

اثربخشی آموزش رفتار درمانی شناختی-رفتاری دیالکتیکی گروهی بر کاهش رفتارهای پر خطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم

مریم کیان^۱، معصومه آریانی پور^۲

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

^۲کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور واحد تهران

نام نویسنده مسئول:

معصومه آریانی پور

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

چکیده

رشد سریع جسمانی در دوره نوجوانی که البته با رشد شناختی و اجتماعی مناسب همراه نیست و نیز بالاتر بودن ویژگی‌هایی همانند خطرپذیری و هیجان خواهی در این دوره نسبت به دوره‌های دیگر عمر، می‌تواند زمینه‌های درگیرشدن نوجوانان در رفتارهای پرخطر گوناگون را فراهم نماید. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش رفتار درمانی شناختی-رفتاری دیالکتیکی گروهی بر کاهش رفتارهای پر خطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر گرمسار انجام شد. روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه دوم دختر شهر گرمسار بود. از بین این مدارس به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید و از بین دانش آموزان ۶۴ نفر که در پرسشنامه رفتارهای پرخطر بیشترین نمره را انتخاب کردند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ آزمایش/ ۱۵ کنترل). ابزار پژوهش مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روش آموزش درمان شناختی-رفتاری دیالکتیکی بر رفتارهای پرخطر و مولفه‌های آن یعنی رانندگی خطرناک مصرف الکل، خشونت، رفتار جنسی ناامن و گرایش به دوستی با جنس مخالف مؤثر بود و باعث کاهش این رفتارها گردید. بنابراین استفاده از روش آموزش درمانی دیالکتیک برای کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان به مشاوران و مربیان مدارس (متوسطه دوم) پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: شناختی-رفتاری، رفتار پرخطر، دانش آموزان

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت، که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی در جامعه مورد توجه قرار گرفته، شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقشار جامعه می‌باشد. به عنوان مثال، پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰، تنها میزان بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (اسلوسکی، ۲۰۰۴). هر چند که هیچ یک از اقشار جامعه از عواقب رفتارهای تهدیدکننده سلامت در امان نیستند، اما بعضی از گروه‌های اجتماعی از جمله نوجوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. نوجوانی دوره تغییرات اساسی جسمی، روانشناختی و تغییرات عمده در تعاملات اجتماعی و روابط رفتار افراد است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). نوجوانی، به عنوان یکی از چالش‌انگیزترین دوره‌های رشد انسان، می‌تواند زمینه بروز رفتارهای پرخطر را فراهم کند. نوجوانان، نسبت به دیگر گروه‌های سنی بی‌پروا تر، خطرپذیرتر و هیجان‌خواه تر هستند (اسپیر^۱، ۲۰۱۰). در واقع تغییرات زیستی، روانشناختی و اجتماعی که در دوره نوجوانی رخ می‌دهند، ممکن است باعث درگیر شدن در رفتارهای خود-تخریب ساز یا مضر برای سلامتی شوند (محمدزاده ابراهیمی، رحیمی پردنجانی و خراسانی نیا، ۱۳۹۴). رفتارشناسان به سنین نوجوانی لقب «پارادوکس سلامت» داده‌اند، در این دوره توانایی فیزیکی و حس سرزندگی در نوجوانان در بالاترین سطح خود قرار دارد (بلیکمر و میلز، ۲۰۱۴). رفتارهای پرخطر رفتارهای هستند که سلامت و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد. این رفتارها شامل رفتارهای هستند که یا سلامتی خود فرد را به خطر می‌اندازند، مانند مصرف الکل، مصرف سیگار و روابط جنسی نامطمئن، و یا رفتارهای هستند که سلامتی دیگر افراد را تهدید می‌کند، مانند دزدی، پرخاشگری، گریز از مدرسه و فرار از خانه (صمیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

پژوهش‌های مختلف دال بر میزان بالای کودکان و نوجوانان اقشار آسیب‌پذیر به بروز رفتارهای پرخطر به علت قرار گرفتن در شرایط نامساعد خانوادگی و اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی است. در واقع شیوه رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان در سال‌های اخیر به یک مسئله اجتماعی تبدیل شده است و نگرانی‌های عمیق را در سطوح مختلف مدیریتی در آموزش و پرورش و دانشگاه در جامعه به وجود آورده است. نتایج پژوهش رشید (۱۳۹۴) در یک پژوهش مقطعی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر شهر تهران نشان داد که تجربه قلیان کشیدن، کشیدن سیگار، رابطه جنسی، کتک کاری در بیرون از خانه و تجربه مصرف الکل به ترتیب همه گیرترین رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان دختر و پسر است و همچنین میانگین رفتارهای پرخطر در میان پسران بیشتر از دختران است (رشید، ۱۳۹۴). آتش نفس و قربانی (۱۳۹۳) نیز در یک تحقیق کیفی به بررسی و تبیین دیدگاه‌های دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر سمنان نسبت به رفتارهای پرخطر شایع در این ن و عوامل خانوادگی مؤثر بر آن پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که از دیدگاه اکثریت دانش‌آموزان رایج‌ترین رفتار پرخطر در این گروه نی «دوستی با جنس مخالف» است. همچنین از دیدگاه اکثریت آنها رفتارهای پرخطر در میان دانش‌آموزان دوره متوسطه از فراوانی بالایی برخوردار است به گونه‌ای که پسران بیشتر به مواردی نظیر دوستی با جنس مخالف، مصرف مواد مخدر و استعمال دخانیات به صورت تفننی، مشاهده فیلم‌های مبتذل، هنجار شکنی، مزاحمت‌های خیابانی، فرار از مدرسه و خانه اشاره نمود (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به صدمات و خسارت‌های جبران‌ناپذیر به جامانده از رفتارهای پرخطر و صرف هزینه‌های زمانی و مالی گزاف، پیش‌بینی و شناسایی عواملی که باعث این رفتارها می‌گردد، به عنوان بهترین روی آورد برای کاهش بروز رفتارهای پرخطر و تهدیدکننده در سطح جامعه یاد می‌شود (صمیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

پیاژه در نظریه رشد شناختی معتقد است در دوران نوجوانی علاوه بر تغییرات جسمی و جنسی تحولات شگرفی نیز در تفکر نوجوان ایجاد می‌گردد (سیف، ۱۳۹۲). تفکر انتزاعی دارای ویژگی‌های انتقاد از بزرگترها و مسئولان، توجه به خود، خودمحوری، بی‌تصمیمی و گاه دوگانگی در تفکر و عمل است. یکی از علل «شکاف بین نسلی» در این دوران تضاد بین حرف و عمل بزرگترها است (سیدمحمدی، ۱۳۹۲). همچنین او معتقد است نوع جدیدی از خودمحوری در دوران نوجوانی به وجود می‌آید و نوجوان به تماشاگران خیالی و افسانه شخصی می‌اندیشند، وقتی افسانه شخصی با هیجان‌های نوجوان در هم می‌آمیزد به مخاطره جویی نوجوانان کمک می‌کند و آنها را متقاعد می‌سازد که آسیب‌پذیر نیستند و می‌توانند دست به رفتارهای پرخطر بزنند. در نظریه

¹ Spear

رشد روانی-اجتماعی اریکسون (۱۹۷۹) دوران نوجوانی را دوره هویت یابی می نامد. نوجوانان به کشف استقلال «خود» می پردازند و به عبارت دیگر «خود» را پیدا می کنند، تا بتواند خود را پیدا نماید. نوجوانان از راه تعاملات اجتماعی و بدست آوردن تجربه هویت خود را به دست می آورند. شکل گیری هویت نوجوانان در این سن می تواند موفقیت ها و داشتن خود پنداره مثبت را در او پایه ریزی کند. برخلاف آن نیز اگر فرد در این سنین نتواند «هویت خود» را شکل دهد در تمام دوران زندگی دچار احساس خود کم بینی و حقارت خواهد بود و گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر خواهد داشت (علیزادگانی، اخوان تفتی و خادمی، ۱۳۹۶).

تحقیقات حاکی از آن است که مداخله برای کاهش رفتارهای پرخطر در سنین نوجوانی ضروری است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از مداخلات مورد توجه روانشناسان در سال های اخیر استفاده از رفتار درمانی دیالکتیک بوده است. رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی- رفتار است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه ها و فنون فلسفه ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش است، در آمیخته و بر این اساس چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوه ی درمان گروهی خود مطرح می کند، هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه های تغییر (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷). براساس نظر لینهان یکی از ایرادهای اصلی رویکرد شناختی آن است که بین تزه های درمانگر و بیمار یکپارچگی برقرار نمی کند زیرا در این رویکردها اغلب تأکید اصلی بر ایجاد تغییر در هیجان ها، شناخت ها و رفتارهای مراجع است. در این شرایط مراجع احساس می کند فرایند درمان نه تنها رفتارهای او را نامعتبر می سازد، بلکه باعث می شود او خود را فردی نامعتبر بداند. لینهان مشکل درمانی فوق را با به کارگیری اصول آیین ذن به ویژه استفاده از تمرین های ذهن آگاهی حل می کند. آیین ذن مبتنی بر پذیرش محض واقعیت است. از سوی دیگر، پذیرش بدون قید شرط و معتبرسازی بیش از اندازه رفتارهای مراجع نیز مشکلاتی به همراه دارد، از جمله آنکه که مراجع تلقی می کند مشکلات او جدی گرفته نشده است. بدون توجه به تغییر و حل مسئله، رفتارهای مداخله گر در درمان دوباره رخ خواهد داد. بنابراین، از نظر لینهان تلفیق دو شیوه با یکدیگر، برقراری تعادل میان ایجاد تغییر و پذیرش واقعیت، راهکارهای مناسب به نظر می رسد (سوالز و هیرد، ۲۰۰۹).

برخی پژوهش ها تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی را بر کاهش رفتارهای پرخطر و خود آسیب رسان را مورد تأیید قرار داده اند (اشنل و هرپرترز، ۲۰۰۶؛ فلیس چاکر و همکاران، ۲۰۱۱). کریمی بهلولی و هاشمی آذر (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر سازگاری دانش آموزان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر افزایش سازگاری آزمودنی ها مؤثر بوده است. مامی سلطانی و ابراهیمیان (۱۳۹۴) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی را بر افسردگی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک و رفتار درمانی شناختی در میزان افسردگی مؤثر بود.

بنابر ضرورت انجام پژوهش، هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول می باشد، و با نظر به آنچه گفته شد و مبانی نظری فرضیه زیر قابل تدوین است:

✓ روش درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول مؤثر است.

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه دوم دختر شهر گرمسار بود. از بین این مدارس (مدرسه متوسطه دخترانه هاجر) به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. روش انتخاب نمونه بدین صورت بود که پرسشنامه رفتارهای پرخطر اجرا گردید. سپس از بین دانش آموزان مدرسه، آنهایی که نمرات بالای ۶۴ در پرسشنامه رفتارها پرخطر را به دست آوردند به عنوان نمونه انتخاب شدند. در ادامه از میان آنها ۳۰ نفر به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایش/ ۱۵ نفر گروه کنترل). به آزمودنی ها این اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند.

ابزار پژوهش مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) استفاده شد. در این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری نوجوانان در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل خشونت، سیگار کشیدن، مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف به کار گرفته شده است. زاده محمدی و همکاران این طور گزارش کرده اند که: پاسخ گویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه ها در یک مقیاس ۵ گزینه از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) بیان کردند. اعتبار مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (LARS) به روش همسانی درونی و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. آزمون KMo برابر با ۰/۹۴۹ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت بخش بود و آزمون کروییت و بارتلت از نظر آماری معنادار بود. همچنین میزان اعتبار LARS و خرده مقیاس های آن در سطح مناسب و مطلوب بود؛ به طوری که میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸، مواد مخدر ۰/۹۰۶، مصرف الکل ۰/۹۰۷، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵۶ و گرایش به جنس مخالف ۰/۸۰۹ به دست آمد (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰۶ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش: برای اجرا و گردآوری داده ها ابتدا پژوهشگر بعد از گرفتن مجوز از مدرسه به محیط پژوهش وارد شد و پس از انتخاب آزمودنی ها، آنها را به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داد. سپس در مرحله پیش آزمون پرسشنامه رفتارهای پرخطر در بیرون گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد و به آنها پاسخ دادند. پس از آن پروتکل درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در بین گروه آزمایش اجرا گردید و دوباره در مرحله پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل به پرسشنامه رفتارهای پرخطر جواب دادند. محتوای جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی ارائه می گردد.

جدول ۱. جلسات و محتوای آموزش درمانی شناختی- رفتاری دیالکتیک

تعداد جلسات	محتوای درمان
جلسه اول	تعیین ساختار جلسات، قوانین و مقررات، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روشهای تفکر و رفتار به شیوه ی دیالکتیکی آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی ارایه ی تکلیف جلسه بعد.
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش مهارتهای بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روشهای مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و...، تدوین برنامه ی توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، اطلاع دهی از عواقب رفتارها، ارایه ی تکلیف جلسه بعد.
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش مهارتهای پیشرفته ی تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری، ارایه ی تکلیف جلسه ی بعد.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، ارایه ی مهارتهای بنیادین توجه آگاهی: آشنایی با مهارتها، تمرین بی توجهی، اهمیت مهارتهای توجه آگاهی، تفکر درباره ی عواقب رفتارهای خطرناک رایج ی تکالیف جلسه ی بعد.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، ارایه ی مهارتهای پیشرفته ی توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آگاهگر، قضاوتها و برچسبها، قضاوت نکردن ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه ی توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارایه ی تکالیف جلسه بعد.
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش مهارتهای بنیادین و پیشرفته نظم بخشی: هیجانها و نحوه ی عمل آنها، مهارتهای نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجانها، افزایش هیجانهای مثبت، رویارویی با هیجان، حل مساله، ارایه ی تکالیف جلسه بعد.

جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط موثر: رفتار منفعل- پرخاشگرانه، تناسب خواسته های من و آنها، نسبت خواسته ها و بایدها، مهارت آموزی، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، رایه ی تکالیف جلسه بعد.
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته ی ارتباط موثر: شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته ها، پیش نویسه‌های جسارتمندی، گوش دادن جسارتمندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره نحوه ی تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به فرضیه‌های پژوهشی ارائه شده است. جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد را در مورد متغیر «رفتارهای پرخطر» نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

مؤلفه ها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین	انحراف معیار
رفتارهای پرخطر نمره کلی	آزمایش	۳۷/۲۳	۸/۸۳
	کنترل	۳۶/۸۳	۸/۷۲
رانندگی خطرناک	آزمایش	۹/۶۳	۳/۸۳
	کنترل	۹/۷۲	۳/۸۳
مصرف الکل	آزمایش	۸/۲۶	۴/۸۲
	کنترل	۸/۴۷	۲/۸۲
خشونت	آزمایش	۸/۷۶	۲/۲۸
	کنترل	۸/۷۲	۸/۷۸
رفتار جنسی ناامن	آزمایش	۸/۸۱	۲/۷۲
	کنترل	۸/۰۲	۱/۸۹
گرایش به دوستی با جنس مخالف	آزمایش	۶/۷۴	۱۵/۸۴
	کنترل	۶/۷۴	۲/۷۲

فرضیه پژوهش: روش درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای پر خطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول مؤثر است.

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض های آن، یعنی مستقل بودن، نرمال بودن، همگنی واریانس ها و شیب خط رگرسیونی بررسی شدند. ابتدا نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کولموگورف- اسمرینف بررسی می شوند.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگورف- اسمرینف نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	مقداره آماره Z	مقدار معناداری
رفتارهای پرخطر	۰/۴۳۴	۰/۳۴۸
رانندگی خطرناک	۰/۷۳۸	۰/۷۸۸

۰/۴۳۳	۰/۷۴۸	مصرف الکل
۰/۸۴۳	۰/۶۷۳	خشونت
۰/۷۴۸	۰/۸۴۳	رفتار جنسی نا امن
۰/۶۵۱	۰/۶۴۹	گرایش به دوستی با جنس مخالف

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند ($P > 0.05$).

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها

متغیر	مقادیر آماره لوین
رفتارهای پرخطر	۰/۰۱۳
رانندگی خطرناک	۰/۵۶۷
مصرف الکل	۰/۴۳
خشونت	۱۸/۹۲
رفتار جنسی نا امن	۰/۸۲۹
گرایش به دوستی با جنس مخالف	۱/۴۳۳

در جدول فوق نیز مشاهده می شود، مقدار F برای تمام متغیرها به جزء نمره مصرف الکل معنادار نیست ($P > 0.05$). نتایج آزمون رگرسیونی نیز نشان داد که بین گروه ها در پیش آزمون تعامل وجود ندارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت بین گروه های پژوهش در متغیر مؤلفه های رفتارهای پرخطر

ردیف	متغیرهای پژوهش	SS	DF	MS	F	P	مجذور اتا
۲	رانندگی خطرناک	۲۳۴/۳۴	۱	۲۳۴/۳۴	۴/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۵۴۳
	مصرف الکل	۶۲۲/۴۷	۱	۶۲۲/۴۷	۵/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۳۴۹
۳	خشونت	۲۱۱/۵۸	۱	۲۱۱/۵۸	۹/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۲۸
۴	رفتار جنسی نا امن	۱۸۳/۹۲	۱	۱۸۳/۹۲	۹/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۴۸۹
۵	گرایش به دوستی با جنس مخالف	۱۷۲/۲۱	۱	۱۷۲/۲۱	۱۶/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۴۷

نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول بالا نشان می دهد که بین میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون و در مؤلفه های رانندگی خطرناک مصرف الکل، خشونت، رفتار جنسی نامن و گرایش به دوستی با جنس مخالف تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). این نتایج بدین معناست که روش آموزش درمان شناختی- رفتاری دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خطرناک دانش آموزان دختر مؤثر بوده است.

نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش رفتار درمانی شناختی-رفتاری دیالکتیکی گروهی بر کاهش رفتارهای پر خطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر گرمسار بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روش آموزش درمانی شناختی- رفتاری دیالکتیکی بر کاهش رفتارهای خطرناک دانش آموزان و مؤلفه های آن یعنی رانندگی خطرناک مصرف الکل، خشونت، رفتار جنسی نا امن و گرایش به دوستی با جنس مخالف مؤثر بود. به عبارت دیگر میزان رفتارهای خطرناک و مؤلفه های

آن در پس آزمون گروه آزمایش کمتر از نمرات همین متغیرها در پس آزمون گروه کنترل بود. این یافته ها با نتایج پژوهش های صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۳)، علیجانداده (۱۳۹۳)، کومتویس^۲ و همکاران (۲۰۰۷) و لنز^۳ (۲۰۱۴) همسو می باشد.

در تبیین این نتایج می توان بیان کرد که به دلیل اینکه نوجوانان با عوامل متعدد تنش زا، از قبیل ترس و خشم، اعتیاد، افسردگی، رفتارهای پرخشونت و ناکامی دیر یا زود در ورطه ی ناهنجاری های شدید جسمانی، روانی و اجتماعی قرار می گیرند. لذا باید شرایطی تحقق یابد که بتوانند با مسائلی چون روبه رو شدن با واقعیت و سازگار شدن با تغییران آشنا شوند (ارژنگ و شریفی درآمدی، ۱۳۹۰). در دوره نوجوانی بعضی از نوجوانان گرایش به رفتارهای پرخطر همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد، داشتن روابط جنسی ناسالم و فرار از مدرسه یا خانه را دارند (رحمانی، ۱۳۹۵). بررسی رفتارهای پرخطر از حیث نتایجی که برای زندگی، سلامت و رشد روانی و اجتماعی نوجوانان به همراه می آورد از قبیل بیمارهای روحی و روانی همچون افسردگی و ناخوشی یا حتی مرگ (ایروین^۴، ۱۹۹۳).

از آنجا رفتارهای خطرناک براساس هیجانات نه به جا و تصمیم های نادرست انجام می شود، در رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از فنون و مهارت های تنظیم هیجان، مشکلات مربوط به بروز رفتارهای پرخطر را کنترل و کاهش دهد. از طرفی رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت گرایانه ارائه می شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگارانه را به درمانجو آموزش می دهد و تقویت می کند؛ بنابراین، درمان مذکور می تواند در کاهش رفتارهای خود تخریبی مؤثر باشد (دیگیورگیو، گلاس و آرنکوف^۵، ۲۰۱۰). در واقع این روش درمانی با آموزش مهارت های میان فردی، ابزار جدیدی برای بیان نظرات و نیازها، شناخت بیشتر خود و رفتارهای خود در ارتباط با دیگران، تعیین محدودیت ها و بحث درباره راه حل مسأله در اختیار درمانجویان قرار می دهد. لذا این درمان با آموزش این مهارت ها می تواند ضمن حمایت از روابط میان دانش آموزان با یکدیگر، به آنها کمک می کند که به صورت محترمانه این روابط را در طول زمان ادامه دهند و در جهت بهبود اصلاح رفتارهای خود اقدام کنند (لنگوا^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). درباره اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی و افکار خودکشی دانش آموزان دختر به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش افسردگی و خودکشی دانش آموزان مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که روش درمانی دیالکتیک در افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش پرخاشگری، افزایش جرأت ورزی در رفتار و پذیرش خود اثربخش بوده است.

از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که نتایج آن فقط مربوط به مدرسه ی هاجر در شهر گرمسار بوده است و از تعمیم دهی آن به مناطق و بخش های دیگر باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به یافته های این پژوهش به مربیان و مشاوران مدارس، به ویژه مدارس دوره متوسطه دوم پیشنهاد می گردد که جهت کاهش و کنترل رفتارهای خطرناک دانش آموزان از آموزش درمان های شناختی رفتاری دیالکتیکی استفاده کنند.

² Comtois³ Lenz⁴ Irwin⁵ DiGiorgio, Glass, Arnkoff⁶ Lengua

منابع و مراجع

- [۱] ارژنگ، حمید؛ شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان پسر. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- [۲] آتش نفس، الهه؛ قربانی، راهب؛ طباطبائی، سید موسی؛ عباسپور، حسین. (۱۳۹۳). رفتارهای پرخطر شایع و عوامل خانوادگی مؤثر بر آن از دیدگاه جوانان (پژوهش کیفی). فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۰(۳): ۲۳۳-۲۰۷.
- [۳] رحمانی، فرناز. (۱۳۸۵). ارتباط شیوه تربیتی والدین با میزان مشکلات رفتاری دانش آموزان. مجله اصول و بهداشت روانی، ۸، ۳۰-۲۹.
- [۴] رشید، خسرو. (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۷): ۵۶-۳۲.
- [۵] رضایی، محمد؛ نورعلی، فرخی؛ دارابی، فردین؛ محمدی، جواد. (۱۳۹۷). تاثیر تلاوت قرآن بر میزان خطرپذیری نوجوانان در مقابل رفتارهای پرخطر. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۹(۳۵): ۹۸-۷۹.
- [۶] سیدمحمدی، یحیی. (۱۳۹۲). روانشناسی رشد، تهران، انتشارات ارسباران.
- [۷] سیف، علی اکبر. (۱۳۸۷). روانشناسی پرورشی نوین، تهران: انتشارات نشر دوران.
- [۸] صفاری نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره؛ دماوندیان، ارمغان. (۱۳۹۳). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۴(۱۵): ۱۵۸-۱۴۱.
- [۹] صمیمی، زبیر؛ حیرتی، حبیبه؛ رامش، سمیه؛ کرد تمینی، مسلم. (۱۳۹۵). نقش انگیزش تحصیلی در تبیین رفتارهای پرخطر دانش آموزان اقشار آسیب پذیر. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۳).
- [۱۰] عزیزادگانی، فاطمه؛ اخوان تفتی، مهناز؛ خادمی، ملوک. (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر تهران. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۹(۲).
- [۱۱] کریمی بهلولی، محمد؛ هاشمی آذر، ژانت (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر سازگاری و کاهش کمروبی دانش آموزان پسر دبیرستانی شهرستان خواف در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- [۱۲] مامی، شهرام؛ سلطانی، شیرین؛ ابراهیمیان، شیرین. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی و درمان رفتاری دیالکتیکی بر افسردگی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶(۹): ۸۰۱-۷۹۳.
- [۱۳] محمدزاده، ابراهیمی؛ رحیمی پردنجانی، طیبه؛ خراسانی نیا، امیرپویا. (۱۳۹۴). نقش سیستم های مغزی- رفتاری در پیش بینی رفتاری در پیش بینی رفتارهای پرخطر دانش آموزان مقطع متوسطه شهر بجنورد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۹۴(۷): ۱۷۵-۱۸۸.
- [14] Slusky, R. I. (2004). Decreasing High-risk Behavior in Teens. A Theatre Program Empowers Students to reach out to Their Peers. *HealthCare Executive*, 19(1), 48-4.
- [15] World Health Organization (WHO). (2009). Why do we need to invest in the health and development of adolescents. *Washington: WHO*.
- [16] DiGiorgio, K. E., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2010). Therapists' use of DBT: A survey study of clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 213-221.
- [17] Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of applied developmental psychology*, 28(1), 40-55.
- [18] Irwin, C. E. (1993). *Adolescence and risk taking: How are they related?* In N. Bell and Bell (Eds.), *Adolescent risk taking*. Newbury Park, CA: Sage Publications. (pp. 7-28).
- [19] Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26-35.

- [20] Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 406-414.
- [21] Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental review*, 12(4), 339-373.
- [22] Miller AM, Rathus JH, Linehan MM. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford; 38-95.
- [23] Swales, M.A., Heard, H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York. Rutledge.
- [24] Schnell, K., Herpertz, S.C. (2006). Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*. 41(10), pp 837-847.
- [25] Fleischhaker CH, Bohme R, Sixt B, Bruck CH, Schneider C, Schulz E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5:3.