

بررسی اثربخشی گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی، بر امیدواری و مسئولیت پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی

سارا منصفی^۱، حسن احدی^۲، حمیدرضا حاتمی^۳

Investigate the effectiveness of supportive group reality therapy on the hope and responsibility of divorced women of victim of domestic violence

Sara Monsefi¹, Hasan Ahadi², Hamidreza Hatami³

چکیده

زمینه: خشونت خانگی یک مشکل اجتماعی است که می تواند منجر به پیامدهای جسمی و روانی فراوانی شود. **هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی، بر امیدواری و مسئولیت پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی است. **روش:** روش تحقیق حاضر تجربی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. نمونه پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از زنان مطلقه دچار خشونت خانوادگی هستند. ابزار مورد استفاده دو پرسشنامه شامل پرسشنامه امید به آینده اشنایدر، و مقیاس مسئولیت پذیری پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا است. پس از انتخاب گروهها برای کنترل اولیه از پیش آزمون استفاده شد و پس از آن گروه آزمایش در معرض آموزش (جلسات آموزشی به شیوهی گروه درمانی حمایتی نظریه انتخاب گلاسر) قرار گرفت، متغیر مستقل در ۱۰ جلسه ۸۰ دقیقه ای به گروه آزمایش ارائه شد ولی برای گروه گواه هیچ گونه آموزشی در نظر گرفته نشد. برای تحلیل نتایج به دست آمده این پژوهش از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح استنباطی داده های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمودن فرضیه های پژوهش استفاده شد. **یافته ها:** نتایج تحلیل داده ها نشان داد آموزش گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش امید به آینده و مسئولیت پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی مؤثر است ($p < 0.05$). **نتیجه گیری:** براساس نتایج پژوهش می توان گفت واقعیت درمانی با روش گروهی به مراجعان کمک می کند تا احساس مسئولیت کنند و از طریق مسئولیت شخصی هویت موفق را بدست آورند و آنچه از تجربه خشونت به آنها رسیده است را به دست فراموشی بسپارند. **واژه کلیدها:** واقعیت درمانی، امیدواری، مسئولیت پذیری، زنان مطلقه، خشونت خانگی

Background: Domestic violence is a social problem that can lead to many physical and mental consequences. **Aims** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of supportive group reality therapy on the hope and responsibility of divorced women of victim of domestic violence. **Method:** The research method is semi-experimental with pre-test-post-test design with control group. The sample consists of 30 divorced women who have been subjected to domestic violence. The instruments used were two questionnaires: Schneider's Hope Questionnaire, and California's Personality Questionnaire's Responsibility Scale. After selecting the groups, the pre-test was used for the primary control, after which the experimental group was exposed to education (training sessions were based on Glaser's theory of supportive group therapy), the independent variable in 10 sessions of 80 minutes to the group The test was presented, but no training was provided for the control group. To analyze the results of this research, descriptive and inferential statistical methods were used. At the inferential level of the research data, the covariance analysis test was used to test the research hypotheses. **Results:** The results of the data analysis indicated that support for group therapy therapy with a reality therapy approach is effective in increasing the hope of future and accountability of the divorced women victims of domestic violence ($p < 0.05$). **Conclusions:** According to the results of the research, it can be said that the reality of treatment by group method helps clients to feel responsible and to achieve personal identity through personal responsibility and to forget about what has been experienced by violence. **Key words:** Reality therapy, Hope, Responsibility, Divorced women, Domestic Violence

Corresponding Author: ahadi@atu.ac.ir

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

۱. Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Iran

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Professor of Clinical and General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران ایران

۳. Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran

مقدمه

خشونت خانگی یک مشکل اجتماعی است که بین زنان و مردان به صورت دو جانبه رخ می‌دهد، در بین زنان و مردان شایع است و یک اپیدمی رو به رشد جهانی است که می‌تواند منجر به پیامدهای جسمی و روانی فراوانی شود و یکی از عواقب قابل پیشبینی آن طلاق می‌باشد (آلیو، نانو و سالیهو، ۲۰۰۹).

طلاق^۱ پدیده‌ای استرس‌زا است و آسیب‌پذیری زنان را به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی دو برابر خواهد کرد و ابتلا به اختلالات روانی آنان امری اجتناب‌ناپذیر است (غلامی و بشلیده، به نقل از گاهلر؛ ۱۳۹۰). با رخداد طلاق تغییرات گسترده‌ای در ساحت ذهنی و عینی زندگی زوج‌ها به وقوع می‌پیوندد که طلاق را نیازمند مداخله، ترمیم، و ساخت مجدد می‌کند (عقیلی، ۱۳۹۵).

یکی از مهمترین تبعات طلاق کاهش میزان امیدواری است. امید واژه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است. امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد. جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیر ضروری است. جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نومید می‌شویم. طبق این مفهوم‌سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند (کار، ۱۳۸۵). در پژوهش‌های دیگر نیز مشخص شده که امیدواری با کاهش میزان اضطراب موقعیتی (دیویس، ۲۰۰۵)، امیدواری با کاهش میزان تنیدگی (فلسون، ۲۰۰۴)، امیدواری با سازگاری مطلوب‌تر با بیماری (استانتون، دانوف بورگ و هاگینز، ۲۰۰۲) و امیدواری با توانایی حل مسأله (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲) همراه می‌باشد.

از جمله مهمترین دلایل طلاق خشونت خانگی است. خشونت خانگی به عمل و یا برخوردی اطلاق می‌گردد که بر اساس آن، شخصی بر شخص دیگری، عمدتاً، در حومه و یا چارچوب خانواده، صدمه‌ی فیزیکی و یا اخلاقی وارد می‌نماید. این نوع برخورد، که از دید حقوقی صدمه‌ی فیزیکی یا معنوی تعریف شده است، می‌تواند به گونه‌های مختلفی تبارز نماید. شایع‌ترین انواع خشونت را ضرب و شتم، تجاوزات جنسی، تحقیر، تهدید، توهین و در برخی از حالات

اعمال محدودیت اقتصادی بر افراد، تشکیل می‌دهد (رفیعی فر، ۱۳۸۰).

در عصر حاضر این اندیشه که خشونت خانگی یک امر خصوصی، یک موضوع خانوادگی، یک انتخاب فردی و یا واقعیتی اجتناب‌ناپذیر است؛ مورد چالش قرار گرفته است. خشونت‌های خانگی علیه زنان از جمله مسائل و مشکلاتی است که زندگی بسیاری از زنان را در طبقات و قشرهای مختلف اجتماعی به نوعی متأثر می‌سازد. اگرچه خشونت‌های خانگی معمولاً در حریم خانواده رخ می‌دهد، اما زندگی زنان را در همه‌ی عرصه‌ها متأثر می‌سازد. خشونت علیه زنان کیفیت زندگی زنان و فرزندانشان، توانایی، استقلال و مولد بودن زندگی عادی آنها را به شدت تهدید می‌کند و به اختلال می‌کشاند. عوامل بسیاری وجود دارد که می‌تواند زمینه ساز طلاق شود اما خشونت خانگی را می‌توان عامل مستقیم طلاق دانس (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۶).

خشونت‌های خانگی در ۴ دسته خشونت فیزیکی، خشونت جنسی، خشونت‌های ناشی از احساسات و خشونت اقتصادی دسته بندی می‌شوند. خشونت خانگی علت عمده آسیب به زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله است به طوری که هر ساله بین ۲ تا ۴ میلیون از زنان مورد خشونت قرار می‌گیرند و حداقل ۲۰۰۰ تن از آنان بر اثر شدت صدمات و جراحات جان خود را از دست می‌دهند (استتس، ۱۹۹۱: سوگرمن و هاتلینگ، ۱۹۸۹).

در گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ طی سال‌های ۱۹۹۷-۲۰۰۸ همسرآزاری و خشونت‌های خانگی رایج‌ترین و شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان و در مقایسه با خشونت در عرصه‌های عمومی یعنی خشونت دولتی، خشونت سیاسی، خشونت قانونی، خشونت اجتماعی و خشونت فرهنگی علیه زنان در بسیاری از جوامع است، بطوری‌که آن را می‌توان امری جهانی تلقی کرد.

طبق برآورد انجمن پزشکی امریکا، سالانه ۲ تا ۴ میلیون نفر از زنان با خشونت مواجه می‌شوند و هر زن در طول عمرش به احتمال ۲۰ تا ۳۰ درصد در معرض خشونت قرار می‌گیرد. ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان آمریکایی مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می‌گیرند. ۱۵ تا ۲۵ درصد زنان آمریکایی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند. طبق گزارش اف. بی. ای. در سال ۹۲ در امریکا از هر

2. WHO

1. divorce

وابستگی عاطفی از جمله این مشکلات است (بارنت و هامبرگ، ۱۹۹۹).

حمایت به عنوان کمک‌ها و حمایت‌های اجتماعی والدین، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌نماید (اروزکو، ۲۰۰۷). گرافرید نشان داد که حمایت و ایجاد روابط جدید بعد از طلاق سازگاری افراد طلاق گرفته را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند. به این معنی که نمرات بالا در ادراک حمایت‌های اجتماعی با سازگاری بالایی بعد از طلاق مرتبط است.

سمرگلیا، میلر و کورت-بوتلر (۱۹۹۹) در پژوهش خود با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سازگاری زنان بعد از طلاق نشان دادند که حمایت اجتماعی-هیجانی تأثیر معنی‌داری بر سازگاری بعد از طلاق دارد. در تحقیقات مرتبط با طلاق و مشکلات زناشویی نشان داده شده است که حمایت اجتماعی با افسردگی بیماران رابطه دارد. روان‌درمانی گروهی حمایتی در عمل، ملاقات گروهی از افراد هم‌درد است، در جلسات منظم که طی آن شرکت‌کنندگان درباره شرایط خاص و دشواری‌های که در آن قرار دارند، مشکلات و مسائلی که با آنها روبرو هستند و تجربه‌های شخصی خود در خصوص شیوه‌های روبرو شدن و حل این مسائل و مشکلات با یکدیگر گفتگو و تبادل نظر می‌پردازند، اطلاق می‌شود پورافکاری (۱۳۸۷) روان‌درمانی حمایتی را این‌گونه تعریف می‌کند: "نوعی روان‌درمانی که به منظور کمک به بیماران در جریان بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی یا بیماری جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین به منظور رفع ناراحتی‌های ناشی از بیماری روانی و جسمی طولانی یا نقص‌های فیزیکی بکار برده می‌شود".

روان‌درمانی حمایتی شیوه اصلی مورد استفاده در طب عمومی و توانبخشی است و اغلب برای تقویت اقدامات خارج از روان‌درمانی نظیر تجویز دارو برای سرکوب علائم، استراحت برای خارج کردن بیمار از تحریکات مفرط و یا بستری کردن برای ارائه محیط درمانی ساختاریافته، محافظت و کنترل بیمار به کار می‌رود. روان‌درمانی حمایتی را می‌توان به عنوان درمان اصلی یا کمکی به کار برد. در دیدگاه کلی روان‌درمانی حمایتی (اغلب به عنوان بخشی از رویکرد درمانی تلفیقی) از لحاظ سبب‌شناختی بیشتر بر وقایع بیرونی تأکید می‌شود تا رویدادهای درون روانی و بخصوص به تأثیرات محیط

ده قربانی سه نفر توسط شوهر یا دوست پسر خود کشته شده‌اند. ۲۱ تا ۳۰ درصد زنان امریکا، حداقل یک بار در طول زندگی مشترک مورد هجوم و آزار جنسی قرار می‌گیرند. در کلمبیا بیش از ۲۰ درصد از زنان مورد آزار لفظی یا روانی شوهرانشان قرار دارند. در سانتیاگوی شیلی، ۶۲ درصد زنان مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند. ۴۱ درصد از زنان هند بر اثر آزار جسمانی همسران خود دست به خودکشی می‌زنند. ۴۲ درصد از زنان در کنیا به طور مرتب مورد آزار فیزیکی همسران خود هستند. در گینه نو، ۶۷ درصد از زنان روستایی و ۵۶ درصد از زنان شهری مورد خشونت جسمی قرار گرفته‌اند. ۶۲ درصد از مقتولان زن، در سال ۱۹۸۷ میلادی، در کانادا توسط شوهران خود کشته شده‌اند. متذکر می‌شود مواردی که از خشونت‌های خانگی و همسرآزاری گزارش می‌شود به طور معمول از میزان واقعی خشونت اعمال شده کمتر است. زیرا بسیاری از زنان به دلایل متعدد خصوصاً ملاحظات فرهنگی و مذهبی خشونت علیه خویش را پنهان می‌کنند (کاس به نقل از سیف ربیعی و همکاران، ۱۳۸۱).

در جامعه ما، زندگی این زنان با ابهامات و مخاطراتی رو به رو است. سرپرستی فرزندان به تنهایی و به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی و ناامیدی و همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در رابطه اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیدی روبرو می‌کند. تحقیقات شازیا ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که افسردگی، اضطراب و تفکرات مشکلات روانی در زنان مطلقه بیشتر از زنان غیرمطلقه است و کودکان زنان مطلقه نسبت به کودکان زنان غیرمطلقه از عزت نفس پایین، پرخاشگری و خلق افسرده بالایی برخوردار هستند (شازیا، ۲۰۰۱). لورز، ویکرما، کانگر و الدر (۲۰۰۶) نتیجه گرفتند که زنان مطلقه نسبت زنان غیرمطلقه پریشانی روان‌شناختی، بیماری‌های جسمی و حوادث استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند.

برگ (۲۰۰۴) معتقد است زنان کتک خورده طیف وسیعی از علائم آسیب‌شناسی روانی و مشکلات جسمی درازمدت را تجربه می‌کنند که افسردگی، احساس بی‌کفایتی، فقدان عزت نفس، ترس و انزوا، نگرش منفی نسبت به ازدواج و روابط صمیمی از آن جمله است. همچنین ممکن است برخی از مشکلات زنان دچار خشونت خانگی در روابط آنها بروز کند. خصومت، حسادت، ناامنی و

که در درون انسان قرار دارند، در حالی که آدلر برمسئولیت فردی و اجتماعی تأکید دارد (شفیع آبادی، ۱۳۸۸).

پرلز معتقد است، انسان از طریق آگاهی قادر به انتخاب است و بنابراین مسئول رفتار آشکار و نهان خود است. او به مسئولیت به عنوان توانایی پاسخ‌گویی خلاق به محیط نگاه می‌کند (شیلینگ ترجمه ی آراین، ۱۳۸۴) از دیدگاه وجود‌گرایان، مسئولیت‌پذیری به معنای متعلق بودن انتخاب‌ها به خود ما و برخورد صادقانه با آزادی است (شارف، ترجمه ی فیروزبخت، ۱۳۸۴).

گلاسر (۱۹۹۸) در توضیح نظری هی انتخاب می‌گوید خود ما هستیم که تمام اعمالمان از جمله احساس بدبخت‌یمن را انتخاب می‌کنیم، دیگران نه می‌توانند ما را بدبخت کنند و نه خوشبخت. تمام چیزی که از دیگران می‌توانیم بگیریم و به دیگران بدهیم، اطلاعات است (گلاسر، ۱۹۹۸؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴).

یافته‌های پژوهش قربانعلی‌پور و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد واقعیت درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش شادکامی و امیدواری خواهد بود. واقعیت درمانی کنترل درونی را در افراد تقویت می‌کند. این فرآیند به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات میزان شادکامی و امیدواری نیز افزایش می‌یابد. نتایج یافته‌های پژوهش عزیزاده و اعتمادی (۱۳۹۱) حاکی از آن است که فرضیه پژوهشگر تأیید شده و واقعیت درمانی، سهل‌انگاری را در دانشجویان کاهش و مسئولیت‌پذیری را در آنان افزایش می‌دهد.

باتوجه به تأثیرات منفی و مشکلات روانی که پس از خشونت خانگی و طلاق برای زنان پدید می‌آید و با توجه به نقش‌های مفید و سازنده حمایت و واقعیت درمانی این سؤال مطرح می‌شود که آیا گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی بر روی امید به آینده و مسئولیت‌پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی تأثیر دارد؟

روش

روش تحقیق حاضر تجربی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است.

جامعه‌ی پژوهش: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مطلقه دچار خشونت خانگی ساکن در شهر تهران است.

استرس‌زا و روابط بین فردی بر روی خود به شدت آسیب دیده توجه می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

از میان بسیاری از مزایای تشکیل گروه‌های حمایتی می‌توان به چند ویژگی مهم اشاره نمود که عبارتند از: سادگی و طبیعی بودن شرایط، مؤثر و کارآمد بودن، در دسترس بودن، نیاز کمتر به نیروی متخصص و کارشناس، ارزان و مقرون به صرفه بودن (مظاهری، ۱۳۹۰).

امید و شادمانی به عنوان یک از مهمترین نیازهای روانی بشر تأثیرات عمیقی بر شخصیت افراد، به ویژه افراد آسیب دیده دارد (مدحی و نجفی، ۱۳۹۷). بر این اساس با حمایت می‌توان آسیب‌های روانی و مشکلات ایجاد شده برای این زنان را تا حدی بهبود بخشید تا بتوانند امیدوارانه و با مسئولیت مناسب به زندگی ادامه دهند. در این راستا نظریه واقعیت درمانی می‌تواند نقشی تعیین‌کننده داشته باشد. نظریه واقعیت درمانی گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (جونزو پاریش، ۲۰۰۵).

نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که ما نیازهای خود را مستقیماً ارضا نمی‌کنیم. آنچه ما انجام می‌دهیم این است که هر کاری را که انجام می‌دهیم و باعث می‌شود احساس خیلی خوبی کنیم، حفظ می‌نماییم. ما این دانش را در محل خاصی از مغزمان ذخیره می‌کنیم که دنیای کیفی نامیده می‌شود. انسان‌ها مهمترین عنصر دنیای کیفی ما و کسانی هستند که بیش از همه دوست داریم (روس، ۲۰۰۳).

نظریه انتخاب اعلام می‌دارد هر موجود آدمی از ۵ نیاز اساسی برخوردار است، که عبارتند از: بقا، محبت و تعلق‌پذیری، قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح که ما را در زندگی برانگیخته می‌کنند. هر یک از ما از تمام این نیازها برخورداریم ولی نیرومندی (کوری، ۲۰۰۵). بر اساس نظر گلاسر هر فرد، زمانی می‌تواند احساس، آنها تفاوت دارد توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت احساس شادمانی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد و باور کند که سررشته امور زندگی‌اش در دست خودش است و با مسئولیت‌پذیری می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد (باردو، ۲۰۱۰).

درباره‌ی مسئولیت‌پذیری به عنوان یکی از ویژگی‌های انسانی اختلاف نظرهایی وجود دارد، برای مثال از نظر فروید، انسان مسئول اعمال و رفتار خود نیست، بلکه تمام رفتارها را نیرویی تعیین می‌کند

۲۰ عدد افزایش یافت (مارنات، پاشاشریفی، ۱۳۸۵). حمزه لویی (۱۳۷۳) در پژوهشی بر روی ۱۲۸ نفر از کارمندان شرکت ملی نفت مناطق نفت خیز اهواز، برای سنجش مسئولیت پذیری، از خرده مقیاس سنجش مسئولیت پذیری پرسشنامه مذکور استفاده نمود و قابلیت اعتماد خرده مقیاس را از روش دونیمه سازی سؤالات فرد و زوج محاسبه نمود همچنین پژوهش‌هایی در مورد اعتبار بین فرهنگی پرسشنامه روان در کشورهای فرانسه، ایتالیا، ژاپن، لهستان، سوئیس و تایوان شناختی کالیفرنیا صورت گرفت، که همگی بیانگر اعتبار و قابلیت اعتماد مطلوب آن می باشد (حمزه لویی، ۱۳۷۳).

روش اجرای پژوهش: در این پژوهش، اثر بخشی گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی بر امید به آینده و مسئولیت پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی مورد بررسی و سنجش قرار گرفته است. شیوه‌ی کار به این صورت بود که پس از انتخاب گروه‌ها برای کنترل اولیه از پیش‌آزمون استفاده شد و پس از آن گروه آزمایش در معرض آموزش (جلسات آموزشی به شیوه‌ی گروه درمانی حمایتی نظریه‌ی انتخاب گلاسر) قرار گرفت، متغیر مستقل در ۱۰ جلسه‌ی ۸۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد ولی برای گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی در نظر گرفته نشد، جلسات تنظیم شده عبارتند از: (هر هفته دو جلسه به مدت ۸۰ دقیقه) به گروه آزمایش ارائه شد که خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول: معارفه گروه و ایجاد روحیه حمایتی با وجود مشکلات همسان در گروه.

جلسه دوم: ایجاد روحیه‌ی هدفمند برای زندگی و تصمیم‌گیری مناسب، شناخت و بررسی اهداف زندگی اعضا.

جلسه سوم: هدف‌گذاری، انتخاب و اتخاذ تصمیم.

جلسه چهارم: شناخت نیازها با تکیه بر نظریه‌ی واقعیت درمانی گلاسر (بقاء، عشق و تعلق خاطر، آزادی، تفریح، قدرت).

جلسه پنجم: مسئولیت‌پذیری و رفتار مسئولانه و تقویت این حس.

جلسه ششم: برنامه‌ریزی برای نظم‌پذیری، قانون‌مندی و پیشرفت‌گرایی بیشتر و مؤثرتر.

جلسه هفتم: تعهد به اهداف و برنامه‌ها و تأکید بر لزوم آن.

جلسه هشتم: بررسی و درک رفتار کلی و پذیرفتن مسئولیت انتخاب اعمال و افکار.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: حجم نمونه‌ی پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از زنان مطلقه دچار خشونت خانوادگی هستند. این گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و به روش گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه امید به آینده^۱: جهت سنجش امید به آینده از پرسشنامه‌ی شناختی و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه که برای سنجش امیدواری ساخته شده، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، و ۴ عبارت انحرافی است.

بنابراین این پرسشنامه دو خرده مقیاس را در بر می‌گیرد: انگیزش^۲ و گذرگاه^۳.

برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره در این ابزار ۴۸ می‌باشد.

لازم به ذکر است که این پرسشنامه در بین دانش‌آموزان دختر در استان تهران توسط گلزاری (۱۳۸۶) اعتباریابی شده است و قابلیت اعتماد این ابزار را با روش همسانی درونی ۰/۸۹ گزارش نموده است. از طرفی مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرآیندهای روان‌شناختی را می‌سنجد، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ با مقیاس خوش بینی شیرر و کارور همبستگی تا ۰/۶۰ دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک همبستگی منفی دارد

به علاوه، طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوایی نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری: برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری از خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا^۴ بهره گرفته شده است. کل این پرسشنامه ۴۶۲ سؤال داشته که ۴۲ ماده از آن مربوط به حس مسئولیت‌پذیری است. این پرسشنامه برای نخستین بار توسط هاریسون گاف در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سؤال و ۱۵ ویژگی شخصیتی انتشار یافت و در سال ۱۹۵۷ مقیاس‌های آن به ۱۸ مورد افزایش یافت تا این که دوباره در سال ۱۹۸۷ دوباره مورد تجدیدنظر قرار گرفته و تعداد سؤال‌های آن به ۴۶۲ و خرد هم‌مقیاس‌های آن به

3. Pathway

4. CPI-R

1. Hope for the future

2. Motivation

رویکرد واقعیت درمانی بر میزان افزایش امید به آینده زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی پس از بررسی و تأیید پیش فرض‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج گزارش شده در جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات امیدواری به آینده گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($F_{1,23} = 4/481$ و $p < 0/000$). این معنی‌داری نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش تأیید شده است و گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی بر امیدواری به آینده زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی شهر تهران» داشته است.

نتایج گزارش شده در جدول ۴ نشان می‌دهد بین نمرات مسئولیت‌پذیری گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($F_{1,23} = 4/481$ و $p < 0/000$). این معنی‌داری نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش تأیید شده است و گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی بر مسئولیت‌پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی شهر تهران» داشته است.

جلسه‌ی نهم: ترک عادات اشتباه در برقراری روابط سازنده با دیگران، شناخت الگوهای رفتاری مناسب با خانواده، دوستان، و همکاران..

جلسه‌ی دهم: بررسی، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری از جلسات آموزشی.

داده‌ها و یافته‌ها

در اولین مرحله شاخص‌های توصیفی نمرات امیدواری در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه در جدول ۱ گزارش شده است. در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین پس‌آزمون نمرات امیدواری گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. در مرحله بعد شاخص‌های توصیفی نمرات مسئولیت‌پذیری در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه در جدول ۲ گزارش شده است.

در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پس‌آزمون نمرات امیدواری گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. به منظور آزمون اثربخشی آموزش گروه درمانی حمایتی با

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات خام امیدواری				
کنترل		آزمایش		شاخص‌ها
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	میانگین
۴۴/۲۱۴	۴۳/۵۷۱	۴۸/۲۱۴	۴۵/۵۷۱	
۲/۵۷۷	۲/۷۹۳	۰/۷۷۵	۰/۱۲۷	انحراف معیار

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات خام مسئولیت‌پذیری				
کنترل		آزمایش		شاخص‌ها
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	میانگین
۱۹/۱۴۳	۱۸/۸۵۷	۱۶/۷۱۴	۱۹/۱۴۳	
۴/۳۶۵	۴/۲۲۲	۴/۳۴۰	۵/۵۴۵	انحراف معیار

جدول ۳. تحلیل کوواریانس نمرات امیدواری						
منابع تغییر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۹۷/۱۹۱	۱	۱۹۷/۱۹۱	۲۷/۷۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴۷
گروه	۳۱/۸۵۳	۱	۳۱/۸۵۳	۴/۴۸۱	۰/۰۴۵	۰/۱۶۳
خطا	۱۶۳/۴۹۷	۲۳	۷/۱۰۹			

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات مسئولیت پذیری						
منابع تغییر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۱۹۷/۱۹۱	۱	۱۹۷/۱۹۱	۲۷/۷۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴۷
گروه	۳۱/۸۵۳	۱	۳۱/۸۵۳	۴/۴۸۱	۰/۰۴۵	۰/۱۶۳
خطا	۱۶۳/۴۹۷	۲۳	۷/۱۰۹			

بحث و نتیجه گیری

نتایج یافته‌های بدست آمده از تحلیل آماری نشان داد که بین نمرات امیدواری به آینده گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. همانطور که پیش از این هم اشاره شد امیدواری باعث پرورش دیدی خوشبینانه نسبت به زندگی می‌شود و فشارزا بودن وقایع تلخ (از جمله خشونت) را کاهش می‌دهد و به زندگی معنا و هدف می‌بخشد. یک زن مطلقه قربانی خشونت با داشتن امید، می‌تواند در مشکلات را تحمل کند و با مبارزه جویی با مشکلات، زندگی هدفداری را بنا کند. اگر افراد احساس کنند که زندگی آنها معنادار است و به ارزش‌هایی که به زندگی خود می‌دهند اطمینان داشته باشند، امیدوارتر خواهند بود. امید به اختیار خود انسان است و از آن جا ناشی می‌شود که تصمیم بگیرد که هیچگاه خود را کمتر از موجودی بی‌همتا و مهم نپندارد.

نکته قابل توجه این است که یک شخص امید را با تصمیم به داشتن آن به دست می‌آورد. بنابراین زنان قربانی خشونت خانگی نیز کافی است به سادگی تصمیم بگیرند که دیگر به وسیله هیچ چیزی بیرون از وجود خویش، خرد و فرسوده نخواهند شد و مسئولیت تغییر زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن، برعهده گرفته و علیرغم مخاطرات مربوطه این کار را انجام خواهند داد.

در بین مطالعات داخل کشور مطالعه قربانعلی پور و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه» به بررسی موضوعی مشابه این پژوهش پرداختند. نتایج مطالعات آنها نشان داد که همسو با پژوهش حاضر واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش شادکامی و امیدواری خواهد بود. واقعیت‌درمانی کنترل درونی را در افراد تقویت می‌کند. این فرآیند به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات برحل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر

حل مشکلات میزان شادکامی و امیدواری نیز افزایش می‌یابد. یافته‌های بدست آمده از نتایج تحلیل آماری نشان داد که بین نمرات مسئولیت‌پذیری گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. همچنین مشخص شد که بین نمرات مسئولیت‌پذیری گروه آزمایشی و گروه‌های کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همسو با پژوهش حاضر نتایج مطالعه کیم (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای که بر روی مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان در یکی از مدارس کره جنوبی انجام داد به این نتیجه رسید که واقعیت‌درمانی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس در دانش‌آموزان می‌گردد.

تأکید آموزه‌ها بر مفاهیمی همچون مسئولیت‌پذیری فرد و پاسخ-گو بودن فرد در قبال رفتار، مفاهیم قدرت انتخاب و اختیار انسان در زندگی و... شباهت این مفاهیم با مفاهیم واقعیت‌درمانی و احتمال کارآمدی رویکرد گلاسر (۱۹۶۱) را در بستر فرهنگی ما بیشتر نشان می‌دهد. در واقع فردی که مسئولیت کاری را برعهده می‌گیرد قبول می‌کند که یک سری فعالیت‌ها انجام دهد و به عبارتی تعهدی را می‌پذیرد. نتایج این تحقیق نشان داد که روش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند بر افزایش مسئولیت‌پذیری در زنان قربانی خشونت نیز تأثیرگذار باشد و این شاخصه را در آنها تقویت کند. در این روش درمانگر از آن جهت با مراجعان رابطه برقرار می‌کند تا نسبت به فرآیند درمان متعهد شوند. متعهد بودن به خودی خود می‌تواند سهل‌انگاری را در مراجعین کاهش دهد. در این نوع درمان روی تغییر رفتارهایی تأکید می‌شود که در تفکر و احساس مراجعان اصلاحاتی ایجاد می‌کند. همانطور که قبلاً هم اشاره شد یکی از ابعاد مهم واقعیت‌درمانی برنامه‌ریزی و متعهد بودن به این برنامه‌هاست، ضمن اینکه فرد در قبال خودش مسئولیت را می‌پذیرد. در واقع این رویکرد واقعیت‌درمانی به زنان قربانی خشونت کمک می‌کند روی رفتار و انتخاب‌های خود تسلط و کنترل داشته باشند. همانطور که می‌دانیم رویکرد واقعیت‌درمانی فرض را بر این می‌گذارد که مردم مسئول زندگی

- Alio, A. P., Nana, P. N., & Salihu, H. M. (2009). Spouse violence and potential preventable single and recurrent spontaneous fetal loss in an Africa setting: Cross-sectional study. *Lancet*, 240, 318-28.
- Bardo, A.R. (2010). *The comparability of Happiness and life satisfaction: A life course approach*. M.A thesis. Miami University. Oxford. Ohio.
- Berg, Alfred, O. (2004), "Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement", *Annals of Family Medicine*, 2(2), 156-60.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Ca: Brooks – Cole.
- Fleeson, W. (2004). Moving personality beyond the person- situation debate: The challenge and the opportunity of within- person variability. *Current Directions in Psychological science*, 13(2), 83-87
- Jones, L.C, Parish, T.S. (2005). *Ritalin's choice theory and reality therapy*. *International journal of reality therapy*, (25), 243-260.
- Lorenz, F.O., Wickrama, K.A.S., & Conger, R.D., Elder, G.H. (2006). The Short-Term and Decade-Long Effects of Divorce on Women's Midlife Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 111-125.
- Orozco, V. (2007). *Ethnic Identity, Perceived Social Support, Coping Strategies, University Environment, Cultural Congruity, and Resilience of Latina/o College Students*. (Thesis dissertation). Graduate School, the Ohio State University.
- Rose, W, S. (2003). The relationship between glasses quality school concept and brainbased theory. *International Journal of reality therapy*, (12), 267-189.
- Shazia, N (2001). *Psychological reaction to divorce of divorced women*. (PhD thesis). University of Karachi, Karachi.
- Smerglia, V.L., Nancy, B., Miller, N.B., & Kort-Butler, L. (1999). The Impact of Social Support on Women's Adjustment to Divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 32, 63-89.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind, psychological. *International Journal of clinical psychology*, 13, 249- 175.
- Stets, J. E. (1991). "Psychological Aggression in Dating Relationships: The Role of Interpersonal Control", *Journal of Family Violence*, 6(1), 114-97
- Sugarman, D. B. & Hotaling, G. T. (1989), "Dating Violence: Prevalence, Context and Risk Markers", In M. A. Pirog – Good & J. E. Stets. (Eds.), *Violence in Dating Relationship: Emerging Social Issues*, New York, Praeger.

خودشان هستند و هدف از این درمان این است که مراجعان در زندگی‌شان تغییراتی ایجاد کنند و نسبت به این تغییرات پایبند باشند. بنابراین واقعیت درمانی با روش گروهی به مراجعان کمک می‌کند تا احساس مسئولیت کنند و از طریق مسئولیت شخصی هویت موفق را بدست آورند و آنچه از تجربه خشونت به آنها رسیده است را به دست فراموشی بسپارند.

این مطالعه پژوهشگر با محدودیت‌هایی از قبیل عدم همکاری مناسب افراد نمونه با پژوهشگر به منظور اجرای مرحله‌ی پیگیری روبرو بود از این رو پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به این مسائل و مخصوصاً مسأله آشنایی قبلی اعضای گروه بیشتر توجه شود و علاوه بر این پیگیری‌های بلندمدت در زمینه اثربخشی درمان صورت گیرد.

منابع

- پورافکاری، نصرت... (۱۳۸۷). *فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی*، تهران، فرهنگ معاصر، جلد اول.
- شارف، ریچارد. اس (۲۰۰۲). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*، ترجمه فیروزبخت، مهرداد (۱۳۸۱)، تهران، رسا، چاپ اول.
- شفیع ابادی، عبدالله (۱۳۸۸). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- شیلینگ، لوئیس (۱۳۹۰). *نظریه‌های مشاوره*، ترجمه آراین، سیده خدیجه، تهران، انتشارات اطلاعات.
- گلاسر، ویلیام (۱۳۸۲). *مدارس بدون شکست*، ترجمه ساده حمزه تبریزی، مژده، تهران: انتشارات رشد.
- قربانعلی‌پور، مسعود؛ نجفی، محمود؛ علیرضالو، زهرا؛ نسیمی، منیره (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۲)، ۳۱۷-۲۹۷.
- مدحی، صغری؛ نجفی، محمود (۱۳۹۷). رابطه‌ی روان‌درستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شادزیستی در سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۹۴-۷۸