

Effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women

Jamileh Ebnosharieh (M.A)¹, Seyyed Mojtaba Aghili (Ph.D)^{*2}

¹M.A in Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. jamileebnosharieh@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-0306-9818

²*Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran. asemanha@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-0523-2981

Abstract

Background and Objective: Divorce as a life crisis can lead to emotional and behavioral problems. This study was done to determine the effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women.

Methods: In this quasi-experimental study 30 divorced women were non-randomly divided into the two interventions and control groups (15 participants in each group). Perior of the study the general health questionnaire (GHQ) (anxiety, social function, somatic symptoms and depression) and obsessive thoughts questionnaire (OBQ-44) (responsibility, perfectionism and importance of thoughts) were completed by subjects in both groups. Counselling with Glasser approach was performed for intervention group through 8 group sessions once a week and lasted for 120 minutes. Control group received no intervention. At the end of the study, Post-test was performed from both groups.

Results: Group training based on reality therapy in intervention group's participants caused a significant reduction in all items of the two variables, general health and obsessive thoughts in compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Group based reality therapy based on Glasser choice theory improves general health of divorced women and reduces their obsessive beliefs.

Keywords: Reality therapy, Choice theory, General health, Obsessive beliefs, Divorced women

Received 6 Mar 2018

Revised 6 Sep 2018

Accepted 6 Oct 2018

Cite this article as: Jamileh Ebnosharieh, Seyyed Mojtaba Aghili. [Effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women]. J Gorgan Univ Med Sci. 2019 Winter; 20 (4): 53-60. [Article in Persian]

اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser به شیوه گروهی

بر سلامت عمومی و باورهای وسواسی زنان مطلقه

جمیله ابن الشریعه^۱، دکتر سیدمجتبی عقیلی^{۲*}

۱- فارغ التحصیل مقطع کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. jamileebnosharieh@gmail.com کد ارکید 0000-0002-0306-9818

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، کد ارکید 0000-0002-0523-2981

چکیده

زمینه و هدف: طلاق به عنوان یکی از بحران‌های زندگی می‌تواند منجر به بروز مشکلات عاطفی و رفتاری گردد. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser به شیوه گروهی بر سلامت عمومی و باورهای وسواسی زنان مطلقه انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه شبه تجربی ۳۰ زن مطلقه مشغول به تحصیل در مدارس بزرگسال به صورت غیرتصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. در ابتدای مطالعه برای هر دو گروه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه‌های بدنی و افسردگی) و پرسشنامه افکار وسواسی (OBQ-44) (مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی و اهمیت دادن به افکار) تکمیل گردید. برای گروه مداخله طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ساعت جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser برگزار شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در انتهای مطالعه از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد.

یافته‌ها: آموزش گروهی واقعیت درمانی آزمودنی‌های گروه مداخله سبب کاهش آماری معنی‌دار در تمامی ابعاد دو متغیر سلامت عمومی و باورهای وسواسی در مقایسه با گروه کنترل گردید ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser سلامت عمومی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد و سبب کاهش باورهای وسواسی آنان می‌گردد.

کلید واژه‌ها: واقعیت درمانی، تئوری انتخاب، سلامت عمومی، باورهای وسواسی، زنان مطلقه

* نویسنده مسؤول: دکتر سیدمجتبی عقیلی، پست الکترونیکی asemanha@gmail.com

نشانی: گرگان، انجیراب غربی، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی، تلفن ۰۱۷-۳۲۲۵۲۵۱۲، شماره ۳۲۲۳۵۲۲۴

وصول مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵، اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۶/۱۵، پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۷/۱۴

مقدمه

می‌رود. به اعتقاد Glasser تعارضات زناشویی ناشی از انتخاب رفتارهای غیرمسئولانه، تضاد خواسته‌های زوجین، غیرواقعی بودن خواسته‌ها و ناتوانی درست از رفتار خود است (۱). بر این اساس واقعیت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش مسئولیت که نشانه بارز سلامت روان تلقی می‌شود؛ کنترل زندگی خود را بر عهده گیرند و نیازهایشان را به طور موثر برطرف سازند (۸). لذا هدف اصلی واقعیت‌درمانی، تغییر هویت ناموفق، ایجاد رفتار مسئولانه (۹) و توجه بر بعد انگیزشی تغییر رفتار است (۱۰). شواهد پژوهشی از اثربخشی این روش بر سازگاری (۱۱)، مسئولیت‌پذیری (۱۲)، رضایت زناشویی (۱۳) و سلامت عمومی (۱۴) حمایت می‌کند. در این میان یکی از مفاهیم رایج که با میزان رضایت زناشویی (۱۵) و بهزیستی روان‌شناختی (۱۶) ارتباط دارد؛ مفهوم سلامت عمومی است. از نظر متخصصان، سلامت یک مفهوم چندبعدی است (۱۷) و با حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و

امروزه میزان زیادی از نابهنجاری‌های روانشناختی و مشکلات بهداشت روانی ناشی از ارتباطات مختل (۱)، تعارض‌ها، کشمکش‌های درون خانوادگی و ناتوانی در حل مسایل زندگی است (۲). در این راستا طلاق به عنوان یکی از شاخص‌های نابهنجاری ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده محسوب می‌شود (۳). تحقیقات انجام شده در زمینه افزایش طلاق و پیامدهای منفی ناشی از آن مانند کاهش کیفیت زندگی (۴) و برهم خوردن تعادل روانی (۵) به خصوص در زنان که ظرافت‌های عاطفی شاخص تشکیل‌دهنده شخصیت آنان است؛ امری بسیار محتمل است و لزوم توجه به سلامتی و سازگاری پس از طلاق را روشن می‌سازد (۶). در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال روشن‌سازی و حل تعارض‌های زناشویی مطرح است (۷) و واقعیت‌درمانی Glasser از جمله این درمان‌ها به‌شمار

روش بررسی

در این مطالعه شبه‌تجربی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ابتدا از بین زنان مطلقه با دامنه سنی ۲۵-۱۸ سال که در نیمسال اول ۹۳-۱۳۹۲ در مدارس بزرگسال دخترانه شهرستان بندرگز در استان گلستان مشغول به تحصیل بودند؛ پرسشنامه سلامت عمومی و باورهای وسواسی تکمیل شد. سپس از میان شرکت‌کنندگان که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالاتر از ۲۳ کسب کردند؛ تعداد ۳۰ نفر به صورت غیر تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری به عنوان گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند.

از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد. در ابتدای مطالعه برای هر دو گروه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه افکار وسواسی (OBQ-44) تکمیل گردید.

گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت و مداخله‌ای به عمل نیامد. لازم به ذکر است به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پس از اتمام مطالعه به گروه کنترل در خصوص برگزاری جلسات آموزشی اطلاع‌رسانی شد و چهار نفر به شرکت در این جلسات تمایل داشتند. سپس محتوی آموزشی در دو جلسه دو ساعته به صورت هفتگی به آنان ارائه گردید.

برای گروه مداخله طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ساعت جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser برگزار شد (جدول یک). در هر یک از جلسات، از اعضا در خصوص احساس خود در بین گروه، نظرخواهی شد. همچنین از جلسات قبل مروری کوتاه به عمل می‌آمد. در پایان جلسات نیز مباحث مطرح شده جمع‌بندی و توسط خود اعضای گروه نتیجه‌گیری می‌شد و این که آیا آنچه را که از گروه می‌خواستند؛ به دست آوردند نیز سؤال می‌شد.

پس از پایان جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. برای تعیین سلامت عمومی زنان مطلقه از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 که پرسشنامه‌ای مبتنی بر خودسنجی است؛ استفاده گردید. این ابزار در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند؛ مورد استفاده قرار می‌گیرند (۳۱). هدف اصلی این پرسشنامه تشخیص خاص، در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست. بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری‌های روانی و سلامت است. همچنین به‌طور وسیعی به منظور سنجش اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار می‌رود. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط Hillier و Goldberg در سال ۱۹۷۹ تدوین شد و در برگزیده چهار مقیاس هفت سؤالی شامل سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی است (۳۱). نمره‌گذاری آن براساس روش لیکرت است. هر سؤال در این

اجتماعی همراه است (۱۸). مطالعات سلامت زنان را به عنوان پیش‌نیاز اصلی برای ارتقای بهداشت، میل به اهداف و سلامت جامعه در نظر می‌گیرند (۱۹). در این راستا مطالعات مختلف، اثر واقعیت‌درمانی را بر مولفه‌های سلامت عمومی به اثبات رسانده‌اند (۱۵ و ۲۰). به اعتقاد Jimenez و همکاران وجود نگرش‌های منفی از عوامل پیش‌بینی‌کننده نیرومند تغییرات خلق و هیجان‌های منفی محسوب می‌گردد (۵). از طرفی سرکوب هیجان در هنگام رویارویی با یک رویداد استرس‌زا باعث پدید آمدن نشخوار فکری بعد از رویداد می‌گردد (۲۱). یک فکر وسواسی در حیطه و دنیای اختلال وسواس فکری-عملی به عنوان تصور، فکر و یا التزامی تعریف می‌شود که ناخواسته و غیرقابل کنترل در ذهن بیمار رخ می‌دهد (۲۲)؛ هر چند تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایز کننده است (۶)؛ اما اغلب این افکار محتوای خصمانه، جنسی یا مذهبی دارند (۲۳). همچنین انعطاف‌ناپذیری و کمال‌گرایی جزء خصوصیات اصلی این اختلال محسوب می‌شود (۲۴). انجمن روان‌شناسی آمریکا هدف این افکار و اعمال را کاهش ناراحتی و پریشانی و یا پیشگیری از برخی رویدادهای هولناک بیان می‌کند (۲۳). نشخوارگری بالا به طور معنی‌داری با سلامت عمومی پایین همراه است (۲۵). براساس دیدگاه Prenzlau مداخلات واقعیت‌درمانی در کاهش نشخوار فکری بیماران موثر است (۲۶). مطالعات Glasser این نکته را مطرح می‌کند که بسیاری از بیماری‌های روانی اساساً به درمان دارویی نیاز ندارند. وی وسواس، اضطراب و سایر بیماری‌های مشابه را بیشتریک «برچسب بیماری» می‌داند تا یک «بیماری واقعی». به اعتقاد وی انسان‌ها در شرایط پیچیده محیطی به نقطه‌ای می‌رسند که ترجیح می‌دهند این برچسب‌ها را بپذیرند تا این که مسؤولیت رفتار و انتخاب‌های دشوار را در اطراف خود برعهده گیرند (۲۷). هدف اصلی تئوری انتخاب آن است که به افراد آموزش دهد تا به نیازهای اساسی خود، آگاهی یابند و از به کارگیری کنترل بیرونی اجتناب ورزند (۲۸). دیدگاه واقعیت‌درمانی می‌تواند در خصوص درمان نشانه‌های محور اختلالات (بر اساس DSM) از طریق شناسایی عمیق‌تر احساسات زیربنایی دارای برتری‌هایی باشد (۲۹). بر این اساس افراد برای برخورداری از احساسات بهتر نسبت به خود و زندگی باید پذیرای مسؤولیت باشند. وقتی افراد واقعیت را نادیده بگیرند یا انکار کنند؛ به احتمال بیشتری شکست‌های خود را تکرار می‌کنند (۳۰). با توجه به شیوع طلاق و اثرات روانی ناشی از آن و نظریات متنوعی که در این زمینه ارائه می‌شود؛ این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر سلامت عمومی و باورهای وسواسی زنان مطلقه انجام شد.

جدول ۱: شرح جلسات برگزار شده اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser به شیوه گروهی

| جلسه | شرح جلسات |
|-------|---|
| اول | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی: هدف ایجاد روحیه خودشناسی و خودباوری و برقراری رابطه عاطفی بین رهبر و سایر اعضای گروه بود. مشاور بعد از معرفی خود به عنوان رهبر گروه با صحبت از علایق و استعدادهای خود تلاش نمود تا اعتماد لازم بین گروه و رهبر را به وجود آورد. سپس رهبر مدت زمان و قوانین هر جلسه را تعیین نمود. از تک تک اعضا خواسته شد ضمن معرفی خود از علایق و استعدادهای خود، برای دیگر اعضای گروه صحبت کنند. در این جلسه مهم‌ترین اصل واقعیت‌درمانی که همان ایجاد رابطه حسنه و عاطفی بین دو طرف بود. در پایان ضمن خلاصه نمودن مطالب ارایه شده، مشاور زمان جلسه بعدی را تعیین نمود و به عنوان تکلیف از اعضا خواست تا نقاط ضعف و قوت خویش را شناسایی کنند. |
| دوم | افزایش شناخت و آگاهی هر عضو از خود و معرفی پنج نیاز اساسی: اهداف جلسه شامل الف) رشد و شناخت بهتر خود؛ ب) شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن؛ ج) تمرین گوش دادن فعال و استنباط کردن؛ د) دیدن خود از دریچه اعضای گروه و ه) شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی خویش بود. در این جلسه ابتدا به بررسی تکالیف جلسه قبل پرداخته شد. در این جلسه تمرکز بسیار بر روی افزایش رابطه حسنه بین اعضا و شناخت ابعاد مختلف از جمله توانایی‌ها، نقاط ضعف و مشکلات آنان صورت گرفت. همچنین از هر یک اعضا خواسته شد تا پیرامون نیازهای اساسی خود به تبادل نظر بپردازد. سپس در پایان ضمن خلاصه کردن مباحث، از اعضا خواسته شد تا به عنوان تکلیف هر یک از اعضا لیستی از کارهایی که گمان می‌کند؛ نمی‌تواند انجام دهند را تهیه کند. همچنین از اعضا خواسته شد نیازهای اساسی خود را بر اساس اولویت امتیازبندی و مشخص کند که کدام یک از نیازها به‌طور مطلوب برآورده نمی‌شود. |
| سوم | آشنایی با مفاهیم و اصول واقعیت درمانی و نظریه انتخاب، رفتار کلی و دنیای کیفی: هدف این جلسه شناخت مؤلفه‌های چهارگانه رفتار و آشنایی با تصاویر دنیای مطلوب بود. در این جلسه بعد از مرور تکلیف جلسه قبل مشاور در مورد رفتار کلی و ماشین رفتار با اعضا به گفتگو نشست و در مورد ارتباط متقابل، احساسات و رفتار با آنها بحث نمود. همچنین دنیای کیفی برای آنان به‌طور مفصل توضیح داده شد. سپس خلاصه‌ای از جلسه توسط چند نفر از اعضا گروه بیان شد. در انتها به عنوان تکلیف از آنان خواسته شد تا به پرسش‌های زیر برای مشخص شدن و توصیف جهان مطلوب و واقعی پاسخ دهند. الف) برای به دست آوردن آنچه که می‌خواهند؛ چه می‌کنند؟ ب) وقتی چیزی را که می‌خواهند را به دست نیاورند؛ چه پیش می‌آید؟ |
| چهارم | توجه به زمان حال و تعریف هویت موفق و ناموفق و نیز شناخت اهداف و آشنایی با داشتن طرح و برنامه برای نیل به هدف: اهداف جلسه شامل الف) توجه و تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی خویش؛ ب) کسب آگاهی از هویت موفق؛ ج) شناخت اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت و د) کمک به اعضا برای داشتن طرح و برنامه‌های مفید و عملی بود. این جلسه با مروری بر جلسه قبل و دادن بازخوردهای مناسب به اعضا ادامه یافت. مشاور ویژگی‌های افراد با هویت موفق و ناموفق را بیان نمود و هر یک از اعضا در مورد اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت خود صحبت کرد. برخی به غیرمنطقی بودن اهداف خود پی بردند. در این جلسه کلیه موضوعات ارایه شده با اصول و فرایندهای واقعیت درمانی ارتباط داده شد. مشاور از اعضای گروه خواست تا برای جلسه بعد به پرسش‌های زیر پاسخ دهند. الف) در ماه اخیر چه موضوعی بیشتر ذهنشان را مشغول کرده است؟ ب) هم اکنون و همین لحظه چه چیزی را بیش از همه می‌خواهند؟ ج) تا به حال از شکست و ناکامی ترسیده‌اند؟ در چه مواردی؟ د) آیا برای هر یک از مواردی نظیر ارتباط با مردم، تعویلات، خانواده، سرگرمی‌ها، تحصیلات، سلامت و مهارت‌ها در زندگی خود هدف مشخصی دارند؟ ه) اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت خود را مشخص کنند. و) برای رسیدن به اهدافشان چه برنامه‌هایی دارند؟ |
| پنجم | واقعیت و مسؤولیت پذیری: اهداف شامل الف) عدم انکار واقعیت و ب) ایجاد روحیه مسؤولیت‌پذیری بود. در این جلسه، پس از بحث و تبادل نظر در مورد تکالیف جلسه قبل، مشاور از هر یک از اعضا خواست تا در مورد میزان مسؤولیت‌پذیری خود و نحوه برخورد با واقعیات زندگی به بحث و گفتگو بپردازند. مشاور به آنان کمک نمود تا به رفتار غیرمسئولانه خود پی برند و نیازهای خود را در چارچوب واقعیات زندگی خویش جستجو کنند؛ نه انکار واقعیت. همچنین بپذیرند که رفتار غیرمسئولانه آنها باعث بروز ناراحتی و مشکلات برای آنان خواهد شد. در پایان تکلیفی به شرح زیر ارایه شد. من در برابر بدتم، روانم، خانواده، اجتماع، مدرسه، دوستانم، جهان و خدا مسؤول هستم و فعالیت‌هایی را در برابر هر یک از مسؤولیت‌هایم بایستی انجام دهم. |
| ششم | تعریف سلامت عمومی و شناسایی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و کارکرد اجتماعی: هدف ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی و افزایش کارکرد اجتماعی افراد بود. بعد از بررسی تکالیف جلسه قبل، مشاور تعریفی از سلامتی جسمی و روانی بازگو کرد و ویژگی‌های افراد سالم را برای اعضای گروه ارایه داد. در پایان بعد از مرور جلسه توسط چند نفر از اعضا، مشاور از آنها خواست با توجه به مطالب و آموخته‌های خود از ابتدای شروع این جلسات تاکنون، طی هفته بعد رفتارهای خود را با اعضای خانواده و همچنین نحوه مواظبت از سلامتی عمومی‌شان را ارزیابی نمایند. سپس به تغییر رفتارهای نادرست بپردازد. |
| هفتم | تعریف باورهای و سواسی: هدف شناسایی افکار و سواسی و ناکارآمد بود. مشاور در مورد این که فردی سازگار است که پاسخ‌های قادرسازی تعامل با محیط را آموخته باشد؛ با اعضای گروه بحث نمود. همچنین از اعضا خواست تا در مورد مسایل عاطفی و اجتماعی خود از قبیل زودرنج بودن، کم‌رویی، خشم، ترس و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی با یکدیگر تبادل نظر کنند. در پایان مشاور، از آنها در مورد بعضی از رفتارهای ناسازگارانه و افکار و سواسی سؤال و جواب نمود تا آنان را از رفتارهایشان بیشتر مطلع کند تا به تفکر خلاقانه‌تری دست یابند. برای جلسه بعد، مشاور از آنها خواست رفتارهای خود را با توجه به موارد عنوان شده در جلسه تغییر دهند. |
| هشتم | بررسی جلسات قبل، خلاصه کردن، پس آزمون: هدف جمع‌بندی مطالب ارایه شده بود. در این جلسه خلاصه‌ای از جلسات گذشته ارایه شد. در واقع خود اعضای گروه به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از جلسات پرداختند. احساس خود را نسبت به قبل از شرکت در جلسات بیان نمودند و قرار شد آموخته‌های خود را از این جلسات در زندگی واقعی به‌کار گیرند و به دنبال کاهش باورهای و سواسی و افزایش سلامت عمومی باشند. |

شده است (۳۴ و ۳۵).

برای تعیین باورهای و سواسی زنان مطلقه از پرسشنامه افکار و سواس OBQ-44 که یک ابزار خود گزارشی است؛ استفاده شد. این پرسشنامه به منظور تشخیص و ارزیابی میزان باورهای و سواسی، به‌وسیله گروه کار شناخت واره‌های و سواس فکری - عملی تدوین شده است. OBQ-44 کل، مقیاس مناسبی برای سنجش افکار

پرسشنامه می‌تواند عددی بین صفر تا ۳ (اصلاً=۰، در حد معمول=۱، بیش از حد معمول=۲، به مراتب بیشتر از حد معمول=۳) را به خود اختصاص دهد. نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود و نمره برش آن ۲۳ است (۳۲ و ۳۳). روایی و پایایی ویرایش فارسی این پرسشنامه و نیز همبستگی بین نمره کل و خرده مقیاس‌ها در حد مطلوب گزارش

جدول ۲: شاخص‌های جمعیت‌شناختی زنان مطلقه مشغول به تحصیل در دو گروه کنترل و مداخله

| گروه‌ها | متغیر | میانگین و انحراف معیار | کمترین | بیشترین |
|---------|---------------|------------------------|--------|---------|
| کنترل | سن | ۲۰/۴۵±۲/۳۸ | ۱۸ | ۲۵ |
| | مدت ازدواج | ۳/۸۰±۳/۳۲ | ۱ | ۷ |
| | مدت طلاق | ۳/۷۰±۲/۲ | ۱ | ۶ |
| | تعداد فرزندان | ۱/۰۱±۰/۸۲ | ۰ | ۲ |
| مداخله | سن | ۲۰/۳۳±۲/۸۱ | ۱۸ | ۲۵ |
| | مدت ازدواج | ۳/۶۷±۲/۷۱ | ۱ | ۶ |
| | مدت طلاق | ۲/۵۸±۲/۴ | ۱ | ۶ |
| | تعداد فرزندان | ۱/۵۳±۰/۷۴ | ۰ | ۳ |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای سلامت عمومی کلی و باورهای وسواسی زنان مطلقه مشغول به تحصیل در گروه‌های کنترل و مداخله به روش اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser به شیوه گروهی

| متغیرها | گروه کنترل | | گروه مداخله | | p-value |
|---------------------|------------|-----------|-------------|-----------|---------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | |
| اضطراب | ۱۵/۲±۲/۷۶ | ۱۵/۰±۲/۹۲ | ۱۵/۵±۲/۵۵ | ۶/۲±۲/۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت عمومی | ۱۴/۶±۲/۹۲ | ۱۴/۸±۲/۶۹ | ۱۴/۸±۲/۳۶ | ۴/۳±۲/۲۸ | ۰/۰۰۱ |
| نشانه‌های بدنی | ۱۴/۵±۲/۴۱ | ۱۵/۰±۲/۳۶ | ۱۴/۹±۲/۴۰ | ۶/۴±۳/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| افسردگی | ۱۶/۸±۱/۵۹ | ۱۷/۰±۱/۷۹ | ۱۶/۹±۱/۵۷ | ۴/۱±۱/۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| مسئولیت‌پذیری | ۷۹/۵±۷/۸۲ | ۸۰/۴±۷/۴۱ | ۸۱/۸±۲/۹۰ | ۵۵±۴/۳۲ | ۰/۰۰۱ |
| کمال‌طلبی | ۸۰/۶±۵/۵۳ | ۸۱/۴±۶/۷۲ | ۸۲/۲±۱/۹۴ | ۵۹/۳±۳/۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| اهمیت دادن به افکار | ۴۸/۲±۶/۳۳ | ۴۷/۶±۶/۲۶ | ۵۰/۹±۳/۰۱ | ۳۷/۶±۲/۸۴ | ۰/۰۰۱ |

توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیروف تعیین شد. از ماتریس همگنی واریانس - کواریانس (باکس) برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات پرسشنامه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای بررسی یکسانی گروه‌ها از نظر شاخص‌های جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه) استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول ۲ آمده است. میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی کلی زنان گروه مداخله و کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $۶۰/۲۰±۴/۶۰$ و $۶۰/۷۳±۴/۲۱$ و در پس‌آزمون به ترتیب $۲۰/۴۰±۴/۵۳$ و $۶۰/۲۰±۴/۵۷$ تعیین شد و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$).

میانگین و انحراف معیار نمره کل باورهای وسواسی زنان گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $۲۱۳/۱۳±۱۷/۰۸$ و $۲۰۸/۸۰±۱۶/۷۸$ و در پس‌آزمون به ترتیب $۱۵۲/۷۳±۱۷/۴۶$ و $۲۰۸/۶۶±۱۶/۴۷$ تعیین گردید و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$).

میانگین نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون ابعاد سلامت عمومی کلی شامل اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه‌های بدنی و افسردگی

مختص وسواس است. به طوری که مقیاس‌های فرعی (RT) Responsibility/Threat estimation (PC) و Perfectionism/Certainty (ICT) برای وسواس و اضطراب و مقیاس فرعی Importance/control of thoughts (ICT) صرفاً برای وسواس اختصاصی است که شامل ۴۴ پرسش و برگرفته از فرم اصلی OBQ-۷۷ است که به وسیله OCCWG تدوین شد. آزمون از شش زیرگروه افکار شامل احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر (RT)، کمال‌طلبی، نیاز به برخورداری از اطمینان (PC)، اهمیت دادن به افکار و کنترل افکار (ICT) تشکیل شده است (۳۶). از مجموع نمرات سه زیرمجموعه از نمره کل باورهای وسواسی حاصل می‌شود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و سه خرده‌مقیاس RT، PC، ICT به ترتیب $۰/۹۲$ ، $۰/۸۵$ و $۰/۸۰$ بود که نشان‌دهنده ضریب آلفای بالا است. برای محاسبه ضریب دو نیمه‌سازی، از روش محاسبه ضریب همبستگی نمره‌های سؤال‌های زوج آزمون با نمره‌های سؤال‌های فرد استفاده شد. ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده برای کل آزمون و سه خرده‌مقیاس به ترتیب $۰/۹۴$ ، $۰/۸۷$ ، $۰/۸۴$ و $۰/۸۰$ بود که نشان‌دهنده ضریب پایایی بالاست. OBQ-44 دارای ثبات درونی ($۰/۹۲$) و ضریب پایایی ($۰/۸۲$) مناسب است (۳۶).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 در سطح معنی‌داری کمتر از $۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند. در ابتدا نرمال بودن

به گروه کنترل تاثیر قابل توجهی داشت. در تبیین این یافته می‌توان اذعان نمود که اساس واقعیت درمانی یادگیری است. در رویکرد واقعیت درمانی آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که می‌توانند حداکثر کنترل را بر زندگی خود داشته باشند و بین نیازهای روانی خود نوعی تعادل برقرار سازند. این تعادل و ارضای نیازها به شیوه صحیح به آنها احساس امنیت داده و در نتیجه می‌توانند اضطراب کمتری را تجربه کنند. نتایج این مطالعه با برخی مطالعات همسو بود (۹ و ۳۹). افزون بر این آموزش نظریه انتخاب موجب افزایش معنی‌دار کارکرد اجتماعی زنان مطلقه در گروه مداخله شد. به اعتقاد Glasser افراد برای زندگی سالم‌تر، باید مدیریت روابط خود را بیاموزند و انگیزه‌های خود را بهتر بشناسند. آزمودنی‌ها با افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساس‌ها و محیط اطراف خود، درک عمیق‌تری از خود خواهند داشت. علاوه بر این درمان گروهی، فرصتی فراهم می‌آورد که فرد درباره مسایل و مشکلات احساسات صحبت کند و از طریق مشارکت در گروه بتواند مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت و روابط بهتری با دیگران داشته باشد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش نظریه انتخاب، موجب کاهش افسردگی در گروه مداخله شده است. به اعتقاد Glasser، مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود. او معتقد است که علت رنج، گوشه‌گیری و اختلال روانی مثل افسردگی عدم توانایی فرد در به دست آوردن راه‌های موفقیت‌آمیز کسب هویت توفیق است (۴۰). روش Glasser به افراد کمک می‌کند تا دست به انتخاب‌های بهتری بزنند. این مطالعه با نتایج برخی پژوهش‌ها همخوان بوده است (۶ و ۱۹ و ۴۱). بر طبق نتیجه دیگر از این پژوهش، آموزش نظریه انتخاب بر باورهای و سواسی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تاثیر قابل توجهی داشت. در واقع هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی مانند طلاق روبرو می‌شود؛ نیاز دارد در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد. تعادل و ارضای نیازها به شیوه صحیح، در روش واقعیت درمانی منجر به کسب احساس امنیت در آزمودنی‌ها می‌گردد. همچنین شناخت باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد به فرد کمک می‌کند تا اثر مخرب این باورها را تشخیص داده و باورهای سازگارانه و کارآمد را جایگزین آنها سازد. نتایج مطالعه حاضر همسو با برخی مطالعات بود (۸ و ۲۶ و ۴۲). همچنین آموزش نظریه انتخاب در گروه مداخله موجب کاهش مسئولیت‌پذیری باورهای و سواسی گردید. این یافته با برخی تحقیقات هم‌خوانی داشت (۸ و ۳۰ و ۴۲). در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود افراد دارای باورهای ناکارآمد و سواسی، درگیر افکار سرزنش و مسئولیت در مورد آسیب‌های اتفاق افتاده برای خود و دیگران هستند. این مطلب، منطبق با کنترل بیرونی در افراد است؛ اما آنچه Glasser از واژه

و همچنین ابعاد باورهای و سواسی شامل مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی و اهمیت دادن به افکار گروه‌های کنترل و مداخله در جدول ۳ آمده است.

متغیرهای سطح اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه‌های بدنی و افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/001$). همچنین متغیرهای سطح مسئولیت‌پذیری، کمال‌طلبی و اهمیت دادن به افکار گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/001$).

در مقایسه درون‌گروهی آزمودنی‌های گروه مداخله، تمامی ابعاد دو متغیر سلامت عمومی و باورهای و سواسی کاهش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/001$) و این متغیرها در گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، هشت جلسه واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser سبب افزایش سلامت عمومی کلی و کاهش باورهای و سواسی زنان مطلقه گردید.

در جستجوی انجام شده توسط محقق در زمینه پیشینه پژوهش مطالعه مشابهی در زمینه اثربخشی واقعیت درمانی بر سلامت عمومی و باورهای و سواسی زنان مطلقه یافت نشد.

بر طبق تئوری انتخاب، صرف نظر از آنچه در گذشته اتفاق افتاده، آنچه که اکنون به آن نیاز است؛ عملکرد مؤثر و برنامه‌ریزی در زمان حال است (۳۷). علاوه بر این در نظریه انتخاب بر پرورش حس مسئولیت و رهایی از کنترل بیرونی تاکید می‌شود. یعنی هرچه منبع کنترل درونی بیشتر باشد؛ به لحاظ سلامت عمومی، افراد وضعیت بهتری خواهند داشت (۳۸). در نتیجه این امر، آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر اصول نظریه انتخاب، می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و بهبود سلامت عمومی داشته باشد. تحقیقات مشابه در این زمینه یافته پژوهش حاضر را تایید می‌کند (۱۴ و ۱۵ و ۲۰ و ۲۴ و ۳۸). همچنین این شیوه، موجب کاهش نشانه‌های بدنی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل گردید. از آنجا که طلاق و جدایی موجب ناتوانی، مشکلات پزشکی جدی و مزمن در افراد بزرگسال می‌گردد؛ در نتیجه فعالیت‌های دیگر فرد، مانند ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصیت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین با توجه به اهداف این روش، می‌توان انتظار داشت این رویکرد به خوبی بتواند از بروز مشکلات جسمی ناشی از عوارض طلاق و پس از آن، تا حد قابل توجهی پیشگیری نماید. این یافته نیز با نتایج برخی پژوهش‌ها همخوان بوده است (۱۴ و ۱۵). بر طبق یافته دیگر از این پژوهش، آموزش نظریه انتخاب بر اضطراب و بی‌خوابی گروه مداخله نسبت

واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر باورهای وسواسی زنان مطلقه در بافت‌های تحصیلی فراهم کرده است؛ اما برخی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، تعمیم نتایج آن را با محدودیت مواجه می‌سازد. تکیه بر نتایج خود گزارش‌دهی، امکان تحریف واقعیت توسط زنان مطلقه را فراهم می‌کند. به بیان دیگر به منظور تایید مقیاس‌های خود گزارشی از دیگر شاخص‌های بالینی استفاده نشد. با توجه به این که نتایج حاصل از تحقیق حاضر بر اساس نمونه محدودی به دست آمد که با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی صورت گرفت؛ این امر تعمیم یافته‌های پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. برای تعمیم پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه آماری بیشتر در جوامع گوناگون با سطوح فرهنگی، اجتماعی و مقاطع سنی مختلف و تکرار آن بر روی مردان مطلقه انجام گیرد. همچنین آموزش نظریه انتخاب و بسط و گسترش آن در جلسات خانواده و مشاوره قبل از ازدواج، به خاطر بهبود سلامت روانی، رضایت زناشویی و پیشگیری از مشکلات آتی ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب Glasser سلامت عمومی زنان مطلقه را بهبود بخشیده و سبب کاهش باورهای وسواسی آنان می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه (شماره ۹۲۴۰) خانم جمیله ابن‌الشریعه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان بود. بدین وسیله از مسؤولین مدرسه مورد مطالعه در شهرستان بندرگز، همه آزمودنی‌ها و نیز خانم فاطمه نقی نسب اردهائی به خاطر همکاری صمیمانه، نهایت سپاس و تشکر خود را اعلام می‌داریم.

References

1. Glasser W. Counseling with choice theory: the new reality therapy. New York: Harper Collins. 2000; pp: 54-77.
2. Ahmadi K, Fathi-Ashtiani A, Aetemadi A, Mirzmani M. [The effects of lifestyle changing on decreasing couple maladjustment]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006; 12(2): 101-8. [Article in Persian]
3. Malek Mahmoudi A. [After Divorce]. 1st ed. Esfahan: Shahid Fahmideh Publication. 2002; pp: 4-12. [Persian]
4. Garner CN. The reality of divorce: A study of the effects of divorce on parents and their children. Liberty University. Fortified Marriages Ministry. 2008.
5. Jimenez SS, Niles B, Park C. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. Pers Individ Dif. 2010 Oct; 49(6): 645-50. doi:10.1016/j.paid.2010.05.041
6. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 1985; 23(5): 571-83.
7. Ameri F, Noorbala AA, Ejei J, Rasoulzadeh Tabatabaie SK. [The effect of family therapy interventions on marital differences]. Journal of Psychology. 2003; 7(3): 218-32. [Article in Persian]
8. Masumi A. [Effectiveness group therapy reality on irrational beliefs and degree of hopelessness insuicide attempters]. Dissertation. Islamic Azad University, Sari Branch. 2011. [Persian]
9. Shafieabadi A, Delavar A, Sadrpoushan N. [The study effects of reality therapy group practices on students reduce anxiety teen girl]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2005; 7(25): 21-34. [Article in Persian]
10. Glasser W, Glasser C. Eight lessons for a happier marriage. 1st ed. HarperCollins e-books. 2009.
11. Jahan Shahi S. [Effectiveness psychological education group therapy based on the fact the adaptability and responsibility of high school girls]. Dissertation. Islamic Azad University, Sari Branch. 2013. [Persian]
12. Amiri M, Agha Mohamadian Sherbaf HR, Kimiaei SA. [Effectiveness of approach to the reality of group therapy thesource of controland checking strategies]. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2012; 6(24): 59-68. [Article in Persian]

13. Karim Abadi A. [Effectiveness education choice theory on cultural marital satisfaction in Gorgan city]. Dissertation. Islamic Azad University, Ghochan Branch. 2010. [Persian]
14. Ebadian S. [Effectiveness of group counseling Glaser approach to increase public health students]. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaei University. 2006. [Persian]
15. Ahadi H, Yousefiluyeh M, Salehi M, Ahmadi E. [Comparison of intervention efficacy rational-emotional-behavioral group therapy in improving public health reality of female students]. Journal of Psychological Research. 2009; 1(2): 1-15. [Article in Persian]
16. Arrindell WA, Heesink J, Feij JA. The Satisfaction With Life Scale (SWLS): appraisal with 1700 healthy young adults in The Netherlands. Personality and Individual Differences. 1999 May; 26(5): 815-26. doi:10.1016/S0191-8869(98)00180-9
17. Larson JS. The conceptualization of health. Med Care Res Rev. 1999 Jun; 56(2): 123-36. doi: 10.1177/107755879905600201
18. Jang SN, Kawachi I, Chang J, Boo K, Shin HG, Lee H, et al. Marital status, gender, and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). Soc Sci Med. 2009 Dec; 69(11): 1608-15. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.007.
19. Imanizad A. [Effectiveness of problem-solving skills training to increase individual-Social adjustment divorced women in Kermanshah city]. Dissertation. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Khuzestan University. 2007. [Persian]
20. Pasha GHR, Amini S. [The effect of reality therapy on life expectancy and anxiety martyrs' wives]. Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology). 2009; 3(9): 37-50. [Article in Persian]
21. Davies MI, Clark DM. Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. Behav Res Ther. 1998 Jun; 36(6): 571-82.
22. Azad H. [Psychopathology]. 11th ed. Tehran: Besat Publication. 2010. pp: 178-83. [Persian]
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 2013.
24. Eskandari M, Bahmani B, Saghayian A, Asgari A. [Effectiveness of reality therapy group on psychological well-being of female headed households]. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2015-2016; 5(2): 5-15. doi: 10.22067/ijap.v5i2.31171 [Article in Persian]
25. Rafieenia P, Azad Fallah P, Fathi-Ashtiani A, Rasulzadeh KT. [Effect of mood state on cardiovascular responses based on extraversion and neuroticism personality dimensions]. Journal of Behavioral Sciences. 2009; 3(2): 85-91. [Article in Persian]
26. Prenzlau S. Using reality therapy to reduce PTSD-related symptoms. International Journal of Reality Therapy. 2006; 25(2): 23-29.
27. Glasser W. [Reality therapy in action]. Translated by Ali Sahebi. 3rd ed. Tehran: Saye Sokhan Publication. 2000; pp: 219-22. [Persian]
28. Brown T, Swenson S. Identifying basic needs: the contextual need assessment. International Journal of Reality Therapy. 2005; 24(2): 7-10.
29. Forghani Toroghi O, Javan Bakht M, Baiyazi MH, Sahebi A, Vahidi S, Derogar Kh. [The effectiveness of group cognitive-behavioral training and group reality therapy on self-esteem of high school students]. J Fundam Ment Health. 2012; 1(2): 80-172. [Article in Persian]
30. Shishefar S, Kazemi F, Pezeshk Sh. The effectiveness of reality therapy training to increase happiness and responsibility in the mothers of children with Autism disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2018; 7(27): 53-77. doi: 10.22054/jpe.2018.18761.1487. [Article in Persian]
31. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. Psychol Med. 1979 Feb; 9(1): 139-45.
32. Bagheri SA, Bvlhry J, Peyravy H. [Assessment of the mental health status of students incoming year 73-74 in Tehran University]. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 1997; 1(4): 30-38. [Article in Persian]
33. Astura GB. [Stress (new illness of civilization)]. Translated by Dadsetan P. 1st ed. Tehran: Roshd Publication. 2008; pp: 135-37. [Persian]
34. Nourbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. [Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999]. Hakim. 2002; 5(1): 1-10. [Article in Persian]
35. Fathi Ashtiani A, Dadsetani M. [Psychological tests, Personality assessment and health]. 1st ed. Tehran: Besat Publication. 2009; pp:309-15. [Persian]
36. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaeli Torkanbori Y, Ebrahimkhani N. [Validation and reliability assessment of the Persian version of obsessive beliefs questionnaire-44]. Adv Cogn Sci. 2004; 6 (1 and 2): 23-36. [Article in Persian]
37. Corey G. [Theory and practice of group counseling]. Translated by Zahrakar K, Mohsenzade F, Heydamia A, Boostanipour A, Sami A. 2nd ed. Tehran: Virayesh Publication. 2014; pp: 533-50. [Persian]
38. Khosravi Z, Aghajani M. [Relationship between general health, locus of control and coping strategy in the first year of high school female students, Tehran]. Women's Studies (Sociological & Psychological). 2003; 1: 15-94. [Article in Persian]
39. Khaleghi Abbas Abadi S. [Effects of reality therapy on increasing happiness and mental health]. Dissertation. Tehran: Shahid Beheshti University. 2006. [Persian]
40. Glasser W. [Schools without failure]. Translated by Tabrizi H. Tehran: Roshd Publication. 2nd ed. 2001; pp: 125-32. [Persian]
41. Ghoreishi M, Behboodi M. [Effectiveness of group reality therapy on emotion regulation and academic self-efficacy of female students]. Community Health. 2017; 4(3): 233-43. [Article in Persian]
42. Babapour Kh, Poursharifi H, Hashemi T, Ahmadi E. [The relationship between meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs of students]. Journal of School Psychology. 2013; 1(4): 23-38. [Article in Persian]
43. Asgari F. [The study effectiveness of areality therapy on reducematernal anxiety]. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch. 2007. [Persian]