

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۹/۰۶

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۰۲

زهرا سلگی<sup>\*۱</sup>

وحید عطائی مغانلو<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** هر سال با افزایش چشمگیر بزهکاری نوجوانان در بسیاری از کشورها و ایران روبه‌رو هستیم که پیامدهای روان‌شناختی منفی برای این قشر به دنبال دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت انجام شده است.

**روش:** روش پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان پسر ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تبریز در سال ۹۶ بود. تعداد ۳۰ نوجوان به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت مداخله ۸ جلسه‌ای در مدت ۲ ماه اجرا گردید. و پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی A، شادکامی آکسفورد و احساس تنهایی آشر قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نمرات میانگین پس‌آزمون دو گروه در مؤلفه‌های الگوی رفتاری تیپ A (آزمایش، ۲۸/۹۳، کنترل، ۴۵)، شادکامی (آزمایش، ۶۸، کنترل، ۳۲/۷) و احساس تنهایی (آزمایش، ۴۶/۲، کنترل، ۵۳/۲) تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند میزان شادکامی را در میان نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت افزایش و میزان الگوی رفتاری تیپ A و احساس تنهایی را کاهش دهد، بنابراین می‌توان از این روش درمانی در کنار سایر مداخلات استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی، احساس تنهایی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: Email: Z\_solgi@pnu.ac.ir

۲. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد پارس‌آبادمغان، دانشگاه آزاد اسلامی، پارس‌آبادمغان، ایران.

## The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Type A Personality, Happiness and Loneliness in adolescents living in the Correctional and Rehabilitation Center

Zahra Solgi<sup>1\*</sup>

Vahid Ataie Moghanloo<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** Juvenile delinquency is increasing in many countries including Iran which has negative psychological consequences for this stratum. The aim of this study was to evaluate The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Type A Personality, Happiness and Loneliness in adolescents living in the Correctional and Rehabilitation Center.

**Method:** A quasi-experimental pretest-posttest study design was used to conduct this study. The population consisted of all adolescents of the boy living in Tabriz's correctional and rehabilitation center, during 2017. Based on acceptance and commitment therapy protocol an 8 session intervention was conducted over a period of 2 months and a Type A Personality, Oxford Happiness and Asher Loneliness Questionnaires was completed before and after the intervention in both groups. Descriptive statistics and MANCOVA using were used for data analysis in SPSS V.22.

**Results:** The results of the analysis showed that the average post-test scores of between two groups in the variables of Type A Personality (experimental, 28.93; control, 45), Happiness (experimental, 68; control, 32.7) and Loneliness (experimental, 46.2; control, 53.2) which the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Based on the positive effect of acceptance and commitment therapy on Type A Personality, Happiness and Loneliness in adolescents living in the Correctional and Rehabilitation Center, this method is recommended to be used alongside other interventions.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Type A Personality, Happiness, Loneliness.

---

<sup>1</sup>. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

\*Corresponding author: Z\_solgi@pnu.ac.ir

<sup>2</sup>. Young researchers and elite club, Parsabad moghan branch, Islamic Azad University, Parsabad moghan, Iran.

## مقدمه

نوجوانی حداثت‌سن کودکی و جوانی است. در این دوره به دلیل رخ دادن بلوغ، تغییرات و تحولات جسمی، روانی و اجتماعی پدید می‌آید، به نحوی که در پایان این دوره نوجوان هویت جنسی و اجتماعی پیدا می‌کند و برای پذیرش مسئولیت‌های فردی و اجتماعی آماده می‌شود. به خاطر تحولات دوران بلوغ و تغییر در ارزش‌ها و یافتن هویت‌ها در این دوران بزهکاری و سایر رفتارهای مخرب افزایش می‌یابد. نوجوانان اغلب به علت بلوغ هورمونی و شناختی و مواجه شدن با شبکه‌های اجتماعی وسیع‌تر، در تجربیات هیجانی و احساسی خود، افزایشی را احساس می‌کنند. عوامل متعددی از جمله تیپ‌های مختلف شخصیتی، انزوا و تنهایی، کمبود محبت، نظام خانوادگی آشفته و نداشتن احساس شادکامی در نوجوانان باعث شده است تا این گروه از خانواده‌ها فاصله بگیرند و به بزهکاری و رفتارهای پرخطرانه و هنجارشکنانه روی آورند (قمری‌گیوی، محبی و صادقی، ۱۳۹۳).

یکی از ویژگی‌هایی که در نوجوانان ساکن کانون‌های اصلاح و تربیت مشاهده می‌شود الگوی رفتاری تیپ شخصیتی A می‌باشد. افراد تیپ A با الگوهای رفتاری ویژه‌ای از قبیل تکلم سریع، رقابت‌جویی، بی‌حوصلگی، سخت‌کوشی، پرخاشگری، خشونت نابه‌جا، احساس کمبود وقت شدید و انجام هم‌زمان چندکار مشخص می‌شوند (لوهس، رورمن، ریچارد، باپ و فائو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). همچنین افرادی که گرایش به تیپ شخصیتی A دارند در مقایسه با افراد تیپ شخصیتی B از سلامت روان کمتری برخوردارند و نیز بیشتر به اضطراب، افسردگی و ناراحتی جسمی دچار می‌شوند (لوئین و مارتین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). یکی از مهم‌ترین و خطرناک‌ترین ویژگی‌های رفتار تیپ A، پرخاشگری خصمانه است. نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت به دلیل داشتن این ویژگی که هم‌زمان با پرخاشگری ناشی از بلوغ نیز هست، مستعد رفتارهای نابه‌نجار هستند و ضمن افت تحصیلی، در ورطه مصرف مواد و بزهکاری فرو می‌روند (مصطفی‌پور، فرخی و حسین‌ثابت، ۱۳۹۵).

از دیگر متغیرهایی که در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت به‌وضوح مشاهده می‌شود، میزان شادکامی اندک آن‌هاست. از نظر سلیگمن احساس شادکامی که یک پدیده هیجانی مثبت است برای انسان ضروری است و به زندگی او معنا می‌بخشد (آدیبه‌آگبو و اندویسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). پریشانی روانی، ناراحتی‌ها، غم، پرخاشگری، محرومیت‌ها و نظام خانوادگی آشفته از مهم‌ترین عوامل گرایش افراد به اعتیاد و رفتارهای تبهکارانه و ضداجتماعی است (فخری، بهار و امینی، ۱۳۹۶). در کنار این مسائل، این نوجوانان به دلیل هوش هیجانی پایین، از تشخیص درست احساسات خود

1. Lohse, Rohrmann, Richard, Bopp & Faeh
2. Loehlin & Martin
3. Adibe Agbo & Ndubisi

عاجزند و بنابراین ضمن مغلوب شدن در برابر مشکلات و تجربه‌های منفی، از شاد زیستن ناکام می‌مانند (سپهریان‌آذر، محمدی، بدل‌پور و نوروززاده، ۱۳۹۵).

متغیر دیگر بررسی شده احساس تنهایی است. احساس تنهایی، تجربه عاطفی ناخوشایند و پریشانی روحی مزمنی است که از تعارض‌های ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود (بهامین و کوروش‌نیا، ۱۳۹۶) و عاملی مؤثر هرچند مبهم، در بروز بسیاری از اختلالات و ناخوشی‌های بنیادین روانی است (سواری و منشداوی، ۱۳۹۵). این متغیر روان شناختی با مشکلات جسمانی و روان شناختی بسیاری همچون افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد، ناشاد زیستن و تیره‌روزی مرتبط است و تهدیدی برای سلامت روان، بهکامی و کارکرد روانی-اجتماعی فرد به‌شمار می‌آید (گلویتزر، ویلزینسکا و جایا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). میزان بالای احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون‌های اصلاح و تربیت به دلیل عدم دریافت عواطف و احساسات محبت‌آمیز از سوی خانواده‌هایشان بسیار محتمل است و همین مسئله سبب دوری آن‌ها از محیط خانوادگی و ارتکاب اعمال خلاف موازین اجتماعی شده است (شریفی، محمدامین‌زاده، سلیمانی‌صفت، سودمند و یونسی، ۱۳۹۶).

مطالعات نشان می‌دهند که مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند به میزان بسیار بالایی رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد، خودکشی، بزهکاری و علل زمینه‌ای آن مانند افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را در نوجوانان کاهش دهند (تریبک، کوپیر، وندرریچکن، اسپرویت، استاماس و هندریکس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ قمری‌گیوی، محبی و صادقی، ۱۳۹۳؛ احمدی، عسگری و توقیری، ۱۳۹۲).

یکی از درمان‌های مناسب برای گروه سنی نوجوانان- که در سال‌های اخیر معرفی شده- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (عطائی‌مغانلو، عطائی‌مغانلو و معززی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر مسائل روانی و اختلالات مختلف، رو به افزایش است. برای مثال کارآیی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، پسیکوزها، سوء مصرف و وابستگی به مواد، فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص است (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲؛ فلکسمن، بلکلج و بوند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱).

تجربه‌های هیجانی و سازه‌های ذهنی بر رفتار انسان‌ها از جمله رفتارهای ارتباطی تأثیرگذارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه راهکارهایی قصد دارد به افراد کمک کند، تأثیر این تجارب درونی و سازه‌های ذهنی را از رفتار و رابطه حذف کنند و سپس رفتار را در جهت ارزش‌ها و اهدافی تنظیم کنند که با دلبستگی، صمیمیت، حمایت، همفکری و توافق، رضایت و انسجام همراه باشد.

1. Gollwitzer, Wilczynska & Jaya
2. Ter Beek, Kuiper, Van der Rijken, Spruit, Stams & Hendriks
3. Ataie Moghanloo & Moazezi
4. Flaxman, Blackledge & Bond

هیز، پیستورلو و لوین<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند که این رویکرد در گستره وسیعی از مسائل کاربردی و حیطة‌های رشدی، تغییرات مثبتی را به همراه داشته است. با وجود این که طی دو دهه گذشته تلاش‌هایی در زمینه‌ی ابداع فنون مؤثر برای درمان اختلالات زندانیان و مهار رفتارهای بزهکارانه صورت گرفته است، هنوز هم شکاف عمیقی بین فعالیت‌های پژوهشی و اقدامات بالینی وجود دارد (رقیبی و ربانی، ۱۳۹۱). باید توجه داشت نوجوانی دوره‌ای حساس از رشد است و توجه ویژه به مسائل روان‌شناختی نوجوانان در این سن می‌باشد. با لحاظ قراردادن پیشینه تحقیقات گذشته مبنی بر اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مسائل روان‌شناختی که نوجوانان پسر با آن مواجه می‌شوند، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد، لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تبریز تأثیر دارد؟

## روش

پژوهش حاضر کاربردی و از طرح‌های نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان پسر ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تبریز در سال ۹۶ بود. پس از برگزاری پیش‌آزمون تعداد ۳۰ نفر از افرادی که بیشترین نمرات را در پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی A و احساس تنهایی و کمترین نمره را در پرسشنامه شادکامی کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به آزمودنی‌ها توضیحاتی در مورد طرح پژوهش داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. درمانگر قبل از انجام پژوهش، دوره آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را گذرانده بود. مداخله درمان تعهد و پذیرش برای اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و در ۸ هفته توسط پژوهشگر در یکی از اتاق‌های کانون انجام پذیرفت، در حالی که گروه کنترل چنین مداخله‌ای را دریافت نکرد. از افراد شرکت‌کننده در پژوهش قبل از شروع کار، رضایت‌نامه کتبی مبنی بر حضور اختیاری و با میل و اراده شخصی در جلسه درمان گرفته شد. پرسشنامه توسط پژوهشگر ضمن تشریح نحوه تکمیل در بین دو گروه یک جلسه قبل از شروع مداخلات یعنی مرحله پیش‌آزمون توزیع شد و پس از انجام مداخلات نیز دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش بیست و دوم صورت گرفت. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۲</sup> و برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده سطح  $P < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد و پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شد.

1. Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin  
2. Kolmogorov-Smirnov test

## ابزار پژوهش

**(الف) پرسشنامه تیپ شخصیتی A:** در این پژوهش برای ارزیابی تیپ شخصیتی A، پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای که در سال ۱۳۷۴ توسط نجاریان و همکاران برای جامعه ایرانی ساخت و اعتباریابی شده است، به کار رفت. این پرسشنامه دارای دو عامل تیپ شخصیتی A، سمی و غیرسمی است. ۱۶ ماده اول این پرسشنامه ( $T_{A1}$ ) بیشتر با جنبه مرضی و مضر تیپ شخصیتی A مثل پرخاشگری، بی‌حوصلگی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس پایین رابطه دارند. در حالی که ۸ ماده بعدی ( $T_{A2}$ ) عمدتاً با جنبه‌های غیرمرضی مثل گرایش به موفقیت و سخت‌کوشی مرتبط است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این آزمون براساس لیکرت (۰ برای هرگز تا ۳ برای اغلب اوقات) است. تنها سوالات شماره ۱۴ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (خدیوی، زرگر و داودی، ۱۳۹۱). روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی این ابزار نیز در پژوهش‌های انجام شده بین ۹۱-۸۰ درصد محاسبه شده است (سمالپور بابامحمدی، ۱۳۸۵؛ داودی، صفی‌خانی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸).

**(ب) پرسشنامه شادکامی آکسفورد:** این پرسش‌نامه که در اکثر پژوهش‌های انجام شده استفاده شده و در مقایسه با پرسشنامه افسردگی بک، پایایی بهتری دارد، در سال ۱۹۹۰ با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک توسط آرگایل<sup>۱</sup> ساخته شده است. پرسشنامه ۲۹ سوال دارد که براساس طیف چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود: کاملاً مخالف (۰)، مخالف (۱)، موافق (۲)، کاملاً موافق (۳). بنابراین هرچه نمره امتیازها بالاتر باشد، افراد شادتر خواهند بود. حداقل نمره هر آزمودنی ۰ و حداکثر ۸۷ می‌باشد (هیلز<sup>۲</sup> و آرگایل، ۲۰۰۲). روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی این ابزار نیز در پژوهش‌های انجام شده بین ۹۳-۸۷ درصد محاسبه شده است (آرگایل، مارتین و کراسلند<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹؛ علی‌پور و آگاه‌هریس، ۱۳۸۶).

**(ج) پرسشنامه احساس تنهایی آشر:** این مقیاس را آشر برای ارزیابی تنهایی و نارضایتی کودکان و نوجوانان ساخته است. پرسشنامه ۲۴ سوال دارد. ۸ ماده آن مربوط به سرگرمی‌ها و علایق فرد و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد و برای این منظور که فرد در انجام آزمون احساس راحتی، آرامش و آزادی بیشتر کند، آورده شده است. به ۱۶ ماده دیگر آن نمره تعلق می‌گیرد و دامنه آن بین ۱۶ تا ۸۰ است. براساس رتبه‌بندی لیکرت نمره‌گذاری شده است و هر عبارت بین ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد: اصلاً در مورد من درست نیست (۱)، کمی درست است (۲)، گاهی درست است (۳)، غالباً درست است (۴)، کاملاً درست است (خالدیان، حسن‌پور، خیرخواه و قلندری<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). پژوهشی که به‌وسیله تهیه‌کننده‌های مقیاس بر روی ۵۲۲ نفر بهنجار ۱۸ ساله انجام گرفت نشان داد که نمره‌های این مقیاس، همبستگی معناداری با نمره‌های ارزیابی همسالان شخص نسبت به وی و سایر روش‌های گروه‌سنجی داشت (آشر، هیمیل و

1 Argyle

2. Hills

3. Martin & Crossland

4. Khaledian, Hasanpour, Kheirkhah & Ghalandari

رشناو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴). روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی این ابزار نیز در پژوهش‌های انجام شده بین ۹۴-۸۱ درصد محاسبه شده است (آشر و همکاران، ۱۹۸۴؛ مویداقندی و قربان شیرودی، ۱۳۹۵).

طرح درمان ۸ جلسه‌ای برای درمان پیوسته آزمودنی‌ها که بر اساس کتابچه راهنمای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایفرت توسط پترسون و همکاران بسط و توسعه داده شده است، توسط استادان و متخصصین دانشگاهی در این حوزه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

### خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مدخلات	استراتژی	جلسه
معرفی تمرکز تمرینات، جلسه طرح‌ریزی برنامه‌ها، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی	گرفتن جزئیات از آزمودنی‌ها، معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مصاحبه فردی	جلسه اول: ارزیابی و جهت‌گیری درمان و ارزیابی‌های فردی
استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین پذیرش افکار و احساسات	بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب آزمودنی‌ها، توسعه ناامیدی خلاق، معرفی پذیرش و تمرکز حواس	جلسه دوم: ارزیابی هزینه‌های ناامیدی خلاق، تمرکز حواس و پذیرش
تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای نوجوانان، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسالان	جلسه سوم: همجوشی شناختی، مشاهده افکار
تمرین چه چیزی در زندگی/روابط، در حال حاضر می‌خواهم، تمرین نوشتن روی قبر	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های روابط انسانی و زندگی.	جلسه چهارم: انتخاب جهت ارزش‌ها
کاربرگ عمل متعهد، بازیابی تمرین راننده اتوبوس	بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به مراجعان برای حرکت با موانع	جلسه پنجم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود
کاربرگ عمل متعهد، کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج	معرفی تمایل، طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن نوجوانان در خود به عنوان زمینه روابط انسانی	جلسه ششم: ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در روابط، خود به-عنوان زمینه در این رابطه
کاربرگ اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	جلسه هفتم: پذیرش و اقدام متعهد
تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه	بازبینی ارزش‌های زندگی و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	جلسه هشتم: کار در جهت پایان

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین سن نوجوانان در گروه آزمون، ۱۳/۷ و در گروه کنترل ۱۴/۴ سال بود. از نظر سطح تحصیلات بیشترین میزان فراوانی در هر دو گروه، مربوط به مقطع ابتدایی بود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار تیپ رفتاری A، شادکامی و احساس تنهایی در مراحل پیش-آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تیپ رفتاری A	گروه آزمایش	پیش آزمون	۴۵/۰۶	۳/۳۴	۳۹	۵۰	
		پس آزمون	۲۸/۹۳	۳/۲۸	۲۲	۳۴	
	گروه کنترل	پیش آزمون	۴۴/۵۳	۴/۰۶	۳۹	۵۱	
		پس آزمون	۴۵	۳/۳۳	۳۹	۵۰	
شادکامی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۳/۱	۸/۶	۲۵	۴۵	
		پس آزمون	۶۸	۷/۵	۴۹	۷۶	
	گروه کنترل	پیش آزمون	۳۰/۳	۷/۱	۲۴	۴۲	
		پس آزمون	۳۲/۷	۸/۶۵	۲۷	۴۸	
احساس تنهایی	گروه آزمایش	پیش آزمون	۶۱/۷۳	۱۱/۹۴	۵۲	۶۷	
		پس آزمون	۴۶/۲	۹/۴۴	۴۳	۵۶	
	گروه کنترل	پیش آزمون	۴۹/۴	۱۲/۸	۴۱	۵۵	
		پس آزمون	۵۳/۲	۱۴/۸۱	۴۷	۵۹	

به منظور استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کواریانس شامل آزمون همگنی واریانس و نیز بررسی نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش انجام شد که نتایج حاکی از آن بود که پیش فرض تساوی واریانس‌ها در تمام متغیرها برقرار بوده و همچنین از نرمال بودن داده‌ها پشتیبانی می‌کند. جدول ۲، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها (تیپ رفتاری A، شادکامی و احساس تنهایی) را نشان می‌دهد.

جدول ۲- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها (تیپ رفتاری A،

شادکامی و احساس تنهایی)

متغیرها	تعداد	آزمون کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
تیپ رفتاری A	۳۰	۱/۱۷	۰/۱۱۲
شادکامی	۳۰	۱/۲۶	۰/۰۷۱
احساس تنهایی	۳۰	۱/۰۲	۰/۱۷۴



با توجه به اینکه سطح معناداری بالاتر از  $0/05$  است پس تمام داده‌ها نرمال هستند و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد.

بنابراین با توجه به نتایج فوق از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری را بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد.

### جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تیپ

#### A، شادکامی و احساس تنهایی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	سطح معناداری
اثر پیلائی	۰/۸۹	۹۹/۷۶	۲	۲۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۹۹/۷۶	۲	۲۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۷/۹۸	۹۹/۷۶	۲	۲۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌ی روی	۷/۹۸	۹۹/۷۶	۲	۲۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P < 0.01$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیرهای تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی نشان می‌دهد.

### جدول ۴. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای

#### تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
تیپ رفتاری A	۱۹۱۲/۰۲	۱	۱۹۱۲/۰۹	۱۶۵/۶۱	۰/۰۰۰۱
شادکامی	۶۰۱۵/۱۴	۱	۶۰۱۵/۱۴	۸۷/۵۶	۰/۰۰۰۱
احساس تنهایی	۷۳۲/۴	۱	۷۳۲/۴	۱۰/۱۰۳	۰/۰۰۴

با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه در مورد متغیرهای وابسته پژوهش معنادار شده است. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت تأثیر معناداری دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت بود. همان‌طور که در بخش

یافته‌ها مشاهده شد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت مؤثر بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A با نتایج تحقیقات سیانتوری، کلیات و واردانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) و کنعانی، هادی و طیبی نائینی (۱۳۹۳) همخوانی دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A نوجوانان تأثیر معناداری داشت. پژوهش سیانتوری و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند سبب کاهش اضطراب و اضطراب (به عنوان مؤلفه‌ی اصلی الگوی رفتاری تیپ A) در بیماران مبتلا به سکنه مغزی گردد. نتایج بعضی تحقیقات نشان داده است که رفتار نوع A افراد، امکان دارد تا حدی نتیجه‌ی پاسخ‌های فیزیولوژیکی آنان به استرس باشد. بنابراین با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نوجوانان می‌توان به کاهش میزان استرس و تغییر و یا تعدیل الگوی رفتاری در آن‌ها کمک کرد (تورستون، هال، تیمرمن و امریک، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به افراد دارای الگوی رفتاری تیپ A کمک می‌کند تا شرایط اضطراب را بیشتر بپذیرند و به دلیل بی‌نتیجه بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به اضطراب و استرس گذر زمان، از این کنترل و اجتناب پرهیز و به جای آن، ارزش‌های زندگی خود را مشخص کنند و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف شده، سازمان‌دهی کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی نوجوانان تأثیر معناداری داشت. یافته‌های این پژوهش در رابطه با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی با نتایج تحقیقات توهیگ و لوین<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) و گرگور، لاجانس، بوفارد و دیون<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین این رخداد می‌توان گفت، از آنجا که در پایین بودن میزان شادکامی و ایجاد افسردگی، دریافت‌های شناختی تحریف شده، نقش عمده‌ای در پدیداری آن دارند، مداخله فوق به نوجوانان آموخت تغییر کارکرد افکار و احساسات را به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها بپذیرند. همچنین اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان است به گونه‌ای واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های غیرمنطقی کاهش یابد. در نهایت هدف این درمان، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است که این مسأله تأثیر مطلوب و مثبتی را در افزایش شادکامی ایفا می‌کند.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تبریز گردید. یافته‌های این پژوهش در رابطه با تأثیر درمان مبتنی بر

1. Sianturi, Keliat & Wardani

2. Twhig & Levin

3. Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, Th., & Dionne

پذیرش و تعهد بر شادکامی با نتایج تحقیقات هالیورتون و کوپر<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) و تورستون، هال، تیمرمن و امریک<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) همخوانی دارد.

در همین راستا سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این درمان به مراجعان درگیر اختلالات روان‌شناختی کمک می‌کند تا آنان اهداف عالی‌تری را در زندگی خود تعریف کنند و انرژی خود را صرف فعالیت‌هایی هدفمند چون کار، ورزش، فعالیت‌های هنری و اجتماعی و سایر فعالیت‌ها نمایند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است که در نهایت می‌تواند سبب توسعه روابط بیرونی فرد شود و وی را از احساس تنهایی برهاند.

با وجود نوظهور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های دیگر، ادبیات محدود این رویکرد نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند در حوزه خانواده درمانی و مسائل مربوط به نوجوانان در محیط‌های خانوادگی مؤثر باشد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ویژگی‌های الگوی رفتاری تیپ A و احساس تنهایی را در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت کاهش و شادکامی را در این نوجوانان افزایش دهد. نمونه پژوهش محدود به جامعه خاص ساکن کانون اصلاح و تربیت بود و قابل تعمیم به دیگر جوامع نیست. در کل با توجه به نتایج پژوهش و مؤثر واقع بودن درمان بر متغیرهای وابسته پژوهش، درمانگران و مشاوران تربیتی می‌توانند برای حل مسائل مرتبط با نوجوانان از این درمان استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیرات این پژوهش بر روی جوامع دیگر نظیر دانشجویان، دختران ساکن کانون‌های اصلاح و تربیت و غیره نیز سنجیده شود.

این مقاله برگرفته از کار تحقیقاتی است که پژوهشگر با هزینه شخصی به انجام رسانده است. بدین وسیله نویسنده مراتب سپاس خود را از مدیر، کارکنان و نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت شهر تبریز که در انجام پژوهش همکاری لازم را مبذول داشتند، اعلام می‌نماید.

## منابع

- احمدی طهورسلطانی، محسن؛ عسگری، محمد؛ توقیری، امینه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، ص: ۱۶۱-۱۴۹.

---

1. Halliburton & Cooper  
2. Thurstone, Hull, Timmerman & Emrick

- بهامین، معصومه؛ کوروش‌نیا، مریم (۱۳۹۶). رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سازگاری اجتماعی به واسطه احساس تنهایی در نوجوانان. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، دوره ۸، شماره ۲۹، ص: ۲۶۸-۲۵۳.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ و عطاری، عباس (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. دوره ۱۱، شماره ۲، ص: ۱۲۸-۱۲۱.
- خدیوی، میثم، زرگر، یداله، و داودی، ایران. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر الگوی رفتاری تیپ A و استرس شغلی در کارکنان یک شرکت صنعتی. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، دوره ۴، شماره ۱، صفحات ۱۹۸-۱۷۵.
- داودی، ایران؛ صفی‌خانی، آرامه؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). بررسی سیستم‌های مغزی-رفتاری به عنوان پیش‌بین‌های تیپ‌های شخصیتی A، C و D. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، دوره ۴، شماره ۱۶، ص: ۸۷-۱۱۲.
- رقیبی، مهوش؛ ربانی، مرجان (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های خوش‌بینی بر هوش هیجانی پسران کانون اصلاح و تربیت شهر کرمان. مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی، دوره ۹، شماره ۱۵، ص: ۱۲۴-۱۰۸.
- سپهریان آذر، فیروزه؛ جوکار، لیلا (۱۳۹۱). ارتباط اعتیاد به اینترنت با اضطراب در تیپ‌های شخصیتی نوع A و B. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال دوم، شماره دوم، ص: ۳۰-۱۷.
- سپهریان آذر، فیروزه؛ محمدی، نسیم؛ بدلیپور، زینب؛ نوروززاده، وحید (۱۳۹۵). رابطه امیدواری و شادکامی با رضایت زناشویی. مجله سلامت و مراقبت، دوره ۱۸ شماره ۱، ص: ۳۷-۴۴.
- سمالیپور بابامحمدی، مریم (۱۳۸۵). رابطه فشارزاهای شغلی با تیپ شخصیتی الف (سمی و غیرسمی) و رضایت شغلی در بین کارکنان شهرداری اهواز. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- سواری، کریم؛ منشداوی، سمیه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی در کاهش اعتیاد به اینترنت، احساس تنهایی و افزایش خودکارآمدی. مطالعات روان‌شناسی بالینی، دوره ۶ شماره ۲۲، ص: ۱۷-۱.
- شریفی، مهدی؛ محمد امین‌زاده، دانا؛ سلیمانی صفت، عرفان؛ سودمند، نسرین؛ یونسی، سیدجلال (۱۳۹۶). ارتباط بین تفکر قطعی‌نگر با احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان. مجله سالمندی ایران، دوره ۱۲، شماره ۳، ص: ۲۸۷-۲۷۶.
- علی‌پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، دوره ۳، شماره ۱۲، ص: ۲۹۸-۲۸۷.

- فخری، محمدکاظم؛ بهار، عادل؛ امینی، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر شادکامی و کاهش قندخون در بیماران دیابتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۷، شماره ۱۵۱، ص: ۹۴-۱۰۴.
- قمری‌گیوی، حسین؛ محبی، زهرا؛ صادقی، مرتضی (۱۳۹۳). اثربخشی بخشش درمانی بر پرخاشگری و میزان بخشش در پسران نوجوان کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *مجله علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۳، شماره ۹۶، ص: ۱۶۸-۱۶۳.
- کنعانی، کبری؛ هادی، سمیرا؛ طیبی نائینی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب ناشی از سوانح رانندگی در استان اصفهان. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، دوره ۱، شماره ۲، ص: ۳۲-۲۲.
- مصطفی پور، وحید؛ فرخی، حسین؛ حسین ثابت، فریده (۱۳۹۵). رابطه صفات شخصیتی و تیپ A و B در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه نسیم تندرستی*، دوره ۵، شماره ۱، ص: ۴۷-۵۳.
- مویدقاعدی، طاهره؛ قربان شیرودی، شهره (۱۳۹۵). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی، و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، دوره سوم، شماره دوم، ص: ۶۲-۷۶.
- Adibe Agbo, A., & Ndubis Ngwu, Ch. (2017). Aversion to happiness and the experience of happiness: The moderating roles of personality. *Personality and Individual Differences*, 111(1), 227-231.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North-Holland: Elsevier.
- Asher, SR., Hymel, S., & Renshaw, PD. (1984). Loneliness in children. *Child development*, 1(13), 1456-1464.
- Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R., & Moazezi, M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(4), e2436.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. *New York*.
- Gollwitzer, A., Wilczynska, M., & Jaya, E. (2018). Targeting the link between loneliness and paranoia via an interventionist-causal model framework. *Psychiatry Research*, 263(1), 101-107.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, Th., & Dionne, F. (2018). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Promote Mental Health and School Engagement in University Students: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 49(3), 360-372.
- Halliburton, A., & Cooper, L. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11.

- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 90(7), 976-1002.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Khaledian, M., Hasanpour, S., Kheirkhah, Z., & Ghalandari, S. (2013). The Relationship between Attachment Lifestyle with Depression and Life Expectancy. *Indian Journal of Education and Information Management*, 2(2), 573-580.
- Loehlin, J., & Martin, N. (2018). Personality types: A twin study. *Personality and Individual Differences*, 122(1), 99-103.
- Lohse, T., Rohrmann, S., Richard, A., Bopp, M., & Faeh, D. (2017). Type A personality and mortality: Competitiveness but not speed is associated with increased risk. *Atherosclerosis*, 262(2), 19-24.
- Sianturi, R., Keliat, B., & Wardani, I. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermería Clínica*, 28(1), 94-97.
- Ter Beek, E., Kuiper, Ch., Van der Rijken, R., Spruit, A., Stams, G., & Hendriks, J. (2018). Treatment effect on psychosocial functioning of *juveniles* with harmful sexual behavior: A multilevel meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 39(1), 116-128.
- Thurstone, Ch., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, Ch. (2017). Development of a motivational interviewing / acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 375-379.
- Twohig, M., & Levin, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی