

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

Jabbari R¹, Saedi A², Zohrabniya E³, *Rahmati S⁴

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 statistics (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.

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

ریحانه جباری^۱، عاطفه ساعدی^۲، الهام ظهرا بنیا^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.

*ارایانامه نویسنده 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، به دلیل نبود حمایت خانواده، بیشتر از همسالانشان در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به‌شیوه 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. جامعه آماری را نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم در مراکز نگهداری سازمان بهزیستی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت چندمرحله‌ای، تعداد چهل نفر واجد شرایط داوطلب انتخاب شدند. سپس به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه بیست نفر). اعضای دو گروه به پرسش‌نامه سلامت عمومی-۲۸ (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری از پرسش‌نامه روانی کالیفرنیا (گاف، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی برای گروه آزمایش در هفت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه در انتظار ماند. داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه 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 ($p=0/029$) و مسئولیت‌پذیری ($p=0/034$) تفاوت معنادار وجود داشت. در گروه آزمایش، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی ($p<0/001$) و مسئولیت‌پذیری ($p=0/007$) معنادار بود. همچنین بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری، تفاوت میانگین نمره‌های متغیرهای مذکور معنادار بود ($p<0/001$). تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی ($p=0/779$) و مسئولیت‌پذیری ($p=0/806$) بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز نشان داد که اثر مداخله در طول زمان پایدار بود.

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

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

نوجوانی دوران سردرگمی و بحران هویت است و تغییرات گسترده شناختی و ساختاری در این دوره، نوجوانان را با فرصت‌ها و خطرات زیادی مواجه می‌کند (۱). در این دوران پرفراز و نشیب و وظیفه همه نوجوانان رسیدن به هویت مستقل است؛ اما مشکلات موجود در این مسیر ممکن است نوجوانان را دچار چالش کند. برای افرادی که با خانواده خود زندگی می‌کنند برخورد با این چالش‌ها به مراتب 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)؛ از این رو، سلامت عمومی کودکان و نوجوانان می‌تواند از وضعیت سرپرستی آنان تأثیر پذیرد؛ به‌گونه‌ای که سوگ ناشی از فقدان خانواده این کودکان را در معرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی، بازداری، پرخاشگری، رفتار قانون‌شکنی، رفتار مقابله‌ای، خصومت، فزون‌کشی 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).

از طرفی، مسئولیت‌پذیری به‌منزله عاملی مهم در شکل‌گیری شخصیت نوجوانان، می‌تواند تحت‌تأثیر چالش‌ها و تحولات دوره 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 روحیه مسئولیت‌پذیری نوجوانان در حوزه فردی و اجتماعی کاهش یابد؛ از این رو، 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 (فراکنی‌ها)، 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؛ از جمله مداخلاتی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد، واقعیت‌درمانی است. واقعیت‌درمانی از دهه 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 گذشته 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)؛ از این رو، 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 در برابر 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 مؤلفه‌های 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)، سرمایه روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری (۱۹)، سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و خودانتقادی (۲۰) و اضطراب فراگیر (۲۱) دارد.

باتوجه به پیشینه پژوهش و افزایش مشکلات زناشویی و طلاق و در نتیجه افزایش جمعیت نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، به‌نظر می‌رسد این نوجوانان علاوه بر درگیری با مشکلات خاص این دوره حساس رشدی با مشکلات و مسائل ناشی از بی‌سرپرستی و بدسرپرستی نیز مواجه هستند که می‌تواند به‌منزله تهدیدی برای نیازهایشان به‌شمار رود؛ همچنین منجر به 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 زمینه 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. جامعه آماری پژوهش را تمامی نوجوانان پسر ۱۲ تا ۱۸ ساله ساکن در مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به‌صورت چندمرحله‌ای تعداد چهار 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؛ بدین ترتیب که ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یک منطقه به‌طور

تصادفی در نظر گرفته شد. از این منطقه انتخاب دو مرکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست صورت گرفت. در ادامه از بین نوجوانان مراجعه کننده به آن مراکز به طور تصادفی تعداد چهار 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 شبه آزمایشی به تعداد نمونه کمتری نیاز دارد؛ زیرا با افزایش کنترل می توان حجم نمونه را کم کرد. بر این اساس، برای پژوهش های از نوع آزمایشی و علی مقایسه ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می شود (۲۲). ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ قرارگیری در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال؛ دارا بودن سطح تحصیلات پایه تحصیلی بیشتر از سوم ابتدایی؛ نداشتن بیماری روان پزشکی و بیماری پزشکی مستلزم مصرف دارو؛ مصرف نکردن منظم داروهای روان گردان. ملاک های خروج آزمودنی ها از پژوهش شامل داشتن سابقه بستری در بخش روان پزشکی، حضور در جلسه های مشاوره و روان درمانی به غیر از مداخله، شرکت نداشتن منظم در جلسات و همکاری نکردن در تکمیل پرسش نامه ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست منتخب ثبت نام شدند و ثبت اطلاعات جمعیت شناختی آن ها صورت گرفت. اطلاعاتی درباره پژوهش، تعداد جلسه ها، طول هر جلسه، شیوه اداره کلاس، تصادفی سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به نوجوانان ارائه شد و موافقت آن ها برای شرکت در پژوهش به شکل کتبی اخذ شد. اجرای آزمون های پژوهش در مرحله پیش آزمون صورت گرفت و در قالب یک پرونده، نتایج اولیه هر چهار آزمودنی ثبت شد. در مرحله بعد گروه آزمایش، واقعیت درمانی گروهی را هفته ای یک بار در هفت جلسه ۱۲۰ دقیقه ای دریافت کرد و گروه گواه در انتظار ماند. در پایان مداخله های درمانی و دو ماه بعد، مجدداً آزمودنی های گروه آزمایش و گروه گواه، توسط پرسش نامه های پژوهش ارزیابی شدند.

برای جمع آوری داده ها از ابزارها و جلسات درمانی زیر استفاده شد. پرسش نامه سلامت عمومی^۱: این پرسش نامه دارای ۲۸ سؤال است که گلدبرگ و هیلر آن را در سال ۱۹۷۹ به منظور سنجش اختلالات خفیف روانی و به عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در موقعیت های مختلف تدوین کردند (۲۳). این پرسش نامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه های بدنی (سؤال های ۱ تا ۷)؛ کارکرد اجتماعی (سؤال های ۸ تا ۱۴)؛ اضطراب و بی خوابی (سؤال های ۱۵ تا ۲۱)؛ افسردگی وخیم (سؤال های ۲۲ تا ۲۸). همچنین از مجموع نمرات یک نمره کلی به دست می آید. روش نمره گذاری پرسش نامه به طور لیکرتی است که به گزینه ها به صورت (صفر، ۱، ۲، ۳) نمره داده می شود؛ در نتیجه، نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و نمره کل بین صفر تا ۸۴ است (۲۳). در هر مقیاس کسب نمره بیش از ۱۴ و در کل پرسش نامه کسب نمره بیش از ۲۳ نشانه علائم مرضی است (۲۴). چهار مقیاس به طور معناداری مستقل از یکدیگر نیستند و همبستگی های بین زیرمقیاس ها نشان دهنده وجود

عاملی عمومی است (۲۳). اعتباریابی پرسش نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر، دلالت بر پایایی زیاد (۰/۸۰) و روایی مناسب این پرسش نامه داشت (۲۳). در ایران روایی پرسش نامه تأیید شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس های آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به دست آمد (۲۴).

زیرمقیاس مسئولیت پذیری از پرسش نامه روانی کالیفرنیا^۲: برای سنجش میزان مسئولیت پذیری از زیرمقیاس مسئولیت پذیری پرسش نامه روانی کالیفرنیا بهره گرفته شد (۲۵). این پرسش نامه ۴۶۲ سؤال دارد که ۴۲ سؤال آن مربوط به مسئولیت پذیری است. پرسش نامه برای نخستین بار توسط گاف در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سؤال و پانزده ویژگی شخصیتی انتشار یافت. در سال ۱۹۵۷ زیرمقیاس های آن به هیجده عدد افزایش یافت تا اینکه دوباره در سال ۱۹۸۷ تجدیدنظر شد و تعداد سؤالات آن به ۴۶۲ سؤال رسید و زیرمقیاس ها به بیست عدد افزایش پیدا کرد. زیرمقیاس سنجش مسئولیت پذیری (Re) ۴۲ سؤالی، به منظور سنجش ویژگی هایی از قبیل وظیفه شناسی، احساس تعهد، سخت کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطق و احساس مسئولیت استفاده شد. سؤالات پرسش نامه به صورت دو گزینه ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعه هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخ نامه علامت گذاری می کند. پاسخ ها به صورت صفر و ۱ نمره گذاری می شود. نمره بیشتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بیشتر مسئولیت پذیری است (۲۵). پژوهش هایی در زمینه اعتبار بین فرهنگی این پرسش نامه در کشورهای فرانسه، ایتالیا، ژاپن، لهستان، سوئیس و تایوان شناختی کالیفرنیا صورت گرفت که همگی بیانگر اعتبار و قابلیت اعتماد مطلوب آن است (به نقل از ۲۶). همچنین ضرایب پایایی مقیاس مسئولیت پذیری از طریق روش تصنیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری و همکاران به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و اعتبار ملاکی هم زمان این پرسش نامه برابر با ۰/۶۱ گزارش شد (۲۷).

واقعیت درمانی به شیوه گروهی: بسته آموزشی واقعیت درمانی بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت درمانی و کتاب *تئوری انتخاب گلاسر* ترجمه صاحبی (۱۱) طراحی شد و اساتید متخصص آن را ارزیابی کردند. طراحی این بسته بر اساس برنامه ای هفت جلسه ای و به صورت آموزش گروهی و هر هفته یک بار انجام شد. اجرای جلسات توسط پژوهشگر روی نوجوانان گروه آزمایش و با هدف آموزش و کمک به نوجوانان به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب های مخرب به سازنده و از همه مهم تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود بود. موضوعات و اهداف هر جلسه به طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش، تحلیل داده ها از طریق روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونو با در نظر گرفتن سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت. پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توسط آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، لون، ام باکس و کرویت موجلی بررسی شد.

2. California Psychological Inventory (CPI)

1. General Health Questionnaire (GHQ-28)

جدول ۱. محتوای جلسه‌های برنامه واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی

جلسه	هدف	فعالیت
اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و اهداف، ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و ایجاد احساس تعلق به گروه در اعضا، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت‌درمانی و اهمیت مسئولیت‌پذیری، شادکامی ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما (توضیح تفاوت و شباهت‌های بین افراد و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسر) (روش تدریس سخنرانی همراه با بحث گروهی)، آموزش روش‌های خوب‌نشدن‌داری 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
دوم	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه 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 نحوه عمل هر کدام، آموزش تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، آموزش یکپارچه‌کردن اجزای رفتار برای شکل‌دهی رفتار کلی
سوم	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم‌گیری، اهمیت تصمیم‌گیری، مراحل تصمیم‌گیری	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه (بین چهار رفتار کلی به‌وجود می‌آید) و رفتارهای اجباری با ارائه 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 در نظر گرفتن دو ویژگی واقع‌گرا بودن و مسئولانه بودن
چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خودارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی	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، غرزدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)، تأکید بر لزوم ترک این رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین کردن هفت عامل ارتباطی مؤثر شامل حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش‌دادن و گفت‌وگو
پنجم	تبدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت‌بخش، تأکید بر زندگی در زمان حال	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.
ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر، نقش انسان در کنترل رفتار	شیوه حفظ و افزایش تغییرات، نام‌نوشتن 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 خلاصه جلسه‌ها و نتیجه‌گیری اعضای گروه با کمک مشاور
هفتم	چگونگی حفظ تغییرات به‌وجودآمده	

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان گروه آزمایش $14/95 \pm 2/59$ سال و گروه گواه $14/90 \pm 2/71$ سال بود. به این صورت که ۲ نفر (۱۰ درصد) از نوجوانان گروه آزمایش ۱۳ سال، ۴ نفر (۲۰ درصد) ۱۴ سال، ۹ نفر (۴۵ درصد) ۱۵ سال، ۳ نفر (۱۵ درصد) ۱۶ سال و ۲ نفر (۱۰ درصد) ۱۷ سال داشتند. در گروه گواه، سن ۱ نفر (۵ درصد) از نوجوانان ۱۲ سال، ۵ نفر (۲۵ درصد) ۱۴ سال، ۱۰ نفر (۵۰ درصد) ۱۵ سال، ۳ نفر (۱۵ درصد) ۱۶ سال و ۱ نفر (۵ درصد) ۱۸ سال بود. از نظر مدت حضور در مرکز، ۱۳ نفر (۶۵ درصد) از نوجوانان هریک از گروه‌ها سابقه حضور بین ۸ تا ۵ سال و ۷ نفر (۳۵ درصد) از نوجوانان هریک از گروه‌ها سابقه حضور بین ۴ تا ۱ سال را داشتند. از نظر وضعیت سرپرستی نیز ۱۳ نفر (۶۵ درصد) از نوجوانان گروه

آزمایش و ۱۵ نفر (۷۵ درصد) از نوجوانان گروه گواه بی‌سرپرست و بقیه بدسرپرست بودند. سطح تحصیلات ۹ نفر (۴۵ درصد) از نوجوانان گروه آزمایش پایان دوره ابتدایی و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) از آنان پایان دوره راهنمایی و سطح تحصیلات ۱۰ نفر (۵۰ درصد) از نوجوانان گروه گواه پایان دوره ابتدایی و ۱۰ نفر (۵۰ درصد) از آنان پایان دوره 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.

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

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

نتایج این آزمون‌ها معنادار نبود ($p > 0/05$). همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون کرویت موچلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز معنادار نبود ($p > 0/05$); بنابراین داده‌ها مفروضه 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 درجه آزادی استفاده کرد؛ از این رو، 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.

اطلاعات جدول ۲ حاکی از 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 کولموگوروف اسمیرنوف 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-کوواریانس استفاده شد که

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	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آماری
سلامت عمومی	اثر آموزش	۱۷۳/۴۰	۱	۱۷۳/۴۰	۲۴/۴۵	< 0/001	0/47	1
	اثر متقابل	۲۴۰	۱	۴۲۰	۳۳/۸۴	< 0/001	0/54	1
	خطا	۱۹۸/۶۰	۳۸	۷/۰۹				
	گروه	۲۶۰/۱۰	۱	۲۶۰/۱۰	۴/۴۱	0/029	0/13	0/54
مسئولیت‌پذیری	اثر آموزش	۹۳/۷۵	۱	۹۳/۷۵	۲۲/۱۳	< 0/001	0/44	1
	اثر متقابل	۶۶/۱۵	۱	۶۶/۱۵	۱۵/۶۲	< 0/001	0/36	1
	خطا	۱۱۸/۶۰	۳۸	۴/۲۴				
	گروه	۲۱۴/۶۸	۱	۲۱۴/۶۸	۴/۲۳	0/034	0/13	0/51
	بین‌گروهی	۴۳۰۹/۷۸	۳۸	۱۵۳/۹۲				

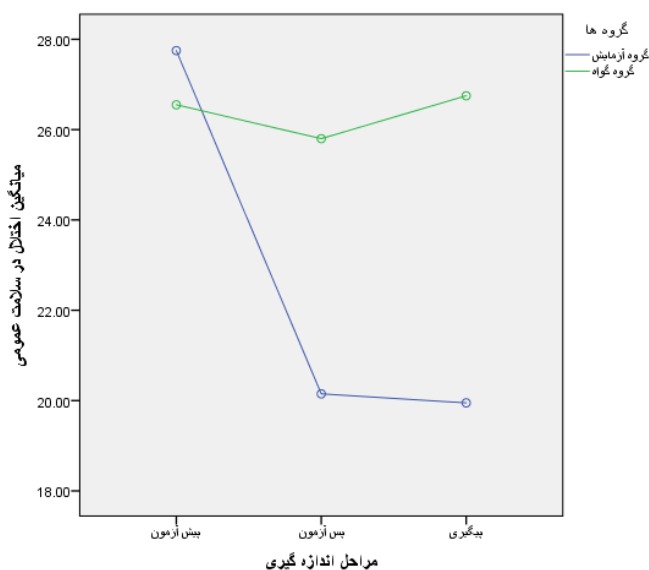
باتوجه به نتایج جدول ۳ و معناداربودن عامل‌ها در درون‌گروهی می‌توان گفت، بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین، با معناداربودن منبع گروه در بین گروه‌ها، بین گروه آزمایش و گروه گواه از نظر سلامت عمومی ($p = 0/029$) و مسئولیت‌پذیری ($p = 0/034$) تفاوت معنادار وجود داشت. مقدار اندازه اثر تعامل آموزش و عضویت گروهی نشان داد، ۵۴ درصد از تغییرات سلامت عمومی و ۳۶ درصد از تغییرات مسئولیت‌پذیری در یک گروه، ناشی از تأثیر واقعیت‌درمانی بود؛ درحالی‌که مقدار اندازه اثر بین‌گروهی برای این دو متغیر مشخص کرد، ۱۳ درصد از تفاوت

سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان در بین دو گروه، ناشی از 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 $p < 0/001$ و $p = 0/007$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/001$) معنادار بود. همچنین تفاوت میانگین نمره‌های سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری (به‌ترتیب $p = 0/779$ و $p = 0/806$) نشان می‌دهد که اثر مداخله در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و در طول زمان پایدار بوده است.

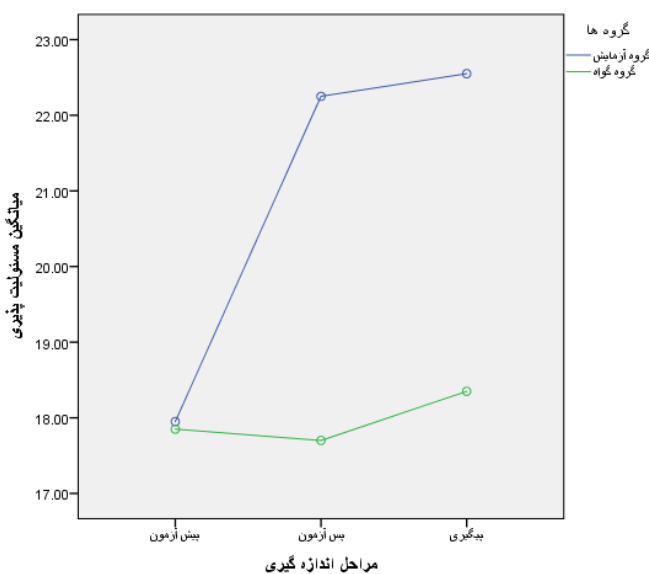
جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

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

نمودارهای تغییرات مراحل پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شود. اطلاعات نمودارهای گروه گواه در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می‌شود. اطلاعات نمودارهای



شکل ۱. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمره سلامت عمومی در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه



شکل ۲. نمودار مقایسه‌ای میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه

نادرست ارضا کند (به نقل از ۲۹)؛ از این رو، برنامه‌های آموزشی در جهت تقویت مسئولیت‌پذیری و ارتقای مهارت‌های ارتباطات فردی در کمک 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 به سوی کسب رفتار واقع‌بینانه و مسئولانه، کسب هویتی موفق، کمک به اعضای گروه برای داوری ارزشی درباره خود، اتخاذ تصمیم برای طرح‌ریزی و اقدام به تغییر، در کنار خصوصیات و ویژگی‌های مشترک افراد، نگرشی متفاوت را در مقایسه با ابتدای دوره 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. در مجموع، واقعیت‌درمانی به دلیل کمک به نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست برای تعیین اهداف مهم زندگی، قبول واقعیت، ارضای نیازهای خود به صورت مؤثر و کارآمد، دست‌زدن به انتخاب‌های بهتر و کارآمدتر و یادگیری رفتارهای مسئولانه‌تر می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست جلوگیری کند؛ در نتیجه موجب بهبود سلامت عمومی و افزایش مسئولیت‌پذیری آنان شود.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود؛ به دلیل مخالفت انتخاب مراکز دخترانه توسط برخی مسئولان مؤسسه‌ها، پژوهش روی نوجوانان پسر انجام شد؛ از این رو 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. به علاوه، ذکر این مسئله ضروری است که در مطالعه حاضر اعضای گروه‌ها از نظر علل بی‌سرپرست و بدسرپرست بررسی نشدند. محققان برای انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل مشکلاتی مثل سیال بودن مکان اقامت این نوجوانان، برگزاری اردوها، برنامه‌های ورزشی و امکان ترخیص شدن، دارای محدودیت بودند که مناسب است مطالعات آتی با ملاحظه این محدودیت‌ها صورت پذیرد. با توجه 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 زمینه 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 نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست تأیید کرد؛ پس این شیوه درمانی می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای افزایش سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌کار رود.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت عمومی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از 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 اثربخش بودن واقعیت‌درمانی را بر بهبود انواع مؤلفه‌های 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 با معنا 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 با هم همبستگی دارند و عامل کلی روشنی را ایجاد می‌کنند (۱۴)؛ بنابراین تغییر شناختی و نگرشی نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست منجر به بهبود سلامت روانی آنان به دلیل استفاده از راهبردهای مؤثر مقابله‌ای می‌شود. در مجموع، واقعیت‌درمانی به دلیل کمک به افراد برای تعیین اهداف مهم زندگی، قبول واقعیت، ارضای نیازهای خود به صورت مؤثر و کارآمد، دست‌زدن به انتخاب‌های بهتر و کارآمدتر و یادگیری رفتارهای مسئولانه‌تر می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات در فرد جلوگیری کند؛ در نتیجه موجب افزایش سلامت روانی می‌شود.

همچنین، یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش مسئولیت‌پذیری نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود. این یافته به‌طور کلی همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر افزایش مسئولیت‌پذیری (۱۹) و تاب‌آوری (۱۳) نشان دادند. به‌گفته گلاسر، گذشته بر رفتار کنونی ما مؤثر است؛ ولی تعیین‌کننده 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. در واقع، ما باید مسئول آنچه انتخاب می‌کنیم باشیم (به نقل 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 شیوه رفتاری هر کس بستگی به تصمیمات او دارد. در این رویکرد کسی بیمار به‌شمار می‌آید که نتواند نیازهای اساسی خود را در حیطه واقعیت و پذیرش مسئولیت و تشخیص موارد درست و

۶ تشکر و قدردانی

کلاس، تصادفی سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به نوجوانان شرکت کننده در پژوهش ارائه شد؛ همچنین موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به شکل کتبی اخذ شد.

از تمامی نوجوانان شرکت کننده در پژوهش و مسئولان مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی کردند، تشکر و قدردانی می شود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کند، هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

اطلاعاتی درباره پژوهش، تعداد جلسه ها، طول هر جلسه، شیوه اداره

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1080/21642850.2014.987778)
5. Pourgonabadi H. Barrasiye asar bakhshiyeh 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 Analytical-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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1177/1534650113496869)
13. Shamel 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://npwj.ajaums.ac.ir/article-1-658-en.html>
15. Rahmati Sagharani S, Kolahi P, Khoroushi M, Abed Y. Asar bakhshiyeh vagheiyat darmani bar kefiyat zendegi va khastegi dar bimiran 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](https://doi.org/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.

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 زندان 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. Tabatabaie N, Tabatabaie 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.