

مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا

علیرضا مرادی، اوحدیه باباخانی، امجدتی امیری‌مجد، علیرضا جعفری^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۲۵

از صفحه ۱۳۳ تا ۱۵۸

پژوهش‌نامه نظم و امنیت انتظامی، سال دوازدهم، شماره چهارم (پیاپی چهل‌هشتم)، زمستان ۱۳۹۸

چکیده

مقدمه: سلامت افراد سازمانی یکی از سیاست‌هایی است که توسط اغلب سازمان‌ها پیگیری می‌شود و در خصوص آن، برنامه‌ریزی صورت می‌پذیرد. ارتقاء سلامت روانی افراد در سازمان به بهبود روبه خدمت‌رسانی، ارتقاء کیفیت خدمات و افزایش رضایت مراجعین و درنهایت، ارتقاء نظم و امنیت عمومی منجر می‌شود. لذا هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی یا نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) و جامعه آماری شامل کلیه کارکنان ستاد فرماندهی ناجا (حدود ۲۳۰۰ نفر) در سال ۱۳۹۷ بود که به شیوه هدفمند تعداد ۶۰ نفر از کارکنان در دو گروه آزمایش (گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲) و یک گروه کنترل به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با سه پرسشنامه تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر، خودکنترلی تانجی و انعطاف‌پذیری‌شناختی دنیس و وندروال مورد ارزیابی قرار گرفته و سپس پروتکل‌های دو رویکرد درمانی (واقعیت‌درمانی و معنادرمانی) بر روی دو گروه آزمایش اجرا شد و بعدازآن، پس‌آزمون اجرا و با نتایج گروه کنترل مقایسه شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که نمرات تأثیر گروه‌ها (واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل) در میانگین نمره گروه کنترل با مقدار ۳/۵۹ با دو گروه (واقعیت‌درمانی به مقدار ۳/۶۷ و معنادرمانی به مقدار ۳/۶۲) در انعطاف‌پذیری تفاوت آشکاری داشت. همچنین میانگین نمره گروه کنترل با مقدار ۴/۲۶، واقعیت‌درمانی با مقدار ۴/۵۶ و معنادرمانی با مقدار ۴/۲۲ در متغیر خودکنترلی نیز با هم متفاوت بود.

نتیجه‌گیری: نتیجه نتایج نشان داد که تأثیر متغیر واقعیت‌درمانی بیشتر از معنادرمانی بود؛ لذا از آنجائی که تحمل‌پریشانی و خودکنترلی جزء مؤلفه‌های تاب‌آوری می‌باشند، تقویت این مقیاس‌ها، مهارت‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی کارکنان از جمله آستانه تحمل کارکنان ستاد فرماندهی ناجا را بالا برده و موجب بهبود روبه خدمت‌رسانی گشته و در آخر موجبات ارتقاء نظم و امنیت انتظامی در جامعه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، معنادرمانی، تحمل‌پریشانی، خودکنترلی، انعطاف‌پذیری‌شناختی، ستاد فرماندهی ناجا.

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران (نویسنده مسئول): dr.alirezamoradi57@gmail.com

۲- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

۳- دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

۴- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.



مقدمه

با ارزش‌ترین منابع هر سازمانی نیروی انسانی آن سازمان به شمار می‌رود (شرفی، ۱۳۹۶: ۱۱). سلامت سازمان بسته به سلامت افراد و وضعیت روانی آنان است (اسدی، ۱۳۹۱: ۲۴). در برخی از مشاغل، سلامت افرادی که به آن کارها مشغول هستند، آثار بسیاری بر سلامت روانی افراد جامعه می‌گذارد که از جمله به پزشکان، پرستاران، خلبانان، شیمیدانان، داروسازان، پلیس و آتش‌نشانان به دلیل بهره‌مندی مردم از خدمات آنان، می‌توان اشاره کرد (صالحی، ۱۳۹۷: ۷۷). هر شغلی متناسب با شرایط و ماهیت آن، از حرفه پزشکی و پرستاری گرفته تا کارمندی، پلیس، کارگری و بسیاری دیگر از مشاغل، مشکلات استرس‌های مربوط به خود را دارد که نه فقط بر سلامت روانی شخص، بلکه بر سلامت جسمی وی هم تأثیرگذار است و ممکن است به بروز بیماری‌های سایکوسوماتیک^۱ (روان‌تنی) بیانجامد و از این‌رو، توجه به ابعاد روانی افراد، در تمامی مشاغل، بسیار مهم است (باقری، ۱۳۹۶: ۷۸).

نیروی انتظامی به‌عنوان یک سازمان انسان‌محور و نه تجهیزات‌محور، به علت پیچیده بودن ساختار انسان با کار دشواری روبرو است و بیشترین سختی کار پلیس نیز به این علت است که با انسان، این موجود ناشناخته و پیچیده سروکار دارد. روزانه هر یک از یگان‌های نیروی انتظامی می‌بایست با انسان‌ها از تیپ‌های شخصیتی گوناگون و فرهنگ‌های مختلف ارتباط برقرار کنند که لازمه ارتباط موفق، شناخت هرچه بهتر انسان، نیازها و گرایش‌های او، جغرافیای زندگی او و علوم مرتبط به اوست (امیرحسینی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۸۵). وظیفه اصلی نیروی انتظامی حفظ نظم و امنیت است (فاضل، ۱۳۸۸: ۲۱). نیروی انتظامی برای انجام مأموریت‌های سنگین خود نیازمند نیروی توانمند، آموزش‌دیده و دارای سلامت جسمانی و روانی است (فاضل، ۱۳۹۴: ۹۵). آموزش و یادگیری به‌عنوان یک امر راهبردی در سازمان است و ناجا هزینه‌های زیادی را برای آموزش منابع انسانی خود در نظر می‌گیرد و برای به حداکثر رساندن بازده این سرمایه، باید برنامه‌های آموزشی خود را به‌طور مؤثری اجرا و ارزشیابی کند (پناهی و همکاران، ۱۳۹۸: ۶۲).

^۱Psychosomatic

از آنجائی که کارکنان ناجا روزانه با مأموریت‌های مختلف و متنوع سروکار داشته و به آحاد مردم خدمات مختلف انتظامی ارائه می‌دهند، سلامت روانی و جسمانی آنان حائز اهمیت است و از طرفی، می‌توان از مؤلفه‌های اثرگذار در سلامت فردی و سازمانی کارکنان ناجا به تحمل پریشانی، حفظ آرامش و تسلط بر خود اشاره کرد (فقیهی، ۱۳۹۰: ۵۸).

تحمل پریشانی به میزانی که یک فرد قادر به تحمل حالت‌های روان‌شناختی و یا جسمانی منفی است، اشاره می‌کند. تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک سازه مهم در ایجاد بینش‌های جدید در مورد شروع و ابقاء آسیب‌شناسی روانی^۱ همچنین پیشگیری و درمان آن ملاحظه می‌شود. تحمل پریشانی، یک ساختار در حال ظهور در روانشناسی است که به چندین مفهوم مختلف آورده شده است (لیرو، زولنسکی و برنستین، ۲۰۱۰^۲). افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی کنند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند؛ زیرا توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱). تحمل پریشانی و خودکنترلی علت و معلول یکدیگرند به‌طوری‌که فرد با مهار یکی به دیگری نیز تسلط می‌یابد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۲).

ایمانی (۱۳۹۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با انگیزش شغلی رابطه معناداری دارد. خودکنترلی ایجاد حالتی در درون فرد است که او را به انجام وظایفش متمایل می‌سازد، بدون آنکه عامل خارجی او را تحت کنترل داشته باشد (سلیمانی، ۱۳۹۱: ۳۲). افرادی که خودکنترلی^۳ دارند می‌توانند آنچه می‌خواهند را تعدیل کنند تا اطمینان یابند که افراط یا تفریط نمی‌کنند. خودکنترلی لازمه مأموریت یک پلیس جامعه‌محور است (ساوری، ۱۳۹۷: ۴۹) پس تقویت خودکنترلی در بین کارکنان ناجا می‌تواند افزایش سلامت کارکنان و موفقیت در انجام کارشان را به دنبال داشته باشد (باقری، ۱۳۹۶: ۷۸).

1 -Psychopathology

2 L ir& Z unsk& Br nstn

3 -Self-control



از طرفی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی^۱ است (وندروال و دنیس، ۲۰۱۰^۲: ۷۲). مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیط سازگار کند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۵۷). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی است، رابطه دارد. کسانی که انعطاف‌پذیری شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند؛ زیرا به‌دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزین بیابند. اشخاص انعطاف‌پذیر هم درباره دنیای درونی و هم درباره دنیای بیرونی کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است (دریساوی و فقیهی، ۱۳۹۰: ۷۲). واقعیت‌درمانی^۳ گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روان‌شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود؛ بنابراین واقعیت‌درمانی که بر مبنای نظریه انتخاب است می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی افراد را بالا ببرد (قبادیان، ۱۳۹۴: ۲۰۱). رستمی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه دست‌یافتند که بین انعطاف‌پذیری شناختی و اهمال‌کاری همبستگی منفی وجود دارد همچنین بین ذهن‌آگاهی و اهمال‌کاری نیز همبستگی منفی وجود دارد.

واقعیت‌درمانی بر آن است که با توجه به مفاهیم واقعیت و مسئولیت، امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک کند. واقعیت‌درمانی بر این فرض استوار است که ما در برابر رفتاری که انتخاب می‌کنیم مسئولیم به دلیل این که تمامی مشکلات ما در زمان حال وجود دارند. واقعیت‌درمانی زمان بسیار اندکی را به گذشته اختصاص می‌دهد. گلاسر معتقد است که تنها چیزی که ما قادریم آن را کنترل کنیم رفتار کنونی ماست (شعیبی، ۱۳۹۲: ۱۰-۱۲).

1 -Cognitive flexibility

2-Vander wal&Dennis

3 -Reality Therapy

واقعیت‌درمانی مبتنی بر این حقیقت است که نیاز یا خواسته‌های ما، در حقیقت خیلی شبیه دومینو است. زمانی که آن‌ها روی یک خط هستند و پس از یک ضربه هر یک پشت سر هم به زمین می‌افتند. این اثر دومینو خیلی وقت‌ها مستقیم موجب افسردگی است (پرکینز، ۲۰۱۲: ۱۷). مکتب واقعیت‌درمانی درزمینه ماهیت انسان کم‌وبیش با پیروان مکتب اصالت وجود هم‌عقیده‌اند و انسان را مسئول اعمال و رفتار خویش می‌دانند. آن‌ها دیدگاه جبری درباره انسان را مردود می‌دانند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی‌دانند (پروچسکا و نورکراس، ۲۰۱۲: ۴۷).

واقعیت‌درمانی به فرد می‌فهماند که می‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد. به او کمک می‌کند تا از کنترل شدن توسط نیروهای بیرونی جهان فرار کند و به او آموزش می‌دهد که تمام کنترل‌ها باید از درون خودش اعمال شود. روش گلاسر به افراد می‌فهماند که وضعیت کنونی‌شان را خود انتخاب کرده‌اند و لذا باید مسئولیت آن را بپذیرند. همچنین به آن‌ها یاد می‌دهد که می‌تواند وضعیت بهتری را انتخاب کند و کمک می‌کند تا افراد دست به انتخاب‌های بهتری بزنند. این روش درمانی افراد را مسئول بارمی آورد (کریش، ۲۰۱۰؛ نیچل و شانسی، ۱۹۹۵: ۵۹).

آستین، لوین‌کوان، آرپوگو و روتبام^۳ (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان «قرار گرفتن در معرض واقعیت‌درمانی مجازی برای اضطراب و اختلالات مرتبط: یک متاآنالیز^۴ آزمایش‌های تصادفی کنترل شده» به این نتیجه دست یافتند که شرایطی که به‌عنوان کنترل روان‌شناختی طبقه‌بندی شده بودند عبارت بودند از: آرامش، کنترل توجه، جزوه اطلاعات درمان در حال حاضر، درمان به‌طور معمول و حداقل توجه.

معنادرمانی^۵ (به‌عنوان یک روش و درمان) به این دلیل به وجود آمده که نیازهای جوامع کنونی بشری ایجاب می‌نمود. بشر امروزه که از میزان اعتقادات و ارزش‌های معنوی کافی برخوردار نیست و دلیل رنج‌ها و ناملايمات زندگی خویش را نمی‌داند، دچار نوعی غمگینی بی‌انگیزه‌ای در زندگی شده است. بیشتر ناراحتی‌ها و بیماری‌های قرن

1- Perkins

2- Prochaska and Norcross

3 - Stein & Levihn-Coon & Pogue & Rothbaum

4 - Meta-analysis

5 - Logotherapy



کنونی به دلیل عدم وجود انگیزه تمایل و معنادهی صحیح به زندگی و فعالیت‌های انسان و پذیرفتن مسئولیت زندگی فردی است.

لوگوتراپی (معنادرمانی) تلاش برای جستن معنایی در زندگی و اولین نیروی محرکه و انگیزه هر فرد است فرانکل معنادرمانی را نوعی روان‌درمانی در قالب اصطلاح‌های معنوی می‌داند. در واقع، معنا درمانی معنای وجود را تحت عنوان «جستجوی انسان برای چیزی به نام معنا» بررسی می‌کند. فرانکل سه قانون بنیادی را در معنادرمانی مطرح می‌کند: ۱) معنا در زندگی وجود دارد و آن را می‌توان جستجو و کشف کرد؛ اما انسان نمی‌تواند معنا را به‌دلخواه به وجود آورد و آن را در افکارش بسازد. انسان جستجو کننده معناست و نه به وجود آورنده آن. ۲) معنا وسیله‌ای برای کامروایی انگیزه‌ها و یا دستاویزی برای رسیدن به هدف نیست. تحقق معنا خود هدف است. ۳) علت بیماری‌ها و اختلالات روانی بی‌معنایی زندگی است. کار و فعالیت زیاد باعث بیماری روانی نمی‌شود، بلکه علت بیماری بی‌معنا بودن زندگی است.

سالکونی و دلوکیو^۱ (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان «معنا در زندگی، خودکنترلی و پریشانی‌روانی در میان نوجوانان: مطالعه متقابل ملی» به این نتیجه دست یافتند که نوجوانان چینی جستجوی بیشتری برای معنا را نسبت به هم‌تایان ایتالیایی آن‌ها نشان دادند. به نظر می‌رسد معنادرمانی می‌تواند بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی تأثیر داشته باشند. با بررسی‌هایی که در سوابق تحقیقات انجام شده صورت گرفت مشخص گردید پژوهشی در راستای اثربخشی معنادرمانی به‌صورت مجزا بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی انجام نشده است. از این‌رو، هدف کلی پژوهش حاضر این است: اثربخشی کدام یک از دو رویکرد درمانی (واقعیت‌درمانی و معنادرمانی) بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا مؤثرتر است؟

1-Frankl

2- Salconi & Dikeku

پیشینه و مبانی نظری پژوهش

پیشینه پژوهش

نادری (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان «کاربست تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی» به این نتیجه دست یافت که تئوری انتخاب باعث کاهش افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایشی شد. این نتایج بعد از یک ماه نیز پایدار بود.

صفری (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان «اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و احساس مثبت نسبت به همسر در والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر سپیدان» به این نتیجه دست یافت که واقعیت‌درمانی بر احساس مثبت نسبت به همسر تأثیر مثبت معنادار داشته است. واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری تأثیر مثبت معنادار داشته است. همچنین آموزش واقعیت‌درمانی بر ابعاد تاب‌آوری (تصور از شایستگی فردی؛ اعتماد به گرایش فردی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی) تأثیر مثبت داشته است.

صفری‌نیا و درتاج (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان «اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی» به این نتیجه دست یافتند که آموزش روش معنادرمانی باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانی اجتماعی در سالمندان زن مقیم خانه سالمندان می‌شود.

ان‌جی و پیچ (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان «واقعیت‌درمانی مجدد: مداخلات جدید برای کمک به افزایش عزت‌نفس در مدارس متوسطه مالزی» به این نتیجه دست یافتند که تجربیات واقعیت‌درمان شده با استفاده از ادبیات از طیف وسیعی از زمینه‌ها، از جمله: نظریه انتخاب، واقعیت‌درمانی، رویکرد هویت اجتماعی و تجربه دست اول در مدارس متوسطه مالزی، توسعه یافته است.

سالکونی و دل‌کیو (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان «معنا در زندگی، خودکنترلی و پریشانی‌روانی در میان نوجوانان: مطالعه متقابل ملی» به این نتیجه دست یافتند که نوجوانان چینی جستجوی بیشتری برای معنا را نسبت به هم‌تایان ایتالیایی آن‌ها نشان دادند. علاوه بر این، وجود معنا از نظر دسیسه روان‌شناختی منفی بود در حالی که جستجو



برای معنا با پدیده روان‌شناختی، از طریق کنترل خود در هر دو نمونه با میزان مشابه، رابطه مثبت داشت. به‌طور خلاصه، یافته‌ها به دانش در مورد تأثیر معنای زندگی در سلامت روان نوجوانان و مکانیسم‌های زیر کمک می‌کند. مدل دیالکتیک معنای زندگی، یک مدل که بر تفاوت‌های فرهنگی در حضور معنا و جستجو برای معنا فرض می‌شود تا حدی پشتیبانی می‌شود.

با وجود بررسی سوابق پژوهشی مشخص گردید یکی از رویکردهای درمانی اخیر بر روی یکی از متغیرهای وابسته مطالعه شده است اما تقریباً هیچ تحقیقی در داخل و خارج از کشور وجود ندارد که اثر دو رویکرد درمانی (معنادرمانی و واقعیت درمانی) را بر روی سه متغیر وابسته انجام و مقایسه کرده باشد همچنین تأثیر رویکردهای فوق بر مقیاس‌های تاب‌آوری در هیچ محیط نظامی صورت نگرفته و تحقیق حاضر از این حیث تحقیق جدید و غیر تکراری است.

مبانی نظری پژوهش

واقعیت‌درمانی:

واقعیت‌درمانی که مبدع آن گلاسر (۱۹۸۶) است، از بسیاری جهات به گشتالت‌درمانی و درمان مراجع - محوری شباهت دارد. در همه نظریه‌های یاد شده نحوه دریافت واقعیت از سوی مراجع و شیوه ارزشیابی درونی او از واقعیت مورد تأکید قرار می‌گیرد. به نظر گلاسر، مراجع در دنیای بیرونی (دنیای واقعی) و درونی خود زندگی می‌کند و دنیای واقعی بر رفتار فرد تأثیر نمی‌گذارد، بلکه دریافت و ادراک او از دنیای واقعی بر رفتار او تأثیرگذار است. انسان آزاد است و توان انتخاب دارد و باید مسئولیت پیامد انتخاب‌های خود را به عهده بگیرد. در این روش درمانی، مواجهه‌شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تأکید قرار می‌گیرد. فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است. فرد قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر این که خود بخواهد. این رویکرد درمانی هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار و هم در مورد تدوین شیوه‌های مناسب تعلیم و تربیت به کار می‌رود. یکی از نظریه‌های مشاوره که در دهه‌های اخیر شهرت یافته، نظریه واقعیت‌درمانی است که عمدتاً توسط ویلیام

گلاسر تدوین شده است. رویکرد گلاسر یک رویکرد نسبتاً صریح است که به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه اعتماد دارد. مشاوره از دید واقعیت‌درمانی صرفاً یک نوع تعلیم یا کارآموزی ویژه است که می‌کوشد به فرد آنچه را که باید طی رشد طبیعی خود فراگیرد، در یک مدت‌زمان نسبتاً کوتاه بیاموزد (برکهارت، ۲۰۱۳: ۴۱).

گلاسر (۱۹۸۴) عنوان می‌کند که واقعیت‌درمانی قابل کاربرد برای افراد دچار هرگونه مشکل روانی از آشفتگی خفیف عاطفی گرفته تا گوشه‌گیری جنون‌آمیز کامل است. این روش در مورد اختلالات رفتاری افراد جوان و سالمند و مشکلات مربوط به الکلیسم و مواد مخدر، مؤثر و موفق است. این نظریه به‌طور وسیعی در مدارس، مؤسسات تحصیلی، بیمارستان‌های روانی، بیمارستان‌های عمومی و مدیریت تجاری بکار گرفته شده است. تمرکز این نظریه بر زمان حال و تفهیم (این نکته) به اشخاص است که آن‌ها اساساً کنش‌های خود را در تلاش برای ارضای نیازهای اساسی انتخاب می‌کنند. اگر موفق به این کار نشوند، رنج می‌برند و باعث رنج دیگران می‌شوند. وظیفه درمانگر آن است که آن‌ها را به‌سوی انتخاب‌های بهتر و مسئولانه‌تر که تقریباً همیشه وجود دارد سوق می‌دهد.

معنادرمانی:

خاستگاه لغوی معنادرمانی یا لوگوترابی به واژه یونانی «لوگوس» بازمی‌گردد. لوگوس به معنای واژه یا کلمه «اراده پروردگار یا معنا» است؛ اما رساترین معادل آن «معنا»^۱ است. بر این اساس و بنا به گفته ویکتور فرانکل، معنادرمانی عبارت است از: «درمان از رهگذر معنا یا شفابخشی از رهگذر معنا» یا «روان‌درمانی متمرکز بر معنا». اصول اولیه معنادرمانی به شکل زیر تعریف می‌شوند: زندگی تحت هر شرایطی واجد معنا است. حتی مصیبت‌بارترین نوع آن. محرک اصلی ما در زندگی، میل و نیتمان برای پیدا کردن معنی آن است (شعویی، ۱۳۹۲: ۴۲).

ما این آزادی را داریم که معنی آنچه انجام می‌دهیم و آنچه تجربه می‌کنیم و یا حداقل آنچه در جایگاه خودمان در یک موقعیت رنج‌آور و تغییرناپذیر با آن روبرو



می‌شویم، بیابیم. لوگوتراپی در لغت به معنی «درمان از طریق معنا» است و نوعی درمان فعالانه رهنمودی است که متوجه یاری‌رساندن به بیمار، خاصه در مراحل بحران زندگی است. این نوع درمان مفروض می‌گیرد که زندگی معنای بی‌قیدوشرط دارد و این معنا را هرکس، در هر جا و در هر زمان می‌تواند بیابد و کشف کند. لوگوتراپی یا تحلیل وجودی پس از روانکاوی فروید و روانشناسی فردی آدلر سومین مکتب روان‌درمانی وین شمرده می‌شود که توسط ویکتور امیل فرانکل (۱۹۰۵-۱۹۹۷ م) متخصص اعصاب و استاد سابق روان‌پزشکی و فلسفه دانشگاه وین، بنیان گذاشته شد. این نظریه به لحاظ فلسفی ریشه در اگزیستانسیالیسم و پدیدارشناسی و به لحاظ روان‌شناختی ریشه در روانکاوی و روانشناسی فردی و به لحاظ معنوی ریشه در تعهدی تام و تمام به وجود انسان دارد، همچون موجودی که به طرز تقلیل‌ناپذیری معنوی است و بر ۳ پیش‌فرض اساسی استوار است:

الف) زندگی در هر شرایطی دارای معناست؛ ب) انسان اراده معطوف به معنا دارد و این اراده به نیاز مدام انسان با جست‌وجو نه برای خویشتن، بلکه برای معنایی که به هستی منظور می‌بخشد، ارتباط می‌یابد؛ ج) انسان تحت هر شرایطی از این آزادی بهره‌مند است که اراده معطوف به معنا را به ظهور رساند و معنایی بیابد. فلسفه‌ای از زندگی را که در آن فرد وجود و حیاتش مسئول است به دست آورد و به یک رشته از ارزش‌ها نائل آید و برای رنج بردنش معنایی پیدا کند؛ بنابراین اصل لوگوتراپی تلاش برای جست‌وجوی معنایی در زندگی و اولین نیروی محرکه و انگیزه هر فرد است (ویکتور فرانکل، ۱۹۶۷؛ به نقل از معارفی، ۱۳۸۰).

روش‌شناسی

این پژوهش از نظر شیوه اندازه‌گیری متغیرها از نوع پژوهش‌های کمی است. روش پژوهش نیز نیمه تجربی یا نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) با گروه کنترل یا گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان شاغل در ستاد فرماندهی نیروی انتظامی در سال ۱۳۹۷ بود. از آنجائی که ستاد فرماندهی ناجا دارای ۱۵ فرماندهی، معاونت و پلیس تخصصی و تعداد ۲۶۰۰ نفر استعداد نیروی این ستاد است، لذا از بین افراد شاغل هر یگانی (فرماندهی، پلیس تخصصی و معاونت‌ها) ۱۰ نفر با روش



نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه، (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. بدین‌صورت در مجموع ۱۵۰ نفر به‌عنوان افراد نمونه آماری شناسایی و برگزیده شدند. سپس از میان افراد فوق، تعداد ۹۰ نفر که شرایط موردنظر ورود به پژوهش (دامنه سنی ۲۵-۵۰ سال، سن خدمتی ۲۵-۵ سال، تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس و توانائی و علاقه‌مند به شرکت در جلسات آموزشی) را داشتند، انتخاب شده و مقیاس‌های خودکنترلی (تانجی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۱۶)، تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر،^۲ ۲۰۰۵: ۴۴) و انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و ونروال، ۲۰۱۰: ۶۹) در مورد هر یک از آن‌ها با هدف غربالگری و انتخاب آزمودنی‌های گروه نمونه و همچنین اجرای پیش‌آزمون، اجرا شد.

پس از اجرا و بررسی پرسشنامه‌ها، ۶۰ نفر که دارای میانگین نمرات پائین در سه مقیاس ذکر شده بودند به‌عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه (گروه آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و گروه کنترل) جایگزین شدند؛ پس‌از آن، هردو گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته تحت تأثیر متغیرهای مستقل (پروتکل‌های واقعیت‌درمانی ویلیام گلاسر و معنادرمانی ویکتور فرانکل) قرار گرفتند. قابل‌ذکر است برای پروتکل‌های مربوطه از پک‌های آموزشی آماده استفاده گردید که شامل جلسات، سرفصل، اهداف، تمرین تکلیف و توضیح فعالیت‌ها و به‌صورت حضوری، گروهی بود. بعد از پایان جلسات آموزشی و همچنین یک ماه پس‌از آن مجدداً مقیاس‌های تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری در مورد هر ۳ گروه به ترتیب به‌عنوان پس‌آزمون و آزمون پیگیری اجرا شده و در پایان اطلاعات جمع‌آوری‌شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

1 - Tanji

2 - Simmons & Ghafer



پرسشنامه‌ها شامل:

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی:

(CFI) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI) توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است که برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود.

پرسشنامه تحمل پریشانی:

(DTS) (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵: ۴۲) پرسشنامه تحمل‌پریشانی هیجانی (DTS) با هدف ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) تشکیل شده است.

پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل‌پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است.

پرسشنامه خودکنترلی:

این تحقیق برگرفته از مدل تانجی است (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۱۶-۳۱۱). تانجی، بامیستر و بن با انجام پژوهشی که به بررسی رابطه و اثرگذاری خودکنترلی بالا با موفقیت‌های بین فردی پرداختند، مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را نیز بر اساس نمونه تحقیق خود گزارش کردند.

یافته‌های پژوهش

نمونه آماری شامل ۲۰ نفر گروه آزمایش ۱، ۲۰ نفر گروه آزمایش ۲ و ۲۰ نفر گروه کنترل بودند. آمار توصیفی حاکی از آن است که از نظر تأهل، بیشترین فراوانی به تعداد ۳۶ نفر مربوط به متأهلین بود؛ از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم با ۲۴

نفر بود؛ از نظر نوع استخدام، بیشترین فراوانی با تعداد ۴۸ نفر مربوط به نظامیان بود؛ از نظر سن آزمودنی‌ها، بیشترین فراوانی با تعداد ۲۴ نفر مربوط به محدوده سنی ۳۶-۴۵ سال بود و از نظر سن خدمتی، بیشترین فراوانی به تعداد ۱۸ نفر مربوط به ۱۰-۶ سال خدمت بود.

یافته‌های توصیفی با توجه به نوع متغیر و گروه (آزمایش و کنترل) و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری

جدول ۱: میانگین تأثیر واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و خودکنترلی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری

متغیرهای پژوهش	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
انعطاف‌پذیری	آزمایش	۳/۵۷	۰/۲۵	۳/۶۷	۰/۲۰	۳/۶۷
	کنترل	۳/۵۹	۰/۳۰	۳/۶۳	۰/۲۸	۳/۶۵
تحمل پریشانی	آزمایش	۲/۹۹	۰/۵۶	۲/۹۲	۰/۴۰	۲/۹۵
	کنترل	۳/۰۰	۰/۴۴	۲/۹۳	۰/۴۱	۲/۹۴
خودکنترلی	آزمایش	۴/۲۱	۰/۸۰	۴/۵۶	۰/۶۴	۴/۶۲
	کنترل	۴/۲۶	۰/۵۴	۴/۳۵	۰/۵۲	۴/۵۰

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون میانگین تأثیر واقعیت‌درمانی بر متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر ۳/۵۷ و برای گروه کنترل برابر ۳/۵۹ است. همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر ۳/۶۸ و برای گروه کنترل برابر ۳/۶۳ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر ۳/۶۷ و برای گروه کنترل برابر ۳/۶۵ است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تأثیر واقعیت‌درمانی بر میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر ۲/۹۹ و برای گروه کنترل برابر ۳/۰۰ است. همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر ۲/۹۲ و برای گروه کنترل برابر ۲/۹۳ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر ۲/۹۵ و برای گروه کنترل برابر ۲/۹۴ است.



نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تأثیر واقعیت درمانی بر میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/21$ و برای گروه کنترل برابر $4/26$ است. همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/57$ و برای گروه کنترل برابر $4/35$ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/62$ و برای گروه کنترل برابر $4/50$ است.

جدول ۲: میانگین تأثیر معنادرمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل‌پریشانی و خودکنترلی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری

متغیرهای پژوهش	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
انعطاف‌پذیری	آزمایش	$3/60$	$1/04$	$3/62$	$1/23$	$3/62$
	کنترل	$3/59$	$1/05$	$3/63$	$1/28$	$3/65$
تحمل پریشانی	آزمایش	$2/98$	$1/03$	$2/83$	$1/39$	$2/92$
	کنترل	$3/00$	$1/03$	$2/93$	$1/41$	$2/94$
خودکنترلی	آزمایش	$4/08$	$1/03$	$4/22$	$1/64$	$4/34$
	کنترل	$4/26$	$1/03$	$4/35$	$1/52$	$4/50$

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون میانگین تأثیر معنا درمانی بر متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر $3/60$ و برای گروه کنترل برابر $3/59$ است. همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر $3/62$ و برای گروه کنترل برابر $3/63$ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر انعطاف‌پذیری برای گروه آزمایش برابر $3/62$ و برای گروه کنترل برابر $3/65$ است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تأثیر معنا درمانی بر میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر $2/98$ و برای گروه کنترل برابر $3/00$ است. همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر $2/83$ و برای گروه کنترل برابر $2/93$ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر تحمل پریشانی برای گروه آزمایش برابر $2/92$ و برای گروه کنترل برابر $2/94$ است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون تأثیر معنا درمانی بر میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/08$ و برای گروه کنترل برابر $4/26$ است.

همچنین در پس‌آزمون میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/22$ و برای گروه کنترل برابر $4/35$ است. علاوه بر این، در آزمون پیگیری میانگین متغیر خودکنترلی برای گروه آزمایش برابر $4/34$ و برای گروه کنترل برابر $4/50$ است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی بر متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

نوع اثر	آزمون	مقدار	F	درجات آزادی	درجات آزادی	خطا	معنی‌داری	ضریب اتا
انعطاف‌پذیری	اثربیلابی	.۸۰۶	۴۵/۶۲۶(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۸۰۶
تحمل‌پریشانی	اثربیلابی	.۹۶۷	۳۲۲/۸۰۲(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۹۶۷
خودکنترلی	اثربیلابی	.۹۶۷	۳۱۸/۷۰۹(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۹۶۷
گروه‌ها	اثربیلابی	.۶۵۱	۲۰/۴۹۳(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۶۵۱

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌کنید، نتایج آزمون اثر بیلابی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر واقعیت‌درمانی وجود دارد و ۸۰ درصد از تغییرات انعطاف‌پذیری و ۹۶ درصد از تغییرات متغیر تحمل‌پریشانی ۹۶ درصد از تغییرات متغیر خودکنترلی و ۶۵ درصد از تغییرات گروه‌ها (گروه واقعیت‌درمانی و کنترل) توسط مداخله آموزشی واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.

به‌منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای انعطاف‌پذیری و تحمل‌پریشانی و خودکنترلی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی تأثیر معنا‌درمانی بر متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

نوع اثر	آزمون	مقدار	F	درجات آزادی	درجات آزادی	خطا	معنی‌داری	ضریب اتا
انعطاف‌پذیری	اثربیلابی	.۸۰۴	۴۵/۲۲۳(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۸۰۴
تحمل‌پریشانی	اثربیلابی	.۸۹۵	۹۴/۱۰۰(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۸۹۵
خودکنترلی	اثربیلابی	.۸۹۶	۹۵/۲۷۴(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۰۰۰	.۸۹۶
گروه‌ها (آزمایش و کنترل)	اثربیلابی	.۲۷	.۳۰۹(a)	۳/۰۰۰	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	.۸۱۹	.۲۷



همان‌طوری که در جدول بالا مشاهده می‌کنید، نتایج آزمون اثر پیلایی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر معنا درمانی وجود دارد و ۸۰ درصد از تغییرات انعطاف‌پذیری و ۸۹ درصد از تغییرات متغیر تحمل پریشانی ۸۹ درصد از تغییرات متغیر خودکنترلی و ۲/۷ درصد از تغییرات گروه‌ها (گروه معنادرمانی و کنترل) توسط مداخله آموزشی معنا درمانی قابل تبیین است.

به‌منظور تعیین اینکه در کدام‌یک از متغیرهای انعطاف‌پذیری و تحمل‌پریشانی و خودکنترلی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تأثیر واقعیت درمانی در گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، تحمل پریشانی و خودکنترلی

منابع	متغیر وابسته (پس آزمون)	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	$P \leq 0.05$	ضریب اتا
	انعطاف‌پذیری	۰/۶۵	1	۰/۰۶۵	۵/۲۱۳	۰/۰۲۹	۰/۱۳۰
مقدار ثابت	تحمل پریشانی	۰/۴۵	1	۰/۰۴۵	۶/۳۷۹	۰/۰۱۶	۰/۱۵۴
	خودکنترلی	۰/۸۴	1	۰/۰۸۴	۶/۲۹۴	۰/۰۱۷	۰/۱۵۲
انعطاف‌پذیری	انعطاف‌پذیری	۱/۷۸۹	1	۱/۷۸۹	۱۴۴/۳۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۰۵
	تحمل پریشانی	۷/۵۷۰	1	۷/۵۷۰	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	۰/۰۰۰
(پیش آزمون)	خودکنترلی	۰/۰۰۲	1	۰/۰۰۲	۰/۱۷۲	۰/۶۸۱	۰/۰۰۵
تحمل	انعطاف‌پذیری	۰/۰۰۴	1	۰/۰۰۴	۰/۳۳۵	۰/۵۶۶	۰/۰۰۹
پریشانی	تحمل پریشانی	۵/۴۴۲	1	۵/۴۴۲	۷۷۸/۵۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
(پیش آزمون)	خودکنترلی	۰/۰۱۴	1	۰/۰۱۴	۱/۰۱۵	۰/۳۲۱	۰/۰۲۸
خودکنترلی	انعطاف‌پذیری	۵/۴۱۶	1	۵/۴۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۳	۰/۰۰۰
(پیش آزمون)	تحمل پریشانی	۰/۰۰۲	1	۰/۰۰۲	۰/۲۶۴	۰/۶۱۱	۰/۰۰۷
	خودکنترلی	۱۰/۷۶۲	1	۱۰/۷۶۲	۸۰۸/۰۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۵۸
گروه‌ها	انعطاف‌پذیری	۰/۰۳۰	1	۰/۰۳۰	۲/۴۱۴	۰/۱۲۹	۰/۰۶۵
(واقعیت)	تحمل پریشانی	۰/۰۰۰	1	۰/۰۰۰	۰/۰۱۶	۰/۹۰۱	۰/۰۰۰
درمانی و کنترل)	خودکنترلی	۰/۶۵۲	1	۰/۶۵۲	۴۸/۹۵۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸۳
	انعطاف‌پذیری	۰/۴۳۴	35	۰/۰۱۲			
مقدار خطا	تحمل پریشانی	۰/۲۴۵	35	۰/۰۰۷			

منابع	متغیر وابسته (پس‌آزمون)	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	$P \leq 0.05$	ضریب اتا
	خودکنترلی	۴۶۶/	35	۱۳/			
	انعطاف‌پذیری	۵۳۶/۹۶۴	40				
کل	تحمل پریشانی	۳۴۹/۱۲۰	40				
	خودکنترلی	۸۰۸/۸۸۸	40				

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر انعطاف‌پذیری بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر میزان انعطاف‌پذیری است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که 0.80 تغییرات متغیر انعطاف‌پذیری توسط مداخله آموزشی واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر تحمل پریشانی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر میزان تحمل پریشانی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که 0.95 تغییرات متغیر تحمل‌پریشانی توسط مداخله آموزشی واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر خودکنترلی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر میزان خودکنترلی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که 0.95 تغییرات متغیر خودکنترلی توسط مداخله آموزشی واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر خودکنترلی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون در بین گروه واقعیت‌درمانی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر میزان خودکنترلی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که 0.58 تغییرات متغیر خودکنترلی توسط مداخله آموزشی واقعیت‌درمانی قابل تبیین است.



جدول ۶: نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تأثیر معنادرمانی گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انعطاف پذیری شناختی، تحمل پریشانی و خودکنترلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

منابع	متغیر وابسته (پس‌آزمون)	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	$P \leq 0.05$	ضریب اتا
	انعطاف‌پذیری	۰.۰۱۶	1	۰.۰۱۶	۲/۲۶۵	۰.۱۴۱	۰.۰۶۱
مقدار ثابت	تحمل پریشانی	۰.۰۶۸	1	۰.۰۶۸	۸/۸۴۴	۰.۰۰۵	۰.۲۰۲
	خودکنترلی	۰.۰۳۳	1	۰.۰۳۳	۲/۶۴۰	۰.۱۱۳	۰.۰۷۰
انعطاف‌پذیری	انعطاف‌پذیری	۲/۱۵۲	1	۲/۱۵۲	۳۰۳/۳۴۴	۰.۰۰۰	۰.۸۹۷
(پیش‌آزمون)	تحمل پریشانی	۰.۰۲۴	1	۰.۰۲۴	۳/۱۰۷	۰.۰۸۷	۰.۰۸۲
	خودکنترلی	۰.۰۰۲	1	۰.۰۰۲	۱/۶۴	۰.۶۸۸	۰.۰۰۵
تحمل پریشانی	انعطاف‌پذیری	۰.۰۱۵	1	۰.۰۱۵	۲/۰۹۷	۰.۱۵۷	۰.۰۵۷
(پیش‌آزمون)	تحمل پریشانی	۵/۱۸۰	1	۵/۱۸۰	۶۷۴/۱۵۴	۰.۰۰۰	۰.۹۵۱
	خودکنترلی	۰.۰۰۱	1	۰.۰۰۱	۰.۰۷۲	۰.۷۹۱	۰.۰۰۲
خودکنترلی	انعطاف‌پذیری	۰.۰۰۰	1	۰.۰۰۰	۰.۰۱۷	۰.۸۹۷	۰.۰۰۰
(پیش‌آزمون)	تحمل پریشانی	۰.۰۰۴	1	۰.۰۰۴	۰.۵۷۴	۰.۴۵۴	۰.۰۱۶
	خودکنترلی	۱۰/۶۱۰	1	۱۰/۶۱۰	۸۵۵/۸۱۱	۰.۰۰۰	۰.۹۶۱
گروه‌ها	انعطاف‌پذیری	۰.۰۰۲	1	۰.۰۰۲	۰.۲۴۱	۰.۶۲۶	۰.۰۰۷
(معنادرمانی و	تحمل پریشانی	۰.۰۶۳	1	۰.۰۶۳	۸/۲۱۲	۰.۰۰۷	۰.۱۹۰
گروه کنترل)	خودکنترلی	۰.۰۱۱	1	۰.۰۱۱	۰.۸۷۱	۰.۳۵۷	۰.۰۲۴
	انعطاف‌پذیری	۰.۲۴۸	35	۰.۰۰۷			
مقدار خطا	تحمل پریشانی	۰.۲۶۹	35	۰.۰۰۸			
	خودکنترلی	۰.۴۳۴	35	۰.۰۱۲			
	انعطاف‌پذیری	۵۲۹/۳۹۱	40				
کل	تحمل پریشانی	۳۳۸/۵۲۰	40				
	خودکنترلی	۷۴۷/۹۲۵	40				

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر انعطاف‌پذیری بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش معنادرمانی بر میزان انعطاف‌پذیری است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که مداخله آموزشی معنادرمانی موجب ۰/۱۹ تغییرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی گردید.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر تحمل پریشانی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری

وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش معنا درمانی بر میزان تحمل پریشانی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که مداخله آموزشی معنادرمانی موجب ۰/۹۵ تغییرات متغیر تحمل پریشانی گردید.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که در متغیر خودکنترلی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش معنا درمانی بر میزان خودکنترلی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد که مداخله آموزشی معنادرمانی موجب ۰/۹۶ تغییرات متغیر خودکنترلی گردید.

در ستون مرتبط با گروه‌ها، نتایج نشان می‌دهد که فقط در متغیر تحمل پریشانی بین میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد که حاکی از اثربخشی آموزش معنا درمانی بر میزان تحمل پریشانی است. در ضمن مقدار ضریب اتا نشان می‌دهد مداخله آموزشی معنادرمانی موجب ۰/۱۹ تغییرات متغیر تحمل پریشانی گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

بین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری، خودکنترلی و تحمل پریشانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بین نمرات تأثیر گروه‌ها (واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل) برای تأثیر آموزش پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بین نمرات متغیر انعطاف‌پذیری، خودکنترلی و تحمل پریشانی در پیش‌آزمون و پیگیری برای گروه واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بین نمرات تأثیر گروه‌ها (واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل) برای تأثیر آموزش پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمره انعطاف‌پذیری، تحمل پریشانی و خودکنترلی گروه واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل در هر سه گروه متفاوت است. میانگین نمره گروه کنترل با دو گروه در انعطاف‌پذیری تفاوت آشکاری دارد. علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد که تأثیر متغیر واقعیت‌درمانی بیشتر از معنادرمانی است. همان‌گونه که پیداست میانگین نمره انعطاف‌پذیری، تحمل پریشانی و خودکنترلی گروه



واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و کنترل در پیش‌آزمون نزدیک به هم و در آزمون پیگیری متفاوت است. میانگین نمره انعطاف‌پذیری در پیش‌آزمون تقریباً برابر ولی در آزمون پیگیری^۱ متفاوت است که برای گروه واقعیت‌درمانی در بالاترین سطح و برای گروه کنترل در پایین‌ترین سطح قرار دارد. میانگین نمره تحمل پریشانی در پیش‌آزمون و آزمون پیگیری تقریباً برابر است با این تفاوت که در پیگیری نمره مقدار تحمل پریشانی کمتر از پیش‌آزمون است. میانگین نمره خودکنترلی در پیش‌آزمون تقریباً برابر ولی در آزمون پیگیری متفاوت است که برای گروه واقعیت‌درمانی در بالاترین سطح و برای گروه کنترل در پایین‌ترین سطح قرار دارد. پس از موارد ذکر شده مشخص گردید که اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی در تحمل پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا متفاوت است؛ لذا با وجود اینکه هردو پروتکل درمانی بر مقیاس‌های خودکنترلی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر بودند و توانستند مقیاس‌های گفته‌شده را تقویت نمایند و از آنجائی که مقیاس‌های فوق در سلامت روانی کارکنان تأثیر بسزایی دارند می‌توان نتیجه گرفت که پروتکل‌های آموزشی این تحقیق به‌ویژه واقعیت‌درمانی در سلامت روانی کارکنان مؤثر بوده و لذا کارکنان با آرامش روانی بیشتر، خدمات انتظامی قابل‌قبول‌تری به مراجعین داده و درنهایت موجبات ارتقاء نظم و امنیت در جامعه می‌گردد.

نتایج تحقیق حاضر با تحقیق موسات (۱۳۹۲) با عنوان «مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی به شیوه موردی بر اضطراب و افسردگی و عزت‌نفس جوانان مبتلا به صرع» از این حیث که اثربخشی دو رویکرد متفاوت است همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پری‌زاده، مشهدی و تقی‌زاده (۱۳۹۱) که نشان دادند بین اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی در زمینه تأثیر بر روی یکی از متغیرهای وابسته تحقیق یا حداقل موضوعی مشابه و نزدیک به متغیرهای مذکور متفاوت است همسو است. در تبیین مقایسه اثربخشی رویکردهای واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر تحمل‌پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا می‌توان چنین گفت که واقعیت‌درمانی با آموزش صحیح و فراگیری مهارت‌ها برای مسئولیت‌پذیری و پیشنهاد دادن گزینه‌هایی برای جایگزینی رفتار فعلی توانست

انعطاف‌پذیری‌شناختی اعضاء نمونه را نسبت به رویکرد معنادرمانی بیشتر تحت تأثیر قرار داده و بیشتر تغییر دهد.

در گروه آزمایش ۱ به اعضا فرصت داده شد تا در مورد خود به تأمل و تفکر بپردازند و سپس برداشت‌های خود را در قالب کلام به‌صورت بی‌پرده و باز، با هم در میان بگذارند. شرکت در جلسات آموزشی باعث خودشناسی بیشتر و تمرین تحمل‌پیشانی بیشتر گردید. از آنجاکه تمرکز بر بعد مسئولیت، هسته اصلی کار تعلیم و تربیت و روان‌درمانی در واقعیت‌درمانی است بنابراین واقعیت‌درمانی توانست در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد مؤثر باشد و در نتیجه تحمل‌پیشانی افراد را نسبت به معنادرمانی بیشتر تقویت نماید.

دنیای کیفی یعنی تصویری که افراد از خودشان دارند. رویکرد واقعیت‌درمانی با کمک به اعضا برای تغییر تصاویر ذهنی موجود در دنیای مطلوب خود توانست خودکنترلی را نسبت به رویکرد معنادرمانی بیشتر تحت تأثیر قرار دهد. بدین گونه که اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی‌شان از خودشان مثبت باشد بیشتر بر خود مسلط شده و لذا خودکنترلی آن‌ها بالا می‌رود؛ بنابراین یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمایش ۲ پس از ۸ جلسه مداخله نسبت به نمرات گروه آزمایش ۱ افزایش یابد این است که در طی این جلسات بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی سعی شد تا دنیای کیفی منفی مراجعین از خودشان را به دنیایی مثبت تغییر دهیم و همچنین به مراجعین آموزش داده شد تا به‌طور صحیحی نیازهای اساسی‌شان را برآورده کنند زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح سبب افزایش میزان خودکنترلی گردید. همچنین در واقعیت‌درمانی بر کنترل درونی تأکید می‌شود اینکه افراد بتوانند موفقیت‌ها را به خودشان نسبت دهند و معتقدند که عمل، شناخت و حالت فیزیولوژی رفتار کلی‌شان تحت کنترل خودشان است و هرگاه احساس کنند رفتار کلی‌شان یا هر جزء آن، آن‌ها را در جهت خواسته‌هایشان یا ارضای نیازهایشان سوق نمی‌دهد رفتار دیگری را انتخاب کنند؛ بنابراین در این جلسات مؤلفه دیگری که واقعیت‌درمانی توانست نسبت به معنادرمانی بیشتر تحت تأثیر قرار دهد و آن را بیشتر تقویت نماید خودکنترلی بود تا افراد با تقویت کنترل درونی‌شان، آرامش بیشتری نصیبشان گردد. پس بنا بر دلایل گفته‌شده واقعیت‌درمانی با تأکید بر نیازها (بقا، قدرت،



تعلق‌پذیری، آزادی و تفریح) و آموزش صحیح ارضای نیازها به کارکنان، توانست هر سه متغیر (تحمل پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری‌شناختی) را نسبت به رویکرد معنادرمانی بیشتر تحت تأثیر قرار دهد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح ذیل بود:

به علت مشکلات سازمانی و مأموریت‌های کارکنان حاضر در نمونه آماری، استفاده از تعداد نمونه آماری بیشتر کار تحقیق را با مشکل روبرو می‌کرد و لذا استفاده از حداقل تعداد نمونه آماری نیز یکی از محدودیت‌هایی بود که کار تعمیم نتایج را دچار تردید می‌کرد. کنترل تمامی متغیرهای مزاحم در طول تحقیق که برای محقق امکان‌پذیر نبود اوضاع و احوال شخصی افراد نمونه آماری مانند مشکلات شخصی، عدم موفقیت در مأموریت لحظه‌ای، خستگی ناشی از کار، تعدد کلاس‌های آموزشی و سایر عوامل در پاسخ به سؤالات پرسشنامه تأثیرگذار بودند. این پژوهش در ستاد فرماندهی ناجا و بر روی نمونه و جامعه‌ای محدود از افراد انجام شده است. از آنجایی که در بین مناطق گوناگون کشور تفاوت‌های جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی وجود دارد، باید در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق محتاط بود. استفاده از پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار اندازه‌گیری متغیرهای وابسته و با سؤالات محدود گویای کاملی از کل حالات و روحیات نمونه آماری نبود. گفته‌ها و توضیحات مشروحی و مفصلی بود که نیاز به مصاحبه‌های عمیق داشت. عدم مشارکت بعضی از کارکنان که مشکلات جدی‌تری نسبت به نمونه مورد مطالعه داشتند. اگر تمایل کارکنانی که در مقیاس تاب‌آوری و مؤلفه‌های استفاده‌شده در این تحقیق دارای نمره‌های پایینی بودند برای شرکت در پژوهش اخیر بالا بود و مقاومتی نشان نمی‌دادند نمونه واقعی‌تری را داشتیم حال آنکه بعضی از نمونه‌ها مشکلات چندان زیادی نداشتند.

پیشنهادها

باوجود اثربخشی بیشتر واقعیت‌درمانی نسبت به معنادرمانی در این تحقیق پیشنهاد می‌گردد:

– کتب آموزشی با محتوای نظریه انتخاب و راهکارهای افزایش آرامش روانی تهیه و در اختیار کارکنان و خانواده‌های آنان قرار گیرد.

- واحدهای درسی با محتوای واقعیت‌درمانی در دوره‌های ترفیعاتی مراکز آموزشی انتظامی استان‌ها و یگان‌های ناجا منظور گردد.
- جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی برای خانواده‌های کارکنان به‌منظور ارتقاء مهارت‌های سازگاری و خودکنترلی برگزار گردد.
- به‌منظور ارائه خدمات روان‌شناختی به کارکنان در ستاد فرماندهی ناجا مرکز مشاوره و روان‌درمانی ایجاد شود.
- از اساتید روانشناسی دانشگاه‌های معتبر کشور دعوت گردد تا در جلسات پرسش و پاسخ به دغدغه‌های کارکنان پاسخ داده شود.

- اسدی، حمید (۱۳۹۱). «بررسی نقش رهبری تحول‌آفرین در توانمندسازی کارکنان». فصل‌نامه پژوهش‌های مدیریت در ایران، دوره ۱۵، شماره اول. بهار ۱۳۹۱.
- امیرحسینی، سید احسان؛ حسنی، مهدی؛ سیاوشی‌پور، صدیقه؛ ادریسی، حسن؛ حسنی، هادی (۱۳۹۷). «رابطه هوش، فراموشی و چابکی سازمانی با تفکر راهبردی با تأکید بر امنیت اجتماعی». فصلنامه نظم و امنیت انتظامی، سال دوازدهم، شماره چهل و پنج، صص ۲۰۴-۱۸۱.
- ایمانی، اعظم (۱۳۹۶). «بررسی رابطه تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با انگیزش شغلی کارکنان نیروی انتظامی». فصلنامه مطالعات اجتماعی ناجا، سال پنجم، شماره بیستم، صص ۷۷-۷۶.
- باقری، محمدرضا (۱۳۹۶). «رابطه انگیزش شغلی و رضایت شغلی با تعهد سازمانی در کارکنان ناجا». مطالعات مدیریت بر آموزش انتظامی، سال هفتم، شماره اول صص ۷۷-۷۹.
- پروچسکا، جیمز و نورکراس، جان (۲۰۱۲). «نظام‌های روان‌درمانی». (ترجمه یحیی سید محمدی)، تهران: نشر رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۲.
- پری‌زاده، هدا؛ مشهدی، علی؛ تقی‌زاده، علی (۱۳۹۱). «مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و گروه درمانی وجودی در افزایش رضایت زناشویی». مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، سال چهارم، شماره دوازده، صص ۱۳۶-۱۲۳.
- پناهی، منصوره؛ محبی، علی؛ کریمی خویگانی، روح‌اله (۱۳۹۸). «ارزیابی اثربخشی دوره عمومی انتظامی دانشگاه علوم انتظامی امین». پژوهشنامه نظم و امنیت انتظامی، سال دوازدهم، شماره چهل و پنجم، صص ۸۶-۶۱.
- دریسای، سمیه؛ فقیهی، علی‌نقی (۱۳۹۰). «اثربخشی معنا درمانی گروهی بر افسردگی و پرخاشگری افراد وابسته به مواد». پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، سال چهارم، شماره دوازدهم، صص ۷۳-۷۱.
- رستمی، آرش؛ نصیری، علی؛ بیابانی، محمد (۱۳۹۵). «نقش انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی اهمال‌کاری دانشجویان». فصلنامه دانش امین، سال اول، صص ۱۷۰-۱۴۳.
- ساوری، خلیل (۱۳۹۷). «خودکنترلی در نظام کنترل و نظارت دولتی (با نگاهی بر جایگاه خودکنترلی در نظریه‌های مدیریت)». اندیشه صادق، شماره سوم، صص ۵۵-۴۱.
- سلیمانی، سعید (۱۳۹۱). «بررسی وضعیت ازدواج و سازگاری زناشویی در بین کارکنان سپاه». مجله طب نظامی، سال چهارم، شماره دوازدهم، صص ۴۸-۲۷.

- شرفی، عبدالعزیز (۱۳۹۶). «مؤلفه‌های فرهنگ‌سازمانی و نقش آن بر بهبود مدیریت تحول (مطالعه موردی: شرکت کارت اعتباری ایران کیش)». مجله مدیریت فرهنگی، سال هشتم، شماره ۲۶، بهار ۱۳۹۶.
- شعبی، فاطمه (۱۳۹۲). «معنا درمانی». تهران: الکترونیکی، ص ۱۰-۱۲.
- صالحی، روح‌الله (۱۳۹۷). «مدیریت تغییر در سازمان‌های دولتی و پلیسی». فصلنامه دانش انتظامی، شماره بیست و نهمف صص ۸۱-۷۲.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزائی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). «بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار». مجله پژوهشی حکیم، سال پنجم، شماره پانزدهم، صص ۱۳۴-۱۱۵.
- فاضل، سعید (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر روش واقعیت‌درمانی بر افزایش شادکامی و سلامت روان». (پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره). دانشگاه شهید بهشتی تهران، شماره چهاردهم، صص ۲۴-۱۵.
- فقیهی، ابوالحسن (۱۳۹۰). «بررسی میزان رضایت مراجعه‌کنندگان از سطح کیفیت خدمات مراکز خدمات اجتماعی-انتظامی». مجلات تخصصی نور: توسعه انسانی پلیس، سال اول، شماره اول، صص ۶۲-۵۵.
- قبادیان، مریم (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی دختران دبیرستانی». فصلنامه مطالعات اجتماعی، شماره دهم، صص ۲۰۶-۱۸۹.
- کیانی، احمدرضا؛ اسدی، مسعود؛ بیگی، شیروان (۱۳۹۱). «رابطه شخصیت و رضایت زناشویی». روان‌شناسی معاصر، شماره چهارم، صص ۱۸-۱.
- گلسر، ویلیام (۱۳۹۰). «مدیریت بدون زور و اجبار». (ترجمه علی صاحبی)، تهران: نشر سایه سخن، تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰.
- مواسات، ریحانه (۱۳۹۲). «بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی به شیوه موردی بر اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس جوانان مبتلا به صرع». (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی)، دانشگاه فردوسی مشهد، سال ششم، صص ۳۶-۱۱.
- Burkehat, C. (2013). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47.
- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., ... & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 61, 27-36.
- Crish, B.F. (20۱۰). Using reality Therapy to reduce PTSD-Related symptoms. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(6), 55-61.



- Glasser, W. (2000). School violence from the perspective of William Glasser. *Journal of the ASEA, professional school counseling*, 18, 89-99.
- Nichel, D. S., & chance, E.H. (1995). The effects of reality therapy and choice theory training on self-concept among Taiwanese university students. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 22(10), 77-86.
- Perkinz, D. (2012). Applying choice Theory & Reality Therapy to coaching athletes. *International Journal of Reality Therapy*, 11(1), 14-22.
- Simons, Z., & gaher, k. (2005). Effectivnes of reality therapy program for schizophrenic pation. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 19(5), 41-52.
- Tangney, J., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High selfcontrol predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Vanderwal, J. S., & Dennis, J. P. (2010). Self-monitoring personality at work: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 22(6), 68-75.