MEJDS. 2021; 11:177.

Published online 2021 Dec. **Original Article**

Effects of Group Reality Therapy on General Health and Responsibility in Orphaned and Abandoned Adolescents

Jabbari R[1], Saedi A[2], Zohrabniya E[3], *Rahmati S[4]

Author Address
1. PhD Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran;
2. PhD Student in Higher Education Management, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. PhD Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
4. PhD in Educational Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding author's email:** smd.rahmati@gmail.com

Received: 2020 April 11**; Accepted:** 2020 June 2

Abstract

Background & Objectives: Orphaned and abandoned adolescents living in welfare boarding centers due to the lack of family support are at further risk of psychological damage than their other counterparts. The increasing number of children and adolescents orphaned and abandoned and observing maladaptive behaviors and emotional disorders in those caused by separation from the family structure elevates the need to pay special attention to general health and the responsibility of this group. Accordingly, group reality therapy, as an approach for monitoring and controlling behaviors and accepting responsibility, can effectively improve general health and responsibility among these groups. Reality therapy significantly emphasizes freedom and responsibility. In this approach, behavior is a kind of choice, i.e., made by the individual; each subject is responsible for their choices. Thus, the present study aimed to investigate the effects of group reality therapy on general health and responsibility among orphaned and abandoned adolescents.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The study's statistical population consisted of all male adolescents of orphaned and abandoned aged 12–18 years residing in the child and adolescent care centers of orphaned and abandoned affiliated with the Tehran Welfare Organization in 2019. Of them, 40 individuals were selected using the multistage cluster sampling method according to the research inclusion and exclusion criteria. The study samples were randomly assigned to the experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria of the research were consent to participate in the research; the age range of 12 to 18 years; having a higher level of education than the third grade; no psychiatric or medical illnesses that require medication, and not taking psychotropic drugs regularly. The exclusion criteria included a history of hospitalization in the psychiatric ward, attending counseling and psychotherapy sessions other than the intervention, not attending intervention sessions regularly, and not cooperating in completing questionnaires at all stages. In pretest, posttest, and follow–up stages, all participants completed the General Health Questionnaire (GHQ–28) (Goldberg & Hillier, 1979) and the subscale of responsibility of the California Psychological Questionnaire (Gaff, 1987). No intervention was performed for the control group. Group reality therapy, i.e., designed based on reality therapy techniques and the book Glasser's Theory of Choice, Sahebi's translation (2020), was performed for the experimental group in seven 120–minute sessions. At the end of the therapeutic interventions and 2 months later, both study groups were re–evaluated by the research questionnaires. The obtained data were analyzed by descriptive statists (mean & standard deviation) and inferential statistics, including repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post–hoc test in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present study results revealed a significant difference between the pretest, posttest, and follow–up scores of general health and responsibility (p<0.001). Additionally, there was a significant difference between the experimental and the control groups concerning general health (p=0.029) and responsibility (p=0.034). Furthermore, the difference in the mean scores of general health (p<0.001) and responsibility (p=0.007) between the pretest and posttest stages was significant. Besides, the difference between the pretest and follow–up stages was significant for the mentioned variables (p<0.001). The difference in the mean scores of general health (p=0.779) and responsibility (p=0.806) between the posttest and follow–up stages reflected that the effect of the intervention remained stable over time.

Conclusion: The obtained findings suggested group reality therapy's effectiveness in improving orphaned and abandoned adolescents' general health and responsibility. Therefore, this treatment can be used as an effective method to increase the general health and responsibility of orphaned and abandoned adolescents.

Keywords: Reality therapy, General health, Responsibility, Orphaned, Abandoned, Adolescent.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۷۷.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی بر سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست

ریحانه جباری[۱]، عاطفه ساعدی[۲]، الهام ظهراب‌نیا[۳]، *صمد رحمتی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، قم، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت آموزش عالی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران؛

۴. دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** smd.rahmati@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۳ فروردین ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ خرداد ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرستی که در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، به‌دلیل نبود حمایت خانواده، بیشتر از همسالانشان درمعرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی بر سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی شهر تهران در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به‌صورت چندمرحله‌ای، تعداد چهل نفر واجد شرایط داوطلب انتخاب شدند. سپس به‌صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه بیست نفر). اعضای دو گروه به پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی‌ـ ۲۸سؤالی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری از پرسش‌نامهٔ روانی کالیفرنیا (گاف، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی برای گروه آزمایش در هفت جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه در انتظار ماند. داده‌ها ازطریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از مداخله، بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر سلامت عمومی (p=۰/۰۲۹) و مسئولیت‌پذیری (p=۰/۰۳۴) تفاوت معنادار وجود داشت. در گروه آزمایش، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی (p<۰/۰۰۱) و مسئولیت‌پذیری (p=۰/۰۰۷) معنادار بود. همچنین بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری، تفاوت میانگین نمره‌های متغیرهای مذکور معنادار بود (p<۰/۰۰۱). تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی (p=۰/۷۷۹) و مسئولیت‌پذیری (p=۰/۸۰۶) بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز نشان داد که اثر مداخله در طول زمان پایدار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی بر بهبود سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانانِ بی‌سرپرست و بدسرپرست اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، سلامت عمومی، مسئولیت‌پذیری، نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

۱ مقدمه

نوجوانی دوران سردرگمی و بحران هویت است و تغییرات گستردهٔ شناختی و ساختاری در این دوره، نوجوانان را با فرصت‌ها و خطرات زیادی مواجه می‌کند (۱). در این دوران پرفراز و نشیب وظیفهٔ همهٔ نوجوانان رسیدن به هویت مستقل است؛ اما مشکلات موجود در این مسیر ممکن است نوجوانان را دچار چالش کند. برای افرادی که با خانوادهٔ خود زندگی می‌کنند برخورد با این چالش‌ها به‌مراتب آسان‌تر از افرادی است که بی‌سرپرست هستند و خانواده‌ای ندارند (۲). کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرستی که در مؤسسات زندگی می‌کنند، از افراد بسیار آسیب‌پذیر جامعه هستند؛ زیرا خانواده به‌عنوان مهد رشد کودک برای فرد حمایت عاطفی و آموزشی فراهم می‌آورد؛ اما افراد بی‌سرپرست که در مؤسسات زندگی می‌کنند از این موهبت برخوردار نیستند (۳). ازدست‌دادن چهره‌های دلبستگی (پدر و مادر) یا نبود آن‌ها به هر دلیل، بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. به همین سبب کودکان و نوجوانان بزرگ‌شده در مؤسسات با مشکلات متعدد رفتاری و عاطفی مواجه هستند (۴)؛ ازاین‌رو، سلامت عمومی کودکان و نوجوانان می‌تواند از وضعیت سرپرستی آنان تأثیر پذیرد؛ به‌گونه‌ای که سوگ ناشی‌از فقدان خانواده این کودکان را درمعرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی، بازدارندگی، پرخاشگری، رفتار قانون‌شکنی، رفتار مقابله‌ای، خصومت، فزون‌کنشی و برانگیختگی قرار می‌دهد که بر زندگی کودک اثرات پایداری خواهد داشت (۵). سلامت عمومی، احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین، مورد قبول جامعه است (۶).

ازطرفی، مسئولیت‌پذیری به‌منزلهٔ عاملی مهم در شکل‌گیری شخصیت نوجوانان، می‌تواند تحت‌تأثیر چالش‌ها و تحولات دورهٔ نوجوانی قرار گیرد. این چالش‌ها به‌ویژه با ورود کودکان و نوجوانان به مراکز نگهداری شبانه‌روزی که آنان را با مشکلات رفتاری، روانی و بهداشتی فراوانی مواجه می‌کند (۷)، تشدید می‌شود و باعث می‌شود روحیهٔ مسئولیت‌پذیری نوجوانان در حوزهٔ فردی و اجتماعی کاهش یابد؛ ازاین‌رو، مسئولیت‌پذیری به‌عنوان یکی دیگر از متغیرهای اثرگذار بر عبور از چالش‌های زندگی نظیر مرگ یا طلاق والدین، دارای نقش بسیار برجسته‌ای در رشد کودکان و نوجوانان است. مسئولیت‌پذیری، احساس تعهد و کنشی است که افراد در قالب نقش‌های خود درقبال یکدیگر دارند و باعث می‌شود آنان مسئولیت افکار و رفتارهای خود را بپذیرند؛ همچنین بدانند آنچه به دیگران نسبت می‌دهند (فرافکنی‌ها)، متعلق به خود آن‌ها است. لازم به ذکر است، مسئولیت‌پذیری نوعی نگرش اکتسابی به‌شمار می‌رود که از ابتدای زندگی به‌تدریج ایجاد می‌شود؛ بنابراین بستگی زیادی به تجارب نوجوانان در خانواده و اجتماع دارد (۸).

در همین راستا، ایجاد مداخلاتی که سبب افزایش سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست می‌شود، نقش مهمی در زندگی آن‌ها ایفا می‌کند؛ ازجمله مداخلاتی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد، واقعیت‌درمانی است. واقعیت‌درمانی از دههٔ ۱۹۶۰ آغاز شد و همچنان به‌طور گسترده در محیط‌های آموزشی استفاده می‌شود (۹). در چارچوب واقعیت‌درمانی، نوجوانان قادر به انتخاب رفتارهای مثبت و مفید برای تحقق پنج نیاز خود، حتی در مواجهه با گذشتهٔ ناخوشایند و شرایط فعلی پریشانی خواهند بود. این امر باعث می‌شود تا آنان رفتار خویش را کنترل کنند و در زندگی‌شان دست به انتخاب‌های بهتر و مؤثرتر بزنند (۹)؛ ازاین‌رو، در واقعیت‌درمانی آنچه بیش از هر چیز بر آن تأکید می‌شود، آزادی و مسئولیت است. در این رویکرد رفتار نوعی انتخاب محسوب می‌شود که توسط فرد صورت می‌گیرد و هر فردی دربرابر انتخاب‌هایش مسئول است (۱۰). واقعیت‌درمانی رویکردی فعال، مستقیم و آموزشی است که البته در آن بر گذشته تأکید نمی‌شود (۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان از اثربخش بودن واقعیت‌درمانی بر بهبود برخی از انواع مؤلّفه‌های سلامت، نظیر افسردگی (۱۲)، تاب‌آوری (۱۳)، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی (۱۴)، آسیب‌پذیری روانی (۱۵)، منبع کنترل، عزت‌نفس و مقابله با استرس (۱۶،۱۷)، سلامت روانی (۱۶)، اختلالات روان‌تنی (۱۸)، سرمایهٔ روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری (۱۹)، سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و خودانتقادی (۲۰) و اضطراب فراگیر (۲۱) دارد.

باتوجه به پیشینهٔ پژوهش و افزایش مشکلات زناشویی و طلاق و درنتیجه افزایش جمعیت نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، به‌نظر می‌رسد این نوجوانان علاوه‌بر درگیری با مشکلات خاص این دورهٔ حساس رشدی با مشکلات و مسائل ناشی‌از بی‌سرپرستی و بدسرپرستی نیز مواجه هستند که می‌تواند به‌منزلهٔ تهدیدی برای نیازهایشان به‌شمار رود؛ همچنین منجربه کاهش مسئولیت‌پذیری و دیگر توانمندی‌های روان‌شناختی این قشر آسیب‌پذیرتر، می‌شود. وجود کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست موضوعی جدید نیست؛ اما طرح مشکلات آن‌ها در محافل علمی کشور، موضوع تقریباً جدیدی محسوب می‌شود و هنوز خلأهای بزرگی در زمینهٔ شناسایی دقیق مسائل و مشکلات این کودکان و نوجوانان و نیز طراحی مداخله‌هایی برای کمک به سازگاری بیشتر آن‌ها با حضورنداشتن مؤثر والدین و رفع یا تخفیف آلام آن‌ها، وجود دارد؛ بنابراین این نوجوانان باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند؛ یکی از این درمان‌ها و حمایت‌ها، آموزش واقعیت‌درمانی به نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست است که در این زمینه تحقیقات کمتری صورت گرفته است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان پسر ۱۲تا۱۸سالهٔ ساکن در مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به‌صورت چندمرحله‌ای تعداد چهل نفر داوطلب با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. سپس با جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش (بیست نفر) و گروه گواه (بیست نفر) قرار گرفتند؛ بدین‌ترتیب که ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانهٔ شهر تهران یک منطقه به‌طور

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

تصادفی در نظر گرفته شد. از این منطقه انتخاب دو مرکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست صورت گرفت. در ادامه از بین نوجوانان مراجعه‌کننده به آن مراکز به‌طور تصادفی تعداد چهل نوجوان داوطلب واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. مطالعات آزمایشی و شبه‌آزمایشی به تعداد نمونهٔ کمتری نیاز دارد؛ زیرا با افزایش کنترل می‌توان حجم نمونه را کم کرد. بر این اساس، برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علّی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۲۲). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ قرارگیری در دامنهٔ سنی ۱۲تا۱۸ سال؛ دارابودن سطح تحصیلات پایهٔ تحصیلی بیشتر از سوم ابتدایی؛ نداشتن بیماری روان‌پزشکی و بیماری پزشکی مستلزم مصرف دارو؛ مصرف‌نکردن منظم داروهای روان‌گردان. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل داشتن سابقهٔ بستری در بخش روان‌پزشکی، حضور در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی به‌غیر از مداخله، شرکت‌نداشتن منظم در جلسات و همکاری‌نکردن در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست منتخب ثبت‌نام شدند و ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها صورت گرفت. اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول هر جلسه، شیوهٔ ادارهٔ کلاس، تصادفی‌سازی، محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به نوجوانان ارائه شد و موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به‌شکل کتبی اخذ شد. اجرای آزمون‌های پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون صورت گرفت و در قالب یک پرونده، نتایج اولیهٔ هر چهل آزمودنی ثبت شد. در مرحلهٔ بعد گروه آزمایش، واقعیت‌درمانی گروهی را هفته‌ای یک‌بار در هفت جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه گواه در انتظار ماند. در پایان مداخله‌های درمانی و دو ماه بعد، مجدداً آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه، توسط پرسش‌نامه‌های پژوهش ارزیابی شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی[1]: این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال است که گلدبرگ و هیلر آن را در سال ۱۹۷۹ به‌منظور سنجش اختلالات خفیف روانی و به‌عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در موقعیت‌های مختلف تدوین کردند (۲۳). این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های بدنی (سؤال‌های ۱تا۷)؛ کارکرد اجتماعی (سؤال‌های ۸تا۱۴)؛ اضطراب و بی‌خوابی (سؤال‌های ۱۵تا۲۱)؛ افسردگی وخیم (سؤال‌های ۲۲تا۲۸). همچنین از مجموع نمرات یک نمرهٔ کلی به‌دست می‌آید. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌طور لیکرتی است که به گزینه‌ها به‌صورت (صفر، ۱، ۲، ۳) نمره داده می‌شود؛ درنتیجه، نمرهٔ هر فرد در هریک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا۲۱ و نمرهٔ کل بین صفر تا ۸۴ است (۲۳). در هر مقیاس کسب نمرهٔ بیش از ۱۴ و در کل پرسش‌نامه کسب نمرهٔ بیش از ۲۳ نشانهٔ علائم مرضی است (۲۴). چهار مقیاس به‌طور معناداری مستقل از یکدیگر نیستند و همبستگی‌های بین زیرمقیاس‌ها نشان‌دهندهٔ وجود عاملی عمومی است (۲۳). اعتباریابی پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر، دلالت بر پایایی زیاد (۰/۸۰) و روایی مناسب این پرسش‌نامه داشت (۲۳). در ایران روایی پرسش‌نامه تأیید شد و ضریب پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۴).

ـ زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری از پرسش‌نامهٔ روانی کالیفرنیا[2] : برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری از زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری پرسش‌نامهٔ روانی کالیفرنیا بهره گرفته شد (۲۵). این پرسش‌نامه ۴۶۲ سؤال دارد که ۴۲ سؤال آن مربوط به مسئولیت‌پذیری است. پرسش‌نامه برای نخستین‌بار توسط گاف در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سؤال و پانزده ویژگی شخصیتی انتشار یافت. در سال ۱۹۵۷ زیرمقیاس‌های آن به هیجده عدد افزایش یافت تا اینکه دوباره در سال ۱۹۸۷ تجدیدنظر شد و تعداد سؤالات آن به ۴۶۲ سؤال رسید و زیرمقیاس‌ها به بیست عدد افزایش پیدا کرد. زیرمقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری (Re) ۴۲سؤالی، به‌منظور سنجش ویژگی‌هایی ازقبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی‌بر نظم و مقررات، منطق و احساس مسئولیت استفاده شد. سؤالات پرسش‌نامه به‌صورت دوگزینه‌ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعهٔ هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخ‌نامه علامت‌گذاری می‌کند. پاسخ‌ها به‌صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ سطح بیشتر مسئولیت‌پذیری است (۲۵). پژوهش‌هایی در زمینهٔ اعتبار بین‌فرهنگی این پرسش‌نامه در کشورهای فرانسه، ایتالیا، ژاپن، لهستان، سوئیس و تایوان شناختی کالیفرنیا صورت گرفت که همگی بیانگر اعتبار و قابلیت اعتماد مطلوب آن است (به‌نقل از ۲۶). همچنین ضرایب پایایی مقیاس مسئولیت‌پذیری ازطریق روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری و همکاران به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و اعتبار ملاکی هم‌زمان این پرسش‌نامه برابر با ۰/۶۱ گزارش شد (۲۷).

ـ واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی: بستهٔ آموزشی واقعیت‌درمانی براساس فنون مبتنی‌بر واقعیت‌درمانی و کتاب *تئوری انتخاب گلاسر* ترجمهٔ صاحبی (۱۱) طراحی شد و اساتید متخصص آن را ارزیابی کردند. طراحی این بسته براساس برنامه‌ای هفت‌جلسه‌ای و به‌صورت آموزش گروهی و هر هفته یک‌بار انجام شد. اجرای جلسات توسط پژوهشگر روی نوجوانان گروه آزمایش و با هدف آموزش و کمک به نوجوانان به‌منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود بود. موضوعات و اهداف هر جلسه به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش، تحلیل داده‌ها ازطریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با درنظرگرفتن سطح معناداری α=۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام پذیرفت. پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف، لون، ام‌باکس و کرویت موچلی بررسی شد.

[1]. General Health Questionnaire (GHQ-28)

[2]. California Psychological Inventory (CPI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

جدول ۱. محتوای جلسه‌های برنامهٔ واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و اهداف، ایجاد رابطهٔ عاطفی میان اعضا و ایجاد احساس تعلق به گروه در اعضا، آشنایی اولیه با نظریهٔ واقعیت‌درمانی و اهمیت مسئولیت‌پذیری، شادکامی
دوم	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر	ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم نظریهٔ واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما (توضیح تفاوت و شباهت‌های بین افراد و ارائهٔ نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسر) (روش تدریس سخنرانی همراه با بحث گروهی)، آموزش روش‌های خویشتن‌داری شامل حفظ آرامش در موقعیت‌های خشم و استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند نفس عمیق کشیدن، شمارش رو به جلو یا رو به عقب، ایفای نقش به‌منظور مدیریت اعضا در موقعیت‌های بحرانی و جلوگیری از آسیب
سوم	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم‌گیری، اهمیت تصمیم‌گیری، مراحل تصمیم‌گیری	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفهٔ رفتار کلی (فکر، عمل، احساس، فیزیولوژی) و توضیح مثال ماشین رفتار و چگونگی جایگاه چهار رفتار کلی در این ماشین رفتار برای آشنایی نوجوانان با چهار عمل، همچنین استفاده از روش ایفای نقش برای تفهیم مسائل (روش تدریس بارش مغزی و سخنرانی همراه با مشارکت)، آموزش شناسایی اجزای رفتاری و نحوهٔ عمل هر کدام، آموزش تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، آموزش یکپارچه‌کردن اجزای رفتار برای شکل‌دهی رفتار کلی
چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خودارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه (بین چهار رفتار کلی به‌وجود می‌آید) و رفتارهای اجباری با ارائهٔ مثال‌های مختلفی مانند مشکلات ایجادشده از زندگی با یک کودک استثنایی (استفاده از روش تدریس بدیع‌پردازی)، مشخص‌کردن راه‌های ارتباط مؤثر و رسیدن به خواسته‌ها از زبان خود اعضا، شرح درخصوص راه‌حل کارآمد و ناکارآمد با درنظرگرفتن دو ویژگی واقع‌گرابودن و مسئولانه‌بودن
پنجم	تبدیل رفتارهای منجربه شکست به رفتارهای رضایت‌بخش، تأکید بر زندگی در زمان حال	معرفی رفتارهای تخریبگر و سازنده در روابط و آموزش زندگی‌کردن در زمان حال و چگونگی قاب‌گیری مجدد دنیای کیفی خود (استفاده از روش تدریس عینی‌سازی)، بررسی و شناسایی هفت عادت رفتاری مخرب و ناسازگار (انتقاد بیجا، سرزنش، گله‌کردن، غُرزدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)، تأکید بر لزوم ترک این رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین‌کردن هفت عامل ارتباطی مؤثر شامل حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش‌دادن و گفت‌وگو
ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر، نقش انسان در کنترل رفتار	شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت‌درمانی (بقا، عشق و تعلق، نیاز به قدرت، آزادی و تفریح) و چگونگی تأثیر آن‌ها بر زندگی، فهرست‌بندی نیازهای اساسی با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها (روش تدریس مشارکتی، استفاده از بحث گروهی) از اعضا خواسته شد در طی هفته، نیازهای خود را بررسی کرده و آن‌ها را براساس پنج نیاز اساسی اولویت‌بندی کنند.
هفتم	چگونگی حفظ تغییرات به‌وجودآمده	شیوهٔ حفظ و افزایش تغییرات، نامه‌نوشتن اعضای گروه به خودشان درخصوص تغییرات آن‌ها در طی جلسه‌های درمان، خوانده‌شدن نامه‌ها برای اعضا و بازخورد آن‌ها به نامه‌ها، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت نوجوانان و زمینه‌سازی تعهد لازم به‌منظور کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر، مرور خلاصهٔ جلسه‌ها و نتیجه‌گیری اعضای گروه با کمک مشاور

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان گروه آزمایش ۲/۵۹±۱۴/۹۵ سال و گروه گواه ۲/۷۱±۱۴/۹۰ سال بود. به این صورت که ۲ نفر (۱۰درصد) از نوجوانان گروه آزمایش ۱۳ سال، ۴ نفر (۲۰درصد) ۱۴ سال، ۹ نفر (۴۵درصد) ۱۵ سال، ۳ نفر (۱۵درصد) ۱۶ سال و ۲ نفر (۱۰درصد) ۱۷ سال داشتند. در گروه گواه، سن ۱ نفر (۵درصد) از نوجوانان ۱۲ سال، ۵ نفر (۲۵درصد) ۱۴ سال، ۱۰ نفر (۵۰درصد) ۱۵ سال، ۳ نفر (۱۵درصد) ۱۶ سال و ۱ نفر (۵درصد) ۱۸ سال بود. از نظر مدت حضور در مرکز، ۱۳ نفر (۶۵درصد) از نوجوانان هریک از گروه‌ها سابقهٔ حضور بین ۵تا۸ سال و ۷ نفر (۳۵درصد) از نوجوانان هریک از گروه‌ها سابقهٔ حضور بین ۱تا۴ سال را داشتند. از نظر وضعیت سرپرستی نیز ۱۳ نفر (۶۵درصد) از نوجوانان گروه آزمایش و ۱۵ نفر (۷۵درصد) از نوجوانان گروه گواه بی‌سرپرست و بقیه بدسرپرست بودند. سطح تحصیلات ۹ نفر (۴۵درصد) از نوجوانان گروه آزمایش پایان دورهٔ ابتدایی و ۱۱ نفر (۵۵درصد) از آنان پایان دورهٔ راهنمایی و سطح تحصیلات ۱۰ نفر (۵۰درصد) از نوجوانان گروه گواه پایان دورهٔ ابتدایی و ۱۰ نفر (۵۰درصد) از آنان پایان دورهٔ راهنمایی بود. گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، همگن بودند.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحلهٔ اندازه‌گیری: پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	آزمایش	۲۷/۸۰	۶/۰۷	۲۰/۴۷	۵/۵۸	۲۰/۴۰	۵/۷۷
	گواه	۲۶/۳۳	۵/۵۲	۲۵/۶۰	۵/۵۸	۲۶/۹۳	۴/۷۶
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۱۸/۰۰	۴/۴۹	۲۲/۵۳	۳/۷۰	۲۲/۸۰	۳/۱۹
	گواه	۱۷/۹۹	۴/۸۱	۱۷/۸۷	۴/۸۴	۱۸/۴۰	۴/۶۶

اطلاعات جدول ۲ حاکی‌از کاهش میانگین نمره‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در متغیر آسیب به سلامت عمومی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود؛ درحالی‌که میانگین نمره‌های مسئولیت‌پذیری گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت.

قبل از اجرای روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری دو گروه، از آزمون لون به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون کرویت موچلی استفاده شد که نتیجهٔ این آزمون نیز معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین داده‌ها مفروضهٔ همگنی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته را رد نکرد و می‌توان کرویت ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجهٔ آزادی استفاده کرد؛ ازاین‌رو، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سؤال نبردند؛ بنابراین باتوجه به رعایت مفروضه‌ها، امکان استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای اصلی و متقابل مربوط به متغیرهای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری

متغیر	منبع تغییر		مجموع مجذورت	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
سلامت عمومی	درون‌گروهی	اثر آموزش	۱۷۳/۴۰	۱	۱۷۳/۴۰	۲۴/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
		اثر متقابل	۲۴۰	۱	۴۲۰	۳۳/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
		خطا	۱۹۸/۶۰	۳۸	۷/۰۹				
	بین‌گروهی	گروه	۲۶۰/۱۰	۱	۲۶۰/۱۰	۴/۴۱	۰/۰۲۹	۰/۱۳	۰/۵۴
		خطا	۲۲۷۷/۶۹	۳۸	۸۱/۳۵				
مسئولیت‌پذیری	درون‌گروهی	اثر آموزش	۹۳/۷۵	۱	۹۳/۷۵	۲۲/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
		اثر متقابل	۶۶/۱۵	۱	۶۶/۱۵	۱۵/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
		خطا	۱۱۸/۶۰	۳۸	۴/۲۴				
	بین‌گروهی	گروه	۲۱۴/۶۸	۱	۲۱۴/۶۸	۴/۲۳	۰/۰۳۴	۰/۱۳	۰/۵۱
		خطا	۴۳۰۹/۷۸	۳۸	۱۵۳/۹۲				

باتوجه به نتایج جدول ۳ و معناداربودن عامل‌ها در درون‌گروهی می‌توان گفت، بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین، با معناداربودن منبع گروه در بین گروه‌ها، بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر سلامت عمومی ($p=۰/۰۲۹$) و مسئولیت‌پذیری ($p=۰/۰۳۴$) تفاوت معنادار وجود داشت. مقدار اندازهٔ اثر تعاملِ آموزش و عضویت گروهی نشان داد، ۵۴درصد از تغییرات سلامت عمومی و ۳۶درصد از تغییرات مسئولیت‌پذیری در یک گروه، ناشی‌از تأثیر واقعیت‌درمانی بود؛ درحالی‌که مقدار اندازهٔ اثر بین‌گروهی برای این دو متغیر مشخص کرد، ۱۳درصد از تفاوت سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان در بین دو گروه، ناشی‌از تأثیر واقعیت‌درمانی بود. آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که این تفاوت مربوط به کدام مرحله است (جدول ۴).

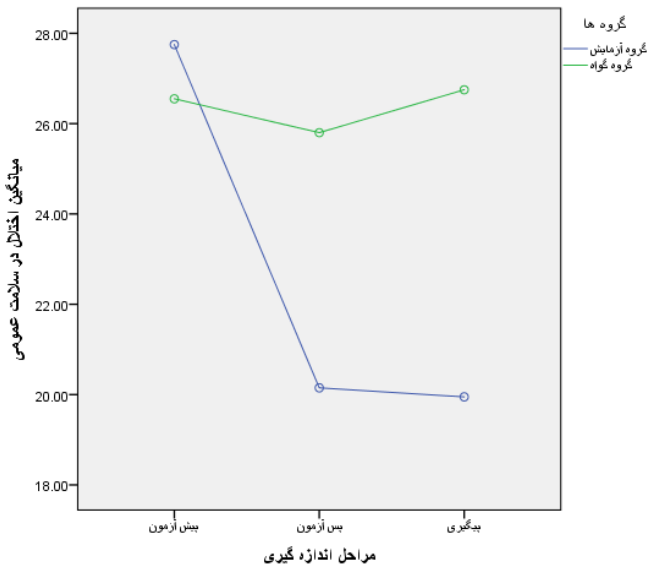
براساس جدول ۴، در گروه آزمایش، تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (به‌ترتیب $p<۰/۰۰۱$ و $p=۰/۰۰۷$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. همچنین تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری (به‌ترتیب $p=۰/۷۷۹$ و $p=۰/۸۰۶$) نشان می‌دهد که اثر مداخله در مرحلهٔ پیگیری بازگشت نداشته و در طول زمان پایدار بوده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

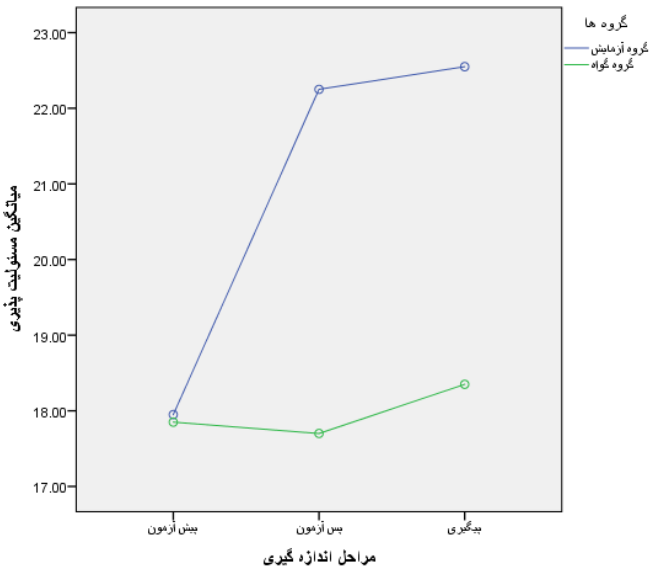
جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۰۳	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۴۰	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳-	۰/۴۴	۰/۷۷۹
مسئولیت‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۱۰-	۰/۳۸	۰/۰۰۷
		پیگیری	۲/۵۰-	۰/۵۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰-	۰/۳۳	۰/۸۰۶

نمودارهای تغییرات مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شود. اطلاعات نمودارهای ۱ و ۲ نیز در تأیید نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اجرای واقعیت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی ضمن کاهش اختلال در سلامت عمومی و افزایش مسئولیت‌پذیری نوجوانان، اثر آن در مرحلهٔ پیگیری پایدار است.



شکل ۱. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ سلامت عمومی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه



شکل ۲. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمرهٔ مسئولیت‌پذیری در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

٤ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی‌از اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر کاهش آسیب به سلامت عمومی (بهبود سلامت عمومی) نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود. این یافته به‌طور کلی همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخش‌بودن واقعیت‌درمانی را بر بهبود انواع مؤلّفه‌های سلامت نظیر افسردگی (۱۲)، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی (۱۴)، آسیب‌پذیری روانی (۱۵)، منبع کنترل، عزت‌نفس و مقابله با استرس (۱۶،۱۷)، سلامت روانی (۱۶)، اختلالات روان‌تنی (۱۸)، سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و خودانتقادی (۲۰) و اضطراب فراگیر (۲۱) گزارش کردند. در تبیین تأثیرگذاری این روش درمانی بر کاهش آسیب به سلامت عمومی نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست می‌توان اظهار داشت، واقعیت‌درمانی به افراد آموزش می‌دهد برای داشتن زندگی بامعنا باید با دقت به جست‌وجوی راه‌هایی برای تغییر باشند. گشودگی و پذیرش دائمی به‌سوی تغییر حتی در اوج آسایش و راحتی به زندگی شادابی و امید می‌بخشد. تحقیقات نشان داد، مقیاس‌های متفاوت خوشبختی، رضایت، شادی و احساس مثبت همگی باهم همبستگی دارند و عامل کلی روشنی را ایجاد می‌کنند (۱۴)؛ بنابراین تغییر شناختی و نگرشی نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست منجربه بهبود سلامت روانی آنان به‌دلیل استفاده از راهبردهای مؤثر مقابله‌ای می‌شود. درمجموع، واقعیت‌درمانی به‌دلیل کمک به افراد برای تعیین اهداف مهم زندگی، قبول واقعیت، ارضای نیازهای خود به‌صورت مؤثر و کارآمد، دست‌زدن به انتخاب‌های بهتر و کارآمدتر و یادگیری رفتارهای مسئولانه‌تر می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات در فرد جلوگیری کند؛ درنتیجه موجب افزایش سلامت روانی می‌شود.

همچنین، یافته‌های این پژوهش حاکی‌از اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود. این یافته به‌طورکلی همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر افزایش مسئولیت‌پذیری (۱۹) و تاب‌آوری (۱۳) نشان دادند. به‌گفتهٔ گلاسر، گذشته بر رفتار کنونی ما مؤثر است؛ ولی تعیین‌کنندهٔ رفتار کنونی ما نیست؛ بلکه میزان مسئولیت‌پذیری و به‌رسمیت شناختن و احترام به واقعیت موجود و شیوه‌های منتخب ما برای ارضای نیازهایمان است که رفتار کنونی ما را تعیین می‌کند. در این رویکرد بر انتخاب و رفتار مسئولانه تأکید می‌شود. درواقع، ما باید مسئول آنچه انتخاب می‌کنیم باشیم (به‌نقل از ۲۸). گلاسر نیز ضمن صحبت در رابطه با هدف‌های واقعیت‌درمانی، به پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویت موفق در او اشاره می‌کند. هدف کلی واقعیت‌درمانی آن است که به افراد کمک کند نیازهای خود را مسئولانه و به‌نحو رضایت‌بخشی ارضا کنند؛ بنابراین این روش درمانی انسان را مسئول اعمال و رفتار خویش می‌داند و بر این اعتقاد است که شیوهٔ رفتاری هر کس بستگی به تصمیمات او دارد. در این رویکرد کسی بیمار به‌شمار می‌آید که نتواند نیازهای اساسی خود را در حیطهٔ واقعیت و پذیرش مسئولیت و تشخیص موارد درست و نادرست ارضا کند (به‌نقل از ۲۹)؛ ازاین‌رو، برنامه‌های آموزشی درجهت تقویت مسئولیت‌پذیری و ارتقای مهارت‌های ارتباطات فردی درکمک به اعضا برای شکستن دور معیوب تجارب شکست آن‌ها مهم است.

جو صمیمانه و محترمانه، ابراز آزاد احساسات و درک همدلانه در واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی با تأکید بر مفاهیم مربوط به خود، شامل هدایت اعضا به‌سوی کسب رفتار واقع‌بینانه و مسئولانه، کسب هویتی موفق، کمک به اعضای گروه برای داوری ارزشی دربارهٔ خود، اتخاذ تصمیم برای طرح‌ریزی و اقدام به تغییر، در کنار خصوصیات و ویژگی‌های مشترک افراد، نگرشی متفاوت را درمقایسه با ابتدای دورهٔ درمان در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شرکت‌کننده ایجاد کرد. این تغییر نگرش موجب بهبود مسئولیت‌پذیری اعضای گروه و افزایش سلامت عمومی و داشتن احساس بهزیستی در اکثر شرکت‌کنندگان شد. درمجموع، واقعیت‌درمانی به‌دلیل کمک به نوجوانانِ بی‌سرپرست و بدسرپرست برای تعیین اهداف مهم زندگی، قبول واقعیت، ارضای نیازهای خود به‌صورت مؤثر و کارآمد، دست‌زدن به انتخاب‌های بهتر و کارآمدتر و یادگیری رفتارهای مسئولانه‌تر می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات در نوجوانانِ بی‌سرپرست و بدسرپرست جلوگیری کند؛ درنتیجه موجب بهبود سلامت عمومی و افزایش مسئولیت‌پذیری آنان شود.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود؛ به‌دلیل مخالفت انتخاب مراکز دخترانه توسط برخی مسئولان مؤسسه‌ها، پژوهش روی نوجوانان پسر انجام شد؛ ازاین‌رو تفاوت جنسیتی در این تحقیق در ابهام قرار گرفت و در تعمیم‌دادن به سایر جامعه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی (نرخ رشد، توزیع، ترکیب جنسیتی و...) در میزان متغیرهای پژوهش بررسی نشد. به‌علاوه، ذکر این مسئله ضروری است که در مطالعهٔ حاضر اعضای گروه‌ها از نظر علل بی‌سرپرست و بدسرپرست بررسی نشدند. محققان برای انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌دلیل مشکلاتی مثل سیال‌بودن مکان اقامت این نوجوانان، برگزاری اردوها، برنامه‌های ورزشی و امکان ترخیص‌شدن، دارای محدودیت بودند که مناسب است مطالعات آتی با ملاحظهٔ این محدودیت‌ها صورت پذیرد. باتوجه به نتایج پژوهش در بُعد کاربردی پیشنهاد می‌شود، از واقعیت‌درمانی گروهی در کار با نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست دچار مسئولیت‌گریزی و مشکلات سلامت روانی، استفاده شود. همچنین، در بُعد نظری پیشنهاد می‌شود، اثربخشی این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی مقایسه شود. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینهٔ آموزش و ارتقای بهداشت روانی در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست داشت.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش اثربخشی کاربست واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی را بر بهبود سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانانِ بی‌سرپرست و بدسرپرست تأیید کرد؛ پس این شیوهٔ درمانی می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای افزایش سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانانِ بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌کار رود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

۶ تشکروقدردانی

از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول هر جلسه، شیوهٔ ادارهٔ کلاس، تصادفی‌سازی، محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش ارائه شد؛ همچنین موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به‌شکل کتبی اخذ شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

References

1. Yu Y, Zhao X, Wan C, Xu C, Shang L, Yao Y, et al. Establishing Chinese middle-school students' mental-health norms with the symptom check list-90-R. Soc Behav Pers. 2017;45(2):223–33. doi:10.2224/sbp.6038
2. Thurman TR, Nice J, Luckett B, Visser M. Can family-centered programming mitigate HIV risk factors among orphaned and vulnerable adolescents? Results from a pilot study in South Africa. AIDS care. 2018;30(9):1135–43. doi:10.1080/09540121.2018.1455957
3. Ombuya BD, Yambo J, Omolo TM. Effects of orphanhood on girl-child's access and retention in secondary school education: a case of Rongo district, Kenya. Repository. 2017.
4. Taukeni SG. Orphan adolescents' lifeworlds on school-based psychosocial support. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2015;3(1):12–24. doi:10.1080/21642850.2014.987778
5. Pourgonabadi H. Barrasiye asar bakhshiye amoozesh gorouhi bar rouykard manteghi-hayajani-raftari (REBT) dar modiriat hayajanat manfi koodakan bi sarparast va bad sarparast [The effectiveness of group training based on a logical-emotional-behavioral approach in managing negative emotions in orphaned and maladaptive children] [Thesis for MSc]. [Mashhad, Iran]: Ferdowsi University of Mashhad; 2011. [Persian]
6. Campbell RJ. Campbell's psychiatric dictionary. 8th edition. Oxford: Oxford university press; 2004.
7. Uğurlu NB, Birgili PF. Coping strategies adopted by adolescent girls living in an orphanage and with their families to cope with the problems of adolescence. J Psychol Behav Sci. 2019;7(1):48–54.
8. Mohammadi A, Alibeygi A. Predictability of Garmsar adolescents' liability for adolescents 15-17 years based on behavioral self-concepts and positive and negative emotions and psychological well-being. Journal of Analitical-Cognitive Psychology. 2019;10(36):33–44. [Persian]
9. Wubbolding RE. Counseling for results: reality therapy in action. In: Dollarhide CT, Lemberger Truelove ME, editors. Theories of school counseling for the 21st century. Oxford: Oxford university press; 2019, pp:127–54.
10. Yao YW, Chen PR, Li CR, Hare TA, Li S, Zhang JT, et al. Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. Comput Hum Behav. 2017;68:210–6. doi:10.1016/j.chb.2016.11.038
11. Glasser W. Chart talk: the choice theory chart workbook. Sahebi A. (Persian translator). Tehran: Tehran: Sayeh Sokhan Publications; 2020.
12. Bhargava R. The use of reality therapy with a depressed deaf adult. Clinical Case Studies. 2013;12(5):388–96. doi:10.1177/1534650113496869
13. Shameli R, Hasani F. The effectiveness of reality therapy on resilience in mothers with children afflicted by cancer. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2017;12(43):77-87. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1046.html
14. Chamani Ghalandary R, Babapourkheyraldin J, Taribarazin N, Piri I, Ansari Moghadam A. The effectiveness of reality therapy training on psychological well-being and happiness of soldiers of a military center in Tehran. Nurse and Physician Within War. 2019;7(22):41–6. [Persian] http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-658-en.html
15. Rahmati Sagharani S, Kolahi P, Khoroushi M, Abed Y. Asarbakhshi vagheiyat darmani bar kefiyat zendegi va khastegi dar bimaran mobtala be Multiple Sclerosis [The effectiveness of reality therapy on quality of life and fatigue in patients with Multiple Sclerosis]. In: Fifth National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment Focusing on Psychotherapy [Internet]; 2019. [Persian]
16. Farnoodian P. The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of students. Int J Med Res Health Sci. 2016;5(9):18–24.
17. Kim J. Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. Journal of Korean Academy of Nursing. 2005;35(8):1485–92. doi:10.4040/jkan.2005.35.8.1485
18. Cvitanovich AP, Lojk L, Radonic M, Mratovic MC, Kolarec D. Application of choice theory and reality therapy in the guidance of school children suffering from psychosomatic diseases. Paediatr Croat. 2002;46:201–7.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]

19. Sadeghian A, Fakhri MK, Hasanzadeh R. The effectiveness of group reality therapy on the psychological capital and responsibility among children of divorce. Community Health. 2020;7(1):28–37. [Persian] doi:10.22037/ch.v7i1.23704
20. Asadzadeh N, Makvandi B, Askari P, Pasha R, Naderi F. The effectiveness of reality therapy on social adjustment, psychological well-being and self-criticism of generalized anxiety disorder referring to Ahvaz psychological clinics. Journal of Psychological Achievements. 2019;26(2):159–78. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_15232_en.html
21. Alsoalmeh A, Alsamadi A. 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. 2012:365-76.
22. Jackson AS, Baumgartner T. Sanjesh va andaze giri dar tarbiat badani (jeld 1) [Measurement and evaluation in physical education]. Sepasi H, Noorbakhsh P. (Persian Translator). Tehran: Samt Publication; 2014.
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 1979;9(1):139–45. doi:10.1017/S0033291700021644
24. Shahverdi J, Rezaei M, Ayazi Roozbahani M, Sadeghi K, Bakhtiari M, Shahverdi M. Relationship between general health with happiness, inferiority feeling and marital conflict in Borujerd city infertile women. Advances in Nursing & Midwifery. 2016;25(90):47–54. [Persian]
25. Sharifiniya MH. Khadamat ravan shenasi va moshavere dar zendan dar bestar rouykard darmangari yekparche tohidi [Psychological services and counseling in prison in the context of integrated monotheistic therapy approach]. Tehran: Rah Tarbiat Publications; 2010. [Persian]
26. Tabatabie N, Tabatabie S, Kakai Y, Mohammadi Aria A. The relationship between identity styles and responsibility with educational achievement in high school students in Tehran. Social Welfare Quarterly. 2012;12(44):23–42. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-912-en.html
27. Asgari P, Enayati MS, Asgari M, Roshani Kh. Rabeteye masouliat paziri, risk paziri va hayajan khahi ba tip D [Relationship between responsibility, risk-taking, sensation-seeking and type D personality]. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2011;5(20):17–24. [Persian]
28. Forward S, Frazier D. Emotional blackmail: when the people in your life use fear, obligation, and guilt to manipulate you. New York: Harper Paperbacks; 1998.
29. Duncan R. Counseling with leadership training. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy. 2018;37(2):56–7.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.182.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.171]