

فصلنامه رویکرد فلسفه در مدارس و سازمان ها، دوره ۱، شماره ۳، زمستان ۱۴۰۱، صفحه ۳۳ تا ۴۸

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد

مرجان آقایی^۱، فریده هاشمیان نژاد*^۲، نازیاسادات ناصری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

پژوهش حاضر به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد پرداخته است. پژوهش حاضر با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن کلیه دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۹۹؛ نمونه‌های مورد نظر (۳۰ نفر) به صورت نمونه گیری در دسترس؛ از جامعه آماری انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۶ جلسه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. پرسشنامه‌های تحریک پذیری باس و پلومین (۱۹۸۴) و قلدری ایلی نويز (۲۰۰۱) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد و در کلیه تجزیه و تحلیل‌های آماری این پژوهش از نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش معنی‌داری در نمره تحریک پذیری و قلدری داشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریک پذیری و قلدری دانش آموزان پیش دبستانی موثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، قلدری، تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی.

۱- کارشناسی ارشد گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران mrjnaqayy@gmail.com

۲- استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران (نویسنده مسئول) hash@mshemiandiau.ac.ir

۳- استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران naseri5586@mshdiau.ac.ir

مقدمه

دوران پیش دبستانی دوره اکتشاف، اتکاء به نفس، کنترل بر خود، توانایی تصمیم‌گیری و دوره اولیه تحصیل است (براک، وایتمن و گوردون^۱، ۲۰۱۱). این دوره زمانی است که دانش‌آموزان نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید را می‌پذیرد و مهارت‌های اجتماعی را برای برعهده گرفتن آن نقش‌ها فرا می‌گیرد (هریس، دانکن و بویسجولی^۲، ۲۰۱۶)؛ ولی از آنجا که مدل و الگویی دقیق، روشن و همه جانبه در زمینه رفتار مناسب برای او تعریف نشده است، دانش‌آموزان پیش دبستانی به سبک سنگین کردن رفتارها، آزمایش نقش‌ها، اعلام تمایز از بزرگسالان و در برخی موارد به نادیده گرفتن قواعد دست می‌زند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۲) و سرانجام این رشد نقش‌ها با انجام رفتارهایی همچون قلدری در دانش‌آموزان پیش دبستانی همراه می‌شود. دوران پیش دبستانی سال‌های مناسبی برای تشخیص مشکلات کودکان، مداخله بهنگام و پیش‌گیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی آینده آنان است. مداخله بهنگام و تغییر رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره حساس، موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان شده و کودک را برای پذیرش مسئولیت‌های تحصیل دبستانی آماده می‌سازد. یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان خردسال که موجب مراجعه به روانشناس می‌گردد، مشکلات روانشناختی و بین فردی است (هریس، دانکن و بویسجولی^۳، ۲۰۱۶).

از طرفی کارگرگ و گرور^۴ (۲۰۰۳) رفتارهای قلدرانه را به رفتارهایی اطلاق می‌کنند که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای دانش‌آموزان افزایش دهد (سراج زاده، ۱۳۸۱). درک خطرپذیری رفتار تحریک آمیز و قلدرانه کودک و تأکید بر آن به عنوان اقتضای قابل انتظار این دوره سنی و نه به عنوان رفتاری انحرافی و مجرمانه، امکان شناخت و پیشگیری از فرایند جرم‌پذیری را در کودکان واقع‌بینانه‌تر می‌سازد (لی^۵، ۲۰۱۰). ایران دارای ساخت جمعیتی جوانی است. حجم بالایی از افراد جامعه را کودکان و نوجوانان و حجم وسیعی از مسائل، دشواری‌ها و چالش‌های جامعه را مسائل آنان تشکیل می‌دهد. آنچه مسلم است کودکان بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض رفتارهای تحریک آمیز و قلدرانه قرار دارند. اگرچه بزرگسالان رفتارهای تحریک آمیز را تجربه می‌کنند اما کودکان آنها را بیشتر انجام می‌دهند به طوری که انجام این رفتارها از ابتدای کودکی تا میانه آن افزایش می‌یابد و در اواخر جوانی شدیداً افت می‌کند (لطف آبادی، ۱۳۹۲) اما متناسب با این حجم، تحقیقات و بررسی‌های کافی و کارآمدی انجام نگرفته است، کنترل مشکلات رفتاری (قلدری و تحریک پذیری) کمتر به عنوان موضوع پژوهش روانشناسی و جامعه‌شناختی مطرح شده و یا به طور پراکنده و گسیخته مورد بررسی قرار گرفته‌اند (مظفری، ۱۳۹۲). بررسی رفتارهای پرخطر قلدری و تحریک پذیری از حیث نتایجی که برای زندگی، سلامتی و رشد روانی و اجتماعی کودک به همراه می‌آورد از قبیل: بیماری‌های روحی و روانی همچون افسردگی، ناخوشی (مارکوییز و گالبن^۶، ۲۰۰۴)، ترک تحصیل، فرار از مدرسه، عدم موفقیت تحصیلی (جسور^۷، ۱۹۹۲)، و درگیری‌های مختلف دارای اهمیت است (به نقل از صدیقی ارفعی، ۱۳۹۱).

- 1 -Brook, Whiteman & Gordon
- 2 -Harris, Duncan & Boisjoly
- 3 -Harris, Duncan & Boisjoly
- 4- Carr Greg & Grover
- 5 -Lee
- 6 -Marquez & Galbon
- 7 -Jessor

قلدری از رفتارهای مشکل ساز دوره‌ی کودکی است که اخیراً توجه پژوهشگران و صاحب نظران حیطه روانشناسی تربیتی را در سه دهه اخیر به خود معطوف ساخته است و موضوع محوری مطالعات بسیاری بوده است (پاتچین و هیندوجا^۱، ۲۰۱۱). قلدری رفتاری پرخاشگرانه یا آزاردهنده‌ی تعمدانه است که توسط یک فرد یا یک گروه از افراد در یک دوره زمانی به صورت مکرر اعمال می‌شود و شامل عدم توازن قدرت است (نانشل^۲ و همکاران، ۲۰۱۴)، که در قالب رفتارهای جسمانی، کلامی و ارتباطی پدیدار می‌شود (لی^۳، ۲۰۱۰). اگرچه عمده تحقیقات انجام یافته مرتبط، به چگونگی پیشگیری از وقوع قلدری در بین دانش‌آموزان پرداخته‌اند، اما مطالعات محدودی به بررسی متغیرهای همبسته با آن اختصاص یافته‌اند که اساس ارائه یک رویکرد پیشگیرانه و مداخله مؤثری است به ویژه آن که شکل بروز قلدری و ماهیت آن در سال‌های اخیر تغییر یافته است (تئودورو، کاپلر، رودریگز، دفریتاس و هاسه^۴، ۲۰۰۵). در حالی که قلدری سنتی عمدتاً در محیط مدرسه یا در مسیر رفت و آمد به مدرسه اتفاق می‌افتد و بر ارتباطات واقعی و چهره به چهره مبتنی است، قلدری غیرسنتی با استفاده از عموماً تجهیزات الکترونیکی و تکنولوژی‌های جدید صورت می‌گیرد و عمده‌ترین خصیصه آن عدم وابستگی به ارتباط چهره به چهره بین قلدر و قربانی است (کندال^۵، ۲۰۱۰). در قرن ۲۱ افراد قلدر برای آزار رساندن و زورگویی نسبت به همسالانشان از شیوه‌های جدیدتری چون مزاحمت‌های تلفنی یا نشر تصاویر یا مطالب واقعی یا غیرواقعی درباره آنها در محیط مجازی وب می‌پردازند. این نوع اخیر قلدری، تحت عنوان قلدری سایبری نیز، مصطلح است (پاتچین و هیندوجا، ۲۰۱۱) و به معنای اعمال یکسری رفتارهای عمدی و تکرارشونده آزاردهنده از طریق کامپیوتر، تلفن و دیگر وسایل الکترونیکی تعریف می‌شود. بنابراین بدون هیچ تردیدی، قلدری در هر دو صورت آن جزو دغدغه‌ها و مسائل اجتماعی دنیای معاصر است که توجه، مطالعه و مداخلات تجربی را می‌طلبد (هیندوجا و پاتچین^۶، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر کن نل لی، نوکانتینی، مانسینی، پپلر، کریگ^۷ (۲۰۱۰) مشکلات روانشناختی و بین فردی را به عنوان مشکلات جهانی در میان همه کودکان اعلام کرده‌اند؛ و این مشکلات را مختص فرهنگ و جامعه خاصی نمی‌دانند. آنچه باعث توجه محققان به مشکلات روانشناختی و بین فردی شده است، آثار نامطلوب آن بر رفتار اجتماعی و همچنین، آثار ناخوشایند آن بر حالات درونی افراد است. کودکان با مشکلات روانشناختی و بین فردی غالباً قدرت مهار رفتار خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه ای را که در آن زندگی می‌کنند، زیر پا می‌گذارند (وب استراتراتون و رید^۸، ۲۰۰۳). مشکلات روانشناختی و بین فردی به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های روانشناختی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ بطوریکه بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری اجتماعی در محیط کار نیز تاثیر منفی بگذارد (مایرز^۹، ۲۰۱۴). اغلب کودکان با مشکلات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان، کاهش می‌یابد (براون و پرسی^{۱۰}، ۲۰۱۳). دانش آموزان پیش دبستانی در برخی اوقات زود انگیخت شده، به

1- Patchin & Hinduja

2- Nansel

3 -Lee

4 -Teodoro, Kappler, Rodrigues, de Freitas & Haase

5 -Kendall

6 -Hinduja & Patchin

7 -Connolly, Nocentini, Menesini, Pepler, Craig

8 -Webster-Stratton & Reid

9 -Myers

10 -Brown & Percy

گونه ای که واکنش آنها در برابر مسائل غالباً از دانش آموزان دیگر مقاطع بیشتر و پرهیجان تر است. بنابراین آنان گاه تحت تأثیر هیجان دست به کارهای عجیب و غیر معقول و گاه خارق العاده می‌زند. از طرف دیگر احساسات و عواطف آنها نیز در حد اعلی است به طوری که در دوستی و دشمنی افراط می‌کنند (هلستلا و سورندر^۱، ۲۰۱۱). دانش آموزان پیش دبستانی از محرک‌های هیجانی به سرعت متأثر می‌شوند و قادر به مهار احساساتی همچون خشم و قلدری در خود نیستند (مظفری، ۱۳۹۲).

از دیگر سو در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت (چودر، داگن و بار^۲، ۲۰۱۳) در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بود) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها) درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی که می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا استرس‌های اجتماعی و... باشند (هی و استورزا^۳، ۲۰۱۰). همچنین با بررسی پژوهش‌ها در داخل و خارج در راستای موضوع مشخص شد که تاکنون پژوهشی جامع در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد صورت نگرفته است و صرفاً موضوعاتی نسبتاً نزدیک در این حوزه انجام شده از جمله اینکه: جان سو^۴ (۲۰۱۷)، کارلین و والسر^۵ (۲۰۱۶)، جولی و درل^۶ (۲۰۱۴)، لوپس‌هایس^۷ (۲۰۱۱)، ویهوف، اوسکام، اسکوروس و بالمیجر^۸ (۲۰۱۱)، ریوز^۹ (۲۰۱۰) به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی اذعان نموده اند.

در بحث اهمیت و ضرورت پژوهش می‌بایست بیان نمود که یکی از اهداف عمده درمانی خصیصه‌ها و عواطف منفی دانش آموزان، نیل به رشد فردی و برقراری رابطه مفید و مؤثر بدون رفتار پرخاشگرانه با دیگران و تحریک پذیری است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش آموزان پیش دبستانی یک ضرورت است. یکی از ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اکتسابی بودن آنهاست و در حال حاضر بسیاری از محققان اتفاق نظر دارند که بیشتر رفتارهای اجتماعی آموختنی هستند (هیرازکا، رستگار، کانتگ، نورول، اندرسونوهارت، ۲۰۱۵)، زیرا دانش آموزانی که در محیط‌های نامناسب

1- Helstela & Sourander

2- Chaudoir, Dugan & Barr

3 -Hayes & Strosahl

4 - John-Su

5 - Karlin & Walser

6- Julie & Drill

7 - Louise Hayes

8 - Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer

9 - Ruiz

زندگی می‌کنند، از لحاظ اجتماعی رفتارهای ناسازگارانه و نامطلوبی دارند. هیز و استراسلا (۲۰۱۰) کسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعاملات مشکل‌زا با دیگران و عواطف منفی مؤثر است و از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افراد باعث می‌شود که آنها کفایت عاطفی را در خود افزایش دهند و در نهایت میزان عواطف منفی در آنها کاسته شود (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). بنابراین در این تحقیق سعی بر این می‌باشد تا با ارائه مطالبی جدید و نو در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گامی مثبت در جهت بهبود قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی برداشته شود. بنابراین با توجه مطالب بیان شده این مطالعه درصدد است به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد دانش آموزان پیش دبستانی بپردازد. لذا در این پژوهش، پژوهشگر به این سؤال پژوهشی پاسخ خواهد داد که، آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد تاثیر دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر می‌باشد که از طریق نمونه گیری در دسترس بدست آمد. ابزار جمع آوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌های تحریک پذیری باس و پلومین (۱۹۸۴) و قلدری ایلی نويز (۲۰۰۱) بود.

پرسشنامه تحریک پذیری باس و پلومین (۱۹۸۴): این پرسشنامه از بررسی آماری خلق و خوی خاص بزرگسالان (باس و پلومین، ۱۹۸۴) اقتباس شده است. سه زیرمقیاس تحریک پذیری که با این مقیاس سنجیده می‌شوند: جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری می‌باشند. پرسشنامه تحریک پذیری باس و پلومین (۱۹۸۴) دارای ۱۵ ماده می‌باشد. برای هر ماده ۵ پاسخ درمقیاس لیکرت (۱ = به هیچ عنوان در مورد من صدق نمی‌کند تا ۵ = کاملاً در مورد من صدق می‌کند) ذکر شده است. نمرات پاسخ‌ها به صورت گروه‌های سه تایی از ماده آزمونها جمع بندی می‌شوند. ابتدا پاسخ‌ها را به ماده آزمون‌های ۱، ۷ و ۱۱ جمع می‌بندیم، این جمع منعکس کننده سطح جامعه پذیری آزمودنیست. سپس پاسخ‌ها را به ماده آزمون‌های ۲، ۶ و ۱۲ جمع می‌بندیم، این جمع بیانگر سطح فعالیت آزمودنیست. همچنین حاصل جمع پاسخ‌ها به ماده آزمون‌های ۳، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵ بازتابی از گرایش کلی آزمودنی نسبت به هیجان پذیری است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است.

پرسشنامه قلدری ایلی نويز (۲۰۰۱): اسپلیج وهالت در سال (۲۰۰۱) پرسشنامه قلدری ایلنویز را طراحی نمودند. این پرسشنامه ۱۸ سوال داشته و هدف آن ارزیابی میزان قلدری دانش آموزان از ابعاد مختلف می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۳ بعد بوده که در زیر ابعاد و نیز شماره سوال مربوط به هر بعد ارائه گردیده است: قلدری: ۱، ۲، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ زد و خورد: ۳، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ قربانی: ۴، ۵، ۶، ۷. طیف نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای می‌باشد. نمره بین ۱۸ تا ۳۶: میزان قلدری فرد، کم است. نمره بین ۳۶ تا ۵۴: میزان قلدری فرد، متوسط است. نمره بالاتر از ۵۴: میزان قلدری فرد، زیاد است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان بر اساس کتاب راهنمای این درمان که توسط وستراپ^۱ (۲۰۱۴) و کتاب دیگر که توسط ایزدی و عبادی (۲۰۰۵) نوشته شده، طرح ریزی و روایی آن توسط چند متخصص این حیطه، بررسی و تأیید شد (ورسبه، لیب، مایر و هوایر^۲، ۲۰۱۷). رئوس مطالب، جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان وستراپ (۲۰۱۴)

جلسات	هدف
ابتدا جلسات والدین: ۳ جلسه	
پیش جلسه	آشنایی اولیه با آزمودنی ها و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه ها و ایجاد اعتماد و اجرای پیش آزمون
جلسه اول	معرفی درمان و فلسفه آن، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی و بیان استعاره «دو کوه»، سنجش هدفمند (سنجش بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) استعاره «لوله کش»، مقدمه ای بر درماندگی خلاق و بیان استعاره «چکش»، «مزرعه»، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق و استعاره «لنگر»، ارائه تکلیف: دادن فرم یادداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن.
جلسه دوم	سنجش عملکرد، مرور بازخوردها در مورد جلسه قبل، مرور تکلیف، ویژگی های والد عاشق، استعاره «سفر»، بیان حساسیت های مسیر والدگری و مثال «راندگی روی یخ» و استعاره «تشییع جنازه»، استعاره «جزیره» و مطرح کردن ارزش ها، ارائه تکلیف: پیدا کردن رفتارهای جزیره ای و کاهش رفتارهای قلدرانه و تحریک پذیری کودک.
جلسه سوم	سنجش عملکرد، مرور تکلیف، قوانین مسیر والدگری استعاره «اداره پرهج و مرج»، مثال تخم مرغ خراب و سالم در مورد تحکیم قوانین و ساختار خانواده، ایجاد تمایل و گسلش: استعاره «نیش پشه»، استعاره «مهمان» و «اتوبوس»، ادامه بحث ارزش ها و تعهد، تکلیف: حرکت به سمت والد عاشق، مشخص کردن اهداف در جهت ارزش فرزندپروری و آگاهی نسبت به موانع تحریک پذیری و هیجان های درونی.
جلسات کودک: ۶ جلسه	
جلسه اول	معارفه و آشنایی همه با بازی، هدف از جلسات با ارائه نقشه گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه، تفهیم درست مشکل کودک (آزمودنی)، ارائه قوانین جلسات، ارائه فن و جمع بندی
جلسه دوم	مرور تکلیف و بازخورد جلسه قبل، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف در مورد نوشتن احساسات، افکار و نحوه مدیریت و تاثیر آنها بر قلدری و تحریک پذیری آزمودنی ها.
جلسه سوم	بازخورد و تکالیف جلسه قبل، تفهیم اینکه مهار خود مسئله است با کم، استعاره ببار و بازی، بازی مار و پله برای شروع معرفی قلب و سم، تکلیف برای درست کردن جعبه سم و قلب، و نوشتن ببهایی که سراغ کودک می آیند.
جلسه چهارم	بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل، تحکیم ارزش ها به وسیله بازی دارت و قرار دادن ارزش های کودک در جعبه قلب، و اجتناب های او در جعبه سم، معرفی شش ارزش کلی (معنویت و خدا، تحصیل، پدر و مادر، سلامتی، دوستان و تفریح) و تدیین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت در جهت آنها، تکلیف و دادن فرم ارزش ها به کودک.
جلسه پنجم	بازخورد و بررسی تکالیف جلسه قبل، گسلش و استعاره اتوبوس، تمایل و استعاره رادیو، تکلیف یافتن مسافران مزاحم و باطل کردن قراردادهای آنها
جلسه ششم	بازخورد و مرور تکلیف جلسه قبل، تعهد و ارائه فایل قراردادهای، فرم سربزرگ، تکلیف و پیمان نامه. مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و در نهایت از مراجعین برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد.

1- Westrup

2 - Wersebe, Lieb, Meyer & Hoyer

یافته ها

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۱ پیرامون نرمال بودن داده ها و در ادامه در جداول ۲ تا ۸ به تحلیل فرضیه های پژوهش پرداخته شد. برای استفاده از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون ابتدا فرض نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف انجام می شود که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۲ نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	گروه	نوع آزمون	Z کالموگروف- اسمیرنف	P	کجی	کشیدگی	نرمال یا غیر نرمال
جامعه پذیری	کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۲	۰/۶۶	-۰/۶۴	نرمال
	آزمایش	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۵	۰/۴۲	-۰/۸۰	نرمال
		پیش آزمون	۰/۱۷	۰/۹۲	۰/۵۰	-۰/۸۳	نرمال
	سطح فعالیت	کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۸۸	-۰/۰۸	-۱/۷۷
آزمایش		پس آزمون	۰/۲۰	۰/۸۶	۰/۰۰۱	-۱/۹۷	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۸۸	۰/۴۲	-۱/۴۷	نرمال
هیجان پذیری		کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۵	-۰/۳۰	۰/۲۶
	آزمایش	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۴	-۰/۰۲	۰/۷۶	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۰	۰/۴۲	-۱/۲۰	نرمال
	تحریک پذیری (کل)	کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۱	-۰/۹۳	۰/۶۳
آزمایش		پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۱	-۱/۱۹	۱/۵۴	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۸۹	-۱/۱۷	۱/۲۴	نرمال
قلدری		کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۳	-۰/۸۴	-۰/۱۵
	آزمایش	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۴	-۰/۸۸	۰/۷۲	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۳	۰/۹۳	-۰/۹۳	نرمال
	زد و خورد	کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۲	۰/۵۳	-۰/۷۸
آزمایش		پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۴	-۰/۷۸	۰/۰۰۴	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۱	-۰/۷۳	-۰/۰۷	نرمال
قربانی		کنترل	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۸۹	-۱/۲۷	-۱/۴۸
	آزمایش	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۰	-۰/۸۸	-۰/۰۷	نرمال
		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۵	-۰/۱۴	-۰/۹۶	نرمال
	قلدری (کل)	کنترل	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۴۰	-۰/۲۸	-۰/۹۶
آزمایش		پیش آزمون	۰/۱۴	۰/۹۱	-۰/۴۲	-۰/۹۲	نرمال
		پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۵	-۰/۳۵	-۰/۹۱	نرمال
کنترل		پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۹۴	۰/۱۳	-۱/۱۸	نرمال
	پس آزمون	۰/۲۰	۰/۹۱	-۰/۱۵	-۱/۴۳	نرمال	
آزمایش	پیش آزمون	۰/۲۰۰	۰/۹۲	-۰/۷۴	-۰/۱۶	نرمال	
	پس آزمون	۰/۲۰۰	۰/۹۰	-۰/۴۲	-۱/۲۰	نرمال	

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که داده‌های این تحقیق نرمال می‌باشد چرا که سطح معنی‌داری آن بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از طرف دیگر مقدار کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها بین ۲ تا ۲- می‌باشد که نشان از نرمال بودن داده‌ها می‌باشد.

جدول ۳ آزمون‌های اثر پیلاپی، لامبدای ویلکز، اثرهاتلینگ و بزرگترین ریشه روی بررسی معنی‌داری تحلیل کواریانس چندمتغیری

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۰/۴۵	۷/۱۷	۳	۲۶	۰/۰۰۶
لامبدای ویلکز	۰/۵۴	۷/۱۷	۳	۲۶	۰/۰۰۶
اثرهاتلینگ	۰/۸۴	۷/۱۷	۳	۲۶	۰/۰۰۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۴	۷/۱۷	۳	۲۶	۰/۰۰۶

در جدول ۳ با توجه به این که مقدار آزمون لامبدای ویلکز ۰/۵۴ و با ارزش ۰/۰۰۶ به دست آمده است فرضیه اصلی تایید می‌شود هر چند که نتایج هر چهار آزمون اثر پیلاپی، لامبدای ویلکز، اثرهاتلینگ و بزرگترین ریشه روی نشان دادند که سطح معناداری (۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری) گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. به عبارتی حداقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر یکی از متغیرهای وابسته (جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری) تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می‌شود. در جدول زیر نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تحریک پذیری (جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری) ارائه شده است.

جدول ۴ خلاصه تحلیل کواریانس برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تحریک پذیری (جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری)

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	میزان تاثیر
جامعه پذیری	۹۱۵۹/۲۰	۱	۹۱۵۹/۲۰	۲۹۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴
سطح فعالیت	۹۹۴۵/۸۰	۱	۹۹۴۵/۸۰	۴۶۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶
هیجان پذیری	۷۸۸۰/۲۰	۱	۷۸۸۰/۲۰	۱۹۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
جامعه پذیری	۲۰۴/۸۰	۱	۲۰۴/۸۰	۶/۴۹	۰/۰۲	۰/۲۶
سطح فعالیت	۲۸۸/۸۰	۱	۲۸۸/۸۰	۱۳/۴۱	۰/۰۲	۰/۴۲
هیجان پذیری	۵۴۰/۸۰	۱	۵۴۰/۸۰	۵/۷۵	۰/۰۲	۰/۲۴
جامعه پذیری	۵۶۸/۰۰	۲۸	۲۰/۲۸			
سطح فعالیت	۳۸۷/۴۰	۲۸	۱۳/۸۳			
هیجان پذیری	۲۹۱/۰۰	۲۸	۱۰/۳۹			
جامعه پذیری	۹۹۳۲/۰۰	۳۰				
سطح فعالیت	۱۰۶۲۲/۰۰	۳۰				
هیجان پذیری	۷۰۴۸/۴۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۴ و ردیف مربوط به متغیر مستقل (گروه) که در این جدول سطح معنی‌داری برای هر دو متغیر پس آزمون جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری $p\text{-value} < ۰/۰۰۵$ از سطح خطای ۰/۰۵ کمتر است. در نتیجه فرضیه محقق مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جامعه پذیری، سطح فعالیت و هیجان پذیری موثر است، تایید می‌شود و از طرفی با توجه به اندازه اثر برای متغیر پس آزمون جامعه پذیری در گروه ۰/۲۶ نشان می‌دهد ۲۶ درصد از واریانس در متغیر

وابسته (جامعه پذیری) توسط متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود و با توجه به اندازه اثر برای پس آزمون سطح فعالیت در گروه ۰/۴۲ نشان می‌دهد ۴۲ درصد از واریانس در متغیر وابسته (سطح فعالیت) توسط متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود. همچنین با توجه به اندازه اثر برای پس آزمون سطح فعالیت در گروه ۰/۲۴ نشان می‌دهد ۲۴ درصد از واریانس در متغیر وابسته (هیجان پذیری) توسط متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تبیین می‌شود. در جدول زیر میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون مولفه‌های تحریک پذیری در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه گردیده است.

جدول ۵ میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون مولفه‌های تحریک پذیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
جامعه پذیری در گروه آزمایش پس آزمون	آزمایش	۱۰/۳۳	۱/۷۷
	کنترل	۴/۷۳	۱/۷۷
سطح فعالیت در گروه آزمایش پس آزمون	آزمایش	۹/۵۳	۱/۴۶
	کنترل	۶/۲۶	۱/۴۶
هیجان پذیری در گروه آزمایش پس آزمون	آزمایش	۱۹/۱۳	۳/۰۶
	کنترل	۳۲/۴۰	۳/۰۶

جدول ۵ میانگین تعدیل شده نمرات مولفه‌های تحریک پذیری در دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری از نظر میزان مولفه‌های تحریک پذیری در دو گروه مشاهده شده است.

جدول ۶ آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهاتلینگ و بزرگترین ریشه روی بررسی معنی‌داری تحلیل کواریانس چند متغیری

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۵	۷/۲۳	۳	۲۶	۰/۰۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۷/۲۳	۳	۲۶	۰/۰۰۲
اثرهاتلینگ	۱/۹۲	۷/۲۳	۳	۲۶	۰/۰۰۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۹۲	۷/۲۳	۳	۲۶	۰/۰۰۲

در جدول ۶ با توجه به این که مقدار آزمون لامبدای ویلکز ۰/۳۴ و با ارزش ۰/۰۰۲ به دست آمده است فرضیه اصلی تایید می‌شود هر چند که نتایج هر چهار آزمون اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهاتلینگ و بزرگترین ریشه روی نشان دادند که سطح معناداری (۰/۰۰۲) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (مولفه‌های قلدری) گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. به عبارتی حداقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر یکی از متغیرهای وابسته (مولفه‌های قلدری) تاثیر مثبت دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می‌شود. در جدول زیر نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های قلدری (قلدری، زد و خورد و قربانی) ارائه شده است.

جدول ۷ خلاصه تحلیل کواریانس برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های قلدری (قلدری، زد و خورد و قربانی)

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	میزان تاثیر
قلدری	۲۱۴۲/۴۵	۱	۲۱۴۲/۴۵	۵۱۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶
زد و خورد	۱۷۲۹/۸۰	۱	۱۷۲۹/۸۰	۴۵۷/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶
قربانی	۳۱۰۰/۰۵	۱	۳۱۰۰/۰۵	۶۱۳/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
قلدری	۳۱/۲۵	۱	۳۱/۲۵	۷/۴۷	۰/۰۱۴	۰/۲۹
زد و خورد	۲۴/۲۰	۱	۲۴/۲۰	۶/۴۰	۰/۰۲۱	۰/۲۶
قربانی	۱۲۰/۰۵	۱	۱۲۰/۰۵	۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
قلدری	۷۵/۳۰	۲۸	۲/۶۸			
زد و خورد	۶۸/۰۰	۲۸	۲/۴۲			
قربانی	۹۰/۹۰	۲۸	۳/۲۴			
قلدری	۲۰۳۵/۹۰	۳۰				
زد و خورد	۱۶,۳۸/۶۰	۳۰				
قربانی	۲۸۸۹/۱۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۷ و ردیف مربوط به متغیر مستقل (گروه) که در این جدول سطح معنی‌داری برای هر چهار متغیر پس‌آزمون قلدری، زد و خورد و قربانی $p\text{-value} < 0/005$ از سطح خطای $0/05$ کمتر است. در نتیجه فرضیه محقق مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری، زد و خورد و قربانی موثر است تایید می‌شود و از طرفی با توجه به اندازه اثر برای متغیر پس‌آزمون تحمل در گروه $0/29$ نشان می‌دهد ۲۹ درصد از واریانس در متغیر وابسته (قلدری) توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود و با توجه به اندازه اثر برای پس‌آزمون جذب در گروه $0/262$ نشان می‌دهد ۲۶ درصد از واریانس در متغیر وابسته (زد و خورد) توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود و با توجه به اندازه اثر برای پس‌آزمون ارزیابی در گروه $0/56$ نشان می‌دهد ۵۶ درصد از واریانس در متغیر وابسته (قربانی) توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. در جدول زیر میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون مولفه‌های قلدری در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه گردیده است.

جدول ۸ میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون مولفه‌های قلدری در دو گروه آزمایش و کنترل

مولفه‌های قلدری	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
قلدری در گروه آزمایش	آزمایش	۱۵/۴۳	۱/۶۴
پس‌آزمون	کنترل	۳۲/۴۶	۱/۶۴
زد و خورد در گروه آزمایش	آزمایش	۱۰/۷۳	۱/۶۱
پس‌آزمون	کنترل	۱۸/۴۰	۱/۶۱
قربانی در گروه آزمایش	آزمایش	۸/۸۰	۱/۷۱
پس‌آزمون	کنترل	۱۲/۲۶	۱/۷۱

جدول ۸ میانگین تعدیل شده نمرات مولفه‌های قلدری در دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری از نظر میزان مولفه‌های قلدری در دو گروه مشاهده شده است، یعنی میانگین گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر از گروه آزمایش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به دنبال اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر قلدری و تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد بود. یافته ها در ارتباط با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های تحریک پذیری دانش آموزان پیش دبستانی شهر مشهد نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معنی داری در مولفه های تحریک پذیری داشت، یعنی می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های تحریک پذیری در دانش آموزان پیش دبستانی موثر است.

نتایج این تحقیق نسبتاً با تحقیقات دویتز، ولسیو والش (۲۰۰۹)، گادفری، هولمز، ویلمان، مکریک، نورتون (۲۰۱۵) و گیلاندرس و گیلاندرس (۲۰۱۴) همسو است. بررسی تبیین نتایج پژوهش نشان داد که پژوهش های متعدد نشان داده اند، دانش آموزان از کودکی تا بزرگسالی دارای فقر یا ناکامی اجتماعی در تعامل با دیگران هستند. عدم داشتن مهارت ارتباطی مناسب و محدود کردن فرصت های بیشتر برای دوستی، مانع از بهبود سازگاری اجتماعی و حتی پیشرفت تحصیلی می شود (نصرآبادی، ۱۳۹۳). از سویی دیگر، مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد یک فرآیند شناختی- رفتاری است که توسط خود فرد هدایت می شود و فرد سعی می کند با کمک آن راه حل های سازگانه برای مسائل روزمره خود پیدا کند (آشر و تیلر، ۲۰۰۱). همانطور که در پیشینه پژوهش نیز اشاره شد مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از مهارت های زندگی هستند. البته اثربخشی این مهارت ها به صورت جداگانه در برنامه های مختلفی از جمله کاهش اختلال های رفتاری، افراد به اثبات رسیده است. فیلی و جونز (۲۰۰۸؛ به نقل از چن و الگار، ۲۰۱۴) در یک بررسی موردی بر روی کودکان با نشانگان داون، موثر بودن راهبردهای مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش اختلال های رفتاری این کودکان موثر دانسته اند. همچنین یافته های برخی از پژوهش ها که بر روی افراد عادی و آموزش پذیر انجام شده است، همگی تأکید می کنند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، از جمله مداخله های بین فردی است، که موجب کاهش خصیصه خشم، درماندگی، ترس و افزایش سلامت روان در دانش آموزان می شود. پژوهشگران بسیاری نیز مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش خستگی، افسردگی و اضطراب موثر دانسته اند (به نقل از پرودینی، پرستی، رابیتی، میلیسی و مودراتو^۱، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دانش آموزان را در جهت مقابله موثر برای پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد تا در رابطه با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و متعهد عمل کنند و موجبات کاهش افسردگی و تحریک پذیری را در خود تأمین نمایند (کودسن و ابراهام^۲، ۲۰۱۲). به این ترتیب یادگیری و تمرین مهارت های پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد، موجب تقویت یا تغییر در نگرش ها، ارزش ها و رفتارهای دانش آموزان می گردد و در نتیجه با پدید آمدن رفتارهای سالم و مثبت، بسیاری از اختلال های رفتاری حل و یا پیشگیری می شوند (پرودینی، پرستی، رابیتی، میلیسی و مودراتو، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریک پذیری نشان داد که آموزش مهارت های پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد تأثیر معناداری بر کاهش تحریک پذیری دارد (ویهوف، اوسکام، اسکوروس و بالمیجر^۳، ۲۰۱۱). همچنین در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک بسزایی برای تسهیل الگوی رفتاری و سلامت و پیشگیری از اثرات سوء فشار روانی می کند. در این روش عرضه درمان های مورد نیاز و اساسی، مجموعه مهارت های لازم برای کاهش اختلال های رفتاری به دانش آموزان آموزش

1- Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli & Moderato

2- Knudsen & Abraham

3- Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer

داده می‌شود و به آنها کمک می‌شود تا توانایی‌ها، اطلاعات، گرایش‌ها و مهارت‌های لازم برای زندگی سالم و موفق را در خود پرورش دهند که در نهایت این عوامل باعث کاهش تحریک پذیری آنان می‌شود (جولی و درل^۱، ۲۰۱۴). تبیین دیگر اینکه آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث می‌شود دانش آموزان شناخت بیشتری درباره خود و محیط اطراف کسب کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند، از امکانات و محدودیت‌های در اختیار خود آگاهی پیدا کنند، واقعیت‌ها را بهتر بپذیرند و با آنها به طور صحیح تر سازش یابند که این امر نیز باعث کاهش تحریک پذیری می‌شود. همچنین شیوه آموزش گروهی خود می‌تواند تأثیر مثبتی در خلق و خوی دانش آموزان داشته باشد (لوئیس‌هایس^۲، ۲۰۱۱).

یافته‌ها در ارتباط با بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های قلدری در دانش آموزان پیش دبستانی نتایج نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی داری در مولفه‌های قلدری داشت. یعنی می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های قلدری در دانش آموزان پیش دبستانی مؤثر است. نتایج این تحقیق نسبتاً با نتایج پژوهش فروس، لان، سیاروچی و بلکلج (۲۰۱۳) و فرناندز، لوپز، لوسارا، گونزالس و وتزل (۲۰۱۶) همسو است. بررسی تبیین نتایج پژوهش نشان داد که قلدری یکی از رایج ترین مشکلات دوران پیش دبستانی است که تأثیر مخرب بر شایستگی اجتماعی، کارآمدی و روابط بین فردی آنها دارد و از شکل گیری سالم هویت آنان جلوگیری می‌کند. قلدری به منظور توصیف مجموعه‌ای از رفتارهای برون ریزانه مورد استفاده قرار می‌گیرد که در همه آنها مشخصه تجاوز به حقوق افراد دیگر اجتماع و تأثیر آزارنده این رفتار، مشترک است. اعمال ارتباطی با قلدری شامل رفتارهای جسمی و کلامی است. یکی از واکنش‌هایی که دانش آموز نمی‌تواند در برابر مشکلات به طور مؤثر به آن عمل نماید، خشم می‌باشد. تعدادی از دانش آموزان نیز ممکن است پرخاشگری زیادی از آنها سر بزند که اگر به موقع درمان نشوند، آثار زیانباری را در آینده، هم متوجه خود و هم متوجه جامعه می‌گرداند (جانانان، ۲۰۱۱). آسیب در عملکردهای ارتباطی می‌تواند موقعیت دانش آموزان پیش دبستانی را در آینده تحت الشعاع قرار دهد. ضعف در مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، زمینه را برای بروز رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه با همسالان، والدین و دیگران فراهم می‌کند و باعث شکست آنها در ارتباط با دانش آموزان دیگر و طرد شدن توسط آنها می‌گردد (کاوانی و حاتمی، ۲۰۱۳). همچنین، قلدری، زمینه را جهت بروز افسردگی، اضطراب، مشکلات تحصیلی و کاهش عزت نفس مهیا می‌نماید (رحیمی، ۱۳۹۰). لاواس (۲۰۱۳) اعتقاد دارد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، مربوط به تغییر ارزیابی شناختی فرد در تعاملات اجتماعی است. ضمن آنکه، مهم ترین مسئله در این زمینه تنها آموزش مهارت‌های ارتباطی نیست بلکه تکرار و تمرین مهارت‌های پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد و تعمیم آنها به محیط خانه و مدرسه است. فرضیه پژوهش بدین صورت تدوین شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش قلدری دانش آموزان مؤثر است. از این رو، می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، زمینه را برای کاهش قلدری و پیشرفت دانش آموزان در موقعیت‌های مختلف تحصیلی، سازگاری، دوست‌یابی و شرکت در فعالیت‌های مدرسه فراهم می‌کند و از فرسودگی روانی آنان جلوگیری کرده و در آینده، هزینه‌های درمانی گزافی را برای جامعه به بار نمی‌آورد (کارلین و والسر^۳، ۲۰۱۶). آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد تقریباً یک پکیج درمانی کامل است که مجموعه مهارت‌های لازم و ضروری زندگی را به دانش آموزان آموزش می‌دهد و کمک می‌کند تا آنان عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آنها را با دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با

1- Julie & Drill

2- Louise Hayes

3- Karlin & Walser

آنها را دریابند و در نهایت برای آنها آشکار می‌شود که افکار کارآمد و ناکارآمد، رفتار قلدرانه آنها را هدایت می‌کند (استراکان و مونرو-چندلر^۱، ۲۰۱۲). هنگامی که آزمودنی‌ها به این آگاهی می‌رسند که این خود آنها و تصورات آنها است که هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی زیر نفوذ دارد، بنابراین با مهارت‌های آموخته شده می‌توانند آنها را کنترل کنند و از این طریق از وقوع احساس درماندگی، تنهایی، ناسازگاری اجتماعی، بی‌توجهی به حقوق و خواسته دیگران جلوگیری و باعث بروز روابط مثبت مثل سازگاری اجتماعی شوند (راکتیس، مک کارتی، کراکاردت و کالالان^۲، ۲۰۱۰). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی دانش آموز در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی دانش آموز در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی دانش آموز از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحله سوم به دانش آموز آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بود) که دانش آموز برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به دانش آموز تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی که می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا استرس‌های اجتماعی و... باشند (هی و استورزا^۳، ۲۰۱۰). در نتیجه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اصول و مهارت‌هایی که آموزش می‌دهد باعث کاهش قلدری در دانش آموزان می‌شود. لذا روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت کاربرد اجرایی در مراکز درمانی دارد و جزء روش‌های مؤثر در کاهش قلدری محسوب می‌شود. با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش قلدری باید مشاوران، روانشناسان بالینی و متخصصان در زمینه روش‌های درمانی مؤثر به این روش توجه نمایند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که دانش آموزان پیش دبستانی بهتر بتوانند از افت سازگاری که عموماً این افت ناشی از قلدری و رفتار پرخاشگرایانه است، جلوگیری کنند (لمان، سیمپسون، نایت و فلین^۴، ۲۰۱۱).

در بحث پیشنهادات پژوهش می‌بایست بیان نمود که با ایجاد کارگاه‌های آموزشی از طریق رسانه‌های جمعی، به سایر افراد و شهروندان جامعه اطلاعات لازم را بدهند تا افرادی که در معرض چنین مشکلاتی قرار دارند با مراجعه به مراکز مشاوره ای از این درمان بهره ببرند.

1- Strachan & Munroe-Chandler

2- Rauktis, McCarthy, Krackhardt & Cahalane

3- Hayes & Strosahl

4 -Lehman, Simpson, Knight & Flynn

References

- Brook, J. S., Whiteman, M., & Gordon, A. S. (2011). Drug Use and Abuse, Aguide to Research Findings. ABC - Clio, inc, Vol. Z: Adolescents.
- Brown, I., & Percy, M. (2013). A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental. London, Powl. H. Brooke.
- Connolly, J., Nocentini, A., Menesini, E., Pepler, D., Craig, W., & Williams, T.S. (2010). Adolescent dating aggression in Canada and Italy: A cross-national comparison. *International Journal of Behavioral Development*, 34 (2), 98-105.
- Harris, K., Mullan, Duncan, G., & Boisjoly, J. (2016). Evaluating the Role of “Noting to Lose” Attitudes on Risky Behavior in Adolescence. *Social Forces*, 80, 635-649.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherap Aust.* 21(4), 2-8.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York:Springer Press.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. In D. E. Rogers & E. Ginzberg (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives*, 19-34.
- Julie, W., & Drill, J.A. (2014). The effect of acceptance therapy and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of depression and general anxiety, A Preliminary Report.*Behavior Therapy* 42, 127–134.
- Kendall, P. C. (2010). *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (2 nd ed.). New York: Guilford, 5(41), 5241-5259.
- Knudsen, H.K., & Abraham, A.J. (2012). Perceptions of the state policy environment and adoption of medications in the treatment of substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2012;63(1), 19–25.
- Lee, C. H. (2010). Personal and interpersonal correlates of bullying behaviors among korean middle school students. *Interpersonal Violence*, 25(1),32-51.
- Lehman, W.E.K, Simpson, D.D, Knight D.K., Flynn, P.M. (2011). Integration of treatment innovation planning and implementation: Strategic process models and organizational challenges. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 252–261.
- Louise Hayes & Candice P. Boyd & Jessica Sewell (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness*, 2, 86–94.
- Lotfabadi, Hossein. (2012). *Applied developmental psychology of childhood and youth*. Tehran: National Youth Organization.[in persian].
- Marquez, M. P., & Galban, N. (2004). Getting hotter, going wilder? Changes in sexual risk-taking behavior among Filipino youth. Paper presented at the seventh International Conference on Philippine Studies, Leiden, and The Netherlands, 16-19
- Myers, E., NapaScollon, C. K., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E, M. (2014). Evaluate the effect communication skills-based education on controlling women's behavior

- problems. *Journal of Happiness Studies*: 1, 159-176.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2014). Bullying behaviors among U.S. youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *The American Medical Association*, 285, 2094-2100.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2016). Bullies move beyond the schoolyard: A preliminary look at cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 4, 148-194.
- Patchin, J.W., & Hinduja, S. (2011). Traditional and nontraditional bullying among youth: A Test of General Strain Theory. *Youth & Society*, 43(2),352-369.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(1), 249-279.
- Rauktis, M.E., McCarthy, S., Krackhardt, D., & Cahalane, H. (2010). Innovation in child welfare: The adoption and implementation of Family Group Decision Making in Pennsylvania. *Children and Youth Services Review*, 32(5), 732-739.
- Ruiz, L. (2010). A review of the empirical evidence of admission and commitment to health through a comprehensive overview of experimental and non-experimental studies in the field of admission and medical commitment. *Journal of Adolescent Health*, 19, 26-82.
- Strachan, L., & Munroe-Chandler, K. (2012). Using imagery to predict self-confidence and anxiety in young elite athletes. *Journal of Imagery Research in Sport and Physical Activity*. 1 (1), 125-33.
- Sediq Sarostani, Rahmatullah. (2012). Examining the risk factors in the contamination of Iranian children and youth with substance abuse. *Social Sciences*, 11(2), 73-91.[in persian].
- Teodoro, M.L., Kappler, K.C.; Rodrigues, J.L., de Freitas, P.M. & Haase, V.G. (2005). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) and its Adaptation for Brazilian children and adolescents. *International Journal of Psychology*, 39, 2, 239-246.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 152, 533-542.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2003). Treating Conduct Problems and Strengthening Social and Emotional Competence in Young Children: The Dina Dinosaur Treatment Program, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11 (3), 130-143.

Effectiveness of acceptance and commitment on bullying and irritability in preschool students in Mashhad

Marjan Aghaei¹, Farideh HashemianNejad *², Naziasadat Nasseri³

Type of article: Research

Date Received: 2023-01-21

Date Accepted: 2023-03-16

Abstract

The present study investigated the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on bullying and irritability of preschool students in Mashhad. The present study was conducted using a pre-test-post-test design with a control group. In the present study, the statistical population included all preschool students in Mashhad in the academic year of 2019-2020. In the present study, considering all preschool students in Mashhad in the 2019-2020 academic year; Samples (30 people) are available by sampling; They were selected from the statistical population and were divided into two groups of experimental (n = 15) and control (n = 15). The experimental group underwent group therapy based on acceptance and commitment during 6 sessions. Bass and Plumine (1984) and Illinois (2001) bullying questionnaires were used in pre-test and post-test. Data were analyzed using analysis of covariance and SPSS-22 software was used in all statistical analyzes of this study. The results showed that the experimental group had a significant decrease in the score of irritability and bullying after receiving treatment based on acceptance and commitment. Therefore, it can be concluded that acceptance and commitment-based therapy is effective on irritability and bullying of preschool students.

Keywords: Acceptance and commitment based therapy, bullying, irritability of preschool students.

1. MA of Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran (corresponding author) hash@mshemiandiau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran