



## اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر تغییر راهبردهای مقابله‌ای، منبع کنترل و نگرش به مصرف سیگار در افراد سیگاری

مصطفی نوروزی مداح<sup>۱</sup>، حمیدرضا آقامحمدیان شعراف<sup>۲</sup>، علی مشهدی<sup>۳</sup>

۱- مؤلف مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۲- استاد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۳- دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

### چکیده

درمان‌های روانشناختی علاوه بر اثرات درمانی که در انواع اختلال‌ها بر جای می‌گذارند به منظور ایجاد تغییر در مؤلفه‌های روانشناختی خاص نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر تغییر راهبرد های مقابله‌ای، منبع کنترل و نگرش به مصرف سیگار در افراد سیگاری انجام گردید. این پژوهش از نوع نیمه تجربی (با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون) و با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش ۲۰ نفر از مردان سیگاری مراجعه‌کننده به کلینیک نگین سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۴ به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده مقیاس منبع کنترل راتر، پرسشنامه راهبرد های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن و پرسشنامه نگرش نسبت به مصرف سیگار بود. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردید. نتایج بدست آمده نشان داد واقعیت درمانی گروهی منجر به افزایش معنادار منبع کنترل درونی و راهبرد های مقابله‌ای مسئله محور و نیز کاهش معنادار نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار در افراد سیگاری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود اما کاهش معناداری را در راهبرد های مقابله‌ای هیجان محور این افراد ایجاد نمی‌کند. مداخله مبتنی بر واقعیت درمانی گروهی می‌تواند ضمن افزایش منبع کنترل درونی در افراد سیگاری استفاده این افراد از راهبرد های مقابله‌ای مسئله محور را افزایش دهد و نیز منجر به کاهش نگرش مثبت آن‌ها نسبت به مصرف سیگار بشود.

**واژگان کلیدی:** واقعیت درمانی گروهی، منبع کنترل، راهبرد های مقابله‌ای، نگرش به مصرف سیگار، افراد سیگاری



مصرف سیگار عمده ترین علت مرگ های قابل پیشگیری ناشی از تصلب شرایین و از مهمترین عوامل خطر زا برای ابتلا به سرطان است (مؤسسه ملی سرطان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). رابطه مصرف سیگار و سرطان ریه در پژوهش های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (دل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). مهمترین دلایل مصرف سیگار کاهش استرس، مشکلات زندگی، پذیرش اجتماعی و اوضاع اقتصادی نابسامان عنوان می شود (کگلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). طبق گزارش های قبلی در کشور ما شیوع مصرف سیگار از ۱۲/۶ در سال ۱۹۹۴ به ۱۶/۳ در سال ۱۹۹۸ رسیده است و پیش بینی شده است که این رقم برای سال ۲۰۰۰ به ترتیب در مردان و زنان ایرانی معادل ۲۶ و ۱/۴ درصد خواهد بود (صراف زادگانو همکاران، ۲۰۰۴).

مهمترین عوامل مهم مرتبط با آغاز مصرف سیگار سلامتی، عوامل تعیین کننده محیط، اثرات مفید، توجیه مصرف سیگار، فشار همسالان، سرکشی، نگرش به قدرت و منبع کنترل<sup>۴</sup> عنوان شده است (مؤسسه ملی سوء مصرف مواد<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). نظریه منبع کنترل توسط راتر<sup>۶</sup> ارائه شده و به نظر وی برداشت فرد از یک تجربه می تواند وابسته به رفتار خودش (منبع کنترل درونی<sup>۷</sup>) یا اجبار های بیرونی (منبع کنترل بیرونی<sup>۸</sup>) باشد. به نظر می رسد افراد سیگاری منبع کنترل بیرونی دارند به طوری که موقعیت های وسوسه کننده و حضور سایر افراد سیگاری می تواند آن ها را به مصرف سیگار رهنمون کند. برحسب نظریه یادگیری<sup>۹</sup> افرادی که منبع کنترل درونی برای سلامت دارند و کسانی که ارزش گذاری سلامتشان بیشتر بوده است بیشترین موفقیت را در حفظ و کسب تغییرات در رفتار سیگار کشیدن نشان می دهند (استنستروم<sup>۱۰</sup> و اندرسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰).

فولکمن<sup>۱۲</sup> و لازاروس<sup>۱۳</sup> مقابله<sup>۱۴</sup> را به عنوان تلاش شناختی و رفتاری که سبب تسلط، تحمل و کاهش آسیب در برخورد با مشکلات و مسایل روزمره می شود تعریف کرده اند (شیمیزاتانی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). روش های کلی جهت مقابله به دو دسته عمده تقسیم می شود مقابله مسئله مدار<sup>۱۶</sup> و مقابله عاطفه مدار<sup>۱۷</sup> که روش های مسئله مدار تلاش های شناختی و رفتاری برای تغییر تنش نظیر کمک طلبی از دوستان و افراد متخصص و روش های عاطفه مدار پاسخ های هیجانی به تنش برای تغییر

<sup>۱</sup>- National cancer institute

<sup>۲</sup>- Doll, R.

<sup>۳</sup>- Kegler, M.

<sup>۴</sup>- Locus of control

<sup>۵</sup>- National institute drug abuse (NIDA)

<sup>۶</sup>- Rotter, J. B.

<sup>۷</sup>- Internal locus of control

<sup>۸</sup>- External locus of control

<sup>۹</sup>- Learning theory

<sup>۱۰</sup>-Stenstrom, U.

<sup>۱۱</sup>-Andersson, P.

<sup>۱۲</sup>- Folkman, S.

<sup>۱۳</sup>- Lazarus, R. S.

<sup>۱۴</sup>- Coping

<sup>۱۵</sup>- Shimizutani, M.

<sup>۱۶</sup>- Problem-oriented coping

<sup>۱۷</sup>- Emotional-oriented coping



عامل تنش زا بدون تلاش است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۲). راهبرد های مقابله ای در رفتار مصرف سیگار اثر دارند زیرا می توانند در تهیه رفتار های دیگر و روزه های شناختی که می تواند موجب تسهیل یا منع مصرف سیگار بشود اثر بگذارند (ساسمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۳) همچنین نتایج تحقیقات رفتاری نشان می دهد شکست مقابله ای در موقعیت های وسوسه کننده با عود مصرف سیگار رابطه دارد (کامارک<sup>۲</sup> و لیختنشتاین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸).

نگرش<sup>۴</sup> ارزیابی کلی فرد از یک موضوع است که می تواند عینی و محسوس، انتزاعی، یک شیء، یک شخص یا گروهی از اشخاص باشد (بونر<sup>۵</sup> و وانک<sup>۶</sup>، ۱۳۹۰). از جمله نظریه های مرتبط با نگرش نظریه ناهماهنگی شناختی<sup>۷</sup> است که روی تقابل دو سازه متضاد تمرکز دارد و طبق آن افراد به دنبال ایجاد هماهنگی بین رفتار ها و شناخت هایشان هستند و هنگام ناهماهنگی نگرش ها به احتمال بیشتری با رفتار ها تطابق پیدا می کند که درباره سیگاری ها این ناهماهنگی بین رفتار سیگار کشیدن و آگاهی از اثرات سوء و زیان آور آن جلوه می کند به طوری که اکثر سیگاری ها اغلب در حالت ناهماهنگی بین رفتار و شناخت خود به سر می برند (دی لیو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش های مختلف از ارتباط نگرش مثبت به مصرف سیگار و مصرف آن حمایت می کند (اکانل<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۱). اسوانسون<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه نمونه ای از سیگاری ها متوجه شدند که افراد سیگاری نسبت به غیر سیگاری ها نگرش مثبت تری به مصرف سیگار دارند.

طبق رویکرد واقعیت درمانی<sup>۱۱</sup> مصرف سیگار<sup>۱۲</sup> رفتاری است که توسط افراد برای ارضای یک نیاز<sup>۱۳</sup> انتخاب شده است. این درمان مبتنی بر کنترل درونی است که سعی دارد به افراد کمک کند تصمیم گیری مسئولانه درباره رفتار خود داشته باشند. درحالی که کنترل بیرونی با اعمال کنترل خارج از اراده، حس عدم کنترل بر شرایط خود و مواجهه با منبع کنترل بیرونیکه حالت اجباری دارد را در افراد ایجاد می کند (بارنس<sup>۱۴</sup> و پاریش<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۹۱) و حسن زاده سبلوئی (۱۳۸۹) از اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی در افزایش معنادار منبع کنترل درونی در جمعیت های مختلف حمایت می کند. همچنین نتایج پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۸۹) و رمزی و همکاران (۱۳۹۳) از اثر گذاری معنادار واقعیت درمانی گروهی در کاهش راهبرد های مقابله ای هیجان مدار افراد حمایت می کند هر چند پژوهش تناسان (۱۳۹۲)

<sup>۱</sup>- Sussman, S.

<sup>۲</sup>- Kamarck, T. W.

<sup>۳</sup>- Lichtenstein, E.

<sup>۴</sup>-Attitude

<sup>۵</sup>- Bohner, G.

<sup>۶</sup>- Wanke, M.

<sup>۷</sup>- Cognition dissonance theory

<sup>۸</sup>- De Leeuw, R. N. H.

<sup>۹</sup>- Oconnell, D. L

<sup>۱۰</sup>- Swanson, J. E.

<sup>۱۱</sup>- Reality therapy approach

<sup>۱۲</sup>- Cigarette smoking

<sup>۱۳</sup>-Need

<sup>۱۴</sup>-Barnes, R.

<sup>۱۵</sup>-Parish, T. S.



چنین اثری را تأیید نمی کند. در رابطه با حمایت از اثر واقعیت درمانی گروهی بر افزایش معنادار راهبرد های مسئله مدار نیز می توان به پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۹۱) و تناسان (۱۳۹۲) اشاره کرد. در نهایت نتایج پژوهش های پناه علی و همکاران (۱۳۸۸) و رومیانی (۱۳۹۱) از تأثیر معنادار واقعیت درمانی گروهی در کاهش نگرش مثبت به مصرف سیگار<sup>۱</sup> حمایت می کند.

نظر به اینکه مؤلفه های منبع کنترل، راهبرد های مقابله ای<sup>۲</sup> و نگرش به مصرف سیگار می توانند نقش بسزایی در انتخاب و تداوم مصرف سیگار داشته باشند و نیز اینکه واقعیت درمانی گروهی می تواند منجر به تغییرات مؤثر در این شاخصه های روانشناختی بشود هدف کلی پژوهش حاضر بهره گیری و بررسی اثر واقعیت درمانی گروهی به منظور ایجاد تغییرات معنادار در منبع کنترل، راهبرد های مقابله ای و نگرش به مصرف سیگار در افراد سیگاری می باشد.

### روش تحقیق

در این پژوهش از طرح نیمه تجربی<sup>۳</sup> و نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مردان ۱۸-۳۰ ساله سیگاری (مصرف حداقل یک نخ سیگار در روز طی پژوهش یا مصرف همین مقدار در گذشته) شهر مشهد می شود که به کلینیک روانشناسی نگرین سلامت مراجعه کردند. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با توجه به ماهیت مداخلاتی از نمونه گیری داوطلبانه<sup>۴</sup> استفاده شد. در این پژوهش ۲۰ نفر از داوطلبان به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شده و گروه آزمایش در جلسه های مداخله<sup>۵</sup> شرکت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. معیار های ورود<sup>۶</sup> به این پژوهش شامل مصرف حداقل یک نخ سیگار در روز طی پژوهش یا مصرف همین مقدار در گذشته، حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۳۰ سال، تحصیلات دیپلم، عدم دریافت همزمان درمان روانشناختی دیگر و اتمام درمان های روانشناختی گذشته حداقل تا یک ماه قبل از ورود به درمان، عدم تشخیص اختلال سایکوتیک<sup>۷</sup>، اختلالات روانی دیگر یا مصرف یا سوء مصرف ماده دیگر که با شرکت در مداخله تداخل دارد و نیز تخطی از قوانین گروه، تأخیر در حضور در جلسات، غیبت از جلسات، اهمال در انجام تکالیف، عدم مشارکت در گروه بعنوان معیار های خروج<sup>۸</sup> در نظر گرفته شد.

<sup>۱</sup> - Positive attitude to smoking

<sup>۲</sup> - Coping strategies

<sup>۳</sup> -quasi-experimental

<sup>۴</sup> - Voluntary sampling

<sup>۵</sup> - Interference

<sup>۶</sup> -Inclusion criteria

<sup>۷</sup> -Psychotic disorder

<sup>۸</sup> -Exclusion criteria



در مرحله پیش آزمون آزمودنی های هر دو گروه (آزمایش و کنترل) مقیاس منبع کنترل راتر<sup>۱</sup>، پرسشنامه راهبرد های مقابله ای لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup> و پرسشنامه نگرش به مصرف سیگار<sup>۳</sup> را تکمیل کردند. مقیاس منبع کنترل راتر دارای ۲۹ ماده است که جهت سنجش انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین شده است. ۲۳ ماده این پرسشنامه توسط راتر جهت تعیین انتظارات فرد درباره منبع کنترل و ۶ ماده بعنوان دروغ سنج تنظیم شده است. دامنه نمرات آن نیز بین ۰ تا ۲۳ است بطوریکه نمره ۹ و بیشتر نشانه منبع کنترل بیرونی و کمتر از ۹ نشانه منبع کنترل درونی است. ثبات درونی و پایایی بازآزمایی آن مناسب و ضریب اعتبار آن در نمونه ایرانی حدود ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۲). ضرایب روایی مقیاس منبع کنترل درونی- بیرونی راتر در نمونه های ایرانی ۰,۷۰ محاسبه شده است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه راهبرد های مقابله ای لازاروس و فولکمن در سال ۱۳۷۳ به فارسی برگردانده شده است. میزان پایایی و ضریب همسان ۸ خرده مقیاس آن به روش آلفای کرونباخ در حد قابل قبولی است (مقابله رویاروگر<sup>۴</sup> ۰/۷۰، دوری جویی<sup>۵</sup> ۰/۶۱، خویشتن داری<sup>۶</sup> ۰/۷۰، جستجوی حمایت اجتماعی<sup>۷</sup> ۰/۷۶، مسؤلیت پذیری<sup>۸</sup> ۰/۶۶، گریز- اجتناب<sup>۹</sup> ۰/۷۲، حل مدبرانه مسأله<sup>۱۰</sup> ۰/۶۸ و ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۱</sup> ۰/۷۹). تمام گویه ها لیکرت ۴ گزینه ای دارند و یافته های مطالعات متعدد از این پرسشنامه برای برآورد راهبرد های مسأله مدار و عاطفه مدار حمایت می کنند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین روایی سازه این پرسشنامه نیز مورد تأیید می باشد.

پرسشنامه نگرش به مصرف سیگار سیگار شامل ۳۲ گویه (با ضریب پایایی ۰/۸۷) از سه بعد شناختی (۹ گویه با ضریب پایایی ۰/۷۳)، بعد عاطفی (۱۱ گویه با ضریب پایایی ۰/۸۲) و بعد رفتاری (۱۲ گویه با ضریب پایایی ۰/۸۷) تشکیل شده است و متغیر نگرش نسبت به سیگار در سطح سنجش فاصله ای (دامنه حداقل ۳۲ و حداکثر ۱۳۲ با میانگین ۵۶/۸ و انحراف معیار ۱۷/۹) روی مقیاس ۰ تا ۳ تهیه شده است. برای بررسی اعتبار این مقیاس از روش اعتبار صوری و برای سنجش پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب بدست آمده حاکی از ثبات بسیار بالا بین گویه های این مقیاس است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۸).

پس از تکمیل پرسشنامه ها افراد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه در فرایند واقعیت درمانی گروهی شرکت داده شدند. در جلسه نخست مطالبی درباره اهمیت و نقش مهارت های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان

<sup>۱</sup>-Rutter locus of control scale

<sup>۲</sup>-Folkman coping strategies questionnaire (WOCQ)

<sup>۳</sup>-Attitude to smoking questionnaire

<sup>۴</sup>-Confrontative coping

<sup>۵</sup>-Distancing

<sup>۶</sup>-Self- controlling

<sup>۷</sup>-Seeking social support

<sup>۸</sup>- Responsibility

<sup>۹</sup>- Escape-avoidance

<sup>۱۰</sup>- Plan full problem solving

<sup>۱۱</sup>- Positive reappraisal



اعضا، مشاوره و ابلاغ قوانین گروه ارائه گردید و موضوعات کلی جلسات بعد شامل شناخت و بررسی نیازهای اساسی<sup>۱</sup>، اعتیاد به سیگار و بررسی علل نگرش مثبت به مصرف آن، شرح رفتار کلی<sup>۲</sup> و نحوه کنترل رفتار، تاکید بر رفتار کنونی و کم اهمیت بودن اثر مسائل مربوط به گذشته در آن، تناسب رفتارهای کنونی با ارضای نیازهای اساسی، مسئولیت پذیری، برنامه ریزی، تعهد به برنامه و در نهایت بررسی فرایند و نحوه ایجاد رفتارهای جایگزین مثبت می شد (نوابی نژاد، ۱۳۸۳). در مقابل گروه کنترل هیچگونه مداخله ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داده شد.

پس از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه های فوق مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج پیش آزمون و پس آزمون وارد نرم افزار SPSS شد و با استفاده از روش های توصیفی (شاخص های میانگین و انحراف استاندارد) و پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در گروه ها بوسیله آزمون کالموگروف-اسمیرونوف<sup>۳</sup> و بررسی همگنی واریانس ها در دو گروه بوسیله آزمون لوین<sup>۴</sup> با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره به مقایسه گروه ها پرداخته شد و در نهایت نتایج بدست آمده مورد بررسی قرار گرفت.

#### یافته ها

میانگین سنی افراد گروه آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۲۳ و ۲۱/۷ بود. ۶۰ درصد افراد گروه آزمایش و ۵۰ درصد افراد گروه کنترل تحصیلات دیپلم داشتند و میزان تأهل در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب معادل ۴۰ و ۳۰ درصد و از جهت اشتغال بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به شغل آزاد (۵۰ درصد) بود. ابتدا به منظور بررسی شاخص های استنباطی (شاخص های مرتبط با میانگین و انحراف استاندارد) هر کدام از متغیرها نتایج در قالب جدول ارائه می شود و سپس برای بررسی اثر مداخله در متغیرها و مقایسه داده ها در گروه ها نتایج تحلیل کوواریانس ارائه می گردد. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات منبع کنترل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه مورد مطالعه نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد منبع کنترل در گروه های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه ها	توع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
منبع کنترل	گروه آزمایشی	پیش آزمون	۱۰/۹	۲۸/۲	۸	۱۴
	پس آزمون	۶/۹	۱/۶۶	۵	۱۰	
گروه کنترل	پیش آزمون	۹۷/۶	۱۹/۸	۶۹	۱۲۴	

<sup>۱</sup>- Basic needs

<sup>۲</sup>- Total behavior

<sup>۳</sup>- kalmogorov-smirnoff test

<sup>۴</sup>- Levin test



همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میزان منبع کنترل در گروه آزمایشی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون به طور چشم‌گیری کاهش یافته است. اما در گروه کنترل تغییری حاصل نشده است. با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات در آزمون کالموگروف-اسمیرونوف (پیش آزمون آزمایش ۰/۴۸،  $p < ۰,۷۱$ ؛ پس آزمون آزمایش ۰/۶۵،  $p < ۰,۵۴$ ؛ و پیش آزمون کنترل ۰/۵۴،  $p < ۰,۹۲$ ؛ پس آزمون کنترل ۰/۵۴،  $p < ۰,۹۲$ ) و همگنی واریانس‌ها در آزمون لوین ( $F: ۳/۰۰۹$ ،  $p < ۰,۱$ ) نتایج حاصل از آزمون کوواریانس تک متغیره نمرات منبع کنترل در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

## جدول ۲. نتایج حاصل از کوواریانس نمرات منبع کنترل در گروه‌های آزمایش و کنترل (فرضیه اول)

منبع تغییرات	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح	PES	قدرت
مجذورات	مجذورات		مجذورات		معناداری		مشاهده شده
پیش آزمون	۴۶/۸۷۷	۱	۴۶/۸۷۷	۳۳/۰۳۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۱
گروه	۱۳۶/۳۳	۱	۱۳۶/۳۳	۹۶/۰۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱
خطا	۲۴/۱۲۳	۱۷	۱/۴۱۹				
کل	۲۰۷/۳۳	۲۰					

بر اساس نتایج جدول ۲ و با کنترل نمره پیش آزمون بین میانگین نمرات منبع کنترل در گروه آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(۱,۱۷)}: ۹۶/۰۷۴$ ،  $p < ۰/۰۱$ ). در نتیجه می‌توان گفت واقعیت درمانی گروهی در سطح اطمینان ۹۹ درصد منجر به افزایش منبع کنترل درونی در افراد سیگاری می‌شود. برای بررسی اثر واقعیت درمانی در کاهش راهبرد های مقابله ای هیجان مدار افراد سیگاری با توجه به عدم معناداری آزمون باکس ( $F: ۰/۲۷۴$ ،  $p: ۰/۷$ ) ماتریس واریانس- کوواریانس برابر بوده و داده‌ها بوسیله آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی شدند که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

## جدول ۳. نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیره (فرضیه دوم)



نوع آزمون	مقدار	df فرضی	df خطا	F	P	PES	قدرت مشاهده شده
لامبدای ویکلز	۰/۳۵۷	۴	۱۱	۴/۹۴۷	۰/۰۱۶	۰/۶۴۳	۰/۸۳۴

معناداری لامبدای ویکلز<sup>۱</sup> ( $F: 4/947, < p/0.01$ ) در جدول ۳ نشان می دهد که در سطح اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری حداقل در یکی از راهبرد های مقابله ای هیجان مدار بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. در نتیجه برای بررسی اینکه تفاوت در کدام راهبرد مقابله ای هیجان محور است از آزمون تعقیبی استفاده می شود که نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

#### جدول ۴. نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی نتایج تحلیل کوواریانس (فرضیه دوم)

متغیر های پیش بین	B	خطای انحراف استاندارد	T	سطح معناداری
گریز	-۲/۹۱۵	۱/۷۶۳	-۱/۶۵۳	۰/۱۲
خودداری	-۲/۴۳۵	۱/۲۰۶	-۲/۰۲	۰/۰۶۳
دوری جویی	-۲/۳۶۹	۰/۹۰۱	-۲/۶۲۸	۰/۰۲
مقابله رویارویانه	-۲/۹۷۴	۱/۲۳۳	-۲/۴۱۲	۰/۰۳

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین گروه آزمایش و گروه کنترل با سطح اطمینان ۹۵ درصد در راهبرد های هیجان محور دوری جویی ( $t: -2/628, < p/0.01$ ) و مقابله رویارویانه ( $t: -2/412, < p/0.03$ ) تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به کمتر بودن میانگین نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می توان گفت واقعیت درمانی گروهی منجر به کاهش معنادار راهبرد های هیجان محور دوری جویی و مقابله رویارویانه در افراد سیگاری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. اما در راهبرد های مقابله ای هیجان محور گریز ( $t: -1/653, < p/0.12$ ) و خودداری ( $t: -2/02, < p/0.063$ ) تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نمی شود.

برای بررسی اثر واقعیت درمانی در افزایش راهبرد های مقابله ای مسئله مدار افراد سیگاری با توجه به عدم معناداری آزمون باکس ( $F: 0/58, < p/0.83$ ) ماتریس واریانس - کوواریانس برابر بوده و داده ها بوسیله آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی شدند که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

<sup>۱</sup>- Wilks lambda







## جدول ۷. نتایج حاصل از کوواریانس نمرات نگرش به مصرف سیگار در گروه های آزمایش و کنترل (فرضیه چهارم)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	PES
پیش آزمون	۵۷۳۹/۲۷۳	۱	۵۷۳۹/۲۷۳	۳۵۵/۰۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲
گروه	۱۰۶۵/۱۰۴	۱	۱۰۶۵/۱۰۴	۶۲/۱۷۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۵
خطا	۲۹۱/۲۲۷	۱۷	۱۷/۱۳۱			
کل	۷۰۹۵/۶۰۴	۲۰				

بر اساس نتایج جدول ۷ با کنترل نمره پیش آزمون بین میانگین نمرات نگرش نسبت به مصرف سیگار در گروه های آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,17)}: 62/174, p < 0/01$ ) در نتیجه در سطح اطمینان ۹۹ درصد واقعیت درمانی گروهی منجر به کاهش معنادار نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار در افراد سیگاری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش مشخص شد که واقعیت درمانی گروهی منجر به افزایش معنادار منبع کنترل درونی افراد سیگاری شده است. این نتیجه با وجود تفاوت جامعه هدف با نتایج حاصل از پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۹۱) و حسن زاده سبلوئی (۱۳۸۹) هم راستا می باشد. این محققان نیز در مطالعات خود عنوان می کنند که واقعیت درمانی گروهی منجر به افزایش معنادار منبع کنترل درونی می شود. در واقعیت درمانی ضمن تأکید بر این موضوع که کنترل زندگی هر فرد بر عهده خود اوست به طور آشکار با تأکید بر این مسئله که تمامی افراد تنها توانایی کنترل رفتار خود را داشته و دیگران نمی توانند فرد را مجبور به انجام عملی بکنند به اهمیت درونی بودن منبع کنترل اشاره می شود. افرادی که در مداخلات واقعیت درمانی شرکت می کنند با این اصول و مبانی نظری آشنا شده و در جریان درمان در می یابند هیچ گونه عذر و بهانه ای که نشانه مسئولیت گریزی و انتخاب منبع بیرونی کنترل است از سوی واقعیت درمانگر پذیرفته نمی شود. فرایند درمان تلاشی است برای ایجاد هویت توفیق در درمانجویان که مبتنی بر مسئولیت پذیری و انتخاب آگاهانه است و این دو میسر نمی شود مگر با باور به این موضوع که کنترل شرایط زندگی به عهده خود فرد است.

طبق یافته های این پژوهش واقعیت درمانی گروهی منجر به افزایش معنادار مقابله مسئله مدار در افراد سیگاری می شود که این نتیجه با وجود تفاوت جامعه هدف با پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۹۱) و تناسان (۱۳۹۲) هم راستا می باشد. نتایج پژوهش این محققان نیز حاکی از اثربخشی معنادار واقعیت درمانی گروهی در افزایش راهبرد های مقابله ای مسئله مدار افراد است.



واقعیت درمانی با ایجاد امکان ارزیابی تناسب رفتار و نیازها، تأکید بر مسئولیت پذیری و امکان طرح ریزی برنامه عملی و پیگیری آن مقابله مسئله محور با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی را تسهیل می کند.

همچنین طبق نتایج این پژوهش واقعیت درمانی گروهی در کاهش معنادار راهبرد های هیجان مدار افراد سیگاری تأثیر نداشته است. این یافته ها با وجود مغایرت با نتایج پژوهش های امیری و همکاران (۱۳۹۱) و رمزی و همکاران (۱۳۹۲) با نتیجه پژوهش تناسان (۱۳۹۲) مبنی بر عدم تأثیر واقعیت درمانی گروهی در کاهش معنادار راهبرد های هیجان مدار مطابقت دارد. متأثر از نتایج حمایت کننده از اثر این نوع مداخله بر کاهش مقابله هیجان مدار انتظار اثر مشابه وجود داشت که مغایرت نتیجه می تواند ناشی از تفاوت جمعیت مورد هدف باشد و نیز در نظر داشتن این نکته حائز اهمیت است که مداخله مشابه دیگری جهت مقایسه بهتر نتایج در جمعیت افراد سیگاری صورت پذیرفته است.

در نهایت نتایج این پژوهش از اثرگذاری واقعیت درمانی گروهی در کاهش معنادار نگرش مثبت به مصرف سیگار در افاد سیگاری حمایت می کند که این نتیجه با نتایج پژوهش های پناه علی و همکاران (۱۳۸۸) و رومیانی (۱۳۹۱) همخوانی دارد هرچند در جامعه هدف پژوهش حاضر و این پژوهش ها تفاوت وجود دارد. در تبیین این نتیجه می توان گفت طی فرایند این درمان تحولات شناختی متأثر از نظریه، تحولات رفتاری مورد تأکید واقعیت درمانی را پایه ریزی می کند. این تحولات شناختی حاصل تغییر نگرش های قبلی یا به عبارتی تصاویر ناکارآمد دنیای کیفی<sup>۱</sup> درمانجویان و تلاش برای ایجاد نگرش ها یا تصاویر کارآمد است. در نهایت تغییر نگرش ها، تغییر رفتار های ناهمخوان با نیازها را بدنبال خواهد داشت.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به نمونه گیری غیر تصادفی، فقدان پیگیری، فقدان پژوهش مشابه و حجم نمونه کم اشاره کرد. در نتیجه پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه با نمونه گیری تصادفی، پیگیری و حجم نمونه بیشتر و در جمعیت های مشابه انجام شود.

واقعیت درمانی با تأکید بر این اصل که افراد تنها توانایی کنترل خود را دارند و نمی توان کنترل زندگی دیگران را در دست داشت انتظار کنترل بیرونی را در افراد تضعیف می کند از سوی دیگر با فراهم آوردن شرایط ارزیابی شناختی آگاهانه و اصلاح رفتار متناسب با موقعیت های پیش رو کاربرد شیوه های مقابله ای مسئله مدار را تقویت کرده و کاربرد مقابله های هیجان مدار را کاهش می دهد و در نهایت با تکیه بر مبانی نظری و درمانی خود افراد را برای همخوانی نگرش ها و رفتار هایشان با انگیزه می کند و این کارکرد در افراد سیگاری با تضعیف نگرش مثبت به مصرف سیگار متأثر از تغییر رفتار و تشکیل نگرش های منفی صورت می پذیرد.

## منابع

<sup>۱</sup>-Quality world



- امیری، م؛ آقامحمدیان شعرفاف، ح و کیمیایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبرد های مقابله ای. اندیشه و رفتار، ۲۶، ۶۸-۵۹.
- بونر، ج و وانک، م. (۱۳۹۰). نگرش و تغییر نگرش. ترجمه ج، طهوریان، چاپ اول، ویراست اول، تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۵۹).
- پناه علی، ا؛ شفیع آبادی، ع و احقر، ق. (۱۳۸۸). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرش نسبت به مصرف سیگار در دانش آموزان پسر سال اول متوسطه. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱۶، ۸۸-۶۷.
- تناسان، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر راهبردهای مقابله ای مادران کودکان چندمعلولیتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- حسن زاده سلوئی، ا. (۱۳۸۹). تعیین اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر مکان کنترل و خودپنداره دانش آموزان مقطع راهنمایی شهرستان زرنند، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- رمزی، ل؛ سپهری شاملو، ز؛ علی پور، ا و زارع، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی راهبردهای مقابله ای. روانشناسی خانواده، ۲، ۳۰-۱۹.
- رومیانی، ض. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد گلاسر بر نگرش به مصرف سیگار و رفتار های پرخطر در بین مددجویان کانون اصلاح و تربیت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ریاحی، م؛ علیوردی نیا، ا و سلیمانی بشلی، م. (۱۳۸۸). نگرش دانش آموزان پسر مقطع متوسطه قائم شهر نسبت به مصرف سیگار. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۳، ۵۴-۴۴. صالحی، ب؛ ابراهیمی، س و مرادی، ش. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین مولفه های شخصیت و راهبردهای مقابله ای با مصرف سیگار در دانشجویان مهندسی. مجله اصول بهداشت روانی، ۲، ۷۵-۴۶.
- نوایی نژاد، ش. (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و رواندرومانی گروهی، تهران: انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت).

Barnes, R., & Parish, T. S. (۲۰۰۶). Drugs versus reality therapy. *International Journal of Reality Therapy*, ۱۷۶, ۱-۴.

De Leeuw, N. H., Engels, C. M. E., Vermulst, A., & Scholte, H. J. (۲۰۰۸). Do smoking attitudes predict behaviour? A longitudinal study on the bi-directional relations between adolescents' smoking attitudes and behaviours. *Addiction*, ۱۰۳, ۱۷۱۳-۱۷۲۱.



- Doll, R. (۲۰۰۰). Smoking and lung cancer. American journal of Respiratory and critical care medicine, ۱۶۲, ۴-۶
- Kamarck, T. W., & Lichtenstein, E. (۱۹۸۸). Program adherence and coping strategies as predictors of success in a smoking treatment program. Health Psychology, ۷, ۵۵۷-۵۷۴.
- Kegler, M., Kingsley, B., Malcoe, L., Cleaver, .V., Reid, J., & Soloman, G. (۱۹۹۹) . The functional value of smoking and non-smoking from the perspective of american indian youth. Family Community Health, ۲۲, ۳۱-۴۲.
- National cancer institute. (۱۹۹۷). Changes in cigarette related disease risk and their implication for prevention and control. Bethesda, Md: National cancer institute. Smoking and tobacco control series, ۸, ۹۷- ۴۲۱۳.
- National Institute Drug Abuse. (۱۹۷۷). Psychological factors in smoking. Washington, DC: Government Printing Office.
- Oconnell, D.L., Alexander, HM., Dobson, AJ., Lloyd, DM., Hards, G.R., Springthorpe, HJ., & Leeder, S.R. (۱۹۸۱). Cigarette smoking and drug use in school children. ۱۱ factors associated with smoking. International Journal of Epidemiology, ۱۰, ۲۳۳-۲۳۱.
- Sarraf-Zadegan, N., Boshtam, M., Shahrokhi, Sh., Naderi, Gh. A., Asgary, S., Shahparian, M., & Tafazoli, F. (۲۰۰۴). Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. European Public Health Association, ۱۴, ۷۶-۷۸.
- Shimizutani, M., Odrigi, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T., Maruta, T., & Imori, M. (۲۰۰۸). Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors. Industrial Health, ۴۶, ۳۲۶-۳۳۵.
- Stenstrom, U., & Andersson, P. (۲۰۰۰). Smoking, blood glucose control, and locus of control beliefs in people with Type ۱ diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice, ۵۰, ۱۰۳-۱۰۷.
- Sussman, S., & et al. (۱۹۹۳). Relations of coping effort, coping strategies, perceived stress, and cigarette smoking among adolescents. The International Journal of the Addictions, ۲۸, ۵۹۹- ۶۱۲.



Swanson, J. E., Rudman, L. A., & Greenwald, A. G. (۲۰۰۱). Using the iImplicit association test to investigate attitude-behavior consistency for stigmatised behaviour. *Cognition and Emotion*, ۱۵, ۲۰۷-۲۳۰.