

تأثیر واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا

دکتر غلامرضا پاشا*
سهیلا امینی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا شهرستان اهواز بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از همسران شهدا بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه امید به زندگی میلر و اضطراب بک بود. در این پژوهش، آزمودنی‌ها به طور تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم و مورد پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مستقل (واقعیت‌درمانی) بر گروه آزمایش، به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته، مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد و نتایج با $(p < 0/0001)$ نشان داد که واقعیت‌درمانی باعث افزایش امید به زندگی و کاهش اضطراب همسران شهدا گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

کلیدواژگان: واقعیت‌درمانی، امید به زندگی، اضطراب.

مقدمه

یکی از مسائلی که انسان همیشه در طول زمان با آن درگیر بوده، پدیده اضطراب است. این پدیده، فراگیر و جهانی است و در همه انسان‌ها وجود دارد و حتی سازگاترین افراد نیز آن را تجربه نموده‌اند. احساس اضطراب، زمانی رخ می‌دهد که فرد خطری را ادراک می‌کند که این خطر، از قابلیت‌های فرد، برای رویارویی با آن فراتر باشد (خیاط، ۱۳۸۷). اضطراب، یکی از صفات فوق‌العاده متداول می‌باشد که از اولین روزهای کودکی تا کهنسالی همراه فرد است و زندگی را به کام

* عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

** کارشناس ارشد مشاوره

این مقاله برگزیده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم سهیلا امینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان است.

او تلخ می کند و مانع از تماس او با دیگران می شود؛ امید به زندگی را در او کم می کند و نمی گذارد همکاری مؤثری با دنیا داشته باشد. (آدلر^۱، ۱۹۱۰؛ ترجمه جواهرساز، ۱۳۷۹). رابینسون^۲ (۱۹۸۳)، نقل از اسلامی نسب، (۱۳۷۳) معتقد است امید یکی از پایه های اصولی توازن و قدرت روانی است که مشخص کننده دستاوردهای زندگی است. امید، توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید با نیروی نافذ خود، سیستم فعالیتی را تحریک می کند تا سیستم بتواند تجارب نو را کسب کرده و نیروهای تازه را در ارگانیزم ایجاد نماید و در نتیجه امید، انسان را به تلاش و کوشش وا داشته و او را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می کند و امید یکی از نشانه های سلامت روان است. سازمان بهداشت جهانی در تعریف سلامتی، آن را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد و نه فقط بیمار بودن تلقی می کند. یافته های تحقیقاتی و محققین بر این باورند که دستیابی به توسعه بهداشت در جهان، بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در ابعاد گوناگون سیاست ها و برنامه های بهداشت و توسعه و همچنین اجرای برنامه های توانمندسازی و پیشرفت زنان، ممکن نیست. سلامت زنان، مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی با کیفیت برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمندسازی آنان جهت مشارکت، پیش نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۳؛ نقل از ایمانی زاد، ۱۳۸۶). آمار و ارقام منتشر شده در زمینه ی شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص تر می نماید. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آن ها را اختلالات خفیف روانی هم چون افسردگی و اضطراب تشکیل می دهند (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۰۱). به نقل از پژوهشگران ۲۰ تا ۶۵ درصد زنان دچار افسردگی و اضطراب می شوند. به طور کلی می توان گفت که همه این تنیدگی ها در بدن زن برنامه ریزی شده اند اما بعد روان شناختی آن ها به تاریخچه زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی وی وابسته است (رحمانی، ۱۳۸۷). هنگامی که از خانواده سخن به میان می آید، عموماً قلبی متشکل از یک زن و شوهر، همراه با یک یا چند فرزند در ذهن مجسم می شود، اما برخی خانواده ها از این اصل مستثنی هستند، در این خانواده ها، مادر نقش دو نفر را ایفا کرده و علاوه بر انجام وظیفه اصلی خود که تربیت فرزندان است، نقش مرد و نان آور خانواده را نیز بر عهده گرفته و عملاً مسئولیت مضاعفی را متحمل می شود. اختلال هایی که مربوط به تنیدگی در زنان هستند می توان به اضطراب، روان گسستگی و افسرده خویی اشاره کرد. بنابراین می توان گفت که زنان در معرض ۲ گروه بزرگ از فشارهای روانی یا تنیدگی ها قرار دارند. الف: تنیدگی هایی که از هویت زیست شناختی آن ها ناشی می شود، ب: تنیدگی هایی که با مسئولیت آنان در ارتباط است (استورا^۴، ترجمه دادستان، ۱۳۸۶). امروزه اضطراب بالا به عنوان پدیده مختل کننده عملکرد، شناخته شده است که سبب می شود فرد، قادر به برقراری ارتباط سالم با دیگران نبوده و حالات اضطرابی، علت اولیه ۶ تا ۲۷ درصد از تمام مشکلات

1 Adler

2 Rabinsoon

3 World health organization

4 Stora

روانی محسوب می شوند که به درمان نیاز دارند و این عارضه در زنان، شایع است (شاملو، ۱۳۷۰). برخورد با مشکلات به صورت گروهی به فرد کمک می کند تا راحت تر با آن مقابله کند و تصور نکند که تنها اوست که دچار چنین مشکلی گردیده است. بیمار در گروه، مشکلات خود را به جای آن که در ذهن پیچیده و نمادین کند به طور صریح ابراز می دارد و با آن مشکل به طور مستقیم و مؤثر برخورد می شود. به علاوه افراد گروه نیز تجربیات و دیدگاه های خود را با یکدیگر در میان می گذارند و از طریق این تعامل به درک صحیحی از خود در جهات مختلف می رسند (دیناری، ۱۳۸۷).

حسینی (۱۳۸۵) رابطه امید به زندگی و سرسختی های روانشناختی را در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مورد بررسی قرار داد. نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از این امر بود که بین امید به زندگی و سرسختی روانشناختی رابطه مثبت معناداری وجود داشت. پورمحمد و همکاران (۱۳۸۰)، تعیین میزان ناامیدی و اضطراب نوجوانان مبتلا به بتاتالاسمی ماژور و مقایسه آن با نوجوانان سالم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج پژوهش نشان داد که میان میزان ناامیدی و اضطراب گروه های بیمار و سالم، تفاوت معنی دار آماری وجود داشت و با افزایش میزان ناامیدی، بر میزان اضطراب آن ها افزوده می شد. سدرپوشان (۱۳۸۳) به بررسی تأثیر شیوه واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه پرداخت که نتایج پژوهشی نشان داد که این روش بر کاهش اضطراب مؤثر است. خالقی عباس آبادی، سمیه (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر روش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی و سلامت روان دختران مقطع متوسطه پرداخت که نتایج پژوهش حاکی از آن بود که این روش بر افزایش شادکامی و سلامت روان مؤثر است. آقایی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر واقعیت درمانی بر افزایش میزان امید و سلامت روان و نرخ باروری زنان تخمک اهدایی پرداخت که نتایج پژوهش حاکی از تأثیر این روش بر افزایش امید و سلامت روان بوده است. مشایخی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر مشاوره واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش احساس تنهایی همسران شهدا شهر اهواز پرداخت که نتایج پژوهش حاکی از این امر بود که این روش در کاهش احساس تنهایی مؤثر است. بویری (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی رابطه علی بین سلامت روان و امید به زندگی در دبیران مقطع راهنمایی شهرستان ایذه پرداخت که نتایج پژوهش، حاکی از آن بود که بین سلامت روان و امید رابطه ی مستقیم و معناداری وجود دارد. موسوی اصل (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی به شیوه ی گروهی بر مسئولیت پذیری و عزت نفس دانشجویان دختر مرکز تربیت معلم حضرت فاطمه زهرا (س) اهواز پرداخت که نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی باعث افزایش مسئولیت پذیری و عزت نفس می شود.

روزنبرگ^۱ (۱۹۶۵، نقل از حسینی نیک، ۱۳۸۴)، در یک مطالعه از یک نمونه ۲۹۴ نفری که اقدام به خودکشی کرده بودند، نتیجه گرفت که اقدام به خودکشی با احساس ناامیدی و درماندگی همبستگی دارد. رینج و پنتون^۲ (۱۹۹۴) در پژوهشی رابطه بین امید، ناامیدی و خودکشی را در بین دانشجویان بررسی کردند. نمونه مورد مطالعه ۲۰۶ نفر بودند. نتایج نشان داد هر چه امید، افزایش می یابد، ناامیدی،

1 Rosen berg

2 Range & Penton

کاهش می یابد و آن هایی که در خود کشی، نمره بالایی کسب کردند، تاندازه ای، امید کمتری داشتند و بیشتر ناامید بودند. پرنزلا^۱ (۲۰۰۶) به بررسی اثر مداخله ای واقعیت درمانی بر اساس نظریه انتخاب، بر روی بیماران PTSD^۲ پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات واقعیت درمانی در کاهش نشخوار فکری این بیماران مؤثر می باشد. گوردون^۳ و همکاران (۲۰۰۷؛ نقل از بوری، ۱۳۸۶) افسردگی مضاعف در بیماران سرپایی بزرگسال و ناامیدی را به عنوان یک ویژگی در این بیماران مورد بررسی قرار دادند. نمونه مورد مطالعه ۵۴ بیمار سرپایی مسن سایکوتیک بودند که تحت یک مصاحبه بالینی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بیماران افسرده مضاعف، سطوح بالاتری از ناامیدی را نشان می دهند در حالی که افراد با افسردگی اساسی یا دیس تایمی منفرد، سطوح میانه (متوسطی) از ناامیدی را نشان می دهند. پاترسا^۴ (۱۹۸۱، نقل از موسوی اصل، ۱۳۸۸)، تحقیقی تحت عنوان اثربخشی برنامه تغییر رفتاری و واقعیت درمانی بر رفتار جوانان که دارای ناهنجاری های عاطفی هستند، انجام داده است که نتیجه ی حاصله از آن نشان می دهد که هر دو رویکرد بر بهبود ناهنجاری های عاطفی تأثیر مثبت داشته است. اسحاق^۵ (۲۰۰۵، نقل از موسوی اصل، ۱۳۸۸)، در پژوهشی مداخله های کوتاه مدت را به عنوان روش جایگزینی در کمک به ناسازگاری دانش آموزان، روش مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی و رویکرد رفتاری را در اصلاح رفتارهای ناسازگار دانش آموزان نشان داد که روش واقعیت درمانی و رفتاری هر دو در بهبود ناسازگاری دانش آموزان مؤثر بوده است و روش واقعیت درمانی نسبت به روش رفتاری، مؤثرتر بوده است. پترسون، چنگ و کالینس^۶ (۱۹۹۸)، اثر واقعیت درمانی و نظریه انتخاب بر خودپنداره دانشجویان دانشگاه تایوان را بررسی کردند. آن ها ۲۱۷ دانشجویان را در معرض آموزش نظریه انتخاب و هم مشاوره گروهی واقعیت درمانی قرار دادند. این مداخلات جهت کمک به دانشجویان برای پیشرفت و حفظ خودپنداره مثبت آن ها بود. یافته ها در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که هر دو راهکار بر تسهیل خودپنداره ی مثبت دانشجویان بسیار مؤثر است. کلاگ^۷ (۲۰۰۶) کاربرد نظریه انتخاب و واقعیت درمانی را برای تعلیم ورزشکاران، مورد بررسی قرار داد و اظهار کرد که ساختن شخصیت و آموزش مهارت های زندگی و ارائه ارزش هایی که در سراسر زندگی تداوم می یابد و نیز ارائه مفهوم برنده شدن در کل فرایند زندگی، پویایی تیم را افزایش می دهد و اگر مربی کنترل خارجی را تا آن جا که ممکن است کنار بگذارد، بازیکنان انتخاب های فردی بهتری خواهند داشت و مسئولیت تجربه هایشان را می پذیرند. بارس و پریش^۸ (۲۰۰۶) نظریات مربوط به دارودرمانی های مختلف را مورد مطالعه قرار داده و اعلام کردند که این نظریات به قصد کنترل بیرونی، افراد را از انتخاب محروم می سازند و سپس با مقایسه این نظریات با واقعیت درمانی، دیدگاه های گلاسر^۹ را ارائه می دهند که

1 Prenzlau

2 post trauma stress disorder

3 Gordon

4 Patersa

5 Eshagh

6 Peterson, Change & Collins

7 Klug

8 Barnes & Parish

9 Glasser

چگونه از جهت گیری کنترل شده، اجتناب کرده و به افراد کمک می کند که برای یافتن گزینه ها و انتخاب های مثبت بکوشند.

بنابراین با توجه به این که همسران شهدا، زنان بدون سرپرست می باشند، به منظور ارتقا و توانمندی آنان در کنار مشکلات عاطفی، روانی و با توجه به اثربخشی واقعیت درمانی در پژوهش های گذشته، هدف این پژوهش، این است که میزان اثربخشی واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا را تعیین کند و به این سؤال پاسخ داده شود که: آیا واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا تأثیر دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه همسران شهدای تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان اهواز بود که در آبان ماه ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه پژوهش، شامل ۳۰ نفر از همسران شهدا بود که به صورت تصادفی ساده از بین ۱۰۰ نفر از همسران شهدایی که به پرسشنامه امید به زندگی میلر^۱ و اضطراب بک^۲ پاسخ داده بودند و نمرات امید به زندگی پایین و اضطراب بالا داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند و از آن ها پیش آزمون امید به زندگی میلر و اضطراب بک به عمل آمد. سپس برای گروه آزمایش، ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای واقعیت درمانی به صورت ۱ بار در هفته اجرا شد و پس از اتمام مداخلات، از هر دو گروه، پس آزمون امید به زندگی میلر و اضطراب بک به عمل آمد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف) پرسشنامه امید به زندگی میلر

آزمون میلر، آزمونی از نوع آزمون تشخیصی است. این آزمون اولین بار، جهت سنجش در بیماران قلبی در آمریکا به کار رفت تا میزان امید را در آن ها نشان دهد. پرسشنامه میلر به طور مجدد از نظر هماهنگی عامل های پیشنهاد شده برای امید و هماهنگی ماده ها با همدیگر و دقت در انتخاب جنبه های مختلف از نظر رفتارهای حاکی از امید توسط شش نفر از استادیاران دانشگاه های آمریکا مورد بحث و بررسی قرار گرفت که مورد تأیید آن ها واقع شد. آزمون میلر، شامل ۴۸ جنبه از حالت های امید و درماندگی می باشد و ارزش نمره هر جنبه از ۱ تا ۵ متغیر است و در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه هایی به این شرح قرار دارد: (۱) بسیار مخالف (۲) مخالف (۳) بی تفاوت (۴) موافق (۵) بسیار موافق و در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و نمره ۴۸، کاملاً درمانده و نمره ۲۴۰، حداکثر امید را نشان می دهد. نیک رو (۱۳۸۷)، پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر را با روش ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف

1 Miller

2 Beck

به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد برای محاسبه روایی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه معناداری بین نمره آن ها وجود دارد ($r=0/35$ و $p=0/01$). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی مقیاس امیدواری از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۵، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. برای تعیین روایی پرسشنامه امید به زندگی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه مثبت معنی داری بین نمره آن ها وجود دارد ($r=0/48$ و $p=0/007$), که بیانگر بر خورداری پرسشنامه امید به زندگی میلر از روایی لازم می باشد.

ب) پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است و همه گزینه ها پاسخ دارند (۰ تا ۳) که حاکی از افزایش شدت است. دامنه نمرات نیز محدوده ۰-۶۳ می باشد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه های فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر، مربوط به هراس های مشخص و سایر گزینه های آن، نشانه ی خود کار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجد. بک و کلارک^۱ (۱۹۸۸؛ نقل از کاظمی، ۱۳۸۲) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. دلبر صاف (۱۳۸۷) برای مقیاس اضطراب بک، ثبات درونی بالایی به دست آورده که همبستگی ماده های آن با هم شامل محدوده ای از ۰/۳ تا ۰/۷۱ میانگین برابر (۰/۶۰) بود و این آزمون را بر روی ۸۳ بیمار با فاصله یک هفته برای باز آزمایی اجرا کرد که همبستگی بالایی ۰/۷۵ به دست آورد و همبستگی آن با نتایج چند آزمون بالینی معنادار (۰/۴۸-۰/۵۱) بود. در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی مقیاس اضطراب بک از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۷، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. برای تعیین روایی پرسشنامه مذکور، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه مثبت معنی داری بین نمره آن ها وجود دارد ($r=0/74$ و $p=0/0001$) که بیانگر بر خورداری پرسشنامه اضطراب بک از روایی لازم می باشد.

شیوه مداخله

واقعیت درمانی، روشی مبتنی بر «انجام دادن»^۲ است. درمانگر به همراه مراجع، برنامه ای قابل حصول و دارای مراحل مثبت ایجاد خواهد کرد که در ابتدا او را در جهت ارضاء کردن نیاز قرار می دهد (گلاسر، ۱۹۹۸؛ نقل از سانسون^۳، ۲۰۰۵). وابلدینگ و بریکل^۴ (۲۰۰۴) از سرواژه WDEP^۵ برای توصیف روش های اجرا شده در واقعیت درمانی استفاده کرده اند. واقعیت درمانی سؤالاتی را خواهد پرسید تا ادراکات و خواسته های مراجع را کشف کند. این سؤالات عبارتند از: W: خواسته ها و ادراکات مراجع چه چیزهایی هستند؟ D: مراجع در حال حاضر در حوزه انجام دادن، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی چه می کند؟ E: مراجع چگونه به انجام کارهایی می پردازد که او را نزدیک تر به خواسته هایش می کند؟ P: برنامه ریزی برای تغییر چگونه باید باشد (فلانگان^۶ و فلانگان، ۲۰۰۴). خلاصه شرح جلسات ۹ جلسه

1 Clark

2 doing

3 Sansone

4 Wubbolding & Brickel

5 W = wants, D = direction, E = self evaluation, P = planing

6 Flangan

۹۰ دقیقه ای مداخله به صورت زیر می باشد:

جلسه اول: هدف: آشنایی اعضا با مفهوم واقعیت درمانی و درگیری عاطفی با اعضا گروه.

جلسه دوم: هدف: آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت و ویژگی های هویت موفق و هویت شکست.

جلسه سوم: هدف: آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود و آشنایی اعضا با اهمیت و ضرورت مسئولیت پذیری در زندگی.

جلسه چهارم: هدف: آشنایی با اضطراب از دیدگاه واقعیت درمانی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل اضطراب.

جلسه پنجم: هدف: آشنایی اعضا با نیازهای اساسی و مؤثر در زندگی واقعی و تأثیر نیازهای اساسی در زندگی و توانایی آنان در انتخاب بهترین شیوه جهت دستیابی به نیازهای اساسی.

جلسه ششم: هدف: آشنایی اعضا با چگونگی طرح ریزی حل مشکل و برنامه ریزی جهت زندگی فعلی و در حال حاضر خود.

جلسه هفتم: هدف: آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام و عمل کردن طرح و برنامه های صورت گرفته.

جلسه هشتم: هدف: آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرفتن عذر و بهانه درخصوص اجرای طرح ها و برنامه های انتخاب شده.

جلسه نهم: هدف: آشنایی اعضا با چگونگی تأثیر تنبیه در عدم ایجاد رابطه حسنه.

یافته های پژوهش

الف) یافته های توصیفی

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، برای هر دو متغیر امید به زندگی و اضطراب در جدول ۱ ارائه شده است.

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار امید

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های امید به زندگی و اضطراب گروه های

آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		مرحله	متغیر
			گروه	گروه		
۱۵	۲۰/۵۷	۱۲۲/۸۰	آزمایش	کنترل	پیش آزمون	امید به زندگی
۱۵	۲۳/۹۰	۱۸۰/۸۶	کنترل	آزمایش		
۱۵	۱۸/۹۱	۱۹۳/۷۳	آزمایش	کنترل	پس آزمون	
۱۵	۲۲/۶۴	۱۸۷/۰۷	کنترل	آزمایش		
۱۵	۱۵/۸۶	۲۰/۶۷	آزمایش	کنترل	پیش آزمون	اضطراب
۱۵	۱۳/۰۵	۱۷/۷۳	کنترل	آزمایش		
۱۵	۱۴/۴۷	۱۶/۲۷	آزمایش	کنترل	پس آزمون	
۱۵	۱۴/۴۱	۲۰/۲۷	کنترل	آزمایش		

به زندگی هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۲۲/۸۰ و ۲۰/۵۷، گروه کنترل ۱۸۰/۸۶ و ۲۳/۹۰، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۹۳/۷۳ و ۱۸/۹۱، گروه کنترل ۱۷۸/۰۷ و ۲۲/۶۴ و در متغیر اضطراب در مرحله پیش آزمون، گروه آزمایش ۲۰/۶۷ و ۱۵/۸۶، گروه کنترل ۱۷/۷۳ و ۱۳/۰۵ و در مرحله پس آزمون، گروه آزمایش ۱۶/۲۷ و ۱۴/۴۷ و گروه کنترل ۲۰/۲۷ و ۱۴/۴۱ می باشد.

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی همسران شهدا تأثیر دارد. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین همسران شهدای گروه آزمایش

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (انکوا) مقایسه میانگین پس آزمون امید به زندگی همسران شهدای گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۹۴۶۴/۳۹	۱	۹۴۶۴/۳۹	۹۳/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
گروه	۳۵۶۱/۷۴	۱	۳۵۶۱/۷۴	۳۵/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
خطا	۲۷۲۵/۴۷	۲۷	۱۰۰/۹۴				

و همسران شهدای گروه کنترل از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۳۵/۲۸$ و $p<۰/۰۰۰۱$). بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر، واقعیت درمانی به شیوه گروهی با توجه به میانگین نمرات امید به زندگی همسران شهدای گروه آزمایش نسبت به میانگین همسران شهدای گروه کنترل، موجب افزایش امید به زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶ می باشد، یعنی ۵۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون امید به زندگی مربوط به تأثیر واقعیت درمانی می باشد. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم، وجود نداشته است.

فرضیه دوم: واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب همسران شهدا تأثیر دارد. همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون بین همسران شهدای گروه

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (انکوا) مقایسه میانگین پس آزمون اضطراب همسران شهدای گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۲۴۰/۶۵	۱	۵۲۴۰/۶۵	۲۳۵/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
گروه	۳۳۹/۲۴	۱	۳۳۹/۲۴	۲۱/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۶۴
خطا	۶۰۱/۲۱	۲۷	۲۲/۲۶				

آزمایش و همسران شهدای گروه کنترل از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=21/65$) و $(p<0/0001)$ ، بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. به عبارت دیگر، واقعیت درمانی با توجه به میانگین نمرات اضطراب همسران شهدای گروه آزمایش نسبت به میانگین همسران شهدای گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/36$ می باشد، یعنی 36 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب مربوط به تأثیر واقعیت درمانی می باشد. توان آماری برابر با $0/964$ است، یعنی اگر این تحقیق 1000 مرتبه تکرار شود فقط 36 مرتبه ممکن است فرضیه صفر به اشتباه تأیید شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول مبنی بر اینکه واقعیت درمانی بر افزایش امید به زندگی همسران شهدا مؤثر است، نشان داد که با یافته های انجام شده توسط کلاگ (۲۰۰۶)، بارس و پریش (۲۰۰۶)، اسحاق (۲۰۰۵)، نقل از موسوی اصل، (۱۳۸۸)، پترسون، چنگ و کالنیس (۱۹۹۸)، حسینی (۱۳۸۵)، دیویدسون و همکاران (۲۰۰۷)، رینج و پنتون (۱۹۹۴)، روزنبرگ (۱۹۶۵)، نقل از حسینی نیک، (۱۳۸۴)، بویری (۱۳۸۶)، آقایی (۱۳۸۸)، مشایخی (۱۳۸۸)، پورمحمد و همکاران (۱۳۸۸) و گوردون و همکاران (۲۰۰۷)؛ نقل از بویری، (۱۳۸۶) همخوانی دارد. در تبیین فرضیه اول می توان گفت که ناامیدی، حالت تکان دهنده ای است که با احساس عدم امکانات، ناتوانی و بی علاقهگی، آشکار می شود و فرد در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی تواند موقعیت های زندگی را بسنجد و در نتیجه این مشکلات، قدرت تطبیق با تغییرات زندگی را ندارد. همچنین امید و ناامیدی با هدف های فرد و امکان موفقیت او در رسیدن به هدف ها تأثیر دارد. در واقع ناامیدی، رسیدن به هدف را مشکل می کند و روابط بین فردی دچار اختلال می شود (اشنایدر^۱، ۱۹۸۰؛ نقل از اسلامی نسب، ۱۳۷۳). گلاسر بیشتر به این مبحث می پردازد که تمام مشکلات در زمان حال قرار دارند. این بدین معناست که جستجو در تجارب اولیه می تواند مطرح باشد اما ارتباط کمی با حل مسأله فعلی دارد. گلاسر تأکید دارد که هسته تمام مسائل فعلی، مسائل ارتباطی هستند (مارشال^۲، ۲۰۰۴). او به طور فراوان از اصطلاح «ارتباط بد» برای توصیف روابطی استفاده می کند که در آن رفتارهای غیرمؤثر و ناکارآمد اعمال می گردد. در این ارتباط بد، فرد رفتار مخرب و دردسری را انتخاب می کند که بیماری روانی نامیده می شود. زمانی که انسان رفتارهای کارآمدتر و مفیدتری را برای ارضاء نیاز خود انتخاب کند، علائم به سرعت برطرف می گردند (گلاسر، ۲۰۰۰).

امید، به اختیار خود انسان است و از آن جانشی می شود که تصمیم بگیرد که هیچ گاه خود را کمتر از موجودی بی همتا و مهم نپندارد. شخص، امید را با تصمیم به داشتن آن به دست می آورد. فقط به سادگی تصمیم می گیرد که دیگر به وسیله ی هیچ چیزی بیرون از وجود خویش، خرد و فرسوده نخواهد شد و مسئولیت تغییر زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن، برعهده گرفته و علیرغم مخاطرات

1 Eshnider

2 Marshal

مربوطه این کار را انجام خواهد داد. (دایر^۱، ۱۹۹۱؛ ترجمه نیک فطرت، ۱۳۸۸). مایر^۲ (۱۹۸۰)، نقل از اسلامی نسب، (۱۳۷۳) معتقد است که اگر فرد یاد بگیرد که نمی تواند به طور واقعی، مؤثر باشد، در تمام حالت رفتاری خود، احساس وامانندگی و شکست می نماید. یادگیری در سرتاسر زندگی فرد به وقوع می پیوندد و یکی از مفاهیم اصول واقعیت درمانی نیز، یادگیری است. ما همان چیزی هستیم که انجام می دهیم و به وسعت زیاد، ما همان چیزی هستیم که یاد می گیریم، انجام دهیم و هویت ما حاصل یکپارچگی همه ی رفتارهای یاد گرفته شده و یاد گرفته نشده ما است (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸).

همچنین به طور کلی درمان گروهی فرصتی فراهم می آورد که: فرد درباره ی مسائل و مشکلاتش صحبت کند؛ احساساتش را در گروه بروز دهد و بازخورد دریافت کند؛ به تعیین طرز تلقی و گرایش دیگران نسبت به خود موفق گردد. بنابراین فرد از طریق مشارکت در گروه می تواند مهارت های اجتماعی خود را تقویت کند و روابط بهتری با دیگران داشته باشد. درمان گروهی، شرکت کنندگان را قادر می سازد با دیگر اعضای گروه شبکه اجتماعی تشکیل دهند که بتوانند به منزله ی مبنایی برای تغییر محیط عمل کنند. درمان جویان گروهی می توانند از تعامل متقابل گروهی برای افزایش درک و پذیرش ارزش و هدف ها استفاده کنند و رفتارها و نگرش های معینی را یاد بگیرند یا کنار بگذارند (خدایی، ۱۳۸۵).

در تعریف دیگر امید می توان گفت به خود امید داشتن، برابر با اعتماد به خویش است؛ برای داشتن هر یک از این دو، داشتن هر دو ضرورت دارد. در معنای امید، اعتقاد بر این است که شخص می تواند نیروهای خلاقه ی خویش را در راه بهبود چگونگی زندگی زندگیش به کار برد. برای به اجرا درآوردن این کار، نیازمند اعتماد هستید و اعتماد از رفتار پدید می آید نه از آرزو کردن یا تفکر درباره ی چیزی. امید، بخش ذهنی و اعتماد، بخش رفتاری است و باید با این اندیشه آغاز کرد که هیچ چیز چاره پذیر نیست. صرف نظر از هر گونه شرایط، باز هم می توان تصمیم به تفکر امیدوارانه گرفت و این کار شخص را یاری می دهد که رفتارهای اعتمادآمیز را برگزیند (دایر، ۱۹۹۱؛ ترجمه نیک فطرت، ۱۳۸۸).

نلسون^۳ (۲۰۰۱)، نقل از بخارایی، (۱۳۸۵) بیان می کند که واقعیت درمانی در تلاش است که به افراد کمک کند به جای روان شناسی کنترل بیرونی^۴، نظریه انتخاب^۵ یا روان شناسی کنترل درونی^۶ را برگزینند. در نظریه انتخاب، اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می تواند کاری برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی تواند، چنین کاری کند (جونز^۷ و پریش، ۲۰۰۵). انسان ها می توانند با انتخاب کردن راه های مؤثر و مناسب برای نیل به تفریح^۸، قدرت^۹، آزادی^{۱۰}، عشق و تعلق^{۱۱}، موقعیت

1 Dayer

2 Mayer

3 Nelson

4 external control psychology

5 choice theory

6 internal control psychology

7 Jones

8 fun

9 power

10 freedom

11 love & belonging

بهتری خلق کنند (دوناتو^۱، ۲۰۰۴). اما رفتارهای ویژه‌ای که هر فرد انتخاب خواهد کرد تا به ارضای نیازهای اساسی نایل شود به نسبت هر فرد، بی‌تغییر است (لوید^۲، ۲۰۰۵).

واقعیت درمانی بر اساس یادگیری بنا شده است و تئوری انتخاب گلاسر به ما می‌آموزد که تنها کسی که می‌توانیم رفتار او را کنترل کنیم، خودمان هستیم و تنها روشی که به وسیله آن می‌توانیم وقایع محیطی را تحت کنترل درآوریم، انتخاب رفتار و اعمال مان می‌باشد. ما قربانی دیگران و یا گذشته نیستیم مگر این که خودمان این گونه انتخاب کنیم. یک اصل مهم در تئوری انتخاب این است که ممکن است گذشته در مشکل کنونی ما نقش داشته باشد، ولی گذشته هیچ‌گاه مشکل اصلی ما نیست. صرف نظر از آن چه در گذشته اتفاق افتاده، آن چه که اکنون به آن نیاز داریم، عملکرد مؤثر و برنامه ریزی در زمان حال می‌باشد و وظیفه ما انجام آن چیزی است که برای بهبود روابط بین فردی کنونی ما، مورد نیاز است (کوری، ۲۰۰۰).

از مطالب فوق می‌توان نتیجه کلی گرفت که: از آنجا که واقعیت درمانی روشی است که بر مسئولیت‌پذیری و رفتار کنونی افراد تأکید دارد و امید یک امر اختیاری و به رفتار انسان بستگی دارد پس واقعیت درمانی گروهی، فرصتی را فراهم می‌آورد که اعضا گروه، رفتارهای مناسب جهت ارضای نیازهایشان را یاد گرفته و این مسئله احتمالاً باعث افزایش امید در آن‌ها گردد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم مبنی بر آن که واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب همسران شهدا تأثیر دارد، نشان داد که با یافته‌های انجام شده توسط موسوی اصل (۱۳۸۸)، پرینزلا (۲۰۰۶)، خالقی عباس آبادی (۱۳۸۸)، پاترسا (۱۹۸۱)، نقل از موسوی اصل، (۱۳۸۸) و سدرپوشان (۱۳۸۳)، همخوانی دارد.

در تبیین فرضیه دوم می‌توان گفت امروزه اضطراب بالا به عنوان پدیده مختل‌کننده عملکرد شناخته شده است که سبب می‌شود فرد قادر به برقراری ارتباط سالم با دیگران نبوده و مسئولیتی نیز در قبال دیگران برای خود قائل نباشد (شاملو، ۱۳۷۰). انسان دو سلسله نیازهای اصلی و اساسی دارد: یکی دوست داشتن و دوست داشته شدن و دیگری احساس ارزش برای خود و دیگران. برای حصول این نیازها، فرد باید به گونه‌ای مطلوب و مقبول رفتار کند تا دیگران او را دوست بدارند. معیارهای رفتار مطلوب و معقول، متنوع و متعددند و درستی یا نادرستی اعمال به هنجارهایی بستگی دارد که از عوامل فرهنگی و اجتماعی و اخلاقی و ارزش‌ها نشأت می‌گیرند. اگر فرد رفتار او را ارزشیابی نکند و درصدد اصلاح موارد نادرست بر نیاید، نیازهای اساسی او برآورده نخواهد شد و در نتیجه احساس ارزش و دوستی نخواهد کرد و دچار نگرانی و اضطراب خواهد شد. هم‌چنین فرد برای آن که احساس ارزش کند، باید به کسب و تقویت یک رشته مهارت‌ها بپردازد (شفیع‌آبادی، ۱۳۷۹). گلاسر (۱۹۲۵) مبدع واقعیت درمانی^۳ نقل از پیترسن^۴ (۲۰۰۵) خاطر نشان ساخت: «آن چه به عنوان بیماری روانی خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی ژنتیکی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند. هم‌چنین رفتار غیرمسئولانه‌ی افراد، باعث بروز اضطراب می‌شود نه این

1 Donato

2 Loyd

3 Reality therapy

4 Peterson

که اضطراب باعث غیرمسئول بودن فرد بشود (شفیع آبادی، ۱۳۸۸).
برخورد با مشکلات به صورت گروهی به فرد کمک می کند تا راحت تر با آن مقابله کند و تصور نکند که تنها اوست که دچار چنین مشکلی گردیده است. بیمار در گروه، مشکلات خود را به جای آن که در ذهن پیچیده و نمادین کند به طور صریح ابراز می دارد و با آن مشکل به طور مستقیم و مؤثر برخورد می شود. به علاوه افراد گروه نیز تجربیات و دیدگاه های خود را با یکدیگر در میان می گذارند و از طریق این تعامل به درک صحیحی از خود در جهات مختلف می رسند (دیناری، ۱۳۸۷).
پذیرش مسئولیت رفتار، نشانه ای از سلامت روانی است. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می کند، ناکامی را به خاطر نیل به احساس ارزش متحمل می شود، نیازهایش را طوری برآورده می سازد که مانع ارضای نیازهای دیگران نشود و به وعده هایش وفادار است (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸). از آن جا که تمرکز بر بُعد مسئولیت، هسته ی اصلی کار تعلیم و تربیت و روان درمانی در واقعیت درمانی می باشد بنابراین واقعیت درمانی می تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه از بروز اضطراب در فرد جلوگیری کند.

Archive of SID

منابع

- آدلر، آلفرد (۱۹۱۰). شناخت طبیعت انسان، ترجمه: طاهره جواهرساز (۱۳۷۹). تهران: انتشارات رشد، چاپ اول.
- آقایی، اصغر (۱۳۸۸). بررسی تأثیر واقعیت درمانی بر افزایش میزان امید و سلامت روان و نرخ باروری زنان تخمک اهدایی. پایان نامه دکترای مشاوره، واحد خوراسگان اصفهان.
- استورا. تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن، ترجمه پریرخ دادستان (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- اسلامی نسب، علی (۱۳۷۷). روان شناسی اعتماد به نفس. تهران: انتشارات مهر داد.
- ایمانی زاد، اعظم (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر افزایش سازگاری فردی - اجتماعی زنان مطلقه شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- بخارایی، مخصوص (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان خانه دار منطقه ۵ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهرا تهران.
- بویری، ایرج (۱۳۸۶). رابطه علی بین خوش بینی، شوخ طبعی، سلامت روان و امید در دیران راهنمایی شهرستان ایزده، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- پورمحمد، زهرا، دهقانی، خدیجه و یاسینی اردکانی، سید مجتبی (۱۳۸۰). بررسی میزان ناامیدی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، مجله تحقیقات پزشکی، شماره ۵.
- حسینی، سیده مونس (۱۳۸۵). رابطه امید به زندگی و سرسختی روانشناختی در دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- حسینی نیک، سلیمان (۱۳۸۴). تأثیر کنکور بر سلامت روان، عزت نفس و امید به زندگی داوطلبان شهرستان گچساران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- خالقی عباس آبادی، سمیه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر روش واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه بهشتی تهران.
- خدایی، ملک حسین (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره گروهی با تأکید بر روش درمانی عقلانی - عاطفی - رفتاری (آموزش باورهای غیرمنطقی ایس) بر سلامت عمومی و عزت نفس دانش آموزان سال اول متوسطه شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان
- خیاط، ابراهیم (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه گشتالت بر کاهش اضطراب مردان مراجعه کننده به مرکز مشاوره نفت اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- دایر، وین (۱۹۹۱). زنده باد خودم، ترجمه بدری نیک فطرت (۱۳۸۸). تهران: انتشارات دایره. چاپ یازدهم.
- دلبر صاف، آزاده (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت های مقابله با استرس بر اضطراب و استرس شغلی زنان شیفت کار در شرکت پتروشیمی شهید تندگویان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

دیناری، الهام (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش شناختی، رفتاری به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان خانه دار شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

رحمانی، حمیرا (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی، اضطراب و مسئولیت پذیری در مادران کودکان تالاسمی و مادران عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

سدربوشان، نجمه (۱۳۸۳). تأثیر شیوه های واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم تهران.

شاملو، سعید (۱۳۷۰). آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۷۹). راهنمایی و مشاوره تحصیلی و شغلی. تهران: انتشارات سمت.

شفیع آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۸۸). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: انتشارات نشر دانشگاهی، چاپ چهاردهم.

کاظمی، حمید (۱۳۸۲). مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

مشایخی، کوچک (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش احساس تنهایی همسران شهدا شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

موسوی اصل، سیدجاسم (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی به شیوه ی گروهی بر مسئولیت پذیری و عزت نفس دانشجویان دختر مرکز تربیت معلم حضرت خدیجه زهرا (س) اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

نیک رو، طیبه (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه ی گروهی بر افزایش امید به زندگی و عزت نفس زنان بازنشسته آموزش و پرورش شهر بهبهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

Barness, A.R. & Parish, T.S. (2006). Drugs Versus Reality Therapy. *International Journal of Reality Therapy*, vol 25 Issue 2, pp 43-45.

Corey, G. (2000). *Theory and practice in group counseling*. Stamford: Thomson learning.

Donato, T. (2004). Maintenance for the CT/RT students in the classroom. *International journal of reality therapy*, vol 24, number 1.

Davidson; Patricia, M; Dracup; Kathleen; Phillips; Jane; Daly; John; Padilla. & Geraldine. (2007). Preparing the relevance of hope in the heart failure illness trajectory, *journal of cardio vascular nursing*. 22, 159-165.

Flangan, S. & Flangan, R. (2004). *Counseling and psychotherapy theory in context and practice skills, strategies and techniques*. Jersey: John willy and sons.

Glasser, W. (2000). *Reality therapy in Action*. New York: Harper collins.

Glasser, W. (2000). School violence from the perspective of William Glasser. *Journal of the ASEA, professional school counseling*, vol 4, pp 77-80.

Jones, L.C. & Parish, T.S. (2005). Ritalinvs choice theory and reality therapy. *International journal of reality therapy*, vol 25, number 1.

Klug, K. (2006). *Applying Choice Theory & Reality Therapy to Coaching Athletes*. *International Journal of Reality Therapy*, vol 25 Issue 2, pp 36-39.

- Loyd, B.D. (2005). The effects of reality therapy/choice theory principles on high school student's perception of need satisfaction and behavioral change. *International journal of reality therapy*, vol 25, number 1.
- Marshal, M. (2004). Using a discipline system to promote learning. *International journal of reality therapy*. Vol 24, number 1.
- Petersen, M. (2005). Perceptual differences between adults and adolescents on meeting their need for love. *International journal of reality therapy*, vol 25, number 1.
- Peterson, A.V; Chang, C. & Collins, P.L. (1998). The Effect of RT & CT Training on Self Concept Among Taiwanese University Students. *International Journal for the Advancement of Counseling*, vol 20(1), pp 79-83.
- Prenzlau, S. (2006). Using reality Therapy to reduce PTSD-Related symptoms. *International journal of reality therapy*, vol 25, issue 2, pp 23-29.
- Sansone, D. (2005). Morita therapy and constructive living: choice theory and reality therapy's eastern family. *International journal of reality therapy*, vol 25, number 1.
- The world health organization. (2001). *Mental health: New understanding. New hope*. Geneva: World Health organization; 2001. Available at: [http:// discovermagazine. com 2000/ oct/ feaworld](http://discovermagazine.com/2000/oct/feaworld)
- Rang, L.M. & Penton, S.R. (1994). Hope, hopelessness and suicidality in college students, *psychol Rep*, 75, 456-458.
- Wubbolding, R.E. & Brickel, J. (2004). Role play and the art of teaching choice theory reality therapy and lead management. *International journal of reality therapy*, vol 22, number 2.

تاریخ وصول: ۸۹/۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۶

Archive of SID