

## اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای

## The effectiveness of group reality therapy in coping strategies

Leila Ramzi

General Psychology

Zohre Sepehri Shamloo

Ferdowsi University of Mashhad

Ahmad Ali Pour &amp;

Hosein Zare

Payam Noor University of Tehran

لیلا رمزی

روانشناسی عمومی

زهرا سپهری شاملو\*

دانشگاه فردوسی مشهد

احمد علی‌پور و

حسین زارع

دانشگاه پیام نور تهران

چکیده: یکی از عوامل مهم در ارتباط، نحوه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و مشکلات است. استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای موثر، به افراد در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای انجام شد. شرکت‌کنندگان ۹۱ زن متأهل شاغل شهر مشهد بودند و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ) را تکمیل نمودند. تعداد ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان که نمره بالا در مقیاس راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و نمره پایین در مقیاس راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار داشتند انتخاب شدند و در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که نمره کلی مقابله هیجان‌مدار و زیرمقیاس گریز-اجتناب در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنادار داشته است. هم‌چنین نمره کلی مقابله مساله‌مدار و زیرمقیاس‌های مقابله مساله‌مدار و زیرمقیاس‌های حل مساله، برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنادار نشان داد. تغییرات ایجاد شده در پیگیری ۴۵ روزه نیز ماندگار بود. یافته‌های پژوهش حاضر اطلاعات مفیدی را در زمینه آشنایی با واقعیت‌درمانی و راهبردهای مقابله‌ای و نحوه تغییر و بهبود آنها فراهم می‌کند. در الگوهای مشاوره زناشویی می‌توان از واقعیت‌درمانی برای بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش تعارضات زناشویی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، راهبرد مقابله‌ای، زن شاغل متأهل

*Abstract:* One of the most important factors in communication is how to deal with stressful situations and problems. People can overcome physical and emotional problems as well as interpersonal, social and personal conflicts by using effective coping responses. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of group reality therapy in coping strategies. Ninety-one female married employees in Mashhad participated in this study and completed the Lazarus and Folkman's Ways of Coping Questionnaire (WCQ). Thirty persons with higher scores in emotion focused coping and lower scores in problem focused coping were selected and assigned to experimental and control groups (15 each). Results showed a reduction in the total scores of the emotion focused coping and "escape-avoidance" subscales, and an increase in the total score of problem focused coping, "plan-full problem solving" and "positive reappraise" subscales in the experimental group. Changes in the 45-day follow-up persisted. The findings provide useful information on reality therapy and coping strategies and how it improves. Reality therapy can be used in marital counseling patterns for improving coping strategies and reducing marital conflicts.

*Keywords:* reality therapy, coping strategies, working married woman

\*نشانی پستی نویسنده: مشهد، میدان پارک، پردیس دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. پست الکترونیکی: z.s.shamloo@um.ac.ir

Received: 25 Oct 2014 Accepted: 08 Feb 2015

دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۰۳ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۹

### مقدمه

در جهان امروز استرس<sup>۱</sup> مساله بزرگی به شمار می‌رود. استرس به عنوان یک پدیده روانشناختی از عوامل مهم در بروز و استمرار بسیاری از اختلالات روانی است، از این رو در سال‌های اخیر توجه به منابع استرس و راهبردهای مقابله<sup>۲</sup> با آن به طور گسترده‌ای مورد توجه و بررسی قرار گرفته است و مشخص شده است که به کار بردن راهبردهای مقابله‌ای موثر، نقش مهمی در کاهش شکل‌گیری و دوام رویدادهای استرس‌زا دارند (چن و چانگ، ۲۰۱۱). استرس، یکی از مشخصه‌های عصر ما و از موضوعات مهم زندگی است. لازمه مواجهه با استرس و عوامل استرس‌زا، کسب مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۳</sup> و انعطاف‌پذیری<sup>۴</sup> است. اتخاذ شیوه‌های مواجهه مناسب در برابر استرس، می‌تواند از تاثیر منفی آن بر بهداشت روانی فرد بکاهد و در نتیجه به سازگاری هرچه بیشتر او منجر شود (فولکمن و مسکوویتز، ۲۰۰۴). مداخلات مقابله‌ای می‌تواند به زوجین یاد بدهد که نیازهای همدیگر را در زمان بحران درک کنند و راه‌های مقابله با فرسودگی، مشکلات و موانع را بدانند (اکمن و فریسن، ۱۹۷۱). در تعریف مقابله<sup>۵</sup>، دیدگاه‌ها روی پیوستاری قرار دارد که در دو سوی آن دو قطب متفاوت وجود دارد. در یک‌سو ساراسون و ساراسون<sup>۶</sup> (۱۹۸۹) معتقدند که مقابله یعنی چگونگی فایق آمدن مردم بر مشکلاتشان و در قطب دیگر نظریه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) وجود دارد که مقابله را بر حسب شرایط، موقعیتی استرس‌زا می‌داند (به نقل از شعاع کاظمی، منعمی مطلق و سعادت، ۱۳۹۲). طبق تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت و کاهش استرس است. راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی- رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند (امیری، آقامحمدیان شعریاف و کیمیایی، ۱۳۹۱).

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو نوع مقابله مساله‌مدار<sup>۷</sup> و هیجان‌مدار<sup>۸</sup> را مطرح کردند. در راهبرد مقابله مساله‌مدار، تمرکز شخص بر مساله یا موقعیت پیش آمده است و تلاش پیرامون تغییر مساله یا موقعیت و یا اجتناب از آن در آینده است. در راهبرد مقابله هیجان‌مدار، تمرکز شخص بر مهار هیجان‌های منفی ناشی از استرس خواهد بود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). گاهی افراد هنگام استرس از راهکارهایی استفاده می‌کنند که خیلی سریع اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهند مانند مصرف مواد، الکل، قماربازی<sup>۹</sup>. تاثیر این نوع راهبردها موقتی است و در طولانی مدت خود باعث استرس و تنش در فرد خواهد شد (ناومی و کیمبرلی، ۲۰۱۲). راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و منطقی، می‌توانند اثر مثبتی بر سلامت روانی افراد داشته باشند (امیری و همکاران، ۱۳۹۱).

به نظر می‌رسد تفاوت‌های موجود بین افراد در زمینه راهبردهای مقابله، براینده عوامل روانشناختی و اجتماعی باشد که اثر عوامل استرس‌زا را بر فرد تعدیل می‌کنند. افرادی که کنترل درونی دارند از راهبردهای معطوف به حل مساله استفاده می‌کنند (هان، ۲۰۰۰). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) معتقدند هرگاه افراد با منبع کنترل درونی بر این باور باشند که می‌توانند نتایج رویدادها را تحت کنترل داشته باشند، در مقایسه با افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، از راهبردهای مقابله‌ای معطوف به حل مساله استفاده خواهند کرد. در برخی از رویکردهای درمانی، نظیر آنچه گلاسر (۲۰۰۳) طرح کرده است بر مفاهیمی چون کنترل، مسوولیت‌پذیری و انتخاب تاکید می‌شود که می‌تواند بر راهبردهای مقابله و منبع کنترل افراد اثر بگذارد. در برخی اوقات که تغییر شرایط به راحتی ممکن نیست، کافی است برای کاهش استرس فقط کاری انجام داد تا این‌که نسبت به آن موضوع بی تفاوت بود (ناومی و کیمبرلی، ۲۰۱۲). گلاسر (۲۰۰۰) معتقد است که تمام اعمالی که ما انجام می‌دهیم، نوعی رفتار به‌شمار می‌روند و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند.

7. problem focused coping  
8. emotion focused coping  
9. gambling

1. stress  
2. coping strategies  
3. coping intervention  
4. flexibility  
5. coping  
6. Sarason S. B., & Sarason, L.

پژوهش‌های متعددی اثربخش بودن واقعیت‌درمانی را بر متغیرهای مسوولیت‌پذیری (اسلامی، اعتمادی و سلیمی، ۱۳۹۱)، کاهش پرخاشگری (حسینی و لواسانی، ۱۳۹۱)، کاهش تعارضات والد-نوجوان (محمدی، قمری و جعفری، ۱۳۹۲)، کاهش استرس (فرحبخش و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۸۵)، اشتغال زنان (شهرابی فراهانی، فرحبخش و عسگری، ۱۳۹۱) و انعطاف‌پذیری زنان مطلقه (سادات‌بری، بحرینیان، آذرگون و عابدی، ۲۰۱۳) تایید کرده‌اند.

با توجه به موارد فوق، و با توجه به جمعیت قابل توجه زنان شاغل در جامعه و این‌که زنان شاغل بیشتر درگیر تعارضات کار با خانواده هستند؛ و نیز با در نظر گرفتن سودمندی آموزش مهارت مدیریت استرس برافزایش میزان کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسمانی و روانی (پارسامنش، برجعلی و منصوبی‌فر، ۱۳۹۰)، فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفت: (۱) میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه شرکت‌کننده در برنامه واقعیت‌درمانی کمتر از میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه کنترل است. (۲) میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار در گروه شرکت‌کننده در برنامه واقعیت‌درمانی بیشتر از میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار در گروه کنترل است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه‌آزمایشی به همراه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه کارمندان زن متاهل تمامی مناطق شرکت آب و فاضلاب شهر مشهد تشکیل دادند که شامل ۱۱۵ نفر بودند. از این تعداد، ۹۱ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در نهایت از میان افرادی که داوطلب شرکت در کلاس‌های آموزشی بودند و دارای ملاک‌های ورود یعنی؛ زندگی کردن با همسر، در آستانه طلاق نبودن، آشنا نبودن با واقعیت‌درمانی، عدم مصرف داروی روانپزشکی، عدم ابتلا به بیماری مزمن جسمی یا اختلال روانی، بودند و در مقیاس راهبردهای

واقعیت‌درمانی<sup>۱</sup>، نظریه انتخاب<sup>۲</sup> را به افراد آموزش می‌دهد. این مدل مشاوره تاکید می‌کند که به دلیل آن که رفتار انتخاب شده است، کناره‌گیری از مسوولیت شخصی یا مقصر دانستن دیگران یا جامعه برای مشکلات، غیر قابل پذیرش است (پترسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از اولادی، ۱۳۹۰). نظریه انتخاب، روانشناسی کنترل درونی است و توضیح می‌دهد که چرا و چگونه دست به انتخاب‌هایی می‌زنیم که مسیر زندگی ما را تعیین می‌کنند (گلاسر، ۱۹۹۸). گلاسر (۱۹۹۸) رفتار را شامل چهار مولفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که افراد بر دو مولفه عملکرد و تفکر به‌طور مستقیم و بر مولفه‌های احساس و فیزیولوژی به‌صورت غیرمستقیم کنترل دارند. هم‌چنین وی عقیده دارد که همه انسان‌ها با پنج نیاز ژنتیکی متولد می‌شوند و تمامی رفتارهای ما در جهت تامین این نیازها است که عبارتند از: نیاز به عشق و تعلق<sup>۴</sup>، نیاز به آزادی<sup>۵</sup>، نیاز به قدرت<sup>۶</sup>، نیاز به تفریح<sup>۷</sup> و نیاز به بقا<sup>۸</sup>. از آن‌جا که رفتارها به عنوان راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه‌ای ناخوشایند انتخاب می‌شوند، پس هنگام تعامل با افرادی که در زندگی به آنها نیاز داریم می‌بایست انتخاب‌های موثرتری انجام دهیم (سلطانی شال، آقامحمدیان شعرباف و کارشکی، ۱۳۹۲). نظریه انتخاب می‌گوید ما بیشتر از آنچه تصور می‌کنیم، بر زندگی خود کنترل داریم؛ هرچند بخش زیادی از این کنترل موثر نیست. کنترلی موثر است که حاصل انتخاب‌های بهتر باشد (پوند، ۲۰۰۹). پذیرش اصول اولیه تئوری انتخاب به این معنا است که ما مسوولیت تمام رفتارهایمان را برعهده می‌گیریم. این عقیده که فرد در مقابل رفتارش مسوول است، یکی از دستاوردهای نظریه انتخاب است و هنگامی که فرد تعهدی را در یک موقعیت می‌پذیرد این مسوولیت‌پذیری افزایش می‌یابد (اسکو، هابل و بل، ۲۰۰۹).

1. reality therapy
2. choice theory
3. Peterson, C.
4. belonging
5. freedom
6. power
7. fun
8. survival

مقابله‌ای هیجان‌مدار نمرات بالاتر و در مقیاس راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار نمرات پایین‌تری داشتند انتخاب شدند و با روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل گمارده شدند. جهت بررسی هم‌خوانی دو گروه از نظر سطح تحصیلات، مدت زمان ازدواج، سن، مدت زمان اشتغال و تعداد فرزندان، از تعداد فرزندان دو گروه شرکت‌کنندگان تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۱

ضرایب و سطح معناداری در آزمون استقلال خی دو

مؤلفه	شاخص	ارزش	df	سطح معناداری
سطح تحصیلات	مقدارخی دو تعداد	۷/۱۷ ۲۷	۳	۰/۰۶۷
مدت ازدواج	مقدارخی دو تعداد	۴/۳۱ a ۲۷	۵	۰/۵۰۵
سن	مقدارخی دو تعداد	۱/۸۰ a ۱۰	۱	۰/۱۸۰
مدت اشتغال	مقدارخی دو تعداد	۰/۳۰ a ۲۷	۳	۰/۹۶۱
تعداد فرزند	مقدارخی دو تعداد	۵/۱۹ ۲۷	۳	۰/۱۵۸

گروه آزمایش، روش واقعیت‌درمانی و نظریه انتخاب را طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک جلسه در هر هفته به شیوه گروهی آموزش دیدند. پس از پایان جلسه نهم از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از یک دوره پیگیری ۴۵ روزه برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند. در مرحله پیگیری تعداد گروه آزمایشی ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۳ نفر بود. موضوع‌های مورد بحث در جلسات مداخله، در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲

محتوای جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
جلسه اول	معارفه اعضا و بیان اهداف و انتظارات گروه و توضیح مختصر درباره پیشینه واقعیت‌درمانی
جلسه دوم	توضیح نیازهای اساسی و تعریف جامع آنها و اهمیت تعادل پنج نیاز و تاثیر آن بر روان انسان با ذکر مثال، ارایه تکلیف
جلسه سوم	آموزش نظریه انتخاب و مفاهیم بنیادین واقعیت‌درمانی و بیان خواسته‌ها
جلسه چهارم	توضیح ماشین رفتار کلی و مولفه‌های آن (شناخت، عمل، احساس و فیزیولوژی) و نقش افراد در حرکات ماشین رفتار و اهدافشان؛ کارت‌های "خود را بشناسیم"
جلسه پنجم	ترسیم اهداف واقع بینانه و قابل دسترس شامل توصیف و بیان جهان کیفی و نحوه تغییر آن
جلسه ششم	ایجاد حس مسوولیت‌پذیری برای ارضای نیازها، با استفاده از مثال‌های عینی و بیان هدف و رفتار و مسوولیت رفتار
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم "کنترل بیرونی" و "کنترل درونی" و آشنایی با هفت عادت مخرب مبتنی بر کنترل بیرونی و هفت عادت جایگزین مبتنی بر کنترل درونی همراه با مثال و ارایه تکلیف
جلسه هشتم	آموزش نحوه مذاکره در مورد نیازهای ناهماهنگ و بررسی تاثیر خلاقیت در کاهش تعارضات
جلسه نهم	مرور مفاهیم قبلی پاسخ به سوالات و تکرار مطالب با استفاده از لوح فشرده

## ابزار سنجش

**پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (WOCQ).** پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۱</sup> مقیاسی ۶۶ ماده‌ای است که براساس مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۰) توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) ساخته شد و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی به‌کار می‌برند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد (محمود علیلو، ۱۳۹۰). در مطالعه‌ای که واحدی (۱۳۸۵)؛ به نقل از موسوی‌نسب و تقوی، (۱۳۸۶)، روی ۷۶۳ نفر از دانش‌آموزان پسر و دختر کلاس‌های دوم و سوم دبیرستان‌های دولتی شهر تهران انجام داد، پایایی<sup>۲</sup> پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از روش همسانی درونی<sup>۳</sup> (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۰ برآورد شد. در تحقیق طوسی و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی این آزمون برابر با ۰/۸۵ به‌دست آمد. این ابزار دارای ۶۶ عبارت در دو قالب کلی راهبرد مقابله مساله‌مدار با چهار زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی<sup>۴</sup>، حل مساله برنامه‌ریزی شده<sup>۵</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۶</sup> و مسوولیت‌پذیری<sup>۷</sup> و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با چهار زیرمقیاس رویارویی<sup>۸</sup>، خودکنترلی<sup>۹</sup>، فاصله‌گیری<sup>۱۰</sup> و گریز و اجتناب<sup>۱۱</sup> است. در

عبارات این پرسشنامه واکنش‌ها، افکار، آرزوها، تمایلات و اقدامات ممکن در رابطه با عوامل استرس‌زا توصیف شده است (واقعی، میرزایی، مدرس‌غروی و ابراهیم‌زاده، ۱۳۹۰). شانزده سوال این پرسشنامه انحرافی است و ۵۰ سوال دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. روایی<sup>۱۲</sup> این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۷۵۱ زوج میانسال آزمون شد و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم، ۰/۷۰؛ فاصله گرفتن، ۰/۶۱؛ خودکنترلی، ۰/۷۱؛ طلب حمایت اجتماعی، ۰/۷۶؛ پذیرش مسوولیت، ۰/۶۶؛ گریز-اجتناب، ۰/۷۲؛ حل مساله برنامه‌ریزی شده، ۰/۶۷؛ و ارزیابی مجدد مثبت، ۰/۷۹؛ گزارش شد (بروکی میلان، ۱۳۹۳). این پرسشنامه در مطالعات متعدد و در گروه‌های مختلف برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای به کار رفته است، بنابراین ابزاری استاندارد و روا محسوب می‌شود (واقعی و همکاران، ۱۳۹۰).

## یافته‌ها

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان در راهبردهای مقابله‌ای، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
آزمایش	مقابله رویارویی	۲/۸۴	۷/۳۸	۲/۵۰	۷/۳۸	۲/۸۰	۷/۰۰
	دوری‌جویی	۴/۱۵	۸/۳۸	۲/۵۱	۷/۸۵	۳/۴۲	۸/۳۳
	خویش‌داری	۴/۳۷	۱۰/۴۶	۳/۱۴	۹/۲۳	۳/۸۱	۱۰/۰۰
	گریز-اجتناب	۳/۳۸	۱۰/۰۸	۲/۹۵	۷/۶۹	۴/۳۲	۷/۴۲

1. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)
2. reliability
3. internal consistency
4. seeking social support
5. plan-full problem solving
6. positive reappraise
7. accepting responsibility
8. confronting
9. self controlling
10. distancing

11. escape-avoidance
12. validity

ادامه جدول ۳

۱۰/۲۱	۳۲/۷۵	۷/۴۴	۳۲/۱۵	۹/۴۲	۳۶/۳۱	نمره کلی مقابله هیجان مدار	
۲/۹۳	۱۲/۳۳	۳/۶۱	۱۲/۳۱	۴/۲۰	۱۱/۰۰	جستجوی حمایت اجتماعی	
۱/۶۴	۶/۸۳	۲/۴۴	۶/۵۴	۲/۳۱	۶/۷۷	مسئولیت پذیری	
۲/۶۱	۸/۹۲	۲/۲۳	۹/۸۵	۳/۳۰	۷/۹۲	حل مساله برنامه ریزی شده	
۴/۴۱	۱۲/۱۷	۳/۵۵	۱۴/۴۶	۴/۳۸	۱۲/۰۰	ارزیابی مجدد مثبت	
۹/۳۷	۴۰/۲۵	۱۰/۱۲	۴۳/۱۵	۱۱/۲۴	۳۷/۶۹	نمره کلی مقابله مساله مدار	
۱/۳۸	۸/۴۲	۱/۵۶	۸/۵۰	۲/۲۷	۷/۹۳	مقابله رویارویی	کنترل
۲/۶۶	۸/۰۰	۲/۷۲	۷/۷۹	۲/۷۱	۷/۴۳	دوری جویی	
۳/۳۶	۹/۰۰	۳/۵۳	۹/۲۱	۲/۸۳	۹/۷۹	خویشترن داری	
۲/۲۳	۱۰/۳۳	۲/۶۹	۱۰/۰۰	۳/۰۸	۹/۵۷	گریز- اجتناب	
۵/۸۹	۳۵/۷۵	۵/۶۸	۳۵/۵۰	۶/۸۰	۳۴/۷۱	نمره کلی مقابله هیجان مدار	
۲/۳۱	۸/۵۸	۳/۰۳	۸/۵۰	۳/۲۷	۸/۴۳	جستجوی حمایت اجتماعی	
۱/۹۸	۵/۴۲	۱/۹۱	۵/۴۳	۲/۰۸	۵/۷۹	مسئولیت پذیری	
۲/۳۵	۷/۴۲	۲/۹۲	۷/۶۴	۲/۴۹	۷/۰۷	حل مساله برنامه ریزی شده	
۳/۱۱	۱۰/۷۵	۳/۷۹	۹/۷۱	۳/۱۵	۱۰/۵۷	ارزیابی مجدد مثبت	
۶/۸۱	۳۲/۱۷	۹/۰۸	۳۱/۲۹	۸/۶۷	۳۱/۸۶	نمره کلی مقابله مساله مدار	

جدول ۴ نشان داده شده است، آزمون لوین در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها معنادار نشده است که نشان دهنده همگنی واریانس‌ها است. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره قابل اجراست.

برای مقایسه میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار دو گروه در پس آزمون و پیگیری از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد، به این صورت که اثرات پیش آزمون به عنوان هم متغیر<sup>۱</sup> کنترل شد. همان طور که در

جدول ۴

آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	P
مقابله رویارویی	۰/۰۹	۱	۲۵	۰/۷۷
دوری جویی	۰/۰۰	۱	۲۵	۰/۹۸
خویشترن داری	۰/۰۲	۱	۲۵	۰/۸۹
گریز- اجتناب	۰/۰۴	۱	۲۵	۰/۸۵
نمره کلی هیجان مدار	۰/۶۲	۱	۲۵	۰/۴۴
جستجوی حمایت اجتماعی	۴/۳۷	۱	۲۵	۰/۰۹
مسئولیت پذیری	۱/۱۹	۱	۲۵	۰/۲۹
حل مساله برنامه ریزی شده	۰/۷۰	۱	۲۵	۰/۴۱
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۳۵	۱	۲۵	۰/۹۰
نمره کلی مقابله مساله مدار	۱/۷۶	۱	۲۵	۰/۲۰

1. covariate

کنترل بودند، افزایش معنادار ( $F_{(1,21)} = 9/61, p = 0/01$ ) داشته است. نمرات زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی ( $F_{(1,21)} = 4/14, p = 0/06$ ) و نمرات زیرمقیاس مسوولیت‌پذیری ( $F_{(1,21)} = 0/01, p = 0/91$ ) که در گروه آزمایش شرکت داشتند و افرادی که در گروه کنترل بودند، تفاوت معنادار ( $F_{(1,21)} = 5/44, p = 0/03$ ) و زیرمقیاس ارزیابی مجدد مثبت افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل بودند، افزایش معنادار ( $F_{(1,21)} = 15/67, p = 0/01$ ) داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی بر کاهش راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بی‌تاثیر ولی در افزایش راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار موثر بوده است.

در جدول ۵ نتایج به‌دست آمده از مقایسه پس‌آزمون نمره کلی مقابله هیجان‌مدار در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون، پس از شرکت در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی ارائه شده است. نتایج نشان داد نمره کلی مقابله هیجان‌مدار افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، کاهش معنادار ( $p = 0/01$ )،  $F_{(1,21)} = 7/29$  داشته است ولی نمرات زیرمقیاس مقابله رویارویی ( $F_{(1,21)} = 2/80, p = 0/11$ ) و نمرات زیرمقیاس دوری‌جویی ( $F_{(1,21)} = 0/70, p = 0/41$ ) و نمرات زیرمقیاس خویش‌ن‌داری افراد دو گروه تفاوت معنادار ( $p = 0/59$ )،  $F_{(1,21)} = 0/30$  نداشتند است، در حالی که نمرات زیرمقیاس گریز-اجتناب، کاهش معنادار ( $F_{(1,21)} = 7/98, p = 0/01$ ) نشان داد. همچنین نمره کلی مقابله مساله‌مدار افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه

جدول ۵

مقایسه پس‌آزمون راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر	df	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	مقابله رویارویی	۱	۱۳/۹۷	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۹۵
	دوری‌جویی	۱	۱۸/۷۹	۰/۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	خویش‌ن‌داری	۱	۷/۷۵	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۷۶
	گریز-اجتناب	۱	۱۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
گروه	نمره کلی مقابله هیجان‌مدار	۱	۸/۹۶	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۸۱
	مقابله رویارویی	۱	۸۰/۲	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۳۶
	دوری‌جویی	۱	۰/۷۰	۰/۴۱	۰/۰۳	۰/۱۳
	خویش‌ن‌داری	۱	۰/۳۰	۰/۵۹	۰/۰۱	۰/۰۸
پیش‌آزمون	گریز-اجتناب	۱	۸/۰۰	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۷۷
	نمره کلی مقابله هیجان‌مدار	۱	۷/۳۰	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۷۳
	مسوولیت‌پذیری	۱	۲۳/۳۲	۰/۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	حل مساله برنامه‌ریزی شده	۱	۱۹/۴۶	۰/۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
گروه	ارزیابی مجدد مثبت	۱	۱۲/۵۱	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۹۲
	نمره کلی مقابله مساله‌مدار	۱	۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۲	۰/۰۹
	جستجوی حمایت اجتماعی	۱	۴/۱۴	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۴۹
	مسوولیت‌پذیری	۱	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۰۰	۰/۰۵
خطا	حل مساله برنامه‌ریزی شده	۱	۵/۴۴	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۶۰
	ارزیابی مجدد مثبت	۱	۱۵/۶۷	۰/۰۱	۰/۴۳	۰/۹۷
	نمره کلی مقابله مساله‌مدار	۱	۹/۶۱	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۸۴
کل		۲۱				
		۲۷				

کلی مقابله هیجان مدار افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل بودند، کاهش معنادار ( $F_{(1,21)} = 5/24, p = 0/03$ ) و نمره کلی مقابله مساله مدار افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معنادار ( $F_{(1,18)} = 5/13, p = 0/04$ ) داشته است.

همچنین، اثرات این مداخله بعد از گذشت ۴۵ روز نیز پایدار بود و تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار وجود نداشت. همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پیگیری نمره کلی مقابله هیجان مدار در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که ۴۵ روز پس از شرکت در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی، نمره

جدول ۶

مقایسه پیگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و مساله مدار در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیر	df	F	P-value	ضریب اثر	توان آماری
پیش آزمون	نمره کلی مقابله هیجان مدار	۱	۵/۴۴	۰/۰۳	۰/۲۳	۰/۶۰
	نمره کلی مقابله مساله مدار	۱	۸/۱۴	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۷۷
گروه	نمره کلی مقابله هیجان مدار	۱	۵/۲۴	۰/۰۳	۰/۲۳	۰/۵۸
	نمره کلی مقابله مساله مدار	۱	۵/۱۳	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۵۷
خطا		۱۸				
کل		۲۴				

پژوهش خود نشان دادند که دختران از روش‌های مقابله هیجان مدار بیشتر استفاده می‌کنند و از آن جایی که نمونه پژوهش شامل زنان بوده است، عدم کاهش معنادار راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار بی‌ارتباط با آن نیست. نتایج این مطالعه با یافته‌های واقعی و همکاران (۱۳۹۰)، آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۱) و گورتی و همکاران (۲۰۱۰) هم‌سو و با یافته‌های پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۱) ناهم‌سو بود.

همچنین نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نمره کلی مقابله مساله مدار در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این بود که پس از شرکت در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی، نمره کلی مقابله مساله مدار و نمرات زیرمقیاس‌های حل مساله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل بودند، افزایش معنادار داشته است. در پژوهش واقعی و همکاران (۱۳۹۰) نیز مقابله مساله مدار به‌طور معنادار افزایش پیدا کرد ولی از بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار تنها مقابله گریز-اجتناب پس از مداخله کاهش معنادار نشان داد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر واقعیت‌درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که پس از شرکت در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی، نمره کلی مقابله هیجان مدار و نمره زیرمقیاس گریز-اجتناب افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه کنترل بودند، کاهش معنادار داشت. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش قاسم‌زاده نساجی و همکاران (۱۳۸۹) هم‌سو بود. آموزش واقعیت‌درمانی که نوعی مهارت‌شناختی و رفتاری است به‌تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش مقابله‌های هیجان مدار شود، بنابراین لزوم اجرای مداخله‌های دیگر در این امر مطرح است. در رویکرد واقعیت‌درمانی به رفتار فرد بیشتر از هیجان‌ها، نگرش‌ها و احساسات اهمیت داده می‌شود و تاکید بر آن است که کنترل رفتار فرد ساده‌تر و عملی‌تر از هیجان، احساس و نگرش است. محتوای آموزشی بر اساس رویکرد واقعیت‌درمانی هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌های راهبرد هیجان مدار را پوشش نمی‌دهد. همپل (۲۰۰۷) و حاجبی و همکاران (۱۳۸۵) در



۱۳۸۵). مراجع باید به رفتارشان با دیدی انتقادی بنگرد و ببیند که آیا آن رفتار بهترین انتخاب او هست یا خیر؟ (شیلینگ، ۱۳۷۹/۱۹۸۴). به این ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل انتظار است.

زیرمقیاس دیگر، مقابله مسوولیت‌پذیری بود. با وجود پیش‌بینی‌های پژوهش حاضر مبنی بر معنادار شدن افزایش این مقابله، این نتیجه حاصل نشد. نتایج مطالعات گوناگون (خدابخشی و عابدی، ۱۳۸۸؛ قنبری، رحیمی، باغانی، قنبری و شکیب، ۱۳۹۲؛ کرمی، میرجعفری و بختیارپور، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند که مسوولیت‌پذیری اثری نیست، بلکه معنا و مفهومی قراردادی، اخلاقی و تربیتی است که می‌تواند در هر زمانی فرا گرفته شود ولی به دلیل از دست دادن زمان معمول یادگیری این ویژگی در دوران کودکی، زمان بیشتری صرف تمرین و آموختن آن در بزرگسالی می‌شود. فرزندان که از توجه کافی و عشق و انضباط در دوران کودکی محروم بوده‌اند مسوولیت‌پذیری را نمی‌آموزند و به همین دلیل در طول زندگی رنج می‌برند (گلاس، ۱۹۹۸) و از آن‌جا که غلبه بر بدآموزی‌های قبلی دشوار است بنابراین شاید بتوان یکی از دلایل عدم معناداری افزایش مقابله مسوولیت‌پذیری را کوتاه و فشرده بودن جلسات عنوان کرد. همچنین نتایج نشان داد که پس از گذشت ۴۵ روز آموزش واقعیت‌درمانی هم‌چنان اثربخشی خود را حفظ کرد هرچند اثربخشی آن نسبت به مرحله پس‌آزمون کاهش داشت.

در اشاره به محدودیت‌های پژوهش حاضر باید گفت اجرای پژوهش در یکی از ادارات از قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج می‌کاهد. همچنین شرکت‌کنندگان همگی از میان کسانی انتخاب شدند که داوطلب بودند و لذا ویژگی‌های نمونه تصادفی در مورد یافته‌های این پژوهش صادق نبوده است، بنابراین تعمیم‌پذیری این یافته‌ها باید با احتیاط انجام گیرد؛ هرچند کوشش پژوهشگر این بوده است که شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، اما درباره آزمودنی‌های انسانی و آن هم در امر درمان روانشناختی، کنترل همیشه ممکن نیست. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش دوره کوتاه پیگیری بوده است. عدم دسترسی به همسران زنان متأهل موجب شد پژوهش حاضر

در مورد مقابله خویش‌داری شاید علت عدم معنادار شدن کاهش این مقابله این باشد که مهارت‌های واقعیت‌درمانی، شرکت‌کنندگان در این جلسات را برای درک بیشتر نیازهای خود و همسرانشان در زمینه‌های عاطفی و روانشناختی، نیازهای بین‌فردی و درک خواسته‌ها آماده می‌سازد و موجب می‌شود تا طرف مقابل رفتارهای باز، صادقانه، مشترک و صمیمی بیشتری ابراز نماید. این تغییر بافتی و سیستمی زمینه را برای رفتارهای مسالمة‌مدارتر فراهم می‌کند و موجب می‌شود که همسر به جای در خود فرو رفتن و خودکامی نقادانه از روش‌های کارآمدتری که در جلسات واقعیت‌درمانی آموخته است استفاده کند. نتایج هم‌چنین نشان داد که مقابله گریز-اجتناب پس از جلسات واقعیت‌درمانی، به‌طور معنادار کاهش پیدا کرد. این مقابله ناظر به افکار یا کوشش‌های رفتاری است که در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا هستند و شامل گریز از واقعیت نیز هست. میان آرزوهای انسان و واقعیت، تفاوت‌های آشکاری وجود دارد و نشانه و آغاز سلامت جسمی و روانی در پذیرش کامل واقعیت زندگی است (گلاس، ۲۰۰۰). از آن‌جا که هدف واقعیت‌درمانی آشنایی افراد و ترغیب آنها به پذیرش واقعیت است، لذا این موضوع می‌تواند نتیجه فوق را مبنی بر کاهش مقابله گریز-اجتناب تبیین کند. به‌هرحال به نظر می‌رسد برای کاهش معنادار در میزان مقابله هیجان‌مدار نیاز به مداخلات وسیع‌تر و دقیق‌تر است.

از اصول اساسی واقعیت‌درمانی، ارزیابی کردن رفتار، داوری کردن و مورد انتقاد قرار دادن خود است. زیرمقیاس ارزیابی مجدد مثبت که زیرمجموعه راهبردهای مسالمة‌مدار است توصیف‌کننده تلاش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می‌آفرینند و به رشد شخصی و داشتن انگیزه برای تغییر، خلاقیت ارزیابی شناختی از خود و همین‌طور راهکارهای مذهبی اشاره دارد که کاملاً با محتوای واقعیت‌درمانی هم‌خوانی دارد. طبق اصل چهارم واقعیت‌درمانی که قضاوت ارزشی<sup>۱</sup> نام دارد فرد باید در پرتو اهداف و ضرورت‌های دنیای واقعی، در مورد رفتار خود قضاوت کند و اعمالی را که منجر به شکست می‌شود مورد ارزشیابی قرار دهد (شفیع‌آبادی،

1. value judgment

پژوهش حاضر، برگزاری کارگاه‌های آموزش واقعیت‌درمانی در شرکت‌ها، ادارات و سایر مراکز برای زنان و مردان جهت ارتقای کیفیت زندگی زناشویی و بهبود روابط پیشنهاد می‌شود.

ششمین کنگره ملی روانپزشکی کودک و بزرگسال. دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تبریز.

خدابخشی، م.، و عابدی، م. (۱۳۸۸). بررسی روش‌های افزایش مسوولیت‌پذیری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر شهرضا در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. *مجله علمی پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۵، ۱۳۸-۱۱۳.

سلطانی شال، ر.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، و کارشکی، ح. (۱۳۹۲). نقش تیپ شخصیتی D و هوش هیجانی با میانجی‌گری استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷، ۴۵۹-۴۴۹.

شعاع کاظمی، م.، منعمی مطلق، ش.، و سعادت‌تی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی گروهی بر ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۶، ۱۳-۷.

شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۵). *مقدمات راهنمایی و مشاوره*. تهران: انتشارات پیام نور.

شهرابی فراهانی، ل.، فرحبخش، ک.، و عسگری، م. (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بر اشتغال موفقیت‌آمیز معلمان زن منطقه ۱۵ تهران. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، ۱۰، ۹۱-۷۳.

شیلینگ، ل. (۱۹۸۴). *نظریه‌های مشاوره*. ترجمه خدیجه آرین، ۱۳۷۹. تهران: انتشارات اطلاعات.

طوسی، ف.، علی‌پور، ا.، هاشمی، ت.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۸۹). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه تبریز*، ۱۸، ۸۶-۷۱.

فرحبخش، ک.، و قنبری‌هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۸۵). بررسی میزان اثربخشی زوج‌درمانی گلاسر بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک خیانت به

فقط روی زنان انجام گیرد؛ در حالی که پژوهش روی زوج‌های متاهل می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری از مشکلات فردی و بین‌فردی این زوجها به‌دست دهد. بر اساس یافته‌های حاصل از

## منابع

اسلامی، ف.، اعتمادی، ا.، و سلیمی، ح. (۱۳۹۱). *اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر کاهش رفتارهای سهل‌انگارانه و افزایش مسوولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

امیری، م.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، و کیمیایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای. *اندیشه و رفتار*، ۲۴، ۶۸-۵۹.

اولادی، ز. (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی در کاهش دل‌زدگی و افزایش رضامندی زناشویی زنان متاهل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

آقایوسفی، ع.، چوبساز، ف.، شقاقی، ف.، و مطیعی، گ. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبردهای مقابله‌ای زنان ناباور. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۶، ۱۶۵-۱۵۵.

بروکی میلان، ح. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علایم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۰، ۱۵۶-۱۴۳.

پارسامنش، ف.، برجعلی، ا.، و منصوبی‌فر، م. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان شاغل*. *تازه‌های روانشناسی صنعتی/سازمانی*، ۷، ۵۲-۴۳.

حاجبی، ا.، پیروی، ح.، و پناغی، ل. (۱۳۸۵). *بررسی شیوه‌های مقابله‌ای و رابطه آن با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران*. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران، دانشگاه علم و صنعت.

حسینی، ر.، و لواسانی، م. (۱۳۹۱). *اثربخشی مشاوره گروهی با روش واقعیت‌درمانی بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان*.

- محمدی، ش.، قمری، م.، و جعفری، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی در کاهش تعارض والد همجنس دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۲۳، ۱۸۳-۲۰۰.
- محمود علیلو، م. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در معتادان HIV مثبت. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۱، ۷۶-۷۰.
- موسوی‌نسب، م.، ح.، و تقوی، م. (۱۳۸۶). تاثیر ارزیابی استرس و راهبردهای روبرویی در سلامت روان. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱، ۹۰-۸۳.
- واقعی، س.، میرزایی، ا.، مدرس غروی، م.، و ابراهیم‌زاده، س. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر راهبرد مقابله‌ای دانشجویان پرستاری در موقعیت‌های استرس‌زای کارآموزی. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد*، ۱، ۱۰۲-۹۱.
- همسر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۲، ۱۷۳-۱۹۰.
- قاسم زاده نساجی، س.، پیوسته‌گر، م.، حسینیان، س.، موتابی، ف.، و بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۴۳-۳۵.
- قنبری، و.، رحیمی، س.، باغانی، ر.، قنبری، ع.، و شکیب، م. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش سخت‌رویی بر سازگاری و مسوولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه علوم انتظامی. *فصلنامه آموزش در علوم انتظامی*، ۱، ۹۸-۸۳.
- کرمی، ج.، میرجعفری، ا.، و بختیارپور، س. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی بر مسوولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی شهرستان گتوند. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۵۷، ۱۰۸-۱۰۲.

### References

- Chen, P. Y., & Chang, H. C. (2011). The coping process of patients with cancer European. *Journal of Oncology Nursing*, 16, 10-16.
- Ekman, P. W., & Friesen, V. (1971). Constants across cultures in face and emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-768.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2003). *Reality therapy*. The Glasser institute. Cited 2003, Available from: [http://www.wglasser.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=13&Itemid=28](http://www.wglasser.com/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=28)
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Sius, G., Sorbi, S., & Pia, A. M. (2010). Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery Journal*, 112, 127-130.
- Hahn, S. E. (2000). The effect of locus of control on daily exposure, coping and reactivity to work interpersonal stressor: A daily study. *Journal of Personality and Individual Difference*, 29, 729-748.
- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping Among Austrian children and Adolescents. *Journal of Adolescents*, 30, 885-890..
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Naomi, B., & Kimberly, S. (2012). *I am not stressed: Effective Stress Coping Techniques*. Utah State University, Cooperative extension, FC/marriage/2012-03pr. Available from: [http://digitalcommons.usu.edu/extension\\_curall/178](http://digitalcommons.usu.edu/extension_curall/178).
- Pound, P. (2009). Choice therapy and psycho education for parents of out-of-competition adolescent. *International Journal of Reality Therapy*, 29, 34-49.
- Sadat Bari, N., Bahrinian, A., Azargon, H., & Abedi, H. (2013). The effectiveness of reality therapy on resiliency of divorced women in Neyshabour city. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 6, 607-611.

Schoo, A., Habel, S., & Bell, M. (2009). Choice needs and the filter. *International Journal of theory and choosing presence: A reflection on Reality Therapy*, 29, 1-24.