

The Comparison of Reality Therapy and Cognitive Therapy Based Positive Self-Talking on Interpersonal Sensitivity of Adolescents

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Farahnaz Eslami Hasanabad¹
Hossein Mahdian^{2*}
Masoumeh Eslami³

How to cite this article

Farahnaz Eslami Hasanabad, Hossein Mahdian, Eslami Masoumeh, The Comparison of Reality Therapy and Cognitive Therapy Based Positive Self-Talking on Interpersonal Sensitivity of adolescents, *Journal of Quran and Medicine*. 2023; 7(5): 34-41.

1. PhD student in Educational Psychology, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran (corresponding author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of bojnord, Bojnord, Iran.

* Correspondence:

Email: hossein3284@gmail.com

ABSTRACT

Abstract This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of reality therapy and cognitive therapy based on positive self-talk on the interpersonal sensitivity of teenagers. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, follow-up test and control group. The statistical population included all teenage girls of the second secondary level of Bojnord who were studying in one of the schools of this city in the academic year of 1400-01. From among these people, 60 students who were willing to participate in the research and met the entry criteria were selected by available sampling method and randomly divided into three groups of 20 people, experiment 1, experiment 2, and control. The tool for collecting information was the Interpersonal Sensitivity Questionnaire (IPSM) by Bice and Parker (1989). The obtained data were analyzed by the analysis of variance analysis with repeated measurements. The results indicated that reality therapy and cognitive therapy based on positive self-talk are effective on the interpersonal sensitivity of adolescents ($P < 0.01$); However, there was no significant difference in effectiveness between the two groups ($P \geq 0.05$). Based on these findings, it can be said that both reality therapy and cognitive therapy approaches based on positive self-talk can have good effects on the social status of students, and in this respect, the results of these two approaches are not very different from each other.

Keywords: Reality therapy, cognitive therapy, positive self-talk, interpersonal sensitivity.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۲

*نویسنده مسئول: hossein3284@gmail.com

مقایسه‌ی اثربخشی واقعیت درمانی و درمان شناختی

مبتنی بر خودگویی‌های مثبت بر حساسیت بین فردی

نوجوانان

مقدمه

نوجوانان یکی از مهم‌ترین اقشار جامعه هستند که آینده‌ی یک جامعه و کشور به دست آنهاست. نوجوانی دوره‌ای است که طی آن فرد از کودکی به بزرگسالی منتقل می‌شود و به دلیل ویژگی‌های این دوره‌ی انتقالی، حساسیت‌های ویژه‌ای در این دوران بروز می‌کند و نوجوانان و خانواده‌ها و معلمان آن‌ها با اضطراب و مشکلات عدیده‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند که عمده‌ی این مشکلات به دلیل تغییرات گسترده‌ی جسمی، روانشناختی، عاطفی و اجتماعی است که در میان این قشر اتفاق می‌افتد (۱). یکی دیگر از شاخص‌هایی که در سنین نوجوانی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، حساسیت بین فردی^۱ است. این اصطلاح نخستین بار توسط بایس و پارکر^۲ (۲) و تحت عنوان حساسیت شخص نسبت به بازخوردهای دیگران، نگرانی از نگرش اجتماع نسبت به خود، ترس از مورد انتقاد قرار گرفتن و بی‌کفایت جلوه نمودن در نگاه دیگران و نهایتاً سوءتعبیرهای متممادی از رفتارهای دیگران تعریف شده است. افرادی که از این مشکل رنج می‌برند، اشتغال ذهنی زیادی در خصوص روابط بین فردی خویش دارند و دائماً گوش به زنگ اتفاقات ناخوشایند بین فردی هستند و کسانی هستند که دائماً خود را مطابق نظر دیگران تغییر می‌دهند (۳). بر این اساس حساسیت بین فردی را می‌توان نوعی حساسیت به طرد شدگی و اضطراب از پذیرفته نشدن توسط دیگران (دل‌بستگی اضطرابی) تعبیر کرد (۴، ۵) که اثرات سوء متعددی در وضعیت روانی فرد به جای می‌گذارد. یو، ژانگ، ژانگ، ژو و چن^۳ (۶) در این خصوص نشان دادند که حساسیت بین فردی می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس و انواع اعتیاد در نوجوانان شود. ماندل، دنکلی و استارز^۴ (۷) به نقش این سازه در استرس، لی و همکاران (۴) به نقش آن در شکل‌گیری اعتیاد و اوتانی و همکاران (۵) نیز به نقش این سازه در باورهای منفی در مورد خویش و شکل‌گیری افسردگی اشاره کرده‌اند. بنابراین چنانکه مشخص و مشهود است این سازه خصوصاً در میان نوجوانان که از تعارضات عدیده‌ی روانی-اجتماعی و هیجانی رنج می‌برند، اثرات نامطلوب عدیده‌ای به دنبال دارد و شناسایی اثرات رویکردهای درمانی اثرگذار در آن در میان نوجوانان می‌تواند راهگشا باشد. یکی از رویکردهایی که می‌تواند در تعدیل وضعیت حساسیت بین فردی نوجوانان اثرگذار باشد، واقعیت درمانی^۵ است.

واقعیت درمانی توسط ویلیام گلاسر^۶ ایجاد شد و اساساً برای تقویت خودکنترلی و تصمیم‌گیری مسئولانه طراحی شده است و هدف آن

فرحناز اسلامی حسن آبادی^۱

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

حسین مهدیان^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

معصومه اسلامی^۳

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی اثربخشی واقعیت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت بر حساسیت بین فردی نوجوانان انجام شد. روش تحقیق نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر مقطع متوسطه دوم بجنورد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۰۱ در یکی از مدارس این شهر مشغول به تحصیل بودند. از میان این افراد تعداد ۶۰ نفر از دانش‌آموزانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشته و ملاک‌های ورود را دارا بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه حساسیت بین فردی (IPSM) بایس و پارکر (۱۹۸۹) بود. داده‌های حاصله از طریق آزمون تحلیل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که واقعیت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت بر حساسیت بین فردی نوجوانان مؤثر است ($P < 0.01$)؛ اما بین دو گروه تفاوت معناداری در میزان اثربخشی وجود نداشت ($P \geq 0.05$). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت هر دو رویکرد واقعیت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت می‌تواند اثرات مناسبی در وضعیت اجتماعی دانش‌آموزان داشته باشد و از این حیث نتایج این دو رویکرد چندان با یکدیگر متفاوت نیستند.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، درمان شناختی، خودگویی مثبت، حساسیت بین فردی.

4. Mandel, Dunkley, & Starrs

5. Reality therapy

6. Glasser

1. interpersonal sensitivity

2. Boyce & Parker

3. You, Zhang, Zhang, Xu, & Chen

جوامع سنتی را مورد توجه قرار می‌دهد در اینگونه کشورهای سنتی‌تر می‌تواند بسیار مفید واقع شود (۲۳، ۲۷). از دیگر سو، باید اذعان داشت که بیشترین تغییر و تحولات در نظام اعتقادی و باورهای شخص و انعطاف‌پذیری در این نظام در دوران کودکی و نوجوانی در افراد حادث می‌شود (۲۴) و در عین حال در شناخت درمانی تأکید ویژه بر تغییر باورهای افراد است (۲۰). حال آنکه بخشی از باورهای شخص در حقیقت همان خودگویی‌های وی هستند. لذا رویکرد شناختی مبتنی بر خودگویی مثبت از جمله رویکردهایی است که می‌تواند تأثیرات قابل توجهی در میان نوجوانان بر جای بگذارد، در حالی که این مسئله مورد غفلت پژوهشگران حوزه مطالعات کودک و نوجوان قرار گرفته است.

بنابراین در مجموع می‌توان گفت که هر دو رویکرد واقعیت‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت قادر هستند تا اثرات مثبت زیادی بر وضعیت روانی-اجتماعی و هیجانی نوجوانان برجای بگذارند در حالی که اثرات این رویکردها در میان این قشر از اجتماعی چندان مورد توجه قرار نگرفته است و در عین حال شناسایی رویکرد اثربخش‌تر در این خصوص می‌تواند راه را برای دستیابی به رویکردهای موثرتر درمانی در میان نوجوانان همراه کند؛ بنابراین پژوهش حاضر با درک این مهم به دنبال دستیابی به پاسخ این سوال است که آیا تأثیر واقعیت‌درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت بر تعادل عاطفی، حساسیت بین فردی و مسئولیت‌پذیری نوجوانان متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر در زمره تحقیقات کاربردی است که به روش نیمه-آزمایشی انجام گردید. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر مقطع متوسطه دوم بجنورد بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۰۱ در یکی از مدارس این شهر مشغول به تحصیل بودند. از میان این افراد تعداد ۶۰ نفر از دانش‌آموزانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشته و ملاک‌های ورود را دارا بودند، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود: جنسیت دختر، حداقل سن ۱۵ سال، عدم ابتلا به بیماری کرونا، توانایی حضور در جلسات، عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا الکل.

ملاک‌های خروج: ابتلا به بیماری کرونا یا هرگونه بیماری صعب‌العلاج دیگر، محرز شدن اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، غیبت بیش از یک جلسه در فرایند درمان، تأخیر بیش از سه جلسه.

در انجام اعمال آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به وسیله نرم-افزار SPSS-24 استفاده شد.

کمک به مراجعان برای کنترل زندگی خود است (۸، ۹). واقعیت‌درمانی بر این عقیده است که انسان‌ها همیشه به گونه‌ای رفتار می‌نمایند تا دنیا و خودشان را جهت ارضای نیازهای‌شان کنترل نمایند و این سبک از کنترل می‌تواند در بروز مشکلات روان‌شناختی افراد نقش آفرینی کند (۱۰)، اما افراد با قبول مسئولیت رفتارهایشان قادر هستند رضایتمندی بیشتری در زندگی داشته باشند (۱۱، ۱۲). از نظر واقعیت‌درمانی، تنها خود شخص است که می‌تواند زندگی خویش را کنترل و مهار کند، نه دیگران. از نظر این رویکرد رفتارهای نامطلوب به روابط ناسالم می‌انجامد (۱۳، ۱۴). از نظر گلاسر (۱۵) ما نیاز داریم تا احساس ارزشمند بودن داشته باشیم و این احساس ارزشمندی مستلزم این است که از خودمان ارزیابی صحیحی داشته باشیم. معیارها، اخلاقیات، ارزش‌ها یا انجام رفتار درست و نادرست شروط رسیدن به احساس ارزشمندی در انسان است و واقعیت‌درمانی به طور دقیق به این مسائل می‌پردازد (۱۶، ۱۷)، لذا این رویکرد می‌تواند از طریق تقویت ارزیابی‌های شخصی و خودکنترلی در میان نوجوانان آنها را در مقابله با بحران‌های پیش‌روی‌شان یاری رساند (۱۸، ۱۹)؛ لذا بر این اساس قادر است در متغیرهای مختلفی در میان این افراد اثرگذار باشد و سنجش تأثیر این رویکرد در سازه‌های حساسیت بین فردی نوجوانان به عنوان یکی از اهداف پژوهش حاضر به شمار می‌آید. همچنین مقایسه میزان اثرگذاری این رویکرد در سازه‌های مذکور در میان جمعیت نوجوانان در کشور ما می‌تواند ما جهت دستیابی به درمان اثربخش‌تر یاری رساند. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در این خصوص مورد مقایسه واقع شود، درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت است که به دلیل مشخصه‌هایی که دارد، رویکردی مناسب در میان نوجوانان قلمداد می‌شود. دیدگاه شناختی عمده توجه خود را بر تفکر و شناخت‌های فرد برای علت‌شناسی مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد و بر تغییر نظام‌های اعتقادی و فکری برای تغییر شرایط مشکل‌آفرین و اصلاح الگوهای فکری تأکید می‌کند (۲۰، ۲۱). شاکله‌ی اساسی این رویکرد بر تغییر بنیان‌های فکری، تغییر ارزیابی‌های منفی افراطی و تغییر گرایش به تفسیر منفی رویدادهای روزانه اشخاص از موقعیت‌های مختلف بنا شده است (۲۲). تلفیق این رویکرد با خودگویی مثبت می‌تواند اثرات درمانی آن را افزایش دهد (۲۳). خودگویی مثبت عبارتست از گفتگوی درونی شخص که می‌تواند با صدایی آهسته یا حتی صدای بلند باشد و به واسطه‌ی آن شخص قادر است افکار و احساسات و رفتارهای خودش را تعبیر و تفسیر نماید و از این راه فرد می‌تواند ارزیابی‌ها و اعتقادات خویش را تغییر دهد، خود را تقویت کرده و به خودش آموزش دهد (۲۴). خودگویی به نوعی مرور افکار فرد است (۲۵، ۲۶). بسیاری از محققین بر این عقیده هستند که شناخت درمانی در کشورهای در حال توسعه کاربردهای محدودتری دارد و تلفیق این روش با رویکرد خودگویی مثبت، که شاخصه‌های فرهنگی

1. Cognitive therapy based positive self-talking

فهرست «تحریف‌های فکری» برای اثبات اینکه ممکن است سوگیری‌های موجود در تفکر به صورت نظامداری رخ دهند.

جلسه ششم: بررسی پیرامون مشخص کردن اظهارات مثبت نسبت به خود، معرفی «افکار بدیل» و چگونگی ثبت آنها.

جلسه هفتم: بحث در مورد سبک‌های اسنادی، انواع اسنادها، نقش سبک‌های اسنادی در خودگویی، بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار که حاوی اطلاعات کافی برای نتیجه‌گیری کردن هستند.

جلسه هشتم: چگونگی نقش خودگویی در شکل‌گیری افکار، احساسات و رفتارها و مطرح کردن راهبردهای حل مسئله وقتی شواهد نشان‌دهنده وجود مشکل حل‌نشده‌ای هستند.

جلسه نهم: معرفی «شناخت‌های عمیق»، مفهوم پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری و مهم. نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از فن پیکان وارونه و تشریح روش پیکان وارونه به همان شکلی که برای رضای شرطی درباره خود، دیگران و جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جلسه دهم: معرفی راهبردهای مقابله‌ای مرتبط با باورهای محوری و زیربنایی، مطرح کردن مفاهیم بازگشت و عود مجدد مراجعین و برنامه‌ریزی راهبردهای مخصوص برای مراجعان برای مقابله با بازگشت؛ جمع بندی و پس آزمون

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه حساسیت بین فردی (IPSM): این مقیاس توسط بایس و پارکر (۲) و به منظور سنجش و ارزیابی حساسیت بین فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال و ۵ زیرمقیاس است زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت‌نفس شکننده. این پرسشنامه دارای مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است که بدین صورت نمره گذاری می‌شود: (کاملاً موافقم: ۴؛ تا حدودی موافقم: ۳؛ تا حدودی مخالفم: ۲؛ کاملاً مخالفم: ۱). در بررسی روایی و پایایی این مقیاس بایس و پارکر (۲) آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های آگاهی بین فردی ۰.۷۶، نیاز به تأیید ۰.۵۵، اضطراب جدایی ۰.۶۷، کمرویی ۰.۶۳ و عزت‌نفس شکننده ۰.۵۹ و کل مقیاس ۰.۸۶ به دست آوردند. همچنین آنها روایی همزمان این آزمون را با آزمون قضاوت بالینی حساسیت بین فردی برابر ۰.۷۲ برآورد نمودند که نشانگر روایی همزمان بالای این پرسشنامه است. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش وجودی و همکاران (۱۳۹۳) برابر با ۰.۸۱ به دست آمد. همچنین محمدیان و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. آنها آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای زیرمقیاس‌های آگاهی بین فردی ۰.۷، نیاز به تأیید ۰.۵۱، اضطراب جدایی ۰.۵۸، کمرویی ۰.۵۸ و عزت‌نفس شکننده ۰.۷ و کل مقیاس ۰.۸۶ به دست آوردند.

پروتکل واقعیت‌درمانی شامل ۸ جلسه درمانی بود که بر اساس پروتکل درمانی گلاسر (۱۵) استخراج شد و به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: شرح قوانین/آشنایی با گروه و اهداف آن

جلسه دوم: آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد و کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی (شناختن ۵ نیاز اساسی انسان و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها).

جلسه سوم: بررسی اهداف افراد در زندگی و تعیین میزان هدفمند بودن آنها. آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال

جلسه چهارم: تعارضات چهارگانه معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری- تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای تحصیل

جلسه پنجم: شناختن رفتار و احساس کنونی، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید برکنترل درونی نسبت به اشتغال/تحصیل.

جلسه ششم: آشنایی اعضا با مسئولیتهای 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 می‌شوند.

جلسه هفتم: آموزش اصول ده گانه نظریه انتخاب

جلسه هشتم: دریافت بازخورد از جلسات قبل (مرور جلسات قبلی و جمع بندی)، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی مثبت نیز شامل ۱۰ جلسه و برگرفته از پروتکل‌های درمانی بایلینگ و همکاران (ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۵) و بک و همکاران (۱۹۷۹) با تلفیق پروتکل رضاپور میرصالح (۱۳۹۵) است.

جلسه اول: معرفی درمانگران و افراد گروه به یکدیگر، اخذ پیش آزمون. معرفی موارد مرتبط با مداخله‌های مثبت‌نگر و شناختی.

جلسه دوم: مداخله‌های رفتاری: اصلاح رفتارها برای بهبود خلق، مطرح کردن مفهوم تسلط (احساس کارآمدی) و خشنودی و شادی با استفاده از مثال‌هایی از گذشته برای نشان دادن این گونه فعالیت‌ها.

جلسه سوم: بررسی نتایج و پیامدهای اصلاحات رفتاری و تنظیم آنچه مورد نیاز است و تعیین «تغییرات خلقی» که با مداخله‌های شناختی مورد هدف قرار خواهند گرفت. تشریح تعبیر و تفسیر و «خودگفت‌وگویی» به‌عنوان رابطه بین موقعیت و هیجان، با استفاده از مثال‌های مراجع

جلسه چهارم: بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار: توصیف موقعیت، خلق و افکار و تعیین افکار داغ موجود در مثال‌ها. بررسی نقش افکار خودمغلوبی در خودگویی‌ها (تشخیص دور باطل خودگویی‌های منفی).

جلسه پنجم: بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار: موقعیت، خلق، افکار و شواهدی درباره افکار داغ. معرفی

یافته‌ها

توصیف نمونه بر حسب سن در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: توصیف نمونه بر حسب رشته تحصیلی

| سن | میانگین | انحراف معیار | گروه |
|----|---------|--------------|--|
| | ۱۶/۴۵ | ۰/۹۹ | واقعیت درمانی |
| | ۱۶/۳۵ | ۱/۱۴ | درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت |
| | ۱۶/۳۳ | ۱/۰۹ | کنترل |

شد. جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است:

در این پژوهش جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی چندمتغیره و تک متغیره استفاده

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها

| متغیرها | واقعیت درمانی | | درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت | | کنترل |
|-----------------|---------------|--------------|--|--------------|-------|
| | آماره | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری | |
| حساسیت بین فردی | ۰/۹۵ | ۰/۳۷ | ۰/۹۷ | ۰/۷۰ | ۰/۲۰ |
| نیاز به تایید | ۰/۹۳ | ۰/۱۸ | ۰/۹۴ | ۰/۲۹ | ۰/۰۹ |
| اضطراب جدایی | ۰/۹۲ | ۰/۰۸ | ۰/۹۴ | ۰/۲۱ | ۰/۱۵ |
| کمروبی | ۰/۹۱ | ۰/۰۶ | ۰/۹۴ | ۰/۲۵ | ۰/۴۰ |
| عزت نفس شکننده | ۰/۹۵ | ۰/۳۴ | ۰/۹۴ | ۰/۲۲ | ۰/۸۷ |
| نمره کل | ۰/۹۷ | ۰/۶۸ | ۰/۹۶ | ۰/۴۵ | ۰/۸۸ |

از آزمون برابری خطای واریانس لوین^۱ استفاده شد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ($P > 0.05$). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

جدول ۳: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس حساسیت بین فردی در گروه‌های واقعیت درمانی و کنترل

| متغیرها | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|----------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
| | F | سطح معناداری | F | سطح معناداری | |
| آگاهی بین فردی | ۰/۰۲ | ۰/۸۸ | ۰/۰۲ | ۰/۸۹ | ۰/۲۲ |
| نیاز به تایید | ۰/۸۲ | ۰/۳۷ | ۰/۰۶ | ۰/۸۱ | ۰/۴۸ |
| اضطراب جدایی | ۱/۲۱ | ۰/۲۸ | ۲/۲۶ | ۰/۱۴ | ۰/۰۰۱ |
| کمروبی | ۳/۲۲ | ۰/۰۸ | ۰/۷۳ | ۰/۴۰ | ۰/۵۸ |
| عزت نفس شکننده | ۲/۳۵ | ۰/۱۳ | ۳/۷۹ | ۰/۰۶ | ۰/۴۶ |

در این آزمون سطح معناداری بیشتر از $P > 0.05$ به دست آمد، بدین معنی است که داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند. جهت بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام. باکس^۲ استفاده شد که معناداری بدست آمده بزرگ‌تر از $P > 0.05$ بود و ماتریس‌ها برابر بودند ($P > 0.05$).

در این آزمون سطح معناداری بیشتر از $P > 0.05$ به دست آمد، بدین معنی است که داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند. جهت بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام. باکس^۲ استفاده شد که معناداری بدست آمده بزرگ‌تر از $P > 0.05$ بود و ماتریس‌ها برابر بودند ($P > 0.05$).

2. Box's M

1. Levene's test of equality of error variance

جدول ۴: بررسی تفاوت‌های بین گروهی در ابعاد حساسیت بین فردی در گروه‌های آزمایشی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور سهمی | اتای |
|---------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|------------|------|
| آگاهی | بین | آزمون | ۱/۱۵ | ۲۲۰/۰۶ | ۲۲/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | |
| فردی | عضویت گروهی | ۰/۰۱ | ۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸ | ۰/۰۰۱ | |
| | آزمون* | عضویت | ۱/۱۵ | ۴/۰۳ | ۰/۴۲ | ۰/۵۵ | ۰/۰۱ | |
| نیاز به تأیید | آزمون | ۲۷۳/۵۲ | ۱/۰۷ | ۲۵۴/۷۱ | ۳۱/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ | |
| | عضویت گروهی | ۳/۰۱ | ۱ | ۳/۰۱ | ۰/۱۷ | ۰/۶۸ | ۰/۰۰۴ | |
| | آزمون* | عضویت | ۱/۰۷ | ۳/۸۳ | ۰/۴۷ | ۰/۵۱ | ۰/۰۱ | |
| اضطراب جدایی | آزمون | ۳۵۴/۳۵ | ۱/۲۶ | ۲۸۲/۲۳ | ۱۹/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ | |
| | عضویت گروهی | ۰/۱۳ | ۱ | ۰/۱۳ | ۰/۰۱ | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۱ | |
| | آزمون* | عضویت | ۱/۲۶ | ۰/۰۹ | ۰/۰۱ | ۰/۹۷ | ۰/۰۰۱ | |
| کمرویی | آزمون | ۵۴۴/۰۵ | ۱/۵۳ | ۳۵۶/۷۹ | ۵۵/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ | |
| | عضویت گروهی | ۲/۷۰ | ۱ | ۲/۷۰ | ۰/۳۶ | ۰/۵۶ | ۰/۰۱ | |
| | آزمون* | عضویت | ۱/۵۳ | ۱/۲۸ | ۰/۲۰ | ۰/۷۶ | ۰/۰۱ | |
| عزت شکننده | آزمون | ۱۸۸/۰۷ | ۱/۴۱ | ۱۳۳/۸۶ | ۲۰/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ | |
| | عضویت گروهی | ۱/۸۸ | ۱ | ۱/۸۸ | ۰/۲۸ | ۰/۶۰ | ۰/۰۱ | |
| | آزمون* | عضویت | ۱/۴۱ | ۵/۲۷ | ۰/۸۱ | ۰/۴۱ | ۰/۰۲ | |

مشابهی جهت مقایسه‌ی نتایج یافت نشد، هرچند لیمنز و همکاران (۲۶) در مقایسه‌ی درمان‌های شناختی و بین فردی برای کاهش مشکلات ارتباطی به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری در میزان اثربخشی این روش‌ها در کاهش مشکلات روانشناختی وجود ندارد.

در تبیین این یافته پژوهشی باید گفت که هم در واقعیت درمانی به نیاز به تعلق و روابط بین فردی در افراد تحت درمان توجه ویژه‌ای می‌شود (۱۹، ۲۶)، هم نیاز به تعامل و داشتن روابط صمیمانه و در عین حال سالم در رویکرد شناخت درمانی مورد توجه است (۲۰) و هم در فرایند خودگویی‌های مثبت نیز این مهم مورد توجه قرار دارد که روابط اجتماعی باید تضمین کننده‌ی سلامت شخص باشد نه آنکه شخص به صورت بیمارگون سعی در حفظ آن‌ها داشته باشد (۲۳، ۲۵). در رویکرد واقعیت درمانی تلاش می‌شود تا بین درمانجو و درمانگر یک پیوند عاطفی ایجاد شود تا در درجه اول نیاز فرد به رابطه با دیگران برآورده شود و بعد در سایه برآورده شدن این نیاز شخص با کمک فرآیندهای منطقی خویش به ارزیابی رفتارش پردازد و درست را از نادرست و حق را از ناحق با آزادی و فارغ از نیاز به رابطه انتخاب کند و خودش مسئولیت انتخابش را بر عهده گیرد (۱۱، ۱۶). لذا مراجعین یاد می‌گیرند که بدون ترس و اضطراب به روابط بین فردی خویش بنگرند که در نهایت کاهش حساسیت

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). سایر نتایج نشان می‌دهد که از پس آزمون به پیگیری تنها در نیاز به تأیید و عزت نفس شکننده در گروه واقعیت درمانی تغییر معناداری مشاهده می‌شود ($P < ۰/۰۱$). بر اساس آنچه مورد بررسی قرار گرفت، تأثیر واقعیت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت بر حساسیت بین فردی و ابعاد آن در نوجوانان متفاوت نیست.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که هر دو رویکرد واقعیت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت توانسته‌اند در کاهش حساسیت بین فردی موفق عمل کنند. همچنین نتایج حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در میزان اثربخشی این دو رویکرد وجود نداشت. یافته حاصله در خصوص اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر خودگویی‌های مثبت همسو با نتایج پژوهش‌های کمساری و همکاران (۱۷)؛ صفری و همکاران (۹)؛ بدخشان و همکاران (۲۸)؛ طهماسب زاده و همکاران (۲۹)؛ سپاس و همکاران (۱۲)؛ فلاح برنجستانی و همکاران (۱۱)؛ کیقبادی و همکاران (۱۰)؛ خان و منصور (۲۵) و هرناندز و همکاران (۳۰) می‌باشد، اما در خصوص مقایسه اثربخشی دو رویکرد پژوهش کاملاً

بین فردی اعضای نمونه شده است. در مجموع باید اشاره کرد که هرچند هردو رویکرد توانسته‌اند در کاهش حساسیت بین فری مؤثر باشند اما هیچ یک از این رویکردها برتری فاحشی در کاهش میزان حساسیت بین فردی بر یکدیگر نداشته چرا که هردو رویکرد علی-رغم فلسفه‌ی متفاوت‌شان از نظر بازه‌ی زمانی درمان، عمق اثرگذاری و تمرکز برنامه‌های طراحی شده دارای شباهت‌های زیادی هستند. از دیگر سو با توجه به اینکه هیچ یک از این رویکردهای به طور صرف به بحث حساسیت‌های بین فردی نپرداخته و کاهش این مشکل را در امتداد کاهش مشکلات ارتباطی مد نظر قرار می‌دهند، لذا تفاوت معناداری در دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان اثربخشی در حساسیت بین فردی وجود نداشته است، لذا می‌توان از هردو روش در صورت صلاحدید و نیاز، جهت کاهش مشکلات ارتباطی نوجوانان استفاده نمود.

بین فردی آن‌ها را به دنبال دارد. همچنین در این رویکرد تلاش می‌شود تا افراد تحت درمان جهت طلب عشق و روابط و محبت غیرواقعی تلاش نکنند و بیاموزند که روابط صمیمانه واقعی است که به انسان در رفع نیازهای عاطفی کمک می‌کند نه روابط متعدد و بی کیفیت (۳۱). در حالی که در رویکردهای شناخت درمانی نیز به ترس‌های مراجعین از روابط بین فردی اهمیت داده می‌شود و سعی این رویکرد بر اصلاح الگوهای فکری مراجعین در خصوص روابط بین فردی‌شان است (۲۰، ۲۱). در خودگویی مثبت که با این رویکرد تلفیق شده است تأکید بر این است که فرد بتواند رفتار و احساساتش را به شکل مناسب‌تری ارزیابی کرده و به خود آموزش دهد تا به شکل مؤثری روابط بین فردی خود را کنترل نماید (۲۳، ۲۵، ۲۷). چنین شرایطی در درمان‌های شناختی مثبت نگر باعث کاهش مشکلات ارتباطی و توقعات غیرمنطقی ارتباطی اعضای نمونه خواهد شد و حادث شدن این شرایط منجر به کاهش حساسیت

References

1. Khodayari-Fard M. The issues of childhood and adolescence. Tehran: Yastaron Publications; 2020.
2. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989;23(3):341-351.
3. Holley J, Tapp J, Draycott S. How do forensic inpatients' interpersonal sensitivity to dominance and perceptions of staff coercion impact upon anger and rates of aggression? *The Journal of Forensic Practice*. 2021;23(1):1-10.
4. Lin L, Wang X, Li Q, Xia B, Chen P, Wang W. The Influence of Interpersonal Sensitivity on Smartphone Addiction: A Moderated Mediation Model. *Front Psychol*. 2021;12:658433.
5. Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Shirata T. Close relation of interpersonal sensitivity with negative core beliefs about the self, the central construct of cognitive vulnerability to depression. *Psychiatry Res*. 2018;263:162-165.
6. You Z, Zhang Y, Zhang L, Xu Y, Chen X. How does self-esteem affect mobile phone addiction? The mediating role of social anxiety and interpersonal sensitivity. *Psychiatry Res*. 2019;271:526-531.
7. Mandel T, Dunkley DM, Starrs CJ. Self-critical perfectionism, daily interpersonal sensitivity, and stress generation: A four-year longitudinal study. *J Psychopathol Behav Assess*. 2018;40(4):701-713.
8. Overholser J. *Choice Theory Psychology-Reality Therapy-Quality Schools-Lead Management*. Book Publishers Network; 2019.
9. Safari S, Soleymanian AAA, Jajarmi M. The effectiveness of reality therapy on internet addiction and perception of social support - family in adolescent girls. *J Health Promot Manag*. 2021;10(5):107-120.
10. Keyghobadi S, Darvazah Z, Asadzadeh H. The effectiveness of group reality therapy based on choice theory on marital responsibility in married women. *J Disability Stud*. 2021;11(1):19-27.
11. Falah Baranjastanki V, Saberi H, Shomali Eskooyi A. A comparison of the effectiveness of group reality therapy and group cognitive-behavioral therapy on empathy and self-control in women with marital conflict. *Q J Couns Res*. 2021;20(79):167-194.
12. Sepas L, Shaker Dolagh A, Khademi A. The effectiveness of reality therapy on anxiety sensitivity and coping strategies in patients with multiple sclerosis. *J Nurs Midwifery Paramedical Res*. 2021;7(2):72-84.

13. Glasser W. *Counseling with choice theory: The new Reality Therapy*. New York: Harper Collins Publishers; 2013.
14. Hunter Q. Initial Investigation of a Reality Therapy Model of Clinical Supervision. *Int J Adv Couns*. 2021;43(2):207-226.
15. Glasser W. *Choice theory: An introduction to the psychology of hope*. Translated by Sahabi A. Tehran: Saaye Sokhan Publishers; 2020. (Original work published in 1999).
16. Rosidi R, Sutoyo A, Purwanto E. Effectiveness of reality therapy group counseling to increase the self-esteem of students. *J Bimbingan Konseling*. 2018;7(1):12-16.
17. Kamasari F, Kashavarz Afshar H, Ghodsi M, Ahghar G. A comparison of the effectiveness of group counseling with Adlerian and reality therapy approaches on self-efficacy in middle school students. *Roshd Psychol Growth*. 2021;10(5):107-118.
18. Hunnicut S, Felipe L. Use of Virtual Reality Therapy (VRT) for Vestibular Rehabilitation. *Biomed J Sci Tech Res*. 2019;22(2):16619-16621.
19. Kim NR, Jang MH. Effects of self-assertive training applying reality therapy techniques on self-esteem and internalized stigma in schizophrenia patients. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019;28(1):37-49.
20. Santrock JW. *Psychology Background*. Translated by Mehrdad Firoozbakht. Tehran: Rasa; 2021.
21. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford Publications; 2018.
22. Davidson KL, Blackburn BL. *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety: A Practitioner's Guide*. Translated by Hassan Tuzandehjani. Mashhad: Astan Quds Razavi Publications; 2022. (Persian)
23. Hussein RE, Al-Mahdawi MDM. The effectiveness of a self-talk counseling program in developing emotional regulation for orphaned female students in middle school. *J Res Diyala Humanity*. 2021;1(89).
24. Maykenbam D. *Stress Inoculation Training: A Manual for Developing Safety against Stress*. Translated by Cyrus Mobini. Tehran: Roshd; 2020.
25. Khan N, Mansoor M. Prolong psychosis preceding cognitive and motor symptoms; an unusual presentation in Huntington's disease. *BJPsych Open*. 2021;7(S1):S117-S117.
26. Lemmens LH, Van Bronswijk SC, Peeters F, Arntz A, Hollon SD, Huibers MJ. Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy vs. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2019;49(3):465-473.
27. Rezapour M, Yaser R. A comparison of the effectiveness of self-narrative-based cognitive therapy with Iranian-Islamic model and common self-narrative-based cognitive therapy on reducing marital conflicts. *J Appl Psychol Res*. 2016;7(1):57-69.
28. Badkeshan F, Kiamarzi A, Ghaffari A. A comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and reality therapy on family functioning in women with marital conflicts. *J Forensic Med*. 2021;10(4):263-270.
29. Tahmasb Zadeh M, Mirzaian B, Hassanzadeh R. A comparison of the effectiveness of two group therapies: cognitive-behavioral therapy and reality therapy on reducing social anxiety symptoms in mothers of students with learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2019;9(1):22. (Persian)
30. Hernández MM, Eisenberg N, Valiente C, Spinrad TL, Berger RH, VanSchyndel SK, et al. Balance in Positive Emotional Expressivity Across School Contexts Relates to Kindergartners' Adjustment. *Early Educ Dev*. 2018;29(1):1-13.
31. Warnier N, Lambregts S, Van der Port I. Effect of virtual reality therapy on balance and walking in children with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Neurorehabil*. 2020;23(8):502-518.