانه‌های پرخاصگرانه درون‌فکنی شده فرد، برای تنبیه خود یا دیگری است [۴]. شروع خودآزاری در اوایل نوجوانی است و می‌تواند اولین تظاهر یک بیماری روانی شدید باشد [۵]. یافته‌های همه‌گیرشناسی شیوع انواع رفتارهای خودزنی را در دوران نوجوانی تقریباً ۱۴ درصد برآورد کرده‌اند [۶]. مهم‌ترین علل خودزنی در دوره نوجوانی، افزایش واکنش هیجانی، آسیب‌های روانی همچون افسردگی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، تکانشگری، پرخاصگری و اختلال در مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌باشد [۷]. پرخاصگری یکی از مشکلاتی است که همراه با رفتار خودزنی در این دسته از افراد مشاهده می‌شود [۸]. رفتار پرخاصگرانه در کودکی یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای بزهکاری، سوء‌مصرف مواد و ضعف عملکرد است [۹]. شیوع پرخاصگری در کودکان و نوجوانان ۸ درصد تا ۲۱ درصد گزارش شده است [۱۰]. نوجوانان پرخاصگر علاوه بر اینکه بر قربانیان پرخاصگری خود لطمه وارد می‌کنند، خود نیز قربانی رشد ناسالم در دوران رشدشان هستند [۱۱].

یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت که می‌تواند احتمال بروز رفتار خودجرحی و آسیب‌های روانی همچون رفتار پرخاصگرانه را تحت تأثیر قرار دهد، انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility) است. این سازه به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد و به طور انعطاف‌پذیر

شناختش را تغییر دهد، نه اینکه در برابر تغییرات محیطی پاسخ عادی بدهد [۱۲]. منظور از انعطاف‌پذیری شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که بر حسب موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد باشد [۱۳]. فرآیندهای دستیابی به انعطاف‌پذیری شناختی از شش اصل کمک می‌گیرند تا افراد بتوانند به انعطاف‌پذیری شناختی برسند: گسلس شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه [۱۴]. الگوهای رفتاری سازگارانه مطابق با تغییرات محیطی و توانایی تغییر مجموعه شناختی آن، قسمت اصلی سازگاری حاصل از انعطاف‌پذیری شناختی است [۱۵]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند [۱۳]. بر این اساس، انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد [۱۶].

به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) می‌تواند در راستای شناسایی مداخلات مؤثر در کمک به نوجوانان در معرض خطر گرایش به خودجرحی، مفید باشد. درمان پذیرش و تعهد، مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی را با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در هم می‌آمیزد و به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند [۱۷، ۱۸]. پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجان‌ها و موقعیت‌ها، بر شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، متمرکز است [۱۹]. پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن این درمان بر انواع اختلالات روانی همچون اضطراب، افسردگی و پرخاصگری می‌باشد. مطالعه Hancock و همکاران [۲۰] نشان داد که درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب در نوجوانان می‌شود. Trompeter و همکاران [۲۱] در پژوهش خود اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش سلامت روانی مثبت را نشان دادند. نتایج مطالعه Masoumian و همکاران [۲۲]

اداره آموزش و پرورش که علائم خودجرحی دارند را معرفی نمایند. سپس از بین آن‌ها، ۳۴ نفر که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند انتخاب شدند و در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و شاهد قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین و با در نظر گرفتن آلفا ۰/۰۵، سطح اطمینان ۰/۹۵، مقدار بتا ۰/۲ و توان مطالعه ۸۰ درصد برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد. با توجه به احتمال ریزش، ۱۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta\right)^2}{\Delta^2} + 1$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سابقه رفتار خودجرحی و رضایت آگاهانه شرکت در برنامه درمانی، و معیارهای خروج نیز وجود اختلالات روانی-عضوی ایجاب-کننده درمان‌های فوری مانند صرع و اختلال سلوک که مانع شرکت آزمودنی در جلسات درمانی می‌شود و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود. قبل از اجرای مداخله، همه آزمودنی‌ها در جریان اهداف و روند کلی پژوهش قرار گرفتند و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. همچنین، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد. بعد از کسب رضایت کتبی برای مشارکت در مطالعه، مداخله آغاز شد. برای پیشگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای دو گروه، روزهایی متفاوت برای جلسات توجیهی و تکمیل پرسشنامه در نظر گرفته شد. با استفاده از پرسشنامه‌های پرخاصگری و انعطاف‌پذیری شناختی از همه آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه کنترل (در انتظار درمان)، درمانی دریافت نکرد. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسط نویسنده این مقاله در کلینیک آموزش و پرورش اداره کل استان فارس انجام شد. پس از پایان ۸ جلسه درمان و ۲ ماه بعد از آن، از هر دو گروه پس‌آزمون و پیگیری گرفته شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد پرسشنامه‌ها را به صورت خودگزارشی تکمیل کنند. به علت ریزش دو نفر در هر گروه، داده‌های حاصل از ۱۵ نفر در هر گروه آنالیز شد.

پرسشنامه پرخاصگری (Aggression Buss-Perry)

نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خشم و اصلاح روابط بین فردی دانشجویان پسر مؤثر است. نوجوانی دوره‌ای است که فرد به دلیل تحولات جسمانی و روانی و اجتماعی بیشتر در معرض رفتارهای خودجرحی قرار می‌گیرد. شیوع پرخاصگری در این گروه از افراد بیش از سایرین است. پرخاصگری عاملی است که آثار نامطلوبی بر حالت درونی افراد دارد و می‌تواند احتمال رفتارهای خودجرحی را افزایش دهد [۳]. از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری شناختی یکی از سازه‌های روان‌شناسی است که احتمال بروز رفتار خودجرحی و آسیب‌های روانی همچون رفتار پرخاصگرانه را در افراد کاهش می‌دهد [۱۲]. بر همین اساس و به دنبال بررسی مداخلات مؤثر در کاهش پرخاصگری و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، درمان پذیرش و تعهد مداخله‌ای مناسب در این زمینه به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر درصدد است به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاصگری و انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز بپردازد.

## مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و طرح آن به صورت دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه شاهد) همراه با مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۴ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به کلینیک مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز ارجاع داده شده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تخصیص آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و شاهد به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) بود.

در ابتدا برای اخذ مجوز اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با شناسنامه اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.041 اقدام شد. همچنین هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش شهر شیراز صورت گرفت. نمونه‌گیری به این صورت بود که با ارسال نامه به مدارس متوسطه در نواحی ۴ گانه آموزش و پرورش شهر شیراز (که همگی آموزش مجازی داشتند)، از مشاورین مدارس خواسته شد که دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره

به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)، (ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار)، (ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). بازه نمره در این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بیشتر است. در پژوهش Vander Wal و Dennis [۱۳] روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی هم‌گرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی Martin و Robin ۰/۷۵ بود. در ایران Shareh و همکاران [۲۵] ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کردند. این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نمودند. نتایج مطالعه Shareh و همکاران بیانگر روایی عاملی، همگرا و هم‌زمانی مطلوب نسخه فارسی این مقیاس می‌باشد [۲۵]. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی در مطالعه حاضر، ۰/۷۹ بود.

**درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:** در این پژوهش از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۲۰۱۷ توسط Hayes و همکاران [۱۷] ارائه شده است، استفاده شد. این درمان در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) بر روی گروه آزمایش انجام شد. در جدول ۱ مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور خلاصه بیان شده است.

جدول ۱- محتویات جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۱۷)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اولیه با مراجع و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان برقراری رابطه مناسب با هدف.
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات آن‌ها از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق.
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و بحث در مورد مشکلات و چالش‌های پذیرش
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف.
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.

(Questionnaire): این پرسشنامه، ۲۹ سؤالی است که توسط Perry و Buss در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است [۲۳]. پرسشنامه پرخشگری دارای ۴ عامل پرخشگری کلامی، پرخشگری جسمانی، خشم و خصومت است که پرخشگری را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می‌کند) می‌سنجد. کمترین نمره کسب شده در این پرسشنامه ۲۹ و بیشترین نمره ۱۴۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پرخشگری بیشتر است. Perry و Buss [۲۳] پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند و روایی سازه آن در قالب ساختار ۴ عاملی با استفاده از تحلیل عاملی بررسی و تأیید شده است. Samani [۲۴] پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ بدست آورد و ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها را ۰/۶۴ گزارش کرد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۶۸ بود.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility inventory): این پرسشنامه که توسط Dennis و Vander Wal در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه، شامل ۲۰ سؤال می‌باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود [۱۳]. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ است و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت

مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود، در این تمرینات، شرکت کنندگان می آموزند بر فعالیت های خود تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس ها و شناخت ها پردازش می شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند.	
مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان، شناسایی ارزش های زندگی نوجوانان و مادران و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آن ها، استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال.	ششم
مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان، بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش ها توضیح داده شد، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها بحث شد. اعضا مهم ترین ارزش هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند.	هفتم
جلسه درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان می شود، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده شده است.	هشتم

درصد دیپلم، ۳۴ درصد لیسانس و ۶ درصد فوق لیسانس بودند. میزان تحصیلات پدر در گروه آزمایش ۲۲ درصد دیپلم، ۶۵ درصد لیسانس و ۱۳ درصد فوق لیسانس و در گروه کنترل ۱۳ درصد دیپلم، ۷۴ درصد لیسانس و ۱۳ درصد فوق لیسانس بودند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون های کالموگروف- اسمیرنف، کرویت موخلی، لوین، ام باکس و همچنین آزمون تحلیل واریانس مکرر استفاده گردید. اختلاف در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری و انعطاف پذیری شناختی در گروه های کنترل و آزمایش در جدول ۳ ارائه شده است. درمان تعهد و پذیرش، موجب کاهش پرخاشگری و افزایش انعطاف پذیری شناختی شد.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان گروه آزمایش  $17/15 \pm 1/88$  و گروه کنترل  $16/94 \pm 1/56$  سال بود. از نظر سطح تحصیلات مادر، در گروه آزمایش ۵۳ درصد دیپلم، ۳۴ درصد لیسانس، ۱۳ درصد فوق لیسانس و در گروه کنترل ۶۰

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری و انعطاف پذیری شناختی در گروه های کنترل و آزمایش در دانش آموزان دختر با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
کنترل	۱۱۲/۰۷ $\pm$ ۴/۵۲	۱۲۰/۶۰ $\pm$ ۴/۱۵	۱۱۹/۹۳ $\pm$ ۴/۲۰
پرخاشگری	۱۲۲/۴۷ $\pm$ ۴/۰۳	۶۶/۵۳ $\pm$ ۶/۷۲	۶۲/۲۷ $\pm$ ۶/۴۱
انعطاف پذیری	۳۹/۶۰ $\pm$ ۶/۷۸	۴۰/۲۷ $\pm$ ۷/۰۴	۶۲/۲۷ $\pm$ ۷/۱۸
آزمایش	۴۰/۴۷ $\pm$ ۶/۷۹	۹۲/۲۰ $\pm$ ۶/۷۱	۶۲/۲۷ $\pm$ ۷/۶۰

ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس حاکی از رعایت این مفروضه بود. نتایج آزمون چندمتغیری تحلیل واریانس مکرر در جدول ۴ نشان دهنده این است که با توجه به منبع تغییرات، اثر زمان یعنی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و اثر متقابل گروه و زمان در مورد هر دو متغیر پرخاشگری و انعطاف پذیری شناختی در سطح حداقل ۰/۰۰۱ معنی دار است. معنی داری اثر متقابل

بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون کالموگروف- اسمیرنف، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات پرخاشگری و انعطاف پذیری شناختی بود. نتایج آزمون کرویت موخلی در مورد پرخاشگری و انعطاف پذیری شناختی نشان داد که این مفروضه محقق نشده و از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط همگنی واریانس در بین گروه ها از نظر هر دو متغیر برقرار است. نتایج آزمون

گروه و زمان نشان دهنده این است که نمرات متغیر پرخشگری و انعطاف پذیری شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون چندمتغیری دو متغیر پرخشگری و انعطاف پذیری شناختی در دانش آموزان دختر با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیر	منبع تغییرات	لامبدای و بلکز	F	p	اندازه اثر
پرخشگری	زمان	۰/۰۱	۷۳۴/۵۷	* ۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
	گروه× زمان	۰/۰۲	۶۳۲/۵۹	* ۰/۰۰۰۱	۰/۹۷
انعطاف پذیری	زمان	۰/۲۱	۵۰/۶۵	* ۰/۰۰۱	۰/۷۹
	گروه× زمان	۰/۲۲	۴۷/۴۹	* ۰/۰۰۱	۰/۷۷

درجه آزادی گروه=۲، درجه آزادی خطا: ۲۷؛  $p < ۰/۰۰۱$  اختلاف معنی دار

آزمون می توان گفت درمان پذیرش و تعهد قادر به تبیین ۹۴ درصد از تغییرات پرخشگری و ۷۱ درصد از تغییرات انعطاف-پذیری در گروه آزمایش و کنترل بوده است. همچنین، آزمون منبع اثرهای تعامل زمان و گروه در نمرات پرخشگری و انعطاف پذیری معنی دار شد و اندازه اثر تعامل زمان و گروه برای پرخشگری ۹۷ درصد و انعطاف پذیری ۷۷ درصد بود.

طبق نتایج جدول ۵، آزمون منبع اثرهای زمان در نمرات پرخشگری و انعطاف پذیری معنی دار است و با توجه به اندازه اثر این آزمون می توان گفت درمان پذیرش و تعهد قادر به تبیین ۹۸ درصد از تغییرات پرخشگری و ۷۹ درصد از تغییرات انعطاف پذیری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بوده است. آزمون منبع اثر گروه در نمرات پرخشگری و انعطاف پذیری نیز معنی دار است و با توجه به اندازه اثر این

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در بررسی تفاوت نمرات پرخشگری و انعطاف پذیری شناختی در دانش آموزان دختر با رفتار خودجرحی مقطع دبیرستان شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	اندازه اثر	توان آزمون
پرخشگری	زمان	۱۸۰۱۱/۳۵	۱/۳۶	۱۳۱۶۵/۷۵	۱۰۶۳/۱۶	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
	گروه	۳۰۹۸۷/۷۷	۱	۳۰۹۸۷/۷۷	۴۹۸/۷۹	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
انعطاف پذیری شناختی	گروه× زمان	۱۵۸۷۸/۲۸	۱/۳۶	۱۱۶۰۶/۵۵	۹۳۷/۲۵	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
	زمان	۱۳۹۰۵/۶۸	۱/۰۲	۱۳۵۹۸/۹۳	۱۰۳/۳۲	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
پرخشگری	گروه	۲۷۵۶۲/۵۰	۱	۲۷۵۶۲/۵۰	۷۰/۸۳	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	گروه× زمان	۱۳۱۰۷/۴۶	۱/۰۲	۱۲۸۱۸/۳۲	۹۷/۳۹	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

\*  $p < ۰/۰۰۱$  اختلاف معنی دار

## بحث

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش پرخشگری و افزایش نمرات انعطاف پذیری شناختی در این دانش آموزان شده است. این یافته ها با نتایج تحقیقات قبلی در زمینه بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخشگری و انعطاف پذیری شناختی دانش آموزان دختر با رفتار خودجرحی شهر شیراز انجام شد.

یا حس متعالی از خود را به افراد با رفتار خودجرحی معرفی می‌کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهد [۲۰]. همچنین، این روش مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجارب در زمان حال تشویق می‌کند و این تجارب به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آن‌ها را می‌سازد. بدین ترتیب، برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، اهداف و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف و موانع احتمالی در تحقق آن‌ها را شناسایی می‌کند و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتار متعهد شود [۱۹]. در نتیجه، این عوامل می‌توانند به افزایش سطح انعطاف‌پذیری و مدیریت رفتارهای پرخاشگرانه کمک کنند.

انعطاف‌پذیری روانی، توانایی ارتباط با زمان حال به طور کامل به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه، و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌های فردی و موقعیت است که از طریق فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی افزایش پذیرش روانی فردی در مورد افکار و احساسات و کاهش اعمال کنترلی اتفاق می‌افتد. به طوری که به مراجع آموخته می‌شود هر عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا حتی اثر عکس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون تلاش برای حذف و یا اجتناب از آن‌ها بپذیرند [۱۸]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجربیات درونی، با هدایت دانش‌آموزان با رفتار خودجرحی به آگاهی از احساس‌ها، تجربه‌های هیجانی، پذیرش و استفاده مناسب از آن‌ها باعث می‌شود که فرد با موقعیت‌ها و تعامل‌های خود ارتباط مناسبی برقرار کند و با نگاه جدید به آن‌ها بنگرد که این فرایند در کاهش فشار روانی و پرخاشگری و همچنین انعطاف‌پذیری روانی مؤثر است [۱۹]. شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه نیز که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی کمک کرد تا افکار و احساسات آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر و احساس

در بهبود مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری همسو است. Bai و همکاران [۱۹] با بررسی مقالات مرتبط با اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به این نتیجه رسیدند که این درمان می‌تواند یک مداخله مؤثر در کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی در افراد مبتلا به این اختلال باشد. Faryabi و همکاران [۲۷] به بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس ادراک شده و بهبود راهبردهای مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان خون پرداختند و گزارش کردند که این درمان می‌تواند اثربخش باشد. Donahue و همکاران [۲۶] به بررسی اثرات درمانی مداخله پذیرش و تعهد در کاهش خشم و مدیریت هیجانات سربازان نظامی پرداختند. این بررسی نشان داد که مداخله پذیرش و تعهد در این گروه از افراد می‌تواند در کنترل خشم و مدیریت بهتر هیجانات مؤثر واقع شود. بر خلاف نتایج این مطالعه، Wersebe و همکاران [۲۸] نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصلاح رفتارهای خودیاری و خودمراقبتی افراد مبتلا به اختلالات روانی حاد اثربخشی معنی‌دار ندارد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که احتمالاً این دسته از بیماران به خاطر شرایط روانی وخیم و حتی رنج بردن از سایکوز، در سطحی نبوده‌اند که آمادگی لازم برای دریافت و استفاده از این مداخله را داشته باشند. مطالعه Hughes و همکاران [۲۹] نیز نشان داد که مداخله پذیرش و تعهد در کاهش شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن تأثیر معنی‌داری ندارد.

در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی آموزش داد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساسات، خاطره‌ها و احساسات بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرند [۱۷]. این شیوه درمانی از طریق گسلس شناختی به دنبال آن است که به افراد با رفتار خودجرحی کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، روش‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیا بیابند که به انعطاف‌پذیری این افراد و توانایی آن‌ها در مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کمک می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوع دیگری از خود به نام خود به عنوان زمینه

تعهد در کنار سایر روش‌ها برای کاهش پرخشگری و افزایش انعطاف‌پذیری و سلامت روانی استفاده نمایند و ویژگی‌های مرتبط با سلامت آنان را بهبود بخشند.

### تعارض در منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع ندارند.

### سهم نویسندگان

فاطمه کشتکار در گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله، قاسم نظیری در راهنمایی و نگارش روش پژوهش و مسعود محمدی و نجمه فتح در جمع‌بندی و نتیجه‌گیری متن مقاله نقش داشتند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، والدین آن‌ها و مسئولان آموزش و پرورش شیراز که زمینه انجام این مطالعه را فراهم ساختند، قدردانی و تشکر می‌کنند.

تجربه کنند و به انجام آنچه در زندگی در جهت ارزش‌هایشان برای آنان مهم است، بپردازند که این اقدام نیز باعث کاهش تنش‌ها و رفتار پرخشگری و افزایش انعطاف‌پذیری می‌شود [۲۲]. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی بود که بیانگر امکان وجود سوگیری در یافته‌ها است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌گر و از روش‌هایی دیگر همچون مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تا طرح تحقیق حاضر، بر روی پسران نیز انجام شود و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود.

### نتیجه‌گیری : نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخشگری و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی بود. متخصصان سلامت می‌توانند در دانش‌آموزان دختر با رفتار خودجرحی از روش درمان مبتنی بر پذیرش و

## References

1. Salmanzadeh H, Ahmadi-Soleimani SM, Pachenari N, Azadi M, Halliwell RF, Rubino T, et al. Adolescent drug exposure: A review of evidence for the development of persistent changes in brain function. *BRB* 2020; 156(13):105-17. [Persian]
2. Dick AS, Lopez DA, Watts AL, Heeringa S, Reuter C, Bartsch H, et al. Meaningful associations in the adolescent brain cognitive development study. *Neuroimage* 2021; 15(2):118-127.
3. Gu H, Ma P, Xia T. Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: the mediating role of identity confusion and moderating role of rumination. *Child Abuse & Neglect* 2020; 106(12):104474.
4. Wu R, Huang J, Ying J, Gao Q, Guo J, You J. Behavioral inhibition/approach systems and adolescent nonsuicidal self-injury: The chain mediating effects of difficulty in emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences* 2021; 175(11):110718.
5. Esposito C, Affuso G, Amodeo AL, Dragone M, Bacchini D. Bullying victimization: investigating the unique contribution of homophobic bias on adolescent non-suicidal self-injury and the buffering role of school support. *Child Adolesc. School Mental Health* 2021; 13(2):420-35.
6. Syed S, Kingsbury M, Bennett K, Manion I, Colman I. Adolescents' knowledge of a peer's non-suicidal self-injury and own non-suicidal self-injury and suicidality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2020; 142(5):366-73.
7. Sfeir E, Geara C, Hallit S, Obeid S. Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *CAPMH* 2020; 14(1):1-7.
8. Pérez-Fuentes MD, Molero Jurado MD, Barragán Martín AB, Gázquez Linares JJ. Family functioning, emotional intelligence, and values: Analysis of the relationship with aggressive behavior in adolescents. *IJERPH* 2019; 16(3):478.
9. Park S, Chiu W, Won D. Effects of physical education, extracurricular sports activities, and leisure satisfaction on adolescent aggressive behavior: A latent growth modeling approach. *PLOS ONE* 2017; 12(4):e0174674.



10. Yanagida T, Strohmeier D, Spiel C. Dynamic change of aggressive behavior and victimization among adolescents: Effectiveness of the ViSC program. *JCCAP* 2019; 48(1):90-104.
11. Jara N, Casas JA, Ortega-Ruiz R. Proactive and reactive aggressive behavior in bullying: The role of values. *IJEP* 2017; 6(1):1-24.
12. Martin MM, Rubin RB. A new measure of cognitive flexibility. *PR* 1995; 76(2):623-6.
13. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *COTR* 2010; 34(3):241-53.
14. Canas JJ, Fajardo I, Salmeron L. Cognitive flexibility. *International encyclopedia of ergonomics and human factors* 2006; 1(3):297-301.
15. Braem S, Egner T. Getting a grip on cognitive flexibility. *CDPS* 2018; 27(6):470-6.
16. Rikhye RV, Gilra A, Halassa MM. Thalamic regulation of switching between cortical representations enables cognitive flexibility. *Nature Neuroscience* 2018; 21(12):1753-63.
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
18. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric Clinics of North America* 2017; 40(4):751-70.
19. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2020; 260(6):728-37.
20. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *JCCAP* 2018; 47(2):296-311.
21. Trompeter HR, Lamers SM, Westerhof GJ, Fledderus M, Bohlmeijer ET. Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy* 2017; 91(4):58-63.
22. Masoumian S, Ashouri A, Ghomian S, Keshtkar M, Siahkamary E, Vahed N. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy on Anger and Interpersonal Relationships of Male Students. *IJPS* 2021; 16(1):21.
23. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *JPS* 1992; 63(3):452-59.
24. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. *IJPCP* 2008; 13(4):359-65.
25. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *JPCP* 2014; 2(1):43-50. [Persian]
26. Donahue JJ, Santanello A, Marsiglio MC, Van Male LM. Acceptance and commitment therapy for anger dysregulation with military veterans: A pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2017; 47(4):233-41.
27. Faryabi M, Rafieepoor A, Khodaverdian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, perceived stress and pain coping strategies for patients with leukemia. *KAUMS* 2020; 24(4):424-32. [Persian]
28. 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. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2018; 18(1):60-8.
29. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2017; 33(6):552-68.

# 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

Keshtkar F<sup>1</sup>, Naziri Gh<sup>2</sup>, Mohammadi M<sup>2</sup>, Fath N<sup>2</sup>

1-Ph.D Student, Dept of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

Email:naziry@yahoo.com, Tel: 09173000465

Received: 11 July 2021

Accepted: 8 January 2022

**Introduction:** Adolescence is a period in which the prevalence of self-harming and aggressive behaviors increases due to physical, psychological, and social changes. Acceptance and commitment therapy is an intervention that may work for these people. This study aims to investigate 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.

**Materials and Methods:** This was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up, and control group. The statistical population of this study included all adolescent girls aged 14-18 years referred to the Education Counseling Clinic in Shiraz in the academic year 2020-2021. By purposive sampling method, 30 people were purposefully selected and divided into two groups of experimental (15 people) and control (15 people). The research instruments included the Aggression Questionnaire and the Cognitive Flexibility Questionnaire, which were completed by the participants in the pre-test, post-test, and two-month follow-up stages. In the experimental group, acceptance and commitment therapy was performed in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive treatment. Repeated measure ANOVA was used to analyze the data.

**Results:** The time effect source, group effect source, and time effect group and source interaction test results were significant in aggression and flexibility scores at the level of 0.001. In the experimental group, in the post-test stage, aggression scores decreased while flexibility increased compared to the pre-test.

**Conclusion:** According to the results, acceptance and commitment therapy effectively reduced aggression and increased flexibility in students with self-injurious behavior. Therefore, acceptance and commitment therapy can be used to minimize psychological damage in adolescents.

**Keywords:** Self-injurious Behavior, Acceptance and Commitment Therapy, Aggression, Flexibility

---

### Please cite this article as follows:

Keshtkar F, Naziri Gh, Mohammadi M, Fath. 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* 2022; 15 (4): 79-88.

**Funding:** Self-funded.

**Conflict of Interest:** None declared.

**Ethical Approval:** The Ethics Committee of Islamic Azad University, Shiraz Branch, approved the study. (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.041)