



مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت درمانی و اکت بر حمایت اجتماعی خانواده نوجوانان در دوران شیوع کرونا

چکیده

مقدمه: یکی از منابعی که به فرایند سازگاری نوجوانان با چالش‌های دوران بلوغ در شیوع کرونا و پسا کرونا کمک می‌کند حمایت اجتماعی خانواده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت درمانی و اکت بر حمایت اجتماعی خانواده نوجوانان در دوران شیوع کرونا انجام شد. **روش کار:** این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۲۰ نفر از نوجوانان دختر متوسطه دوم شهر بجنورد در سال ۱۳۹۹ بود که داوطلب شرکت در پژوهش بودند. ۴۵ نفر از افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس حمایت اجتماعی خانواده یک انحراف معیار کمتر از میانگین بود صورت نمونه‌گیری هدفمند و معیارهای ورود انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه آموزش واقعیت درمانی، آموزش ماتریکس مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات آموزشی را دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی ندیدند. ابزار پژوهش مقیاس ادراک حمایت اجتماعی خانواده^۱ بود و روایی صوری و پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ارزیابی شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس باندازه گیری های مکرر با نرم افزار تحلیل آماری اس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد با توجه به F محاسبه شده که نسبت به F معیار در سطح ۰/۰۵ ، کوچک تر بود بین دو گروه آموزش واقعیت درمانی و آموزش اکت با گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$) و آموزش‌های هر دو گروه مداخله موجب افزایش حمایت اجتماعی خانواده شد ولی بین دو گروه آموزش واقعیت درمانی و آموزش اکت از نظر آماری تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج حاکی از آن است که هر دو رویکرد در افزایش حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان موثر است. لذا بکارگیری از مداخلات آموزشی این دو رویکرد در افزایش حمایت اجتماعی خانواده در دوران شیوع کرونا برای مشاوران مدارس و مراکز مشاوره می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود سلامت روان نوجوانان در جامعه منجر شود.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، ماتریکس، اکت، حمایت اجتماعی خانواده

¹ Perceived Social Support – Family Scale (PSS-Fa)



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

مقدمه

فراگیر شدن ویروس کرونا در سراسر جهان بحران‌های شدیدی را بدنبال داشته است. با شیوع این ویروس و قرنطینه‌های اجباری ناشی از آن در حوزه‌های اجتماعی، فرهنگی، سلامت، اقتصادی و معیشتی چالش‌های متعددی ایجاد کرده است (Anser et al, 2020). کرونا بر همه اقشار جامعه تاثیرگذار بوده است اما در این میان نوجوانان از جمله گروه‌هایی هستند که آسیب پذیری بیشتری در مواجهه با آن داشته‌اند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که در ایام قرنطینه کرونا مشکلات روانی و تعارضات خانواده‌ها با فرزندان نوجوانان افزایش داشته است (کازمی و صادقی، ۱۳۹۹). نوجوانی مرحله‌ای گذار و سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد نوجوان در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد به همین دلیل مرحله‌ای مهم تلقی می‌شود. آمارها نشان می‌دهد یک پنجم جمعیت جهان را افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله تشکیل می‌دهد که ۸۵٪ آنان در کشورهای درحال توسعه از جمله ایران هستند (شاه‌حسینی، سیمبر و رمضانخانی، ۱۳۹۲). داشتن شبکه‌ای حمایتی از خانواده که نوجوان بتواند در مواقع نیاز به آن متوسل شود، در نحوه سازگاری با چالش‌های نوجوانی و سلامت روان نقش مهمی ایفا می‌کند (Savolainen, Sirola, 2019). تحقیقات نشان می‌دهد نوجوانانی که به طور کافی حمایت والدین را دریافت می‌کنند کمتر تمایل دارند جذب گروه همسالان ناهنجار گردند (Savolainen, Sirola, Kaakinen & Oksanen, 2019). شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد، بسیاری از مشکلات رفتاری نوجوانان نمایانگر اختلالاتی هستند که در روابط بین والدین و نوجوان بوجود می‌آید (Hou, et al, 2020). والدین در تلاش برای کنترل نوجوان قواعد و محدودیت‌های بیشتری را اعمال می‌کنند؛ در حالی که این رفتار با نیاز به استقلال نوجوان در تعارض است و مشکلات ارتباطی آن‌ها را تقویت می‌کند، چرا که نوجوان احساس می‌کند حمایت کمتری از خانواده دریافت می‌کند و لذا بیشتر احتمال دارد جذب گروه همسالان ناسالم شود و در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار گیرد.

صاحب‌نظران معتقدند حمایت اجتماعی یکی از منابعی است که به فرایند سازگاری نوجوان با دوران بلوغ کمک می‌کند (Chen, Liu, Luo & Ren, 2020). (Cobb, 1976) در تعریف حمایت اجتماعی آن را آگاهی فرد مطرح کرد، آگاهی از این که مورد مراقبت و دوست داشتن قرار دارد و دارای ارزش و اعتبار و احترامی دوطرفه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد دسترسی نوجوان به شبکه‌ای از افراد و منابع حمایتی به عنوان یکی از عوامل حفاظت کننده فرد در برابر آسیب‌های روانی همچون افسردگی (Dingfelder, Jaffee & Mandell, 2010)، خودکشی و رفتارهای خودآسیب رسان (ربیعی و گرجی، ۱۳۹۹) و آسیب‌های اجتماعی همچون رفتارهای بزهکارانه و پرخطر (خان محمدی مجندهی، ۱۳۹۹)؛ (Savolainen, Sirola, Kaakinen & Oksanen, 2019) و منبعی برای افزایش سلامت روان و خودکارآمد نوجوان (Chen, Liu, 2020) است. حمایت اجتماعی خانواده به عنوان زیر مجموعه‌ای از حمایت اجتماعی، به معنای داشتن یک پایگاه ایمن در خانواده است که فرزندان در سراسر زندگی آن را منبع مهمی برای دریافت انواع حمایت (عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی) می‌دانند (Lisboa et al, 2021). خانواده به عنوان اولین و مهم‌ترین شبکه حمایتی است که بدلیل مطلوبیت، امنیت و در دسترس بودن بر بهزیستی و سلامت روان نوجوان بویژه در دوران بیماری همه‌گیر کوید ۱۹ اثرگذار است (O'Sullivan, 2021). امروزه به دلیل شیوع ویروس کرونا و قرنطینه‌های خانگی و محدودیت‌های ناشی از آن، سرعت تغییرات اجتماعی، در دسترس نبودن والدین، شاغل بودن غالب مادران، ساعات زیاد کار پدران، اختلاف سنی



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

والدین با فرزندان و غسل نسل‌ها، نوجوانان حمایت اجتماعی خانواده را به خوبی دریافت نمی‌کنند؛ از طرفی تنوع فراوان در اینترنت و شبکه‌های مجازی و عدم تعیین حد و مرز برای استفاده از موبایل و اینترنت باعث شده زمینه‌های آسیب برای نوجوانان بیشتر از گذشته نمود پیدا کند (کاظمی و صادقی، ۱۳۹۹، خان محمدی مجدهی، ۱۳۹۹؛ جهانبخش، ۱۳۹۵).

شبکه‌های حمایتی را می‌توان دایره‌های فرض کرد که فرد در مرکز آن قرار دارد و خانواده اولین دایره را شامل می‌شود که جزو میکرو سیستم در نظریه رشدی برونفن برنر (Bronfenbrenner, 1992) است. در این نظریه سیستم‌ها بر فرد تأثیر می‌گذارند و فرد نیز بر سیستم‌ها، فرد می‌تواند حمایت‌های اجتماعی را در هر لایه از سیستم‌ها دریافت کند اما نزدیک‌ترین دایره به فرد خانواده است. هرچه میزان دریافت حمایت از میکروسیستم خانواده بیشتر باشد فرد از سلامت روان و رشديافتگی بیشتری برخوردار خواهد بود (Eriksson, Ghazinour & Hammarström, 2018). نوجوان می‌تواند در زمینه‌های مختلف حمایت خانواده دریافت کند: ارائه اطلاعات مورد نیاز از محیط بیرون، تأمین منابع ایدئولوژی، تأمین محل استراحت و ایجاد آرامش، راهنمایی و کمک به حل مشکلات و ارائه راه‌حل‌های مختلف و مرجعی برای کنترل و نظارت (Cheng, 1998). یکی از نیازهای نوجوان در فرایند بلوغ رشد و پرورش هویت خود است. نوجوان از طریق تعامل با اطرافیان بویژه خانواده به توسعه و رشد هویت خود می‌پردازد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد رفتار والدین و میزان حمایت خانواده در شکل‌گیری هویت نوجوان اثرگذار است (Dingfelder, Jaffee & Mandell, 2010). نوجوان در دوره نوجوانی آسیب‌پذیرتر است و میل به خطر پذیری بیشتری دارد و بدلیل تغییر و تحولات جسمی و روانشناختی بلوغ بیشتر از سایر دوره‌های زندگی در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار دارد (Savolainen, Sirola, Kaakinen & Oksanen, 2019). به عقیده عثمانی، سلیمانی و زینالی (۱۳۹۹) فقدان حمایت اجتماعی خانواده نقش محوری در بسیاری از آسیب‌های اجتماعی دارد. پیامدهای عدم ادراک حمایت اجتماعی خانواده از نوجوان همچون خانواده‌گریزی و پیوستن به شبکه‌های حمایتی ناسالم و در دسترس، اضطراب (بشرپور، احمدی و حیدری، ۱۳۹۹)، افسردگی ناشی از کرونا (Yuan et al, 2020) رفتارهای خودآسیب رسانی (ریبی و گرجی، ۱۳۹۹)، بیانگر آن است که نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتری از مداخلات روانشناختی در رابطه با نوجوان و حمایت خانواده وجود دارد. اگر نوجوان از همان ابتدای نوجوانی با مهارت‌هایی متناسب ویژگی‌های این دوران تجهیز شود، نه تنها می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات بعدی ایفا کند بلکه انعطاف‌پذیری روانشناختی او نیز افزایش یافته و مسئولانه رفتار می‌کند، این امر لزوم مداخلات روانشناختی را برای آموزش به نوجوانان در ادراک حمایت اجتماعی خانواده ضروری می‌سازد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد دختران بدلیل آسیب‌های ناشی از ارتباطات ناسالم و پر خطر، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (بشرپور، احمدی و حیدری، ۱۳۹۹). به همین منظور در بسیاری از کشورها برای حفظ سلامت جامعه و کاهش آسیب‌های اجتماعی که نوجوان در معرض آن قرار دارد از برنامه‌های آموزشی که بر پایه پژوهش‌های علمی معتبر صورت گرفته‌اند استفاده می‌شود (Shen et al, 2021). در ایران در راستای اجرای سند ائتلاف ملی نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان^۲ برنامه‌های آموزشی شامل، آموزش مهارت‌های زندگی به تمامی دانش‌آموزان است در حالی که این محتوا برای نوجوانان بویژه برای مواجهه در بحران‌های همه‌گیر همچون دوران کرونا و پسا کرونا به تنهایی کفایت نمی‌کند (کاظمی و صادقی، ۱۳۹۹، حسینی سنگریزه و نیاز آذری، ۱۳۹۸). از یک سو دوران نوجوانی

^۲ نظام مراقبت‌های اجتماعی دانش‌آموزان (یک برنامه تحولی در زمینه پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، فرایند جامعی را از شناسایی تا آموزش، درمان و مددکاری اجتماعی، شامل می‌شود و از سال ۹۵ در مدارس سطح کشور آغاز شده است)



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes



حساس‌ترین دوره زندگی است و هویت نوجوان شکل می‌گیرد و از سوی دیگر بسیاری از آسیب‌های اجتماعی از همین سنین شروع می‌شود. لذا اهمیت مقایسه برنامه‌های مداخله‌ای روانشناختی و آموزش محور که بتواند چالش‌های این بحران را تبیین کند و ابزار مناسبی برای پیشگیری و مداخله در مسیر رشدی این دوران داشته باشد بیش از پیش نمود می‌کند.

واقعیت درمانی یکی از رویکردهایی است که مبنای آموزشی دارد و مفاهیم آن با نیازهای رشدی نوجوانان برای شکل‌گیری هویت سالم همخوانی دارد. مفروضه اصلی واقعیت درمانی این است که مسئولیت زندگی، اعمال، رفتار و افکار هر فرد بر عهده خودش است (صاحبی، ۱۳۹۰). بخش اصلی و مهم واقعیت درمانی، نظریه شخصیت است که مبتنی بر نظریه کنترل درونی می‌باشد. بر طبق این رویکرد تمامی انسان‌ها برای ارضای نیازهای روانشناختی عشق و احساس تعلق، قدرت یا پیشرفت، تفریح یا لذت و آزادی یا استقلال هم‌چندین نیاز فیزیولوژی بقا برانگیخته می‌شوند (Wubbolding, 2013). واقعیت درمانی بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد و به زمان حال بیشتر از گذشته اهمیت می‌دهد. تأکید این نظریه بیش از هر چیز بر مسئولیتی است که افراد در قبال سلامت روان خود دارند. هدف واقعیت‌درمانی آن است که شخص، رفتار مسئولانه داشته باشد. معنی مسئولانه عمل کردن آن است که شخص نیازهای خود را ارضا کند و این اقدام را به شیوه‌ای انجام دهد که دیگران را از توانایی برای ارضای نیازهایشان محروم نسازد. از ویژگی‌های شخص مسئول آن است که خودمختار یا خودپیرو می‌باشد و تا آن میزان از حمایت روانی و درونی برخوردار شده است که می‌داند از زندگی چه می‌خواهد و برای ارضای نیازهای خود و دستیابی به هدف‌هایش نیز برنامه‌های مسئولانه را تهیه و اجرا می‌کند (صاحبی، ۱۳۹۰). در واقعیت درمانی هویت از دیدگاه درمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد و به دو جزء هویت توفیق و هویت شکست تقسیم می‌شود؛ پژوهشگران معتقدند حمایت اجتماعی خانواده نقش مهمی شکل‌گیری هویت توفیق دارد (Ronen, Berger, Rahav, Agbaria, Tsur, Savaya, 2021). پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش واقعیت درمانی در زمینه پیشگیری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های رفتاری نوجوانان مؤثر بوده است. Fatemi Nayeri, Soltanifar, Moharreri, Akbarzadeh (۲۰۲۱) در پژوهشی که بر روی ۴۰ نوجوان ۱۲-۱۸ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای انجام دادند یافته‌ها نشان داد آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهبود اختلال بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. در پژوهش دیگری Wahyuningsih (۲۰۱۸) بر روی ۵ دانش‌آموز ۱۵-۱۳ ساله مداخله آموزش واقعیت درمانی را در ۷ جلسه انجام داد. نتایج این مداخله نشان داد عزت نفس در نوجوانان با آموزش‌های واقعیت درمانی افزایش یافته است و در رفتارهای مثبتی مانند پذیرش شرایط خانواده، افزایش اشتیاق یادگیری، شجاعت در بیان نیازهای خود به والدین، اعتماد به نفس آنان برای حضور در جمع نیز اثرگذار بوده است. با توجه به اینکه در رویکرد واقعیت درمانی به نیازهای اساسی انسان توجه می‌شود بنظر می‌رسد که از این طریق بتوان بر ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان نیز اثر گذاشت.

یکی از رویکردهایی که طی سال‌های اخیر در درمان اختلالات مختلف روانشناختی مورد استفاده قرار گرفته و قابلیت خود را در اثرگذاری بر طیف وسیعی از اختلالات به تأیید رسانده است و آموزش محور است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Thompson BL, Twohig MP, Luoma, 2021). رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که هدف آن به جای حذف نشانه، زندگی کردن متعهدانه براساس ارزش‌ها است. آسیب‌شناسی روانشناختی در این رویکرد عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی و درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است و براساس یک مدل شش ضلعی بیان شده که شامل گسلس، پذیرش، تماس با زمان حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

متعهدانه است (Hayes, 2006). اما از آن جا که شش ضلعی اکت به لحاظ نظری و عملی برای آموزش به درمانجویان پیچیده بود، مدل ماتریکس اکت (ACT Matrix) شش فرایند اصلی آن را در رویکردی ساده و قابل کاربرد ترکیب کرده است (Mirsharifa, Mirzaian & Dousti, 2019). در واقع ماتریکس اکت محصول کاربردی بافتارگرایی کارکردی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی مبتنی بر انتخاب مسیر و ارتقای توانایی افراد در نزدیک شدن به ارزش‌ها و اهداف با وجود مشکلات زندگی است (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). در مدل ماتریکس، چشم‌اندازگزینی و انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان محور درمان تلقی شده و با بررسی اقدامات دورشونده و نزدیک شونده به ارزش‌ها و شفقت‌ورزی به خود در راهبردهای تعهد و تغییر، به افراد کمک می‌کند تا برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا اقدامات سازنده انجام دهند (Polk et al, 2016). با وجود جدید بودن ماتریکس اکت پژوهش‌ها نشان از اثربخشی آن بر بهبود اختلالات رفتاری و ارتقای مؤلفه‌های سلامت روان دارد. پیمان‌نیا، حمید و علیلو (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان اثربخشی ماتریکس اکت با شفقت بر رفتارهای خودآسیب رسان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با شفقت باعث کاهش علائم رفتارهای خودآسیب رسان و ارتقای کیفیت زندگی دانش‌آموزان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. در پژوهش دیگری Nelson (۲۰۲۰) بر روی دانشجویان انجام داد یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های ماتریکس اکت باعث کاهش استرس و اضطراب در دانشجویان شده بود.

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت حمایت اجتماعی خانواده بر نوجوان در کاهش فشارهای روانی و پیشگیری از آسیب‌هایی که در بحران بلوغ و مواجهه با بحران کرونا نوجوانان در معرض آن هستند (Chen, 2020, کاظمی و صادقی، ۱۳۹۹) و پیامدهای عدم ادراک حمایت اجتماعی خانواده از نوجوان همچون خانواده‌گریزی و پیوستن به شبکه‌های حمایتی ناسالم و دردسترس بیانگر آن است که نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روانشناختی آموزش محور و اثر بخشی آن‌ها برای ارتقای حمایت اجتماعی خانواده از سوی نوجوانان ضرورت دارد. از آنجا که دختران بدلیل آسیب‌های ناشی از ارتباطات ناسالم و پر خطر، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (بشرپور، احمدی و حیدری، ۱۳۹۹) و از سوی دیگر گسترش آسیب‌های اجتماعی نوظهور در جامعه بیشتر شده است (سلطان پور و میرزایی، ۱۳۹۹)، نیاز به حمایت شدن از سوی خانواده در نوجوان که موجب امنیت روانی او می‌شود اهمیت بسزایی دارد. لذا حمایت خانواده ممکن است بتواند ضمن ایجاد حاشیه امن برای رشد و شکل‌گیری هویت سالم در نوجوان از مخاطرات آسیب‌های اجتماعی نیز مصون شود. لذا اجرای مداخلاتی برای ارتقای سلامت روان نوجوانان و فراهم کردن بستری مناسب برای رشد و گذر از دوران گذار نوجوانی و چالش‌های آن که متقارن با بحران کرونا شده است ضرورت دارد.

بررسی ادبیات پژوهش نشان داد کمبود بررسی مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی به عنوان یکی از رویکردهای قدیمی و ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مدل جدید از درمان‌های شناختی رفتاری و همخوانی مؤلفه‌های آن‌ها با دوران نوجوانی ممکن است بتواند در بحران کرونا و دریافت حمایت اجتماعی خانواده بر نوجوان متمرکز واقع گردد. این مقایسه سبب می‌شود در انتخاب برنامه‌های آموزشی ویژه نوجوانان ضمن کاهش اتلاف زمان و هزینه برای تربیت مربی برنامه‌ای آموزش داده شود که بیشترین بازدهی را داشته باشد. لذا در این پژوهش محقق در صدد است تا برنامه‌هایی را عملیاتی کند که علاوه بر قابلیت اجرایی، جنبه جدیدی از آن را در راستای ارتقای برنامه‌های نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان در مواجهه با بحران‌های همچون کرونا در بر داشته باشد. با توجه به این موارد، تاکنون پژوهشی به مقایسه این دو رویکرد



برای ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان نپرداخته است. از سوی دیگر به دلیل اهمیت این رویکردها در رشد فردی و سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و خلاء پژوهشی در مقایسه این دو رویکرد، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که با مقایسه آموزش ماتریکس اکت و واقعیت درمانی کدامیک در جامعه امروزی ما می‌تواند بر ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان در دوران شیوع کرونا مؤثرتر باشد؟

فرضیه‌ی پژوهش

بین اثربخشی آموزش ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان در دوران شیوع کرونا تفاوت وجود دارد.

روش، جامعه و نمونه آماری پژوهش

روش پژوهش نیمه تجربی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۲۰ نوجوانان دختر متوسطه دوم شهر بجنورد در سال ۱۳۹۹ داوطلب شرکت در پژوهش بود. پرسشنامه آنلاین حمایت اجتماعی خانواده برای همه مدارس ارسال شد و کسانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند این پرسشنامه را پر کردند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی استفاده شد. ۴۵ نفر از افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس حمایت اجتماعی خانواده یک انحراف معیار کمتر از میانگین بود بعد از مصاحبه و اطمینان از شرایط شرکت در پژوهش در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت فرد از حضور در کلاس‌های آموزشی مجازی، دریافت نمره یک انحراف معیار کمتر از میانگین در مقیاس حمایت اجتماعی خانواده، نداشتن اختلالات روانی و شخصیتی، نداشتن بیماری‌های شدید جسمی، علاقه به شرکت در جلسات آموزشی مجازی و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ابتلا به بیماری خاص، غیبت بیش از یک جلسه، شرکت همزمان در برنامه آموزشی دیگر، عدم علاقمندی به ادامه شرکت در جلسات، مصرف هرگونه داروهای روانپزشکی بود. گروه آزمایش اول آزمایش تحت آموزش پروتکل واقعیت درمانی (Wubbolding, 2007)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک جلسه در هفته از طریق تشکیل گروه در شاد(شبکه آموزش دانش آموزان) و به صورت مجازی آموزش دیدند. گروه دوم تحت آموزش پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Polk et al, 2016)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک جلسه در هفته از طریق تشکیل گروه در شاد و به صورت مجازی مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار قرار گرفتند و هیچ آموزشی ندیدند. از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا در طول پژوهش از آموزش‌های جانبی، مطالعه و مشاوره استفاده نکنند. پس از پایان مداخله از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یکماه نیز آزمون پیگیری گرفته شد. پیش از اجرای مداخلات ملاحظات اخلاقی همچون دریافت رضایت‌نامه از والدین، بیان اهداف و شیوه اجرای پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات افراد انجام شد و در پایان پژوهش ماتریکس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به گروه کنترل آموزش داده شد.



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

ابزارهای پژوهش پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، پایه و رشته تحصیلی و پرسشنامه حمایت اجتماعی بود. این پرسشنامه توسط پرسیدانو و هلر (۱۹۴۳) ساخته شده و دارای دو مقیاس خانواده و مقیاس دوستان است. این مقیاس یک ابزار ۲۰ سوالی خودگزارشی است و هدف آن ارزیابی میزان ادراک حمایت اجتماعی خانواده توسط فرد است. پاسخ‌های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در سوالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ مساوی +۱ است و برای بقیه سوالات نمره پاسخ بله مساوی +۱ است. دامنه نمره کل سوالات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ دهندگان است. داده‌های هنجاری این مقیاس در ایران از یک نمونه ۲۲۲ نفری (با میانگین سنی ۱۹ سال) دانشجویان دوره کارشناسی روانشناسی استخراج شده است (سیاح سیاری، حسین شاهی و رنجگر، ۱۳۸۹). میانگین و انحراف استاندارد آن $13/40$ ($SD = 4/83$) بوده است. هر دو مقیاس حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده و مقیاس دوستان) با ضریب آلفای $0/90$ از هماهنگی درونی خوبی برخوردارند. داده‌های مربوط به اعتبار مبتنی بر ۲۰ سوال اصلی مقیاس‌های قبل از تفکیک حمایت خانواده و حمایت دوستان است. آلفای نهایی برای «مقیاس حمایت اجتماعی خانواده» بین $0/88$ تا $0/91$ و برای «مقیاس حمایت اجتماعی دوستان» بین $0/84$ تا $0/90$ است (سیاح سیاری، حسین شاهی و رنجگر، ۱۳۸۹). علاوه بر این هر دو مقیاس حمایت اجتماعی دوستان و خانواده از روایی همزمان خوبی برخوردارند. نمرات مقیاس‌ها با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. به گزارش ثنائی و همکاران (۱۳۸۷) نمرات مقیاس حمایت اجتماعی خانواده با حمایت محسوس و نا محسوس اعضای خانواده قابل پیش بینی بود. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این مقیاس‌ها با شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود. تفاوت آزمون‌هایی که در مقیاس‌های حمایت اجتماعی نمرات بالا یا پایین داشته در بی پرده گویی کلامی متفاوت بود؛ تفاوتی که روایی ابزار را برای گروه‌های شناخته شده تایید می‌کرد. نمرات گروه‌های نمونه بالینی و غیر بالینی نیز در هر دو مقیاس متفاوت بود (ثنائی و همکاران، ۱۳۸۷).

پروتکل واقعیت درمانی طبق مدل ووبولدینگ (2007)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول: معرفی و بیان قواعد بنیادین جلسات مشاوره شامل حضور آنلاین در ساعات مقرر، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری، اهداف و محتوای آموزش مفاهیم واقعیت درمانی، درخواست از افراد برای بیان اهداف خود از حضور در جلسات تشریح شد. تکلیف جلسه بعد: مشخص کردن خواسته‌ها و اهداف فردی خود.

جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل انجام شد و معرفی نیازهای بنیادین تئوری انتخاب، (نیاز به بقا، عشق، قدرت و پیشرفت، استقلال، تفریح) آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: بررسی نحوه برآورده کردن نیازهای خود در ارتباط با دریافت حمایت از خانواده.

جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، توجیه ادراکات متفاوت از واقعیت در ارضای نیازها و ادراک احساسات متفاوت نسبت به دنیای کیفی و واقعیت آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: شناسایی دنیای کیفی اعضای خانواده.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان اصول دهگانه نظریه انتخاب، آگاهی دادن به اعضاء برای مسئولیت پذیری نسبت به رفتارهای خود در قبال دریافت حمایت خانواده. تکلیف جلسه بعد: نوشتن طرح و برنامه‌ای برای برآورده کردن نیازها به طور سالم و کارآمد.



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی برنامه و تعیین جهت اقدام، معرفی رفتارهای سازنده و دستیابی بیشتر به حمایت خانواده و بکارگیری عادت‌های مهرورزانه به جای عادات تخریبگر و مهارت کنترل خویش و تقویت جنبه‌های مثبت خود آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: اجرای طرح و برنامه‌ای که متناسب با واقعیت موجود باشد.

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، استفاده از روش بارش فکری در حل مشکلات و انتخاب بهترین راه برای دستیابی به ارضا نیازهای اساسی و پذیرش مسئولیت و پیامد آن‌ها آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: شناسایی موقعیت مناسب برای تمرین عملی مسئولیت پذیری درقبال بیان خواسته‌ها از خانواده.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح رفتار کامل و ماشین رفتار، توضیح این که افراد خود راننده و مسئول ماشین رفتار خود هستند، رفتارهای فعلی نسبت به خانواده بررسی شد، تکلیف جلسه بعد: بررسی و ارزیابی اهداف فردی (مشخص، قابل اندازه‌گیری، واقع‌گرایانه و قابل دسترسی) و رفتارهای کنونی.

جلسه هشتم: بازخورد اعضا، گفتگو در این مورد که تا چه حدودی به اهداف خود رسیدند و خلاصه و جمع‌بندی مطالب آموزش داده شده صورت گرفت.

پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق مدل پولک و همکاران (2016)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول: معرفی و بیان قواعد بنیادین جلسات، شامل حضور آنلاین در ساعات مقرر، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری، توضیح درباره ارزشها، اهداف و محتوای ماتریکس، درخواست از افراد برای بیان اهداف خود از حضور در جلسات تشریح شد.

جلسه دوم: معرفی گام‌های ماتریکس و کشیدن ماتریکس روی صفحه سفید آموزش داده شد، تکلیف: مشاهده خود در اقدامات نزدیک شونده و دورشوند.

جلسه سوم: بررسی اقدامات ناکارآمد در عدم ادراک حمایت خانواده انجام شد و شناسایی اقدامات کارآمد در جهت ارزش‌ها و اهداف فردی، توجه به تجربه‌های درونی آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: ترسیم ماتریکس در یک موقعیت ارزیابی اثربخشی کوتاه مدت اقدامات دور شدن.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، روشن سازی در مورد اینکه چرا باوجود اینکه اقدامات دور شدن اکثراً فقط در کوتاه مدت مؤثر هستند اما به انجام آنها ادامه می‌دهیم (کناره‌گیری یا پرخاشگری نسبت به خانواده)، تمرین تجربی در مورد اینکه چقدر روی دنیای درونی خود کنترل داریم، قواعد متفاوت دنیای درون و بیرون، معرفی قلاب‌های توجه دزد و نحوه گرفتار شدن و رهایی از آنها آموزش داده شد، تکلیف جلسه بعد: شناسایی قلاب‌های توجه دزد در طول هفته و توجه به اقدامات دور شدن.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت "بله" و "هفت گام آیکیدوی کلامی، هماهنگی بین ذهن و خود تا صلح و هماهنگی ایجاد شود، حرکت به سوی اعضای خانواده و هدف‌هایی که برایمان مهم هستند آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد بکارگیری آیکیدوی کلامی در یک موقعیت تعارض با خانواده.

جلسه ششم: مرور تکلیف جلسه قبل، گفتگو بین چشم اندازه‌های اینجا و اکنون و یک موقعیت در آینده‌ای نزدیک، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: دیدار با خود در یک موقعیت گرفتاری آینده و دریافت حمایت خانواده.



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

جلسه هفتم: مرور تکلیف جلسه قبل، تأثیر شفقت ورزشی به خود در تغییر رفتارهای ناکارآمد همچون دوری از خانواده بعد از حضور قلاب های توجه دزد. نحوه رشد و پرورش خود مشفق، مراقبه عشق ورزشی - مهربانی آموزش داده شد. تکلیف جلسه بعد: نوشتن نامه ای از سوی خود آینده. جلسه هشتم: بازخورد اعضا، گفتگو در این مورد که تا چه حدودی به اهداف خود رسیدند و خلاصه و جمع بندی مطالب آموزش داده شده انجام شد.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر پس از بررسی پیش فرض‌های نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو ویلک، پیش فرض برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی در سطح معنی داری ($p < 0.05$) با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد. شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر بودند که نمره حمایت اجتماعی خانواده آن‌ها یک انحراف معیار کمتر از میانگین بود و سایر ویژگی‌های ورود به پژوهش را داشتند. اطلاعات جمعیت شناختی آنان شامل سن، پایه و رشته تحصیلی آنان به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آن‌ها بر اساس آزمون خی دو (جدول ۱) گزارش شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌های پژوهش و مقایسه آن‌ها بر اساس آزمون خی دو

مقدار احتمال	کنترل	ماتریکس اکت	واقعیت درمانی	سطو	متغ
۰/۹۹	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
					در
					صد
	7	46/7	5	33/	۶
				3	40
					۱۵-
					سن
					۱۴
					ساله
	7	46/7	8	53/	۷
				3	46
					۱۷-
					۱۶
					ساله
	1	6/7	2	13/	۲
				3	13
					۱۹-
					۱۸
					ساله
	15	100	15	100	۱۵
					۱۰
					کل
					.
۰/۹۳	6	۴۰/۰	7	۴۰/۰	5
					33
					دهم
					۳/
					تحصیلی
	6	۴۰/۰	5	33/	۷
				3	۱۰
					یازده
					۴۰
					م
	3	20/0	3	26.7	۳
					26
					دوازده
					۷/
					م
	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵
					۱۰
					کل



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول فوق نشان دهنده آن است که حمایت اجتماعی خانواده در گروه‌های آموزش واقعیت درمانی و آموزش ماتریکس اکت نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و میانگین آموزش ماتریکس اکت در حمایت اجتماعی خانواده بیشتر از آموزش واقعیت درمانی در پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	مجذور سهمی اتا
زمان	401/11	1	401/11	79/81	0/001	۰/۶۵
زمان * گروه	291/82	2	145/91	29/03	0/001	0/58
خطا	211/06	42	5/02			
بین گروهی	1045/61	2	522/80	21/91	0/001	۰/۵۱

*: $p < 0/01$ ، *: $P < 0/05$

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (جدول ۳) نشان می‌دهد که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در حمایت اجتماعی خانواده ($F=79/81$ و $P=0/001$) بدون توجه به عامل گروهی از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر در درون گروه‌های مداخله و کنترل متفاوت است. اندازه اثر مداخله در طول زمان 0/65 و در اثر متقابل زمان و گروه 0/58 است. بررسی اثرات بین گروهی نیز نشان داد بین گروه‌ها در متغیر حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معنادار است ($F=21/91$ و $P=0/001$). اندازه اثر نیز نشان داد ۵۱ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در حمایت اجتماعی خانواده ناشی از عضویت در گروه‌ها است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه دو گروه واقعیت درمانی و ماتریکس اکت

گروه	مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنا داری
واقعیت درمانی	ماتریکس اکت	-۱/۸۲	۱/۰۳۰	۰/۲۵۲
درمانی	کنترل	۴/۷۸	۱/۰۳۰	۰/۰۰۱
ماتریکس	واقعیت درمانی	۱/۸۲	۱/۰۳۰	۰/۲۵۲



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes



اکت	کنترل	۶/۶۰	۱/۰۳۰	۰/۰۰۱
-----	-------	------	-------	-------

جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در زمان‌های مختلف از آزمون تباری بن فرونی استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت میانگین بین واقعیت درمانی با ماتریکس اکت معنادار نیست ($p > 0.05$) ولی تفاوت میانگین بین گروه واقعیت درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار است ($p < 0.05$) همچنین تفاوت میانگین بین گروه ماتریکس اکت و گروه کنترل نیز معنادار است ($p < 0.05$). می‌توان نتیجه گرفت آموزش ماتریکس اکت و واقعیت درمانی موجب افزایش حمایت اجتماعی خانواده می‌شود ($p < 0.05$) ولی بین اثربخشی این دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه مراحل در متغیر حمایت اجتماعی خانواده

مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	-3/88	0/38	0/001
	پیگیری	-4/22	0/47	0/001
پس آزمون	پیش آزمون	3/88	0/38	0/001
پیگیری		-0/333	0/28	0/74

برای مقایسه مداخله‌ها در طی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی خانواده بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). ولی بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). یعنی آموزش واقعیت درمانی و آموزش ماتریکس اکت میزان حمایت اجتماعی خانواده را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است و این نشان از ماندگاری تغییرات ایجاد شده، در اثر آموزش این دو روش دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت درمانی و ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان در دوران شیوع کرونا بود. نتایج این پژوهش نشان داد هر دو رویکرد بر افزایش ادراک حمایت اجتماعی خانواده اثرگذار بوده‌اند ولی اختلاف معناداری بین اثربخشی این دو رویکرد وجود ندارد.

در آموزش ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون پیچیدگی‌های شش ضلعی اکت (گسلش، پذیرش، تماس با زمان حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) همان مفاهیم را در نموداری ساده برای کمک به افراد جهت برگرفتن دیدگاهی که انعطاف‌پذیری روانشناختی



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

را افزایش می‌دهد. بنابر مفهوم سازی فرا تشخیصی اکت، پیامد مطلوب درمان، حذف یا کاهش نشانه نیست بلکه ارتقای انعطاف پذیری روانشناختی است. بنابراین نوجوانان که در گذار از بحران کرونا و همزمان با چالش‌های بلوغ و تقارن آن با بحران کرونا هستند در چرخه‌های ناکارآمد افکار و تنش با خانواده گرفتارند؛ مداخلات ماتریکس اکت با ایجاد دیدگاه‌گیری به نوجوانان کمک می‌کند شرایط قرنطینه و تفاوت‌های فردی هر یک از اعضای خانواده را مشاهده کنند و با پذیرش نقش خود در خانواده و با درک تجارب درونی (افکار، تصاویر ذهنی، خاطرات، احساسات) و حضور در زمان حال، اقدامات متعهدانه‌ای در جهت نزدیک شدن به خانواده انجام دهند و حمایت بیشتری را از آنان دریافت کنند. نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش (Mirsharifa, Mirzaian & Dousti, 2020)؛ Nelson (2019)؛ Peymannia, Hamid, Mhmudalilu, 2018; همخوانی دارد. پژوهش Peymannia, Hamid, Mhmudalilu (2018) نشان می‌دهد ماتریکس درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم رفتارهای خودآسیب رسان و و ارتقای کیفیت زندگی دانش‌آموزان می‌شود. نتایج پژوهش میرشریفا، میرزائیان و دوستی (۱۳۹۷) نشان داد استفاده از ماتریکس اکت موجب بهبود افسردگی و سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می‌شود. نتایج پژوهش Nelson (2019) آموزش مهارت‌های ماتریکس اکت باعث کاهش استرس و اضطراب در دانشجویان شده بود.

در تبیین اثربخشی آموزش ماتریکس مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت در فرآیند آموزش نوجوانان یاد می‌گیرند از عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی به و انعطاف‌پذیری روانشناختی، عدم شناخت ارزش‌ها به شناخت و شفاف‌سازی ارزش‌های خود با ارزش‌های خانواده، از تمرکز بر گذشته و نگرانی از آینده‌ای مبهم و هراسناک به ارتباط با لحظه اکنون، از همجوشی به گسلس و ناهمجوشی، از اجتناب تجربه‌ای به پذیرش، از چسبیدن به خود مفهوم پردازی شده به نگرستن به خود به عنوان زمینه و از منفعل بودن، تکانشی رفتار کردن و رفتارهای اجتنابی به اقدامات متعهدانه برسند و لذا در عبور از بحران کرونا و بلوغ بتوانند حمایت بیشتری از خانواده دریافت کنند و در پی حمایت شدن از پیوستن به گروه‌های دوستان ناسالم و برقراری روابط پرخطر اجتناب کنند. نوجوانان با آگاهی از اقدامات نالزنده ساز و ارزیابی آن‌ها به ناکارآمدی اجتناب کردن از خانواده و واکنش‌های پرخاشگرانه خود پی می‌برند و برای ادراک حمایت اجتماعی بیشتر خانواده اقدامات مؤثر و متعهدانه انجام می‌دهند. ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد محصول کاربردی بافتارگرایی کارکردی است، که به دنبال تعیین اقدامات مؤثر در بافتارهای خاص است (Hayes, 2006). لذا در موقعیت بحرانی کرونا و محدودیت‌های ناشی از آن نوجوانان می‌آموزند در این بافتار چگونه منعطف عمل کنند و با چشم انداز گزینی بتوانند در موقعیت‌های چالش برانگیز حمایت خانواده در دریافت کنند. الگوی ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند این سبک بافتارگرایی کارکردی به نظر دور از ذهن را در زندگی خود به کار ببندند (Polk et al, 2016). چشم‌انداز بافتارگرایی کارکردی الگویی را پیشنهاد می‌کند که در آن نحوه تعامل فرد با موقعیت‌های زندگی‌شان پیامدهای رفتارهای او و کارآمدی این اقدامات را در پیش رفتن به سوی افراد و اهداف مهم زندگی‌اش را تعیین می‌کند.

تلاش برای تغییر دادن احساسات یا افکار ممکن است اغلب مواقع کمکی به فرد برای پیش رفتن به سوی افراد و اهداف مهم زندگی‌اش نکند. در بافتارگرایی کارکردی دغدغه اصلی دریافتن این است که کدام اقدامات برای رسیدن به اهداف خاص مؤثر هستند نه چگونگی بودن چیزها یا دریافتن آنچه حقیقت دارد (Hayes, 2006). چنین هدفی بافتارگرایی کارکردی را مخصوصاً مناسب مداخلاتی می‌سازد که در آن حقیقت داشتن افکار



کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت

National Conference on Applied Studies in Education Processes

افراد مهم نیست بلکه دریافتن این مهم است که اقداماتی را که در موقعیت‌های مختلف زندگی همچون شرایط کنونی که نوجوان آن را در فرایند بلوغ و رشد هویت خود تجربه می‌کنند برای ایشان موثر است انجام دهد و حمایت اجتماعی خانواده را دریافت کند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد آموزش واقعیت درمانی بر افزایش ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان در دوران شیوع کرونا اثرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش Fatemi Nayeri , Soltanifar , Moharreri , Akbarzadeh (۲۰۲۱) که نشان دادند آموزش واقعیت درمانی در زمینه پیشگیری از آسیب‌ها و ناهنجاری‌های رفتاری نوجوانان مؤثر بوده است؛ همچنین پژوهش Wahyuningsih (۲۰۱۸) که نشان داد آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهبود اختلال بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است و یافته‌های پژوهش بهمنش، خرامین رضانی نشان (۱۳۹۹) داد آموزش گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر بحران هویت و سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم مؤثر بوده است، همسو است.

در تبیین آن می‌توان گفت عدم شناخت نوجوانان از نیازهای بنیادین خود و ناتوانی در ارضای این نیازها به طور سالم و مطلوب و عدم درک دنیای کیفی خود و خانواده باعث می‌شود نتواند حمایت خانواده را به خوبی دریافت کند. از طرفی بدلیل فشارهای ناشی از قرنطینه کرونا نوجوان بدون توجه به پیامد انتخاب‌های خود اقداماتی برای کنترل بیرونی و حفظ استقلال خود انجام می‌دهد که موجب تنش بیشتر با اعضای خانواده می‌شود. آموزه اصلی واقعیت درمانی این است انسان بیش از تصورش بر زندگی خود کنترل دارد (Wubbolding, 2007). در واقع واقعیت درمانی کنترل درونی مبتنی بر روابط انسانی را جایگزین روانشناسی کنترل بیرونی می‌داند. نوجوانان در طی این آموزش‌ها یاد می‌گیرند برای ارضای نیازهای بنیادین خود در شرایط فعلی و قرنطینه ناشی از کرونا (بقا، عشق و تعلق خاطر، آزادی و استقلال، قدرت و پیشرفت، تفریح)، انتخاب‌های بهتر داشته باشند که پیامدهای آن در دراز مدت سالم و کارآمد باشد و به نزدیک شدن به خانواده و درک متقابل از دنیای کیفی یکدیگر و دریافت حمایت بیشتر از خانواده منتهی شود (صاحبی، ۱۳۹۰). در این رویکرد افراد نیازهای خود را می‌شناسند و به ارزیابی اعمال و رفتارهای خود در جهت ارضای سالم آن‌ها می‌پردازند و در نهایت برای ارضای مؤثر و سالم آن برنامه‌ریزی می‌کنند (Wubbolding, 20015). در برنامه‌ریزی توجه به خواسته‌ها و ادراکات خود برای حمایت خانواده، بررسی جهت و اقدامات و ارزیابی رفتارها، افکار، احساس و فیزیولوژی خود در جهت دریافت حمایت خانواده در شرایط ناشی از کرونا و در نهایت برنامه‌ریزی برای رفتارهای مهرورزانه با اعضای خانواده باعث می‌شود حمایت بیشتری از خانواده دریافت کنند. همچنین نوجوان که میل شدید به موفقیت و پیشرفت دارد، با آموزش مفاهیم واقعیت درمانی یاد می‌گیرد هویت موفق (عزت نفس) را در خود شکل دهد. بر طبق واقعیت درمانی اگر نوجوان در خانواده احساس حقارت کند؛ هویت شکست در او شکل می‌گیرد و نمی‌تواند حمایت اجتماعی را از خانواده به خوبی دریافت کند. لذا حمایت اجتماعی خانواده نقش مهمی شکل‌گیری هویت توفیق دارد (Ronen, Berger, Rahav, 2021). از نظر عقلی نوجوانان در این مرحله از لحاظ شناختی قادر به انجام عملیات منطقی بر اساس استدلال هستند و هنگامی که نتوانند با استفاده منطقی از قوای عقلانی خویش نیازهایشان را رفع نمایند به رفتار احساسی و آنی و رفتارهای پرخطر روی می‌آورند.

بر طبق آموزه‌های این رویکرد نوجوانان در شکل دادن به هویت خود و افزایش خودتنظیمی از قابلیت انتخاب برخوردارند و می‌توانند تجارب مثبت و موفق را از طریق رفتار مسئولانه در زندگی و مواجهه با مشکلات به دست آورند. نوجوان با قبول مسئولیت و ارتباط مؤثر با دیگران و جامعه به رشد



توانایی های خویش می پردازد و برای زندگی آماده می گردد و از رفتارهای پرخطر اجتناب می کنند (صاحبی، ۱۳۹۰). لذا نوجوان با پذیرش مسئولیت انتخاب های خود و توجه به پیامد آن ها شرایط پر تنش کرونا در خانواده را آگاهانه در نظر می گیرند و راه حل های مناسبی متناسب با شرایط خانوادگی خود در جهت ارضای کارآمد نیازهای خود برمی آید و موجب دریافت بیشتر حمایت خانواده می شوند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی موجب افزایش ادراک حمایت اجتماعی خانواده در دختران نوجوان در دوران شیوع کرونا می شود. محدودیت این پژوهش مجازی بودن آموزش ها (بدلیل محدودیت های ناشی از شیوع ویروس کرونا) بود لذا در تفسیر و تعمیم نتایج باید این مورد مد نظر قرار گیرد. لذا پیشنهاد می شود این پژوهش به صورت حضوری نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود در راستای اجرای هرچه بهتر سند ائتلاف ملی نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان، مشاوران مدارس و مراکز مشاوره از آموزش های این دور رویکرد برای برای ارتقای توانمندی های فردی و افزایش ادراک حمایت اجتماعی خانواده برای نوجوانان استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.034 انجام شده است. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات آن ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

سپاسگزاری

در پایان از کلبه دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است و برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد بجنورد می باشد.

References:

Anser, M. K., Yousaf, Z., Khan, M. A., Nassani, A. A., Alotaibi, S. M., Qazi Abro, M. M., Vo, X. V., & Zaman, K. (2020). Do communicable diseases (including COVID-19) may increase global poverty risk? A cloud on the horizon. *Environmental Research*, 187, 109668. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109668>.

Basharpoor S, Ahmadi S, Heidari F. Modeling internet addiction based on interpersonal sensitivity and parents' marital conflict with the mediating role of effortful control in students of ardebil city in

- the 2020 academic year: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2021 Jan 10; 19(10):1053-70. <https://doi.org/10.29252/jrums.19.10.1053> .
- Behmanesh Z, Kheramine S, Ramazani KH. The Effectiveness of Group Training Based on Choice Theory on Identity Crisis and Mental Health of High School Male Students in Second Grade in Dogonbadan. *Armaghane danesh*. 2020 Oct 10; 25(5):642-56.
- Bronfenbrenner U. *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers; 1992.
- Cheng C. Getting the right kind of support: Functional differences in the types of social support on depression for Chinese adolescents. *Journal of clinical psychology*. 1998 Oct; 54(6):845-9. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679).
- Chen, X., Liu, T., Luo, J., & Ren, S. (2020). Data for teenagers' stressor, mental health, coping style, social support, parenting style and self-efficacy in South China. *Data in brief*, 29, 105202.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 1976 Sep. 35(2):15-40.
- Dingfelder HE, Jaffee SR, Mandell DS. The impact of social support on depressive symptoms among adolescents in the child welfare system: A propensity score analysis. *Children and Youth Services Review*. 2010 Oct 1;32(10):1255-61.
- Eriksson M, Ghazinour M, Hammarström A. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice?. *Social Theory & Health*. 2018 Nov;16(4):414-33.
- Fatemi Nayeri M, Soltanifar A, Moharreri F, Akbarzadeh F. A Randomized Controlled Trial of Group Reality Therapy in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2021 Mar 31; 15(1). <https://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.68643>.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan 1;44(1):1-25.
- Hossini Sangrizeh A, Niaz Azari K. Present a Model Empowerment of Schools with Emphasis on Social Care System of Students (A Mixed Method Study). *Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies*. 2020 Jan 10;8(3):113-49.
- Hou Y, Benner AD, Kim SY, Chen S, Spitz S, Shi Y, Beretvas T. Discordance in parents' and adolescents' reports of parenting: A meta-analysis and qualitative review. *American Psychologist*. 2020 Apr; 75(3):329.
- Jahanbakhsh, I. "Factors of generation gap in social and cultural values of parents and children in Isfahan province." *Sociology of Youth Studies* 2016.6 (21), 45-66. [Persian].

- Kazemi M, Sadeghi AR. The Relationship Between Self-Differentiation and Anxiety of COVID-19 Disease in Adolescents Mediated by Parent-Child Conflict. *Journal of Applied Family Therapy*. 2020 Aug 22;1(2):48-67. <https://dx.doi.org/10.22034/aftj.2020.113925>.
- Khanmohammadi Majandehi R. The relationship between Family Cohesion and Problem-solving Ability with Attitude towards Delinquent Behavior among Girl Adolescents. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020 Mar 10;9(1):81-8. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.1.6.9>. [Persian].
- Lisboa T, Silva WR, Silva DA, Felden ÉP, Pelegrini A, Lopes JD, Beltrame TS. Social support from family and friends for physical activity in adolescence: analysis with structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(1). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00196819>.
- Mirsharifa SM, Mirzaian B, Dousti Y. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on depression and psychological capital of the patients with irritable bowel syndrome. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2019 Feb 15;7(3):421.
- Nelson C. University student anxiety and stress—exploring the feasibility, suitability, and benefits of ACT matrix group workshops for university students experiencing anxiety and stress (Doctoral dissertation, Laurentian University of Sudbury). 2020.
- O’Sullivan K, Clark S, McGrane A, Rock N, Burke L, Boyle N, Joksimovic N, Marshall K. A qualitative study of child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic in Ireland. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Jan;18(3):1062. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1062#>.
- Peymannia B, hamid N, Mhmudalilu M. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Journal of Psychological Achievements*, 2018; 25(1): 23-44. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.23581.1905>
- Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz FO. *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications; 2016 Jun 1.
- Rabiei T, Gorji Y. Lived Experiences of the Causes of Suicidal Attempt in 12-18-Year-Old Female Students in Khomeini Shahr City. *Community Health Journal*. 2020 Jun 21;14(2):40-51. <https://doi.org/10.22123/chj.2020.222649.1462>. [Persian].
- Ronen T, Berger R, Rahav G, Agbaria Q, Tsur N, Savaya R. Flourishing in Palestinian Israeli and Jewish Israeli Adolescents: The Role of Positive/Negative Affect and Family/Peer Support or Undermining. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2021 Apr 7:1-5.

Sayah Sayari N, Hussein Shahi H, Ranjgar b. The Relationship between Identity and Social Support of Parents among Adolescents, Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior), 2010 Jun. 4 (16), 67-74. [Persian].

Sanae B. Alaghmand S. Falahati, Sh. Hooman, A. Family and Marriage Scale. Besat Publications, first edition, 2008. [Persian].

Savolainen I, Sirola A, Kaakinen M, Oksanen A. Peer group identification as determinant of youth behavior and the role of perceived social support in problem gambling. Journal of gambling studies. 2019 Mar;35(1):15-30. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.023>.

Shah Hosseini, Z. Simber, M. & Ramezankhani, A . (2012). Adolescent girls' health needs: Explaining the role and importance of the family. Monitor, 11 (3), 351-359. <http://payeshjournal.ir/article-1-457-fa.html>. [Persian].

Shen Y, Wang L, Huang C, Guo J, De Leon SA, Lu J, Luo X, Zhang XY. Sex differences in prevalence, risk factors and clinical correlates of internet addiction among chinese college students. Journal of affective disorders. 2021 Jan 15; 279:680-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.054>.

Soltanpur F, Mirzaee S. Sociological study of the role of the family in juvenile delinquency. 2020; 30 (2):101-22. <https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/61797>. [Persian].

Thompson BL, Twohig MP, Luoma JB. Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A single case design study. Behavior Therapy. 2021 Mar 1;52(2):286-97.

Wahyuningsih YP. Group Reality Therapy to Increase Self-Esteem in Adolescents. In 3rd ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2017) 2018 Feb (pp. 48-52). Atlantis Press. <https://dx.doi.org/10.2991/acpch-17.2018.10>.

Wubbolding RE. Glasser quality school. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. 2007 Dec; 11(4):253.