

اثربخشی واقعیت درمانی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بدسرپرست شهر شهر کرد

فاطمه کمالی خواجه لنگی

کارشناسی رشته مشاوره و راهنمایی

چکیده

با توجه به نقشی که بهزیستی شناختی و مسئولیت‌پذیری در نگرش افراد نسبت به خود و جامعه ایفا می‌کند و ارتباطی که به نظر می‌رسد با عوامل زیر بنایی بهداشت روانی و آسیب‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد و با در نظر گرفتن پژوهش‌های محدود در رابطه با بهزیستی شناختی و مسئولیت‌پذیری در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بر آن شدیم جهت انتخاب روش درمانی موثر تر برای رسیدن به هدف فوق به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی شناختی و مسئولیت‌پذیری در میان نوجوانان و جوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر شهرکرد بپردازیم. این پژوهش از نظر هدف کاربردی می‌باشد و روش آن از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری می‌باشد و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها هم کتابخانه‌ای و هم میدانی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی نوجوانان پسر ۱۲-۱۸ ساله ساکن در مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر شهرکرد در نیمه اول سال ۱۴۰۱ می‌باشد؛ که تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد؛ و جوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست با شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از آن است که واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی شناختی و مسئولیت‌پذیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تاثیر مثبتی دارد.

واژه‌های کلیدی: واقعیت درمانی به شیوه گروهی، بهزیستی شناختی، مسئولیت‌پذیری، نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست.

۱- مقدمه

نهاد خانواده در فرهنگ اسلامی قابل حرمت و احترام خاصی است و شرایطی بر یک خانواده سالم حاکم است که حقیقتاً ما نمی‌توانیم در مجتمع‌های شبانه روزی و حتی در خانه‌های کودکان و نوجوانان فعلی داشته باشیم. در محیط‌های خانوادگی معمولاً هر دو جنس عضویت دارند؛ با توجه به موازین شرعی و فرهنگی این امر در مجتمع‌های شبانه روزی امکان پذیر نیست، مسلماً وجود هر دو جنس در یادگیری نقش جنسی فرزندان موثر است. ارتباط عاطفی در خانواده پویاتر و ماندنی‌تر است اما در شبانه روزی‌ها شرایط به گونه‌ای بوده است که فرزندان در زمان‌های نامشخص به مجتمع‌های دیگری انتقال پیدا می‌کنند و برخی دیگر از مجتمع‌های شبانه روزی در عمل قرنطینه وار هستند ولی اغلب بیش از ۶۵٪ فرزندان سیال بوده و بین مجتمع‌ها انتقال پیدا می‌کند (اسلامی، ۱۳۷۹).

در محیط خانواده، تنوع سنتی تربیت حس حمایت از کوچکتر فرمانبرداری از بزرگتر و تحمل رعایت نیازها و سلايق مختلف وجود دارد و در حالی که در مجتمع‌های شبانه روزی به علت وجود تنوع مربیان و پاره وقت یا نیمه وقت بودن آنان فشار سنگینی بر عواطف فرزندان وارد شده و فرزندان کمتر احساس تعلق خاطر می‌کنند و حس تعلق در آن‌ها ضعیف می‌شود، پس بدین شرح برای یک فرزند فقط یک خانواده خوب می‌تواند بهتر از مجتمع‌های شبانه روزی باشد و نه محیط خانوادگی آلوده و دارای کشمکش‌های شدید و عدم صلاحیت دار. بدین جهت دور شدن از الگوهای اردوگاهی و نگهداری طولانی مدت و نزدیک شدن به محیط‌های شبه خانواده و تقویت برنامه‌های مربوط به انتقال فرزندان به کانون گرم خانواده و تلاش در جهت کوچک کردن و یا محدود ساختن مجتمع‌های شبانه روزی، از سیاست‌های کلی دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور می‌باشد. مع الوصف طرز تلقی مجتمع‌های شبانه روزی از رفتار پژوهشگرانی که به این مجتمع‌ها مراجعه می‌کنند نشان می‌دهد که فرزندان، گاه به حق فکر می‌کند که دیگران حرمت انسانی آنان را رعایت نمی‌کنند و آنان را به طور مستمر مورد کنترل و مشاهده قرار می‌گیرند و این حالتی است که آرامش خاطر قویترین انسان‌ها را نیز زایل می‌کند. در هیچ خانواده‌ای اوضاع بدین شکل نیست که عضویت در خانواده محدود به دوران خاصی باشد و فرزندان حتی پس از ازدواج نیز ارتباط عاطفی خود را با خانواده پدری خویش حفظ نمایند که این ویژگی در ثبات عاطفی و افزایش ضریب امنیتی آنان موثر است؛ در حالی که فرزندان این مراکز شبانه روزی این خصایص را ندارند و نمی‌توانند داشته باشند (سردار آبادی، ۱۳۸۸).

به علت مشکلات ساختاری خانواده و از هم پاشیدن آن و از جهت اینکه فرزندان این مجتمع‌ها نوعاً از طفولیت طعم زندگی را لمس نکرده و همواره در تنش‌ها و کشمکش‌ها و بی‌مهری‌ها، در محیط‌های ترس و وحشت قرار داشته و بعضاً که ناخواسته در شرایط مشابه دیگر متولد شده و ادامه زندگی داده اند قطعاً مشکلاتی برای آنها پدید آورده است. بدین ترتیب فرزندان دچار نوعی مشکلات از جمله می‌توان صرع را که بایستی مورد مداوا و دارو درمانی قرار بگیرد، اختلالات تبدیلی و زمینه‌های اضطرابی و واکنش‌های نوروتیک اشاره کرد. مشکلات دیگر که در این فرزندان نسبت به نرم جامعه بیشتر است را می‌توان به این موارد اشاره کرد: شب‌اداری، ناخن جویدن، پرخاشگری، دروغ‌گویی، بی‌قراری، انزوا، کمرویی، احساس بی‌ارزشی، عزت نفس پایین، احساس حقارت، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، آشفتگی فکری، شیشه شکستن، حالت‌های سادیستی و مازوخیستی، هراس، افسردگی، مشکلات تحصیلی، بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، تکانه‌ای بودن، اقدام به خودکشی، رگه‌هایی از اختلال شخصیت خودشکن، رگه‌هایی از اختلال شخصیت منفعل مهاجم و حتی اختلالات سلوک، اختلال پارانوئیدی و نیز اختلالات جنسی و اعتیاد به مواد استنشاقی مثل بنزین و حتی آشغال خوری، برخی از این کودکان سابقه کانون اصلاح و تربیت را نیز دارند.

لذا علی رغم کوچک سازی و تاکید بر مراکز شبه خانواده هنوز هم ما شاهد طیف های مختلف سنی، تحصیلی و غیر تحصیلی اعم از شاغل و غیر شاغل و حتی دارای ملیت های مختلف در این مراکز هستیم. به تبع تعاملات بین این طبقات می تواند باعث ناسازگاری و نا آرامی شود. از سوی دیگر در واقعیت درمانی بر روی ۵ مفهوم اصلی شامل ۵ نیاز اساسی، کنترل، مسئولیت پذیری، رفتار کلی و انتخاب بحث می شود. یکی از مولفه های این رویکرد کنترل است که گلاسز بعد از آشنایی با پاور آن را به صورت نظریه کنترل مطرح کرد. به عقیده او ما دارای ۲ نوع روانشناسی هستیم: روانشناسی کنترل بیرونی و روانشناسی کنترل درونی. فرض اصلی کنترل بیرونی این است که چنانچه ما احساس ناخرسندی می کنیم، خود مسئول این احساس نیستیم بلکه این دیگران و حوادث خارج از کنترل ما هستند که مقصراند و یا مغز با ساختار یا شیمیایی خاص خود به نحوی است که ما بدون اینکه بدانیم و بخواهیم برای ما ایجاد مشکل می کند (گلاسز، ۱۳۸۳).

گلاسز نیز در خلاصه بندی نظریه کنترل اذعان می دارد که نظریه کنترل حاکی از آن است که می گوید انسان ها همیشه به نحوی رفتار می کنند که دنیا و خودشان را به صورت بخشی از دنیا کنترل می کنند تا نیازهای اصلی خود را که شامل نیاز به بقاء، آزادی، عشق، قدرت و تفریح است حفظ نمایند (شارف، ۱۳۸۱).

گلاسز همچنین معتقد است در هر ارتباط از هر نوع و شکلی هر کسی صرفا می تواند خود تغییر دهد (کنترل درونی) و نه کس دیگری را (کنترل بیرونی)؛ بنابراین باید برای رسیدن به موفقیت دست از خصلت کنترل بیرونی برداریم و به جای آن نظریه انتخاب را بپذیریم (گلاسز، ۱۳۸۳).

یکی دیگر از مولفه های واقعیت درمانی، مسئولیت پذیری است که گلاسز معتقد است مسئولیت همان انتخاب است و بیان می دارد که هر کس می تواند از مسئولیت برداشتی داشته باشد، اما هیچ کس نمی تواند که به هنگام انتخاب صادقانه بگوید که ما نسبت به آنچه انتخاب کرده ایم مسئولیت نداریم. اگر ما مسئولیت آنچه را که برای ارضای نیازهایمان انجام نمی دهیم نپذیریم، مخصوصا موقع نیاز به قدرت، به زودی به موجود خطرناکی تبدیل می شویم (گلاسز، ۱۳۸۳).

با توجه به اینکه رواندرومانی فردی محدودیت هایی دارد مثل هزینه بالا، کمبود درمانگران کارآمد، آموزش دیده و همچنین مدت زمان لازم برای اجرای آن؛ و با در نظر گرفتن مزیت های روان درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری ناشی از تعامل عمومیت به معنی داشتن درد مشترک، تسهیل تخلیه هیجانی درمانگران علاقه مند شدند که رویکرد درمانی خاص خویش را به صورت گروهی در مورد مراجعان به کار گیرند (صاحبی و جمعه پور، ۱۳۸۱).

بنابراین با توجه به اینکه بهزیستی روانشناختی یکی از زیربنایی ترین و مهم ترین عوامل موثر در سلامت روان است؛ چنین به نظر می رسد که بحث در مورد این مقوله، یک ضرورت بنیادی به منظور ارتقای بهداشت روانی در جامعه باشد از سویی بهزیستی روانشناختی با عوامل تفکر منطقی، کنترل درونی، مسئولیت پذیری و رسیدن به هویت توفیق نیز مرتبط است به نظر می رسد که یکی از روش های بهبود و تغییر کنترل درونی، مسئولیت پذیری و رسیدن به هویت واقعیت درمانی باشد؛ و از سوی دیگر درمان شناختی رفتاری نیز در مقوله بهبود و تغییر تفکر غیر منطقی موثر باشد.

بنابراین با توجه به نقش و اهمیت مسئولیت پذیری و بهزیستی روانشناختی در زندگی، پژوهش حاضر به اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر مسئولیت پذیری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست شهرستان بهبهان می پردازیم.

۲- بیان مسئله

دوران نوجوانی، مرحله‌ای حساس و بسیار مهم در زندگی هر فرد است، مرحله‌ای که در آن شاهد بروز تغییرات شناختی و ساختاری در زندگی نوجوان خواهیم بود (حسینی، موسوی و رضازاده، ۲۰۰۳). مسئله مهم در این دوران بسیار حساس، چگونگی برخورد با مسائل و مشکلات نوجوانان در راستای کسب هویت مستقل است به شکلی که بتوان به نحو درست با چالش‌ها و تنش‌هایی که نوجوان را احاطه می‌کنند، مقابله کرد و راه صحیح برخورد با چالش‌ها را به آنها آموزش داد (فینگر^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). قطعاً خانواده به عنوان یک حمایتگر سهم بسزایی در حمایت و آموزش نوجوان برعهده دارد و می‌تواند شرایط رشد و بالندگی نوجوانان را فراهم آورد. این در حالی است که برخی نوجوانان به علت فقدان خانواده یا داشتن والدین نالایق از حمایت گرم و صمیمی پدر و مادر محروم می‌مانند و مجبور می‌شوند به تنهایی با چالش‌ها رو به رو شوند. این نوجوانان بی‌سرپرست یا بد سرپرست آسیب‌پذیرترین افراد جامعه هستند که باید مورد توجه قرار گرفته و آموزش‌های لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را فرا بگیرند (رحمان و همکاران، ۲۰۱۲).

کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست به افراد زیر هجده سالی اطلاق می‌شود که از حضور روانشناختی، تربیتی و حمایتی والدین محروم هستند (اصغری‌نکاح، حیدری و دربندی، ۱۳۸۹). محرومیت از حمایت‌های مالی و عاطفی پدر و مادر و عدم تجربه روابط گرم و صمیمانه در کانون گرم خانواده باعث می‌شود کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست بیشتر از همتایان خود در معرض مشکلات روانشناختی و اجتماعی قرار بگیرند (کمیلر، دنیلسون و باستن^۲، ۲۰۰۵). فقدان چهره‌های دلبستگی (پدر و مادر) یا نبود آن‌ها بنا به هر دلیلی بر جوانب مختلف زندگی کودکان و نوجوانان تأثیرات منفی می‌گذارد و پیامدهای نامناسبی را به همراه دارد به همین دلیل کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست یا بد سرپرست با مشکلات متعدد رفتاری و عاطفی مواجه هستند (تائوکنی^۳، ۲۰۱۵؛ محمدی، عابدی و مرادی‌پناه، ۲۰۱۲).

رفتارهای اغتشاش‌آمیز، افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، رفتار مقابله‌ای و قانون‌شکنی، انحراف از هنجارهای اجتماعی و عدم بهزیستی روانشناختی از جمله این پیامدهای نامطلوب خواهد بود (پورگنابادی، ۱۳۹۰). بهزیستی روانشناختی^۴، معادل کارکرد مثبت روان شناختی می‌باشد و به عبارت دیگر می‌توان گفت: نداشتن بیماری جسمی برای احساس سلامت کافی نیست بلکه داشتن احساس رضایت از زندگی، تعامل کارآمد با محیط پیرامون و احساس خوشحالی درونی؛ نشانه‌های بهزیستی روانشناختی می‌باشند (رایان دکی^۵، ۲۰۰۱؛ کارادماس^۶، ۲۰۰۷). بهزیستی روانشناختی به اینکه افراد چه احساسی نسبت به زندگی خود دارند و آیا به زندگی خوشایند خویش رسیده‌اند یا خیر، مربوط می‌شود. (دینر^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). ریف (۱۹۹۸) با ادغام کردن نظریه‌های رشد فردی مانند نظریه شخص کامل راجرز و نظریه خودشکوفایی مزلو با عملکرد سازگارانه همچون نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا؛ بیان کرده است که بهزیستی روانشناختی؛ در حقیقت تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌باشد. (کامپتون^۸، ۲۰۰۱). ویسینگ و وان ادن^۹ (۱۹۹۷) بهزیستی روانشناختی را ترکیبی از احساس انسجام، خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت، تعادل عاطفه و رضایت از زندگی می‌دانند. در نتیجه عدم بهزیستی روانشناختی، کودکان و نوجوانان دچار عوارض روانی نامطلوبی چون خود کم‌بینی، خودپنداره‌ی منفی، کاهش عزت نفس، کاهش تعاملات

¹ Finger

² Kemmelmeier, Danielson & Basten

³ Taukeni

⁴ psychological well-being

⁵ Ryan & Deci

⁶ Karademas

⁷ Diener

⁸ Compton

⁹ Wissing & Van Eeden

اجتماعی و کاهش مسئولیت‌پذیری^{۱۰} خواهند شد (ولف، ۲۰۰۵، به نقل از اورولو و بیرگیلی‌تورن^{۱۱}، ۲۰۱۹). مسئولیت‌پذیری یکی دیگر از متغیرهای مهم در مقابله با چالش‌های پیش رو در زندگی نوجوانان بی‌سرپرست یا بد سرپرست می‌باشد. مسئولیت‌پذیری جزو مفاهیم مهم روان‌شناسی تربیتی شمرده می‌شود که اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است (اوکنور^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۶). گلاسر^{۱۳} (۲۰۱۰) معتقد است؛ مسئولیت‌پذیری به نوعی توانایی فرد در برآورده کردن نیاز خود بدون جلوگیری از برآورده شدن نیازهای دیگران است. اهمیت مسئولیت‌پذیری نوجوانان را وقتی متوجه خواهیم شد که آثار آن را بر روی بخش‌های مختلف زندگی آنان مانند؛ احساس نشاط و پایداری درونی، افزایش حس قدرشناسی از زندگی، شادابی معنوی و پذیرش نقش‌های مهم اجتماعی مورد توجه قرار دهیم (ایکوویچ^{۱۴}، ۲۰۱۸). با در نظر گرفتن این نکته که افراد هر قدر مسئولیت‌پذیرتر باشند، از نظر روانی سالم‌تر هستند می‌توان گفت: مسئولیت‌پذیری با سلامت روانی رابطه مستقیم دارد. در واقع مسئولیت‌پذیری نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری هویت نوجوان ایفا می‌کند و یکی از جنبه‌های منظم زندگی وی به شمار می‌آید (هونگ^{۱۵}، ۲۰۱۱). ایکوویچ (۲۰۱۸) مسئولیت‌پذیری را افزایش مقاومت شخص در مقابل شرایط مختلف زندگی می‌داند به نحوی که به جای مطیع بودن در برابر فشارهای بیرونی از الزام‌های درونی پیروی نماید. در حقیقت وی؛ احساس مسؤولیت را احساس تکلیف می‌نامد.

با توجه به اهمیت مسئولیت‌پذیری در شکل‌گیری هویت سالم می‌بایست اقدامات درمانی موثر و مفیدی برای بالا بردن این احساس (احساس مسئولیت‌پذیری) در نوجوانان بی‌سرپرست یا بد سرپرست انجام گیرد. چرا که آنها به دلیل مشکلات روانشناختی گسترده‌ای که دارند، توان پذیرش مسئولیت نقش‌های مختلف اجتماعی را ندارند. از جمله مداخلات اثرگذار در این زمینه واقعیت‌درمانی^{۱۶} است.

واقعیت‌درمانی، رویکردی فعال و آموزشی می‌باشد که بر این اصل بنا شده است که انسان‌ها، خود به اختیار خویش، رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند؛ بنابراین اشخاص، خود مسئول عمل، فکر و احساس خویش می‌باشند. در این روش درمانی به افراد کمک می‌شود دست به انتخاب‌های آگاهانه تری بزنند و توان بیشتری برای کنترل رفتار خود داشته باشند.

(کارلسوند، اریکسون، لافستد و سلستروم^{۱۷}، ۲۰۱۲). در واقعیت‌درمانی، به فرد تکنیک‌های آموزشی خاصی در مورد مواجه شدن با واقعیت، شناخت نیازهای اساسی، قبول مسئولیت، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و غیره آموزش داده می‌شود (هاسکینگ و اپلینگ^{۱۸}، ۲۰۱۷). در این شیوه‌ی درمانی آنچه که اصل و مبنا قرار می‌گیرد و باید اهتمام زیادی به آن مبذول داشت، دو مفهوم آزادی و مسئولیت می‌باشد. افراد آزاد هستند تا با قدرت اختیار خود، رفتارها و واکنش‌های مختلف را برگزینند و مسئولیت آن را قبول نمایند (یائو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های انجام شده توسط پژوهشگران عرصه روانشناسی و مشکلات روانشناختی حاکی از اثربخش بودن واقعیت‌درمانی بر انواع مشکلات و اختلالات شخصیتی است. افسردگی (بهارگوا^{۲۰}، ۲۰۱۳)، آسیب‌پذیری روانی (ترنر^{۲۱}، ۲۰۰۹)، اعتماد به نفس و

¹⁰ responsibility

¹¹ Uğurlu & Birgili2rn

¹² O'Connor

¹³ Glasser

¹⁴ Iecovich

¹⁵ Hung

¹⁶ reality therapy

¹⁷ Carlsund, Eriksson, Löfstedt & Sellström

¹⁸ Haskins & Appling

¹⁹ Yao

²⁰ Bhargava

مقابله با استرس (کیم^{۲۲}، ۲۰۰۵)، مسئولیت‌پذیری (کیم، ۲۰۰۲)، انعطاف‌پذیری (سادات‌باری، بحرینیان، آذرگون، عابدی، و آقایی، ۲۰۱۳)، اختلال استرس پس از سانحه (شیریل^{۲۳}، ۲۰۰۶)، اضطراب فراگیر (شفیع‌آبادی، دلاور و سدرپوشان، ۱۳۸۴)، اختلالات روان‌تنی (سویتانویچ، لوجک، ماراتوویچ و کولارس^{۲۴}، ۲۰۰۲)، انگیزش و سازگاری اجتماعی (بابایی و رضاخانی، ۱۳۹۶) از جمله مشکلات روانشناختی قابل درمان از طریق روش واقعیت‌درمانی می‌باشند. با توجه به پیشینه پژوهش و بالارفتن‌آمار مربوط به اختلافات زناشویی، طلاق و در نتیجه افزایش جمعیت نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست به نظر می‌رسد آنها مجبور هستند توأم با چالش‌های مربوط به دوران نوجوانی با مشکلات و مسائل ناشی از بی‌سرپرستی و بدسرپرستی نیز مواجه شوند که خود می‌تواند به عنوان عامل تهدیدکننده کاهش مسئولیت‌پذیری و دیگر توانمندی‌های روان‌شناختی این قشر آسیب‌پذیر به حساب بیاید.

با توجه به عدم پیشینه قوی در این زمینه و لزوم بررسی و رفع مشکلات روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست یا بدسرپرست پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان انجام خواهد گرفت.

۳- اهداف تحقیق

۳-۱ هدف اصلی:

اثر بخشی واقعیت‌درمانی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بدسرپرست شهر شهرکرد

۳-۲ اهداف فرعی:

- تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی نوجوانان بدسرپرست

- تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر مسئولیت‌پذیری نوجوانان بدسرپرست

۴- فرضیه‌ها یا سوال‌های تحقیق

- واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی نوجوانان بدسرپرست مؤثر است.

- واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر مسئولیت‌پذیری نوجوانان بدسرپرست مؤثر است.

۵- پیشینه تحقیق داخلی:

چمنی قلندری، باباپورخیرالدین، تاری برازین، پیری و انصاری مقدم (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی و شادکامی سربازان یک مرکز نظامی در تهران پرداختند. پژوهش از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در تابستان سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از این جامعه بود، که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در این پژوهش شرکت، و در دو

²¹ Turner

²² Kim

²³ Sheryl

²⁴ Cvitanovic, Lojk, Radonic, Mratovic & Kolarec

گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای سنجش بهزیستی روانشناختی و شادکامی، به ترتیب پرسشنامه های ریف و شادکامی آکسفورد به کار برده شد. گروه آزمایش تحت مداخله آموزش واقعیت درمانی به مدت ۹ جلسه، ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش واقعیت درمانی در افزایش بهزیستی روانشناختی و شادکامی سربازان موثر است. به عبارتی دیگر میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی و شادکامی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است.

اسدزاده، مکوندی، عسکری، پاشا و نادری (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان شناختی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیری که در سال ۱۳۹۶ به کلینیک های درمانی روان شناختی شهر اهواز مراجعه کرده بودند که با روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش گمارش تصادفی ساده در گروه آزمایشی و گروه گواه قرار گرفتند. طرح پژوهش از نوع تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جهت جمع آوری داده ها از مقیاس سازگاری اجتماعی ویسمن و پیکل، پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف و مقیاس خودانتقادی گیلبرت و همکاران استفاده شد. مداخله واقعیت درمانی بر روی گروه آزمایشی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به مدت دو ماه اجرا گردید. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که واقعیت درمانی بر بهزیستی روان شناختی و خودانتقادی در مراجعین مبتلا به اضطراب فراگیر تأثیر داشت اما، این مداخله بین گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

صادقیان، فخری و حسن زاد (۱۳۹۸) به بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی و مسئولیت پذیری نوجوانان طلاق پرداختند. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان طلاق تحت حضانت مادر و مشغول به تحصیل در مدارس متوسطه دوم شهر ساری در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند که نمونه ای به تعداد ۶۰ نفر از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه واقعیت درمانی گروهی شرکت نمودند در حالی که گروه گواه، آموزشی در آن دوره دریافت نکردند. به منظور سنجش متغیرهای وابسته از پرسشنامه های سرمایه روان- شناختی و مسئولیت پذیری استفاده گردید. مطالعه نشان داد که آموزش واقعیت درمانی گروهی منجر به بهبود سرمایه روان- شناختی و افزایش مسئولیت پذیری در نوجوانان طلاق شد.

سعادت شامیر، نجمی و حق شناس رضاییه (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی آموزش واقعیت درمانی بر مسئولیت پذیری و دلزدگی زناشویی در دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد پرداختند. گروه نمونه مشتمل بر ۴۰ زوج بود که براساس ملاک های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۲۰ زوجی تقسیم شدند و پیش و پس از انجام مداخلات، با استفاده از ابزارهای پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مسولیت پذیری و مقیاس دلزدگی زناشویی بودند. نتایج تحلیل های آماری نشان داد، روش واقعیت درمانی با اندازه اثر ۰/۲۸ بر افزایش میزان مسئولیت پذیری و با اندازه اثر ۰/۳۳ بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین اثربخش بوده است.

حنیفی و سعیدی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثر آموزش نظریه انتخاب بر افزایش مسولیت پذیری کودکان بدسرپرست و بی سرپرست پرداختند. روش پژوهش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. شرکت کنندگان تعداد ۲۰ نفر از کودکان پسر بی سرپرست و بدسرپرست بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ی مسوولیت پذیری کالیفرنیا بود. یافته های به دست آمده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس نشان دادند که آموزش مفاهیم نظریه انتخاب باعث افزایش مسوولیت پذیری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. سقائیان، بهمنی، اسکندری و عسگری (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار پرداختند. برای اجرای این پژوهش ۳۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان ورامین را با استفاده از اصل نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای واقعیت درمانی گروهی بر مبنای الگوی گلاسر (۱۹۶۵) شرکت کرده و گروه شاهد به عنوان فهرست انتظار، در طی مدت مذکور هیچگونه مداخله رسمی که بر بهزیستی روانشناختی اثر داشته باشد را دریافت نکردند. به منظور سنجش متغیر وابسته از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده گردید. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تاثیر مثبت دارد.

اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس غروی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد پرداختند. 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 برهدف 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-مداخله به پرسشنامه های شادکامی آکسفورد و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که 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.

حیدری اله آباد، طالع پسند و رحیمیان بوگر (۲۰۱۸) اشاره کردند که واقعیت درمانی می تواند تاب آوری و بهزیستی روانشناختی مادران بچه های کم توان ذهنی را بهبود بخشد.

ایدنس (۲۰۱۶) در مطالعه خود، واقعیت درمانی را برای کاهش رفتارهای مختل کننده و بهبود انضباط و نمره های دانش آموزان کاربردی اعلام نمود.

نتایج پژوهش فرنودیان^{۲۵} (۲۰۱۶) نیز حکایت از تأثیر مثبت واقعیت درمانی گروهی بر سلامت روان، عزت نفس و تلاش و کوشش دانش آموزان دارد.

۶- پیشینه تحقیق خارجی:

پاترسون، چانگ و کالینز^{۲۶} (۲۰۱۵) نیز بیان می دارند که استفاده از واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب در ایجاد و نگهداری یک خودپنداره مثبت و پیشرفت درسی به دانشجویان تایوانی کمک کرده است.

بارگاوا^{۲۷} (۲۰۱۵) دریافته پژوهشی خود نشان داد، با استفاده از واقعیت درمانی می توان افسردگی افراد ناشنوا را بهبود بخشید و قطعا بر بهزیستی روانشناختی آنان افزود.

²⁵ Farnoodian

²⁶ Peterson, Chang & Collins

²⁷ Bhargava

کیم (۲۰۱۳) در مطالعه ای 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.

شارف (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی، اضطراب را کاهش داده و باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و شادکامی در افراد می‌گردد.

السوالمه و الصمادی^{۲۸} (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی گروهی منجر به کاهش استرس و اضطراب در افراد و افزایش میزان شادکامی می‌گردد.

از طرفی پژوهش ریدر^{۲۹} (۲۰۱۱) نشان داد که واقعیت‌درمانی با کاهش علائم افسردگی، احساس تنهایی و افزایش عزت‌نفس و شادکامی دانش‌آموزان همراه می‌باشد.

پالمر ماسون و دوبا^{۳۰} (۲۰۰۹) کاربرد واقعیت‌درمانی را بر روی موفقیت دانش‌گیری آموزان، رشد شخصی و اجتماعی و تصمیم‌های شغلی آنان مورد پژوهش قرار دادند. نتایج حاکی از آن بوده است که واقعیت‌درمانی به میزان قابل توجهی در حوزه‌های یاد شده تأثیر مثبت دارد.

همچنین کیم (۲۰۰۸) در پژوهشی دریافت که واقعیت‌درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مؤلفه‌های کنترل درونی، عزت‌نفس و مقابله با استرس در بیماران می‌شود.

روش اجرای پژوهش

طرح پژوهشی همانند قالبی است که در آن آزمایش صورت می‌گیرد و در آن دو هدف دنبال می‌شود: ۱- فرصتی برای مقایسه فراهم می‌آورد ۲- محقق را قادر می‌سازد که با استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری تفسیر معناداری از نتایج پژوهش را به عمل آورد.

یکی از ملاک‌های مهم برای ارزشیابی طرح تحقیق توانایی طرح در کنترل عوامل ناخواسته است. یکی از شیوه‌های اعمال کنترل، انتخاب تصادفی آزمودنی‌هاست. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان انتخاب تصادفی انجام شود. چنانچه انتخاب تصادفی ممکن نباشد سعی می‌شود گروه‌های آزمایشی با این شیوه انتخاب شوند.

روش نیمه‌آزمایشی یکی از مجموعه روش‌های پژوهشی است که برخلاف سایر روش‌ها به تبیین رابطه علت و معلولی بین دو یا چند متغیر می‌پردازد. انجام پژوهش آزمایشی در برخی شرایط دشوار و در برخی موارد شاید غیر ممکن است. آزمایش در واقع عالی‌ترین شکل پژوهش است که در آن پژوهشگر توانایی کنترل شرایط آزمایشی را دارد و دقیق‌ترین شرایط را باری آزمون فرضیه‌ها فراهم می‌آورد (سردار آبادی، ۱۳۸۸).

به عبارت دیگر آزمایش یک موقعیت پژوهشی است که در آن حداقل یک متغیر مستقل به نام متغیر آزمایشی توسط پژوهشگر آگاهانه اجرا و دست‌کاری می‌شود و یا وقوع هر رویدادی است که توسط پژوهشگر یا طبیعت رخ می‌دهد. رویداد مورد بحث در زندگی پاسخ‌دهندگان یا آزمودنی‌ها مداخله کرده و تأثیر آن‌ها مشاهده یا اندازه‌گیری می‌شود (دلور، ۱۳۸۰).

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری می‌باشد. دیاگرام این طرح پژوهشی به شکل زیر است:

²⁸ Alsoalmeh & Alsamadi

²⁹ Reader

³⁰ Palmer Mason & Duba

دوره پیگیری	پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	گروه
T ₃	T ₂	X	T ₁	آزمایش
T ₃	T ₂	-	T ₁	گواه

جدول شماره ۱

به دلیل اینکه پژوهش حاضر به دنبال تغییر ایجاد شده ناشی از واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست است، از این طرح استفاده شد. در این طرح قبل از اجرای واقعیت درمانی به شیوه گروهی، نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست انتخاب شده در هر دو گروه بوسیله پیش‌آزمون بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. نقش پیش‌آزمون در این طرح اعمال کنترل و مقایسه بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. سپس بعد از اتمام جلسات واقعیت درمانی به شیوه گروهی (گلاس، ۲۰۰۱) بر روی گروه آزمایش (طی ۸ جلسه ۲ ساعته واقعیت درمانی به شیوه گروهی در طول ۸ هفته)، پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری روی هر دو گروه اجرا می‌شود. همچنین ۲ ماه بعد یک آزمون پیگیری بهزیستی روانشناختی و مسئولیت‌پذیری از هر دو گروه گرفته خواهد شد.

۷- جامعه آماری

منظور از جامعه آماری بنا بر نظر اغلب محققان عبارت است از همه اعضای واقعی و یا فرضی که علاقه مند هستیم یافته‌های پژوهش را به آن‌ها تعمیم دهیم. همچنین سرمد و همکاران جامعه را چنین تعریف می‌کنند: مجموعه‌ای از افراد یا واحدها که حداقل در یک صفت مشترک هستند. معمولاً در هر پژوهش جامعه مورد بررسی یک جامعه آماری است که پژوهشگر مایل است درباره صفت (صفت‌ها) متغیر واحدهای آن را به مطالعه بپردازد (دلاور، ۱۳۸۳).
جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی نوجوانان پسر ۱۸-۱۲ ساله ساکن در مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر شهرکرد در نیمه اول سال ۱۴۰۱ تشکیل خواهد داد.

۸- حجم نمونه

از میان جامعه آماری فوق براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب می‌شوند. در روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، افراد جامعه به طور تصادفی با توجه به سلسله‌مراتبی (از واحدهای بزرگتر به کوچکتر) از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. در این پژوهش، نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در سه مرحله با استفاده از واحدهای نمونه‌گیری مختلف (واحد مرحله اول: مناطق ۲ گانه شهر تهران؛ واحد مرحله دوم: مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست؛ واحد مرحله سوم: نوجوانان پسر ۱۸-۱۲ ساله بی‌سرپرست و بدسرپرست) انتخاب می‌شوند؛ بدین صورت که ابتدا از بین مناطق ۲ گانه شهر تهران ۱ منطقه به صورت تصافی انتخاب و سپس از این منطقه ۲ مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست انتخاب می‌شود و از بین کودکان مراجعه کننده به آن مراکز به صورت تصادفی تعداد ۴۰ کودک طلاق که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش هستند انتخاب می‌شوند و به صورت تصادفی

در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین می‌شوند. با انجام پیش‌آزمون روی تمامی نوجوانان پسر ۱۸-۱۲ ساله بی‌سرپرست و بدسرپرست دو مرکز، ۴۰ نفر که بر طبق مقیاس مسئولیت‌پذیری و مقیاس بهزیستی روانشناختی نمره متوسط یا کمتر را دریافت نمودند انتخاب می‌شوند و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار خواهند گرفت. حجم نمونه با روش تخمین شخصی تعیین گردیده؛ یعنی اینکه محقق با در نظر گرفتن عواملی از جمله میزان تجانس جامعه یا پراکندگی صفت یا صفات در جامعه، امکانات، مقدرات و زمان و همچنین روش پژوهش شخصاً نسبت به برآورد حجم نمونه یا تعیین درصد مشخصی از جامعه اقدام می‌کند (سرمد، بازرگان و حجازی؛ ۱۳۹۳). مطالعات آزمایشی و شبه آزمایشی به تعداد نمونه کمتری نیاز دارند زیرا با افزایش کنترل می‌توان حجم نمونه را کم کرد؛ براین‌اساس برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی-مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (سپاسی، ۱۳۹۳).

۹- روش نمونه‌گیری:

تصادفی از نوع: روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه در صورتی که هزینه فراهم نمودن یک چارچوب که کلیه اعضای جامعه را فهرست کند زیاد باشد و یا اگر هزینه فراهم آوردن مشاهدات با افزایش مسافت بین اعضا افزایش یابد، نمونه‌گیری خوشه‌ای می‌تواند کم هزینه‌تر از نمونه‌گیری تصادفی ساده یا طبقه‌ای باشد. منطق اساسی نمونه‌گیری خوشه‌ای درحقیقت، رعایت اصل اقتصاد و راحتی اجرای آن می‌باشد؛ بنابراین نظر که گستردگی مناطق شهر بوشهر و زمان‌بر بودن دسترسی به کلیه نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست جهت استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چند مرحله‌ای استفاده می‌شود.

۱۰- روش گردآوری اطلاعات

داده‌های مورد نیاز این پژوهش براساس دو روش ذیل جمع‌آوری خواهد شد:

الف) مطالعات کتابخانه‌ای: جهت تدوین مبانی نظری از کتاب‌ها و مقالات معتبر فارسی و لاتین خواهد شد، جهت دستیابی به مقالات از جستجوی اینترنتی نیز استفاده خواهد شد.

ب) مطالعات میدانی: برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز تحقیق از پرسشنامه استفاده خواهد شد و بین نمونه آماری توزیع می‌شود.

۱۱- ابزار گردآوری اطلاعات

— **مقیاس بهزیستی روانشناختی:** مقیاس بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس بهزیستی روانشناختی به ترتیب ۸۴ و ۵۰۴ خواهد بود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در هریک از شش خرده مقیاس است. برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه‌ی آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را

می‌سنجیدند و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می‌رفتند، مانند مقیاس تعادل عاطفی^{۳۱} برادبورن^{۳۲}، رضایت زندگی نیوگارتن^{۳۳} و حرمت خود^{۳۴} روزنبرگ^{۳۵} استفاده شد. نتایج همبستگی آزمون ریف با هر یک از مقیاس های فوق قابل قبول بود؛ بنابراین ابزار فوق از نظر سازه‌ای روا محسوب شد (ریف، ۱۹۸۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مؤثر با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است (ریف، ۱۹۸۹). در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، هدفمندی در زندگی ۰/۷۳، پذیرش خود ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶۰ و نمره کلی ۰/۹۰ بود (کراجسی و همکاران، ۱۹۷۰). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای مولفه‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

— **مقیاس مسئولیت‌پذیری:** برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری از زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه روانی کالیفرنیا بهره گرفته خواهد شد. کل این پرسشنامه ۴۶۲ سوال داشته که ۴۲ سوال آن مربوط به حس مسئولیت‌پذیری است. این پرسشنامه برای نخستین بار توسط گاف^{۳۶} در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سوال و ۱۵ ویژگی شخصیتی انتشار یافت. در سال ۱۹۵۷ زیرمقیاس‌های آن به ۱۸ مورد افزایش یافت، تا اینکه دوباره در سال ۱۹۸۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفته و تعداد سوالات آن به ۴۶۲ سوال رسید و زیرمقیاس‌ها به ۲۰ عدد افزایش یافت. زیرمقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری (Re) ۴۲ سوالی، به منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطق و احساس مسئولیت مورد استفاده قرار گرفت. سوالات پرسشنامه به صورت دو گزینه‌ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعه هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخنامه علامت‌گذاری می‌کند و پاسخ‌ها به صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری میشود (مارنات، ۱۳۸۷، باه نقل از عسکری، عنایتی، عسکری و روشنی، ۱۳۹۰). ضرایب پایایی مقیاس مسئولیت‌پذیری از طریق روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری و همکاران (۱۳۹۰) به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و اعتبار ملاکی همزمان این پرسشنامه برابر با ۰/۶۱ گزارش شد. همچنین پژوهش‌هایی در مورد اعتبار بین فرهنگی این پرسشنامه در کشورهای فرانسه، ایتالیا، ژاپن، لهستان، سوئیس و تایوان شناختی کالیفرنیا صورت گرفت، که همگی بیانگر اعتبار و قابلیت اعتماد مطلوب آن می‌باشد (حمزه‌لویی، ۱۳۷۳).

۱۲- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

آمار توصیفی: با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها و متغیرهای پژوهش (میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره) مشخص خواهد شد.

³¹ Affect Balance Scale

³² Bradburn

³³ Neugarten

³⁴ Self-esteem

³⁵ Rosenberg

³⁶ Gough

آمار استنباطی: با توجه به روش پژوهش، که مقایسه نمرات شرکت‌کنندگان (گروه‌های گواه و آزمایش) در سه زمان پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^{۳۷} که در آن از پیش آزمون به عنوان متغیر کووریت^{۳۸} استفاده می‌شود، به عنوان آزمون مناسب جهت تحلیل استنباطی داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

۱۳- یافته‌ها

نتایج فرضیه اول:

در مجموع با توجه به نتایج، فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی نوجوانان بدسرپرست مؤثر است، به این صورت پاسخ داده میشود که آموزش واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر ارتقاء بهزیستی روانشناختی آنها تاثیر مثبت دارد. در واقع برای تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان به این مفهوم اشاره کرد که واقعیت درمانی به شیوه گروهی می‌تواند بر اعتماد به نفس و کنترل‌های درونی و بیرونی تاثیر بگذارد؛ که نتیجه این فرضیه همسو با نتایج نیک منش، یونسی، گاتیر، بلدرین ورناد و... می‌باشد. این تحقیقات به سنجش میزان اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی پرداخته اند به عنوان مثال نیک منش (۱۳۷۹) نشان داد واقعیت درمانی به شیوه گروهی در تقویت اعتماد به نفس دانشجویان موثر است. یا یونسی (۱۳۸۲) که یک ساختار چهارده جلسه‌ای گروه درمانی بر مبنای نظریه شونمن برای ترفیع اعتماد به نفس در میان نوجوانان و جوانان بکار برد؛ یا پژوهش گاتیر، بلرین ورناد (۱۹۸۳) اشاره کرد این‌ها دو راهبرد شناختی متفاوت که برای افزایش عزت نفس طراحی شده بود را ارزیابی کردند در مورد یک گروه بازسازی شناختی به کار رفته که در آن افراد برای شناسایی عقاید خود تحقیر کنند و اصلاح آن‌ها با افکار درست آموزش داده شده اند گروه دیگر برای تمرکز بر جنبه‌های مثبت خودشان و مرور آن‌ها آموزش دیدند نتایج نشان داد که هر دو گروه در مقایسه با کنترل‌های تقریباً یکسانی از روند آموزشی بهره بردند این یافته‌ها پس از یک پیگیری پس از ۴ هفته حفظ شدند (بدنر و پترسون، ۱۹۹۶) و... اشاره کرد.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین تفکر غیر منطقی و عزت نفس پایین همبستگی معنادار وجود دارد (دالی و بارتون، ۱۹۸۴. به نقل از بدنر و پترسون، ۱۹۸۶). شناخت‌های معیوب مانند اسنادها، طرح‌واره‌ها، اغراق در توجه منفی به خود، عزت نفس فرد را پایین می‌آورند (وود، ۱۳۷۹). از این رو گروه درمانی به دلیل تغییر و بازسازی فلسفه فکری و اصلاح تحریف‌های شناختی همگام با نتیجه بالا می‌تواند به طور اساسی بر افزایش عزت نفس نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست کمک نماید.

این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش ولز و همکاران (۲۰۰۲) که در آن از یک روش گروه درمانی برای افزایش عزت نفس نوجوانانی که در معرض خطر ترک مدرسه قرار داشتند به کار گرفته شد. نتایج این تحقیق نشان دهنده تفاوت معنادار نمرات عزت نفس در پیش آزمون و پس‌آزمون می‌باشد.

در تایید این یافته می‌توان به پژوهشی که شکیبایی (۱۳۸۳) با عنوان گروه درمانی مدیریت خشم در نوجوانان موسسه ای انجام داد اشاره کرد که نتایج بیانگر آن بود که شاخص مورد مزالعه به طور معناداری کاهش یافته بود.

³⁷ Repeated measurement analysis of variance

³⁸ Covariate

در ارتباط با این فرضیه می توان به تحقیقی که هانیمن (۱۹۹۰) با عنوان تاثیر واقعیت درمانی بر بهزیستی شناختی معنادان انجام داد اشاره کرد: نتایج بیانگر تاثیر معنادار درمان مورد نظر در ارتباط با افزایش عزت نفس معنادان بود. در تحقیقی که مرادی (۱۳۸۶) انجام داد نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد واقعیت درمانی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب افزایش میزان عزت نفس دانشجویان می شود.

فرضیه دوم:

برای بررسی فرضیه دوم این پژوهش که عبارت بود از اینکه واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر مسئولیت پذیری نوجوانان بدسرپرست مؤثر است.

۱۴-پیشنهادهای

- ۱- پیشنهاد می شود که اجرای این تحقیق در سایر جوامع و مقایسه نتایج حاصل با یکدیگر انجام گیرد.
- ۲- پیشنهاد می شود اجرای این تحقیق با دامنه سنی گسترده تر به منظور مطالعه تاثیر متغیرهای دیگر بر بهزیستی روانشناختی انجام گیرد.
- ۳- با توجه به تحقیقاتی که انجام شده و اثرات مثبت سلامت روانی و عزت نفس بر سرنوشت افراد و موفقیت آنها ثابت شده است و از طرفی مشخص شده بهزیستی روانشناختی قابل رشد است بنابراین پیشنهاد می شود با گذاشتن کارگاههای آموزشی برای خانواده ها بصورت آموزش خانواده در آموزش و پرورش زمینه های سلامت روانی و عزت نفس آنان در والدین به آنها آموزش داده شود تا زمینه افزایش و رشد بهزیستی روانشناختی در والدین افزایش یابد.
- ۴- با توجه به رابطه مثبت و معنی دار سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی، آموزش های مورد نیاز برای والدین کودکان عادی و مرزی انجام گیرد.
- ۵- با توجه به نتایج تحقیق سعی شود مهارتهای بهزیستی روانشناختی در بین والدین کودکان مرزی بیشتر تقویت شود.
- ۶- بر اساس نتایج، والدینی که میزان تحصیلاتشان و درآمدشان کمتر بوده مهارتهای بهزیستی روانشناختی پایینی داشته اند بنابراین مناسب است با اطلاع رسانی درست و به موقع و آموزش آنان نسبت به این مهارتها، بهره مندی آنان را بیشتر نمایند.
- ۷- اجرای این تحقیق به تفکیک جنسیت بین نوجوانان و جوانان دختر و پسر پیشنهاد می شود.
- ۸- پیشنهاد می شود علاوه بر واقعیت درمانی به شیوه گروهی از سایر شیوه های گروه درمانی جهت بهزیستی شناختی و مسئولیت پذیری در میان نوجوانان و جوانان بد سرپرست و بی سرپرست استفاده شود.
- ۹- با توجه به این که این تحقیق تنها متغیر بهزیستی شناختی و مسئولیت پذیری شناختی را مورد بررسی قرار داده پیشنهاد می شود از دیگر متغیرها نیز برای ارتقای بهداشت روانی این طیف از نوجوانان نیز استفاده شود.
- ۱۰- از سوی دیگر مدیران ارشد سازمان بهزیستی می توانند به این نتیجه برسند که شرکت کردن مددجویان سازمان در برنامه های گروه درمانی به افزایش بهزیستی شناختی آنان خواهد انجامید و این مهم زمینه ای برای آمادگی مطلوب تر جهت حضور موثر و مفید در جامعه را فراهم می آورد. در نتیجه تدوین یک برنامه جامع برای تحت پوشش قرار دادن تمامی نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست توسط برنامه های روان درمانی در نظر بگیرند مثر ثمر خواهد بود.

منابع

۱. اسلامی، رضا (۱۳۷۹). بررسی وضعیت روانی رفتاری کودکان و نوجوانان مجتمع‌های شبانه روزی مشهد، ماهنامه ره آورد سازمان بهزیستی، شماره ۱۷
۲. آقا محمدیان شعر باف، حمید رضا و حسینی، سید مهران (۱۳۸۴)، روانشناسی بلوغ و نوجوانی، مشهد نشر دانشگاه فردوسی مشهد.
۳. روان بخش، محمد حسین (۱۳۸۵). خانواده و رفتارهای ناهنجار نوجوانان. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز. سال اول، شماره ۲ و ۳، ص ۱۴۶-۱۷۴
۴. ساعتچی، محمود (۱۳۷۷). مشاوره و روان درمانی: نظریه ها و راهبردها. تهران: نشر ویرایش
۵. دلاور، علی (۱۳۸۰). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش
۶. شارف. ریچارد اس (۱۳۸۱). نظریه های روان‌درمانی و مشاوره. ترجمه: فیروز بخت، مهرداد. تهران: خدمات فرهنگی رسا
۷. شفیق آبادی، عبدالله (۱۳۸۲). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات رشد
۸. صاحبی، علی و جمعه پور، حمید (۱۳۸۱). شناخت درمانی گروهی اصول و روش ها. تهران: فصلنامه تازه های روان درمانی.

1. Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J., Jabar, F., et al. (2005). A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and posttraumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev*, 31(2), 203-15.
2. Alsoalmeh, A., & Alsamadi, A. (2012). Real mass treatment in relieving stress and anxiety precious state among pregnant women. *Jordan Journal of Science in Education, Jordan Journal of Science in Education*, 365-376.
3. Benjamin dickens, O., Onyango, Y. J. M., & Mboya, O. T. (2012). Effects of orphanhood on girl-childs access and retention in secondary school education: a case of rongo district, Kenya. *International journal of academic research in progressive education and development*, 1(4), 114-136.
4. Bhargava, R. (2013). The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. *Clinical Case Studies*, 14(5), 151-165.
5. Bhargava, R. (2013). The use of reality therapy with a depressed deaf adult. *Clinical Case Studies*, 12(5), 388-396.
6. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal Child Psychol Psychiatr*, 47: 372-94.
7. Brookman, R. R., & Sood, A. A. (2006). Disorders of mood and anxiety in adolescents. *Adolesc Med Clin*, 17: 79-95.
8. Caman, O. K., & Ozcebe, H. (2011). Adolescents living in orphanages in Ankara: psychological symptoms, level of physical activity and associated factors. *Turkish journal of psychiatry*, 22(2), 1-10.

9. Carlsund, Å., Eriksson, U., Löfstedt, P., & Sellström, E. (2012). Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor?. *The European journal of public health*, 23(1), 3-8.