MEJDS. 2022; 12:232.

Published online 2023 Mar. **Original Article**

The Effectiveness of Education Based on Acceptance and Commitment based on Quality of Family Relationships and Feeling of Failure in Adolescent Girls with High-Risk Behaviors

Arab L[1], *Emadian SO[2]

Author Address
1. MSc Student, Educational Psychology, Adib-Mazandaran Institute of Higher Education, Sari, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding Author's Email:** Emadian2012@yahoo.com

Received: 2019 September 27; **Accepted:** 2020 April 5

Abstract

Background & Objective: High-risk behaviors are among the most serious health threats, which have been considered by health organizations, law enforcement, and social policymakers as one of the most important problems in society in recent years due to rapid social changes. High-risk behaviors are behaviors that increase the likelihood of negative, damaging physical, cognitive, and social outcomes for the individual. This study aimed to investigate the effectiveness of education based on acceptance and commitment on the quality of family relationships and feelings of failure in adolescent girls with high-risk behaviors.

Methods: The present experimental study has a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all the secondary female school adolescents of Babolsar City, Iran, in the academic year of 2017-2018. The sample consisted of 36 adolescent girls selected by purposeful sampling from those who were eligible. They were randomly assigned to experimental (n=18) and control (n=18) groups. The experimental group underwent the effectiveness of Education based on acceptance and commitment during 8 sessions, two 45-minute sessions per week. The inclusion criteria are as follows: having high-risk behaviors; lacking a history of psychosis, personality disorder and psychiatric disorders with psychotic symptoms, alcohol abuse, psychotropic drugs, and drug use; being a teenage girl and having a great interest in attending therapy sessions. The exclusion criterion was absence for more than 2 training sessions. Data were collected using the Iranian adolescent high-risk behaviors questionnaire (Zadeh-Mohammadi and Ahmad Abadi, 2008), the Family Assessment Device (Epstein NB et al. 1983), and the Failure to Feelings Questionnaire (Gilbert P et al.,1998). The experimental group underwent the effectiveness of acceptance and commitment training during 8 sessions, two 45-minute sessions per week. Data were analyzed using SPSS-25 software and multivariate analysis of covariance. Acceptance and commitment training is one of the third-wave therapies. It addresses six important concepts that have been confirmed: acceptance, defusion, the now, self, values, and committed action. The treatment was conducted in 5 one and a half hour sessions held twice a week in groups of students.

Results: The results showed that the effectiveness of education based on acceptance and commitment had reduced the feeling of frustration ($p<0.001$) and increased the quality of family relationships among high-risk adolescents ($p<0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, it can be concluded that acceptance and commitment training increases the quality of family relationships and decreases the failure feelings of female adolescents with high-risk behaviors.

Keywords: Education based on acceptance and commitment, High-risk behaviors, Quality of family relationships, Frustration.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۳۲.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت روابط خانوادگی و احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر

لیلا عرب[۱]، *سیده علیا عمادیان[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی ادیب مازندران، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Emadian2012@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۵ مهر ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت روابط خانوادگی و احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود که به‌صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی نوجوانان دختر متوسطهٔ دوم شهرستان بابلسر، در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۶ نوجوان دختر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه گواه) بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از میان کسانی انتخاب شدند که واجد شرایط بوده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) تخصیص یافتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی زاده‌محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۷)، پرسشنامهٔ کیفیت روابط خانوادگی (ناتان بی‌اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسشنامهٔ احساس ناکامی (گیلبرت و آلن، ۱۹۹۸) استفاده شد. گروه آزمایش، طی هشت جلسه (هفته‌ای دوجلسه ۴۵ دقیقه‌ای)، به‌صورت گروهی تحت آموزش پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری‌شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند و سطح معناداری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش احساس ناکامی ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش کیفیت روابط خانوادگی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر($p<۰/۰۰۱$) همراه بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، آموزش پذیرش و تعهد اثربخشی بوده و سبب افزایش کیفیت روابط خانوادگی و کاهش احساس ناکامی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر شده است.

کلیدواژه‌ها: آموزش پذیرش و تعهد، رفتارهای پرخطر، کیفیت روابط خانوادگی، احساس ناکامی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

۱ مقدمه

رفتارهای پرخطر[1]، یکی از موارد جدی تهدیدکنندهٔ سلامت است که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی، به‌عنوان یکی از مشکلات بسیار مهم موجود در جامعه، به آن توجه کرده‌اند (۱). کارگرگ و گرور (۲) رفتارهای خطرپذیر را به رفتارهایی اطلاق می‌کنند که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد. ارتکاب رفتارهای پرخطر در دوره‌های راهنمایی و دبیرستان آغاز می‌شود. زمانی که فشارهای زیستی و روانی دوران بلوغ و بروز مشکلات ارتباطی و اجتماعی با خانواده و همسالان، رقابت‌ها و عدم موفقیت‌های تحصیلی، کمبود ارتباطات سالم و عدم تاب‌آوری، زمینه را برای ارتکاب و گرایش فرد به رفتارهای پرخطری چون مصرف موادمخدر و الکل، خطرپذیری جنسی، فرار از منزل، دزدی و خشونت فراهم می‌سازد.

در مورد رفتارهای پرخطر و سبب‌شناسی آن به مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی اشاره شده است. یکی از متغیرهای پیش‌بینی‌کنندهٔ بسیار مهم رفتارهای پرخطر نوجوانان، کیفیت زندگی یا کیفیت روابط خانوادگی[2] می‌باشد. ثابت شده است که فقر، بدکارکردی و بی‌ثباتی (۳)، سوءمصرف مواد والدین، تحصیلات پایین والدین، بیماری‌های روانی والدین و الکلی‌بودن والدین (۴) از جمله عواملی هستند که در ابتلای نوجوانان به رفتارهای پرخطر، تأثیر فراوانی دارند. مطالعات فراوانی نشان می‌دهند که رفتارهای پرخطر افراد، بیشتر ریشه در خانه‌هایشان دارد و عملکردهای بد خانوادگی به‌وسیلهٔ طلاق، مرگ والدین یا مشکلات دیگر، نوجوانان را به سوی مشارکت در رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد (۳،۴).

تأثیر این محیط آشفتهٔ خانوادگی و نبود رابطهٔ صمیمی بین والدین و فرزند، سبب ایجاد حس منفی در نوجوان و ایجاد احساس ناکامی[3] در آنان می‌شود؛ بنابراین به‌دلیل مشکلات زیاد و متعدد خانوادگی، نوجوان دچار احساس ناکامی و سرخوردگی می‌شود. احساس ناکامی به‌دنبال وضعیتی تحت عنوان فرار ناممکن به وجود می‌آید. بدین صورت که فرد در ابتدا احساس شکست کرده و در پی این است که از این موقعیت فرار کند؛ ولی نمی‌تواند و به‌دنبال آن احساس ناکامی را تجربه می‌کند (۵). در حقیقت مرز باریکی بین احساس شکست و ناکامی وجود دارد. احساس شکست در ابتدا و بر اساس ارزیابی فرد از شرایط خودش شکل می‌گیرد (اینکه در آستانهٔ شکست است و امکان ازدست‌دادن جایگاه اجتماعی، در وی وجود دارد.) و در نهایت و به‌دنبال آن احساس ناکامی می‌آید. بر اساس نظر شخص نسبت به توانایی خود در ۱) حل مسئله یا ۲) فرار از موقعیت پیش می‌آید و در نهایت اینکه هسته مرکزی هر دو یک چیز است: «ناتوان‌پنداشتن خود به‌منظور تغییر شرایط و حل مسائل پیش‌آمده» (۵،۶)؛ بنابراین همان‌طور که ذکر شد هنگامی که فرد در تعامل با دیگران از سبک حل مسئلهٔ ناکارآمد استفاده می‌کند، با دیگران دچار چالش می‌شود و در بلندمدت فرد احساس ناکامی می‌کند. این احساس ناکامی، آنان را در چرخهٔ تعامل اجتماعی نامطلوب، احساس‌های نامناسب و مشکلات مخرب رفتاری و در نتیجه رفتارهای پرخطر، گرفتار می‌سازد. در همین‌راستا عباسی، کریمی و جعفری (۷) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد تأثیر دارد. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران را تعدیل کند و روش مناسبی برای کاهش مشکلات مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی باشد.

یکی از درمان‌هایی که تاکنون اثربخشی آن بر کیفیت روابط خانوادگی و احساس ناکامی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر مورد توجه محققان قرار نگرفته، شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد[4] (ACT) است. درمان شناختی مبتنی بر پذیرش به‌عنوان درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم شناخته شده است و در آن تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوهٔ درمانی، کمک به مراجع برای دست‌یابی به زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار فرد و بافتی که رفتار در آن روی می‌دهد تمرکز می‌کند؛ بنابراین، در ارزیابی، علاوه بر مشکلات فعلی مراجع، گذشته و محیط کنونی وی را نیز درنظر می‌گیرد (۸). این رویکرد، ازطریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات و پذیرش آن‌ها، می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید. شواهد تجربی در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلالاتی مانند پسیکوزها، رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد، افسردگی و... مشخص شده است. هیز (۹) در پژوهشی نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد با بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط اجتماعی و همچنین سازگاری بهتر کودکان با مشکلات رفتاری، با جامعه مرتبط است و این امر با خودآگاهی بیشتر ارتباط دارد. ایلنبرگ و همکاران (۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلهٔ ACT با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال، علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد.

با توجه به موارد ذکر شده و اینکه رفتارهای پرخطر در جوامع امروزی از اهمیت بسیزایی برخوردار هستند و اگر درمان نشوند می‌توانند در آینده، برای خانواده و جامعه خطرآفرین باشند. فردی که در نوجوانی به رفتارهای پرخطر رو می‌آورد در آینده دچار بزهکاری و سوء مصرف مواد می‌شود؛ بنابراین درمان آن‌ها بسیار حائز اهمیت است. از دیگر سو جمع‌بندی یافته‌های انجام گرفته در مطالعات پیشین نشان می‌دهد که آموزش پذیرش و تعهد به‌عنوان شیوهٔ آموزشی در اصلاح فرایندهای روان‌شناختی و تحصیلی کودکان و نوجوانان اثربخش است اما به علت جدیدبودن این شیوهٔ درمانی، شاهد مطالعات محدودی در این زمینه، به‌ویژه در درمان نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر بوده‌ایم. چند مطالعهٔ پیشین محدود به مطالعات موردی یا بررسی اثربخشی این شیوهٔ درمانی بر رفتارهای پرخطر به‌طور عام بوده است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد در اصلاح کیفیت روابط

[1]. High risk Behaviour
[2]. Quality of Family Relationships
[3]. Frustration
[4]. Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

خانوادگی و احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که به‌صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی نوجوانان دختر مقطع متوسطهٔ دوم شهرستان بابلسر در سال تحصیلی ۹۷ـ۹۶ بودند. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۶ نوجوان دختر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه گواه) بودند (توضیح اینکه حداقل نمونه، در تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (۱۱)، محقق برای افزایش اعتبار بیرونی برای هر زیر گروه، ۱۸ نفر را انتخاب کرده است.) که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از میان کسانی انتخاب شدند که واجد شرایط بودند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) جایگزین شدند. روش گردآوری اطلاعات بدین‌صورت بود که ابتدا پرسشنامهٔ رفتارهای پرخطر بر روی سیصد نوجوان دختر از سه مدرسهٔ مختلف، اجرا شد و سپس از میان چهل نوجوانی که در غربالگری نمرهٔ بیشتر از پنجاه درصد را در پرسشنامهٔ رفتارهای پرخطر کسب کرده بودند، ۳۶ نوجوان دختر واجد شرایط و داوطلب به‌صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رفتارهای پرخطر؛ نداشتن سابقهٔ روان‌پریشی، اختلال شخصیت و اختلالات روانی با تابلوی سایکوتیک؛ نداشتن سوءمصرف الکل، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان؛ مصرف دارو هم‌زمان با جلسات درمانی؛ دختربودن نوجوان و علاقه‌مندبودن به شرکت در جلسات درمانی. ملاک خروج از مطالعه نیز غیبت بیش از دو جلسهٔ آموزشی در نظر گرفته شد.

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف‌معیار و برای بررسی نرمال‌بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همچنین به‌منظور بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و باکس و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از واریانس چندمتغیری (MANCOVA) و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ استفاده شد. لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از روش تجزیه‌وتحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شدند و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

محرمانه‌ماندن اطلاعات خصوصی تمامی شرکت‌کنندگان و جلب رضایت آنان برای شرکت در پژوهش از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

ـ پرسشنامهٔ خطرپذیری نوجوانان ایرانی[1] (۱۳۸۷) (IARS): این پرسشنامه با کمک ابزارهای معتبر و مطرح در حوزهٔ نوجوانان، همچون پرسشنامهٔ خطرپذیری نوجوانان[2] و در نظرگرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی جامعهٔ ایران، به‌عنوان مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، توسط زاده محمد و احمدآبادی (۱۲)، در سال ۱۳۸۷ ساخته شد. هدف این پرسشنامه، سنجش رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی است. این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان، در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر (خشونت، سیگارکشیدن، مصرف موادمخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف) است که پاسخ‌گویان موافقت یا مخالفت را با این گویه‌ها در مقیاسی پنج گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱)، بیان می‌کنند. دامنهٔ نمرات، از ۳۸ تا ۱۹۰ است. آلفای کرونباخ پرسشنامه، در تحقیق زاده محمدی و همکاران هنجاریابی شده و میزان آلفای کرونباخ برای رانندگی خطرناک ۰/۷۴، سیگار ۰/۹۳، موادمخدر و روان‌گردان ۰/۹۰، خشونت ۰/۷۸، الکل ۰/۹۰، دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳ و رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۲).

ـ پرسشنامهٔ احساس ناکامی[3] گیلبرت و الن (۱۹۹۸): این پرسشنامه، توسط گیلبرت و آلن (۵) در سال ۱۹۹۸ ساخته شد. این پرسشنامه با ۱۶ آیتم، احساس شکست را با نمره‌ای که به معنای احساس شکست در مبارزه و ازدست‌رفتن جایگاه فرد است، اندازه‌گیری می‌کند. هدف این پرسشنامه سنجش احساس ناکامی می‌باشد. هرکدام از سؤال‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «هرگز» تا «تقریبا همیشه» طراحی شده است. دامنهٔ نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد. ضریب آلفای این پرسشنامه، برای گروه دانش‌آموزان ۰/۹۴ و برای گروه افسرده ۰/۹۳ گزارش شده است (۵). این مقیاس در ایران دارای همسانی درونی بسیار زیادی است به‌گونه‌ای که در پژوهش ترصفی، کلانتر کوشه و لستر (۱۳) ضرایب آلفا برای گروه زنان ۰/۹۳ و برای مردان ۰/۹۳ گزارش شده است.

ـ پرسشنامهٔ سنجش عملکرد خانواده[4] ناتان بی اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳): یکی از ابزارهای بسیار معتبر برای سنجش عملکرد خانواده، تست سنجش خانوادگی مک مستر (FAD) است. این پرسشنامه، به همت ناتان بی اپشتاین، لارنس ام بالدوین و دوان اس بیشاب (۱۹۸۳) ساخته شد (۱۴). این ابزار شامل هفت مقیاس می‌باشد که شش بُعد خانوادگی مختلف و یک بُعد کلی خانوادگی را می‌سنجد. این ابزار برای سنجش عملکرد خانواده ساخته شده است. و نمره‌گذاری آن با طیف چهار درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً موافقم (۴)، تا کاملاً مخالفم (۱) مشخص می‌نماید. دامنهٔ نمرات این پرسشنامه از ۶۰ تا ۲۴۰ متغیر است. آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه ۰/۹۲ و همچنین برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه، از ۰/۵۳ تا ۰/۷۲ گزارش شده است (۱۴). در ایران این ابزار توسط زاده‌محمدی و ملک خسروی هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ کلی برای کل مقیاس‌ها ۰/۹۴ بوده است (۱۵).

روش مداخله: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از شیوه‌های درمانی موج سوم است. این روش درمانی شامل تجزیه‌وتحلیل رفتاری مشکلات بیماران است. در این درمان به شش مفهوم مهم که در ذهن‌آگاهی تأیید شده‌اند، توجه می‌شود که شامل پذیرش، مرتبط‌بودن به زمان حال، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود هستند. این درمان در هشت جلسهٔ یک و نیم‌ساعته، به‌صورت گروهی و هفته‌ای دوبار، در محل تحصیل دانش‌آموزان برگزار شد (۹).

[1]. Iranian Adolescents Risk-taking Scale
[2]. Adolescent Risk-Taking Questionnaire
[3]. Questionnaire Entrapment
[4]. Family Assessment Device

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

جدول ۱. خلاصهٔ برنامهٔ جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسهٔ اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی افراد با درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر و طرح کلی درمان.
جلسات دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT در شش مرحله، به‌صورت زیر: ۱) پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی. ۲) بر آگاهی روانی فرد، در لحظه حال افزوده می‌شود. ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد. ۴) تلاش می‌شود تا تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، کاهش یابد. ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد. ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه.
جلسات چهارم و پنجم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه، به افراد نحوهٔ پاسخگویی و مواجههٔ مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود.
جلسات ششم و هفتم	تمرین عملی آموخته‌ها، ارائهٔ بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

خلاصهٔ جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

۳ یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی میانگین سن و انحراف‌معیار نوجوانان دختر در گروه آزمایش ۰/۸۰±۱۶/۹۴ بود. همچنین ۱۱/۱ درصد (۲ نفر) اصلاً از زندگی راضی نبودند، ۲۷/۸ درصد (۵ نفر) کمی از زندگی راضی بودند و ۶۱/۱ درصد (۱۱نفر) خیلی راضی بودند. علاوه براین میانگین سن و انحراف‌معیار نوجوانان دختر در گروه گواه ۰/۸۳±۱۶/۸۸ بود. ۱۶/۷ (۳ نفر) اصلا از زندگی راضی نبودند، ۳۳/۳ درصد (۶ نفر) کمی از زندگی راضی بودند و ۵۰ درصد (۹ نفر) خیلی از زندگی راضی بودند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها		گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار p	مجذور اتای
			میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار		
احساس ناکامی	ناکامی درونی	آزمایش	۱۷/۵۵	۳/۷۲	۱۰/۶۱	۲/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
		گواه	۱۸/۱۱	۳/۴۶	۱۸/۰۵	۴/۱۳		
	ناکامی بیرونی	آزمایش	۲۵/۲۲	۷/۱۵	۱۶/۲۲	۴/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
		گواه	۳۲/۰۰	۵/۳۹	۳۰/۱۶	۷/۶۷		
کیفیت روابط خانوادگی	حل مشکل	آزمایش	۹/۰۵	۲/۴۱	۱۵/۸۳	۴/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
		گواه	۹/۱۶	۲/۲۵	۱۰/۰۰	۲/۱۹		
	روابط	آزمایش	۱۰/۹۴	۲/۳۳	۱۷/۹۴	۲/۶۲	۰/۰۰۶	۰/۵۴۲
		گواه	۱۰/۳۸	۲/۶۵	۱۱/۱۶	۳/۲۰		
	نقش‌ها	آزمایش	۱۵/۷۲	۳/۶۹	۲۰/۹۴	۵/۵۴	۰/۰۱۸	۰/۲۱۵
		گواه	۱۴/۱۱	۲/۸۶	۱۵/۶۱	۴/۱۰		
	واکنش‌های عاطفی	آزمایش	۱۰/۷۲	۲/۶۳	۱۸/۳۸	۲/۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
		گواه	۱۱/۶۱	۳/۴۱	۱۱/۱۶	۲/۴۵		
	آمیزش عاطفی	آزمایش	۱۲/۱۶	۲/۴۵	۱۸/۰۰	۳/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
		گواه	۱۱/۱۱	۲/۶۵	۱۱/۶۶	۲/۴۷		
	کنترل رفتار	آزمایش	۱۴/۵۵	۲/۸۵	۲۶/۱۱	۴/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
		گواه	۱۴/۵۵	۲/۶۱	۱۵/۶۶	۲/۷۲		
	کارکرد کلی	آزمایش	۲۷/۰۵	۶/۷۲	۳۹/۳۳	۱۰/۹۰	۰/۰۰۲	۰/۳۲۰
		گواه	۲۴/۸۳	۶/۱۳	۲۱/۷۲	۵/۶۹		

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمامی مؤلفه‌ها، از جمله: احساس ناکامی (ناکامی درونی و ناکامی بیرونی) و کیفیت روابط خانوادگی (حل مشکل، روابط، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی) در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش، با یکدیگر متفاوتند.

برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای احساس ناکامی (ناکامی درونی و ناکامی بیرونی) و کیفیت روابط خانوادگی (حل مشکل، روابط، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی) در نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد و مقدار احتمال با توجه به مقادیر احتمال به‌دست‌آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، نرمالیتی توزیع متغیرها رد نشد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و باکس استفاده شد که مقدار احتمال به‌دست‌آمدهٔ هریک

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

از متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بود (p>۰/۰۵) که شرط انجام تحلیل واریانس چندمتغیری آزمون لاندای ویلکز بود. نتایج این آزمون نشان داد که اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد حداقل بر یکی از متغیرها معنادار است (p<۰/۰۰۱، ۰/۱۳۴=لاندای ویلکز)؛ بنابراین از تجزیه‌وتحلیل واریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.
نتایج تحلیل نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌های مطالعه‌شده با توان آماری بالا بین مؤلفه‌های متغیرهای احساس ناکامی و کیفیت روابط خانوادگی وجود داشت. بنابرین با توجه به میانگین و انحراف‌معیار در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مقدار احتمال و مجذور اتای متغیرهای پژوهش شده، می‌توان گفت که اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش احساس ناکامی (p<۰/۰۰۱) و افزایش کیفیت روابط خانوادگی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر (p<۰/۰۰۱) همراه بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت روابط خانوادگی و احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر بود. براساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفهٔ کیفیت روابط خانوادگی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، اثربخش بود. این یافته، با نتایج اونگ و همکاران (۱۶) و برغندان و همکاران (۱۷) همسو می‌باشد. می‌توان چنین استنباط کرد که خانواده اولین و مهمترین پایگاه امنی است که فرزندان در آن آموزش می‌بینند؛ مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی را کسب می‌کنند و به‌طور کلی خانه و خانواده هم می‌تواند پایگاه امن فرزندان باشد و هم می‌تواند محیط ناامن و مروج فساد و رفتارهای پرخطر و... باشد (۴). حمایت والدین یا غفلت آنان از فرزندان در کسب سلامت و نحوهٔ کیفیت روابط خانوادگی و در نهایت کیفیت زندگی فرزندان تأثیر دارد. دورشدن از محبت والدین، برآورده‌نشدن نیازهای مختلف دوره‌های رشد و برطرف‌نشدن نیازهای روان‌شناختی، همچون نیاز به تعلق، تحسین و محبت، سبب شیوع بحران‌ها و آسیب‌های روانی و نابهنجاری اجتماعی و بروز رفتارهای پرخطر و انواع بزهکاری در بین نوجوانان می‌شود (۳). درمان‌های متعددی برای بهبود مشکلات رفتاری نوجوانان شکل گرفته است؛ از جمله رویکردهای بسیار موفق، درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در این درمان سعی می‌شود تا به جای تغیر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش اصلاح شده و افزایش یابد. همان‌طور که ذکر شد، در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود الگوهای کارکرد خانواده، مانند حل مشکل، روابط، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی شود. به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌خوبی توانسته است نگرش‌ها و درک فرد را در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی مهار کند (۷). اساس و بنیاد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این است که رنج‌ها و دردهای روان‌شناختی به‌وسیلهٔ اجتناب‌کردن از مواجههٔ واقعی یا خیالی، همجوشی شناختی و شکست در برآورده‌کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ‌نشدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود (۱۶). به نظر می‌رسد تغییرات درمانی در این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به افراد آموخته می‌شود. در این درمان به افراد می‌آموزیم تا حوادث گذشته را بپذیرند و به‌دلیل بی‌نتیجه‌بودن کنترل و اجتناب، از آن‌ها پرهیز نماید؛ لذا مادامی‌که اعضای خانواده سعی کنند حوادث گذشته را فراموش کنند؛ یکدیگر را قضاوت نکنند؛ در حال زندگی کنند؛ به معنای زندگی فکر کنند و ارزش‌های والای زندگی را در نظر بگیرند، این خود سبب می‌شود تا روابط همدلانه در بین آنان افزایش یابد و نوجوان بیشتر اوقاتش را در خانواده بگذراند؛ نه بیرون از خانواده و در نهایت کم‌تر در معرض رفتارهای مخرب قرار گیرد.
همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش احساس ناکامی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر شده است که این یافته با نتایج عباسی و همکاران (۷) همسو است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بلاتکلیفی و احساس ناکامی با مشکلات روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر و هیجان‌های ترس‌آور مرتبط می‌باشد (۱۸). ایلنبرگ و همکاران (۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلهٔ ACT با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال، علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین استنباط کرد که کودک و نوجوان در خلأ رشد نمی‌کند بلکه در ابتدا در بافت خانواده و سپس جامعه، این رشد صورت می‌گیرد. آن‌ها در این بافت تحت‌تأثیر تربیت والدین و کیفیت ارتباط با والدین و اعضای خانواده رشد می‌کنند؛ بنابراین نوجوانانی که در خانواده، سلامت روان و امنیت روان‌شناختی مطلوب را دریافت کرده باشند و در عین حال استقلال و امنیت خاطر را نیز دریافت کرده باشند، در مواقع استرس‌زا و هنگام عصبانیت و برخورد با موانع از بروز رفتارهای غیرمنطقی، ناسالم و پرخطر خودداری کرده و هنگام مواجه با شرایط مذکور سازگاری بالایی دارند؛ اما بالعکس افرادی که در خانواده‌های دارای تنش بالا و کیفیت نامطلوب خانوادگی بزرگ می‌شوند، هنگام مواجه با شرایط استرس‌زا سازگاری پایینی دارند و در نتیجه، به رفتارهای پرخطر رو می‌آورند؛ ماحصل این رفتار احساس ناکامی در ارتباط با دیگران و جامعه می‌باشد. ناکامی احساسی است که در نتیجهٔ ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد، پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد؛ یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به هدف، دلخوش است و لذت‌های آن‌را پیش‌بینی کند یا ممکن است در رفتار ظاهری تجلی یابد. ناکامی و دیگر اشکال عواطف منفی به‌عنوان مثال غم، افسردگی و تحریک‌پذیری به‌عنوان زمینه‌ساز مشترک برای خشم و پرخاشگری مشاهده شده است (۱۹). به‌عبارت‌دیگر احساس ناکامی و شکست در برقراری ارتباط سالم با دیگران، سبب می‌شود که فرد به این نتیجه برسد که دیگر نمی‌تواند با دیگران به شیوهٔ مطلوب ارتباط برقرار کند و رو به رفتارهای پرخطر بیاورد. ماحصل این تفکر، درگیری با دور تسلسلی باطل و نهادینه‌شدن سبک رفتارهای پرخطر در فرد می‌باشد. اونگ و همکاران (۱۶) در پژوهشی دریافتند که ترک تحصیل بعضی از دانش‌آموزان به‌دلیل احساس شکست و ناکامی می‌باشد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند جهت جلوگیری از ترک تحصیل دانش‌آموزان، درمان مؤثری باشد. به نظر می‌رسد تلاش‌های ناموفق ما برای غلبه‌یافتن یا

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

جلوگیری از درد و رنج، منجر به ناراحتی بسیار عمیق‌تری می‌شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل‌کردن روابط‌مان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (۲۰)؛ بنابراین عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از زندگی مطلوب است. تمام تلاش مشاور در رشد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش، آن است که به مراجعان کمک کند تا شیوهٔ زندگی‌کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند. بنابراین ماحصل این فرایند، برقراری ارتباط سالم میان تفکر و احساس فرد است که به نظر می‌رسد، به نوبهٔ خود سبب احساس ارزشمندی و خودکارآمدی فرد می‌شود (۱۶). از محدودیت‌های پژوهش مختص‌بودن نمونه، به شهر بابلسر اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها، با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین این پژوهش فقط بر روی نوجوانان دختر انجام شده است که در تعمیم نتایج به پسران می‌بایست احتیاط کرد. فقدان استفاده از مصاحبه به‌منظور تشخیص، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه ساخت.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش پذیرش و تعهد، سبب افزایش کیفیت روابط خانوادگی و کاهش احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر می‌شود.

۶ بیانیه

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشجو خانم لیلا عرب از مؤسسهٔ آموزش عالی ادیب مازندران است. محرمانه‌ماندن اطلاعات خصوصی تمامی شرکت‌کنندگان و جلب رضایت آنان برای شرکت در پژوهش از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در رابطه با یافته‌های مطالعهٔ حاضر وجود ندارد.

References

1. Baskin-Sommers A, Sommers I. The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. J Adolesc Health. 2006;38(5):609–11. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.07.010
2. Carr-Gregg MRC, Enderby KC, Grover SR. Risk-taking behaviour of young women in Australia: screening for health-risk behaviours. Med J Aust. 2003;178(12):601–4.
3. Mousavi–Lotfi M, Akbari V, Safavi M. Why emotional intelligence. Qom: Qom University of Medical Sciences, Fanoos Andishe Pub; 2009. [Persian]
4. Peres CA, Rutherford G, Borges G, Galano E, Hudes ES, Hearst N. Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brazil. J Adolesc Health. 2008;42(2):177–83. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.007
5. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. Psychol Med. 1998;28(3):585–98. doi: 10.1017/s0033291798006710
6. Berkowitz L. A cognitive-neoassociation theory of aggression. In: Handbook of theories of social psychology, Vol 2. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2012. pp: 99–117. doi: 10.4135/9781446249222.n31
7. Abbasi H, Karimi B, Jafari D. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on frustration tolerance and dysfunctional attitudes of mothers of students with intellectual disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2017;6(24):81–108. [Persian] doi: 10.22054/jpe.2017.20384.1522
8. Hayes SC, Strosahl K. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York; London: Springer; 2011.
9. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - republished article. Behav Ther. 2016;47(6):869–85. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.006
10. Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety--results from a pilot study. J Anxiety Disord. 2013;27(5):461–8. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.06.001
11. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: an introduction. Boston: Pearson/Allyn & Bacon; 2007.
12. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(3):218–25. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1417-en.pdf
13. Tarsafi M, Kalantar Kousheh SM, Lester D. Exploratory factor analysis of the defeat scale and its relationship with depression and hopelessness among Iranian university students. Clinical Psychology Studies. 2015;5(19):81–98. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_1498_f05832428a8321066c07fe16d40fd65c.pdf?lang=en
14. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983;9(2):171–80. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]

15. Zadehmohammadi A, Malek Khosravi G. The preliminary study of psychometric and reliability of family assessment device. Journal of Family Research. 2006;2(5):69–89. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_94896_9c916402e064bee9f993163aa4649a66.pdf
16. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. Behav Res Ther. 2018;104:14–33. doi: 10.1016/j.brat.2018.02.004
17. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varast A. Effect of compassion therapy on adjustment and happiness of students with high-risk behaviors. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018;5(2):142–53. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-302-en.pdf
18. Karsazi H, Nasiri M, Osfouri M, Mahmood Alilou M. Prediction of cyberchondria based on components of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty among students of Tabriz universities in 2015. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2016;18(4):46–56. [Persian] http://journal.skums.ac.ir/article-1-2667-en.pdf
19. Kurtz LR. Encyclopedia of violence, peace, & conflict. 2nd ed. Amsterdam ; London: Elsevier; 2008, pp:29–38.
20. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2019;156(4):935-945.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.030

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.122.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.116]