

# اثربخشی واقعیت درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه

مسعود قربانعلی پور<sup>۱</sup>

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد خوی

محمود نجفی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه سمنان

زهرا علیرضالو

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد تبریز

منیره نسیمی

دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات

پذیرش: ۹۳/۶/۷

دریافت: ۹۳/۴/۱۰

---

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و گواه بود. بدین منظور از جامعه آماری که شامل کلیه زنان مطلقه بود تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله روی گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و امیدواری اسنایدر بودند به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

---

1. masoodghorbanalipour@yahoo.com

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که واقعیت درمانی در افزایش شادکامی و امیدواری اثربخش می باشد ( $P > 0/0001$ ).

**نتیجه گیری:** مداخله آموزشی مبتنی بر واقعیت درمانی می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه مورد استفاده قرار بگیرد.

**واژگان کلیدی:** واقعیت‌درمانی، شادکامی، امیدواری، زنان.

## مقدمه

طلاق<sup>۱</sup> فرایندی است که با تجربه ی بحران عاطفی هر دو زوج شروع می شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد (گاتمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از نریمانی، عباسی، بگیان و بختی، ۱۳۹۳). در ایران از هر هزار ازدواج حدود دویست مورد (۲۰ درصد) به طلاق می انجامد (زارعی و یونسی، ۱۳۸۹، به نقل از زارعی محمود آبادی، ۱۳۹۱). اکثر کارشناسان طلاق را مهمترین و جدی ترین معضل اجتماعی نام می برند که می تواند پیامدهای ناگواری به همراه داشته باشد (حصاری، ۱۳۸۷، به نقل از قمری، خشنودی و رفیعی، ۱۳۹۱). پیامد های طلاق نیز شامل اختلال های خلقی<sup>۳</sup>، اختلال های اضطرابی<sup>۴</sup>، سوء مصرف مواد<sup>۵</sup>، تغییر در سبک زندگی و خودپنداره، تضعیف عملکرد شغلی، تغییر در روابط اجتماعی و کاهش حمایت اجتماعی می باشد (گارنر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸) و علاوه بر سیستم خانواده سیستم اجتماع را نیز درگیر می کند (گاتمن، ۱۹۹۳، به نقل از شیخی، خسروی، غریبی، قلی زاده و حسین زاده، ۱۳۹۰). اگر چه پیامد های منفی طلاق، هر دو زوج را گرفتار می سازد اما بدون شک با توجه به تحقیقات پیشین در این زمینه، آسیب پذیری زنان متعاقب طلاق بیشتر از مردان است (گالر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). جامعه و خانواده از یک سوی و نیازهای اقتصادی از سوی دیگر این مشکلات را تشدید می کنند (کالمین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰، ساکاتا و مک کینزی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱، به نقل از غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

1. divorce
2. Guttman
3. mood disorder
4. anxiety disorder
5. drug abuse
6. Garner
7. Gahler
8. kalmijn
9. Sakata &McKenzei

از جمله تبعات طلاق کاهش میزان شادکامی<sup>۱</sup> و امیدواری<sup>۲</sup> است. در مباحث روان‌شناختی تعاریف متعددی از شادکامی وجود دارد. توافق عمومی بر این است که شادکامی یک حالت درونی مثبت در روان فرد است. اما نقطه عدم توافق در مورد شادکامی این است که آیا شادکامی مقیاس یک فکر است یا یک هیجان (دارت، گارسیا، گیاناراکسی و لیما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). کسانی که معتقدند شادکامی احساس است بیان می‌کنند که شادکامی تحت تأثیر تغییرات ناگهانی در خلق فرد است و نسبت به خلق حساس بوده و مانند هیجانات عمل می‌کند اما کسانی که معتقدند شادکامی شناختی است می‌گویند شادی دارای یک نقطه شروع است که در سراسر زندگی ثابت بوده و تحت تأثیر عوامل زیستی است (فرو، سفیک و ایمانز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). اما عده‌ای نیز هستند که عقیده دارند شادکامی مخلوطی از این دو عامل است (باردو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

از دید روانشناسان دو نوع شادکامی وجود دارد: نوعی از آن از رهگذر شرایط محسوس زندگی حاصل می‌شود که به آن حالت عینی شادکامی و نوع دیگر متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که به شادکامی ذهنی یا احساس شادکامی تعبیر می‌شود. طبق شواهد، احساس شادکامی مولد انرژی، شور، نشاط، حرکت و پویایی است همچون سپری می‌تواند آدمی را در برابر استرس‌ها و مشکلات محافظت و سلامت جسمی و روانی را تضمین کند (هیلز و آرگیل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در این راستا دنی و استینر<sup>۷</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که فاکتورهای درونی مانند: منبع کنترل<sup>۸</sup>، خودکنترلی و اعتماد به نفس، به مراتب بیش‌تر از عوامل بیرونی با میزان شادکامی رابطه دارند. تامیر<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) گزارش داد افرادی که برون‌گرایی بالایی دارند، تمایل بیشتری به فعالیت‌هایی دارند که برای آنها توأم با شادکامی است ولی درون

1. happiness
2. hopefulness
3. Duarte, Garcia, GiannaraKis,&Limao
4. Froh, Sefick, & Emmons
5. Bardo
6. Hills& Argyle
7. Denny, & Steiner
8. locus of control
9. Tamir

گراها به چنین فعالیت‌هایی تمایل کمتری نشان می‌دهند. بنا به تحقیق کاکس<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) از پیش بین‌های شادکامی می‌توان به حمایت‌های اجتماعی، حالات شخصیتی، موسیقی، هنر، فعالیت‌های اجتماعی و جنسی، محیط و طبیعت، استراحت و آرامش و... اشاره کرد.

یکی دیگر از تبعات طلاق کاهش میزان امیدواری است. امید سازه‌ای بسیار نزدیک به خوشبینی است، اسنایدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مولفه مفهوم سازی کرده است: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار<sup>۳</sup> و انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. طبق این مفهوم سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد. جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیر ضروری است. جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نومید می‌شویم. طبق این مفهوم سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند (کار، ۱۳۸۵). در پژوهش‌های مختلف نیز مشخص شده که امیدواری با کاهش میزان تنیدگی (فلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، کاهش میزان اضطراب موقعیتی (دیویس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵)، سازگاری مطلوب‌تر با بیماری (استانتون، دانوف بورگ و هاگینز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) و توانایی حل مساله (اسنایدر، ۲۰۰۲) همراه می‌باشد.

با توجه به آنچه گفته شد کاهش شادکامی و پایین آمدن سطح امیدواری افراد مطلقه، یکی از چالش‌های امروز روان‌درمانی می‌باشد و یافتن راهی برای افزایش شادکامی و امیدواری مخصوصاً در زنان مطلقه نیازمند توجه فزون‌تری می‌باشد. در این راستا رویکردهای درمانی بسیاری ایجاد شده و به کار گرفته شده‌اند. اما یکی از رویکردهای درمانی که بر

---

1. Cox  
 2. Snyder  
 3. agency  
 4. Fleeson  
 5. Davis  
 6. Stanton, Danoff- Burg & Huggins

امیدواری و شادکامی تأثیر بسزایی دارد رویکرد واقعیت درمانی<sup>۱</sup> گلاسر<sup>۲</sup> (نظریه انتخاب<sup>۳</sup>) است (ووبولدینگ و بریکل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

واقعیت درمانی گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (جونز و پاریش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). نظریه انتخاب اعلام می‌دارد هر موجود آدمی از ۵ نیاز اساسی برخوردار است که عبارتند از: بقا، محبت و تعلق پذیری، قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح که ما را در زندگی برانگیخته می‌کنند. هر یک از ما از تمام این نیازها برخورداریم ولی نیرومندی آنها تفاوت دارد (کری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس نظر گلاسر هر فرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت احساس شادمانی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد و باور کند که سررشته امور زندگی اش در دست خودش است و خود می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد (بدنر و پترسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از مرادی شهر بابک، قنبری هاشم آبادی، آقامحمدیان شعرباغ، ۱۳۸۹). نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که ما نیازهای خود را مستقیماً ارضا نمی‌کنیم. آنچه ما انجام می‌دهیم این است که هر کاری را که انجام می‌دهیم و باعث می‌شود احساس خیلی خوبی کنیم، حفظ می‌نماییم. ما این دانش را در محل خاصی از مغزمان ذخیره می‌کنیم که دنیای کیفی<sup>۸</sup> نامیده می‌شود. انسانها مهم‌ترین عنصر دنیای کیفی ما و کسانی هستند که بیش از همه دوست داریم با آنها ارتباط داشته باشیم (روس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). هدف اصلی واقعیت درمانی امروزی این است که به درمانجویان کمک کند با افرادی که آنها را برای راه دادن به دنیای کیفی خود انتخاب

---

1. reality therapy  
 2. Glasser  
 3. choice theory  
 4. Wubbolding, Brickel  
 5. Jones, Parish  
 6. Core  
 7. Bedner & Peterson  
 8. quality world  
 9. Rose

کرده اند ارتباط یا ارتباط مجدد برقرار کنند. هدف درمان علاوه بر ارضا کردن نیاز به محبت و تعلق پذیری این است که به درمانجویان کمک کند راههای بهتر ارضا کردن تمام نیازهای خود را یاد بگیرند. واقعیت درمانی امروزی سریعاروی رابطه ناخوشایند یا فقدان رابطه تمرکز می کند که معمولاً علت مشکلات درمانجویان است (کری، ۲۰۰۵).

این نظریه روی آنچه که درمانجویان می توانند در روابط کنترل کنند، تمرکز می کند و معتقد است که مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می شود برای مثال یک فرد ناامید و افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه، یا گذشته اسفبار می اندازد و لذا مسئولیت آن را نمی پذیرد (ووبولدینگ و بریکل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

در خصوص اثربخشی این رویکرد پژوهش‌های بسیاری صورت پذیرفته است برای مثال کیم<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی که بر روی بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی صورت پذیرفت به این نتیجه دست یافت که واقعیت درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مؤلفه های کنترل درونی، عزت نفس و مقابله با استرس گردیده است. در پژوهشی که توسط ترنر<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد واقعیت درمانی به منظور تعادل در رفتار بیماران مزمنی که دچار آسیب روانی شده‌اند صورت گرفت، نتایج حاکی از نشانه های بهبودی در گروه آزمایش در پایان جلسات بود. ریدر<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی دانش آموزان نشان داد که واقعیت درمانی با کاهش علائم افسردگی، افزایش عزت نفس و افزایش احساس ارزشمندی همراه می باشد.

حال با توجه به افزایش آمار طلاق از یک طرف و مشکلات همراه آن بخصوص برای زنان مطلقه، همچنین ادعای رویکرد گلاسر مبنی بر افزایش میزان احتمال موفقیت، شادکامی، امیدواری و دیگر جنبه های مثبت ماهیت انسان به صورت مسئولیت پذیری و افزایش میزان

1. Wubbolding, Brickel  
2. Kim  
3. Turner  
4. Reeder

کنترل درونی و همینطور با عنایت به فقدان پژوهش در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی در افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه، این پژوهش در صدد است اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه مورد پژوهش قرار دهد.

## روش

طرح پژوهش: طرح این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

شرکت‌کنندگان: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه ی زنان مطلقه شهرستان خوی بودند. برای تعیین نمونه، ابتدا تمامی زنانی که طی ۴ سال اخیر طلاق گرفته بودند، از طریق تماس تلفنی و چاپ آگهی از اجرای این پژوهش آگاه شدند. از بین ۵۳ نفری که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند ۴۶ نفر واجد حضور در پژوهش بودند که از این تعداد با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به نمونه پژوهشی عبارت بودند از: (۱) مراجع تحت دارو درمانی یا روان‌درمانی نباشد (۲) فرد بیماری جسمانی یا عصب‌شناختی خاصی نداشته باشد و (۳) از مدت طلاق یک سال گذشته باشد.

ابزار: ۱- پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط آرگایل و لو<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۲۹ ماده می‌باشد. هر یک از سوال‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین حداکثر نمره ی کل آزمون ۸۷ می‌باشد. شایان ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کربنخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار دادند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را بدست آوردند.

1. Oxford Happiness Inventory  
2. Argyle & Lu

همچنین علی پور و نور بالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر ایرانی ۰/۹۳ بدست آوردند. روایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد، مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگیل، ۲۰۰۱؛ فورنهام و چون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). فرانسیس، براون، لستر و فیلیپ<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) همبستگی منفی معنادار ۰/۵۲ و بیانی (۱۳۸۵) همبستگی منفی معنادار ۰/۶۵ را بین نتایج این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده‌اند. علاوه بر آن، در تحقیق علی پور و نور بالا (۱۳۷۸) و عابدی، جعفری و لیاقتدار (۱۳۸۵) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش روایی صوری مورد تایید قرار گرفته است.

۲- پرسشنامه امیدواری اسنایدر<sup>۳</sup>. مقیاس امیدواری اسنایدر که توسط گروه اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شده است و شامل اندازه‌گیری خودگزارشی صفت و حالت امیدواری می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال هشت‌گزینه‌ای است که آزمودنی از بین پاسخ‌های کاملاً موافق، بسیار موافق، موافق، کمی موافق، کمی مخالف، مخالف، بسیار مخالف و کاملاً مخالف که به ترتیب نمره ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ می‌گیرد و در نهایت نمره امیدواری در محدوده ۸-۶۴ است. قابل ذکر است که سوالات ۳، ۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند و بنابراین نمره ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. اعتبار و پایایی این آزمون توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) فراهم شده است که آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آمده است. علاالدینی (۱۳۸۷) این مقیاس را از لحاظ پایایی و روایی مورد بررسی قرار داده و نتیجه حاکی از این بود که این پرسشنامه همبستگی معناداری با خوشبینی که ۰/۶۴ بوده داشته است. کرمانی، خداپناهی و حیدری (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید شنایدر پرداخته‌اند. در این بررسی نیز پایایی حاصل از شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین در روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختاری دو عاملی و راهبردی است.

1. Furnham, & Chon  
2. Francis, Brown, Lester, & Philip  
3. Snyder Hopefulness Inventory

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی های لازم با سازمان بهزیستی شهرستان خوی اطلاع رسانی برای جذب داوطلبین برای شرکت در جلسات آموزشی واقعیت درمانی انجام شد. تعداد ۵۳ نفر تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند که از این تعداد ۷ نفر (به دلیل ابتلا به بیماریهای جسمانی یا روان شناختی) فاقد شرایط برای حضور در پژوهش بودند. از بین مراجعان باقی مانده ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. بعد از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از شرکت کنندگان خواسته شد در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود و در این جلسه فرم همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد. همچنین پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه ی مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ فرد یا سازمانی قرار نمی گیرد و نتایج به صورت گروهی و بدون ذکر نام مراجعان ارائه خواهد شد. برای سهولت شرکت کنندگان، ساعات جلسات درمانی با توجه به شرایط کاری مراجعان برنامه ریزی شد. به آزمودنی های گروه گواه این اطمینان داده شد که بعد از انجام پژوهش جلسات درمانی برای آنها نیز به طور کامل اجرا خواهد شد. در این جلسه مراجعان دو پرسشنامه امیدواری و شادکامی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه درمان هفتگی ۹۰ دقیقه ای شرکت کردند و آزمودنی های گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی مجدداً هر دو گروه پرسشنامه های شادکامی و امیدواری را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. در پایان به منظور تجطیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss 19 و روش آماری تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود:

### جدول ۱. خلاصه محتوی جلسات درمانی

<b>جلسه اول</b>	اهمیت و نقش مهارت های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه.
<b>جلسه دوم</b>	شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آن‌ها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها.
<b>جلسه سوم</b>	دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد زندگی فعلی شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی.
<b>جلسه چهارم</b>	توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به طور غیر مستقیم و با کنترل عمل و تفکر می توان کنترل کرد.
<b>جلسه پنجم</b>	تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار کنونی برای رسیدن به اهدافشان و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهایشان چه کمکی می تواند بکند.
<b>جلسه ششم</b>	دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی شان، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی.
<b>جلسه هفتم</b>	آشنایی اعضا با مسئولیت های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی می شوند.
<b>جلسه هشتم</b>	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریع تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به اهداف.
<b>جلسه نهم</b>	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای افزایش شادکامی و امیدواری تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ گونه عذر و بهانه.
<b>جلسه دهم</b>	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر که منجر به افزایش شادکامی و امیدواری است، می باشد.

### یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. از آنجا که هر گروه دو بار در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفته است. ابتدا در جدول ۲ میانگین

و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات شادکامی و امیدواری در هر دو گروه نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات امیدواری و شادکامی

مراحل	گروه	شادکامی		امیدواری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۱/۷۳	۷/۷۵	۳۹/۷۳	۵/۳۵
	کنترل	۲۸/۷۲	۶/۲۳	۴۳/۴۰	۶/۴۳
	کل	۲۵/۲۳	۶/۴۶	۴۱/۵۶	۶/۱۲
پس‌آزمون	آزمایش	۳۶	۹/۱۷	۴۷/۸۰	۴/۶۳
	کنترل	۲۸/۸۰	۷/۷۱	۴۳/۲۶	۶/۵۷
	کل	۳۲/۴۰	۸/۳۵	۴۵/۵۳	۵/۲۱

برای بررسی پیش فرض تحلیل کوواریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد. آماره ام. باکس برابر با ۲/۳۴ و مقدار آماره F این آزمون برابر با ۱/۳۱ بود. سطح معناداری نیز برابر ۰/۲۱ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رعایت شده است. همچنین به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که مقدار آماره F این آزمون برابر ۰/۷۹ و سطح معناداری برابر با ۰/۴۶ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون در خصوص شادکامی رعایت شده است. در خصوص امیدواری نیز مقدار F برابر با ۰/۸۴ و سطح معناداری ۰/۵۳ و بزرگتر از ۰/۰۵ بود که در نتیجه این مفروضه در خصوص امیدواری نیز رعایت شده است. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون امیدواری و شادکامی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه میانگین جامعه نمرات متغیرهای

وابسته

منابع	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۳۵/۳۰	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود تفاوت دو گروه در جامعه متغیرهای وابسته معنی دار است [  $F(2, 25) = 35/30, P < 0/0001$  ]. از آنجایی که آزمون فوق تنها حاکی از تفاوت معنی دار گروهها در جامعه متغیرهای وابسته می باشد و به منظور بررسی اثر گروه بر هر یک از متغیرهای پژوهش از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری پس آزمون امیدواری و شادکامی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور اتا	توان آزمون
پیش آزمون افسردگی	شادکامی	۲۵۰۰/۶۵	۱	۲۵۰۰/۶۵	۸۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
	امیدواری	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۰۳	۰/۰۵
پیش آزمون شادکامی	شادکامی	۴۳/۲۰	۱	۴۳/۲۰	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۲
	امیدواری	۱۴۰۳/۱۵	۱	۱۴۰۳/۱۵	۱۵۵/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۱
گروه امیدواری	شادکامی	۱۴۹۶/۳۵	۱	۱۴۹۶/۳۵	۵۲/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
	امیدواری	۴۱۸/۸۴	۱	۴۱۸/۸۴	۴۶/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
خطا	شادکامی	۷۳۸/۲۲	۲۶	۲۸/۳۹				
	امیدواری	۲۳۴/۹۱	۲۶	۹/۰۳				
کل	شادکامی	۳۷۶۰۰۰	۳۰					
	امیدواری	۶۴۸۸۲	۳۰					

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت دو گروه در میزان شادکامی در مرحله پس آزمون معنی دار است [ $F(1, 26) = 52/70, P < 0/0001$ ]. همچنین تفاوت دو گروه در میزان امیدواری در مرحله پس آزمون معنی دار است [ $F(1, 26) = 46/35, P < 0/0001$ ]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی باعث افزایش شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه بود. در این راستا مشخص شد که واقعیت درمانی اثربخشی بالایی را در افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه دارد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر که اثربخشی واقعیت درمانی را نشان داده بودند همسو و هماهنگ است. برای مثال نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (۲۰۰۹) که با استفاده از رویکرد واقعیت درمانی در صدد ایجاد تعادل در رفتار بیماران مزمنی که دچار آسیب روانی شده‌اند صورت گرفت و نتایج آن حاکی از نشانه‌های بهبودی در گروه آزمایش بود همسو می‌باشد. این نتایج با یافته‌های پژوهش ریدر (۲۰۱۱) که در پژوهشی بر روی دانش آموزان نشان دادند که واقعیت درمانی با کاهش علائم افسردگی، افزایش عزت نفس و افزایش احساس ارزشمندی همراه می‌باشد هماهنگی می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش آقای (۱۳۸۸) که حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش میزان امید و سلامت روان و نرخ باروری زنان نابارور بوده [همسو می‌باشد]. همچنین با نتایج پژوهش خالقی عباس آبادی (۱۳۸۸) که نشان داد واقعیت درمانی به شیوه گروهی شادکامی و سلامت روان دختران مقطع متوسطه را افزایش می‌دهد، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان نکات زیر را مورد توجه قرار داد. واقعیت درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. مسئولیت‌پذیری نیز به نوبه خود به عمل منتهی

می‌شود. وقتی افراد مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند آنگاه فرمانده اصلی زندگی می‌باشند و می‌توانند تفکرات و نگرشها را تغییر دهند و یکسری اعمال اصلاحی انجام دهند، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و هیجانات خود را بپذیرند و با آنها کنار بیایند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش شادکامی و امیدواری خواهد بود.

واقعیت‌درمانی کنترل‌درونی را در افراد تقویت می‌کند. در واقع این روش درمانی به افراد می‌آموزد که خوشبختی آنها و موفقیت آینده آنها نه در اتفاقات تلخ گذشته بلکه در دستان خود آنهاست و آنها می‌توانند آینده خود را همانگونه که دوست دارند رقم بزنند. واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد که خوشبختی یا بدبختی امروز ما به دلیل رفتارها و اعمال دیگران نیست بلکه خود ما هستیم که زمینه‌ساز خوشبختی یا بدبختی خود می‌شویم. افزایش کنترل‌درونی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و در نتیجه زمینه‌ساز شادکامی و امیدواری می‌شود. از دیگر دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی، افزایش توان حل مسئله در افراد است. این رویکرد درمانی به افراد می‌آموزد که در برابر سختی‌ها و مشکلات نباید فرار کرد و مسائل پیش‌آمده را به گردن دیگران انداخت بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش‌آمده را پذیرفت و در راستای حل آن مشکلات تمام توان خود را به کار بست. این فرایند به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات برحل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات میزان شادکامی و امیدواری نیز افزایش می‌یابد. از دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی این است که به افراد می‌آموزد با به دست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کرده زیرا وقتی شیوه زندگی یکنواخت (عاداتی) و به قدر کافی عمیق باشد می‌تواند به یک‌گور تبدیل شود و افراد را زیر سستی ناشی از بی‌حرکی مدفون کند. این رویکرد به افراد آموزش می‌دهد، برای داشتن زندگی با معنا باید با دقت به جستجوی راه‌هایی برای تغییر باشند، گشودگی و پذیرش دایمی به سوی تغییر حتی در اوج آسایش و راحتی به زندگی شادابی و امیدواری می‌بخشد. از محدودیت‌های عمده این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی جدید می‌باشد. همچنین کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده

پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، سوگیری‌هایی وجود داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف درمان اختلال افسردگی اساسی با حضور درمانگران و آزمونگران غیر همسان صورت پذیرد.

### سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مراکز مشاوره و مداخله در بحران اجتماعی و کاهش طلاق شهر خوی و کلیه‌ی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

### منابع فارسی

- آقایی، اصغر. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی بر افزایش میزان امید و سلامت روان بر نرخ باروری زنان تخمک‌اهدایی. پایان‌نامه دکتری مشاوره واحد خوراسگان اصفهان.
- بیانی، علی اصغر. (۱۳۸۵). پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی مک گریلو جوزف. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی: (۲۹): ۷۳-۸۳
- خالقی عباس آبادی، سمیه. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر روش واقعیت‌درمانی بر افزایش شادکامی و سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه بهشتی تهران.
- زارعی محمود آبادی، حسن. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبکهای دلبستگی و ویژگیهای شخصیتی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های میل به طلاق در زوجهای عادی و متقاضی طلاق شهر یزد، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲ (۴): ۵۷۶-۵۵۴.
- شیخی، خالد؛ خسروی، جمال؛ غریبی، حسن؛ قلی‌زاده، زلیخا و حسین‌زاده، میکائیل. (۱۳۹۰). درک معنای طلاق و کشف پیامدهای مثبت آن (مطالعه‌ای کیفی)، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده (۱): ۶۴-۷۷.

- عابدی، محمد رضا؛ میر شاه جعفری، ابراهیم و لیاقتدار، محمد جواد. (۱۳۸۵). *هنجار یابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه اصفهان. فصلنامه اندیشه و رفتار*: (۱۲): ۹۵-۱۰۰
- علال‌الدینی، زهره؛ کجیاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۷). *بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱(۴): ۶۸-۷۶.
- علیپور، احمد و نور بالا، احمد علی. (۱۳۷۸). *بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. مجله اندیشه و رفتار*: (۱۸): ۵۵-۶۵
- غلامی، علی و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰). *اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳): ۳۲۱-۳۴۸.
- فرقدانی، آزاده؛ نوابی نژاد، شکوه و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). *طراحی یک مدل علی بر مبنای توجه و حضور کامل ذهن، عدم مقاومت وجودی در برابر زندگی و اجتماعی بودن با تمرکز بر معنا جویی در زندگی. مجله تحقیقات زنان*، ۳(۱): ۱۱۲-۱۲۹.
- کار، آلان. (۱۳۸۵). *روان شناسی مثبت، ترجمه: حسن پاشاشریفی و جعفرنجفی زند، تهران: سخن کرمانی، زهرا؛ خداپناهی، محمد کریم وحیدری، محمود. (۱۳۹۰). ویژگی های روان سنجی مقیاس امیدواری اسنایدر، فصلنامه روان شناسی کاربردی*: (۱۹): ۷-۲۳.
- قمری گیوی، حسین؛ خشنودی نیا، بهنام و رفیعی، حیدر. (۱۳۹۱). *مقایسه هیجان خواهی و عملکرد خانواده در افراد مطلقه، در حین طلاق و عادی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۴): ۵۱۹-۵۳۶.
- مرادی شهر بابک، فاطمه، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱(۲): ۲۲۷-۲۳۸.
- مشکی، مهدی، شاه قاسمی، زهره، دلشاد نوقابی، علی، مسلم، علیرضا. (۱۳۸۸). *بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با طلاق از دیدگاه زوجین مطلقه شهرستان گناباد در سالهای ۱۳۸۷-۸۸. مجله دانش*، ۱۷(۵۱): ۳۵-۴۴.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله، محمد جواد و بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). *مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل*

طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴ (۱): ۱-۲۸.

### منابع لاتین

- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, 11, 1011-1017
- Bardo, A. R. (2010). The comparability of Happiness and life satisfaction: A life course approach. M.A thesis. Miami university. Oxford. Ohio.
- Corey, G. (۲۰۰۵). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Ca: Brooks – Cole.
- Cox, Keith. (2012). Happiness and unhappiness in the developing world: life satisfaction among urban, rural residents. *Journal of Happiness studies*: 128-130.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14, PP. 253- 272
- Denny, G. K & Steiner, H. (2009). External and internal factors influencing happiness in elite collegiate athletes, *child psychiatry human Development*, 40: 55-72.
- Duarte, A. , Garcia, C. , Giannarakis, G. & Lima, S. (2010). *New Approaches in transportation planning: happiness and transport economics*. Springer link.Com
- Fleeson, W. (2004). Moving personality beyond the person- situation debate: The challenge and the opportunity of within- person variability. *Current Directions in Psychological science*: 13, 83- 87.
- Francis, L. J., Brown, I. B., Lester, D., & Philip, C. (1998). Happiness as stable extroversion: A cross- cultural examination of reliability and validity of Oxford Happiness Inventory among students in the U. K., U. S. A., Australia and Canada. *Journal of Personality and Individual Differences*, 24, 167- 171
- Froh, J., & Sefick, W. L. & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of school psychology*: 46, 213-233.
- Furnham, A., & Chon, A. (1999). Personality as a predictor of mental health and happiness in the east and west. *Personality and individual differences*, 97, 395-403
- Gahler, M. (2006). to divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish woman and men the family. *Journal counseling and therapy couples and families*, 14 (4), 372-382.
- Garner, C. N. (2008). *The reality of divorce: A study of the effects of divorce on parents and their children*. Liberty University. Fortified marriage ministry.
- Hills, P., & Argyle, M. (2009). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and individual differences*, 31(8), 1357-1364.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion- extroversion and happy factors. *Personality and Individual Differences*, 30, 595- 608

- Jones, L.C, Parish, T.S. (2005). Ritalin's choice theory and reality therapy. *International journal of reality therapy*, (25):243-260.
- Kim, J. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patient. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(8), 1485- 1492
- Reader, S. D. (2011). Choice theory: an investigation of the treatment effects of a choice therapy protocols students identified as having a behavioral, emotional disability on measures of anxiety, depression, and locus of control and self- steem. PhD unpublished Dissertation. North Carolina University.
- Rose, W, S. (2003). The relationship between glasses quality school concept and brain based theory. *International Journal of reality therapy*, (12): 267-189.
- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: Practice friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65, (3)467-487
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind, psychological: *International Journal of clinical psychology*, 13: 249- 175.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J. R., S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of on individual – differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60: 570-585.
- Stanton, A., Danoff - Burg, sh., & Huggins, M. E. (2002). The first year after Brest cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Journal Psychology Oncology*, 11, PP. 93-102.
- Tamir, M. (2009). Differential preferences for happiness: Extraversion and trait consistent emotion regulation. *Journal of Personality*: 77:2, 77- 95.
- Turner, D. (2009). Rehabilitation reach study findings from Yonsei University provide new in digit in to rehabilitation research, Drug week, Atlanta: P1082.
- Wubbolding, R. E, Brickel. J. (2006). Role play and the art of teaching choice theory reality therapy and lead management. *International journal of reality therapy*: 22 (2), 225-246.