



دانشگاه علامه طباطبایی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش توانبخشی
اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر نگرش به مصرف سیگار و
رفتارهای پرخطر در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت

استاد راهنما
دکتر حسین سلیمی بجستانی

استاد مشاور
دکتر کیومرث فرح بخش

استاد داور
دکتر ژانت هاشمی

نگارنده
ضرغام رومیانی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف «تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر نگرش به مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر» انجام شد. طرح پژوهش از نوع «نیمه آزمایشی» است که از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری در این طرح کلیه ی مددجویان کانون اصلاح و تربیت استان قزوین هستند که با استفاده از نمونه گیری هدفمند تعداد ۲۴ نفر از افرادی که مصرف سیگار داشتند و همچنین مرتکب رفتارهای پرخطر بودند انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هر هفته یک جلسه دریافت کردند. در گروه کنترل هیچ تغییری اعمال نشد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه نگرش سنج مصرف سیگار و پرسشنامه رفتارهای پرخطر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج حاکی تفاوت معنادار بین دو گروه کنترل و آزمایش پس از اجرای متغیر مستقل در نگرش به مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر بود. در کل نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی بر نگرش مددجویان به مصرف سیگار و کاهش رفتارهای پرخطر تاثیر معناداری دارد.

کلید واژه ها: واقعیت درمانی^۱، نگرش به مصرف سیگار^۲، رفتارهای پرخطر^۳، کانون اصلاح و تربیت^۴.

^۱ Reality Therapy

^۲ Attitudes to smoking

^۳ Risky behavior

^۴ Correction and Rehabilitation Center

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

با سپاس و قدردانی فراوان از:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر "حسین سلیمی بجزستانی" که بزرگوارانه و مهربانانه در تمام مراحل نگارش پایان نامه راهنمای من بودند. دقت و نکته سنجی های علمی شان مرا در پیمودن هر چه دقیق تر این راه مصمم ساخت.

استاد اندیشمند و بزرگوار، جناب آقای دکتر "کیومرث فرح بخش" که مشاوره این پایان نامه را تقبل نمودند و از ارشادات و تذکرات تیزبینانه ایشان بسیار استفاده کردم.

داور محترم، سرکار خانم دکتر "ژانت هاشمی" که زحمت بازخوانی و داوری این مجموعه را به عهده گرفتند.

ریاست محترم کانون اصلاح و تربیت استان قزوین جناب آقای "حسن نورمحمدی" که اینجانب را در امر اجرای پایان نامه همراهی کردند.

فهرست

صفحه	عنوان
------	-------

فصل اول: چارچوب پژوهش

۱.....	مقدمه
۳.....	بیان مسئله
۷.....	ضرورت و اهمیت موضوع
۹.....	اهداف پژوهش
۹.....	فرضیه های پژوهش
۹.....	متغیرهای پژوهش
۱۰.....	تعاریف مفهومی متغیرها
۱۰.....	تعاریف عملیاتی متغیرها

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۲.....	نظریه واقعیت درمانی گلاسر
۱۵.....	انحرافات اجتماعی
۱۶.....	بزهکاری
۱۷.....	خصوصیات و ویژگی های نوجوانان بزهکار
۱۹.....	نظریه های پیرامون بزهکاری
۲۱.....	رفتارهای پرخطر
۲۳.....	شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و جوانان

۲۴.....	علل رفتارهای پرخطر
۲۶.....	پیامد رفتارهای پرخطر
۲۸.....	تفاوت های جنسیتی در ارتکاب به رفتارهای پرخطر
۲۸.....	زندان و رفتارهای پرخطر
۲۹.....	پیشینه تحقیقاتی صورت گرفته در زمینه موضوع پژوهش

فصل سوم: روش پژوهش

۳۴.....	روش پژوهش
۳۴.....	جامعه، نمونه و روش نمونه گیری
۳۴.....	ابزارهای پژوهش
۳۶.....	روش اجرای پژوهش
۳۷.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۳۹.....	یافته های توصیفی
۴۰.....	یافته های استنباطی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۴۴.....	تحلیل و تبیین فرضیه ها
۴۷.....	پیشنهادهای پژوهش
۴۸.....	محدودیت های پژوهش

منابع فارسی ۴۹

منابع انگلیسی ۵۵

پیوست ها

پرسشنامه نگرش سنج مصرف سیگار ۶۱

پرسشنامه رفتارهای پرخطر ۶۴

طرح مداخله ۶۵

فصل اول

چارچوب پژوهش

مقدمه

در عصر حاضر به علت پیشرفت های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسئله سلامت و عوامل تأثیر گذار بر آن اهمیت ویژه ای یافته است و تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می شود. مطالعات علمی و وسیعی که در این زمینه صورت می گیرد، می تواند با شناسایی دقیق تر عوامل تهدید کننده سلامتی و علل آسیب های اجتماعی، راهگشای برنامه های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (نایدو و ویلز^۱، ۲۰۰۰).

سلامت، هم در سطح فردی و هم جمعی می تواند علاوه بر آنکه از مراقبت های بهداشتی تأثیر پذیرد، تحت تأثیر عوامل دیگری چون آرایش ژنتیکی، شرایط اجتماعی - اقتصادی و رفتارهای افراد واقع شود (اسمدلی^۲، ۲۰۰۰).

یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت، که در سال های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف می باشد. هر چند که هیچ یک از بخش های مختلف جامعه از عواقب ناگوار رفتارهای تهدید کننده سلامت در امان نیستند، اما بعضی از گروه های اجتماعی از جمله نوجوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند، به طوری که بسیاری از قربانیان رفتارهای پرخطر در آینده از میان نوجوانان امروزی خواهند بود.

توجه به رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان و تلاش در جهت شناخت و پیشگیری آنها از اواخر دهه ۱۹۸۰ از ایالات متحده آغاز شده و گسترش روز افزونی در میان سایر جوامع داشته است. از سال ۱۹۹۱ ایالات متحده یک برنامه ملی مدرسه مدار تحت عنوان «سیستم نظارت بر رفتارهای پرخطر جوانان»^۳ را طراحی و به اجرا گذارده که ارزیابی ۹ مقوله از رفتارهای پرخطر در نوجوانان (شامل خشونت، خودکشی، بی ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، تغذیه ناسالم و عدم انجام فعالیت های بدنی و ورزشی) را در بر می گیرد. این برنامه یک منبع اطلاعاتی مهم برای پایش میزان شیوع و تغییرات در رفتارهای مرتبط با سلامت در میان دانش آموزان دبیرستانی است که داده های این سیستم توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها از ایالات مختلف آمریکا جمع آوری می شود.

^۱ Naidoo & Wills

^۲ Smedley

^۳ YRBSS

در ایران نیز مدتی است که توجه به رفتارهای پرخطر در نوجوانان و راه های مقابله با آنها آغاز شده است. به عنوان مثال برنامه آموزش مهارت های زندگی در مقطع راهنمایی که از سال ۱۳۸۱ در برخی مدارس به اجرا درآمده، به همین منظور طراحی شده است. مسئولان مربوطه اظهار می دارند که این طرح شامل آموزش های پیشگیرانه در چهار مورد دخانیات، اعتیاد، ایدز و خشونت است که در قالب آموزش مهارت های ارتباطی، توانایی تصمیم گیری، توانایی تفکر خلاق، مهارت خودشناسی و توانایی مقابله با هیجان ها و تنش و... ارائه می گردد (سلیمانی نیا، جزایری و محمد خانی، ۱۳۸۴).

دوره نوجوانی و جوانی اغلب با خطرپذیری معنی شده و فرد بعنوان موجودی خطرپذیر تعریف می شود (کارگرگ^۱ و گروور^۲، ۲۰۰۳). بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری ها و بحران دوره نوجوانی، دست به رفتارهایی می زنند که سلامت حال و آینده آنان را مورد تهدید قرار می دهد. در دوره نوجوانی بعضی از نوجوانان گرایش به رفتارهای پرخطر مانند کشیدن سیگار، مصرف مواد و الکل، داشتن روابط جنسی ناسالم، فرار از مدرسه، فرار از خانه یا سایر رفتارهای بزهکارانه پیدا می کنند که برای سلامت جسمی و روانی آنان بسیار زیانبار است (تاونسند، ۲۰۰۰، به نقل از رحمانی و همکاران، ۱۳۸۵). در حالی که بزرگسالان، بیشتر از بیماری هایی چون سرطان، نارسایی های قلبی - عروقی و دیابت آسیب می پذیرند، موارد تهدید کننده سلامت نوجوانان عبارتند از: قتل، خودکشی، تصادفات و ایدز که تقریباً همه آنها زیر بنای رفتاری داشته و لذا با تغییر دادن رفتار، قابل پیشگیری و کنترل می باشند (اُزر^۳، ۲۰۰۳).

یکی از نظریه پردازان معروف که به تغییر دادن رفتار مراجعان تأکید زیادی دارد ویلیام گلاسر^۴ است که نظریه وی به واقعیت درمانی^۵ شهرت دارد. در واقعیت درمانی اعتقاد بر آن است که انسان دارای یک نیاز اساسی اجتماعی به هویت است که به دو جزء هویت توفیق^۶ و هویت شکست^۷ تقسیم می شود. گلاسر معتقد است هر فردی یک هویت متصور دارد، که بدان وسیله احساس موفقیت یا عدم موفقیت نسبی می کند. او هویت را تصویری می داند که فرد از خودش دارد و این تصویر ممکن است با تصوراتی که دیگران از او دارند، هماهنگ و یکسان و یا اینکه با آنها کاملاً متفاوت باشد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۳).

^۱ Carr Gregg

^۲ Grover

^۳ Ozer

^۴ Glasser

^۵ Reality therapy

^۶ Success identity

^۷ Failure identity

براساس دیدگاه واقعیت درمانی افرادی که دارای هویت ناموفق هستند از احساس تنهایی و بی ارزشی رنج می برند. آنها واقعیت را انکار می کنند و دچار ناخشنودی از زندگی، اضطراب، افسردگی و عدم احساس مسئولیت می شوند. آنها نه برای خود و نه برای دیگران ارزش قایل نیستند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۳). این افراد در برقراری رابطه صمیمی با دیگران ناتوان هستند (کوری، ۱۳۹۰، ترجمه سیدمحمدی).

گلاسر در مورد علل گرایش افراد به رفتارهای ناکارآمد و انحرافی، معتقد است اشخاصی که هویت شکست دارند ممکن است مستعد رفتارهای انحرافی باشند. طبق نظر گلاسر فردی که به هویت شکست دست پیدا می کند بخش عظیمی از وقت و انرژی جسمی و روانی در راه سازگاری به هدر می رود و در کنار آن نیز موجب ضرر و زیان مادی و معنوی جامعه می شود. (شعبانی، ۱۳۸۳).

گلاسر معتقد است بمنظور کاهش رفتارهای ناکارآمد و انحرافی باید هویت ناموفق افراد تغییر کند، او معتقد است که تغییر هویت به دنبال تغییر رفتار حاصل می شود. در این نظریه انسان تا حد زیادی همان چیزی است که انجام می دهد یا عبارتی همان چیزی است که رفتار می کند و اگر بخواهیم در او تغییری ایجاد کنیم باید در رفتارش و آنچه که انجام می دهد، تغییراتی به وجود آوریم (کرسینی^۱، ۱۹۷۳؛ گلاسر، ۱۹۷۵ و ۱۹۶۵؛ به نقل از شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۳).

بیان مسئله

رفتارهای پرخطر رفتاری هستند که سلامت و بهزیستی نوجوانان را در معرض خطر قرار می دهند. بر این اساس رفتارهای پرخطر به دو گروه تقسیم می شوند، گروه اول شامل رفتارهایی می شوند که بروز آنها سلامت خود فرد را به خطر می اندازد و گروه دوم رفتارهایی هستند که سلامت و تندرستی دیگر افراد جامعه را تهدید می کند. از جمله رفتارهای پرخطری که برای دیگران تهدید کننده می باشد می توان به رفتارهای ضد اجتماعی مثل دزدی، پرخاشگری، گریز از مدرسه، فرار از خانه و رفتارهای جنسی و از جمله رفتارهای پرخطری که برای خود فرد خطرزا می باشد، می توان به مصرف الکل، مصرف سیگار و روابط جنسی نامطمئن اشاره کرد (شاملو، ۱۳۸۴).

در سال های اخیر رفتارهای پرخطر در نوجوانان به میزان هشدار دهنده بالا رفته است و تقریباً به حد یک اپیدمی رسیده است (لوینسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). امروزه شیوع رفتارهای پرخطر بخصوص در نوجوانان و جوانان به یکی از مهمترین و گسترده ترین دل نگرانی های جوامع بشری تبدیل شده و علی رغم فعالیت های سه دهه گذشته

^۱ Corsini

^۲ Lewinson

رفتارهای مخاطره آمیز در سطح جهان دارای رشد تصاعدی بوده است (ملکشاهی و مومنی نسب، ۱۳۸۶). شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف یکی از موارد جدی تهدید کننده سلامت می باشد، به عنوان مثال، پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، تنها بیماری های ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (اسلاسکی^۱، ۲۰۰۴). اگر پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر را نیز به حساب آوریم، آسیب های وارده چند برابر می شود.

پژوهش ها نشان داده اند که خودکشی هشتمین علت مرگ در کل افراد و دومین دلیل مرگ در نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله است (روزنبرگ^۲، ۱۹۹۹) همچنین مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی نایمن، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی را تشکیل می دهند (لیندبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۰).

جهت تدوین مداخلات درمانی مناسب، بررسی های زیادی در مورد شناخت ویژگی های شخصیتی و شناختی این گونه افراد انجام شده است. در بیشتر تحقیقات مشخص شده است که این افراد خصوصیات شناختی ویژه ای دارند که می تواند عامل بروز رفتارهای پرخطر باشند. از جمله این ویژگی ها می توان از عدم مهارت های رویارویی، عدم مهارت های حل مسئله، تحجر شناختی، ناامیدی، سبک اسنادی منفی، نظر منفی نسبت به خود و محیط، عدم ارتباط صحیح با دیگران، خود نظم دهی ضعیف، تکانشی بودن، نوجویی، عاطفه منفی بالا و ادراک خطر پایین را نام برد (نورینگر^۴، ۱۹۷۱؛ الیس و راتلیف^۵، ۱۹۸۶؛ اورهولسر و همکاران^۶، ۱۹۹۵؛ ریکلمن و هوفک^۷، ۱۹۹۵؛ رولیسون و شرم^۸، ۲۰۰۲).

هر چند که ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی در بروز رفتارهای پرخطر نقش دارند اما بی شک یکی از اصلی ترین ابعاد در وقوع رفتارهای پرخطر، بعد روانشناختی است. پژوهشگران معتقدند گرایشات نوجوان به رفتارهای پرخطر که روز به روز نیز در حال افزایش است، انعکاسی از مشکلات هیجانی و روانشناختی است که با آنها روبرو هستند و علل عمده روی آوردن اغلب نوجوانان به رفتارهای پرخطر، احساس افسردگی، تنهایی، انزوا،

^۱ Slusky

^۲ Rosenberg

^۳ Lindberg

^۴ Nouringer

^۵ Ellis & Ratlif

^۶ Overholser et al.

^۷ Rickelman & Houfek

^۸ Rolison & Scherman

اضطراب، ناکارآمدی، افت اعتماد به نفس، عدم رضایت از زندگی، ناتوانی در پذیرش خود و مشکلاتی از این قبیل می باشد (بروکس^۱، ۲۰۰۲؛ اسکات^۲، ۲۰۰۵).

واقعیت درمانی گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناسی شناختی است و در تبیین اینکه چرا افراد دچار احساساتی مثل افسردگی، تنهایی، انزوا، اضطراب و... (که عامل رفتارهای پرخطر معرفی شدند) می شوند بیان می دارد که وقتی افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می شوند دست به رفتار می زند یعنی رفتار و عمل خاصی را انتخاب می کنند تا این نیازها را برآورده کند چنانچه روش موثر را برای ارضا نیازها را پیدا نکند دست به رفتارهای گوناگونی می زند که در روانشناسی رایج به آن رفتارهای ناکارآمد یا ناموثر می گویند مانند افسردگی، خشم، منزوی شدن و... (گلاسر، ۱۳۹۰، ترجمه صاحبی).

گلاسر معتقد است که چون افراد نمی توانند نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن را ارضاء کنند، دچار درد روانی می شوند. به بیانی دیگر ناموفق بودن در درگیری عاطفی با دیگران شروع یک دوره از شکست است و فقدان آن باعث عدم توانایی فرد در ارضاء مهم ترین نیاز اساسی می شود و در نهایت زمینه ساز نشانه های مختل روانی جسمانی و ضد اجتماعی می گردد (شیلینگ، ۱۳۸۶، ترجمه آرین). این افراد آسیب پذیر هستند، چون دارای اعتماد به نفس نیستند (منصور و دادستان، ۱۳۸۱) کمتر نظر خود را بیان می کنند، و چون تعریفی که از خود دارند با واقعیت آن در جامعه تعارض دارد، دچار سردرگمی و اختلال های رفتاری می شوند (شکرشکن، ۱۳۸۰).

ناکامی در ارضای نیازها یک تجربه همگانی است چون واقعیت همیشه با ما هماهنگ و همنا نیست اما برخی افراد به جای پذیرفتن واقعیت و جستجوی یک راه حل مفید و سازنده مسئول گریزانه رفتار می کنند یعنی یا دیگران را مسئول ناکامی خود می دانند (همسر، والدین، فرزندان، همکاران، دوستان و...) و یا توقع دارند که واقعیت به نفع آنها کنار برود. واقعیت درمانی مسئولیت فردی را در مرکز تغییر و درمان قرار داده و اهمیت زیادی به آموزش، ترغیب و کمک به افراد برای پذیرش مسئولیت رفتارشان را می دهد.

گلاسر معتقد است که اکثر مشکلات انسانی مثل بزهکاری، خشونت، اعتیاد و... ناشی از روابط ناخشنود است. او معتقد است که ما خودمان مسئول فلاکت و بدبختی خودمان هستیم و این احساس ها را خودمان انتخاب می کنیم، دیگران نمی توانند ما را نه خوشبخت کنند و نه بدبخت. تمام آنچه از دیگران می گیریم اطلاعات است، اطلاعات به تنهایی منجر به رفتار نمی شوند، بلکه اطلاعات وارد مغز می شوند، مورد پردازش قرار می گیرند و تصمیم

^۱ Brooks
^۲ Scott

می‌گیریم که چکار کنیم. گلاسر معتقد است که تمام افراد ناخشنود از جمله بزهکاران مشکل واحدی دارند، و آن این است که آنها نمی‌توانند با کسانی که دوست دارند، با آنها تفاهم کنند و به خوبی کنار بیایند.

کسانی که رابطه نزدیک با دیگران ندارند همیشه احساس تنهایی می‌کنند، احساس ناراحتی می‌کنند. این افراد برخلاف آدم‌های شاد و خشنود بر لذت‌های کوتاه مدت تکیه می‌کنند مثلاً افراد معتاد که مواد مخدر مصرف می‌کنند این افراد در جستجوی لذت آنی اند (گلاسر، ۱۳۹۰، ترجمه صاحبی).

مطالعات نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند به میزان بسیار بالایی، خطر رفتارهای پرخطر را کاهش دهد. با این حال هنوز درصد کمی از این افراد تحت درمان قرار می‌گیرند و همچنین به دلیل ماهیت خطر ساز بودن این افراد، پژوهش‌های اندکی در مورد درمان‌های مناسب و مدون با چهارچوب کنترل شده برای کاهش رفتارهای پرخطر انجام شده است (راد^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

بر اساس جستجوهای انجام شده تحقیقی که به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر در بین زندانیان پرداخته باشد یافت نشد اما نتایج تحقیقاتی که به نوعی به مداخلات روانشناختی در مورد سیگار و سایر رفتارهای پرخطر پرداخته اند حاکی از آنست که با استفاده از مداخلات روانشناختی می‌توان میزان مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر کاهش داد.

به عنوان نمونه رئیسی (۱۳۸۸) در تحقیقی خود به این نتیجه دست یافته است که آموزش مهارت‌های زندگی بر آگاهی زندانیان و کاهش رفتارهای پرخطر تأثیر معناداری داشته است. شریفی نیا (۱۳۸۷) نیز در تحقیقی خود نشان داده است که درمان یکپارچه توحیدی نرخ وقوع رفتارهای مجرمانه در بین زندانیان را به میزان ۹۰٪ کاهش داده است.

شریفی درآمدی (۱۳۸۴) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافته است که، شناخت درمانگری احترام به خود بر کاهش پرخاشگری نوجوانان بزه ۱۵-۱۲ ساله مؤثر است. همچنین نعمتی (۱۳۸۸) اثبات کرده است که آموزش مدیریت خشم باعث کاهش پرخاشگری زندانیان می‌شود.

در خارج از کشور ملرو و همکاران^۲ (۱۹۹۹) در پژوهشی تحت عنوان پیشگیری از مصرف سیگار با استفاده از آموزش مهارت‌هایی علیه سیگار کشیدن، توانستند نگرشی منفی نسبت به سیگار ایجاد کنند. در ایران نیز اسد پور (۱۳۷۷) در پژوهشی بر روی ۷۰ دانش‌آموز پایه اول تا سوم متوسطه، توانست با استفاده از آموزش به روش بحث گروهی بر میزان سیگار دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های رفسنجان، نتایج معنی‌داری به دست آورد.

^۱ Rudd

^۲ Melro et al.

ولی از آنجا که آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر در تغییر نگرش به مصرف سیگار و کاهش رفتارهای پرخطر در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت تا کنون در کشورمان مورد استفاده قرار نگرفته است؛ در این تحقیق قصد داریم که با ایجاد رابطه‌ی درمانی مناسب در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی، مواجه کردن مددجویان با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق به سوالات زیر پاسخ دهیم:

۱. آیا آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر در کاهش رفتارهای پرخطر تأثیر دارد؟
۲. آیا آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر تغییر نگرش به مصرف سیگار موثر است؟

ضرورت و اهمیت موضوع

نیروی انسانی سالم مهم‌ترین عامل در پیشرفت یک جامعه به حساب می‌آید، با توجه به ساختار سنی جوان کشور و نظر به آنکه نوجوانان، آسیب‌پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر را تشکیل می‌دهند، بدیهی است که هرگونه ظایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه، کاهش توانایی‌های این قشر حرکت ساز، به گونه‌ای غیر قابل اجتناب به کندی در پیشرفت جامعه می‌انجامد و از طرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آنها ممکن است در دراز مدت، روی سلامتی آحاد جامعه اثر منفی بگذارد.

پژوهش‌های متعدد در دنیا، نشان می‌دهد که بزهکاری کودکان و نوجوانان از چند جنبه واجد اهمیت است. کودکان و نوجوانانی که گرفتار انحرافات اجتماعی می‌شوند، در اکثر موارد فرصت‌های جبران‌ناپذیری را از حیث تحصیل و کار از دست می‌دهند و با توجه به پذیرفته نشدن آنها در حلقه‌های درسی و کاری آبرومند و آینده‌ساز، قشری مطرود و از این‌گونه افراد بوجود می‌آید که به نوبه خود مسئله را برای نسل‌های آینده تشدید می‌کند و باعث تباهی کودکان و نوجوانان بیشتری می‌شوند.

این مسئله از لحاظ هزینه و وقت و نیرویی که دولت‌ها صرف حل آن می‌کنند نیز اهمیت زیادی دارد. اداره کانون‌های اصلاح و تربیت، کانون‌های کارآموزی، نیروی انتظامی، دادگاه‌های مخصوص کودکان و نوجوانان و هزینه‌های مربوط به آنها باری بر دوش بودجه هر کشوری است. در صورتی که راه‌های پیشگیری و درمان این معضل شناخته شود، قسمت اعظم این بودجه را می‌توان صرف آموزش و پرورش و تربیت علمی و عملی این قبیل افراد کرد که سرمایه‌گذاری بسیار خوبی برای آینده آنان خواهد بود و موجب زندگی‌های ثمربخش خواهد شد (مشکانی و مشکانی، ۱۳۸۱).

علی‌رغم تلاش بسیاری که در دو دهه اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به مضرات و خطرات رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، همچنان با افزایش روز افزون این رفتارها روبرو هستیم. مطالعات نشان

داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی نایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شوند (برگمن و اسکات^۱، ۲۰۰۱).

وقوع و گسترش جرم در دوره های نوجوانی از ارتکاب به رفتارهای پرخطر آغاز می شود زمانی که فشارهای زیستی و روانی دوران بلوغ و بروز مشکلات ارتباطی و اجتماعی با خانواده و همسالان، رقابت ها و عدم موفقیت های تحصیلی، کمبود ارتباطات سالم و عدم تاب آوری، زمینه را برای ارتکاب و گرایش فرد به سوی سوء مصرف مواد و الکل، خطرپذیری جنسی، فرار از منزل، دزدی و خشونت فراهم می سازد (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸). آنچه که مسلم است افراد خطرپذیر نیازمند دریافت صحبت، توجه، پذیرش، آموزش و یادگیری مهارت های زندگی، مسئولیت پذیری و انتخاب هستند (شرفی، ۱۳۸۱). تا بدین وسیله رفتارشان در جهت کارآمد و موثر سوق پیدا کند. به اعتقاد گلاسر افرادی که به رفتارهای ناکارآمد و یا اعتیادهای منفی مثل اعتیاد به مواد مخدر، نیکوتین یا الکل دارند برای خلاق نمودن خویش می توانند به رفتارهای کارآمد و یا اعتیادهای مثبت روی آورند مثل دویدن، شنا، مراقبه، ذن، یوگا، یا تلفیقی از آنها (شارف^۲، ۲۰۰۲؛ ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۶).

در واقع، روش واقعیت درمانی تا حد زیادی مربوط به کار گروهی با نوجوانان و جوانان می باشد. اساس واقعیت درمانی گروهی از فرآیند خود ارزیابی تشکیل شده است چرا که فضای حاکم بر گروه می تواند به اعضای گروه کمک کند تا ارزیابی درستی از رفتار خود به دست آورند. استفاده از روش واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر مجموعه ای از یافته های پژوهشی است که خاطر نشان می سازد فرد در پرتو وجود اثرات انگیزشی گروه، دگرگونی هایی در خود به وجود می آورد (نواب، ۱۹۹۵؛ کوری، ۲۰۰۱؛ به نقل از کاکیا، ۱۳۸۹).

در آموزش گروهی واقعیت درمانی مراجعان می آموزند که چگونه در رابطه با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند، چگونه با مشکلات فعلی که آنها را احاطه نموده، رویارویی کنند. پژوهشگران، واقعیت درمانی گروهی را بدین دلیل که کوتاه مدت و مؤثر بوده و مراجع می تواند براحتی آنرا فرا گیرد و نیز به این دلیل که فرد را به گونه ای مستقیم متوجه مشکلات خود می کند، توصیه می کنند.

بنابراین با توجه به پیامدهای بزهکاری و اثرات مخرب رفتارهای پرخطر لازم و ضروری بود تا در جهت روشن شدن چگونگی مواجهه با این پدیده و کاستن اثرات ویران کننده آن بر زندگی افراد پژوهش هایی انجام شود زیرا با کاهش رفتارهای پرخطر، بخش وسیعی از سلامت روانی افراد، خانواده و جامعه تأمین خواهد شد، بنابراین ضرورت دارد که تحقیقات گسترده و وسیعی به منظور یافتن بهترین راه حل ها در این زمینه صورت گیرد. در این پژوهش

^۱ Bergman & Scoot

^۲ SHarf

هدف آن است که با استفاده از رویکرد واقعیت درمانی که تأکید آن بیشتر بر هویت، مسئولیت پذیری و پذیرش واقعیت ها می باشد، قدمی در راه قربانیان بزه برداشته شود که در صورت موفقیت بتوان راهکارهای مناسب جهت تغییر رفتار آنها برای پیشگیری و درمان انحرافات نوجوانان و ارتکاب آنان به اعمال مجرمانه پیدا کرد تا کمکی به تأمین بهداشت روانی جامعه باشد.

اهداف پژوهش

۱. تعیین میزان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر نگرش به مصرف سیگار در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت استان قزوین.
۲. تعیین میزان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر رفتارهای پرخطر در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت استان قزوین.

فرضیه های پژوهش

۱. واقعیت درمانی گروهی بر تغییر نگرش به مصرف سیگار در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت استان قزوین تأثیر دارد.
۲. واقعیت درمانی گروهی در کاهش رفتارهای پرخطر در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت استان قزوین تأثیر دارد.

متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل در این تحقیق واقعیت درمانی گروهی می باشد و همچنین متغیرهای وابسته عبارتند از نگرش به مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر.

تعاریف مفهومی متغیرها

واقعیت درمانی گروهی

مجموعه روش‌هایی است که بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی برای کمک به مراجعان صورت می‌گیرد در این روش، رهبران واقعیت‌درمانی گروهی، فعالیت کلامی و نقش‌رهبری در گروه را بر عهده می‌گیرند آنان در عملکردشان به نکات قوت و بالقوه‌اعضاء بیش از شکست‌های شان توجه می‌کنند. آنان همچنین می‌انگارند که پرداختن به محدودیت‌ها، شکست‌ها، تمایل به تقویت هویت شکست و کنترل غیر اثر بخش در مراجعان را به وجود می‌آورد. بنابراین اعضا را برای توجه به استعدادهای به کارنگرفته و یادگرفتن این که چگونه در جهت ایجاد هویت توفیق و کنترل اثربخش تر، کار کنند به چالش می‌طلبند (کوری، ۲۰۰۵؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸).

نگرش به مصرف سیگار

منظور از نگرش به مصرف سیگار، مجموعه باورها، اعتقادات و احساس‌های افراد نسبت به سیگار و مصرف آن است (رشید، ۱۳۸۳).

رفتارهای پرخطر

رفتارهایی که می‌توانند تاثیرات زیانباری بر روی رشد کلی و سلامت نوجوانان داشته باشد یا که ممکن است از پیشرفت و موفقیت آینده نوجوانان جلوگیری کند، رفتارهای پرخطر اطلاق می‌گردد. رفتارهای پرخطر ممکن است شامل رفتارهایی که آسیب فیزیکی سریعی می‌زند (مانند خشونت) و یا شامل رفتارهایی با تاثیر منفی رو به افزایشی (مانند اعتیاد) باشد. رفتارهای پرخطر همچنین می‌تواند شکافی در رشد نوجوان ایجاد کند و یا مانع رشد طبیعی فرد و تجربه‌های معمولی سنین نوجوانی گردد. برای مثال بارداری در سنین نوجوانی می‌تواند مانع از تجارب معمولی نوجوانی مانند ادامه تحصیل، دوستی با هم‌تایان شود (گاسمن و بوش^۱، ۲۰۰۷).

تعاریف عملیاتی متغیرها

واقعیت درمانی گروهی

مجموعه روش‌هایی است که بر اساس اصول واقعیت‌درمانی در قالب طرح مداخله ریخته شده، و طی ۱۰ جلسه گروه درمانی، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، در مورد مددجویان گروه آزمایش به کار برده شده است.

^۱ Gusman & Bosch

نگرش به مصرف سیگار

برای بررسی نگرش مددجویان به مصرف سیگار از پرسشنامه نگرش سنج مصرف سیگار استفاده شده است که دارای ۳۰ طیف ۱۰ گزینه ای می باشد و ۴ مولفه باورها، عواطف، انتظارات و رفتارهای امکان ترک سیگار را می سنجد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۳ توسط رشید با استفاده از روش تفکیک معنایی یا افتراق معنایی ساخته شده است.

رفتارهای پرخطر

برای تعیین فراوانی رفتارهای پرخطر مددجویان تحت بررسی از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده که مشتمل بر ۱۸ سوال است. برای ساخت این پرسشنامه از مقیاس لیکرت استفاده شده است. این پرسشنامه با مقیاس ۵ درجه ای شامل «هرگز، به ندرت، بعضی وقت ها، بیشتر وقت ها، همیشه» ارزیابی می شود. جمع امتیازات میزان رفتارهای پرخطر فرد را تعیین می کند.

فصل دوم

ادبیات پژوهش