

## اثربخشی آموزش واقعیت درمانی و مثبت نگری در افزایش

سخت رویی مادران دارای فرزند نابینا<sup>۱</sup>

زهرا غلامی حیدر آبادی<sup>۲</sup>، دکتر شکوه نوابی نژاد<sup>۳</sup>

دکتر عبدالله شفیع آبادی<sup>۴</sup>، دکتر علی دلاور<sup>۵</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه ای تاثیر مشاوره گروهی با دو رویکرد واقعیت درمانی و روان شناسی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) شهر تهران است. روش پژوهش از نوع شبه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه مادران (دارای فرزند نابینا) شهر تهران که فرزندانشان در مدارس نابینایان مشغول به تحصیل بودند و پس از ارزیابی ۴۵ نفر که در این آزمون ها پایین تری داشتند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه آموزش گروهی مثبت نگری و واقعیت درمانی دریافت کردند. آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در ۲ مرحله، پیش آزمون و پس آزمون از طریق (پرسش نامه سخت رویی) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی با دو رویکرد واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) تاثیر داشته است. همچنین بین این دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت.

**کلیدواژه ها:** مشاوره گروهی، رویکرد واقعیت درمانی، رویکرد مثبت نگری، شاد کامی.

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

۲. دانشجوی دکتری مشاوره - مسئول مکاتبات Zahra-6100@gmail.com

۳. استاد دانشگاه تربیت معلم

۴. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۵. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

## مقدمه

روان شناسی کودکان استثنایی<sup>۱</sup> شاخه‌ای از دانش روان شناسی است، که به تعریف کلیه مسایل مربوط به کودکان استثنایی از گستره کودکان تیزهوش<sup>۲</sup> تا کودکان عقب مانده<sup>۳</sup> ذهنی، کودکان نابینا<sup>۴</sup> و کم بینا، کودکان ناشنوا<sup>۵</sup> و کم شنوا، کودکان دارای ناتوانی‌های تکلمی<sup>۶</sup>، کودکان دارای ناتوانی‌های حرکتی<sup>۷</sup>، ذهنی و تمامی امور و تعاریف مربوط به پیشگیری و شناخت و آموزش این کودکان می‌پردازد (وردی، ۱۳۸۰). انجمن پزشکی آمریکا این تعریف را در سال ۱۹۳۴ ارائه کرد که امروزه نیز مورد قبول بنیاد آمریکایی برای نابینایان است. بارگاه<sup>۸</sup> معتقد است که مشکلات بینایی به سه دسته نابینا، کم بینا و کودکانی با اختلال در میدان دیدی تقسیم می‌شوند (کافمن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸ به نقل از ماهر، ۱۳۸۸).

اواخر دهه هفتاد مطالعات زیادی انجام شده بود که در آن‌ها رویدادهای تنش زای زندگی به عنوان عامل آشکار ساز در ظهور بیماری و نشانگان جسمانی و روان شناختی در نظر گرفته شده بود (کوباسا<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۹). یک زمینه بارور برای بروز نشانگان تنیدگی خانواده، داشتن کودک نابینا است. خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضا و اجزای آن کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده، موجب تشدید اختلالات مربوطه به اجزا و پیدایش مشکلات جدید می‌گردد. با این نگرش معلولیت یکی از فرزندان، بر تمامی اعضای خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکایک اعضای خانواده به ویژه والدین تأثیر منفی می‌گذارد، (شجاعی، ۱۳۸۹). افراد نابینا از بدو تولد تا انتهای زندگی نیازمند آموزش و توجه‌های خاصی هستند. آن‌ها نگران وضعیت حال و آینده فرزندشان هستند و این موضوع باعث ناراحتی و استرس آن‌ها شده است (خان زاده، ۱۳۸۹). در این میان مادران بیشتر تحت فشار هستند، زیرا وظیفه رشد و تربیت فرزندان بیشتر بر عهده مادران است. پس باید به آن‌ها کمک کنیم تا میزان مقاومت، تاب آوری و سخت رویی شان را در برابر مشکلات افزایش دهیم.

اصطلاح سخت رویی<sup>۱۱</sup> در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاوم تر هستند و نسبت به بیشتر افراد کمتر مستعد بیماری هستند (آرامسون، ۲۰۰۰). این افراد معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری

1. Exceptional children
2. Gifted
3. Mental retard
4. Blind Children
5. Deaf Children
6. Language disability
7. Motor disability
8. Baragah
9. kafman
10. kobasa
11. Hardiness

احساس می کنند، نسبت به آنچه انجام می دهند تعلق خاطر بیشتری دارند، و در قبال عقاید و تغییرات جدید پذیرا هستند. (هاردت، ۲۰۰۹). بنابر این، سخت رویی نگرش درونی خاصی را به وجود می آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد و باعث می شود تا فرد عوامل تنش زا را به صورت واقع بینانه و با بلند نظری مورد توجه قرار دهد (کوباسا، ۱۹۹۹). جهت افزایش سخت رویی می توان از روش های درمانی مختلفی بهره برد، یکی از آن روش ها واقعیت درمانی<sup>۲</sup> و دیگری روان شناسی مثبت نگری<sup>۳</sup> است.

واقعیت درمانی مجموعه ای از اصول نظری و عملی است که در دهه ۱۹۵۰ میلادی به وسیله روان پزشکی به نام ویلیام گلاسر مطرح شد. واقعیت درمانی نوعی روان درمانی است که در آن سعی می شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸). از نظر گلاسر فقدان در مسئولیت پذیری و ارضای نیازهای پنجگانه اساسی (بقا، عشق و تعلق خاطر، قدرت، آزادی<sup>۴</sup> و تفریح<sup>۵</sup>)، همچنین وجود هویت شکست موجب افسردگی می گردد (پترسون، ۲۰۰۶). گلاسر فرایند مشاوره را یک جریان یادگیری قلمداد می کند، به نظر وی برای تغییر هویت فرد، لازم است تا با به کارگیری اصول یادگیری نسبت به تغییر رفتار او اقدام شود. (سوهن، ۲۰۰۷).

روان شناسی مثبت نگری توسط سلینگمن<sup>۱</sup> در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی و آغاز قرن بیست و یکم ارائه شده است. یکی از اهداف اصلی این رویکرد این است که به جای توجه به جنبه های مرضی و بیمار گونه، جنبه های مثبت شخصیت انسان را مدنظر قرار داد. روان شناسی مثبت نگر به جای توجه مفرط به ناتوانی ها و ضعف های بشری بر توانایی های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز شده است. هدف این رویکرد کشف شیوه هایی است که با استفاده از آن افراد می توانند احساس لذت و خوشی بیش تری نوع کنند، نوع دوستی خود را ابراز کنند و در خلق محیط های خانوادگی، شغلی و اجتماعی نقش بر جسته تری را ایفا کنند (پیترسون و سلینگمن، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، سلینگمن توانست عمده ترین مفاهیم روان شناسی مثبت را از تلفیق نظریه درماندگی آموخته شده و نظریه اسناد به دست آورد. اگر درماندگی آموختنی است، پس به وسیله تغییر سبک های اسنادی می توان جنبه های مثبت هیجانی، شناختی و نگرشی چون خوش بینی و

1. Hardt
2. Reality therapy
3. Positive psychology
4. Survival
5. Love & belonging
6. Power
7. Freedom
8. Fun
9. Peterson
10. Seligman

شادی را آموخت (پولنرا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

لذا تحقیقات نشان داده که بین سخت رویی، سازگاری و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سخت رویی بهترین پیش بینی کننده سلامت روان بوده است و افرادی که از سلامت روان بالایی برخوردارند، قادرند معنی و هدف در زندگی شان پیدا کنند؛ از جمله به نتایج تحقیقات میکائیلی (۱۳۸۹)، جعفری (۱۳۸۵)، بولتون<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)، کراولی<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) و کلارک<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) اشاره کرد. در مطالعه ای کلاگ<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) و پیترسون (۲۰۰۹) در کار بر روی ورزشکاران و دانشجویان نتیجه گرفتند که استفاده از روش واقعیت درمانی باعث افزایش پیروزی و پویایی تیم و افزایش خودپنداره دانشجویان می شود. همچنین نتایج تحقیقات بارنس<sup>۶</sup> (۲۰۰۷)، پریزلا<sup>۷</sup> (۲۰۰۹)، لارنس<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) و کیم<sup>۹</sup> (۲۰۰۵) بر روی بیماران PTSD، بیماران اسکیزوفرنیک و افراد معلول نشان داد روش واقعیت درمانی باعث کاهش نشخوار فکری، افزایش قدرت اراده، تصمیم گیری، عزت نفس آنها شد. در مطالعه ای آقای (۱۳۸۸). نشان داد واقعیت درمانی باعث افزایش امید، سلامت روان و نرخ باروری می شود و افراد امید وار از سلامت روان بالایی برخوردار هستند. همچنین نتایج تحقیقات بر روی زندانیان و زنان بدون همسر نشان داد که آموزش مثبت نگری باعث افزایش امید به زندگی و سلامت روان آنها شده است که می توان به نتایج تحقیقات خدایاری فرد (۱۳۸۶) و عبادی و فقیهی (۱۳۸۹) اشاره کرد نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داد که آموزش مثبت نگری باعث افزایش سلامت روانی، امید واری، خودکارآمدی، عزت نفس و کاهش افسردگی می شود که می توان به نتایج تحقیقات لی<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۰) و آلبرتو و جوینر<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) اشاره کرد. همچنین نتایج تحقیقات وندرولدن<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) و موحد (۱۳۸۲) نشان داد که بین امیدواری، مثبت نگری و سلامت روان نیز رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج تحقیقات اصغر نژاد (۱۳۸۷)، میکائیلی (۱۳۸۹)، خسرویانی (۱۳۸۹)، وینمن و همکاران<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۷)، زاکین<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۸)، بوهل<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۸) و

1. Polnera
2. Bolton
3. Crowleyh
4. Clarke
5. Klug
6. Barness
7. Prenzlau
8. Lawrence
9. Kim
10. Lee
11. Alberto&Goiner
12. Vandervelden
13. Weinmam
14. Zakin
15. Bohle

بولتر (۲۰۰۶) نشان داد که سخت رویی به عنوان متغیر یا ویژگی شخصیتی میانجی در نظر گرفته شده است که می‌تواند اثرات سایر متغیرهای روان شناختی و متغیرهای محیطی را تعدیل کند و قادر است که تنش را بر فرد کاهش دهد و باعث افزایش سازگاری، سلامت روان و سخت‌رویی شود؛ همان گونه که ملاحظه شد، نتایج تحقیقات فوق با نتایج پژوهش حاضر همخوان است.

با در نظر گرفتن این مسئله که تا کنون هیچ تحقیقی در زمینه تاثیر مقایسه ای این دو رویکرد در زمینه سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) انجام یا گزارش نشده است، پژوهش حاضر در تلاش بوده تا کارایی و اثر بخشی مشاوره گروهی بر پایه دو رویکرد واقعیت درمانی و مثبت نگری را بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مورد آزمون قرار دهد؛ سپس در پی پاسخ به این سوال است که کدام یک از این رویکردها دارای اثر گذاری بیشتر هستند؟

### فرضیه‌های پژوهش

واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است.  
روان شناسی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است.  
میزان اثر بخشی واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی متفاوت است.

### روش پژوهش

روش پژوهش به شیوه نیمه آموزشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش شامل سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) بودند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل مادران دارای دانش آموز نابینا که در مدارس استثنایی ویژه نابینایان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد، دامنه سنی ۲۵ تا ۳۶ سال و سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند. چون افرادی که میزان سخت رویی آنها پایین باشد، در جامعه مورد مطالعه از قبل شناخته شده نبودند، لذا از این جامعه آماری نمونه، نمونه هدفمند که آمادگی همکاری در این پژوهش داشتند، انتخاب گردید و از میان آنها افرادی که میزان سخت رویی آنها پایین بود، انتخاب شد. برای این کار ابتدا فهرستی از مدارس نابینای شهر تهران تهیه (که شامل: شهید محبی، نجس ودکتر خزائی) شد. از بین این مدارس یک مدرسه به روش تصادفی (شهید محبی) انتخاب شد. در مجموع ۱۶۰ نفر از مادران دارای دانش آموز نابینا در نمونه اولیه قرار گرفت. جهت نمونه گیری این پژوهش، در ابتدا تعداد ۸۵ نسخه از پرسش نامه

سخت رویی کوباسا در این مدرسه با هماهنگی مدیر مدرسه به مادران (دارای فرزند نابینا) داده شد. سپس ۴۵ نفر که در این آزمون نمرات پایین تر از سطح متوسط داشتند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات آموزشی واقعیت درمانی و مثبت نگری برگزار شد. پس از اتمام جلسات از دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش نامه سخت رویی به عنوان پس آزمون به عمل آمد. تعداد جلسات آموزش واقعیت درمانی و مثبت نگری هر کدام ۱۰ جلسه بود. این جلسات هر هفته یک بار و هر بار ۱۲۰ دقیقه تشکیل شد.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس بررسی دیدگاه‌های شخصی: این سنجش توسط کوباسا (۱۹۷۹) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۵۰ ماده بوده و سه مولفه تعهد، چالش<sup>۲</sup> و کنترل<sup>۳</sup> را می‌سنجد. آزمودنی پس از خواندن هر ماده به یکی از ۴ گزینه: «اصلا صحیح نیست»، «تا حدودی صحیح است»، «تقریبا صحیح است» و «کاملا صحیح است». پاسخ می‌دهد و گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲ و ۳ دریافت می‌کنند. مدی (۱۹۹۰) در مطالعه خود پس از تحلیل عوامل مقیاس برای مولفه‌های سرسختی روان شناختی یعنی تعهد، کنترل، مبارزه جویی و نمره کل سرسختی به ترتیب ضرایب پایانی ۰/۷۰، ۰/۵۲، ۰/۵۲ و ۰/۷۵ به دست آورد. این آزمون در ایران توسط قربانی (۱۳۷۰) ترجمه و از نظر ویژگی روان سنجی بررسی شده است (اصغر نژاد، ۱۳۸۷). مجیدیان (۱۳۸۳) در مطالعه خود برای مولفه‌های کنترل، تعهد و چالش به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ و برای کل نمره سخت رویی ۰/۷۵ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد که ضرایب پایایی به دست آمده برای مولفه‌های تعهد، کنترل، چالش و نمره کل سخت رویی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۸ بود.

### خلاصه جلسات مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی

جلسه اول: جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات تشریح چگونگی انجام کار و اهداف مرتبط، ارائه توضیحات مختصری درباره رویکرد واقعیت درمانی و تاثیر آن در افزایش سخت رویی، جمع بندی، خلاصه و مرور کردن مباحث جلسه و نهایتا، ارزیابی فرایند جلسه توسط اعضای گروه بود.

1. Commitment
2. Challeng
3. Control

جلسه دوم: آشنایی اعضا با مفهوم واقعیت درمانی و درگیری عاطفی با اعضا گروه. در این جلسه از اعضا خواسته شد تا خلاصه ای از جلسه قبل را بیان کنند و سوالاتی را که برایشان احتمالا پیش آمده، مطرح کنند. از سایرین خواسته شد که با پاسخ گویی و یا اظهاراتشان در گروه فعال باشند. رهبر گروه درباره نظریه واقعیت درمانی، مفهوم واقعیت از دید گلاسر به طور مفصل تر توضیحاتی را ارائه می کند. همچنین رهبر سعی می کند روابط عاطفی عمیق تر و بهتری بین اعضا و رهبر گروه را ایجاد کند. در انتهای جلسه پس از تعیین تکلیف و بیان خلاصه از این جلسه، جلسه خاتمه پیدا کرده است.

جلسه سوم: آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت و ویژگی های هویت موفق و هویت شکست. خلاصه ای از جلسه قبل توسط رهبر گروه ارائه شد و پس از پاسخ دهی به سوالات اعضا، رهبر گروه در مورد تعریف هویت، انواع هویت و ویژگی های آن (هویت موفق و شکست) و این که چه عواملی در تشکیل هویت اثر داشته، توضیحاتی را عنوان می کند. پس از ارائه تکلیف و دریافت باز خورد از اعضا ادامه توضیحات به جلسه بعد موکول شد.

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

شروع جلسه مانند جلسات قبل بود، سپس در خصوص پذیرش مسئولیت پذیری و نقش مثبت آن در زندگی و این که تاکید اصلی این دیدگاه بر روی مسئولیت اعمال و رفتار فرداست و چون مسئولیت اعمال و رفتار فرد به عهده خودش است، لذا مسول تحقق نفس خویش و تعیین کننده هویتش می باشد. پس از صحبت در این خصوص و بیان خلاصه این جلسه و تعیین تکلیف جلسه خاتمه یافت.

جلسه پنجم: 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.

در این جلسه پس از بیان خلاصه ای از جلسه قبل و بیان سوالاتی که احتمالا برایشان پیش آمده، از سایرین خواسته شد که با پاسخ گویی و یا اظهارنظرشان در گروه فعال باشند. مفهوم نیازهای گلاسر و انواع آن (بقا، احساس تعلق، تفریح، آزادی و تفریح) توضیح داده شده و پس از تعیین تکلیف و دریافت بازخورد اعضا ادامه توضیحات به جلسه بعد موکول شد.

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

شروع و خاتمه جلسه مانند جلسه قبل بود، در این جلسه رهبر گروه در خصوص اضطراب از دیدگاه گلاسر توضیحاتی را بیان می کند و این که اگر انسان نتواند دو نیاز اساسی خود یعنی نیاز به عشق و تعلق خاطر و ارزشمند بودن را ارضا کند، هویت شکست در او رشد می یابد. در این حالت درگیر اضطراب، افسردگی و

بیماری‌های جسمانی می‌شود. در ادامه مهارت‌های تن آرامی آموزش داده شد. این جلسه مانند جلسه قبل به پایان می‌رسد.

جلسه هفتم: آشنایی اعضا با چگونگی طرح ریزی حل مشکل و برنامه‌ریزی جهت زندگی فعلی و در حال حاضر خود.

شروع مانند جلسات قبل بود در این جلسه رهبر در خصوص طرح ریزی جهت حل مشکل و برنامه ریزی جهت زندگی فعلی توضیحاتی را ارائه می‌دهد. بنابر این رهبر گروه پس از ارزیابی رفتار با کمک اعضا می‌پرسد چه کار می‌توانیم انجام دهیم و چگونه آن را اجرا کنیم و برای آن که این موضوع بهتر برای اعضا روشن شود، مثالی را بیان می‌کند تا آن‌ها بهتر این موضوع را بفهمند. پس از بیان خلاصه جلسه و بیان تکلیف جلسه خاتمه پیدا می‌کند.

جلسه هشتم: آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام و عمل کردن طرح و برنامه‌های صورت گرفته. شروع جلسه مانند جلسه قبل است. سپس رهبر گروه بیان می‌کند که در این مرحله قابل اجرا بودن برنامه‌ها خیلی مهم است. بنا براین قرار دادهای شفاهی یا مکتوب است. در قرار داد معلوم می‌کنیم چه کارهایی باید انجام شود و در مورد عواقب عدم اجرای برنامه نیز صحبت شد. این جلسه پس از تعیین تکلیف و بیان خلاصه جلسه خاتمه می‌یابد.

جلسه نهم: آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرفتن عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه‌های انتخاب شده و امتناع از تنبیه.

شروع جلسه مانند قبل بود. در این جلسه رهبر هیچ عذر و بهانه‌ای را نمی‌پذیرد و اگر مراجع تعهد خود را شکست و به آن عمل نکرد، او را تنبیه نمی‌کند؛ چون تنبیه نکردن به اندازه عذر و بهانه اهمیت دارد، به رابطه حسنه لطمه می‌زند و تعهد مسولیت را از فرد سلب می‌کند و موجب هویت نا موفق می‌شود. در این جلسه برای آماده سازی اعضا برای پایان گروه اشاراتی توسط رهبر گروه داده شد، همچنین خلاصه‌ای از این جلسه توسط رهبر یا اعضا گفته می‌شود و پس از تعیین تکلیف جلسه خاتمه یافت.

جلسه دهم: جمع بندی از تمام جلسات و مطالب طرح شده، انجام پس آزمون. شروع مانند جلسات قبل بود، در این جلسه این موارد انجام می‌شود: تمرین یادگیری ها، جمع بندی از اتمام جلسات و مطالب طرح شده دریافت و باز خورد اعضا به یکدیگر و به رهبر گروه و بالعکس. در خاتمه از اعضا خواسته شد تا پرسش نامه سخت رویی و شادکامی (پس آزمون) را پر کنند. جلسه با بیان امیدها و آرزوها ی اعضا برای یکدیگر و تشکر ویژه رهبر گروه از مشارکت فعال اعضا خاتمه پیدا کرد.

ب) روان شناسی مثبت اندیشی

جلسه اول: آشنا سازی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات، تشریح چگونگی انجام کار و اهداف مرتبط.

رهبر گروه با معرفی خود و ارائه توضیحی درباره هدف از تشکیل این کارگاه، جلسه را شروع کرد. سپس از اعضا خواسته شد تا خود را به هر میزان که تمایل دارند، معرفی کنند. پس از آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، رهبر گروه به بیان مزایای مشاوره گروهی و قوانین گروه می‌پردازد. در خاتمه پس از شنیدن نظریات آن‌ها و پاسخ دهی به سوالات آن‌ها جلسه خاتمه پیدا کرد.

جلسه دوم: آشنایی اعضا با مفهوم مثبت اندیشی و آگاهی از مثبت گرایی شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت اندیشی .

در این جلسه از اعضا خواسته شد تا خلاصه ای از جلسه قبل را بیان کنند و سوالاتی را که برایشان احتمالاً پیش آمده، مطرح کنند . از سایرین خواسته شد که با پاسخ گویی و یا اظهاراتشان در گروه فعال باشند. سپس رهبر گروه برای اعضا مفهوم مثبت اندیشی را توضیح می‌دهد و در خصوص افکار، احساسات و نقش آن در رفتار توضیحاتی را ارائه می‌دهد . همچنین توضیحات مختصری در خصوص تاریخچه نظریه سلیگمن مطالبی را بیان می‌کند. در پایان از اعضا خواسته می‌شود خلاصه ای از این جلسه را بیان کنند و رهبر پس از تعیین تکلیف جلسه را به پایان می‌رساند.

جلسه سوم : آشنایی اعضا از افکار، احساسات و شناخت باورها و مبارزه با افکار احساسات و هیجانات منفی . رهبر پس از بیان خلاصه ای از جلسه قبل و پاسخ به سوالات اعضا، توضیحات بیشتری در خصوص نقش افکار در رفتار می‌دهد. همچنین در خصوص مثبت اندیشی و نقش آن در زندگی توضیحاتی را ارائه می‌دهد. بنابر این اعضا جهت مثبت اندیشی لازم است به مواردی توجه کنند؛ از جمله مبارزه با افکار منفی . در این خصوص توضیحات لازم ارائه می‌شود. این جلسه همانند جلسه قبل به پایان می‌رسد.

جلسه چهارم: آشنایی اعضا جهت باز اندیشی دوباره نسبت به افکار، واری واقعیت‌ها، مورد مستندات مربوط به افکار .

رهبر پس از بیان خلاصه ای از جلسه قبل و پاسخ به سوالات اعضا، توضیحات بیشتری در خصوص نقش افکار در رفتار می‌دهد. همچنین در خصوص مثبت اندیشی و نقش آن در زندگی توضیحاتی را ارائه می‌دهد و از اعضا می‌خواهد در بحث‌های گروهی شرکت کنند. بنابر این اعضا جهت مثبت اندیشی لازم است به مواردی توجه کنند، از جمله مبارزه با افکار منفی . در این خصوص توضیحات لازم ارائه می‌شود. این جلسه همانند جلسه قبل به پایان می‌رسد.

جلسه پنجم: آشنایی اعضا جهت تغییر دادن تصویرهای ذهنی، تصویر سازی ذهنی مثبت و اجتناب از حسادت. شروع جلسه مانند جلسه قبل بود، سپس رهبر در خصوص راهکارهای مثبت اندیشی مواردی دیگری را از جمله تغییر دادن تصویرهای ذهنی، تصویر سازی ذهنی مثبت و اجتناب از حسادت مطالبی را عنوان می‌کند . در این خصوص توضیحاتی و مثال هایی را بیان می‌کند. سپس پس از بازخورد به اعضا و اعضا به یکدیگر و

تعیین تکلیف جلسه به پایان می‌رسد.

جلسه ششم: آشنایی اعضا با خودگویی، به کار نبردن کلمه «باید» و «نباید» و ایجاد اعتماد به نفس در ابتدا رهبر خلاصه ای از جلسه قبل را بیان می‌کند و پس از آن اعضا را با خودگویی، باید و نباید، اعتماد به نفس توضیحاتی را ارائه می‌دهد و همچنین نقش این موارد در مثبت گرایی را بیان می‌کند. سپس با کمک اعضا راهکارهایی را که به اعضا کمک می‌کند تا بتوانند اعتماد به نفس شان افزایش یابد، مطرح می‌شود. سپس پس از بازخورد به اعضا، پاسخ گویی به سوالات اعضا و تعیین تکلیف جلسه به پایان می‌رسد.

جلسه هفتم: آشنایی اعضا جهت ایجاد باورهای مثبت، آزمایش کردن باورها و ارزیابی نگرش‌ها و ایجاد خوش بینی.

شروع کار همانند جلسه قبل بود، سپس در خصوص ایجاد باورهای مثبت از طریق از نو اندیشی درباره باور ها، در جستجوی شواهد واقعی، نو اندیشی، بررسی سود و زیان و ارزیابی نگرش‌ها توضیحاتی ارائه می‌شود. همچنین تعریف خوش بینی و محاسن آن توضیحاتی ارائه می‌شود. ختم جلسه همانند جلسه قبل بود.

جلسه هشتم: آشنایی اعضا جهت بازسازی خاطرات، تقویت عزت نفس و اندیشیدن درباره پیام‌ها و ایجاد سرخوشی شروع جلسه همانند جلسه قبل بود، سپس به اعضا آموزش داده می‌شود که چگونه می‌توان از طریق بازسازی خاطرات، تقویت عزت نفس، اندیشیدن درباره پیام‌ها به خودمان کمک کنیم در جهت خوش بینی و مثبت نگری. پس از پاسخ گویی به سوالات و بازخورد به اعضا و تعیین تکلیف جلسه به پایان می‌رسد.

جلسه نهم: آشنایی اعضا از شیوه «انکارکه» برنامه ریزی برای یک روز مثبت و برقراری روابط خوب با دیگران و آماده سازی جهت خاتمه جلسات.

در ابتدا خلاصه ای از جلسه توسط یکی از اعضا و یا رهبر گروه بیان می‌شود، سپس یکی دیگر از راهکارها را جهت مثبت اندیشی (شیوه «انکارکه»، برنامه ریزی برای یک روز مثبت و برقراری روابط خوب با دیگران) در مورد آن آموزش و توضیحاتی داده می‌شود. پس از آن اعضا را جهت خاتمه جلسات آماده می‌کنند و توضیحاتی را مطرح می‌کنند. خاتمه این جلسه همانند جلسه قبل هست

جلسه دهم: آشنایی اعضا جهت حفظ سلامتی و اثر آن در مثبت گرایی، حفظ رفتارهای مثبت خلاصه و جمع بندی از یادگیری‌ها در طول جلسات گروهی.

شروع جلسه همانند جلسه قبل هست، پس از آن رهبر در خصوص نقش سلامتی و اثر آن در مثبت گرایی، حفظ رفتارهای مثبت و نقش آن در خوش بینی توضیحاتی ارائه می‌شود. سپس خلاصه ای از این جلسات توسط رهبر و اعضا بیان می‌شود. پس از جمع بندی از یادگیری‌ها در خاتمه از اعضا خواسته شد تا پرسش نامه سخت رویی و شادکامی (پس آزمون) را پر کنند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش پس از جمع آوری داده‌های مورد نیاز، از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد دامنه تغییر) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی شفه) استفاده شد. یافته‌های پژوهش

در زیر ابتدا به یافته‌های توصیفی، سپس به یافته‌های استنباطی مربوط به فرضیه‌های پژوهش می‌پردازیم. الف- یافته‌های توصیفی

جدول ۱: توصیف نمرات سخت رویی ۲ گروه آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون-پس آزمون

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۵	۲۶/۲۶	۶/۹۱
	مثبت نگری	۱۵	۱۷/۶۶	۳/۶۶
	کنترل	۱۵	۲۸/۵۴	۳/۴
پس آزمون	واقعیت درمانی	۱۵	۴۱/۳۱	۴/۰۹
	مثبت نگری	۱۵	۶۱/۹۳	۲/۲۷
	کنترل	۱۵	۲۰/۳۲	۴/۷۴

میانگین نمره سخت رویی افراد گروه واقعیت درمانی در مرحله پیش آزمون ۲۶/۲۶ با انحراف استاندارد ۶/۹۱ و در بین گروه مثبت نگری ۱۷/۶۶ با انحراف استاندارد ۳/۶۶ و در بین افراد گروه کنترل این میانگین ۲۸/۵۴ با انحراف استاندارد ۳/۴ گزارش شده است.

میانگین نمره سخت رویی افراد گروه واقعیت درمانی در مرحله پس آزمون ۴۱/۳۱ با انحراف استاندارد ۴/۰۹ و در بین گروه مثبت نگری ۶۱/۹۳ با انحراف استاندارد ۲/۲۷ و در بین گروه کنترل این میانگین ۲۰/۳۲ با انحراف استاندارد ۴/۷۴ گزارش شده است.

ب- یافته‌های استنباطی

فرضیه اول: واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) موثر است.

جدول ۲: نتایج آزمون F لوین جهت بررسی برابری واریانس ها

سخت رویی	
نسبت F لون	۰/۳۶
درجه آزادی اول	۱
درجه آزادی دوم	۲۸
سطح معناداری	۰/۵۴۰

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در نمره سخت رویی سطوح معناداری محاسبه شده  $F$  لوین از  $۰/۰۵$  بزرگ تر است؛ لذا فرض صفر  $F$  لوین در این نمره‌ها تایید می‌شود؛ یعنی واریانس‌های دو گروه در این نمره‌ها با هم برابرند. و در رابطه با نمره‌های فوق یکی از شرط‌های استفاده از کوواریانس محقق می‌گردد. جدول شماره ۳: نتایج آزمون باکس به عنوان پیش فرض مناسب بودن مدل

گروه	آزمون باکس	F	درجه آزادی یک	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
	۳/۷۶	۱/۱۵۷	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۳۲۵

در جدول فوق میزان شاخص باکس  $۳/۷۶$  است که دارای سطح معناداری  $۰/۳۲۵$  است. چون میزان معناداری  $۰/۰۵$  بزرگ تر است، بنابراین می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که مدل پیشنهاد شده مناسب می‌باشد.

جدول ۴: خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها

خطا		گروه					منبع	
میانگین مجزورات	درجه آزادی	توان آماری	میزان تاثیر	سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	متغیرهای وابسته
۱۸/۶۸	۲۶	۱	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۱۶۲/۲۸	۳۰۳۲/۷۸	۱	سخت رویی

در جدول ۴ خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها با درجات آزادی  $(۱۲۰۲۶)$  آورده شده است که به وسیله جدول فوق فرضیه اول پژوهش آزمون می‌شود به شرح زیر:

فرضیه اول: واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است.

با در نظر داشتن میزان خطا (تفاوت‌های فردی) در سخت رویی سطح معناداری  $(P=۰/۰۰۱)$  به دست آمده از خطای  $۰/۰۵$  کوچک تر است. در نتیجه می‌توان گفت واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) اثر دارد و فرض صفر تحقیق با اطمینان  $۰/۹۵$  درصد رد می‌شود. میزان این تاثیر  $۰/۸۶$  درصد است. می‌توان گفت  $۸۶$  درصد کل واریانس (تفاوت‌های فردی) نمره‌های میزان سخت رویی در اثر تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل بوده است. همچنین توان آماری  $۱$  است. به عبارت دیگر  $۱۰۰$  درصد احتمال خطای نوع اول وجود ندارد.

فرضیه دوم (مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است)

جدول ۵: نتایج آزمون  $F$  لوین جهت بررسی برابری واریانس‌ها

سخت رویی	
نسبت F لون	۰/۳۲
درجه آزادی اول	۱
درجه آزادی دوم	۲۸
سطح معناداری	۰/۵۷۴

همان گونه که در جدول ۵: مشاهده می‌شود، در نمره سخت رویی سطوح معناداری محاسبه شده  $F$  لوین از  $۰/۰۵$  بزرگ تر است؛ لذا فرض صفر  $F$  لوین در این نمره‌ها تایید می‌شود؛ یعنی واریانس‌های دو گروه در این نمره‌ها با هم برابرند و در رابطه با نمره‌های فوق یکی از شرط‌های استفاده از کوواریانس محقق می‌گردد.

جدول شماره ۶: نتایج آزمون باکس به عنوان پیش فرض مناسب بودن مدل

گروه	آزمون باکس	F	درجه آزادی یک	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه	۳/۸۵	۱/۹۴۹	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۳۱

در جدول فوق میزان شاخص باکس  $۳/۸۵$  است که دارای سطح معناداری  $۰/۳۱$  است. چون میزان معناداری از  $۰/۰۵$  بزرگ تر است، بنابراین می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که مدل پیشنهاد شده مناسب می‌باشد.

جدول ۷: خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	گروه						خطا	
	متغیرهای وابسته	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر		توان آماری
سخت رویی	۱	۴۵۲۰/۳	۴۰۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱	۲۶	۱۱/۲۶

در جدول ۸ خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها با درجات آزادی (۱ و ۲۶) آورده شده است که به وسیله جدول فوق فرضیه دوم پژوهش آزمون می‌شود به شرح زیر:

فرضیه دوم: روان شناسی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است. با در نظر داشتن میزان خطا (تفاوت‌های فردی) در سخت رویی سطح معناداری ( $P=۰/۰۰۱$ ) به دست آمده از خطای  $۰/۰۵$  کوچک تر است. در نتیجه می‌توان گفت روان شناسی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) اثر دارد و فرض صفر تحقیق با اطمینان  $۰/۹۵$  درصد رد می‌شود. میزان این تاثیر  $۰/۹۳$  درصد است. می‌توان گفت  $۹۳$  درصد کل واریانس (تفاوت‌های فردی) نمره‌های میزان سخت رویی در اثر تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل بوده است. همچنین توان آماری  $۱$  است. به عبارت دیگر  $۱۰۰$  درصد احتمال خطای نوع اول وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی پس آزمون - پیش آزمون نمره‌های سخت رویی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل

گروه‌ها		واقعیت درمانی	مثبت نگری	کنترل
متغیر میانگین		۱۵	۴۴	-۸
واقعیت درمانی	۱۵	---	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مثبت نگری	۴۴	۰/۰۰۱	---	۰/۰۰۱
کنترل	-۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	---

با توجه به نتایج آزمون شفه فرضیه‌های زیر آزمون می‌شوند :

فرضیه سوم : میزان اثر بخشی واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی متفاوت است .  
 بین میانگین سخت رویی گروه واقعیت درمانی و گروه مثبت نگری تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $P=0/001$ ) و با توجه به سطح معناداری که از خطای ۰/۰۵ کوچک تر است، فرض صفر با اطمینان ۰/۹۵ رد می‌شود . با توجه به میانگین‌های افتراقی مشاهده شده می‌توان گفت در گروه تحت درمان مثبت نگری تفاوت میانگین‌ها در مرحله پس آزمون و پیش آزمون بیشتر از این تفاوت در گروه واقعیت درمانی است. به عبارت دیگر میزان اثر بخشی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) بیشتر از واقعیت درمانی است .

### بحث و نتیجه گیری

در این مقاله تلاش شده تا تاثیر دو رویکرد واقعیت درمانی و مثبت نگری را بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. لذا همان طوری که در قسمت یافته‌های پژوهش فرضیه‌های متناسب با هدف مورد آزمون قرار گرفت، در ادامه به تبیین نتایج این فرضیه‌ها به شرح ذیل پرداخته شده است.

فرضیه اول. واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است.

نتایج نشان داد که واقعیت درمانی بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) موثر است، این یافته‌ها به طور کلی با یافته‌های نتایج قبلی همسو است .در پژوهشی کلاگ (۲۰۰۸) با استفاده از روش واقعیت درمانی بر روی ورزشکاران نتیجه گرفت که واقعیت درمانی باعث افزایش پیروزی و پویایی تیم شده است. با این نتیجه گیری می‌توان گفت به دلیل تاثیر این روش بر روی افزایش سخت رویی و تلاش ورزشکاران بوده که باعث شده تلاش و کوششان بیشتر شود. همچنین نتایج تحقیقات وینمن (۲۰۰۷)، لی (۲۰۰۵)، کراولی (۲۰۰۳)، بوهل (۲۰۰۸)، کلاک (۲۰۰۷)، بولتون (۲۰۰۹)، بولتر (۲۰۰۶)، جعفری (۱۳۸۵)، میکائلی (۱۳۸۹) و سامانی (۱۳۸۶)

نشان داد که بین سخت رویی، سازگاری و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سخت رویی بهترین پیش بینی کننده سلامت روان بوده است. لذا افرادی که از سلامت روان بالا برخوردارند، قادر به پیداکردن معنی و هدف در زندگی شان هستند و قوی تر از افراد گروه دیگری هستند که میزان سخت رویی در آنها کم بوده است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که درواقعیت درمانی تاکید اصلی بر روی قبول واقعیت، پذیرش مسئولیت و زمان حال است. لذا مشاور به مراجع کمک می‌کند تا رفتارش را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آنها کاربردی و مفید می‌باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه‌ای واقع بینانه تنظیم کند. لذا برای آن که به اهداف خود برسند، باید به انجام آن طرح متعهد باشند. پس مادران (دارای فرزند نابینا) با توجه به مشکلاتی که دارند، باید بتوانند پرتلاش و سخت رو باشند تا به اهداف و نیازهای خود از جمله شادی و نشاط برسند. تحقیقات نشان داده که سخت رویی به عنوان متغیر یا ویژگی شخصیتی میانجی در نظر گرفته شده که می‌تواند اثرات سایر متغیرهای روان شناختی و متغیرهای محیطی را تعدیل کند و قادر است که تنش را بر فرد کاهش دهد. سخت رویی بهترین پیش بینی کننده سلامت روان بوده است که از آن جمله می‌توان به نتایج تحقیقات اصغر نژاد (۱۳۸۷)، زاکین (۲۰۰۸) و کارسون (۲۰۰۶) اشاره کرد.

فرضیه دوم: روان شناسی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است.

نتایج نشان داد که مثبت نگری موجب افزایش سخت رویی در مادران (دارای فرزند نابینا) شده است. براساس نتایج حاصله می‌توان گفت که مادرانی که در جلسات گروهی درمان مثبت نگری شرکت کردند، سخت رویی آنها افزایش یافت. سخت رویی یکی از مباحث مهم در روان شناسی مثبت گرا است، تحقیقات جدیدتر نشانگر پیوندی نه تنها بین سخت رویی و بیماری بلکه بین سخت رویی و طول عمر می‌باشد و حتی بهترین پیش بینی کننده سلامت روان است. لذا سلیگمن (۲۰۰۵) مطالعه‌ای بر روی ۱۰ درصد از شادترین افراد در دانشجویان کالج انجام داد و نتایج نشان داد مهم ترین ویژگی این افراد سخت رویی، خوش بینی و برخورداری از یک زندگی قوی، غنی و ارضاء کننده اجتماعی است. لذا بین شادکامی با این خصوصیات (خوش بینی و سخت رویی) رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بنابراین نتیجه این پژوهش با یافته محقق همسو است. همچنین نتایج مطالعات کاظمیان (۱۳۸۸)، تایلر و براون (۲۰۰۷)، تراسی (۲۰۰۸)، ترنزو پیتو (۲۰۰۹) نشان داد که پرداختن به جنبه‌های مثبت و خوش بینی باعث افزایش خوش بینی، مثبت نگری، سلامت روان و مقاومت آنها در برابر مشکلات شده است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های زارع (۱۳۸۲)، زاکین و همکاران (۲۰۰۸)، بروکس (۲۰۰۷)، ماتیس (۲۰۰۵) که نشان داده اند که سخت رویی به عنوان متغیر یا ویژگی شخصیتی میانجی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند تنش فرد را کاهش دهد و باعث افزایش سازگاری، نشاط و سلامت روان شود همسو می‌باشد.

لذا با توجه به این که یافته‌های محقق با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد، می‌توان نتیجه گیری کرد

که مثبت نگری باعث افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) می‌شود، روان شناسی مثبت نگر به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز شده است. به عبارت دیگر هدف انکار جنبه‌های تنش زا، نا خوشایند و منفی زندگی یا کم رنگ جلوه دادن این جنبه‌های منفی است، بلکه انسان باید بتواند با شکست‌هایش به نحو خوش بینانه برخورد کند و خوش بینی، سخت رویی و پشت کار را به روش‌های مختلف تقویت کند (اصغر نژاد، ۱۳۸۶).

فرضیه سوم: میزان اثربخشی واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی متفاوت است. نتایج نشان داد بین میانگین سخت رویی گروه واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی متفاوت معنادار آماری وجود دارد و میزان اثربخشی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) بیشتر از واقعیت درمانی است. لازم به ذکر است که هر چند تا کنون هیچ تحقیقی در ارتباط با بررسی مقایسه ای دو رویکرد انجام و گزارش نشده است، لذا باتوجه به این که نتایج این پژوهش در فرضیه اول و دوم (واقعیت درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) موثر است) نشان داد که هر دو روش (واقعیت درمانی و مثبت نگری) باعث افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) شده است و همان گونه که نتایج تحقیقات نشان داد، هر دو روش تاثیر گذار بوده است، ولی نتیجه داده‌ها در این فرضیه نشان داد اثربخشی مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) بیشتر از واقعیت درمانی است. در تبیین این موضوع می‌توان این طور نتیجه گیری کرد که یکی از مباحث مهم در روان شناسی مثبت گرا که بسیار مورد توجه قرار گرفته است، سخت رویی است. کوباسا (۱۹۸۸) شخصیت سخت رو را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف کرده است که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده و بر ارزیابی شناختی و رفتارهای فرد در واکنش به تنش اثر می‌گذارد. افراد با سخت رویی بالا در مقابل با سخت رویی پایین، رویدادهای تنش زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می‌کنند، افراد سخت رو عمیقاً درگیر فعالیت‌های زندگی هستند و بر پیچیدگی‌های زندگی چیره می‌شوند. افراد سخت رو تغییرات و فشارها و ناراحتی‌ها را با وجود آن که آزار دهنده هستند، دوست دارند و از آن‌ها به عنوان رشد یاد می‌کنند. این اشخاص معتقدند که رضایت خاطر در سایه رشد مداوم به دست می‌آید نه در راحتی، آسایش، امنیت و زندگی روزمره و برای رسیدن به تکامل مبارزه و تلاش می‌کنند و حوادث زندگی برای آن‌ها کمتر استرس زا است (خسرویانی، ۱۳۸۹).

بنابراین چون یکی از مباحث مهم مثبت نگری، سخت رویی است و توجه هر دو دیدگاه (مثبت نگری و سخت رویی) بر دیدن مسائل و تلاش بر حل آن و نیز توجه به توانمندی هاست و نزدیک بودن این دو به هم می‌تواند دلیلی باشد بر این که تاثیر مثبت نگری بر افزایش سخت رویی بیشتر از واقعیت درمانی باشد. این پژوهش با اجرای مشاوره گروهی با ساختار نشان داد که می‌توان بر افزایش سخت رویی مادران (دارای فرزند نابینا) در مراکز آموزشی، حمایتی و درمانی استفاده کرد...

## محدودیت‌های پژوهش

- با توجه به این که پژوهش حاضر در مدرسه نابینایان محبی (منطقه غرب تهران) انجام شده است، لذا تعمیم نتایج به مدارس دیگر نابینا (مدرسه نرجس در شمال تهران و مدرسه دکتر خزائی در جنوب تهران) باید با احتیاط صورت گیرد.

رهبر گروه ۱ یا ۲ ساعت در هفته آموزش یا درمان داشته باشد، ولی خارج از این زمان که زمان زیادی باشد، تحت آموزش‌های دیگری مثل خانواده، مدرسه، دوستان، رسانه‌های گروهی و... قرار گرفته باشد.

## پیشنهادات

با توجه به تایید اثر بخشی این رویکرد، استفاده از این رویکرد بر روی پدران (دارای فرزند نابینا) و در گروه‌های دیگر استثنایی (مادران دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی) نیز توصیه نمود.

به دلیل فقدان پژوهش‌های بسیار کم در این زمینه ضرورت توجه پژوهشگران به توسعه این پژوهش در مادران (دارای فرزند استثنایی) در سیستم تلفیقی و فراگیر نیز توصیه می‌شود.

## منابع

- آقایی، ا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر واقعیت در مانی بر افزایش امید، سلامت روان و نرخ باروری زنان تخمک‌اهدایی. رساله دکتری، واحد خوراسگان اصفهان.
- اصغر نژاد فرید، ع. (۱۳۸۷). رابطه سر سختی روان شناختی و خود تاب آوری با سلامت روان در نوجوانان و بزرگ سالان باز مانده زلزله شهرستان بم. مجله روان پزشکی و روان شناسی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۶۲-۷۰.
- جعفری، ع. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه رابطه بین تیپ شخصیتی C، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خان زاده، ع. (۱۳۸۹). بررسی مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در محیط شغلی. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، سال ۵، شماره ۱۰۶، ۴۸-۴۴.
- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۶). روان‌درمانگری و توان بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال دوازدهم، ۱۳۸۶، ص ۴۵-۳۳.
- خسرویانی، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سخت رویی با شادکامی در دانش‌آموزان (دختر و پسر) سال اول متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۸۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اسلامی.
- شجاعی، س. (۱۳۸۹). موانع اشتغال افراد با آسیب بینایی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی (ویژه نامه آموزش

شغلی و توان بخشی حرفه‌ای)، سال ۸، شماره ۱۰۶، ۵۵-۵۱.

شفیق آبادی، ع. و ناصری، غ. (۱۳۸۸). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی. چاپ نهم.

عبادی، ن. و فقیهی، ع. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی آموزش مثبت نگری بر افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر شهر اهواز با تاکید بر قرآن فصل نامه روان شناسی ودین، سال سوم، شماره ۲، ۶۱-۷۴.

قربانی، ن. (۱۳۷۰). ارتباط سخت رویی با الگوی رفتاری مستعد بیماری‌های کرونری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

کافمن، جیمز ام، شناخت کودکان استثنایی، ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.

مجیدیان، ف. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین باورهای خود کار آمدی و سخت رویی با استرس شغلی مدیران مقطع متوسطه شهر سندر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

موحد، ا. (۱۳۸۲). بررسی رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز

میکائیلی، ف. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سازگاری با هوش هیجانی - اجتماعی در دانشجویان سال اول دانشگاه ارومیه: نقش سخت رویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، سال ۴، شماره ۳۵، ۱۳۲-۱۰۲.

وردی، م. (۱۳۸۰). رابطه کمال گرایی و سر سختی روان شناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر مراکز پیش دانشگاهی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه شهید چمران اهواز.

- Abramson, L. (2000). Optimistic cognitive style and invulnerability to depression. In j. Gillham(ed) *The Science of Optimism and Hope* (pp. 79-98). Philadelphia: De Gruyter.
- Alberto, J.&Joyner, B.(2010). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, , V21, I.4 , p.212-217.
- Barnes, A.R. (2007). Drugs versus Reality Therapy .*International Journal of Reality Therapy*, Vol 25 Issuc2. pp43-45.
- Bohle, P.(2008).D0se hardiness Predict adaptation to shiftwork? *Journal Work and Stress*, Vol.11, P.369-376.
- Bolton, B.(2009). A longitudinal, structural equation analysis of stress, hardiness social support, and illness, *Multivariate Experimental Clinical Research*, Vol.11, P.109-120.
- Boulter, L.T.(2006). Self-concept as a predictor of college freshman academic adjustment. *College Journal*, Vol.36,P. 234-246.
- Clarke, D. (2007). Vulnerability to stress as a function of age, sex, locus of control. Hardiness, and type A personality. *Social Behaviour and personality*, Vol.23,P. 285-296.

- Crowleyh, B. j. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, Vol. 10, P. 237-248.
- Hardt, S. M. (2009). The relationship between hardiness, supervision support, group cohesion and job Stress as pre dictors of job satisfaction university of texas. *Journal of Educational Reserch*, 7: 129-136.
- Kim, J. U. (2005). Effectivnes of reality therapy program for schizophrenic pation. *Journal of personality and social psychology*, Vol(51), No:5, 449-462.
- Klug, K. (2008). Applying choice Theory & Reality Therapy to coaching athletes. *International Journal of Reality Therapy*, 25(2):36-39
- Kobasa, S. (1999). Early experience in hardiness development. *Consulting psychology Journal Practice and research*, 51, 106-116.
- Kobasa, S. (1979). Stress full life events, personality and health : an inquiry in to hardiness. *Journal of personality and social Psychology*, 37, 1-11.
- Lawrence, D. H. (2004). The effects of Reality therapy group counselling on the self determination of persons with developmental disabilities. *International journal of Reality therapy*, Spring, Vol. XXVII, Number 2.
- Lee, V., Cohen, S. R., et al. (2010). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, V. 62, Is12, P. 311-314.
- Maddi, S. R. (2005). «The personality construct of hardiness, Relation ship with comprehensive tests of personality and psychopathology», *Journal of research in personality*, Vol. 36, pp. 72-85.
- Petersen, M. (2009). Perceptual Differences Between Adults and Adolescents on Meeting Their Need for Love. *International Journal of Reality Therapy*, Vol. X XV, number 1.
- Peterson, C and Seligman, M (2006). *Character Sterenghs and Virtues: A Handbook and Classification*. A. P. A., Oxford University Press.
- Polorna, M. (2005). Divine relation, social relation, and well- being. *Journal of Health and social Behavior*, Vol 30, P92-104.
- Prenzlau, S. (2009). Using reality therapy to reduce PTSD-Related symptoms. *International Journal of reality the rapy*. Vol 25. issue2, pp23-29.
- Sohen, S. (2007). Quality World Awareness: Placing People Into the quality world. *International Journal of Reality Therapy*, Vol. XX II, number 2.
- Vandervelden, R. J., Grievink, K, L., & dijkand, D. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and comparison group: A prospective study. *Journal of affective disorders*, V 54, P. 105-124.
- Weinman, M. L. (2007). Associations of family support, hardness, and depression symptoms among indigent teens attendant a family planning clinic. *Psychological Reports*.

VOL.93, P.713-719.

Zakin, G.(2008). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli Pows and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, Vol.34,P. 819-829.

Archive of SID