

مقاله اصلی

## اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۳۰

### خلاصه

#### مقدمه

کاهش شادکامی و حس ناخشنودی از مسائل مهمی است که در میان نوجوانان بد سرپرست شایع تر و بر کیفیت زندگی آنان موثر است. پژوهش حاضر به بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی که رویکردی برای پایش و کنترل رفتار، پذیرش مسئولیت و انجام انتخاب های مناسب است، بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست پرداخته است.

#### روش کار

در این مطالعه مداخله ای ۴۰ نفر از جمعیت نوجوانان پسر بد سرپرست تحت پوشش بهزیستی مشهد در سال ۱۳۹۰ با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند و به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به نوجوانان در گروه مداخله ۱۲ جلسه آموزش گروهی واقعیت درمانی، ارائه شد. دو گروه قبل و پس از زبخت مداخله به پرسشنامه های شادکامی آکسفورد و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دادند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های کای اسکوار و تی تحلیل شد.

#### نتایج

سطح تحصیلات، میانگین سن و میانگین نمره ی آزمون ها قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنادار نداشت ( $p < 0/05$ ). پس از مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمره ی آزمون کیفیت زندگی و میانگین نمره ی آزمون شادکامی در گروه مداخله و کنترل مشاهده شد (به ترتیب ۸۴/۱ در برابر ۶۳/۳ و ۳۵/۱ در برابر ۱۹/۸،  $p < 0/05$ ).

#### نتیجه گیری

واقعیت درمانی گروهی در بهبود کیفیت زندگی، افزایش شادکامی و رضایت از زندگی نوجوانان بد سرپرست موثر می باشد. محیط محترمانه، ابراز احساسات و درک همدلانه در گروه درمانی در افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی اثرگذار است.

**کلمات کلیدی:** اثربخشی، بدسرپرست، شادکامی، کیفیت زندگی، نوجوان، واقعیت درمانی گروهی

<sup>۱</sup> رضا اسلامی

<sup>۲</sup> پیمان هاشمیان

<sup>۳</sup> لیدا جراحی\*

<sup>۴</sup> مرتضی مدرس غروی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد

پیشگیری اداره بهزیستی، مشهد، ایران

۲- دانشیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

۳- استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات

اعتیاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی، مشهد، ایران

۴- استادیار روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات

روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

\* مشهد- مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم

پزشکی، مشهد، ایران

تلفن: ۸۵۲۵۳۱۵-۵۱۱-۹۸+

email:jarahil@mums.ac.ir

## مقدمه

دوران نوجوانی اهمیت خاصی در زندگی انسان دارد و روانشناسان آن را دوران احساس گرایی، بحران های سازنده و دوره فشار و طوفان نامیده اند (۱). رشد و رفتار افراد متأثر از نوع خانواده ای است که در آن زندگی می کنند، فرزندان در خانواده و در تعامل با دیگران مهارت های ارتباطی، تفسیر رفتارهای اطرافیان و تجربه نمودن احساسات را می آموزند (۲). عملکرد نامناسب خانواده و والدین در اثر جدایی یا فوت ایشان می تواند موجب سوق دادن نوجوان به مشارکت در رفتارهای پرخطر، افت کیفیت زندگی و کاهش رضایتمندی کلی او گردد (۳). نوجوانانی که در خانه های تک والدینی زندگی می کنند، نوجوانان بی سرپرست یا بد سرپرست بیش از سایر نوجوانان در معرض خطر رفتارهای غیرانطباقی قرار دارند (۴،۳). افراد بد سرپرست فرزندان هستند که سرپرستان آنها به دلایل مختلف از جمله اعتیاد، وارد نمودن آسیب و آزارهای جسمی یا روانی به فرزندان فاقد صلاحیت لازم اجتماعی، اخلاقی و رفتاری برای نگهداری فرزند می باشند. حمایت والدین و اطرافیان در کسب سلامت و بهبود کیفیت زندگی فرزندان موثر است و دور شدن از محبت والدین، برآورده نشدن نیازهای مختلف دوره رشد مانند نیاز به تعلق، تحسین و محبت منجر به گزارش شیوع بالاتر بحران ها و آسیب های روانی، اختلالات رفتاری، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، تمایل به مصرف مواد مخدر و ناهنجاری های اجتماعی در بین نوجوانان محروم از والدین یا بد سرپرست شده است (۲-۴). کیفیت زندگی برداشت یک فرد از موقعیت خود، میزان لذت وی از موقعیت های مهم زندگی و مرتبط با اهداف و انتظارات فرد می باشد، ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد "هستی" و اجزای جسمی و روانی، بعد "متعلقات" و اجزای جسمی و اجتماعی، بعد "شدن" و اجزای فراغت، رشد شایستگی ها و عملکرد می باشد (۵). بد سرپرستی موجب افزایش خطر ابتلا به مشکلات روانی عصبی در نوجوانان است که به صورت اضطراب، افسردگی، احساس گناه، ناامیدی، ترس، خشم و به صورت کلی افت کیفیت زندگی نمود می یابد (۴،۳).

در مقابل شادکامی یا بهزیستی روانی و ذهنی مقدار ارزش مثبتی است که یک فرد برای خود قائل می شود و دارای دو جنبه

عوامل عاطفی - بیانگر تجربه هیجانی شادی، خشنودی و هیجان های مثبت فرد- و عوامل ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی - بیانگر شادکامی - می باشد (۶). بین سلامت روانی، شادکامی و کیفیت زندگی همبستگی قوی وجود دارد و البته همگی آنها تحت تاثیر سبک زندگی افراد قرار دارند (۶). همچنین شادکامی فرد با توافق و وظیفه شناسی نیز در ارتباط دیده شده است (۷).

گروه درمانی یک روش درمانی است که مقبولیت گسترده ای دارد و در آن از تعاملات سازنده بین اعضا و مداخلات رهبری آموزش دیده استفاده می شود تا به اعضا برای درک مسئولیت در قبال احساسات خودشان، تشویق در توجه به واقعیت و عواقب رفتار جاری و درک آنچه را که فکر می کنند کمک شود (۸). واقعیت درمانی که از جدیدترین رویکردهای مشاوره و روان درمانی محسوب می شود، مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، و علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می داند؛ در این درمان تلاش می شود که افراد از طریق انتخاب های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند (۹،۱۰). در حقیقت هدف اصلی رویکرد واقعیت درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب های مناسب است، درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان جویان فقدان روابط رضایت بخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند (۹،۱۰).

در ایران سازمان های حمایتی کودکان و نوجوانان از جمله سازمان بهزیستی، فرزندان بی سرپرست یا بد سرپرست را تحت پوشش و سرپرستی خود قرار می دهند. زندگی دور از خانواده و محدود بودن تعاملات خانوادگی، در طولانی مدت اینگونه کودکان و نوجوانان را در خطر مشکلات و بحران های هویتی، ارتباطی، فردی و اجتماعی، کاهش شادکامی، احساس ناخشنودی و افت کیفیت زندگی قرار می دهد (۳،۴). فراهمی کامل شرایطی که بر یک خانواده عادی حاکم است، در محیط های نگهداری شبانه روزی مقدور نیست. در محیط های خانوادگی معمولاً هر دو جنس عضویت دارند و این موضوع در یادگیری نقش جنسیتی فرزندان مؤثر است که با توجه به موازین فرهنگی و قانونی این

امر در مجتمع های شبانه روزی کشور ما امکان پذیر نمی باشد، از سوی دیگر ارتباطات عاطفی در خانواده پویا و ماندنی تر است ولی در مراکز نگهداری شرایط به گونه ای است که فرزندان ممکن است در زمان های نامشخص به مجتمع های دیگر انتقال پیدا کنند (۱-۴). از آنجا که عوامل متعددی بر کیفیت زندگی و میزان شادکامی افراد نقش دارند بررسی تفاوت این عوامل در نوجوانان بدون خانواده و ساکن در مجتمع های حمایتی با سایر نوجوانان مورد توجه است (۲-۴). این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست طراحی و انجام شده است.

### روش کار

در این مطالعه که از نوع مطالعات مداخله ای می باشد ۴۰ نفر از نوجوانان پسر تحت پوشش بهزیستی مشهد در سال ۱۳۹۰ با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. معمولاً در گروه درمانی حدود ۱۲-۱۵ نفر انتخاب می شوند لذا شرکت کنندگان به روش تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفره (گروه های مداخله و کنترل) قرار گرفتند. منظور از نوجوانان بدسرپرست در این پژوهش، پسران نوجوان تحت پوشش دفتر شبه خانواده و امور آسیب های اداره بهزیستی شهر مشهد می باشد که یکی و یا هر دو سرپرست خود را از دست داده بودند و یا به لحاظ حقوقی، قانونی و یا اخلاقی، والدین آنها صلاحیت کافی را برای سرپرستی فرزند خود نداشتند. شروع نوجوانی بین ۹-۱۲ سالگی است و سازمان بهداشت جهانی سن نوجوانی را بین ۱۱-۲۱ سالگی تعریف نموده است (۱۱). لذا ملاک ورود افراد به مطالعه حاضر سن بین ۱۸-۲۰ سال، داشتن حداقل سطح سواد مقطع راهنمایی و رضایت به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. وجود مرحله ی حاد بیماری، داشتن مشکلات خاص و اثرگذار بر کیفیت زندگی و شادکامی در موقعیت زمانی آزمون مانند فوت اخیر یا بیماری شدید والدین، بیماری یا آسیب شدید در خود فرد یا تحت درمان روانشناختی دیگر بودن، از معیارهای خروج از مطالعه بود. پرسشنامه ها بدون نام و با تخصیص کد تکمیل می شد و به شرکت کنندگان اطمینان داده شده بود که اطلاعات

شخصی شان کاملاً محفوظ خواهد ماند. جلسات گروه درمانی در اتاقی بزرگ که صندلی ها دایره وار چیده شده بود و همه اعضا می توانستند یکدیگر را نظاره کنند و آزادانه حرکت های فیزیکی خود را انجام دهند برگزار شد. دو گروه قبل و پس از زمان مداخله به پرسشنامه های شادکامی و کیفیت زندگی پاسخ دادند. پس از پایان پژوهش از گروه کنترل دعوت شد تا در صورت تمایل در جلسات گروه درمانی آینده شرکت نمایند. به گروه آزمایشی طی ۱۲ هفته، ۱۲ جلسه آموزش گروهی واقعیت درمانی ارائه گردید که در آن هر هفته یک جلسه و هر جلسه با استراحت بین جلسه ۲ ساعت و ۱۵ دقیقه اجرا می شد. جلسه اول شامل معرفی برنامه واقعیت درمانی، تئوری انتخاب و انجام پیش آزمون بود. در جلسه دوم اعضا و رهبر گروه به یکدیگر معرفی و قواعد و اهداف گروه تنظیم شدند، همچنین تئوری انتخاب (کنترل بیرونی) و مؤلفه رضایت از زندگی بیان گردید. در جلسه سوم پنج نیاز اساسی انسان شامل عشق و تعلق خاطر، آزادی و اختیار، پیشرفت و قدرت، تفریح و نیاز فیزیولوژیک بقا معرفی شد. در جلسات بعد به ترتیب شرکت کنندگان با نظریه انتخاب و نقش آن در رفتارهای فرد، حل تعارض، مؤلفه های رفتار کلی، مفهوم دنیای کیفی، تعارض ونحوه رویارویی با آن، پیدا کردن فعالیت های جایگزین، رفتار های تخریبگر، رفتار های پیوند دهنده، ساختن کارت های یادآور و خرده مقیاس های شادکامی آشنایی پیدا نمودند. همچنین شرکت کنندگان قراردادی در جهت متعهد ماندن به طرح را نوشته و قرائت کردند. در آخرین جلسه پس آزمون شادکامی و کیفیت زندگی انجام شد.

بررسی شادکامی با پرسشنامه شادکامی آکسفورد که دارای ۲۹ آیتم ۴ گزینه ای شامل رضایت از زندگی، حرمت خود، رضایت خاطر، خلق مثبت و بهزیستی فاعلی است و اعتبار و پایایی آن در مطالعات قبلی سنجیده و آلفای کرونباخ برای شاخص کل OHQ ۰/۸۷ گزارش شده است بررسی شد (۱۲).

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO QOL-BREF) استفاده شد که پایایی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و روایی تشخیصی با مدل رگرسیون خطی چندگانه در مطالعات ایرانی بررسی شده و روایی رضایت بخشی را نشان داده است (۱۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط با دیگران، محیط زندگی می‌پردازد که در هر دامنه حوزه‌های مختلف بررسی می‌شود. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS گردید و از آزمون‌های کای اسکوار برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی و پس از بررسی توزیع طبیعی داده‌های کمی جهت بررسی تفاوت متغیرهای کمی در دو گروه از آزمون تی و همچنین تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات در خرده مقیاس‌های دو گروه در بررسی داده‌ها استفاده شد.

### نتایج

در مجموع ۴۰ نفر از نوجوانان پسر بدسرپرست تحت پوشش بهزیستی مشهد در دو گروه مداخله و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه مداخله ۱۹ سال و در گروه کنترل ۱۸/۹ سال بود. از نظر سطح تحصیلات در گروه مداخله ۱۵ نفر (۳۷.۵٪) دارای تحصیلات راهنمایی و ۵ نفر (۱۲.۵٪) دارای دیپلم بودند که در گروه کنترل ۱۴ نفر (۳۵٪) دارای تحصیلات راهنمایی و ۶ نفر (۱۵٪) دارای دیپلم بودند.

طبیعی بودن توزیع نمرات آزمون شادکامی و کیفیت زندگی در شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ نمایش داده شده است، همچنین طبیعی بودن توزیع نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها نیز در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ با آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی و تایید گردید. در بررسی میانگین نمره ی آزمون کیفیت زندگی و آزمون شادکامی در دو گروه مداخله و کنترل آزمون تی تفاوت معناداری را در میانگین نمره ی آزمون‌ها در دو گروه نشان نداد ( $p=0/08$ ). جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمون کیفیت زندگی و شادکامی را در دو گروه شرکت کنندگان (مداخله و کنترل) نشان می‌دهد. پس از مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمره (انحراف معیار) آزمون کیفیت زندگی در گروه مداخله ۸۴/۱ (۵/۱) و گروه کنترل ۶۳/۳۶ (۶/۵) مشاهده شد ( $p=0/01$ ). همچنین بین میانگین نمره (انحراف معیار) آزمون شادکامی در گروه مداخله ۳۵/۱ (۹/۱) و در گروه کنترل ۱۹/۸ (۶/۹) تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p=0/006$ ). نتایج تحلیل کوواریانس در مقایسه نمرات کسب شده شرکت کنندگان در خرده مقیاس‌های پس آزمون شادکامی در گروه‌های مداخله و کنترل پس از مداخله، نشان داد که نمرات در گروه مداخله در خرده مقیاس‌های رضایت از زندگی نوجوانان ( $p<0/001$ )، حرمت خود ( $p<0/001$ )، بهزیستی فاعلی ( $p=0/04$ )، رضایت خاطر ( $p=0/001$ ) و خلق مثبت ( $p=0/008$ ) به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بودند.

جدول ۱- بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات آزمون شادکامی و کیفیت زندگی در شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	آماره z کلموگروف-اسمیرنوف		سطح معناداری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کیفیت زندگی	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
	۰/۶۱	۰/۸۳	۰/۳۸	۰/۷۹
شادکامی	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
	۰/۸۸	۰/۷۸	۰/۵۸	۰/۵۹

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون کیفیت زندگی و آزمون شادکامی در شرکت کنندگان

گروه	میانگین نمره پیش آزمون (انحراف معیار)		میانگین نمره پس آزمون (انحراف معیار)	
	آزمون کیفیت زندگی	آزمون شادکامی	آزمون کیفیت زندگی	آزمون شادکامی
مداخله	۶۴/۱ (۵/۷)	۲۰/۹ (۶/۴)	۸۴/۱ (۵/۱)	۳۵/۱ (۹/۱)
کنترل	۶۴/۶ (۷/۰)	۲۰/۴ (۶/۹)	۶۳/۳ (۶/۵)	۱۹/۸۶ (۶/۹)

در مقایسه بین نمرات کسب شده شرکت کنندگان در خرده مقیاس های پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل، در خرده مقیاس های سلامت جسمی ( $p=0/02$ )، سلامت روانی ( $p<0/001$ )، روابط با دیگران ( $p<0/001$ ) و محیط زندگی ( $p=0/04$ ) نمرات در گروه مداخله به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بودند.

### بحث

کیفیت زندگی و شادکامی نوجوانان بدون خانواده و ساکن در مجتمع های حمایتی در مقایسه با سایر نوجوانان به توجه ویژه ای نیازمند است و اقدامات خاص خود را می طلبد، فراهمی شرایط خانواده در محیط های نگهداری شبانه روزی به آسانی مقدور نیست (۱-۴). نتایج این مطالعه نشان دادند که مداخله "واقعیت درمانی گروهی" در بهبود کیفیت زندگی و احساس شادکامی بیشتر در نوجوانان بد سرپرست اثربخش بود.

در گروه درمانی، بیمار علاوه بر درمانگر از دیگر اعضای گروه سرمشق می گیرد و ویژگی ها و رفتار آنان را تقلید می کند که این مسئله دارای اهمیت درمانی است. یادگیری اجتماعی یا تکوین مهارت های اساسی اجتماعی یک عامل مهم درمانی است و درمانگر به بیماران خود تعلیم می دهد که اطلاعات خود را در زمینه های مختلف مفهوم سلامت و اختلالات روانی، پیشنهادها و راهنمایی های درمانگر در مورد زندگی و مشکلات آن را به دیگران نیز منتقل نمایند (۸، ۱۴-۱۶).

از آنجا که بسیاری از بیماران گمان می کنند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، انزوای اجتماعی آنها را تشدید می کند؛ در حالیکه در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا می کنند (۱۴-۱۶). گرچه حس عمومیت به تنهایی نمی تواند در درمان مؤثر باشد اما در مراحل اولیه که گروه در پی جذب اعضا و انسجام و تداوم کار گروه است عواملی چون عمومیت و ایجاد امید اهمیت خاصی پیدا می کند (۸، ۱۴-۱۶). در پژوهش حاضر واقعیت درمانی گروهی در کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست مؤثر واقع شد. در پژوهش فعلی در پسران با میانگین سنی ۱۹ سال میانگین نمرات کیفیت

زندگی کسب شده، قبل از مداخله حدود ۶۴ بود که پس از مداخله به ۸۴ ارتقا یافت. همچنین واقعیت درمانی گروهی در شادکامی نوجوانان بد سرپرست مؤثر بود. در پژوهش حاضر میانگین نمرات آزمون شادکامی کسب شده، قبل از مداخله حدود ۲۱ بود که پس از مداخله به ۳۵ افزایش یافت. برون گرایی بالا و روان رنجور خویی پیشگویی کننده های مهم شادکامی و سلامت جسمی و روانی هستند، برون گرایی بالا ارتباط مثبت و روان رنجورخویی ارتباط منفی با شادکامی دارد، همچنین توافق و وظیفه شناسی و سلامت روانی و جسمی با شادکامی بیشتر مرتبط هستند (۶، ۷). از وجوه مرتبط با برون گرایی، وجوه هیجان طلبی و جراتمندی پیش بین مستقیم شادکامی عنوان شده اند و از وجوه مربوط به روان رنجور خویی، وجوه افسردگی، خشم و آسیب پذیری پیش بین معکوس شادکامی ذکر گردیده است (۶، ۷). در آموزش های گروهی بیرون ریختن احساسات منفی از نکات اساسی است، زیرا تخلیه روانی یک پدیده گروهی و اجتماعی است و فقط در حضور دیگران امکان وقوع پیدا می کند و در اثربخشی آموزش های گروهی مؤثر است (۸، ۱۵). ارتباطات باز و گسترده، بیان احساسات، توجه به افکار و عقاید در ایجاد سلامت روانی و پرورش توانمندی های ارتباطی و اجتماعی مؤثر است (۱۷-۱۹).

در مطالعه ای که به بررسی اثر مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر بحران هویت نوجوانان پرداخته است، مشاوره گروهی واقعیت درمانی را اثربخش نشان داده و از نظر جنسیت نیز در تاثیر آن تفاوتی در دختران و پسران وجود نداشته است (۹). همچنین مطالعات مشابه دیگری نیز تاثیر این روش را در کاهش مشکلات بحران هویت، کاهش اضطراب، بهبود سلامت روانی و حس شادکامی نوجوانان و نیز ارتقای کیفیت زندگی آنان ذکر نموده اند و این شیوه را در افزایش شایستگی های اجتماعی و روابط بین فردی نوجوانان مؤثر دانسته اند (۱۴، ۱۵، ۱۹-۲۱). در پژوهشی که به منظور کارآمدی گروه درمانی مبتنی بر واقعیت در درمان اضطراب انجام شده است نشان داده شده که این شیوه درمانی در کاهش اضطراب، افکار و نگرش های ناسالم و بهبود روابط بین فردی نوجوانان مؤثر بوده است (۲۰).

بودن مکان اقامت این نوجوانان، برگزاری اردوها، برنامه های ورزشی و امکان ترخیص شدن دارای محدودیت بودند که مناسب است مطالعات آتی با ملاحظه این محدودیت ها صورت پذیرد.

### نتیجه گیری

واقعیت درمانی گروهی در بهبود کیفیت زندگی، افزایش شادکامی و رضایت از زندگی نوجوانان بد سرپرست موثر است. محیط محترمانه، ابراز احساسات و درک همدلانه در گروه درمانی در افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی اثرگذار است و این شیوه برای کودکان و نوجوانان بدسرپرست برای ارتقای کیفیت زندگی و ارتباطات ایشان توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران دفتر شبه خانواده ی امور اجتماعی سازمان بهزیستی شهر مشهد و همچنین نوجوانان تحت پوشش آن مرکز که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

در بررسی حاضر مداخله در خرده مقیاس های آزمون شادکامی شامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت و نیز خرده مقیاس های آزمون کیفیت زندگی شامل دامنه های سلامت جسمانی، بعد روانشناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران در نوجوانان و حوزه های خشنودی از زندگی، خلق و هیجان مثبت، عزت نفس، برقراری روابط اجتماعی، داشتن روابط و تجارب رضایت بخش، معنا دادن به زندگی، توجه به فعالیت های روزمره زندگی، اشتها و خواب، توجه به ارتباط برقرار کردن با دیگران اثربخش بود. می توان گفت عواملی مثل جو صمیمانه و محترمانه، ابراز آزاد احساسات، همبستگی گروهی و درک همدلانه در شیوه های مورد استفاده در قالب گروه درمانی با تاکید بر مفاهیم مربوط به خود در کنار خصوصیات و ویژگی های مشترک افراد، باعث ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به ابتدای دوره درمان در نوجوانان شرکت کننده شده است. این تغییر نگرش موجب بهبود روابط اعضای دو گروه و افزایش امیدواری به اصلاح مسیر آینده زندگی و داشتن احساس رضایت مندی از خود در اکثر شرکت کنندگان گردید. ذکر این مسئله ضروری است که در مطالعه حاضر اعضای گروه ها از نظر علل بد سرپرستی بررسی نشدند و محققان برای انتخاب شرکت کنندگان در پژوهش به دلیل مشکلاتی مثل سیال

### References:

1. Momen F, Amiri Sh. The relationship between parent's child rearing styles and incidence of anorexia nervosa among 14-17 years old female adolescents in Isfahan. J Family Res 2008; 12: 775-89. (Persian)
2. Koerner AF, Maki L. Family communication patterns & social support in families of origin & adult children subsequent intimate relationships. Paper presented at the International Association for Relationship Research Conference. Madison; 2004.p. 22-25.
3. Okrodudu G. Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. EDO J Counseling 2010; 3:58-86.
4. Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. J Family Issues 2008; 29:185-209.
5. Zekovic B, Renwick R. Quality of life the children and adolescents with developmental disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. Disabl Soc 2003; 18:19-34.
6. Moghanloo M, Aguilar-Vafaie M. Domain and facets of the five factor model of personality correlates of happiness, mental health and physical health. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 15:290-299.
7. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. Personal Individ Differ 2003; 34:723-727.
8. Aghamohammadian-Sharbaf H. A survey on effectiveness of group therapy and psychological cognitional approach. PhD. Dissertation. Tehran: Tarbeyat Modarres University, College of educational sciences and psychology; 1996.p.14-39. (Persian)

9. Kackia L. Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *J Fundament Mental Health* 2010; 1:430-437. (Persian)
10. Darbai M. Study of efficiency of teaching choice theory and reality therapy courses on increasing of intimacy among irreconcilable wives. MA. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 2007.p. 86. (Persian)
11. Crone E, Dahl R. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13:636-650.
12. Hadinezhad H, Zaree F. Reliability, Validity, and Normalization of the Oxford Happiness Questionnaire. *Psychol Res J* 2009; 12:62-77
13. Karimlou M, Salehi M, Zayeri F, Massah Choolabi O, Hatami A, Moosavy Khattat M. Developing the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life-100 Questionnaire. *Quarterly J Rehabil* 2011; 11:73-82.
14. Geraree G. Influence of group counseling with reality therapy approach on reducing youth identity crisis. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaee University, College of educational sciences and psychology; 2001.p.78-84. (Persian)
15. Shabani A. Influence of group counseling with reality therapy approach on reducing identity crisis of crime immolations. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaee University, College of educational sciences and psychology; 2001.p.78-84. (Persian)
16. Latafati R. Influence of group's behavioral-cognitive modification on increasing of self sufficiency among girl pupils with external control resource. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 2004.p.17-32. (Persian)
17. Rahimi M, Khayyer M. The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Educational studies and Psychology Ferdowsi University of Mashhad*; 2007.p. 1, 5-25.
18. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health* 2009; 54:151-159.
19. Moosavi M. [Influence of group counseling with reality therapy approach on identity crisis of 15-18 years old girls at first district of Karaj]. MA. Dissertation. Tehran: Tarbiyat Moallem University, College of educational sciences and psychology; 1998.p. 48-55. (Persian)
20. Shafeeabadi E, Delavar A, Sedreepoosh N. Effect of group counseling with reality therapy approach on reducing anxiety among girl teenagers. *J knowledge Res Psychol* 2005; 25:21-34. (Persian)
21. Raesi F. [A survey on effect of group counseling on reducing identity crisis among girls teenagers of third and fourth district of Isfahan city]. MA. Dissertation. Tehran: Tarbiyat Moallem University, College of educational sciences and psychology; 1997.p. 28-33. (Persian)