

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والدفرزند

فاطمه وحید^۱، محمد اسماعیل ابراهیمی*^۲، رسول کرد نوقابی^۳

چکیده

مقدمه: نوجوانی دوره‌ی منحصر به فرد انتقال است که با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی همراه است. علاوه بر این تغییرات، کشف هویت نیز از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های این دوره محسوب می‌شود و به همین دلیل در این دوره، نیاز به استقلال بیشتر شده و به دنبال خودپنداره و ارزش‌هایشان می‌روند که این فرایند منجر به تغییر در خانواده می‌شود و این تغییر منجر به تغییرانی در روابط والد فرزند می‌گردد، لذا این پژوهش با هدف، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والدفرزند در دانش آموزان نوجوان انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ شهر همدان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. از این تعداد، ۳ گروه ۲۰ نفره با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-فرزند توسط فاین، مورلند و اسکویل در دو نوبت پیش- پس آزمون پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت درمان با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی، طی ۸ جلسه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی قرار گرفتند ولی به گروه کنترل آموزشی داده نشد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و سطح معنی‌دار $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل آماری شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین پس آزمون گروه تحت درمان با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه پدر- فرزند ۲۰/۵ نمره بیشتر از گروه کنترل است ($i-j= 20/5$ ، $sig=0/034$). همچنین، میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والد- فرزند ۴۲/۹ نمره بیشتر از گروه کنترل است ($i-j=42/9$ ، $sig=0/0001$).
نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر واقعیت درمانی منجر به بهبود رابطه پدر- فرزند می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: دانش آموزان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رابطه والدفرزند، واقعیت درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۴/۲۸


تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۱

استناد: وحید فاطمه، ابراهیمی محمد اسماعیل، کردنوقابی رسول. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والدفرزند، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۲): ۹۰-۱۰۷

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران، fatemehvahid664@gmail.com

۲- (نویسنده مسئول): استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
mohammadesmaeileeabrahimi@iauh.ac.ir tell:087 3328 8661

۳- استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
rasoolkordnoghabiiea@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز  <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه :

نوجوانی دوره‌ی منحصر به فرد انتقال است که با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی همراه است. علاوه بر این تغییرات کشف هویت نیز از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های این دوره محسوب می‌شود (۱). نوجوان‌ها به تدریج که در این دوره سنی پیش می‌روند نیازهایشان نسبت به دوران کودکی تغییر می‌کند، نیاز به استقلال‌شان بیشتر می‌شود و به دنبال ساختن خودپنداره و ارزشهایشان می‌روند که این فرایند منجر به تغییر در خانواده نیز خواهد شد (۲). ورود به این دوره، نوجوانان و والدین را به چالش می‌کشد. نوجوانان ممکن است والدین را سختگیرتر و کنترل‌کننده‌تر از پیش ادراک کنند و والدین نوجوان‌ها را بی‌مسئولیت و سرکش بدانند و این نوجوان و والدین را با چالش‌هایی روبه‌رو می‌کند که چگونه مجدد به مسئولیت‌های خود سازمان داده و روابط خانوادگی خود را تنظیم کنند (۳). والدین در آغاز نمی‌توانند درک کنند که چرا فرزند نوجوان آنها دوست دارد از فعالیت‌های خانواده فرار کند تا با دوستانش باشد و از این رفتار نوجوان خود بسیار مضطرب می‌شوند. آن‌ها میان خود و نوجوانشان شکاف عمیقی می‌بینند و احساس خطر می‌کنند (۴). این تعارضات اگر بیش از حد باشد برای بهزیستی و انطباق‌یابی روانی-اجتماعی نوجوانان خطر محسوب می‌شود، نوجوان تصور می‌کند، والدین درکی از او و نیازهایش ندارند و این موجب کاهش نزدیکی بین او و والدینش خواهد شد (۵).

مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد خانواده و رابطه والد-فرزند تأثیر قدرتمندی در سلامت روان نوجوانان دارند. این روابط می‌توانند به عنوان زمینه‌ی خرد اجتماعی تلقی شوند که دیگران مهم در آن به نحوی بازخوردی از خود را ارائه می‌دهند که پشتیبان رشد روانی-اجتماعی نسل جوان به خصوص در انتقال از دوره کودکی به نوجوانی و از نوجوانی به اوایل بزرگسالی است (۶).

در واقع صمیمیت، رابطه عاطفی، حمایت عاطفی همراه با نظارت و هدایت والدین با کاهش احتمال رفتارهای پرخطر در نوجوانان رابطه دارد (۷) و اختلافات شدید در خانواده موجب مشکلات هیجانی و رفتاری در نوجوانان می‌شود. مطالعات انجام شده در این زمینه به چالش‌ها و راه‌حلی‌هایی اشاره کرده‌اند که بیشتر آنها معطوف به روش‌های فرزندپروری و تأثیرات آنها بر مدیریت رفتار نوجوان است (۸). با این وجود پاسخ واضحی برای اینکه والدین بدانند چطور چالش‌های این دوران را پشت سر بگذارند، وجود ندارند و پژوهش‌های کیفی بسیار محدودی در مورد شناسایی نیازهای نوجوان در رابطه با والدینشان وجود دارد. از این حیث والدین از نیازهای عمیق نوجوانان باخبر نیستند و این موضوع می‌تواند عاملی برای پیش آمدن اختلافات خانوادگی در این دوره سنی باشد (۹).

والدین و نوجوانان ایرانی نیز از این موضوع مستثنی نیستند آنها نیز با مشکلاتی از این دست در روابطشان مواجه می‌شوند که می‌تواند سلامت روانی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. اهمیت رابطه والد-نوجوان و نقش آن در سلامت روانی نوجوانان از یک سو، و لزوم ارتقای این رابطه به منظور کاهش تنش و درگیری‌های بین والد و نوجوان از دیگر سو؛ و نیز اینکه سنگ بنای هر گونه اقدام پیشگیرانه و یا مداخلاتی شناسایی دقیق مشکلات مورد نظر و نیازهای موجود است لذا بررسی حاضر درصدد بهبود رابط والد فرزند با آموزش و مداخله درمان‌های روانشناختی است.

از میان رویکردهای درمانی مختلف مهمترین روش درمان برای این کودکان و نوجوانان در کنار دارودرمانی، آموزش مبنی بر نحوه سازگاری، مهارتی و درمانی است. از این دست مداخلات درمانی اثربخش برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی نوجوانان و سازگاری والدین و روابط والد فرزند، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های نو ظهور موج سوم، ترکیبی از ذهن آگاهی همراه با اصول رفتاری و ادراک صحیح فرد از ارزش‌های شخصی خود را به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد به کار می‌گیرد. مؤلفه‌های اصلی این درمان شامل شش فرایند محوری است که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند (۱۰). در حقیقت آنچه در این درمان

مهم است رسیدن به یک فرآیند کلی به نام بهبود رابطه والدفرزندی است که فرد را به عنوان شخصی آگاه نسبت به افکار و احساسات خود، کاملا در تماس با زمان حال و انجام دهنده رفتارهایی که وی را در مسیر زندگی به سمت ارزش‌ها حرکت می‌دهد و متعهد نسبت به این ارزشها معرفی می‌کند (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نظر می‌رسد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی، برای والدین ایرانی مناسب باشد (۱۲). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این درمان بر بهبود علائم و ارتباط والد-فرزندی کودکان و نوجوان (۱۳) و تنظیم هیجانات (۱۴)، افزایش ذهن آگاهی و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان (۱۵)، کاهش پریشانی روانشناختی (۱۶) و افزایش بهزیستی روانشناختی والدین (۱۷) مؤثر است.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش بر رابطه والد فرزند با تاکید بر استعاره و تمثیل تمرین‌های تجربی برای آزاد شدن از محتوای کلامی و ایجاد ارتباط بیشتر با تداوم تجربه در زمان حال است. در این درمان به جای ایجاد تغییر در شناخت و درگیری با آنها، تلاش بر این است که ارتباط روانشناختی فرد با احساسات و افکارش ارتقا یابد (۱۸) و منجر به بهبود روابط با دیگران گردد.

از دیگر درمان‌های مثبت نگر و موج سوم رفتاری، می‌توان به واقعیت درمانی اشاره کرد، که یک روش مشاوره و روان درمانی است و توسط گلاسر^۱ بنیان گذاری شده است (۱۹). واقعیت درمانی در تبیین یک نظریه پرورشی - آموزشی (پیشگیری) و درمان است (۲۰). این نظریه دارای کارایی‌های مختلف است مانند: خانه، مدرسه و مراکز درمانی (۲۱). هدف اصلی واقعیت درمانی ایجاد تغییر در هویت ناموفق فرد و ایجاد رفتارهای مسئولانه است، زیرا این رفتارها در انسان باعث ناراحتی و اضطراب و در نتیجه رابطه والد فرزند نامناسب می‌شود (۲۲). به نظر گلاسر افراد بیش از آن که توسط محرک‌ها و انگیزه‌های بیرونی برانگیخته شوند، توسط محرک‌های درونی برانگیخته می‌شوند (۲۳).

در حقیقت، تمامی رفتارهای فرد برای ارضای نیازهای پنج گانه است بروز هر نوع رفتار ناسازگاری در فرد، تلاشی است که فرد به منظور مهار ادراکات و تحکم در زندگی خود انجام می‌دهد، این به این معنی است که اضطراب، افسردگی، پرخاشگری را فرد شخصا برای خود با انتخاب‌های اشتباه و نادانسته، به بار می‌آورد تا به این وسیله بر خشم و احساس تنهایی چیره گردد و از حمایت و یاری دیگران بهره مند شود (۲۴)، لذا، می‌توان این طور نتیجه گرفت که این دو درمان موج سوم از لحاظ تاکید زیادی که بر عمل به جای تفکر دارند و نیز بر تاکید که بر ارزش‌های اخلاقی دارند و نیز برنامه ریزی هوشمند با یکدیگر مشترکند اما تفاوت نخست این که، در مقابل واقعیت درمانی که مشکل اصلی را سعی و تلاش انسان‌ها برای کنترل کردن دیگر افراد می‌داند و بر دنیای بین فردی تاکید دارد (۲۴)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه مشکلات را در درون فرد دانسته و سعی در جنگیدن و یا انکار و حذف افکار و احساسات ناخوشایند و کنترل بر آنها به هر قیمتی را ریشه مشکلات می‌داند (۲۵). دوم اینکه، با توجه به اساس نظری شان واقعیت درمانی بخش زیادی از آموزش خود را معطوف این می‌دارد که به افراد بیاموزد با مسئولیت پذیری بالا و به دور از کنترلگری به ارضای نیازهای پنجگانه خود بپردازند (۲۴) ولی درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد با تاکید بر ارزش‌ها و با استفاده از گسلش و پذیرش و ذهن آگاهی به سمت رفتارهای مؤثر ارزش مدار بروند (۲۵). حال برای پژوهشگران این سؤال پیش می‌آید که کدام رویکرد در حل مسائلی که به عنوان متغیر وابسته این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند توانمندتر هستند. از این رو، در این مطالعه تلاش بر این است که به این سوال پاسخ داده شود که آیا اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والدفرزند دانش آموزان پسر در مقطع متوسطه دوم تفاوت دارد یا خیر؟

روش پژوهش:

روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ شهر همدان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش لینهان و دیمف و همکاران^۱ (۲۶) با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد که با گمارش تصادفی، ۲۰ نفر در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش دوم (واقعیت درمانی) و ۲۰ نفر در گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-فرزند در ۲ مرحله پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل: ۱. دانش آموزان پسر؛ ۲. دانش آموزان متوسطه دوم؛ ۳. دانش آموزان ناحیه ۲ شهر همدان و معیار خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه (به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی بر شیوه‌ی هیز و همکارانش^۲ (۲۷) و گروه آزمایش واقعیت درمانی بر اساس پروتکل گلسر و همکاران^۳ (۲۸) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برنامه ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند.

ابزار پژوهش عبارت بود از پرسش‌نامه ارزیابی رابطه والد-فرزند^۴ که توسط فاین، مورلند و اسکوبل^۵ که در سال ۱۹۸۳ ساخته شد (۲۹). این پرسشنامه از ۲۴ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش کیفیت ارتباط والدین و فرزندان به کار می‌رود. پرسش‌نامه رابطه والد-فرزند دو فرم دارد که یکی برای سنجش رابطه فرزند با مادر و دیگری برای سنجش رابطه فرزند با پدر است. هر دو فرم برای پدر و مادر یکسان است، به جز کلمات «پدر» و «مادر» که قابل تغییر است. اما در فرم‌های پدر و مادر عامل‌های مختلفی وجود دارد. مؤلفه‌های نسخه پدر شامل: احساسات مثبت، درگیری و آمیختگی پدر، ارتباطات و خشم می‌باشد و مؤلفه‌های نسخه مادر شامل: احساسات مثبت، تنفر/گم‌گشتگی نقش، تعیین هویت و ارتباطات می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۷ نقطه‌ای می‌باشد. گویه‌های شماره ۹، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و سپس نمرات گزینه‌ها جمع می‌شوند و بر تعداد گزینه‌های هر عامل تقسیم می‌شود (میانگین هر خرده مقیاس). نمره کل، مجموع میانگین خرده مقیاس‌ها است (۳۰). روایی و پایایی پرسش‌نامه در پژوهش فاین، مورلند و اسکوبل (۲۹) به این صورت است که مقیاس رابطه والد-فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد، این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسش‌نامه بر ۲۴۱ آزمودنی به دست آورده‌اند. در پژوهشی که عراقی (۳۱) انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه‌شده برای پرسش‌نامه پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان‌دهنده همسانی درونی خوبی است. این پرسش‌نامه با تمایز بین کودکان خانواده‌های طلاق و کودکان خانواده‌های سالم، روایی گروه‌های شناخته‌شده و روایی پیش‌بین خوبی دارد.

درمان پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی هیز و همکارانش در سال ۲۰۰۶ تدوین شد (۲۷). این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر اجرا شد.

1 Linehan, Dimeff

2 Hayes

3 Glasser

4 Parent-Child Relationships Scale PCRS

5 Fine, Moreland and Schwebel

جدول ۱. شرح بسته درمان پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم اجرا است، تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلق، تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	تمرین ذهن آگاهی، در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود، استفاده از تمثیل شخص ولگرد، استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمثیل ریگ‌های روان، تیشه زدن به ریشه دلیل یابی زدن، استفاده از تکنیک ناهم آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلس از تهدیدهای زبانی	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر، روش رو کردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	تمرین ذهن آگاهی، تمرین فرونشانی افکار
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	تمرین ذهن آگاهی، قطب نمای ارزش‌ها اتوبوس، تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	تمرین ذهن آگاهی، تمرین مشاهده گر، تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	تمرین محتوا روی کارت، تکالیف مادم العمر زندگی را زندگی کنیم.

واقعیت درمانی: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی پروتکل گلسر و همکاران تدوین شد (۲۸). این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر اجرا شد.

جدول ۲. شرح بسته واقعیت درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، تعیین قوانین گروه با همکاری اعضا، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضا گروه با همدیگر و برقراری رابطه مبنی بر اعتماد بین اعضا و ابلاغ قوانین گروه.
دوم	آموزش مفاهیم و نظریه‌های واقعیت درمانی، معرفی چگونگی و چرایی رفتار از سوی اشخاص، تمرکز به آگاهی و شناخت اعضا از خودشان و شیوه تأثیر این شناخت بر شخص و دیگران، شناسایی نقاط قوت و ضعف و تلاش برای رسیدن به هویت موفق، کمک کردن به اعضا برای آشنایی بیشتر با خودشان و نیازهای اساسی (شناخت ۵ نیاز اصلی انسان، فهرست کردن نیازهای اساسی اعضا با سعی خودشان و بررسی اهمیت برآورده شدن این نیازها)
سوم	گرفتن بازخورد از جلسه گذشته، درخواست برای توضیح درباره دید کلی اعضا مربوط به اشتغال و زندگی مشترک کنونی شان و بررسی دلایل نگرش اعضای گروه درباره وضعیت کنونی زندگی. بررسی کردن اهداف اشخاص برای زندگی شان و مشخص کردن میزان هدفمند بودن آنها، معرفی رفتار و آشنا کردن اعضا با چهار مؤلفه رفتار کلی: فکر،

احساس، عمل و فیزیولوژی، آموزش مهارت تصمیم گیری و تفسیر تغییرافکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان اکنون.	
معرفی و تعریف تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری، مشخص کردن میزان دسترسی یا ناموفق بودن اعضای گروه برای استفاده از رفتار و اقدام در زمان حال به منظور اشتغال و بررسی اینکه رفتار کنونی شان به جهت رسیدن اعضا به هدف و نیازهایشان چه کمکی می‌تواند بکند.	چهارم
کمک به اعضا به جهت شناخت رفتار و احساسی که در زمان حال دارند، کم اهمیت نشان دادن گذشته در مقابل رفتارهای امروزی و تأکید به کنترل درونی در مقایسه با اشتغال، آشنا کردن اعضا با هیجاناتی مثل اضطراب و افسردگی از دیدگاه واقعیت درمانی و آموزش مهارت تن آرامی به منظور کنترل و تنظیم هیجانات، نشان دادن اهمیت برنامه ریزی برای انجام شدن سریع تر و بهتر کارها، استفاده درست از زمان و آموزش برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به اهداف دیگر در زندگی مشترک.	پنجم
آشنایی کردن اعضا با مسئولیت هایشان و کمک به پذیرش مسئولیت‌ها و افزایش مسئولیت پذیری در برابر انتخاب رفتارهایشان و راهکارهایی که باعث گرایش به ناامیدی و کم شدن شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند. معرفی و توضیح رفتارهای تخریب گر و سازنده در رابطه‌ها و آموزش اینکه چگونه در لحظه باید زندگی کرد.	ششم
آموزش اصول و مفاهیم ده گانه رویکرد انتخاب، پذیرش مسئولیت‌ها در برابر رفتار، آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و انجام تکالیف حتی خیلی کم، مبنی بر افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعدی و گرفتن نامه تعهد کتبی از اعضا به منظور اجرای آن و نیاوردن هیچ عذر و بهانه ای.	هفتم
گرفتن بازخورد از جلسات قبلی، مرور آنها و جمع بندی، بررسی و تأکید دوباره برای پذیرفتن مسئولیت توسط اعضا، کمک به افراد برای استفاده از کنترل درونی، رویارو شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی راجع به صحیح و یا غلط بودن رفتار، زندگی در این لحظه و در نهایت فرآیند تغییر که باعث کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌گردد.	هشتم
داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و سطح معنیداری $P > 0/05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.	

یافته‌ها :

در این فصل ابتدا وضعیت آماری پاسخگویان مورد توصیف قرار گرفته، سپس فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون آماری قرار گرفته است.

جدول ۳. وضعیت رابطه والد- فرزند دانش آموزان در پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس‌ها	گروه‌ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رابطه پدر- فرزند	گروه آزمایش ۱	۲۰	۱۰۵/۸	۲۴/۷۱۲	۱۲۳	۲۲/۲۹
رابطه مادر- فرزند	(پذیرش و تعهد)	۲۰	۱۲۴/۶	۲۷/۴۰۸	۱۴۰/۸	۲۶/۹۲
رابطه پدر- فرزند	گروه آزمایش ۲	۲۰	۱۰۶/۲	۲۹/۵	۱۴۵/۴	۲۷/۱۱
رابطه مادر- فرزند	(واقعیت درمانی)	۲۰	۱۲۶/۲	۱۴/۷۹	۱۵۹/۲۵	۹/۸۶

۲۲/۹۷	۱۰۲/۵	۲۳/۷	۱۰۲/۶	۲۰	رابطه پدر- فرزند
۲۵/۵۳	۱۲۲/۵۵	۲۵/۶۵	۱۲۱/۹۵	۲۰	رابطه مادر- فرزند

در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والد-فرزند در دانش آموزان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است، برای این منظور از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره از همتا بودن سه گروه در پیش آزمون اطمینان حاصل گردیده و وجود پیش شرط‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس از قبیل نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون، همسانی واریانس‌ها، همسانی کوواریانس‌ها و مفروضه عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

معدناداری	درجه آزادی	درجه آزادی	مقدار F	ارزش	اثر
sig	خطا	فرضیه			
۰/۹۶	۱۰۸	۸	۰/۳۱	۰/۹۶	گروه لامبدای ویلکز

با توجه به داده‌های جدول شماره ۴، مقدار لامبدای ویلکز ($f = ۰/۳۱$ و $sig = ۰/۹۶$) است، بنابراین تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد مطالعه در پیش آزمون وجود ندارد از این رو می‌توان گفت سه گروه در پیش آزمون همتا هستند.

جدول ۵. مقایسه خرده مقیاس‌های سه گروه در پیش آزمون

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معناداری sig
اثر گروه	رابطه پدر و فرزند	۱۵۵/۷۳۳	۲	۷۷/۸۶۷	۰/۱۱	۰/۸۹
	رابطه مادر و فرزند	۱۸۴/۳	۲	۹۲/۱۵	۰/۱۷	۰/۸۴
خطا	رابطه پدر و فرزند	۳۸۸۲۱/۲	۵۷	۶۸۱/۰۷۴		
	رابطه مادر و فرزند	۳۰۹۳۴/۹۵	۵۷	۵۴۲/۷۱۸		
جمع	رابطه پدر و فرزند	۶۹۸۷۹۸	۶۰			
	رابطه مادر و فرزند	۹۵۷۴۰۳	۶۰			
جمع تصحیح شده	رابطه پدر و فرزند	۳۸۹۷۶/۹۳۳	۵۹			
	رابطه مادر و فرزند	۳۱۱۱۹/۲۵	۵۹			

با توجه به داده‌های جدول ۵، مقادیر آزمون (f و sig) بدست آمده در مورد هر یک از متغیرها به ترتیب زیر می‌باشد: رابطه پدر- فرزند ($f = ۰/۱۱$ و $sig = ۰/۸۹$) و رابطه مادر- فرزند ($f = ۰/۱۷$ و $sig = ۰/۸۴$) که نشان می‌دهد گروه اثر معناداری بر هر یک از متغیرها در پیش آزمون نداشته است و سه گروه در پیش آزمون همتا بوده‌اند.

الف- بررسی رعایت مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس: در این بخش شروط نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرها همسانی واریانس‌ها و همسانی کوواریانس‌ها، عدم هم خطی بین متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱. شرط نرمال بودن داده‌ها: برای آگاهی از نرمال بودن داده‌ها از آزمون ناپارامتریک کولموگراف اسمیرونف (K-S) استفاده می‌شود، جدول شماره ۶، نتیجه تحلیل را گزارش می‌کند.

جدول ۶. آزمون کلموگراف اسمیرونف (K-S) برای بررسی نرمال بودن داده‌های آزمون

مراحل آزمون	مقیاس‌ها	مقادیر آماری	گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی به شیوه گروهی)	گروه کنترل
پیش آزمون	رابطه پدر- فرزند	مقدار (K-S)	۰/۶۶	۰/۴۵	۰/۹۲
		معناداری sig	۰/۷۷	۰/۹۸	۰/۳۶
	رابطه مادر- فرزند	مقدار (K-S)	۰/۸۳	۰/۶۶	۰/۷۴
		معناداری sig	۰/۵۱	۰/۷۷	۰/۶۴
پس آزمون	رابطه پدر- فرزند	مقدار (K-S)	۰/۵۱	۰/۷۸	۰/۹۵
		معناداری sig	۰/۹۵	۰/۵۸	۰/۳۳
	رابطه مادر- فرزند	مقدار (K-S)	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۷۲
		معناداری sig	۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۶۸

با توجه به مقادیر (K-S) و مقدار (sig) در مورد هر یک از آزمون‌ها، توزیع داده‌ها نرمال است و وجود نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

۲. بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی: با استفاده از نمودار پراکندگی رابطه پدر- فرزند و رابطه مادر- فرزند سه گروه مورد بررسی قرار گرفته است و رابطه بین آن متغیرها خطی می‌باشد و از پیش فرض لازم برخوردار است.
۳. مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته: برای واریانس عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین داده‌های پیش‌آزمون رابطه پدر- فرزند و رابطه مادر- فرزند سه گروه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول ۷. ضریب همبستگی نمرات پیش‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	رابطه پدر		رابطه مادر	
	P	r	P	r
رابطه پدر- فرزند	۰	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰
رابطه مادر- فرزند	۰/۴۶	۰	۰	۰/۰۰۰۱

نتایج ضریب همبستگی بین متغیرها رابطه پدر- فرزند، رابطه مادر- فرزند سه گروه در پیش‌آزمون بیانگر عدم وجود رابطه خطی بین متغیرها قبل از اجرای طرح است.

۴. شرط همسانی واریانس‌ها با آزمون لون: برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. داده‌های مربوطه در جدول ۷ آمده است.

جدول ۸. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	F	Df1	Df2	sig
پس آزمون رابطه پدر- فرزند	۰/۶۸	۲	۵۷	۰/۵۱
پس آزمون رابطه مادر- فرزند	۱/۶۹	۲	۵۷	۰/۲۱

با توجه به داده‌های جدول ۸ و مقادیر F و sig ، واریانس متغیرهای وابسته سه گروه با همدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و شرط برابری واریانس‌ها مورد تایید است. با توجه به وجود پیش فرض‌های مورد نیاز برای اجرای تحلیل کوواریانس، با استفاده از این آزمون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والد-فرزند در دانش آموزان بررسی می‌شود.

جدول ۹. آزمون کوواریانس

معداری sig	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	مقدار F	ارزش	اثر	گروه
۰/۰۰۰۱	۱۰۸	۸	۱۸/۱۴	۰/۱۸۲	لامبادای ویلکز	

با توجه به داده‌های جدول ۹، مقدار لامبادای ویلکز ($F=18/14$ و $sig=0/0001$) گروه اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است، بنابراین می‌توان گفت: بین میزان اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی و گروه کنترل، بر رابطه والد-فرزند در دانش آموزان تفاوت وجود دارد. مقایسه میزان تاثیر روش‌های مذکور بر هر یک از متغیرهای رابطه والد-فرزند با توجه به جدول ۱۰ و آزمون تعقیبی شفه، صورت گرفته است. برای بررسی اثر اجرای طرح بر هر یک از متغیرهای وابسته از جدول شماره ۱۰ استفاده شده است.

جدول ۱۰. جدول خلاصه تحلیل کوواریانس به منظور اثر بین گروهی

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری sig	اندازه اثر
	رابطه پدر-فرزند	۱۸۴۱۶/۱۳۳	۲	۹۲۰۸/۰۶۷	۱۵/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶
اثر گروه	رابطه مادر- فرزند	۱۳۴۶۹/۰۳۳	۲	۶۷۳۴/۵۱۷	۱۳/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳
	رابطه پدر-فرزند	۳۳۴۴۱/۸	۵۷	۵۸۶/۶۹۸			
خطا	رابطه مادر- فرزند	۲۸۰۰۳/۹	۵۷	۴۹۱/۲۹۶			
	رابطه پدر-فرزند	۹۶۸۹۷۰	۶۰				
جمع	رابطه مادر- فرزند	۱۲۳۲۰۷۸	۶۰				
	رابطه پدر-فرزند	۵۱۸۵۷/۹۳۳	۵۹				
جمع تصحیح شده	رابطه مادر- فرزند	۴۱۴۷۲/۹۳۳	۵۹				

با توجه به داده‌های جدول ۱۰، مقادیر آماری مربوط به اثر گروه بر رابطه پدر-فرزند و رابطه مادر-فرزند به ترتیب ($F=15/69$ و $sig=0/0001$) و ($F=13/71$ و $sig=0/0001$) که بیانگر این است که گروه اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است، بنابراین

می‌توان گفت: استفاده از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی و کنترل بر رابطه والد-فرزند در دانش آموزان تاثیر دارد، تاثیر هر گروه در آزمون فرضیه‌های فرعی مورد سنجش قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه والد-فرزند در دانش آموزان تاثیر دارد. با توجه به داده‌های جدول بالا، ردیف مربوط به اثر گروه بر رابطه پدر-فرزند، ($f=15/69$ و $\text{sig}=0/0001$) است، که نشان می‌دهد، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه پدر-فرزند تاثیر داشته، همچنین، اثر گروه بر رابطه مادر-فرزند، ($f=13/71$ و $\text{sig}=0/0001$) است، که نشان می‌دهد، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه مادر-فرزند تاثیر داشته، برای بررسی این تاثیر از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است، جدول ۱۱ نتایج تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول ۱۱. آزمون شفه برای مقایسه میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه پدر-فرزند و مادر فرزند

گروه			
کنترل پدر فرزند	کنترل مادر فرزند	(j)	گروه (i)
۲۰/۵	۱۸/۲۵	تفاوت (i-j)	پذیرش و تعهد
۰/۰۳۴	۰/۰۴۱	سطح معناداری	
۴۲/۹	۳۶/۷	تفاوت (i-j)	واقعیت درمانی
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	سطح معناداری	

با توجه به داده‌های جدول شماره ۱۱، میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش پذیرش و تعهد بر رابطه پدر-فرزند ۲۰/۵ نمره بیشتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه پدر-فرزند تاثیر دارد ($i-j=20/5$ ، $\text{sig}=0/034$). میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه پدر-فرزند ۴۲/۹ نمره بیشتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه پدر-فرزند تاثیر دارد ($i-j=42/9$ ، $\text{sig}=0/0001$ ، j).

میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش پذیرش و تعهد بر رابطه مادر-فرزند ۱۸/۲۵ نمره بیشتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه مادر-فرزند تاثیر دارد ($i-j=18/25$ ، $\text{sig}=0/041$ ، i).

میانگین پس آزمون گروه تحت درمان به روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه مادر-فرزند ۳۶/۷ نمره بیشتر از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر رابطه مادر-فرزند تاثیر دارد ($i-j=36/7$ ، $\text{sig}=0/0001$).

بحث و نتیجه گیری:

نتایج این یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در رابطه والد-فرزند تفاوت وجود دارد و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش معناداری در بهبود روابط والد-فرزندی داشته و تا حد زیادی میزان این مهارت را در این گروه افزایش داده است.

نتیجه این یافته با یافته‌های حبیبی، احمدی و زهراکار (۳۲) و جوشن پوش، فضیلت پور و رحمتی (۳۳) همسو است. کوینی و تامپسون^۱ (۳۴) در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود؛ و این بدین معنی است که هر گونه تلاش برای کنترل تجارب درونی کاهش می‌یابد. پیامد آن نیز افزایش پذیرش محتوای ذهن از طریق تکنیک‌های مرتبط با گسلس است که کاهش میزان تعارض بین مادران و فرزندان نوجوان را در پی داشته است. علاوه بر این یکی از علل تعارض والد-فرزند، نگرانی والدین درباره‌ی آینده فرزندان خود است. از آنجایی که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از علل آسیب شناسی روانی، عدم تمرکز بر زمان حال است، از طریق به‌کارگیری این رویکرد، تمرکز بر زمان حال افزایش یافته که به تبع آن میزان تعارض نیز کاهش یافته است.

بختیارپور (۳۵) در پژوهش خود گزارش کرد که روابط والد فرزندی بر تمامی ابعاد کارکردی و رشدی نوجوانان مخصوصاً عملکرد تحصیلی آنها تاثیر دارد، به گونه‌ای که خلل در آن، زمینه‌ی بروز هر اختلال در عملکرد فرد نوجوان را فراهم می‌سازد. نوروزی و همکاران (۳۶) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش سطح پذیرش و تعهد کارکردی به یکدیگر و روشن سازی ارزش‌های ارتباطی، نقش موثری در بهبود کیفیت روابط بین فردی و رفع مشکلات موجود در این قالب ارتباطی دارد. رضاپور میرصالح، اسماعیل بیگی و دلاوری (۳۷) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای حل تعارض والد-فرزند مادران دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری نشان دادند، داخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود راهبردهای حل تعارض والد-فرزند مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با هدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تاثیر مثبتی بر راهبردهای حل تعارض والد فرزند داشته باشد. از آنجا که این والدین از یک سو بازخوردهای نامناسب از سوی معلم نسبت به عملکرد تحصیلی فرزندشان دریافت می‌کنند که برای آنها بسیار استرس‌زا و دشوار است، از سویی دیگر بسیاری از این دانش آموزان در یادگیری به دلیل نگرش‌های سوگیرانه جامعه و مشکلات ارتباطی، مضطرب، نایمن، مقاوم در برابر پذیرش قانون، پرخاشگر و سرکش هستند. این رفتارها ممکن است با حس ناامنی و عدم پذیرش از سوی والدین پیوند داشته باشد. بنابراین ایجاد رابطه‌ای گرم، حمایت کننده و بدون تعارض از سوی والدین خصوصاً مادر و کنار آمدن مؤثر با مشکلات فرزند، می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری در این فرزندان شود.

از آنجا که راهبردهای حل تعارض والد - فرزند ریشه در باورها، عقاید و رفتار پدر و مادر دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اجزای درمانی خود مانند پذیرش، انعطاف پذیری و جهت گیری مثبت، به والدین داری فرزند نوجوان می‌آموزد که برای ارتباط موثر با فرزند خود بایستی به تمام نقاط ضعف و قوت فرزند خود توجه کنند. همچنین به آنها می‌آموزد که از تفکرات دوگانه سیاه و سفید دوری کنند و فرزند خود را با تمام مشکلات و کم و کاستی‌های خود بپذیرند (۲۷). این درمان با تغییر نحوه پاسخدهی این والدین نسبت به مشکلات فرزند خود از جمله مشکلات تحصیلی، بی‌نظمی، رفتارهای افراطی توجه طلبی و استرس، تعارض آنها را در ارتباط با فرزندانشان کاهش می‌دهد و به آنها می‌آموزد که بدون کناره‌گیری از فرزند خود، با تعامل و پذیرش وی مشکلات فرزندانشان را پذیرفته و از پاسخ‌هایی مانند واکنش‌های افراطی، نشخوارهای فکری، اجتناب‌های فعال و غیر فعال و هر پاسخی که کمکی به حل مشکل آنها در ارتباط با فرزندانشان نمی‌کند، دوری کنند (۲۶).

¹ Coyne, Thompson

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که جهت راهبردهای حل تعارض والد فرزند در فرزندان نوجوان می‌توان مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی مدونی جهت آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران توسط سازمان‌های مربوطه اعم از بهزیستی و آموزش و پرورش تدوین گردد.

نتایج این یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش که واقعیت درمانی و گروه کنترل در رابطه والدفرزند تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سطح $p < 0.001$ از لحاظ آماری معنی‌دار است. در واقع، که واقعیت درمانی نقش معناداری در بهبود روابط والد - فرزندی داشته و تا حد زیادی میزان این مهارت را در این گروه افزایش داده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پیغان، کراسکیان موجمباری، حسین زاده تقوایی و پیوندی (۳۸) و اسمعیل زاده (۳۹) همسوست. در مورد دلیل تاثیر واقعیت درمانی بر روابط والد-فرزند می‌توان به آموزش مهارت‌های ارتباطی از طریق رفتارهایی چون گفتگو، احترام گذاشتن، اعتماد کردن و دوری از رفتارهای کنترل‌گرانه مخرب رابطه در واقعیت درمانی اشاره کرد (۲۴). یدالهی صابر و همکاران (۴۰) نیز در پژوهش خود اشاره می‌کنند که آموختن تئوری انتخاب در فرایند واقعیت درمانی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری نوجوانان شده و با کاهش فشار مسئولیت از روی والدین شان، والدین می‌توانند وقت کیفی بیشتری برای ارتقا روابط به نوجوانان اختصاص دهند.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت واقعیت درمانی این باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می‌تواند برای برآوردن نیازهای اساسی خود شامل تعلق خاطر و رغبت اجتماعی (عشق)، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقاء و با ارزیابی خود خطاهایش را در برآوردن این نیازها تصحیح کند. این کنترل از راه یادگیری ایجاد می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب‌شناسی روانی آغاز خواهد شد که به معنای ارضای ناموفق این نیازها از راه تکرار انتخاب‌های نادرست گذشته است. بنابراین، به دست آوردن کنترل روی انتخاب‌ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب‌ها باید آموزش داده شود (۴۱).

محدودیت‌های پژوهش: محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از نوجوانانی قابل تعمیم است که در صد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از نوجوانان پسر تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به پسران نوجوان قابل تعمیم است.

کاربرد پژوهش: به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های متفاوت مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.B.SDJ.REC.1401.096 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference:

1. Ferraioli F, Culicetto L, Cecchetti L, Falzone A, Tomaiuolo F, Quartarone A, Vicario CM. Virtual Reality Exposure Therapy for Treating Fear of Contamination Disorders: A Systematic Review of Healthy and Clinical Populations. *Brain Sci.* 2024 17; 14(5): 510. doi: [10.3390/brainsci14050510](https://doi.org/10.3390/brainsci14050510). PMID: 38790488; PMCID: [PMC11118862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC11118862/).
2. Mastrotheodoros S, Van der Graaff J, Deković M, Meeus WHJ, Branje S. Parent-Adolescent Conflict across Adolescence: Trajectories of Informant Discrepancies and Associations with Personality Types. *J Youth Adolesc.* 2020; 49(1): 119-135. doi: [10.1007/s10964-019-01054-7](https://doi.org/10.1007/s10964-019-01054-7). Epub 2019 Jun 26. PMID: 31254242; PMCID: [PMC6987059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC6987059/).
3. Perz C, Swink SM, Khurana M. Green nail syndrome in a teenager. *J Osteopath Med.* 2023 Nov 9; 124(3): 137-138. doi: [10.1515/jom-2023-0187](https://doi.org/10.1515/jom-2023-0187). PMID: 37942732.
4. Mohammadi Nasab H, MazaheriTehrani MA, Rezaezadeh M, Heydari M. The needs of adolescents in parent-child relationship, a qualitative study. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2021; 18(42): 80-63. doi: [10.22111/jeps.2021.6386](https://doi.org/10.22111/jeps.2021.6386)
5. Long JR, Damle LF. Adolescent Sexuality. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2024; 51(2): 299-310. doi: [10.1016/j.ogc.2024.02.004](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.02.004). Epub 2024 Apr 4. PMID: 38777485; PMCID: [PMC11116809](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC11116809/).
6. Montalto GJ, Bernstein KS. Caring for the 21st Century Adolescent. *Pediatr Ann.* 2024; 53(1): e3-e4. doi: [10.3928/19382359-20231113-01](https://doi.org/10.3928/19382359-20231113-01). Epub 2024 Jan 1. PMID: 38194660.
7. Duval L, Lagrange-Xelot M, Moiton MP, Bourgoin P, Pommier V, Abdelmoumen K, Robin S, Rouquette V, Levin C. A Rare Case of Endocarditis in a Teenager. *Pediatr Infect Dis J.* 2024 1; 43(4): e145-e146. doi: [10.1097/INF.0000000000004224](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000004224). Epub 2023 Dec 14. PMID: 38100723.
8. Geschäftsstelle der DGKJP; Belling R, Jung M, F Xf Rster G, Romanos M, Bomke P. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2024; 52(1): 65-68. German. doi: [10.1024/1422-4917/a000967](https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000967). PMID: 38179663.
9. Bonilla S, Ndenginyoma A. Expérience des adolescentes enceintes depuis le processus décisionnel de maintenir la grossesse: une étude qualitative. *Rech Soins Infirm.* 2024; 155(4): 7-19. French. PMID: 38458966.
10. Wang M, Liu Q, Zhu Z, Guo X, Hu X, Cheng L. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2024; 28: 14-17. doi: [10.1111/wvn.12719](https://doi.org/10.1111/wvn.12719). Epub ahead of print. PMID: 38546159.
11. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Rufo-Barbero C, Matias-Soto J, Cano-García FJ. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Pain.* 2024; 25(3): 595-617. doi: [10.1016/j.jpain.2023.09.013](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013). Epub 2023 Sep 23. PMID: 37748597.

12. Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2024; 47(2): 419-431. [doi: 10.1016/j.psc.2024.02.007](https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007). Epub 2024 Mar 21. PMID: 38724128.
13. Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2024; 47(2): 419-431. [doi: 10.1016/j.psc.2024.02.007](https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007). Epub 2024 Mar 21. PMID: 38724128.
14. Byrne G, Cullen C. Acceptance and Commitment Therapy for Anger, Irritability, and Aggression in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review of Intervention Studies. *Trauma Violence Abuse.* 2024; 25(2): 935-946. [doi: 10.1177/15248380231167393](https://doi.org/10.1177/15248380231167393). Epub 2023 May 2. PMID: 37129045.
15. Durepos P, MacLean R, Ricketts N, Boamah SA, Witherspoon R, Gould O, Olthuis JV, Totton K, Tucker K, Boulay I, Robitaille A, Aquino-Russell C, Kaasalainen S. Engaging care partners of persons living with dementia in acceptance and commitment therapy (ACT) programs: a scoping review. *Aging Ment Health.* 2024; 28(5): 725-737. [doi: 10.1080/13607863.2023.2288864](https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2288864). Epub 2023 Dec 15. PMID: 38100551.
16. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2024; 110: 102432. [doi: 10.1016/j.cpr.2024.102432](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432). Epub 2024 Apr 10. PMID: 38615492.
17. Bouws J, Henrard A, de Koning M, Schirmbeck F, van Ghesel Grothe S, van Aubel E, Reininghaus U, de Haan L, Myin-Germeys I. Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early Interv Psychiatry.* 2024; 18(2): 122-131. [doi: 10.1111/eip.13442](https://doi.org/10.1111/eip.13442). Epub 2023 May 22. PMID: 37212359.
18. Balsom AA, Klest B, Sander B, Gordon JL. Acceptance and commitment therapy adapted for women with infertility: a pilot study of the Infertility Action program. *Reprod Health.* 2024; 21(1): 43. [doi: 10.1186/s12978-024-01766-5](https://doi.org/10.1186/s12978-024-01766-5). PMID: 38576027; PMCID: PMC10996141.
19. Zhang T, Li X, Zhou X, Zhan L, Wu F, Huang Z, Sun Y, Feng Y, Du Q. Virtual Reality Therapy for the Management of Chronic Spinal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Serious Games.* 2024; 12; 12: e50089. [doi: 10.2196/50089](https://doi.org/10.2196/50089). PMID: 38345832; PMCID: PMC10897798.
20. Schambach A, Buchholz CJ, Torres-Ruiz R, Cichutek K, Morgan M, Trapani I, Büning H. A new age of precision gene therapy. *Lancet.* 2024; 403(10426): 568-582. [doi: 10.1016/S0140-6736\(23\)01952-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01952-9). Epub 2023 Nov 22. PMID: 38006899.
21. Hsu PY, Singer J, Keysor JJ. The evolution of augmented reality to augment physical therapy: A scoping review. *J Rehabil Assist Technol Eng.* 2024; 5; 11: 20556683241252092. [doi: 10.1177/20556683241252092](https://doi.org/10.1177/20556683241252092). PMID: 38846024; PMCID: PMC11155346.

22. Lattré T, Decramer A, Vanhaecke J, Linden DV, Goubau J. Immersive Virtual Reality in Orthopedic Hand Therapy. *Hand Surg Rehabil.* 2024; 4: 101750. [doi: 10.1016/j.hansur.2024.101750](https://doi.org/10.1016/j.hansur.2024.101750). Epub ahead of print. PMID: 38971226.
23. Galun E. Gene therapy: from technology to reality. *Harefuah.* 2024; 163(2): 97-101. Hebrew. PMID: 38431858.
24. Bateni H, Carruthers J, Mohan R, Pishva S. Use of Virtual Reality in Physical Therapy as an Intervention and Diagnostic Tool. *Rehabil Res Pract.* 2024 Jan 25; 2024: 1122286. [doi: 10.1155/2024/1122286](https://doi.org/10.1155/2024/1122286). PMID: 38304610; PMCID: PMC10834096.
25. Obrero-Gaitán E, Chau-Cubero CY, Lomas-Vega R, Osuna-Pérez MC, García-López H, Cortés-Pérez I. Effectiveness of virtual reality-based therapy in pulmonary rehabilitation of chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review with meta-analysis. *Heart Lung.* 2024; 65: 1-10. [doi: 10.1016/j.hrtlng.2024.01.011](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2024.01.011). Epub 2024 Feb 7. PMID: 38330853.
26. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002; 67(1): 13-26. [doi: 10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x). PMID: 12062776.
27. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006; 44(1): 1-25. [doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006). PMID: 16300724.
28. [Glasser W, Zunin LM. Reality therapy. *Curr Psychiatr Ther.* 1972; 12: 58-61. PMID: 5032914.](https://doi.org/10.1016/j.psychther.2005.06.006)
29. Fine MA, Moreland JR, Schwebel AI. Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology.* 1983; 19(5):705-713 <https://doi.org/10.1037/0012-1649.19.5.703>
30. Boor Boor B, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad M R. The Effect of the Parent-Child Relationship Enrichment Training Package with An Emphasis on the Internet Use: A Mixed Methods Approach. *PCP* 2021; 9 (3): 199-210. [URL: http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-779-en.html](http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-779-en.html)
31. Araghi Y. Comparison of the quality of parent- Child Relationship of two Groups of Aggressive and Non Aggressive boy Students. *Journal of Psychological Studies.* 2008; 4(4): 113-129. [doi: 10.22051/psy.2008.1644](https://doi.org/10.22051/psy.2008.1644)
32. Habibi H, Ahmadi S, Zaharakar K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training (ACT) on Parent-Child Relationships and Psychological Hardiness in Male Adolescents. *Educational Psychology,* 2020; 16(58): 169-188. [doi: 10.22054/jep.2021.49164.2870](https://doi.org/10.22054/jep.2021.49164.2870)
33. Joshan-Poush S, Fazilat-Pour M, Rahmati A. The Effectiveness of Parent-Child Relationship Training based on ACT on the Parent-Adolescent Conflict of Mothers with

- Epileptic Child. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2018; 7(2): 39-50. doi: [10.22108/cbs.2018.86881.0](https://doi.org/10.22108/cbs.2018.86881.0)
34. Coyne L, Thompson A. Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of child internalizing problems. *Journal of Children & Family Studies*. 2011; 20 (6): 873-883. doi: [10.1002/jcv2.12107](https://doi.org/10.1002/jcv2.12107). PMID: 37431419; PMCID: [PMC10242951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC10242951/).
 35. Bakhtiarpour S. The Relationship between Parent-Child Conflict and the Emotional Atmosphere of the Family with Academic Performance in the First year High School Students of Karun city. *Journal of social Psychology*. 2017; 12(43): 45-53.
 36. Norozi M, Zargar F, Akbari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. *RBS* 2017; 15 (2): 168-174, <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-529-fa.html>
 37. Rezapour Mirsaleh Y, esmailbeigi M, Delavari M. Investigating the effectiveness of intervention based on acceptance and commitment in parent-child conflict resolution strategies in mothers of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 2018; 7(3): 77-90. doi: [10.22098/jld.2018.628](https://doi.org/10.22098/jld.2018.628)
 38. Peyghan K, Kraskian A, Hosseinzadeh M, Peyvandi P. Comparison of the Effectiveness of “Compassion-Based Group Therapy” and “Group Reality Therapy” on Parent-Child interaction in Mothers with Autistic Children. *JHPM* 2022; 11 (6): 12-25. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1436-fa.html>
 39. Esmailzadeh, Z. Effectiveness of parenting education based on Choice Theory on parent-child relationship and clinical symptoms of Oppositional Defiant Disorder. *Empowering Exceptional Children*, 2019; 10(3): 97-108. doi: [10.22034/ceciranj.2020.200510.1263](https://doi.org/10.22034/ceciranj.2020.200510.1263)
 40. Yadolahi Saber F, Ebrahimi ME, Zamani N, Sahebi A. The Effect of Choice Theory Training on Responsibility and Hopefulness of Female Students Islamic Azad University Hamedan. *Social Cognition*, 2019; 8(1): 165-174. doi: [10.30473/sc.2019.32877.2019](https://doi.org/10.30473/sc.2019.32877.2019)
 41. Khoshakhlagh, M., Sedaghati Fard, M. Explanation and prediction of mental health and self-satisfaction based on childhood trauma. *Family and Health*, 2024; 14(1): 205-225. doi: [10.22034/fh.2024.2025457.1310](https://doi.org/10.22034/fh.2024.2025457.1310)