

## اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان

ابوالقاسم قاسمی هرندی

نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین

Email: ghasemiabolgasem@yahoo.com

دکتر الهام فروزنده

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین

Email: [Elham-fro@yahoo.com](mailto:Elham-fro@yahoo.com)

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان در سال 1395 بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور از بین جامعه آماری موردنظر که کلیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست 10-18 ساله شهر اصفهان در سال 1395 بود، تعداد 40 نفر به‌طور تصادفی و بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه 20 نفر). ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش عبارت بودند از: مقیاس خودکارآمدی نظامی و همکاران (1996) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (1994). پس از آن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش طی 8 جلسه 90 دقیقه‌ای، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) براساس بسته مداخلاتی هایز و گریگ (2001) قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) نشان داد که درمان ACT موجب افزایش معنادار خودکارآمدی و بهبود معنادار کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شده است ( $P < 0/05$ ). با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر تاثیر درمان ACT بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست، می‌توان از این روش به‌عنوان یک روش مداخله‌ای و درمانی برای ای افراد استفاده نمود.

**واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست.

## مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است حدفاصل بین کودکی و بزرگسالی، زمانی که فرد با یکسری از موانع و مشکلات از قبیل تکالیف بهنجاری (مانند رشد هویت، استقلال از خانواده توأم با ادامه ارتباط و قرار گرفتن در گروه‌های همسالان) و انتقال از کودکی به بزرگسالی که واجد ویژگی‌هایی چون تغییرات فیزیولوژیکی در بدن و تحولات شناختی است، مواجه می‌شود (فیاض و کیانی، 1390). این مواجهه آغاز شروع یک بحران خواهد بود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد. در این روند نقش خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی که هسته اصلی جامعه و سرچشمه اجتماع بزرگ‌تر را تشکیل می‌دهد غیرقابل‌انکار است. کودکانی که آینده‌ساز اجتماع خویش هستند زمانی فرد مفیدی برای جامعه خواهند بود که در محیط خانوادگی سالم و امنی تربیت شده باشند (حصارسرخ‌ی و همکاران، 1395).

یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی بی‌سرپرست و یا بدسرپرست شده‌اند. کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست به کودکان و نوجوانانی گفته می‌شود که والدین خود را بر اثر حوادثی همچون تصادفات رانندگی یا مرگ از دست داده‌اند یا دارای والدینی هستند که به دلایل مختلف از جمله اعتیاد، وارد نمودن آسیب و آزارهای جسمی یا روانی به فرزندان فاقد صلاحیت لازم اجتماعی، اخلاقی و رفتاری برای نگهداری فرزند می‌باشند (اسلامی و همکاران، 1392).

فرزندان در خانواده و در تعامل با دیگران مهارت‌های ارتباطی، تفسیر رفتارهای اطرافیان و تجربه نمودن احساسات را می‌آموزند (Koerner & Maki, 2004). عملکرد نامناسب خانواده و والدین در اثر جدایی یا فوت ایشان می‌تواند موجب سوق دادن نوجوان به مشارکت در رفتارهای پرخطر، افت کیفیت زندگی و کاهش رضایتمندی کلی او گردد (Okrodedu, 2010). نوجوانانی که در خانه‌های تک والدینی زندگی می‌کنند و نیز نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، بیش از سایر نوجوانان در معرض خطر رفتارهای غیر انطباقی قرار دارند (Driscoll, Russell & Crockett, 2008; Okrodedu, 2010). محرومیت این کودکان از والدین و خانواده و زندگی در مؤسسات شبانه‌روزی آن‌ها را با طیف وسیعی از مشکلات از جمله: پایین بودن اعتماد به نفس، بالا رفتن خطر آسیب‌های جسمی و روانی بخصوص اختلال افسردگی و نظایر آن‌ها روبرو خواهد کرد (فیاض و کیانی، 1390).

یکی از ابعاد سلامت روانشناختی که تا حدود زیادی تحت تأثیر محیط خانه و حمایت‌های خانواده می‌باشد، و می‌تواند سهم بسزایی در رشد و سلامت اجتماعی و عاطفی افراد داشته باشد برخورداری از حس خودکارآمدی است (لطفی‌نیا و همکاران، 1392). خودکارآمدی ادراک افراد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزش، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی است (Badr & Moody, 2005). به عبارت دیگر خودکارآمدی اعتقاد فرد است که فرد به واسطه آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا کند (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، 1392).

Pajre (2003) خودکارآمدی را محوری‌ترین مفهوم نظریه شناختی-اجتماعی بندورا می‌داند و معتقد است که باورهای خودکارآمدی مبنای فرایندهای مهمی مانند انگیزش، بهزیستی روانی و علایق فردی است. به عقیده بندورا خودکارآمدی از مهمترین عوامل در رشد ارتباطات سالم و مطلوب اجتماعی است که رضایت از زندگی فرد را به دنبال دارد (Li & et al, 2013).

منبع اصلی خودکارآمدی برخورداری از حمایت اجتماعی است. طبق مدل حمایت-کارآمدی<sup>1</sup>، تعامل مداوم با افراد حمایتگر، به این اعتقاد می‌انجامد که فرد توانایی مقابله با چالش‌ها را دارد (Fiori & et al, 2006). محیط یک خانواده اولین محل کسب تجارب حمایت اجتماعی است (Haslam & et al, 2006). از آنجا که کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست از حضور

<sup>1</sup> . support -efficacy model

تربیتی، روانشناختی و حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده محروم هستند (اصغری نکاح، حیدری دربندی، 1389)، لذا دارای خودکارآمدی پایین تری نسبت به دیگران هستند.

Caprara & et al (2010) ضمن پژوهشی اعلام داشتند که سطوح بالای خودکارآمدی می تواند سازگاری شناختی عاطفی در کودکان و نوجوانان را حفظ کند. افراد دارای خودکارآمدی بالا توانایی مقابله با مشکلات را دارند و هر موفقیتی موجب افزایش اعتماد به خود در آنها می شود. در مقابل افراد دارای خودکارآمدی پایین در توانایی های خود تردید دارند و خود را در مقابله با محیط ناتوان می بینند (Cooper & Lesser, 2008).

خودکارآمدی یکی از عوامل مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی افراد است (اسماعیلی و همکاران، 1384). کیفیت زندگی برداشت یک فرد از موقعیت خود، میزان لذت وی از موقعیت های مهم زندگی و مرتبط با اهداف و انتظارات فرد می باشد. ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد "هستی" و اجزای جسمی و روانی، بعد "متعلقات" و اجزای جسمی و اجتماعی، بعد "شدن" و اجزای فراغت، رشد شایستگی ها و عملکرد می باشد (Zekovic & Renwick, 2003).

حمایت والدین و اطرافیان در کسب سلامت و بهبود کیفیت زندگی فرزندان مؤثر است و دور شدن از محبت والدین، برآورده نشدن نیازهای مختلف دوره رشد مانند نیاز به تعلق، تحسین و محبت منجر به گزارش شیوع بالاتر بحران ها و آسیب های روانی و ناهنجاری های اجتماعی در بین نوجوانان محروم از والدین یا بدسرپرست شده است (Okroddu, 2010; Koerner & Maki, 2004). بی سرپرستی و بدسرپرستی موجب افزایش خطر ابتلا به مشکلات روانی عصبی در نوجوانان است که به صورت اضطراب، افسردگی، احساس گناه، ناامیدی، ترس، خشم و به صورت کلی افت کیفیت زندگی نمود می یابد (Okroddu, 2010).

گستره متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود علائم مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان بد سرپرست و بی سرپرست شکل گرفته است. از جمله رویکردهای درمانی جدید می توان به درمان های نسل سوم اشاره کرد که تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش<sup>۱</sup> نامیده می شوند؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۲</sup>، درمان فراشناختی<sup>۳</sup> و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۴</sup>. در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (Hayes & Strosahl, 2010).

در میان رویکردهای روانشناختی موج سوم، ACT از توانایی خوبی در مهار نگرش ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس زای زندگی برخوردار است. سازه و مفهوم اساسی در ACT آن است که رنج ها و تالمات روانشناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب، همجوشی شناختی و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش های اساسی ایجاد می شود. هدف درمانگر ACT کاهش نشانه ها نیست اما، این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی حاصل می شود. ACT، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنها را به عنوان علایم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (Woidneck, 2012).

هایز و همکاران معتقدند که پیام اصلی در ACT پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است (Hayes & et al, 2006). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزشها و تعهد به عمل که در نتیجه این 6 مفهوم اصلی به انعطاف پذیری روان شناختی خواهیم رسید، شکل می گیرد. در واقع ACT یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. هسته اساسی تغییر در ACT،

<sup>1</sup> . Acceptance based Models

<sup>2</sup> . Based Cognitive Therapy Mindfulness

<sup>3</sup> . Metacognitive

<sup>4</sup> . Acceptance and Commitment Therapy

تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. ACT معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آنها می شود (Woidneck, 2012). ACT به این معنا نیست که ما از مراجع بخواهیم هر موقعیتی را بپذیرد اما، بهرحال برخی شرایط باید نهایتاً پذیرفته شوند چون عملاً هیچ کار دیگری جز این نمی توانیم انجام دهیم؛ به عنوان مثال، اگر خاطرات و رویدادهای گذشته، مراجع را آشفته و پریشان نموده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و باید آنها را بپذیرد و احساساتش نسبت به وقایع را تغییر دهد. قدم اول در درمان نیز شناسایی حیطه های قابل تغییر و غیرقابل تغییر است. آسیب های گذشته نمونه ای از موارد غیر قابل تغییر هستند که بهتر است پذیرفته شود (Fletcher & Hayes, 2005).

با توجه به آمار رو به افزایش کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست از یک طرف و عوارض متعدد بی سرپرستی و بدسرپرستی بر سلامت روان این نوجوانان از طرف دیگر و نیز حساسیت های ویژه در حوزه تربیت و پرورش آنها، انجام پژوهشی جهت کاهش تاثیر تجارب تلخ گذشته در این افراد برای داشتن زندگی مطلوب تر و سازگاری اجتماعی بهتر ضروری به نظر می رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان انجام شد.

## روش

طرح پژوهشی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر کلیه نوجوانان 10-18 ساله بی سرپرست و بدسرپرست تحت پوشش دفتر شبه خانواده و امور آسیب های اداری بهزیستی شهرستان اصفهان در سال 1395 بودند که یکی و یا هر دو سرپرست خود را از دست داده بودند و یا به لحاظ حقوقی، قانونی و یا اخلاقی، والدین آنها صلاحیت کافی را برای سرپرستی فرزند خود نداشتند.

در این پژوهش برای انتخاب آزمودنی ها از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای استفاده شد. بدین ترتیب که در ابتدا از بین 34 مرکز شبه خانواده، 10 مرکز به طور تصادفی انتخاب و سپس پرسشنامه خودکارآمدی بر روی کلیه نوجوانان 10 تا 18 سال تحت پوشش آن مراکز (93 نفر) اجرا شد. پس از آن تعداد 50 نفر که بر اساس نتایج به دست آمده کمترین میزان خودکارآمدی را داشتند مشخص و سپس تعداد 40 نفر از آنان به صورت تصادفی و براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شده و در دو گروه 20 نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

پس از انتخاب نمونه های مورد نظر بر اساس معیارهای ورود و خروج و اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی به عنوان پیش آزمون، گروه آزمایش طی 8 جلسه 90 دقیقه ای براساس بسته مداخلاتی هایز و گریگ<sup>1</sup> (2001) تحت درمان ACT قرار گرفتند، ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. جلسات آموزشی با موافقت مسئولان یکی از این مراکز، در آن محل برگزار شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین 10-18 سال، داشتن حداقل تحصیلات سوم ابتدایی برای داشتن قابلیت درک و فهم مطالب ارائه شده و توانایی پرکردن پرسشنامه ها.

معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: بیماری یا آسیب شدید فرد یا تحت درمان روانشناختی دیگر بودن، انصراف فرد از ادامه همکاری و عدم حضور در جلسات مداخله.

پس از اتمام مداخلات مجدداً هر 2 پرسشنامه خودکارآمدی و کیفیت زندگی به عنوان پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

**مقیاس خودکارآمدی:** مقیاس خودکارآمدی توسط نظامی، شوآرتزر و جروسلم<sup>2</sup> (1996) ساخته شده است. این مقیاس از نوع ممداد و کاغذی و مبتنی بر خودگزارش دهی است که هدف اصلی آن سنجش یک احساس عمومی از

<sup>1</sup> . Hayes & Gregg

<sup>2</sup> . Nezami, Schwarzer & Jerusalem



خودکارآمدی ادراک شده است. این مقیاس دارای 10 گویه مثبت است که برای هر ماده چهار پاسخ در نظر گرفته شده است. شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت با چهار گزینه (اصلا صحیح نیست تا کاملا صحیح است)، و نمره 1 تا 4 برای هر آیتام انجام می گیرد و دامنه نمره خودکارآمدی فرد بین 10 تا 40 است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط نظامی و همکاران (1996) در چین 0/91 گزارش شده است. در ایران نیز رجبی ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را 0/82 گزارش کرده است (رجبی، 1385). مقدار آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر 0/86 به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>1</sup>:** این پرسشنامه چهارحیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با 24 سؤال می سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب 7، 6، 8 و 3 سؤال دارد) دو سؤال آخر این پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می کنند. در نتیجه این پرسشنامه در مجموع 26 سؤال دارد و هر سؤال از 1 تا 5 نمره می گیرد. افراد گروه آزمایش و کنترل باید گزینه مناسب را از بین 5 گزینه خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد انتخاب کنند و علامت بزنند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای 0/70 به دست آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ 0/55 بود (نجات و همکاران، 1385). در این پژوهش، ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس 0/88 بود.

**جدول 1: پروتکل اجرایی جلسات ACT (هایز و گریک، 2001)**

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	ارائه ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
هفتم	رایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد

<sup>1</sup>. WHOQOL-BREF

برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر	
بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون	هشتم

با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش و پس آزمون، در این پژوهش برای این منظور، بعد از تایید مفروضه های کواریانس، از تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

تحلیل شاخص های توصیفی برای ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد که حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان 10 و 18 سال و میانگین سنی آنها 15 سال بود. بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای سن و پایه تحصیلی تفاوت معناداری وجود نداشت.

در جدول 1 میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل درپیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است:

جدول 1: میانگین و انحراف استاندارد گروههای آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه آزمایش		گروه کنترل				گروه		
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		موقعیت
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
4/73	28/21	4/71	16/79	5/05	16/62	4/88	16/12	خودکارآمدی
5/95	80/03	6/48	57/73	4/46	66/30	4/45	66/73	کیفیت زندگی

پیش از اعمال تحلیل کواریانس جهت رعایت پیش فرضهای آزمون های پارامتریک، آزمون های لوین و کلموگراف- اسمیرونف به عمل آمد که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبود ( $P > 0/05$ ). بنابراین شرایط نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس ها به درستی رعایت شده بود.

برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) اجرا شد که نتایج حاصله در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 2: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست

منبع/شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
خودکارآمدی	436/38	1	277/37	0/0001	0/888	0/994
کیفیت زندگی	4513/50	1	1621/02	0/0001	0/961	0/998

با توجه به جدول 2 نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک متغیره نشان داد که بین نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در دو گروه از نظر خودکارآمدی تفاوت وجود دارد ( $F=277/37$  و  $P < 0/05$ ). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. تاثیر این مداخله درمانی

بر افزایش خودکارآمدی 89٪ است، یعنی 89 درصد از تفاوت‌های ایجاد شده در متغیر وابسته مربوط به تاثیر مداخله درمانی است. توان آماری 0/99 هم حاکی از مناسب بودن تعداد نمونه ها و دقت آماری بالا می باشد.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در دو گروه از نظر کیفیت زندگی نیز تفاوت وجود دارد ( $F=1601/02$  و  $P<0/05$ ). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. تاثیر این مداخله درمانی بر افزایش کیفیت زندگی 96٪ است، یعنی 96 درصد از تفاوت‌های ایجاد شده در متغیر وابسته مربوط به تاثیر مداخله درمانی است. توان آماری 1 هم حاکی از مناسب بودن تعداد نمونه ها و دقت آماری بالا می باشد

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان دهنده اثربخشی این نوع درمان می‌باشد، به طوری که اثربخشی درمان ACT باعث افزایش میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش در هر دو متغیر کارآمدی و کیفیت زندگی شده است.

نتایج به دست آمده در این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن درمان ACT بر خودکارآمدی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست با یافته های Dolana & et al (2008)، جعفری و همکاران (1388) و ملازاده و عاشوری (1388) همخوانی دارد. Masuda & et al (2004) در پژوهشی تاثیر گسلش شناختی بر افکار خودانتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است را بررسی کردند و نتایج کاهش چشمگیری در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک های گسلش شناختی نشان داد. احتمال می رود خودشناسی مبتنی بر ارزش ها و بازسازی آنها در کاهش افکار خودانتسابی منفی موثر بوده است.

همانطور که Di Celemente (1991؛ به نقل از بهاری و گروسی، 1388) عنوان می کند که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهای مختلف دارند، ممکن است در مرحله پیش تأملی یا ناآگاهی گیر کنند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد از مرحله پیش تأملی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سوال است که آیا من میتوانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. درمان ACT با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزشها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش دهد. درمان ACT با تاکید بر انعطاف پذیری، شفاف سازی ارزش ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان پذیر است می تواند در افزایش خودکارآمدی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست موثر باشد.

در تبیین دیگر این یافته می توان گفت که در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. رویکرد ACT یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، همگی منجر به افزایش خودکارآمدی در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شده است.

نتایج حاصل از یافته دیگر این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست با یافته های Huang & et al (2010); Eren & et al (2007) و سبوحی و همکاران (1394) همسو است.

ایزدی (1391) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی و مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواس، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی، افسردگی، اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، اثر بخشی هر دو رویکرد را در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان تأیید کرد.

در توجیه این یافته می توان گفت که مهارت ذهن آگاهی که یکی از مولفه های ACT است پیش بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت می باشد (Hayes, 2004). درمان ACT تلفیقی از ذهن آگاهی و مراقبه آگاهی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیا موجود در زندگی که از کنترل انسان خارج است، از طیق تنفس و تفکر آموزش داده می شود و بدین ترتیب باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می شود که همه اینها نهایتاً در بهبود کیفیت زندگی موثر هستند. درمان ACT کمک می کند تا نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شرایط زندگی خود را آنطور که هست بپذیرند. بیان احساسات و افکار منفی خود به روشنی موجب می گردند که از انعطاف پذیری بالاتری در موقعیت های مختلف زندگی برخوردار شده و با نگرستن به شرایط از زوایای مختلف کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند.

هر پژوهشی با محدودیت هایی همراه است. این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. از جمله محدودیت های این پژوهش عبارتند از: عدم امکان اجرای آزمون پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان ACT به دلیل محدودیت زمانی و ترخیص نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست از مراکز شبه خانواده، نادیده گرفته شدن تفاوت های فردی به دلیل طرح گروهی پژوهش حاضر و مقایسه نتایج گروهها، محدود شدن گروه نمونه به نوجوانان 10 تا 18 سال بی سرپرست و بدسرپرست و نیز به شهر اصفهان، به همین دلیل تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد. در همین راستا جهت تعمیم نتایج پیشنهاد می شود مداخله مشابهی بر روی سایر گروههای اجتماعی مانند زنان مطلقه و زندانیان و .. و نیز سایر گروههای سنی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و با اجرای آزمون پیگیری تکرار شود. علاوه بر این با توجه به اثر بخش بودن این درمان می توان پیشنهاد های زیر را ارائه کرد:

- آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مشاوران
- استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در حیطه های مختلف زندگی افراد
- استفاده از این درمان نه فقط برای درمان اختلالات و بیماریهایی چون افسردگی و وسواس بلکه استفاده از آن برای افراد عادی جامعه.

### سپاسگزاری

در پایان از مسئولین محترم مراکز شبه خانواده و نیز هر 40 نوجوانی که تا پایان پژوهش با ما همراه بودند کمال قدردانی به عمل می آید.

### منابع

1. اسلامی، ر، هاشمیان، پ، جراحی، لی، مدرس غروی، م، اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست مشهد، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره 56، شماره 5، 1392، 300-306.
2. اسماعیلی، م، عالیخانی، م، غلام عراقی، م، حسینی، ف، کیفیت زندگی و ارتباط آن با خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز، فصلنامه پرستاری ایران، دوره 18، شماره 41 و 42، 1384، 77-84.
3. اصغری نکاح، س، م، حیدری دربندی، آ، مقایسه شیوه های نگهداری و حمایت از کودکان بی سرپرست و بد سرپرست از منظر مراقبت سلامت و بهداشت روانی، چهارمین جشنواره علمی - تحقیقاتی کودکان سرور، 18، 1389.
4. ایزدی، ر، 1394، مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواس، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی، افسردگی، اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
5. بهاری، ف، گروسی، ک، 1388، اعتیاد، مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار بنیادی در معتادان)، تهران، نشر دانژه.



6. جعفری، م، شهیدی، ش، و عابدین، ع ر، مقایسه اثربخشی درمانهای فرا نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره 7، شماره 1، 1388، 1-12.
7. حصارسخی، ر، طیبی، ز، اصغری نکاح، س م، باقری، ن، اثربخشی آموزش شایستگی هیجانی بر افزایش دانش هیجانی، تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، مجله روانشناسی بالینی، دوره 3، شماره 31، 1395، 37-49.
8. دهقانی فیروزآبادی، س، قاسمی، ح، صفری، س، ابراهیمی، ع الف، اعتمادی، ع، اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، دوره 7، شماره 26، 1392، 145-158.
9. رجبی، غ، بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت، مجله اندیشه های نوین تربیتی، دوره 2، شماره 1 و 2، 1385، 111-122.
10. سبوحی، ر، فاتحی زاده، م الف، احمدی، س الف، اعتمادی، ع، تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، دوره 2، شماره 1، 1394، 42-53.
11. فیاض، الف، کیانی، ژ، بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز، فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، دوره 2، شماره 1، 1390، 19-48.
12. لطفی نیا، ح، محب، ن، عبدلی، ع، رابطه خودکارآمدی و سلامت عمومی با کارکرد خانواده در دانش آموزان پسر اول متوسطه ناحیه 4 تبریز، فصلنامه آموزش و ارزشیابی، دوره 6، شماره 33، 1392، 41-54.
13. ملازاده، ج، عاشوری، الف، بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد، دانشور رفتار/دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره 16، شماره 34، 1388، 1-12، 1388.
14. نجات، س ن، منتظری، ع، هلاکوئی نائینی، ک، و مجدزاده، س ر، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت، دوره 4، شماره 4، 1385، 1-12.
15. Badr, HE & Moody, PM. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults, International journal of behavioral medicine. Vol. 12, No. 4, 273-277.
16. Caprara, G V, Gerbino, M, Paciello, M, Di Giunta, L, Pastorelli, C. (2010). unteracting depression and delinquency in late adolescence: The role of regulatory emotional and interpersonal self-efficacy beliefs, European Psychologist. Vol 15, 34-48.
17. Cooper, MG, Lesser, JG. (2008). Clinical social work practice: An integrated approach, 3rd ed, Boston, MA: Pearson.
18. Dolana, S L, Martin, R A, Rohsenowa, D J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcome. Addictive Behaviors. Vol. 33, No. 5, 675-688.
19. Driscoll, A, Russell, S, Crockett, L. (2008). Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. J Family Issues, Vol 29, 185-209.
20. Eren, I, Erdi, O, sahin, M. (2007). The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. Depress Anxiety, Vol. 25, No 2, 98-106.
21. Fiori, K L, Mcilvane, J M, Brown, E E, Antonucci, T C. (2006). Social relations and depressive symptomatology: Self- efficacy as a mediator. Aging and mental health, Vol. 10, 227-239.
22. Fletcher, L, Hayes, S C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy, Vol. 23, No. 4, 315-336.
23. Haslam, D M, Pakenham, K I, Smith, A. (2006). Social support and postpartum depression symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. Infant Mental Health Journal, Vol. 27, 276- 291.
24. Hayes, S C. 2010. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy, Vol 35, No. 4, 639-665.



25. Hayes, S C, Gregg, J. (2001). Practice guidelines and the industrialization of behavioral healthcare delivery. In N Cummings, W T O'Donohue, S C Hayes, & V M Follette (Eds.), *Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice* (pp. 211-249), New York: Academic Press.
26. Hayes, S C, Luoma, J, Bond, F, Masuda, A, Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 44, No.1, 1-25.
27. Hayes, S C, Strosahl, K D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*, New York: Springer Press.
28. Huang, MF, Courtney, A, Edwards, H, McDowell, J. (2010). Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, Vol. 47, No. 5, 542-549.
29. Koerner, AF, Maki, L. (2004). Family communication patterns & social support in families of origin & adult children subsequent intimate relationships. Paper presented at the International Association for Relationship Research Conference, Vol.2, 22-25.
30. Li, C, Dang, J, He, S, Li, H. (2013). Shyness and loneliness: The multiple mediating effects of self-efficacy. *Acta Psychologica Sinica*, Vol. 45, 1251-1260.
31. Masuda, A, Hayes, S C, Sackett, C F, Twohig, M P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 42, No. 4, 477-485.
32. Nezami, E, Schwarzer, R, Jerusalem, M. (1996). Persian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Retrieved from <http://userpage.fu-berlin.de/health/persean.htm>.
33. Okrodudu, G. (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *EDO J Counseling*, Vol. 3, 58-86.
34. Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation and achievement in writing: A review of the literature. *Reading and Writing Quarterly*, Vol. 19, 139-158.
35. Woidneck, MR. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents*, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, Utah state university, Logan, Utah.
36. Zekovic, B, Renwick, R. (2003). Quality of life the children and adolescents with developmental disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disabl Soc*, Vol. 18, 19-34.

## The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-efficacy and quality of life in derelict and bad guardian adolescents in Isfahan city

Abolghasem Ghasemi Harandi, Elham Froozandeh

1. PHD student of psychology, Islamic Azad University Naeen Branch  
Email: ghasemiabolgaseem@yahoo.com
2. Assistant Professor, Islamic Azad University Naeen Branch, Faculty of Psychology  
Email: Elham-fro@yahoo.com

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-efficacy and quality of life in derelict and bad guardian adolescents in Isfahan city in 1395.

The research design was semi-experimental of pretest-posttest with the control group. The target population was all 10-18 year-old derelict and bad guardian adolescents in Isfahan city in 1395, that 40 derelict and bad guardian adolescents were selected based on inclusion and exclusion criteria in the study and assigned to two experimental and evidence groups (20 per group). The tools used in the study were: Self-Efficacy Scale of Nezami & et al) 1996) and The World Health Organization Quality of Life Questionnaire) 1994). Then participants in the experimental group were trained 8 sessions of 90 minutes, under Acceptance and Commitment Therapy by Hayes & Gregg Protocol (2001).

The results of the univariate analysis (ANCOVA) showed that Acceptance and Commitment Therapy increased self-efficacy and improved quality of life in derelict and bad guardian adolescents significantly ( $P < 0.05$ ).

According to the results of the study on the effects of ACT treatment on increase the self-efficacy and improve the quality of life of derelict and bad guardian adolescents, this method can be used as a therapeutic intervention method for derelict and bad guardian adolescents.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Self-efficacy, Quality of life, derelict and bad guardian adolescents.