



The effectiveness of acceptance and commitment therapy on domestic violence, aggression and addiction to mobile phones in adolescents

Abbas Mohammadi¹, Asra Mohammadi²

1. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. E-mail: a_mohammadi@pnu.ac.ir

2. Master's Student in School Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran. E-mail: asra.moh1997@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 12 August 2024

Received in revised form

10 September 2024

Accepted 16 October
2024

Published Online 21
December 2024

Keywords:

acceptance and
commitment therapy,
violence, aggression,
addiction to mobile
phones,
adolescents

ABSTRACT

Background: It is very important to pay attention to the issues of young people, especially their psychological problems. During the COVID-19 pandemic, access to smartphones led to aggression, violence, and addiction among many students. Therefore, by using appropriate treatment methods, it is necessary to act in a way that reduces the severity of these problems.

Aims: The present study aims to investigate the effectiveness of treatment based on commitment and acceptance on domestic violence, aggression and mobile addiction in first secondary students.

Methods: The present study was an applied study in terms of purpose and quasi-experimental methodology in a series of pretest-posttest designs with a control group. The statistical population included all high school students in Sanandaj in the academic year 2023-2024. The sample consisted of 30 high school students in Sanandaj who were selected by convenience sampling method and were randomly assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using the Adolescent Violence Questionnaire (Sadat Hajati et al., 2008), Aggression Questionnaire (Zahedifar et al., 1997) and Mobile Phone Addiction Questionnaire (Savari, 2014). The collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance using SPSS-27 software.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that the scores of the relaxation group in violence, aggression, and mobile phone addiction decreased compared to the control group. In other words, acceptance and commitment therapy is effective in reducing violence, aggression, and addiction to mobile phones in adolescents ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the research, the approach of acceptance and commitment education can be used as an effective program for reducing and managing anger, violence, and mobile phone addiction in adolescents in counseling centers and psychological services, by counselors and social workers.

Citation: Mohammadi, A., & Mohammadi, A. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on domestic violence, aggression and addiction to mobile phones in adolescents. *Journal of Psychological Science*, 23(144), 293-312. [10.52547/JPS.23.144.293](https://doi.org/10.52547/JPS.23.144.293)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 144, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.144.293](https://doi.org/10.52547/JPS.23.144.293)



✉ **Corresponding Author:** Abbas Mohammadi, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: a_mohammadi@pnu.ac.ir, Tel: (+98) 9381447423

Extended Abstract

Introduction

The advancements in mobile phones from simple basic phones to featured phones and smartphones resulted in the penetration of technology to different groups of people irrespective of age, gender, or region. Thus, mobile phone addiction has evolved as a form of behavioral addiction found to be increasingly prevalent among adolescents too (Gangadharan et al., 2022). Mobile phone addiction among children and adolescents has become a concern for all. To date, focuses have been given to Internet addiction, but comprehensive overview of mobile phone addiction is lacking (Sahu et al., 2019). Although mobile phones make daily life more convenient, frequent use can also lead to mobile phone addiction (Mahapatra, 2019). Adolescents are in a critical period of behaviors change (Mak et al., 2014), and their low level of self-control and strong curiosity about new things make it easy for mobile phone use to lead to problems (Wang et al., 2020). At present, mobile phone addiction has become a social problem that affects the healthy growth of adolescents. Relevant studies have shown that the prevalence of mobile phone addiction among Chinese adolescents exceeds 25% (Lu et al., 2021), which seriously endangers their physical health (Alosaimi et al., 2016), mental health (Kim et al., 2019), academic performance (Rozgonjuk et al., 2018) and social relations (Jun, 2016). Therefore, to reduce the level of adolescents' mobile phone addiction, researchers have actively explored the causes and mechanisms of this addiction, and found that coping style constitutes an important external factor affecting this type of addiction in adolescents (Lu et al., 2021).

Family violence is a worldwide problem with a series of long-term adverse consequences for survivors, especially children, across their life span. Globally, the World Health Organization (WHO) has identified children as the most common victims of family violence (Timshel et al., 2017). According to child welfare data from Canada and the United States, corporal punishment and witnessing intimate partner violence (IPV) are the major forms of family violence inflicted on children (Li et al., 2021). Despite the

evidence that family violence promotes adolescent violence, much is unknown about how the process takes place. Several studies have shown that violence experienced at home is positively related to psychological and behavioral problems that increase adolescent risk for violence perpetration. In this regard, the relationship between family violence and adolescent violence may involve multiple pathways (Liu et al., 2020; Perry et al., 2021). For instance, children exposed to family violence may have a higher tendency to accept violent norms that legitimize the use of violence as a means to resolve personal and interpersonal problems (Xia et al., 2018). Additionally, adolescents raised in homes with higher levels of violence may develop more negative emotions and stronger association with violent peers, both of which are positively related to adolescent involvement in violent behavior (Edelstein, 2018). There are strong theoretical reasons to expect that all of these factors—normative beliefs about violence, negative emotions, and violent peer association—play critical roles in linking family violence to adolescent violence. Studies conducted thus far have either ignored these important mechanisms altogether or explored only some of these processes. In addition, as far as we know, no studies have been conducted in Iran on adolescent domestic violence, and almost no attention has been paid to the issue of adolescent domestic violence in empirical research.

According to Buss and Perry (1992), aggression is classified into four dimensions: physical and verbal aggressions (i.e., instrumental component), hostility (i.e., cognitive component), and anger (i.e., affective component). Extensive research highlighted those aggressive behaviors, which refer to any observable act intended to inflict harm to others (Fekih-Romdhane et al., 2022), are highly prevalent and represent an integral part of adolescents' daily lives (Kann, 2018). For instance, a large study from eight countries and 14,967 in-school adolescents aged 10–19 years revealed that 53.7% of participants exhibited interpersonal violence, among them 29.2% and 43.2% reported physical fighting and physical attacks, respectively (Aboagye et al., 2021). Empirical studies have identified various risk factors of aggression in adolescence (Farrington et al.,

2017), mainly gender (boys display more physical aggression than girls) (Ehrenreich et al., 2014), mental health disorders (most notably disruptive behavior disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), alexithymia, anxiety and depression) (Sfeir et al., 2020), family characteristics including single-parent household and divorced parents (Teymoori et al., 2018), and peer factors involving parental divorce, peer rejection, bullying, and loneliness (Fekih-Romdhane et al., 2022).

Over the past 25 years, behavioral interventions that incorporate mindfulness and acceptance have emerged as an evolution of the cognitive behavioral psychotherapy tradition (Hayes et al., 2004). One of these novel modalities is ACT, which begins with the fundamental understanding that pain, grief, loss, disappointment, illness, fear, and anxiety are inevitable features of human life. The goal of ACT is not elimination or suppression of these experiences. Rather, ACT emphasizes pursuit of valued life areas and directions, such as intimate relationships, meaningful work, and personal growth, in the face of these painful experiences. Increased engagement in meaningful life activities, even while experiencing negative thoughts and emotions or other difficulties, is accomplished in ACT by cultivating psychological flexibility (Dindo et al., 2017). In the original ACT model, experiential avoidance—the unwillingness to remain in contact with uncomfortable private events (e.g., thoughts, feelings, and physiological sensations) by escaping or avoiding these experiences (Hayes et al., 1999). in ways that have (long-term) negative consequences—was posited as the central difficulty associated with distress and dysfunction. Avoidance reduces immediate contact with distressing experiences and thus provides short-term relief (e.g., drinking alcohol to reduce anxiety). In the long term, however, avoidance leads to greater dysfunction and increased distress. The willingness to experience or “make room for” difficult internal events in pursuit of one’s values and goals was seen as an antidote to experiential avoidance. More recently, the term psychological flexibility has been used to describe the proposed key therapeutic processes in the ACT model (Dindo et al., 2017).

According to the theoretical foundations mentioned above, as well as the research literature on variables, which show that decreased academic performance, aggression, physical problems, violence, anxiety, loneliness, and depression in adolescents can have irreversible psychological consequences. The use of interventions that aim to focus on values, committed action, meaning-finding and emotional regulation when faced with activating stimuli, and attention to pathology and growth and flourishing according to the hexagonal model of this intervention doubled the necessity of using and the effectiveness of this intervention in adolescents. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on domestic violence, aggression and addiction to mobile phones in adolescents.

Method

The present study was an applied study in terms of purpose and a quasi-experimental design of pre-test-posttest type with a control group in terms of data collection method. The statistical population included all female high school students in Sanandaj in the academic year 2023-2024. The sample consisted of 30 female high school students in Sanandaj who were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. After obtaining the necessary permits, 30 students who obtained a high score in the mobile phone addiction questionnaire of $35 \geq$ (Sevari, 2014) were selected. Inclusion criteria included: age range of 12 to 15 years, basic education of at least seventh and maximum ninth, gender of the girl, willingness to participate in the study, absence of any psychological and developmental disorders (the counseling file of the participating students was reviewed) and lack of simultaneous use of other psychological therapies. Exclusion criteria included absence of more than one session in the treatment sessions and lack of cooperation in the treatment process. The participants were given the necessary information about the objectives, duration of treatment, and cooperation during the study and after obtaining their informed written consent, they were selected as the research unit. Then, the data obtained from the research were analyzed using multivariate analysis of covariance

using SPSS-27 software. It should be noted that to observe ethical standards and reduce the suffering spirit of the control group, the results were confidentially provided to the participants, and at the end, while appreciating them, the acceptance and

commitment therapy was intensively taught to the participants of the control group in 6 sessions.

Results

Table 1. The results of multivariate analysis of covariance on the mean scores of dependent variables in the experimental and control groups

Group membership	exams	value	df	Df error	f	p	η^2
Model	Pilay effect	0.586	3	23	10.81	<0.001	0.586
	Wilks Lambda	0.414	3	23	10.81	<0.001	0.586
	Hotelling effect	1.40	3	23	10.81	<0.001	0.586
	The largest root on	1.40	3	23	10.81	<0.001	0.586
Group	Pilay effect	0.645	3	23	13.95	<0.001	0.645
	Wilks Lambda	0.355	3	23	13.95	<0.001	0.645
	Hotelling effect	1.821	3	23	13.95	<0.001	0.645
	The largest root on	1.821	3	23	13.95	<0.001	0.645

As can be seen in Table 1, the results obtained from multivariate analysis of covariance show that the overall F in the post-test stage is significant with the lambda value of Wilkes 0.355 at the level of $P < 0.001$, which indicates that the experimental interventions have been effective in improving at least one of the dependent variables. In addition, according to the Lambda Wilkes index, it can be concluded that education based on acceptance and commitment explains 645% of the variance in the recovery of domestic violence, aggression, and mobile phone

addiction. Because the significance level of all four tests is less than the permissible limit. That is, there is a significant difference between the mean of each group. Also, the Eta (η^2) value in the model stage was 0.586 and, in the group, stage was 0.645. With these explanations, it can be said that in general, the effect of the intervention is significant. In order to find out this difference, two analysis of covariance was performed in the text of MANCOVA, the results of which are shown in Table 2.

Table 2. Results of Covariance Analysis in MANCOVA Text on Pre-Test and Post-Test Scores in Experimental and Control Groups

Dependent Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	Eta	Observed Power
Domestic Violence	2367.369	1	2367.369	33.234	0.001	0.571	1
Aggression	440.485	1	440.485	12.451	0.002	0.331	0.99
Mobile Phone Addiction	368.621	1	368.621	12.364	0.002	0.331	0.99

Based on the results obtained in Table 2, the difference between the mean scores of domestic violence, aggression and mobile phone addiction between the experimental and control groups in the post-test stage is significant; In other words, it can be said that acceptance and commitment education has reduced the scores of domestic violence ($F_{(1 \text{ and } 25)} = 33.234$, $P < 0.001$), aggression ($F_{(1 \text{ and } 25)} = 12.451$, $P < 0.001$) and mobile phone addiction ($F_{(1 \text{ and } 25)} = 12.364$, $P < 0.001$) in the experimental group in the post-test stage.

Conclusion

The aim of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment

Therapy on Domestic Violence, Aggression, and Addiction to Mobile Phones in Adolescents. The results of multivariate analysis of covariance showed that acceptance and commitment therapy was effective on domestic violence in adolescents. The fundamental processes of commitment and acceptance therapy include acceptance, mindfulness, living in the moment, values, and committed action. The fundamental core of change in acceptance and commitment therapy is a change in internal and external verbal behaviors. Therefore, it can be inferred that this treatment reduces the level of violence. In acceptance and commitment therapy, engaging with emotions makes the situation worse. Also, the results of multivariate analysis of

covariance showed that acceptance and commitment therapy was effective on adolescent aggression. Commitment and acceptance therapy can affect aggression by actively and consciously accepting negative thoughts, emotions, and bodily sensations that have developed throughout a person's life. In dealing with cognitive processes that limit overt behavioral changes, this therapy uses empirical methods such as mindfulness and acceptance with the aim of reducing experiential avoidance and cognitive fusion and encourages clients to make behavioral changes based on personal values in order to improve their lives.

The results of multivariate analysis of covariance showed that acceptance and commitment therapy was effective on adolescents' mobile phone addiction. The Commitment and Acceptance Therapy approach involves actively and consciously accepting negative thoughts, emotions, and physical sensations that have developed throughout a person's life, without making an undue effort to change their form and frequency, especially when applying such a change causes psychological damage.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Ethical principles are fully observed in this article. Participants were allowed to withdraw from the study at any time. Also, all participants were aware of the research process and their information was kept confidential.

Funding: This research has not received any funding from funding organizations in the public, commercial or non-profit sectors and is derived from a master's thesis.

Authors' contribution: All authors participated in the design, execution and writing of all parts of the study.

Conflict of interest: This article has no conflict of interest.

Acknowledgments: The researchers consider it necessary to sincerely thank and appreciate the parents, students and education officials of Sanandaj city who allowed this research to be carried out in the schools under their management.



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پر خاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان

عباس محمدی^۱، اسرا محمدی^۲

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش،

خشونت خانگی،

پر خاشگری،

اعتیاد به تلفن همراه،

نوجوانان

زمینه: توجه به مسائل جوانان به‌ویژه مشکلات روانشناختی آن‌ها، از اهمیت زیادی برخوردار است. در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ دسترسی به گوشی‌های هوشمند زمینه‌ساز پر خاشگری، خشونت و اعتیاد در بسیاری از دانش‌آموزان شد. لذا با استفاده از روش‌های درمانی مناسب باید به‌گونه‌ای عمل کرد که از شدت این مشکلات کاسته شود.

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پر خاشگری و اعتیاد به تلفن همراه در دانش‌آموزان متوسطه اول شهر سمنان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی شبه آزمایشی از سری طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهر سمنان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر سمنان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خشونت نوجوانان (السادات‌حاجتی و همکاران، ۱۳۸۷)، پرسشنامه پر خاشگری (زاهدی‌فر و همکاران، ۱۳۷۶) و پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه (سواری، ۱۳۹۳) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که نمرات گروه آزمایشی در خشونت، پر خاشگری و اعتیاد به تلفن همراه در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشونت، پر خاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان اثربخش است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان برنامه مؤثر برای کاهش و مدیریت خشم و خشونت و اعتیاد به تلفن همراه در نوجوانان در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، توسط مشاوران و مددکاران استفاده نمود.

استناد: محمدی، عباس؛ و محمدی، اسرا (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پر خاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان. مجله علوم روانشناختی،

دوره ۲۳، شماره ۱۴۴، ۲۹۳-۳۱۲.

DOI: [10.52547/JPS.23.144.293](https://doi.org/10.52547/JPS.23.144.293) مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۴، ۱۴۰۳.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: عباس محمدی، استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: a_mohammadi@pnu.ac.ir

تلفن: ۰۹۳۸۱۴۴۷۴۳۳

مقدمه

پیشرفت در تلفن‌های همراه از تلفن‌های ساده گرفته تا تلفن‌های هوشمند منجر به نفوذ فناوری به گروه‌های مختلف مردم صرف‌نظر از سن، جنسیت یا منطقه شده است. بنابراین، اعتیاد به تلفن همراه به عنوان شکلی از اعتیاد رفتاری که به طور فزاینده‌ای در بین نوجوانان نیز شایع است، تکامل یافته است (گنگادران و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر اعتیاد به تلفن همراه در میان کودکان و نوجوانان به یک دغدغه برای همه تبدیل شده است. تا به امروز، تمرکز بر اعتیاد به اینترنت معطوف شده است، اما دید کلی و جامع از اعتیاد به تلفن همراه وجود ندارد (سهو و همکاران، ۲۰۱۹). سرعت سریع دسترسی به اینترنت و تلفن همراه در بین افراد جامعه به خصوص نوجوانان و جذابیت‌های بی‌شمار آن، نگرانی‌هایی را در خصوص اعتیاد به این فناوری‌ها در سراسر جهان به وجود آورده است (نیکولیچ و همکاران، ۲۰۲۳). مرکز تحقیقات پیو در گزارشی اعلام کرد که ۲/۵ میلیارد نفر در جهان به تلفن‌های هوشمند دسترسی دارند (چا و سئو، ۲۰۱۸). از ویژگی‌های منحصربه‌فرد تلفن‌های همراه می‌توان به سادگی، سهولت در کار و ارتباط و تعامل بین افراد اشاره کرد. سرگرمی‌های خاص باعث فراگیر شدن این فناوری شده است (چیو همکاران، ۲۰۲۰)؛ به گونه‌ای که بسیاری از کاربران اعتراف می‌کنند که بدون تلفن همراه نمی‌توانند زندگی کنند (لوسرو، ۲۰۱۸). یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های والدین اعتیاد به تلفن همراه فرزندانشان است که اثرات منفی بسیاری (جسمی، ذهنی، روانی و عاطفی) بر جای می‌گذارد (لئو همکاران، ۲۰۲۳). هیجان‌طلبی و شخصیت اجتماعی افراد به شدت در معرض اعتیاد به تلفن همراه قرار دارد (سهو همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین کاهش اعتیاد به تلفن همراه در جوانان، دغدغه حیاتی برای مدارس و خانواده‌ها شده است (لانگ و همکاران، ۲۰۱۶). توجه محققان بر شناسایی و کنترل عوامل مؤثر در اعتیاد به تلفن همراه متمرکز بوده است. بر اساس یک فراتحلیل انجام شده توسط لی و همکاران (۲۰۲۰)، رابطه بین اضطراب، افسردگی و تکانش‌گری کودکان با اعتیاد به تلفن همراه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که از جمله مشکلات اعتیاد به گوشی و اعتیاد به بازی‌های آنلاین شامل بیش‌فعالی، بی‌توجهی (وارتبرگ و همکاران، ۲۰۱۹)، عزت‌نفس

پایین (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳)، شکست تحصیلی و مشکلات خواب (ژیا و همکاران، ۲۰۲۴)، اضطراب (ملک‌محمدی و همکاران، ۲۰۲۴)، کاهش عزت‌نفس و تکانش‌گری (بیلوکس و همکاران، ۲۰۱۵)، شناخت‌های ناسازگارانه (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳)، افسردگی و استرس (ملک‌محمدی و همکاران، ۲۰۲۴) و پرخاشگری و خشونت درونی و بیرونی‌سازی شده در نوجوانان (دنگ و همکاران، ۲۰۲۴) مرتبط است.

خشونت خانوادگی یک مشکل جهانی با یک سری پیامدهای نامطلوب درازمدت برای بازماندگان، به‌ویژه کودکان، در طول عمرشان است. در سطح جهانی، سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) کودکان را به عنوان شایع‌ترین قربانیان خشونت خانوادگی معرفی کرده است (تیمشل و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس داده‌های رفاهی کودکان از کانادا و ایالات متحده، تنبیه بدنی و شاهد خشونت شریک صمیمی^۲ (IPV) اشکال عمده خشونت خانوادگی است که بر کودکان اعمال می‌شود (پیگورا و همکاران، ۲۰۱۷). علیرغم شواهدی مبنی بر اینکه خشونت خانوادگی باعث ترویج خشونت نوجوانان می‌شود، اطلاعات زیادی در مورد چگونگی انجام این فرآیند ناشناخته است. چندین مطالعه نشان داده است که خشونت تجربه شده در خانه رابطه مثبتی با مشکلات روانی و رفتاری دارد که خطر ارتکاب خشونت را در نوجوانان افزایش می‌دهد. در این راستا، رابطه بین خشونت خانوادگی و خشونت نوجوانان ممکن است شامل مسیرهای متعددی باشد (لیو همکاران، ۲۰۲۰؛ پری و همکاران، ۲۰۲۱). به عنوان مثال، کودکانی که در معرض خشونت خانوادگی قرار می‌گیرند ممکن است تمایل بیشتری به پذیرش هنجارهای خشونت‌آمیز داشته باشند که استفاده از خشونت را به عنوان وسیله‌ای برای حل مشکلات شخصی و بین‌فردی مشروع می‌کند (ژیا و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، نوجوانانی که در خانواده‌هایی با سطوح بالاتر خشونت بزرگ شده‌اند، ممکن است احساسات منفی و ارتباط قوی‌تری با همسالان خشن داشته باشند، که هر دو به طور مثبت با مشارکت نوجوان در رفتار خشونت‌آمیز مرتبط هستند (ادلستین، ۲۰۱۸). دلایل نظری قوی وجود دارد که انتظار می‌رود همه این عوامل یعنی باورهای هنجاری در مورد خشونت، احساسات منفی و ارتباط خشونت‌آمیز همسالان نقش مهمی در پیوند خشونت خانوادگی با خشونت

¹. World Health Organization

². intimate partner violence

نوجوانان ایفا کنند. مطالعات انجام شده تاکنون این مکانیسم‌های مهم را به کلی نادیده گرفته‌اند یا فقط برخی از این فرآیندها را بررسی کرده‌اند. علاوه بر این، تا آنجا که ما می‌دانیم، هیچ مطالعه‌ای در ایران در خصوص خشونت خانگی نوجوانان انجام نشده است؛ و در تحقیقات تجربی تقریباً هیچ توجهی به مسئله خشونت خانگی نوجوانان نشده است. دنگ و همکاران (۲۰۲۴) در یک مطالعه طولی باهدف اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و پرخاشگری درونی و بیرونی در بین نوجوانان نتایج مطالعه اول نشان داد که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در نقطه زمانی یک (T1) به‌طور قابل توجهی پرخاشگری درونی یا بیرونی را در نقطه زمانی دو (T2) را پیش‌بینی نمی‌کند. مطالعه دوم نشان داد که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در هفته قبل می‌تواند پرخاشگری درونی/بیرونی شده را در هفته بعد پیش‌بینی کند. علاوه بر این، هر دو مطالعه (اول و دوم) نشان دادند که افسردگی بر رابطه بین اعتیاد به گوشی هوشمند و پرخاشگری درونی تأثیر غیرمستقیم دارد، اما بر اعتیاد به گوشی هوشمند و پرخاشگری بیرونی تأثیری ندارد. از دیگر مشکلات رفتاری مرتبط با دوران نوجوانی که اکثر والدین را دچار نگرانی کرده، می‌توان به پرخاشگری اشاره کرد (شین و بائه، ۲۰۲۳) که صرف‌نظر از داخلی یا خارجی بودن آن، یک مشکل جدی روانی-اجتماعی است (لی و همکاران، ۲۰۱۸). طبق نظر باس و پری (۱۹۹۲) پرخاشگری به چهار بعد طبقه‌بندی می‌شود: پرخاشگری‌های فیزیکی و کلامی (یعنی جزء ابزاری)، خصومت (یعنی مؤلفه شناختی) و خشم (یعنی مؤلفه عاطفی). تحقیقات گسترده نشان دادند که رفتارهای پرخاشگرانه، که به هر عمل قابل مشاهده باهدف آسیب رساندن به دیگران اشاره دارد، بسیار رایج است و بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره نوجوانان است. به‌عنوان مثال، یک مطالعه بزرگ از هشت کشور و ۱۴۹۶۷ نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله در مدرسه نشان داد که ۵۳/۷ درصد از شرکت‌کنندگان خشونت بین فردی را از خود نشان دادند که در میان آن‌ها ۲۹/۲ درصد و ۴۳/۲ درصد به ترتیب درگیری فیزیکی و حملات فیزیکی را گزارش کردند. مطالعات تجربی عوامل خطر مختلف پرخاشگری در نوجوانان را شناسایی کرده‌اند، عمدتاً جنسیت (پسران پرخاشگری فیزیکی بیشتری نسبت به دختران نشان می‌دهند) (فرینگتون و همکاران، ۲۰۱۷)، اختلالات سلامت روان (به‌ویژه اختلالات رفتاری مخرب و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

¹. Humanism

ناگویی هیجانی، اضطراب و افسردگی) (سفیر و همکاران، ۲۰۲۰) ویژگی‌های خانواده شامل طلاق والدین، تک والد بودن والدین مطلقه (تیموری و همکاران، ۲۰۱۸)؛ و عوامل همسالان شامل طرد همسالان، قلدری و تنهایی بو (فقیه-رمضان و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعه فقیه-رمضان و همکاران (۲۰۲۲) با هدف رابطه بین اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و پرخاشگری در نوجوانان لبنانی: تأثیر غیرمستقیم عملکرد شناختی نتایج تجزیه و تحلیل دومتغیره نشان داد که اعتیاد بالاتر به گوشی هوشمند و عملکرد شناختی بدتر به‌طور قابل توجهی با پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت مرتبط است. تحلیل‌های میانجی نشان داد که عملکرد شناختی ارتباط بین اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت را واسطه می‌کند. اعتیاد بالاتر به گوشی‌های هوشمند به‌طور قابل توجهی با عملکرد شناختی بدتر و پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت همراه بود. در نهایت، عملکرد شناختی بدتر به‌طور قابل توجهی با پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت همراه بود. در صورتی که مشکلات رفتاری فوق برای نوجوان اتفاق بیفتند، باید به دنبال یک‌راه حل مناسب باشیم تا بتوانیم از مسیر درست و آگاهانه، فرآیند بهبودی را جستجو دنبال کنیم. یکی از رویکردهای که بر زندگی ارزشمند، با معنا و هدفمند به‌عنوان یک مداخله موج سوم شناختی-رفتاری مطرح شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۶ توسط هیز معرفی شده است، رویکردی به مداخلات روانشناختی است که نه بر اساس فنون و جلسات مشخص بلکه بر اساس فرآیندهای نظری معینی تعریف می‌شود. این رویکرد به‌عنوان درمانی حمایتی و کوتاه‌مدت، به دلیل ماهیت انسان‌گرایی^۱ آن و تأکید بر رابطه و تعیین و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی مراجع به‌عنوان مداخله‌ای روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد و می‌تواند درمانی انتخابی و دارای اولویت در کار با مشکلات مزمن و معلولین و خانواده آن‌ها باشد (گیسون وات و همکاران، ۲۰۲۳). لازم به ذکر است، منظور از انعطاف‌پذیری روانشناختی این است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار

ضرورت به کارگیری و اثربخشی این مداخله را در نوجوانان دو چندان کرد. لذا این مطالعه باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش جمع آوری داده‌ها، طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر سنندج بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از بین دانش‌آموزانی که نمره بالا در پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه ۳۵ ≤ (سواری، ۱۳۹۳) به دست آوردند ۳۰ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، تحصیلات پایه حداقل هفتم و حداکثر نهم، جنسیت دختر، تمایل به شرکت در پژوهش، فقدان هرگونه اختلالات روانشناختی و رشدی (پرونده مشاوره‌ای دانش‌آموزان شرکت‌کننده بررسی گردید) و عدم استفاده هم‌زمان از سایر درمان‌های روانشناختی. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی و عدم همکاری در راستای درمان بود. اطلاعات لازم در مورد اهداف، طول مدت درمان و نحوه همکاری در طول مطالعه به شرکت‌کنندگان داده شد و پس از کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنان، به‌عنوان واحد مورد پژوهش انتخاب شدند. در ادامه داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 تجزیه و تحلیل گردید. نتایج به‌طور محرمانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد و در پایان ضمن تقدیر از آن‌ها، درمان بر روی گروه کنترل نیز انجام شد. در خصوص تعیین حجم نمونه باید گفت با توجه به نرم‌افزار G*Power با نوع تحلیل کوواریانس، اندازه اثر ۰/۴۰، سطح معنی‌داری ۰/۰۵، سطح اطمینان ۰/۹۵، تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای وابسته ۲ حجم نمونه ۲۴ نفر برآورد شد. ولی در این پژوهش در جهت قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج و افزایش اعتبار بیرونی پژوهش ۳۰ نفر (۱۵ نفر) برای هر گروه در نظر گرفته شد.

دارد متعهد شود و رفتار خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است ادامه یا تغییر دهد و در این راستا بتواند به پذیرش خود و دیگران با مهربانی دست یابد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. هر یک از این فرایندها بر عمل‌زبانی ما تأثیرگذارند و این فرآیند نیز به یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی بر یکدیگر تأثیرگذارند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با هدف کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دشواری‌های بین‌فردی و اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که نمرات اعتیاد به اینترنت و دشواری‌های بین‌فردی در پس‌آزمون در گروه آزمایشی به‌صورت معناداری کاهش یافت. این نتایج در پیگیری یک‌ماهه نیز تداوم داشت زارلینگ و راسل (۲۰۲۲) در پژوهشی باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی مردان زندانی به این نتیجه دست یافتند که شرکت‌کنندگان در دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور قابل توجهی اتهامات خشونت‌آمیز و غیر خشونت‌آمیز کمتری را در دوره پس‌آزمون و پیگیری گزارش کردند. همچنین این افراد پس از یک سال پیگیری از تکنیک‌های حل تعارض، رفتار خودکنترلی بالاتری نسبت به شریک عاطفی خود برخوردار بودند.

با توجه به افزایش استفاده از اینترنت و همچنین به دنبال افزایش پیامدهای مخرب حاصل از استفاده بیش‌ازحد و آسیب‌زا از تلفن همراه و اعتیاد ناشی از آن که می‌تواند پیامدهای روانشناختی، اجتماعی و خانوادگی زیادی به همراه داشته باشد بررسی مطالعات تجربی در جهت کاهش پیامدهای فردی مرتبط با اعتیاد به تلفن همراه ضروری به نظر می‌رسید. همچنین با توجه به مبانی نظری که در بالا اشاره شد و همچنین سوابق پژوهشی راجع به متغیرها که نشان می‌دهند کاهش عملکرد تحصیلی، پرخاشگری، مشکلات جسمانی، خشونت، اضطراب، تنهایی و افسردگی در نوجوانان می‌تواند پیامدهای روانشناختی غیرقابل جبرانی به همراه داشته باشد. به کارگیری مداخلاتی که هدف آن تمرکز بر ارزش‌ها، عمل متعهدانه، معنایی و تنظیم هیجانی در زمانی که با محرک‌های فعال‌ساز مواجه می‌شود؛ و توجه به آسیب‌شناسی و رشد و شکوفایی با توجه به مدل شش ضلعی این مداخله

(ب) ابزار

پرسشنامه سنجش خشونت^۱: پرسشنامه سنجش خشونت توسط السادات حاجتی و همکاران (۱۳۸۷) برای اندازه گیری پرخاشگری بر اساس تلفیقی از آزمون پرخاشگری آیزنک و مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان بر اساس DSMIV که محققان آن را تلفیق و تنظیم کردند و با تأیید و نظر اساتید روانشناسی ترجمه شد و بعد از به دست آوردن اعتبار درونی و همبستگی آن بعد از اجرای اولیه، برای سنجش پرخاشگری به کار برده شد. شایان ذکر است که پرسشنامه پرخاشگری آیزنک در سال ۱۳۶۴ ترجمه شده است و ضریب پایایی آزمون به روش کودر-ریچاردسون در گروه های آزمایش و گواه ۰/۸۶ به دست آمده است. پرسشنامه سنجش خشونت دارای ۲۴ سؤال است که نمره گذاری آن بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از (کاملاً مخالف، مخالف، بی نظر، موافق و کاملاً موافق) نمره گذاری می شود به عبارتی نمره گذاری به ترتیب (۱-۲-۳-۴-۵) است. سؤالات شماره ۱، ۷، ۸، ۹ و ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۴ و حداکثر آن ۱۲۰ است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده میزان پرخاشگری بالاتر است. برای بررسی اعتبار و پایایی این پرسشنامه قبل از اجرا در نمونه اصلی، به صورت پایلوت توسط السادات حاجتی و همکاران (۱۳۸۷) اجرا شد. آلفای کرونباخ در مرحله آزمایشی اولیه برای نمونه ۵۰ نفری ۰/۸۳ ارزیابی شد. همچنین این پرسشنامه بر دو گروه از دانش آموزان (گروهی که معلم و همکلاسی ها آن ها را به عنوان فرد پرخاشگر معرفی کردند و گروه معمولی) اجرا شد و تفاوت معنی داری بین دو گروه با این پرسشنامه و با استفاده از آزمون t مشخص شد. همچنین در نمونه گروه پرخاشگر دو بار و به فاصله سه هفته مجدداً اجرا شد و ضریب همبستگی بین دو اجرا ۰/۷۰ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (السادات حاجتی و همکاران، ۱۳۷۸). در این پژوهش روایی محتوایی و صوری پرسشنامه به دو روش کمی و کیفی توسط متخصصان تأیید شد. همچنین پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه پرخاشگری اهواز^۲ (AAI): این پرسشنامه که در سال ۱۳۷۹ توسط زاهدی فر و همکاران (۱۳۷۹) برای سنجش پرخاشگری طراحی

شده است. این پرسشنامه سه عامل خشم و غضب، تهاجم و غضب و لجباجت و کینه توزی را در ۳۰ سؤال مورد سنجش قرار می دهد. بر اساس تحلیل عوامل، پرسشنامه پرخاشگری مشتمل بر ۳ عامل و ۳۰ ماده ساخته شد که بر روی عامل اول (خشم و غضب) ۱۴ ماده، بر روی عامل دوم (تهاجم و توهین) ۸ ماده و بر روی عامل سوم (لجباجت و کینه توزی) ۸ ماده قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه بر اساس ضرایب باز آزمایی و آلفای کرونباخ رضایت بخش بود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷، عامل خشم و غضب ۰/۸۵، عامل تهاجم و توهین ۰/۷۶ و عامل لجباجت و کینه توزی ۰/۷۵ بود. همچنین روایی این پرسشنامه به وسیله پرسشنامه های ملاک شامل پرسشنامه شخصیتی آیزنک، پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا و پرسشنامه پرخاشگری باس-دورکی ارزیابی شد. ضرایب همبستگی و خلاصه نتایج آزمون های رگرسیون چند متغیری بر روی پرسشنامه های فوق الذکر حاکی از رضایت بخش بودن این پرسشنامه بوده است. برای آزمون فرضیه های پژوهش از پرسشنامه های پرخاشگری (ساخته شده توسط پژوهشگر) تیپ شخصیتی الف، پرسشنامه سردرد میگردن و میزان افسردگی (D) از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا استفاده شد. بر اساس ضرایب همبستگی به دست آمده فرضیه اول تأیید شد (به استثنای همبستگی عامل دوم پرخاشگری با افسردگی در آزمودنی های مذکر). همچنین همبستگی عامل سوم پرخاشگری با افسردگی در کل آزمودنی ها و هر دو جنس معنی دار نبود. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از مقیاس های خصومت و گناه باس و دورکی (۱۹۷۵) و (MMPI) ارزیابی و همبستگی آن در کل برای تمامی افراد $r=0.56$ ، برای دختران $r=0.49$ و برای پسران $r=0.59$ در سطح معنی داری $P<0.001$ گزارش شده است. ضرایب پایایی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای عامل خشم و غضب به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۷، برای عامل تهاجم و توهین ۰/۷۴ و ۰/۶۹، برای عامل لجباجت و کینه توزی ۰/۷۷ و ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و ۰/۶۱ است که رضایت بخش است. روایی پرسشنامه با نظر اساتید و متخصصان مورد تأیید قرار گرفت (زاهدی فر و همکاران، ۱۳۷۹).

پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه^۳ (MPAQ): این پرسشنامه توسط سواری در سال ۱۳۹۳ برای سنجش اعتیاد به تلفن همراه تنظیم شده و شامل ۱۳ سؤال

3. Mobile Phone Addiction Questionnaire

1. Violence Assessment Questionnaire

2. Ahvaz Aggression Inventory

از روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که آزمون کفایت کایزر-میر-اوکلین (KMO) و آزمون کرویت بارتلت به ترتیب برابر با ۰/۷۹۹ و (۴۳۳/۴۵۵، $X^2=$ ۰/۰۰۱، $P<$) حاکی از مطلوب بودن کفایت حجم نمونه برای تحلیل عاملی اکتشافی بود. اعتبار پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفته و مورد تأیید قرار گرفته است. ساختار عاملی تأییدی نیز، مدل سه عاملی پیشنهادی پرسشنامه یاد شده را تأیید کرده است (سواری، ۱۳۹۳). برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. به این صورت که به گزینه «خیلی زیاد» نمره ۵، «زیاد» نمره ۴، «متوسط» نمره ۳، «کم» نمره ۲ و «خیلی کم» نمره ۱ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه سه عامل یا مؤلفه خلایقیت زدایی (دارای ۷ سؤال)، میل گرایی (۳ سؤال) و احساس تنهایی (۳ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهند. طراح پرسشنامه برای بررسی قابلیت اعتماد آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده که ضرایب برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های آن شامل خلایقیت زدایی ۰/۷۸، میل گرایی ۰/۷۶ و احساس تنهایی ۰/۸۴ به دست آورده است. نتایج حاصل

جدول ۱. فشرده مباحث جلسات آموزشی مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوا، تکنیک‌ها و روش‌ها	نتیجه
۱	معارفه، آشنایی با مقدمات و بنیان‌های اساسی درمان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی	آشنایی با اعضا، تعیین شرایط و ضوابط حضور در جلسات آشنایی با اهداف درمان، بیان «داستان درد» هر یک از اعضا از زبان خود مفهوم سازی مشکل، بررسی اجتناب‌های تجربه‌ای مراجعین ایجاد ناامیدی خلاق با استعاره‌های جیب زرد، استخر توپ، مرد در چاه و ... و در نهایت فرمول بندی و توضیح درمان اکت و توضیح چارچوب RFT با استعاره لیموترش و تأثیر زبان و فکر بر بدن برای مراجعین	در این جلسه انتظار می‌ورد، مراجعین با راهکارهای ناسالمی که برای فرار و اجتناب از دردهای روانشناختی استفاده می‌کنند آشنا شوند و به این نتیجه برسند که فرار از فکرهای درد آور، راه مناسبی نیست و آماده پذیرش شرایط جدید زندگی می‌شوند
۲	آمادگی پذیرش شرایط جدید زندگی و پذیرفتن بیماری فرزندان	توضیح مفهوم پذیرش با استفاده از استعاره‌های جک و لگرد، نوزاد در هواپیما، تمرین شفقت، استعاره یویو استعاره خانه در کنار جاده توضیح چرخه فکر و حس و رفتار برای مراجعین و اینکه چطور افکار رفتارهای ما را کنترل می‌کنند.	مراجعین با این موضوع که افکارشان تا چه حد می‌تواند بر رفتارهایشان اثر بگذارد آشنا می‌شوند و می‌پذیرند که پذیرش به معنای دوست داشتن اختلالات نیست. اما این اختلالات در کنترل آن‌ها نیست و یاد می‌گیرند چیزی را که نمی‌توان کنترل کرد بپذیرند و این احتمالاً بر تحمل آشفته‌گی و کاهش پرخاشگری تأثیر گذار است.
۳	گسستگی شناختی	در این جلسه بعد از اینکه مراجعین در طول هفته با افکارشان آشنا شدند، با استفاده از استعاره‌های برگ شناور در رودخانه و افکار شناور در اتاق و با تمرین‌های حواست به راه رفتن باشد و تمرین دست‌ها به عنوان افکار و استعاره مسافران اتوبوس و استعاره تشری، به مراجعین آموزش می‌دهیم که از چسبیدن به این افکار دوری کنند و اجازه ندهند این افکار مربوط به بیماری فرزندان آن‌ها را کنترل کنند	دانش آموزان از چسبیدن افکار مثل من بدبختم یا من بدشانسم و نظیر این‌ها دوری می‌کنند. این افکار برای آن‌ها که دچار اختلالات شده‌اند می‌تواند تأثیر گذار باشد (قربانیان خشونت خانگی). دادن تکلیف برای جلسه بعد
۴	شناسایی نقش ارزش‌ها و عمل	با استفاده از استعاره‌های ساعت خبری پرمخاطب، تمرین لحظات خوب با چشمان باز و بسته، تمرین نوشتن زندگینامه خود و ده گام برای رسیدن به ارزش‌ها و استعاره تابلوی امتیازها، سعی در این داریم که به مراجعین مفهوم ارزش و اهداف را آموزش دهیم و مراجعین را در مسیر ارزش‌ها و اهداف دیگرشان قرار دهیم تا برای کنار آمدن با شرایط جدید زندگی آماده شوند	با بررسی اهداف و ارزش‌ها در طول هفته و برنامه‌ریزی برای رسیدن به آن‌ها، می‌توان روی خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه تأثیر گذاشت.
۵	خود به عنوان زمینه به جای خود مفهوم سازی شده	در این جلسه سعی داریم که مادران از درگیر شدن بیش از حد با مسائل جدید بپرهیزند و بیشتر تماشاچی باشند. برای این هدف از استعاره‌های صفحه شطرنج، تماشاچی تلویزیون و محاکمه خود مفهوم سازی شده و استعاره شاهزاده و گدا استفاده می‌کنیم.	دانش آموزان با آشنایی با خود مفهوم سازی و خود به عنوان زمینه احتمالاً از پرخاشگری و خشونت خانگی و اعتیاد به تلفن همراه دست برمی‌دارند و کیفیت زندگی آن‌ها بهتر می‌شود.
۶	ذهن آگاهی و زندگی در لحظه حال	در این جلسه زندگی در لحظه حال را تمرین می‌کنیم و با استفاده از تمرین‌های راه رفتن ذهن آگاهانه، خوردن کشمش، تمرین قاصدک، تنفس ذهن آگاهانه و تمرین آگاهی از تجارب، سعی می‌کنیم زندگی ذهن آگاهانه را با تمرین روی تنفس و حواس پنج گانه به مادران بیاموزیم.	فکر به گذشته و آینده در امان می‌ماند و این به کاهش سطح خشونت، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه کمک می‌کند.
۷	عمل متعهدانه	در این جلسه سعی بر این داریم که با تمرین و استعاره حباب‌ها و حرکت در جاده و کارخانه دو چرخه سازی بتوانیم مفهوم عمل متعهدانه را ایجاد کنیم	با ایجاد تعهد در دانش آموزان بعد از اتمام جلسات، به محتویات و آموزش‌های جلسه و تغییرات ایجاد شده پایبند خواهند ماند.

جلسه	هدف	محتوا، تکنیک‌ها و روش‌ها	نتیجه
۸	نگهداری مادام‌العمر تغییرات، بیشگیری از عود	بررسی تک بحث پیرامون پیشامدهای منفی و آمادگی برای عود-مرور درمان-تدوین و طراحی برای آینده و مرور عمل متعهدانه به عنوان یک «تکلیف مادام‌العمر»	شناسایی پیشامدهای منفی که ممکن است در آینده با آن‌ها مواجه شوند و ثبت آن‌ها. استفاده از روش‌های درمانی ارائه شده در طول زندگی درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

بر اساس تحلیل‌های جمعیت‌شناختی، از مجموع آزمودنی‌ها، ۸ نفر معادل ۲۷ درصد در سن ۱۲ سالگی، ۸ نفر معادل ۲۷ درصد در سن ۱۳ سالگی، ۷ نفر معادل ۲۳ درصد در سن ۱۴ سالگی و ۷ نفر معادل ۲۳ درصد در سن ۱۵ سالگی می‌باشند. آزمودنی‌ها به‌طور مساوی در سه پایه تحصیلی هفتم، هشتم و نهم قرار دارند. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه متغیر اصلی پژوهش حاضر یعنی خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به

تلفن همراه را در گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، میانگین نمره خشونت خانگی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون ۱۴۸ و انحراف معیار ۲۲/۱ و در مرحله پس‌آزمون ۱۰۱/۵ و انحراف معیار ۱۴/۶ است. میانگین نمره پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون ۸۰/۹ و انحراف معیار ۶ و در مرحله پس‌آزمون ۵۲/۳ و انحراف معیار ۸/۲ است. میانگین نمره اعتیاد به تلفن همراه در مرحله پیش‌آزمون ۵۶ و انحراف معیار ۶/۲ و در مرحله پس‌آزمون ۴۳ و انحراف معیار ۶/۶ است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه آزمایشی		گروه گواه		حداقل	حداکثر
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
خشونت خانگی	پیش‌آزمون	۱۴۸/۱۰	۲۲/۱۲	۱۴۵/۱۴	۱۸/۱۶	۷۲	۱۷۹
	پس‌آزمون	۱۰۱/۵۸	۱۴/۶۱	۱۴۲/۱۶	۱۷/۲۶	۷۲	۱۲۹
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۸۰/۹۱	۶/۳۶	۷۹/۳۶	۶/۴۵	۶۷	۸۹
	پس‌آزمون	۵۲/۳۰	۸/۲۴	۷۶/۶۶	۶/۰۶	۳۷	۶۷
اعتیاد به تلفن همراه	پیش‌آزمون	۵۶/۳۳	۶/۲۶	۵۵/۶۹	۶/۱۸	۴۳	۶۴
	پس‌آزمون	۴۳/۱۶	۶/۶۵	۵۵/۴۱	۵/۱۷	۳۰	۵۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون خشونت خانگی گروه آزمایشی ۱۴۸/۱۰ (و ۲۲/۱۲)، پس‌آزمون ۱۰۱/۵۸ (و ۱۷/۲۶) است. میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون پرخاشگری گروه آزمایشی ۸۰/۹۱ (و ۶/۳۶) و پس‌آزمون آن ۵۲/۳۰ (و ۸/۲۴) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون اعتیاد به تلفن همراه گروه آزمایشی ۵۶/۳۳ (و ۶/۲۶) و در پس‌آزمون ۴۳/۱۶ (و ۶/۶۵) است. میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون خشونت خانگی گروه گواه ۱۴۵/۱۴ (و ۱۸/۱۶)، پس‌آزمون ۱۴۲/۱۶ (و ۱۷/۲۶) است. میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون پرخاشگری گروه گواه ۷۹/۳۶ (و ۶/۴۵) و پس‌آزمون آن ۷۶/۶۶ (و ۶/۰۶) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره پیش‌آزمون اعتیاد به

تلفن همراه گروه گواه ۵۵/۶۹ (و ۶/۱۸) و در پس‌آزمون ۵۵/۴۱ (و ۵/۱۷) است.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد؛ بنابراین قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیری را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون متغیرهای خشونت خانگی $Z=0.147$, $df=15$, $P\leq 0.097$ ، پیش‌آزمون پرخاشگری $Z=0.109$, $df=15$, $P\leq 0.200$ ، پیش‌آزمون اعتیاد به تلفن همراه

همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه با متغیرهای مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) برای خشونت خانگی (پس‌آزمون $P \geq 0/373$ ، $F = 1/301$)، پرخاشگری (پس‌آزمون $P \geq 0/139$ ، $F = 2/601$) و اعتیاد به تلفن همراه (پس‌آزمون $P \geq 0/548$ ، $F = 0/638$) معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی است همان‌طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه برای لامبدای ویکلز معنی‌دار نمی‌باشند ($P \geq 0/05$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش استفاده از این آزمون مجاز بود. در نهایت نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرهای وابسته (خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه) معنی‌دار نبوده است ($P \geq 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

($P \leq 0/200$ ، $df = 15$ ، $Z = 0/105$) برقرار است ($P \geq 0/05$)، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن‌ها که با یکدیگر همبستگی بالایی ($0/70$) نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به‌دست‌آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار باکس وایسکر^۱ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان‌دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شده است، نتایج آزمون باکس برای متغیرهای پژوهش ($P > 0/281$ ، $F = 1/201$ و $BOX = 8/144$) که میزان معناداری آزمون باکس از $0/05$ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای متغیرهای پژوهش شده، پذیرفته شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیر خشونت خانگی در مرحله پس‌آزمون ($P \geq 0/324$ ، $F_{(1, 28)} = 1/131$)، پرخاشگری ($P \geq 0/691$ ، $F_{(1, 28)} = 0/161$) و اعتیاد به تلفن همراه ($P \geq 0/168$ ، $F_{(1, 28)} = 1/549$) معنی‌دار نبوده است؛ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. لازم به ذکر است که آزمون

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه

موقعیت	اثر	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	p	مجذور اتا
مدل	اثر پیلای	۰/۵۸۶	۱۰/۸۱	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۶
	لامبدای ویلکز	۰/۴۱۴	۱۰/۸۱	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۶
	اثر هتلینگ	۱/۴۰	۱۰/۸۱	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۶
	بزرگترین ریشه روی	۱/۴۰	۱۰/۸۱	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۶
گروه	اثر پیلای	۰/۶۴۵	۱۳/۹۵	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۶۴۵
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵۵	۱۳/۹۵	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۶۴۵
	اثر هتلینگ	۱/۸۲۱	۱۳/۹۵	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۶۴۵
	بزرگترین ریشه روی	۱/۸۲۱	۱۳/۹۵	۳	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۶۴۵

وابسته مؤثر بوده است. در ضمن با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۴۵ درصد واریانس بهبودی خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه را تبیین می‌کنند. چراکه سطح معناداری هر چهار آزمون کوچکتر از حد مجاز است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز $0/355$ در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار است و این گواه آن است که مداخله‌های آزمایشی دست‌کم در بهبود یکی از متغیرهای

۱. Box & Whisker

یعنی بین میانگین هر گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مقدار اتا در مرحله مدل ۰/۵۸۶ و در مرحله گروه ۰/۶۴۵ است. با این توضیحات می توان گفت به طور کلی اثر مداخله معنادار است. جهت پی بردن به این تفاوت دو

تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی نمره های پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و گواه

مقدور اتا	P	F	میانگین مجدورات	DF	مجموع مجدورات	متغیر	موقعیت
۰/۷۱۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۱۵/۳۲۵	۱۰۹۳/۱۳۰	۴	۴۳۷۲/۵۲۳	خشونت خانگی	مدل
۰/۵۴۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۷/۵۶۱	۲۶۶/۱۵۳	۴	۱۰۶۴/۶۱۲	پرخاشگری	
۰/۴۰۹	$P \leq ۰/۰۰۸$	۴/۳۶۹	۱۲۹/۲۴۰	۴	۵۱۶/۹۶۱	اعتیاد به تلفن همراه	
۰/۵۷۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۳۳/۲۳۴	۲۳۶۷/۳۶۹	۱	۲۳۶۷/۳۶۹	خشونت خانگی	گروه
۰/۳۳۱	$P \leq ۰/۰۰۲$	۱۲/۴۵۱	۴۴۰/۴۸۵	۱	۴۴۰/۴۸۵	پرخاشگری	
۰/۳۳۱	$P \leq ۰/۰۰۲$	۱۲/۳۶۴	۳۶۸/۶۲۱	۱	۳۶۸/۶۲۱	اعتیاد به تلفن همراه	

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه دو گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله پس آزمون معنی دار است؛ به عبارت دیگر می توان گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات خشونت خانگی ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱, ۲۵) = ۳۳/۲۳۴$ ، پرخاشگری ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱, ۲۵) = ۱۲/۴۵۱$ و اعتیاد به تلفن همراه ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱, ۲۵) = ۱۲/۳۶۴$ را در گروه آزمایشی را در مرحله پس آزمون کاهش داده است. میزان تأثیر برای خشونت خانگی ۰/۵۷، پرخاشگری ۰/۳۳ و اعتیاد به تلفن همراه ۰/۳۳ است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی نوجوانان اثربخش بوده است این نتایج با مطالعات (فیروزکوهی برنج آبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارلینگ و راسل، ۲۰۲۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته ها می توان چنین استدلال نمود که خشونت خانگی به عنوان یکی از عملکردهای روانشناختی و زندگی اجتماعی، موجب آزار، سرخوردگی و شرمساری در طرف دیگر می شود و عمدتاً به دو شکل خشونت های فیزیکی و غیر فیزیکی مشاهده می گردد. خشونت خانگی یک مسئله اجتماعی پیچیده و جدی است که با هزینه های اجتماعی و بهداشتی قابل توجهی همراه است و اشاره به اقدامات خشونت آمیز بین همسران در

خانواده دارد (میلر و همکاران، ۲۰۲۲). فرآیندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش شامل پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه، ارزش ها و عمل متعهدانه است. هسته اساسی تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. فلذا می توان چنین استنباط نمود که این درمان موجبات کاهش سطح خشونت را فراهم می آورد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درگیر شدن با هیجانات باعث بدتر شدن شرایط می شود. درواقع این نوع درمان یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در این رویکرد درمانی می توان از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و ناهم آمیزی شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده کرد (لی و همکاران، ۲۰۱۵). انعطاف پذیری به کاهش سطح خشونت خانگی می انجامد. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تحلیل رفتار به صورت زمینه گرا است. اگر مراجعی با فکر مزاحمی مبارزه می کند، مسئله اصلی این نیست که آیا آن فکر درست و منطقی است یا نه. بلکه مسئله درک کل رویداد و کارکردی است که آن فکر در خدمت آن است. درمانگر در این درمان به شرایطی که تحت آن شرایط این فکر رخ داده، چیزهای دیگری که هنگام وقوع فکر پیش می آید (مثلاً احساسات بدنی، خاطرات یا عواطف)، آنچه فرد هنگام وقوع آن فکر انجام می دهد و آنچه کل این الگوی عمل در خدمت آن است، علاقه مند است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). هدف نهایی پذیرش و تعهد، کمک به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است (لوباتو همکاران، ۲۰۲۲). کمک

به توانایی ارتباط با لحظه کنونی واکنش‌های روانشناختی باعث هشیاری و تغییر رفتار فرد می‌شود و کمتر به خشونت روی می‌آورد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی، پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود (فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). لذا در این پژوهش با به‌کارگیری درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از خشونت خانگی کاسته شد و دانش‌آموزان توانستند با تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی در راستای کاستن از خشونت کمک نمایند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری نوجوانان اثربخش بوده است این نتایج با مطالعات (فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارلینگ و راسل، ۲۰۲۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین استدلال نمود که پرخاشگری یک واکنش عمومی و پدیده نابهنجار اجتماعی است که به‌قصد آزار کسی یا آسیب‌رساندن به چیزی ابزار می‌شود. آنچه در این تعریف حائز اهمیت است قصد و نیت فرد است؛ یعنی یک رفتار آسیب‌زا در صورتی پرخاشگری محسوب می‌شود که از روی قصد و عمد و به‌منظور صدمه زدن به دیگری انجام پذیرد. بنابراین فرد پرخاشگر تمایل به حمله و مبارزه‌طلبی دارد. به‌طورکلی رفتاری که به دیگران آسیب می‌رساند، پرخاشگری نامیده می‌شود. همچنین اعمال خصمانه‌ای که از روی قصد باشد نیز پرخاشگری تلقی می‌شود (لوما و همکاران، ۲۰۱۳). در راستای کنترل این رفتارها، مرتکب شونده باید باور داشته باشد که رفتارش به هدف آسیب‌رساندن به دیگری بوده و پیامد آن برانگیختن رفتاری اجتنابی است (لوباتو همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجانات و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجاد شده است، می‌تواند بر پرخاشگری اثرگذار باشد. این درمان در برخورد با فرآیندهای شناختی که تغییرات رفتاری آشکار را محدود می‌کند، از روش‌های تجربی نظیر ذهن‌آگاهی و پذیرش باهدف کاهش

اجتناب تجربی و درهم‌آمیختگی شناختی استفاده و مراجعین را به ایجاد تغییرات رفتاری مبتنی بر ارزش شخصی در جهت بهبود زندگی تشویق می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). این تشویق‌ها در راستای کاهش سطح پرخاشگری مؤثر است. هسته اساسی تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر در رفتارهای بیرونی است. بر اساس این شیوه درمانی، درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود. در این رویکرد درمانی از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و ناهم‌آمیزی‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در دانش‌آموزان استفاده شد که به‌واسطه ماهیت اثرگذاری این درمان بر تحمل سختی‌ها و آشفتگی‌ها، موجبات کاهش پرخاشگری را فراهم نموده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان اثربخش بوده است این نتایج با مطالعات (فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارلینگ و راسل، ۲۰۲۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین استدلال نمود که مقطع متوسطه اول، آغاز نوجوانی است و نوجوانی به دلیل ساختار فکری خاصی که دارد، یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی به شمار می‌رود. روانشناسان معتقدند اگر نوجوان این دوران را بدون مشکل پشت سر بگذارد در بزرگسالی به فردی سالم تبدیل می‌شود و نقش خود را در جامعه به‌خوبی ایفا می‌کند. اما اگر در این گذر مشکلاتی پیش بیاید، سلامت‌روان وی از مسیر اصلی منحرف شده و به بیراهه می‌رود (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از مواردی که تهدیدی برای سلامت فرد در دوران نوجوانی به شمار می‌آید، اعتیاد به تلفن همراه است. سرعت سریع دسترسی به تلفن همراه در بین افراد جامعه به‌خصوص نوجوانان و جذابیت‌های بی‌شمار آن نگرانی‌هایی را در جهان به وجود آورده است (گانتر، ۲۰۱۹). از ویژگی‌های منحصربه‌فرد تلفن‌های همراه می‌توان به‌سادگی، سهولت در کار و ارتباط و تعامل بین افراد اشاره کرد. همچنین سرگرمی‌های خاص آن باعث فراگیر شدن این فناوری و آسیب‌های جدی به سلامت‌روان شده است؛ استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه فرد را از نظر جسمی و روانی خسته نموده و مشکلاتی برای وی ایجاد می‌نماید. اعتیاد به تلفن همراه اثرات منفی بسیاری (جسمی، ذهنی و روانی و عاطفی) بر جای می‌گذارد (چا و سئو، ۲۰۱۸). هیجان‌طلبی و شخصیت اجتماعی به‌شدت در معرض معتادان به تلفن همراه است (دیمیدجیان و

همکاران، ۲۰۱۶). محققان بر این باورند که اعتیاد به تلفن همراه تأثیرات منفی بسیاری بر سلامت روان و جسم دارد و علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با آن مشاهده شده است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز یکی از نسل سوم درمان‌های روانی است. در این درمان فرد به جای تغییر شناخت، سعی می‌کند ارتباط روانی خود را با افکار و احساساتش افزایش دهد. فلذا به جهت آنکه فرد با اعتیاد به تلفن همراه افکار و احساساتش در معرض خطر جدی است، با کمک گرفتن از درمان تعهد و پذیرش می‌توان به او کمک کرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد توانایی برای انتخاب یک عمل مناسب از بین گزینه‌های مختلف به منظور جلوگیری از ایجاد افکار مزاحم، احساسات، خاطرات یا خواسته‌ها یا تحمیل آن به شخص مناسب است (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شامل پذیرش فعال و آگاهانه افکار منفی، عواطف و احساسات فیزیکی است که در طول زندگی فرد ایجاد شده است، بدون تلاش بی‌مورد برای تغییر شکل و فرکانس آن‌ها، به‌ویژه زمانی که اعمال چنین تغییری باعث آسیب‌روانی می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد حس متعالی از خود در فرد ایجاد می‌گردد و از طریق فرآیندهای گسلش و ذهن‌آگاهی می‌توان به وی کمک نمود که استفاده مؤثر و مفیدی از تلفن همراه داشته باشد. مزیت اصلی این حس متعالی ایجاد شده به واسطه این درمان آن است که خود زمینه‌ای است که در آن محتوای هوشیاری تهدیدکننده نیست. به عبارت دیگر خود به عنوان زمینه، پذیرش واقعیت را حمایت می‌کند. در مداخلات درمان پذیرش و تعهد هدف این است که به مراجعین کمک کنند جنبه‌های کیفی خود به عنوان زمینه را به‌طور مستقیم تجربه نمایند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). وقتی درمان پذیرش و تعهد آمیختگی با خود مفهوم‌سازی را تهدیدی برای انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌بیند، می‌کوشد ارتباط با انواع دیگری از تجربیات خود را ارتقاء بخشد. در این درمان چارچوب رابطه‌های ذهنی این است که یک حس متعالی از خود منجر به ایجاد حسی از اینجا و اکنون در مقابل آنجا می‌شود. وقتی حس متعالی از خود وجود داشته باشد، مهم نیست که فرد کجا و در چه زمانی است. این نگاه به خود به صورت اینجا و اکنون همواره وجود دارد. خود مشاهده‌گر جنبه قدرتمندی از آگاهی انسان است. مادامی که فرد نحوه دستیابی به این بخش از وجودش را بیاموزد، قادر

خواهد شد تا تغییرات بیشتری را در رابطه خود با افکار و احساسات ناخواسته ایجاد کند (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس نتایج پژوهش استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند موجبات کاهش خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه در دانش‌آموزان متوسطه اول فراهم آورد. عدم امکان شرکت همه دانش‌آموزان از شهرستان‌ها و روستاهای اطراف به علت بعد مسافت، نمونه را محدود به شهر سمنان نمود و قابلیت تعمیم‌پذیری را کاهش می‌دهد. با توجه به اینکه خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه می‌توانند آسیب‌های جدی به نوجوان بزنند و به دنبال آن تمام افراد خانواده را تحت تأثیر قرار دهند، پیشنهاد می‌شود اعضای خانواده نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش نیز تحت درمان مداخلات روانشناسی قرار گیرند. انجام پژوهشی مشابه با ابزارهای متفاوت همچنین طراحی الگویی با ارزیابان و درمانگرانی متمایز از پژوهشگر و مقایسه نتایج نیز پیشنهاد می‌شود. غربالگری و شناسایی دانش‌آموزان در معرض خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه در مراحل اولیه ورود به مدرسه و ارجاع آن‌ها به روانشناس می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه در مدارس مؤثر باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی و روانشناختی جهت کاهش سطح خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش استفاده گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی: این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده و برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. **نقش هر یک از نویسندگان:** تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش مشارکت داشتند.

تضاد منافع: این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از والدین، دانش‌آموزان و مسئولین آموزش و پرورش شهر سمنان که اجازه اجرای این پژوهش را در مدارس تحت تصدی خود دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

زاهدی فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *علوم تربیتی و روانشناسی اهواز*، ۷ (۲)، ۷۳-۱۰۲.

doi: article/20101125100629

السادات حاجتی، فرشته؛ اکبرزاده، نسرين و خسروی، زهره (۱۳۸۷). تاثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران. *فصلنامه علمی مطالعات روان‌شناختی*، ۴ (۳)، ۳۵-۵۶.

doi: 10.22051/psy.2008.1632

سواری، کریم (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اعتیاد به تلفن همراه. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۴ (۱۵)، ۱۲۶-۱۴۲.

doi: jem.atu.ac.ir/article_272.html?lang=en

فیروزکوهی برنج آبادی، مجید؛ پورحسین، مهشید و قاسمی ارگنه، محمد (۱۴۰۰). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دشواری‌های بین فردی و اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲ (۲)، ۲۸۳-۳۰۱.

doi: 10.22059/japr.2021.310151.643639

References

- Aboagye, R. G., Seidu, A. A., Adu, C., Cadri, A., Mireku, D. O., & Ahinkorah, B. O. (2021). Interpersonal violence among in-school adolescents in sub-Saharan Africa: Assessing the prevalence and predictors from the Global School-based health survey. *SSM-population health*, 16, 100929. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ssmph.2021.100929>
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior therapy*, 49(3), 311-322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.002>
- Alosaimi, F. D., Alyahya, H., Alshahwan, H., Al Mahyijari, N., & Shaik, S. A. (2016). Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 37(6), 675. <https://doi.org/10.15537%2Fsmj.2016.6.14430>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral*

- Addictions*, 4(3), 119-123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452. <https://doi.org/10.1037%2F0022-3514.63.3.452>
- Cha, S. S., & Seo, B. K. (2018). Smartphone use and smartphone addiction in middle school students in Korea: Prevalence, social networking service, and game use. *Health psychology open*, 5(1), 2055102918755046. <https://doi.org/10.1177/2055102918755046>
- Deng, X., Li, X., & Xiang, Y. (2024). Smartphone addiction and internalized and externalized aggression among adolescents: Evidence from longitudinal study and weekly diary study. *Computers in Human Behavior*, 150, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107988>
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of "Third Wave" Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 14(3), 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Edelstein, I. (2018). Pathways to violence propensity: results from a two-wave study of young males in urban south Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 28 (1), 33-40. [doi: 10.1080/14330237.2018.1426814](https://doi.org/10.1080/14330237.2018.1426814)
- Ehrenreich, S. E., Beron, K. J., Brinkley, D. Y., & Underwood, M. K. (2014). Family predictors of continuity and change in social and physical aggression from ages 9 to 18. *Aggressive behavior*, 40(5), 421-439. <https://doi.org/10.1016%2Fj.avb.2016.11.004>
- Farrington, D. P., Gaffney, H., & Ttofi, M. M. (2017). Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. *Aggression and violent behavior*, 33, 24-36. <https://doi.org/10.1016%2Fj.avb.2016.11.004>
- Fekih-Romdhane, F., Malaeb, D., Sarray El Dine, A., Obeid, S., & Hallit, S. (2022). The relationship between smartphone addiction and aggression

- among Lebanese adolescents: the indirect effect of cognitive function. *BMC pediatrics*, 22(1), 735. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03808-y>
- Firouzkouhi Berenjabadi, M., pourhosein, M., & Ghasemi Argene, M. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Interpersonal Difficulties and Internet Addiction among High School Students. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 283-301. [In Persian] doi: 10.22059/japr.2021.310151.643639
- Gangadharan, N., Borle, A. L., & Basu, S. (2022). Mobile Phone Addiction as an Emerging Behavioral Form of Addiction Among Adolescents in India. *Cureus*, 14(4), e23798. <https://doi.org/10.7759/cureus.23798>
- Gibson Watt, T., Gillanders, D., Spiller, J. A., & Finucane, A. M. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. *Palliative medicine*, 37(8), 1100-1128. <https://doi.org/10.1177/02692163231183101>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press. ISBN: 1572309555, 9781572309555
- Jun, S. (2016). The reciprocal longitudinal relationships between mobile phone addiction and depressive symptoms among Korean adolescents. *Computers in Human Behavior*, 58, 179-186. <https://doi.org/10.1016%2Fj.chb.2015.12.061>
- Kann, L. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67 (8), 1. <https://doi.org/10.15585%2Fmmwr.ss6708a1>
- Kim, S. G., Park, J., Kim, H. T., Pan, Z., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2019). The relationship between smartphone addiction and symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity in South Korean adolescents. *Annals of general psychiatry*, 18, 1-8. <https://link.springer.com/doi/10.1186/s12991-019-0224-8>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Lei, H., Chiu, M. M., Cui, Y., Zhou, W., & Li, S. (2018). Parenting style and aggression: A meta-analysis of mainland Chinese children and youth. *Children and Youth Services Review*, 94, 446-455. DOI: 10.1016/j.childyouth.2018.07.033
- Leow, M. Q. H., Chiang, J., Chua, T. J. X., Wang, S., & Tan, N. C. (2023). The relationship between smartphone addiction and sleep among medical students: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 18(9), e0290724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290724>
- Li, S. D., Xiong, R., Liang, M., Zhang, X., and Tang, W. (2021). Pathways From Family Violence to Adolescent Violence: Examining the Mediating Mechanisms. *Front. Psychol*, 12, 611006. doi: 10.3389/fpsyg.2021.611006
- Li, S., Chen, Z., Yong, Y., Xie, J., & Li, Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive psychiatry*, 127, 152426. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152426>
- Li, S., Xia, Y., Xiong, R., Li, J., & Chen, Y. (2020). Coercive Parenting and Adolescent Developmental Outcomes: The Moderating Effects of Empathic Concern and Perception of Social Rejection. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3538. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103538>
- Li, Y., Li, G., Liu, L., & Wu, H. (2020). Correlations between mobile phone addiction and anxiety, depression, impulsivity, and poor sleep quality among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, 9(3), 551-571. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00057>
- Lobato, D., Montesinos, F., Polín, E., & Cáliz, S. (2022). Acceptance and Commitment Training Focused on Psychological Flexibility for Family Members of Children with Intellectual Disabilities. *International*

- journal of environmental research and public health*, 19(21), 13943. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113943>
- Long, J., Liu, T. Q., Liao, Y. H., Qi, C., He, H. Y., Chen, S. B., & Billieux, J. (2016). Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. *BMC psychiatry*, 16(1), 408. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1083-3>
- Lu, G. L., Ding, Y. M., Zhang, Y. M., Huang, H. T., Liang, Y. P., & Chen, C. R. (2021). The correlation between mobile phone addiction and coping style among Chinese adolescents: a meta-analysis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00413-2>
- Luoma, J. B., & Vilardaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: a pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 42(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701662>
- Mahapatra, S. (2019). Smartphone addiction and associated consequences: Role of loneliness and self-regulation. *Behaviour & Information Technology*, 38(8), 833-844. <https://doi.org/10.1080/026414929X.2018.1560499>
- Mak, K. K., Lai, C. M., Watanabe, H., Kim, D. I., Bahar, N., Ramos, M., ... & Cheng, C. (2014). Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(11), 720-728. <https://doi.org/10.1089/2Fcyber.2014.0139>
- Malek Mohammadi, N., Rezaeisharif, F., Bagheri, N., Taheri Olyayie, H., Sharifi, M., & Sharifi, H. (2024). Prevalence of mobile phone addiction and poor mental health, and factors associated with mental health among medical students in Southeast Iran. *BMC psychiatry*, 24(1), 552. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05985-9>
- Miller, B. K., Wan, M., Carlson, D., Kacmar, K. M., & Thompson, M. (2022). Antecedents and outcomes of work-family conflict: A mega-meta path analysis. *PloS one*, 17(2), e0263631. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263631>
- Nikolic, A., Bukurov, B., Kocic, I., Vukovic, M., Ladjevic, N., Vrhovac, M., Pavlović, Z., Grujicic, J., Kistic, D., & Sipetic, S. (2023). Smartphone addiction, sleep quality, depression, anxiety, and stress among medical students. *Frontiers in public health*, 11, 1252371. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1252371>
- Perry, K. J., Ostrov, J. M., Shisler, S., Eiden, R. D., Nickerson, A. B., Godleski, S. A., & Schuetze, P. (2021). Pathways From Early Family Violence to Adolescent Reactive Aggression and Violence Victimization. *Journal of family violence*, 36(1), 75-86. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00109-4>
- Perry, K. J., Ostrov, J. M., Shisler, S., Eiden, R. D., Nickerson, A. B., Godleski, S. A., & Schuetze, P. (2021). Pathways From Early Family Violence to Adolescent Reactive Aggression and Violence Victimization. *Journal of family violence*, 36(1), 75-86. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00109-4>
- Rozgonjuk, D., Saal, K., & Täht, K. (2018). Problematic smartphone use, deep and surface approaches to learning, and social media use in lectures. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 92. <https://doi.org/10.3390/2Fijerph15010092>
- Sadat Hajati, F., Akbarzadeh, N & Khosravi, Z. (2008). The Effect of Combined Cognitive Behavioral Therapy Program with Positivity Approach on Prevention of Adolescent Violence in Tehran. *Journal of Psychological Studies*, 4(3), 35-56. [In Persian] [doi: 10.22051/psy.2008.1632](https://doi.org/10.22051/psy.2008.1632)
- Sahu, M., Gandhi, S., & Sharma, M. K. (2019). Mobile phone addiction among children and adolescents: A systematic review. *Journal of Addictions Nursing*, 30(4), 261-268. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000309>
- Sevari, K. (2014). Construction and Validation of the Mobile Phone Addiction Questionnaire. *Quarterly of Educational Measurement*, 4(15), 126-142. [In Persian] jem.atu.ac.ir/article_272.html?lang=en
- Sfeir, E., Geara, C., Hallit, S., & Obeid, S. (2020). Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 1-7. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-020-00338-2>
- Shin, J., & Bae, S. M. (2023). Moderating Effects of Emotional Recognition Competency in Rejective Parenting and Adolescent Depression and Aggression. *International journal of environmental research and public health*, 20(18), 6775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186775>

- Teymoori, A., Côté, S. M., Jones, B. L., Nagin, D. S., Boivin, M., Vitaro, F., ... & Tremblay, R. E. (2018). Risk factors associated with boys' and girls' developmental trajectories of physical aggression from early childhood through early adolescence. *JAMA network open*, 1(8), e186364-e186364. <https://doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2018.6364>
- Timshel, I., Montgomery, E., and Dalgaard, N. T. (2017). A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse Neglect*, 70, 315–330. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.06.023
- Wang, J. L., Rost, D. H., Qiao, R. J., & Monk, R. (2020). Academic stress and smartphone dependence among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 118, 105029. <https://doi.org/10.1016%2Fj.childyouth.2020.105029>
- Wartberg, L., Kriston, L., Zieglmeier, M., Lincoln, T., & Kammerl, R. (2019). A longitudinal study on psychosocial causes and consequences of Internet gaming disorder in adolescence. *Psychological medicine*, 49(2), 287–294. <https://doi.org/10.1017/S003329171800082X>
- Xia, X., Qin, S., & Zhang, S. (2024). Leisure experience and mobile phone addiction: Evidence from Chinese adolescents. *Heliyon*, 10(3), e24834. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24834>
- Xia, Y., Li, S. D., & Liu, T. H. (2018). The Interrelationship between Family Violence, Adolescent Violence, and Adolescent Violent Victimization: An Application and Extension of the Cultural Spillover Theory in China. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 371. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020371>
- Yang, Q., Wang, H., Wu, H., Li, W., Zhang, Y., Yao, Y., Yuan, X., Chen, C., Wang, Y., Zhong, Y., Wang, W., Zhang, M., Yang, Y., Liu, H., & Zhang, K. (2023). Effect of online game policy on smartphone game play time, addiction, and emotion in rural adolescents of China. *BMC psychiatry*, 23(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05325-3>
- Zahedifar, Shahin & Najarian, Bahman & Shekarkan, Hossein (2000). Constructing and validating a scale for measuring aggression. *The Journal of Educational Sciences*, 7(2), 73-102. [In Persian] [article/20101125100629](https://doi.org/10.1016/j.jes.2000.06.002)
- Zarling, A., & Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(4), 326–338. <https://doi.org/10.1037/ccp0000722>