

Examining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Unconditional Self-acceptance and Achievement Motivation of 14-17 Years Old Girls Living in Deprived Areas in Shiraz City, Iran, Who Experienced Violence with Opposite Sex in Intimate Relationships

Semsar Kazerouni A¹, * Rezaei Dehnavi S²

Author Address

1. MA in Educational Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author Email: rezaei.dehnavi@pnu.ac.ir

Received: 2022 May 9; Accepted: 2022 May 18

Abstract

Background & Objectives: Socioeconomic deprivation is one of the most significant forms of social disability. The mental health and academic achievement of adolescent girls in deprived areas are influenced by their poor socioeconomic status.

Furthermore, during adolescence, sexual arousal and attraction to the opposite sex begin. In Iran, despite cultural restrictions, the relationship with the opposite sex among adolescents has increased significantly in the last two decades. Teen dating violence is a detrimental factor to physical and mental health with long-term consequences, and deprived adolescent girls are not prepared to face this challenge. They feel they cannot deal effectively with this situation, so the risk of a negative image of "self and its abilities" increases. Here, the concept of unconditional self-acceptance is of particular importance. Self-acceptance means that one fully (unconditionally) accepts herself, her values, and her life. Self-acceptance opens the way for the growth of one's inner motivations, including achievement motivation. The achievement motivation is the individual's desire to achieve personal goals. On the other hand, acceptance and commitment therapy is a mindfulness-based cognitive-behavioral therapy that is effective for adolescents. This therapy aims to create a rich and meaningful life while the person accepts life's inevitable suffering and pain and becomes ready and committed to life. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on unconditional self-acceptance and achievement motivation of adolescent girls in deprived areas with experience of dating violence.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population comprised all girls aged 14 to 17 years living in deprived areas of Shiraz City, Iran, who had experienced violence in a dating relationship with the opposite sex. The modified version of the Conflicts Tactics Scale (CTS) was used to identify girls who experienced dating violence (Erickson et al., 2010). By purposive sampling, 34 eligible female volunteers were first included in the study and randomly divided into experimental and control groups; 24 of these persons participated until the end of the research (12 in each group). These girls were introduced to the researchers in two ways: some had used the educational and counseling services of an NGO in a deprived area, and the NGO counselors in their schools identified others. The exclusion criteria included absence from more than 2 sessions and withdrawal from continuing cooperation. The control group received no intervention, and the experimental group received twelve 70-minute training program sessions. The unconditional self-acceptance questionnaire (Chamberlain and Haaga, 2001) and the achievement motivation test (Hermans, 1970) were administered to both groups in the pretest and posttest. The obtained data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (the Shapiro-Wilkes test, Levene test, and analysis of covariance) in SPSS software version 22. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The present research results suggested that after eliminating the pretest effect, acceptance and commitment therapy effectively increased unconditional self-acceptance ($p=0.011$) and achievement motivation ($p=0.002$). In other words, according to Eta squared, the increases in the mean values of unconditional self-acceptance and achievement motivation were 26.9% and 38%, respectively, affected by the intervention with acceptance and commitment therapy.

Conclusion: The current research data indicate that group-based acceptance and commitment therapy positively improves unconditional self-acceptance and achievement motivation of deprived areas adolescent girls who experienced dating violence. Therefore, this method can improve adolescent girls' mental health and academic achievement in deprived areas who have experienced dating violence with the opposite sex.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Unconditional self-acceptance, Achievement motivation, Teen dating violence, Deprived areas.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش بی قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت دختران ۱۴ تا ۱۷ ساله مناطق محروم شیراز با تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف

آزاده سمسار کازرونی^۱، *صدیقه رضایی دهنوی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: srezaidehnavi@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ اردیبهشت ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: محرومیت اقتصادی-اجتماعی از اشکال بسیار مهم ناتوانی اجتماعی است. سلامت روان دختران نوجوان مناطق محروم تحت تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی دشوار آن‌ها قرار دارد. ازطرفی خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف برای دختران نوجوان محروم، عاملی آسیب‌زا برای سلامت جسم و روان با پیامدهای درازمدت است و دختران نوجوان محروم آمادگی لازم برای مواجهه با این چالش را ندارند؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش بی قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت دختران نوجوان مناطق محروم شیراز با تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف، بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی دختران ۱۴ تا ۱۷ ساله ساکن در مناطق محروم شیراز تشکیل دادند که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف داشتند. برای شناسایی دخترانی که خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف را تجربه کرده‌اند، از نسخه اصلاح‌شده هشت‌ماده‌ای مقیاس راهکنش‌های تعارض (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. در ابتدا ۳۴ دختر داوطلب واجد شرایط، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. بیست‌و‌چهار نفر از این افراد (هر گروه دوازده نفر) تا انتهای پژوهش مشارکت داشتند. گروه آزمایش طی دوازده جلسه هفتاددقیقه‌ای، مداخله گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه در این مدت مداخله‌ای ارائه نشد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه پذیرش بی قیدوشرط خود (چمبرلین و هاگا، ۲۰۰۱) و آزمون انگیزه پیشرفت (هرمنس، ۱۹۷۰) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش بی قیدوشرط خود ($p=0/011$) و انگیزه پیشرفت ($p=0/002$) دختران نوجوان مناطق محروم دارای تجربه خشونت رابطه صمیمانه با جنس مخالف مؤثر است؛ همچنین باتوجه به معذور انا، افزایش میانگین هریک از متغیرهای پذیرش بی قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت به ترتیب ۲۶/۹ درصد و ۳۸ درصد متأثر از مداخله با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش بی قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت دختران نوجوان مناطق محروم شیرازی که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف داشتند، دارای تأثیر مثبتی بود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، پذیرش بی قیدوشرط خود، انگیزه پیشرفت، خشونت در رابطه صمیمانه نوجوانان، مناطق محروم.

فعلی یا گذشته بوده‌اند، درمقایسه با افرادی که هرگز رابطه عاشقانه نداشته‌اند، سطح پذیرش خود کمتری دارند. نوجوانان ممکن است راهبردهای مقابله‌ای برای رویارویی با نیازمندی‌های این روابط را نداشته باشند و از آنجاکه احساس می‌کنند توانایی برخورد مؤثر با موقعیت را ندارند، خطر تصویر منفی از «خود و توانایی‌های خود» افزایش می‌یابد (۱۴).

مفهوم پذیرش خود یعنی شخص به‌طور کامل (بی‌قید و شرط) خود را می‌پذیرد و برای خود و زندگی خود ارزش قائل است؛ خواه درست رفتار کند یا نه، خواه دیگران او را تأیید کنند و دوست داشته باشند یا نه (۱۵). تحقیقات چمبرلین و هاگا نشان داد، پذیرش بی‌قید و شرط خود با بسیاری از آسیب‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی، خودشیفتگی و خودفریبی رابطه منفی دارد و به‌طور مثبت با شادی، رضایت از زندگی و سلامت روان مرتبط است (۱۶). ازطرفی پذیرش خود، پیش‌شرط لازم برای تغییر است (۱۷). در توضیح این موضوع می‌توان گفت، پذیرش خود راه را برای رشد انگیزه‌های درونی فرد مانند انگیزه پیشرفت^۹ باز می‌کند. انگیزه پیشرفت، تمایل فرد برای دستیابی به اهداف شخصی است. انگیزه با یادگیری و عملکرد دانش‌آموزان ارتباط متقابل دارد؛ یعنی انگیزه بر عملکرد و یادگیری تأثیر می‌گذارد (۱۸).

محرومیت اقتصادی-اجتماعی^{۱۱}، از اشکال بسیار مهم ناتوانی اجتماعی^{۱۲} است. مسئله مهم در این میان آن است که وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، سلامت جسمی و روانی و پیشرفت تحصیلی نوجوانان را تهدید می‌کند (۱۹، ۲۰)؛ ازاین‌رو دو مفهوم پذیرش خود و انگیزه پیشرفت، برای دختران نوجوان مناطق محروم، تحت‌تأثیر شرایط اجتماعی-اقتصادی آن‌ها قرار می‌گیرد و بررسی‌شدنی است.

در این پژوهش، درمان پذیرش و تعهد^{۱۳} برای مداخله در وضعیت دختران نوجوانی انجام شد که در مناطق محروم زندگی می‌کردند و درگیر تجربه خشونت در رابطه صمیمانه نوجوان با جنس مخالف بودند. درمان پذیرش و تعهد، درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۴} است که بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی تأثیر دارد (۲۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد ابتدا برای بزرگسالان و سپس برای کودکان و نوجوانان در مطالعات مختلف نشان داده شد (۲۲، ۲۳).

هدف درمان پذیرش و تعهد، ایجاد زندگی غنی و معنادار است؛ درحالی‌که فرد رنج و درد اجتناب‌ناپذیر زندگی را می‌پذیرد و برای زندگی آماده و متعهد می‌شود (۲۱). درمان پذیرش و تعهد برای اداره مؤثر تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب که مانعی در راه عمل کردن هستند، فرد را با مقوله ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مربوط به آن آشنا می‌کند و درنهایت موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۵} وی

نوجوانی^۱ دوره‌ای از رشد انسان به‌شمار می‌رود که هدف آن خروج از وابستگی، گذار به استقلال و رسیدن به خودمختاری و رشد (پختگی) است (۱). رشد نوجوانان را می‌توان در این تغییرات خلاصه کرد: تغییرات زیستی؛ تغییرات شناختی؛ تغییرات روانی؛ تغییرات اجتماعی؛ تغییرات اخلاقی و معنوی (۲). در صورتی‌که نوجوان نتواند با موفقیت از این چالش‌های رشدی عبور کند، ممکن است پیامدهای مضر روانی و عاطفی و رفتاری برای خود او، بستگانش و جامعه رخ دهد (۱).

در دوره نوجوانی برانگیختگی جنسی و کشش به جنس مخالف آغاز می‌شود. ازسوی دیگر، تعداد کمی از نوجوانان دانش و آمادگی لازم برای شروع بلوغ و تغییرات جسمی، جنسی و عاطفی ناشی از آن را دارند (۳، ۴). در ایران، باوجود محدودیت‌های فرهنگی، رابطه با جنس مخالف در بین نوجوانان در دو دهه اخیر افزایش چشمگیری داشته است. شیوع رابطه جنسی قبل از ازدواج در تهران ۲۲/۵ درصد و در سایر استان‌ها ۱۴/۷ درصد برآورد شد (۵). رابطه جنسی زودهنگام سومین رفتار پرخطر در بین نوجوانان در ایران است (۶).

روابط عاشقانه اولیه نوجوانان با جنس مخالف ممکن است به‌دلایل مختلف در اختلالات خلقی و مشکلات روانی آن‌ها نقش داشته باشد (۷). قرارگرفتن در رابطه‌ای ناسالم، مانند رابطه صمیمانه با پرخاشگری شریک^۳ که در بخش‌های درخور توجهی از روابط عاشقانه نوجوانان اتفاق می‌افتد، خطر افسردگی^۴ و افکار خودکشی^۵ را در نوجوانان افزایش می‌دهد (۸). خشونت در رابطه صمیمانه نوجوانان^۶ با جنس مخالف عبارت است از خشونت فیزیکی، جنسی یا روانی عاطفی که در رابطه دوستی نوجوانانه رخ می‌دهد (۹). خشونت در رابطه صمیمانه نوجوان، مشکل بهداشتی عمومی مهم با پیامدهای درخور توجه و درازمدت است؛ ازجمله پیشرفت تحصیلی ضعیف، افسردگی، افکار خودکشی، اختلالات مصرف مواد و قربانی خشونت همسر یا شریک صمیمی شدن در بزرگسالی (۱۰).

دختران درمقایسه با پسرها در معرض خطر بیشتری برای افسردگی شدید، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی قرار دارند؛ زیرا روابط عاشقانه آن‌ها با جنس مخالف با تصور آن‌ها از روابط ایده‌آل متفاوت است (۱۰). رابطه با جنس مخالف ممکن است نقشی هویتی برجسته برای دختران باشد و روابط بین‌فردی جنبه‌های برجسته‌ای از خودپنداره^۷ دختران را ایجاد می‌کند (۱۱-۱۳). ازسوی دیگر گفته شده مرحله اصلی در رشد روانی-اجتماعی نوجوان، مرحله هویت‌یابی^۸ است (۱)؛ درنتیجه، ارتباطی اساسی بین «رابطه با جنس مخالف» و هویت «دختران» آشکار می‌شود. ازطرفی، رابطه‌ای عاشقانه با جنس مخالف، بر پذیرش خود^۹ تأثیر می‌گذارد. نوجوانانی که دارای رابطه عاشقانه

9. Self-acceptance

10. Achievement motivation

11. Socio-economic deprivation

12. Social disability

13. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

14. Mindfulness

15. Psychological flexibility

1. Adolescence

2. Maturity

3. Intimate relationship with partner aggression

4. Depression

5. Suicidal thoughts

6. Teen Dating Violence (TDV)

7. Self-concept

8. Search of Identity

می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظهٔ اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی فرد در جهت ارزش‌های زندگی خود حرکت می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق این شش فرایند اصلی حاصل می‌شود: ۱. پذیرش^۱؛ ۲. ناهم‌جوشی^۲؛ ۳. خود به‌عنوان زمینه^۳ یا خود مشاهده‌گر^۴؛ ۴. عمل متعهدانه^۵؛ ۵. ارزش‌ها^۶؛ ۶. ارتباط با زمان حال^۷ (۲۴). بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که به‌معنای بهبود وضعیت عاطفی و روانی فرد در شرایط سخت است، نه‌تنها در درمان و بهبود آسیب ناشی از خشونت دوست‌یابی روابط ناسالم اثربخشی دارد، بلکه می‌تواند در پیشگیری از روابط ناسالم و کاهش خشونت در روابط نیز مؤثر باشد (۲۵).

از طرفی، مداخلهٔ گروهی فرصتی را برای تک‌تک اعضا ایجاد می‌کند تا آزادانه مسائل مربوط به روابط خود را مطرح سازند و آموزش‌های لازم را دریافت کنند. بسیاری از مشکلات ریشه در مسائل بین‌فردی دارد و مربوط به برقراری یا حفظ رابطهٔ صمیمانه با دیگران است (۲۶، ۲۷). درمان پذیرش و تعهد که با لحاظ کردن مشکلات روش‌های درمانی رفتاری و همچنین درمان‌های شناختی‌رفتاری یا به‌عرصه گذاشته است (۲۱)، به‌نظر می‌رسد برای نوجوانان به‌واسطهٔ تأکید بر پذیرش خود و مهم‌شمردن ارزش‌های نوجوان پتانسیل ویژه‌ای دارد. این پتانسیل برای قشر محروم جامعه به‌واسطهٔ پذیرفتن زندگی پر از مشکلات و رنج‌های بشری در این روش درمانی دوچندان می‌شود. خشونت در رابطهٔ صمیمانه با جنس مخالف در مناطق محروم مسئلهٔ مهمی برای نوجوانان و خانوادهٔ آنان است. دختران نوجوان مناطق محروم، درحالی‌که آمادگی روان‌شناختی لازم برای مواجهه با این مسئله را ندارند، آسیب مضاعفی از خشونت در رابطهٔ صمیمانه با جنس مخالف می‌بینند؛ درضمن افزایش پذیرش خود و انگیزهٔ پیشرفت، دو عامل مهم در بازیابی سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دختران نوجوان محسوب می‌شود. در نهایت تحقیقات بسیار کمی در موضوع گروه‌درمانی برای دختران نوجوانی که تجربهٔ خشونت در رابطهٔ صمیمانه با جنس مخالف دارند، به‌ویژه در مناطق محروم ایران، یافت می‌شود. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلهٔ گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزهٔ پیشرفت دختران نوجوان ساکن در مناطق محروم شیراز انجام شد که تجربهٔ خشونت در رابطهٔ صمیمانه با جنس مخالف داشتند.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر به‌روش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله ساکن در مناطق محروم شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در روابط خود با جنس مخالف در معرض خشونت جنسی، جسمی یا روانی قرار گرفتند. برای شناسایی خشونت رابطهٔ صمیمانهٔ نوجوان با جنس مخالف در روابط فعلی یا گذشته، از نسخهٔ

هشت‌ماده‌ای اصلاح‌شدهٔ مقیاس راهکنش‌های (تاکتیک‌های) تعارض^۸ (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد (۲۸). در ابتدا به‌روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۴ دختر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند و گمارش آزمودنی‌ها در گروه‌ها به‌طور تصادفی بود. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونهٔ پیشنهادشده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۲۹). این دختران از دو طریق شناسایی شدند: برخی از آن‌ها از خدمات آموزشی و مشاوره‌ای یک سازمان مردم‌نهاد در مناطق محروم استفاده کردند؛ بقیه توسط مشاوران آن سازمان مردم‌نهاد در مدارس خود شناسایی شدند.

شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه هفده نفر) قرار گرفتند. در طول مطالعه، پنج نفر از اعضای گروه آزمایش (دو نفر به‌دلیل مسافرت، یک نفر به‌دلیل مشکلات خانوادگی، دو نفر به‌دلیل بی‌انگیزگی) مطالعه را ترک کردند. چهار نفر از اعضای گروه گواه برای پرکردن پرسش‌نامهٔ پس‌آزمون مراجعه نکردند و پرسش‌نامهٔ پس‌آزمون یک نفر نیز مخدوش بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و انصراف آزادانه از ادامهٔ همکاری بود. در نهایت ۲۴ نفر از شرکت‌کنندگان تا پایان مطالعه در پژوهش شرکت داشتند. این ۲۴ شرکت‌کننده هر دو پرسش‌نامهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تکمیل کردند. برای گروه آزمایش، طی دوازده جلسهٔ هفتاددقیقه‌ای مداخله بر مبنای درمان پذیرش و تعهد ارائه شد؛ ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– مقیاس راهکنش‌های تعارض (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰): این مقیاس اولین بار توسط اشتراوس در سال ۱۹۷۹ منتشر و در سال ۱۹۹۶ اصلاح شد. این هشت ماده در غربالگری‌های انجام‌شده در گذشته، بیشترین تعداد نوجوانان دارای تجربهٔ خشونت رابطهٔ صمیمانه را ثبت کردند (۲۸). در پژوهش پناغی و همکاران روایی مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی تأیید شد و مقدار ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ و ۰/۸۶ بود (۳۰). اگر نوجوانی در هنگام بررسی به هر یک از هشت سؤال پاسخ مثبت می‌داد، به این معنا بود که در معرض خطر خشونت در یک رابطه در گذشته یا حال قرار داشته است.

– پرسش‌نامهٔ پذیرش بی‌قیدوشرط خود^۹ (چمبرلین و هاگا، ۲۰۰۱): این پرسش‌نامه بیست سؤال و دو زیرمقیاس پذیرش بی‌قیدوشرط خود و پذیرش مشروط خود دارد و برای گروه سنی چهارده سال و بیشتر اجرایی است. در این پرسش‌نامه از مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای استفاده شده است. در این مقیاس گرفتن نمرهٔ بیشتر در نه آیت (سوالات ۲، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰) بیانگر پذیرش بی‌قیدوشرط خود است؛ درحالی‌که در یازده سؤال دیگر (سوالات ۱، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹) گرفتن نمرهٔ بیشتر، پذیرش مشروط خود را نشان می‌دهد. دامنهٔ نمرات زیرمقیاس پذیرش

6. Values

7. Contact with the present moment

8. Conflicts Tactics Scale (CST)

9. Unconditional Self-Acceptance Questionnaire (USAQ)

1. Acceptance

2. Defusion

3. Self as content

4. Observing self

5. Committed action

بی‌قید و شرط خود از ۶۳ تا ۹۶ و دامنه نمرات زیرمقیاس پذیرش مشروط خود از ۱۱ تا ۷۷ است. نمره کمتر در زیرمقیاس پذیرش مشروط خود نشان‌دهنده پذیرش بی‌قید و شرط خود بیشتر است. دامنه نمرات کل پرسش‌نامه از ۲۰ (پذیرش بی‌قید و شرط خود کم) تا ۱۴۰ (پذیرش بی‌قید و شرط خود زیاد) است. چمبرلین و هاگا پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند و ضریب همبستگی نمرات این ابزار را با پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۷ به دست آوردند (۱۶). این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ایران توسط فریبا کلاتری و همکاران به منظور استفاده در پژوهش رساله دکتری ترجمه و استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بود. همچنین پایایی آن از طریق دونه‌کردن آزمون و با استفاده از روش نصف کردن اسپیرمن براون ۰/۶۳ به دست آمد. روایی همگرایی این پرسش‌نامه از طریق همبستگی نمرات آن با نمرات پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد و ضریب همبستگی روایی همگرایی آن ۰/۳۷ ($p < 0.001$) به دست آمد (۳۱).

– آزمون انگیزه پیشرفت^۱ (هرمنس، ۱۹۷۰): این آزمون از پرسش‌نامه‌های بسیار رایج سنجش انگیزه پیشرفت است و ۲۹ سؤال دارد. در سؤالات ۱، ۴، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹، گزینه‌ها به این ترتیب نمره گذاری شدند: الف=۱، ب=۲، ج=۳ و د=۴ و در سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶، الف=۴، ب=۳، ج=۲ و د=۱. نمره کل یعنی نمره‌ای که از مجموع سؤالات به دست می‌آید؛ اگر بیشتر از میانگین باشد نشانه انگیزه پیشرفت زیاد و اگر کمتر از میانگین باشد، بیانگر انگیزه پیشرفت کم در فرد است. هرمنس در سال ۱۹۷۰ برای محاسبه پایایی آزمون انگیزه پیشرفت از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده کرد و ضریب پایایی ۰/۸۴ به دست آمد. برای محاسبه روایی، روایی محتوا به کار رفت که اساس آن را پژوهش قبلی درباره انگیزه

پیشرفت تشکیل داد. همچنین هرمنس ضریب همبستگی هر سؤال را با رفتارهای پیشرفت‌گرا محاسبه کرد. ضرایب حاصل، در دامنه ۰/۳ تا ۰/۵۷ گزارش شد (۳۲). اکبری روایی و اعتبار آزمون انگیزش پیشرفت هرمنس را روی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان گیلان بررسی کرد و ضریب پایایی محاسبه شده برای آزمون انگیزه پیشرفت هرمنس ۰/۸۴ بود. یافته‌های حاصل از روش تحلیل عاملی نشان داد، چهار عامل اصلی اندازه‌گیری شده در این آزمون (اعتماد به نفس، پشتکار، آینده‌نگری، سخت‌کوشی) در مجموع ۴۰/۶۲ درصد کل واریانس نمره‌ها را تعیین می‌کند و در این پژوهش آزمون مذکور به عنوان ابزاری معتبر و دارای روایی تأیید شد (۳۳).

– مداخله روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و مهارت‌ها و تمرینات مربوط، براساس این منابع به اعضای گروه آزمایش ارائه شد (جدول ۱): کتاب اکت به زبان ساده (۲۴)؛ کتاب از ذهنیت بیرون بیا و زندگی کن (۳۴)؛ برنامه عملی هنر درمانی بر مبنای روش پذیرش و تعهد انجام شده توسط هایز و روز (۳۵)؛ مجموعه ویدئوی درمانی اکت در عمل تحت نظارت استیون هایز (۳۶). اثربخشی بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نوجوانان، در پژوهش برغندان و همکاران (۳۷) و پژوهش توصیفیان و همکاران (۳۸) به تأیید رسید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل کواریانس) استفاده شد. این تحلیل‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و به منظور بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون F استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

جدول ۱. برنامه و محتوای جلسات گروهی درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	– ایجاد ارتباط عاطفی اولیه بین خود اعضا و میان اعضا با مجری و ایجاد انگیزه در اعضا برای دوره پیش رو – اجرای بازی «قانون اسم من» – استعاره تماشای فیلم ترسناک – برقراری ارتباط مجدد با ارزش‌ها از طریق چند تمرین نوشتنی در خانه
دوم	– آشنایی با مفهوم زندگی ذهن آگاهانه و تجربه کردن آن در فضای گروه – ارائه داستان کوتاه و نمایش فیلم مربوط به موضوع مجری و پرسش و پاسخ در گروه درباره زندگی ذهن آگاهانه – انجام تمرین ذهن آگاهی در خانه
سوم	– بیان مفهوم مراقبه و تاریخچه آن – انجام تنفس با ذهن آگاهی در گروه – نوشتن ذکر برای مراقبه در گروه‌های کوچک – تمرین تنفس آگاهانه در خانه
چهارم	– مراقبه تنفس در آغاز جلسه – آشنایی گروه با احساسات یکدیگر از لحظه حال: نوشتن و به اشتراک گذاری احساسات اینجا و اکنون توسط اعضای گروه – اجرای بازی مبتنی بر کارت درمانی: به اشتراک گذاشتن احساسات و تجربیات دشوار در زندگی گذشته

^۱. Achievement Motivation Test (AMT)

– آشنایی با عواطف اولیه انسان – خواندن خلاصه کتاب داستان نوجوان با مفهوم کنترل احساسات دشوار در خانه		
پنجم	کنترل احساسات در برابر پذیرش آن‌ها	– آشنایی با مفهوم ناهمجوشی – اجرای نمایش خلاق برای درک تفکیک بین سه مفهوم: احساسات دشوار و افکار دشوار و خود – گفت‌وگو برای درک نتایج کنترل احساسات دشوار – انجام مراقبه احساس در کلاس و در خانه
ششم	نامیدی سازنده	– بیان استعاره‌ها و داستان‌های کوتاه: طناب‌کشی با یک هیولا، مسافران در اتوبوس، داستان پیرزن و شب – بحث درباره استفاده از روش‌های جایگزین کنترل عواطف و افکار – بررسی تجربه نامیدی سازنده در طی هفته
هفتم	پذیرش	– بحث درباره مفهوم پذیرش براساس فیلم پخش شده در گروه – استعاره کلید کشمکش – بحث در گروه: معنای پذیرش در زندگی روزمره ما – مراقبه احساس در خانه
هشتم	ناهمجوشی شناختی	– آشنایی با ذهن و ویژگی‌های آن (قصه‌گو، مسئله‌یاب، ارزیاب و ...) – آشنایی با مفاهیم همجوشی و ناهمجوشی – بیان استعاره‌ها و داستان‌های کوتاه: دست‌ها به‌عنوان افکار – شیوه نوشتن افکار روی کارت – انجام مراقبه: قراردادن افکار روی برگ‌های رودخانه – انجام تمرینات و مراقبه برای رهایی از زندان ذهن در طی هفته
نهم	خود به‌عنوان زمینه	– تجربه عملی پذیرش خود: تمرین تصویرسازی هدایت‌شده توسط کودک درون – انجام عکس‌درمانی در گروه – بیان استعاره صفحه شطرنج – آشنایی با خود مشاهده‌گر (یا خود به‌عنوان زمینه) – انجام تمرین مربوط به خود مشاهده‌گر در خانه
دهم	خود مشاهده‌گر و شفاف‌کردن ارزش‌ها	– انجام تمرین مشاهده خود براساس ارزش‌ها – بیان استعاره قطب‌نما – انجام تمرین‌هایی برای درک و تشخیص «نیاز» و «هدف» و «ارزش» – کشف دوباره ارزش‌ها و برقراری ارتباط دوباره با آن‌ها طی هفته
یازدهم	ارزش‌ها و تعهد	– آشنایی با اولویت‌گذاری در ارزش‌ها و بررسی تضاد ارزش‌ها و گفت‌وگو با اعضا در این موضوعات – ارتباط دوباره با ارزش‌های شخصی و بررسی جدول ارزش‌های شخصی – آشنایی با مفهوم گام کوچک و نوشتن گام‌های کوچک برای برخی از ارزش‌ها – عملی کردن گام‌های کوچک
دوازدهم	تعیین هدف، تعهد و عمل کردن	– آشنایی با هدف‌گذاری: گفتن مثال‌هایی درباره اهداف، تعیین اهداف و عمل هدایت‌شده براساس ارزش‌ها – بیان تجربه، چالش و نظر اعضا درباره اجرای گام‌های کوچک در هفته گذشته و در آینده – مروری بر آموزش‌های دوره با ساخت روزنامه دیواری توسط اعضا در گروه‌های کوچک

۳ یافته‌ها

آزمون شاپیرو-ویلک مشخص کرد، توزیع نرمال بودن متغیرهای پژوهش در هر دو گروه آزمایش و گواه و هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون رد نمی‌شود ($p > 0/05$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود ($p > 0/05$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز مشخص کرد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون رد نمی‌شود ($p > 0/05$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود داشت و به‌منظور بررسی اینکه آیا تفاوت‌ها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

باتوجه به جدول ۲، میانگین $\pm$ انحراف معیار نمرات پذیرش بی‌قید و شرط خود در گروه آزمایش، در پیش‌آزمون $11/46 \pm 74/25$ بود

در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $15/58 \pm 1/08$ سال و در گروه گواه $15/50 \pm 1/00$ سال و دامنه سنی از ۱۴ تا ۱۷ سال بود. در گروه آزمایش، ۵۸ درصد از افراد (هفت نفر) در دوره متوسطه اول و ۴۲ درصد از افراد (پنج نفر) در دوره متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. همچنین در گروه گواه، ۶۷ درصد از افراد در دوره متوسطه اول (هشت نفر) و ۳۳ درصد از افراد (چهار نفر) در دوره متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم، آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون به‌کار رفت. نتایج

که در پس آزمون به $10/62 \pm 83/33$ افزایش یافت. میانگین $\pm$ انحراف معیار نمرات انگیزه پیشرفت گروه آزمایش، در پیش آزمون $80/5 \pm 6/14$ بود که در پس آزمون به $85/08 \pm 4/7$ افزایش یافت. جدول ۲ نشان می‌دهد، پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری در میانگین متغیرهای پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت، بین گروه‌ها در پس آزمون وجود دارد ($p < 0/05$)؛ بدین معنا که درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود پذیرش بی‌قیدوشرط خود ($p = 0/011$) و انگیزه پیشرفت ($p = 0/002$) مؤثر است؛ به بیان دیگر باتوجه به مجذور اتا، هریک از متغیرهای پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت به ترتیب $26/9$ و 38 درصد متأثر از مداخله با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

جدول ۲. نتایج شاخص‌های توصیفی نمرات پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت گروه آزمایش و گروه گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		مقایسه پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	p مقدار
پذیرش بی‌قیدوشرط خود	آزمایش	74/25	11/46	83/33	10/62	7/734	0/011
	گواه	89/08	12/49	84/83	14/63		
انگیزه پیشرفت	آزمایش	80/50	6/14	85/08	4/70	12/852	0/002
	گواه	84/42	4/64	82/75	5/29		

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت دختران نوجوان مناطق محروم شیراز بود که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف داشتند. اولین یافته پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش بی‌قیدوشرط خود در دختران نوجوان مناطق محروم شیراز که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف دارند، مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات دیگری مطابقت دارد که از درمان پذیرش و تعهد برای نوجوانان در جهت بهبود متغیرهای روان‌شناختی مختلف استفاده کردند؛ از جمله با پژوهش روحی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (۳۹) و پژوهش ابویی مهریزی و همکاران مبنی بر مقایسه اثربخشی گروه درمانی طرح‌واره‌درمانی و پذیرش و تعهد بر خودمتمایزسازی دختران نوجوان (۴۰)، همسوست.

در توضیح اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پذیرش بی‌قیدوشرط خود می‌توان گفت، یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان پذیرش و تعهد مفهوم «پذیرش» است (۲۱). معنای پذیرش خود این است که فرد، خود، احساسات و حق زندگی‌اش را کاملاً بپذیرد و ارزشمند بداند؛ صرف‌نظر از اینکه چه صفاتی و چه گذشته‌ای دارد و چه اعمالی انجام می‌دهد (۱۶). در طول جلسات مداخله، همان‌طور که در جدول ۱ آورده شده است، «پذیرش خود» از طریق مفاهیم اصلی روش پذیرش و تعهد به نوجوانان معرفی شد: پذیرش گذشته خود؛ پذیرش افکار و احساسات دشوار خود؛ آشنایی با خود متعالی و مشاهده‌گر؛ آشنایی با ارزش‌های خود و کشف ارزش‌های خود (۳۴). استفاده از استعاره‌ها^۱ در درمان پذیرش و تعهد جایگاه خاصی دارد. استعاره‌ها داستان‌هایی نمادین هستند که وجوه اصلی درمان پذیرش و

تعهد را به شکلی ساده و تأثیرگذار برای مخاطبان بیان می‌کنند (۲۴). استفاده از استعاره‌ها به پذیرش اشتباهات، افکار، احساسات دشوار و احیای ارزش‌های درونی فرد کمک کرد و در نتیجه بر پذیرش بی‌قیدوشرط خود مؤثر بود. زمانی که فرد خود و زندگی‌اش را ارزشمند بیابد، پذیرش بی‌قیدوشرط خود بهبود پیدا می‌کند (۲۱).

از طرفی ارزیابی‌های فرد از خود^۲، مانع از پذیرش بی‌قید و شرط خود می‌شود و شرایط را برای آسیب روانی فراهم می‌کند (۱۷). روش پذیرش و تعهد از طریق دو وجه ناهمجوشی (میان خود و افکار فرد فاصله به وجود می‌آورد و فرد توانایی مشاهده افکار خود را پیدا می‌کند) و ارتباط با زمان حال، خودارزیابی‌های فرد را کاهش می‌دهد و تصویر مثبت فرد درباره خود را بهبود می‌بخشد (۲۱). مراقبه‌ها، تمرین‌ها و استعاره‌های روش پذیرش و تعهد، کمک می‌کنند تا فرد با ذهن خود و ویژگی‌های آن آشنا شود و به بهبودی و ممکن‌نبودن کنترل افکار پی ببرد و به جای قضاوت‌کردن خود، نحوه مشاهده افکار خود را تمرین کند. آموزش گشودگی در برابر تجارب خود، زندگی و لحظه حال و لذت و فایده ناشی از آن، فرد را از درون ذهن بیرون می‌کشد و با موقعیت‌ها و تجارب لحظه اکنون روبه‌رو می‌سازد (۳۴، ۳۶).

آموزش و درمان گروهی فرصتی است که نوجوانانی با مشکلات و شرایط مشابه، از رنج‌ها و احساسات و افکار یکدیگر مطلع شوند و احساس ارزشمندی و پذیرش خود را در یکدیگر تقویت کنند. همچنین ارتباط مبتنی بر پذیرش بی‌قیدوشرط تسهیل‌گر با اعضای گروه و تلاش او برای ایجاد فضایی امن و پذیرنده در گروه، پذیرش خود در اعضا را بهبود می‌بخشد (۲۶، ۲۷).

دومین یافته پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزه پیشرفت در دختران نوجوان مناطق محروم شیراز که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف دارند، مؤثر است.

نتایج مربوط به بهبود انگیزه پیشرفت در این پژوهش با مطالعات دیگری همخوانی دارد که از درمان پذیرش و تعهد برای بهبود مؤلفه‌های

^۱. Metaphors

^۲. Self-assessments

تحصیلی نوجوانان استفاده کردند؛ ازجمله با پژوهش صمدی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزه پیشرفت و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر ساری (۴۱) و پژوهش قنبرپورگنجاری و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خودناتوانی تحصیلی در بین دانش‌آموزان پسر دبیرستانی (۴۲)، همسوست.

در توضیح اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزه پیشرفت می‌توان گفت، انگیزه پیشرفت تمایل فرد برای رسیدن به اهداف شخصی تعیین شده است. درمان پذیرش و تعهد به دنبال آن است که فرد را از ذهن و افکار و گذشته خود خارج کند و انگیزه زندگی کردن در زمان حال و متعهدانه عمل کردن در راستای اهداف شخصی را در وی به وجود آورد (۳۴). انگیزه، به حالات درونی فرد اطلاق می‌شود که رفتار او را به سمت هدفی خاص هدایت می‌کند (۴۱). کشف مجدد ارزش‌ها و یادآوری ارزش‌های قلبی که خواسته‌های عمیق فرد هستند، به فرد انگیزه می‌دهد تا به شیوه‌ای متعهدانه براساس ارزش‌های خود عمل کند (۲۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نوجوانان کمک می‌شود تا اهداف خود را در زمینه‌های اساسی زندگی‌شان شناسایی کنند، گام‌های عملی کوچک تعریف کنند و پس از کشف ارزش‌های اصلی خود به سمت آن‌ها حرکت کنند (۳۴). آگاهی از خود متعالی و لحظه حال، امید به زندگی را افزایش می‌دهد و به انجام اعمال ارزشمند و رضایت‌بخش می‌انجامد. تعهد به داشتن زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن کمک می‌کند تا فرد با وجود دشواری‌ها انگیزه پیشرفت خود را حفظ کند. این همه بدان معنا است که روش پذیرش و تعهد، موجب افزایش انگیزه پیشرفت فرد می‌شود (۲۱).

در نهایت، باتوجه به توضیحات مذکور، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (از طریق شش هسته اصلی خود)، امید، انگیزه و عشق به خود را به طور کلی افزایش می‌دهد و پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت را به طور خاص بهبود می‌بخشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود شدن آن به دختران نوجوان بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی برای پسران نوجوان انجام شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، امکان‌نداشتن انجام مطالعه پیگیری بود.

از آنجاکه پذیرش بی‌قیدوشرط خود برای بهبود سلامت روانی نوجوانان حیاتی به شمار می‌رود و درعین حال تحقیقات کیفی محدودی در این زمینه برای نوجوانان صورت گرفته است، پیشنهاد می‌شود تحقیقات کیفی بیشتر برای درک عمیق‌تر آنچه منجر به رشد پذیرش خود در نوجوانان خواهد شد، انجام پذیرد. همچنین مطالعات خاصی برای مدارس مناطق محروم و آسیب‌پذیر توصیه می‌شود تا اثربخشی

رویکردهای شناختی رفتاری موج سوم (روش پذیرش و تعهد نیز از این دسته است) را برای بهبود پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت در نوجوانانی که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف دارند، ارزیابی کنند.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش بی‌قیدوشرط خود و انگیزه پیشرفت را در دختران نوجوان مناطق محروم شیراز که تجربه خشونت در رابطه صمیمانه با جنس مخالف دارند، افزایش می‌دهد.

۶ تشکر و قدردانی

مایل هستیم از سازمان غیردولتی همکار، مدارس همکار و دختران نوجوانی که وقت و تجربه زندگی خود را با ما به اشتراک گذاشتند، برای کمک در انجام دادن و نهایی کردن این پژوهش تشکر کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات و حق کناره‌گیری در زمان دلخواه رعایت شد. قبل از شروع طرح، دختران نوجوان با دوره پیش رو و قواعد حضور در گروه آشنا شدند و والدین رضایت خود را از حضور دخترانشان در این دوره اعلام کردند. رازداری درباره خاطرات و تجربیات اعضای گروه، از اصول کار بود و برای اعضای گروه توضیح داده شد. تمامی پرسش‌نامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجری پژوهش بود. شایان‌ذکر است، یکی از نویسندگان سال‌ها به‌عنوان معلم و مشاور در مناطق محروم شیراز فعالیت داشت؛ از این رو، وی پس از تکمیل پژوهش با همکاری سازمان مردم‌نهاد مذکور، مجدد خدمات آموزشی و مشاوره‌ای را برای تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش ازجمله اعضای گروه گواه که از آسیب‌های روابط خشونت‌آمیز در رنج بودند، ارائه کرد. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه پیام‌نور با کد تصویب پروپوزال ۴۰۹۷۵ است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند، هیچ‌گونه تعارض منافی درباره این مقاله وجود ندارد.

References

1. Rice FP, Dolgin KG. The adolescent: development, relationships, and Culture. 14th edition. New Zealand: Pearson Education; 2017.
2. Geldard K, Geldard D, Foo RY. Counseling adolescents: the proactive approach for young people. 5th editon. Sage Publications; 2019.
3. Coast E, Lattot SR, Strong J. Puberty and menstruation knowledge among young adolescents in low- and middle-income countries: a scoping review. Int J Public Health. 2019;64(2):293-304. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01209-0>

4. Salehin S, Simbar M, Keshavarz Z, Nasiri M. Parents' perspectives on challenges of sexual and reproductive health education to adolescents in Iran and the world: a systematic review. *Journal of Isfahan Medical School*. 2019;36(508):1540–53. [Persian] https://jims.mui.ac.ir/article_15743.html?lang=en
5. Khalajabadi Farahani F. Meta-analysis of premarital heterosexual relationships among young people in Iran over the past 15 years (2001–2015). *Journal of Family Research*. 2017;12(3):339–67. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_97397.html?lang=en
6. Rashid K. Epidemiology of high-risk behaviours among Tehran adolescent girls and boys. *Social Welfare Quarterly*. 2015;15(57):31–55. [Persian] <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2158-en.html>
7. Solter B. Caught in a bad romance: adolescent romantic relationships and mental health. *J Health Soc Behav*. 2014;55(1):56–72. <https://doi.org/10.1177/0022146513520432>
8. Exner-Cortens D, Eckenrode J, Rothman E. Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*. 2013;131(1):71–8. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1029>
9. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing teen dating violence[Internet]. 2020. <https://www.cdc.gov/injury/features/dating-violence/index.html>
10. Niolon PH, Vivolo-Kantor AM, Tracy AJ, Latzman NE, Little TD, DeGue S, et al. An RCT of dating matters: effects on teen dating violence and relationship behaviors. *Am J Prev Med*. 2019;57(1):13–23. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.022>
11. Rosenfield S, Mouzon D. Gender and mental health. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A; editors. *Handbook of the sociology of mental health*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14
12. Simon RW, Barrett AE. Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood: does the association differ for women and men? *J Health Soc Behav*. 2010;51(2):168–82. <https://doi.org/10.1177/0022146510372343>
13. Impett EA, Schooler D, Tolman DL. To be seen and not heard: femininity ideology and adolescent girls' sexual health. *Arch Sex Behav*. 2006;35(2):129–42. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-9016-0>
14. Gómez-López M, Viejo C, Ortega-Ruiz R. Psychological well-being during adolescence: stability and association with romantic relationships. *Front Psychol*. 2019;10:1772. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01772>
15. Ellis A, Harper RA. *A new guide to rational living*. Wilshire Book Company; 1975.
16. Chamberlain JM, Haaga DAF. Unconditional self-acceptance and psychological health. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2001;19(3):163–76. <https://doi.org/10.1023/A:1011189416600>
17. Bernard ME. *The strength of self-acceptance: theory, practice and research*. Springer; 2013.
18. Bahadori Jahromi S, Cheraghpour R, Payan S. Predicting the academic performance based on academic vitality, achievement motivation and academic optimism in students. *Education Research*. 2019;14(60):19–34. [Persian] https://edu.bojnourd.iau.ir/article_668733.html?lang=en
19. Nurius P, LaValley K, Kim MH. Victimization, poverty, and resilience resources: stress process considerations for adolescent mental health. *School Ment Health*. 2020;12(1):124–35. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09335-z>
20. Davis-Kean PE. The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *J Fam Psychol*. 2005;19(2):294–304. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.294>
21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Second edition. New York: The Guilford Press; 2016.
22. Fang S, Ding D. The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: a pilot study among Chinese adolescents. *J Contextual Behav Sci*. 2020;16(1):134–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005>
23. Petts RA, Duenas JA, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *J Contextual Behav Sci*. 2017;6(2):134–44. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.006>
24. Harris R, Hayes SC. *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Second edition. New Harbinger Publications; 2019.
25. Ganson KT, O'Connor J, Nagata JM, Lipson SK. Association between psychological flexibility and physical violence perpetration in college student populations: results from the national healthy minds study. *J Am Coll Health*. 2021;1–5. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1953030>
26. Corey MS, Corey G, Corey C. *Groups: process and practice*. 10th edition. Cengage Learning; 2017.
27. Shechtman Z. *Group counseling and psychotherapy with children and adolescents: theory, research, and practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.

28. Erickson MJE, Gittelman MA, Dowd D. Risk factors for dating violence among adolescent females presenting to the pediatric emergency department. *J Trauma*. 2010;69(4):227–32. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e3181f1ec5a>
29. Delavar A. Mabani nazari va amali pazhouhesh dar oloome ensani va ejtemae [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Pub; 2017. [Persian]
30. Panaghi L, Dehghani M, Abbasi M, Mohammadi S, Maleki G. Investigating reliability, validity and factor structure of the revised conflict tactics scale. *Family Research* 2011;7(1):103–17. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_95844.html?lang=en
31. Kalantari F, Davoodi I, Bassaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Karandish, M. The effects of rational-emotive behavior therapy on body mass index, weight self- efficacy, and body image among overweight teenage girls. *Psychological Achievements*. 2015;22(2):75–98. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_12309.html?lang=en
32. Hermans HJ. A questionnaire measure of achievement motivation. *J Appl Psychol*. 1970;54(4):353–63. <https://doi.org/10.1037/h0029675>
33. Akbari B. Validity and reliability of Herman's achievement motivation test on the Guilan's high school students. *Research in Curriculum Planning*. 2008;4(16):73–96. [Persian] https://jsr-e.isfahan.iau.ir/article_534091_en.html
34. Ciarrochi JV, Hayes LL, Bailey A. Get out of your mind and into your life for teens: a guide to living an extraordinary life. Instant Help; Illustrated editio; 2012.
35. Hayes L, Rowse J. Acceptance and commitment therapy: using art with adolescents. 2008.
36. Hayes SC. ACT in Action DVD series. Oakland, CA: New Harbinger; 2007. <https://www.psychotherapy.net/video/steven-hayes-act>
37. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varaste A. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2018;26(3):158–68. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/sjimu.26.3.158>
38. Towsyfy N, Hossein Sabet F, Borjali A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the major depression disorder in adolescence. *Achievements of Clinical Psychology*. 2016;2(3):23–38. [Persian] https://jacp.scu.ac.ir/article_13570.html?lang=en
39. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing the self-compassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder. *J Child Ment Health*. 2019;6(3):173–87. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-432-en.html>
40. Abooei Mehrizi V, Shafiabadi A, Khodabakhshi-Koolae A, Khaletbari J. The comparing effectiveness of the group therapy of schema therapy and acceptance and commitment on self-differentiation of teenage girls. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021;7(3):12–20. [Persian] <https://jpen.ir/article-1-543-en.html>
41. Samadi E, Hasanazadeh R, Dousti Y. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on achievement motivation and quality of life among female high school students in Sari. *Community Health*. 2018;5(2):151–8. [Persian] <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v5i2.20839>
42. Ghanbarpoorganjari M, Nobakht H, Khajepoor M. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy in reducing academic self-handicapping among male high school students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2019;8(8):213–20. [Persian] <https://frooyesh.ir/article-1-1434-en.html>