

اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی و بهزیستی روان شناختی

دکتر علی اسماعیلی، معصومه شفائی

^۱ عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی ارشد

دکتر علی اسماعیلی عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده

مسئول) Email: ali.esmaeili@atu.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی و بهزیستی روانشناختی نوجوانان کار و خیابان بود. ت آزمایشی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه نوجوانان کار و خیابان شهر بودند که از بین آنها تعداد ۳۰ نوجوان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی استان قم با روش نمونه گیری تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ (کنترل) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان شناختی و پرسشنامه هویت یافتگی بودند. برنامه آموزش واقعیت درمانی گروهی بر روی گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه بر اساس نظریه انتخاب و واقعیت درمانی گلاسرا اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد، آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی و هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان موثر است و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است. نتیجه این که آموزش واقعیت درمانی گروهی، بهزیستی روان شناختی و هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان را بهبود می بخشد.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، هویت یافتگی، بهزیستی روان شناختی، نوجوانان کار و خیابان.

پدیده کودکان خیابانی مشکل اجتماعی است که از دیرباز در کشورهای مختلف آسیایی (لام و چنگ^۱، ۲۰۱۲)، آمریکا (اسمتون^۲، ۲۰۱۲)، مکزیک (جونز، توماس و بنیتز^۳، ۲۰۱۲)، آفریقا (ون بlerk^۴، ۲۰۱۲)، از جمله در ایران (عسگرپور، ۱۳۹۲) وجود داشته است. این پدیده یکی از معضلات اساسی اکثر شهرهای بزرگ در جهان معاصر، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران است و به عنوان یکی از آسیب های اجتماعی، نه تنها بخش درخور توجهی از کودکان و نوجوانان را که سرمایه های آینده جامعه هستند، در معرض انواع آسیب ها قرار داده است، بلکه خانواده و جامعه را نیز با زیان های فراوانی رو به رو ساخته است. کودکان بخشی از لایه های آسیب پذیرند که بی توجهی به آنان می تواند پیامدهای جبران ناپذیری برای جامعه داشته باشد. و در این میان، کودکان کار و خیابان که زیر فشار و در سایه سختی های زندگی به کار در خیابان ها روی آورده اند و فرایند طبیعی رشد جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی شان و همچنین، تکامل شخصیت و جریان اجتماعی شدن آن ها به خطر افتاده است نیازمند توجه ویژه اند و ضروری است که شرایط و ویژگی های اقتصادی و اجتماعی آن ها بررسی گردد.

دوران کودکی در رشد و سلامت کودکان و شکل گیری شخصیت آنان از اهمیت فراوانی برخوردار است و توجه به نیازها و حقوق اساسی آنان در این سال های حساس، نقش مهمی در پرورش کودکانی توانمند و شایسته برای خود و جامعه ای که سازندگان آینده آن هستند، ایفا می کند. وجود آسیب ها و مشکلات اجتماعی در هر جامعه ای، کودکان را بیشتر از گروه های دیگر در معرض خطر قرار می دهد و به رشد و سلامت جسم و روان آنان آسیب می رساند. نتایج تحقیقات پیشین نشان دهنده این است که عوامل مختلفی چون اقتصادی (فقر)، اجتماعی (نبود قوانین حمایتی از کودکان)، خانوادگی (اعتیاد و طلاق والدین) و عوامل زیستی و روانی (بحران هویت و هویت یافتگی) می توانند در شکل گیری کودکان کار و خیابان تاثیر داشته باشند (وامقی، سجادی، رفیعی، رشیدیان، ۱۳۸۸). گلاسر معتقد است که نوجوانان از طریق تعامل و درگیری عاطفی با اطرافیان و به خصوص والدین به توسعه هویت خود می پردازند (گلاسر^۵، ۲۰۰۵). در این زمینه پژوهش های گوناگون نیز نشان می دهد که رفتار والدین در نوع برداشتی که نوجوانان از خود و از والدین شان دارند تاثیر دارد (پرهیزکار، محمودنیا و محمدی، ۱۳۸۸).

کار کودک اغلب به مشاغلی گفته می شود که کودک را از کودکی اش، استعدادش و شأن اش محروم کرده و برای رشد جسمانی و روانی او مضر است و به کارهایی اشاره دارد که از نظر روانی، جسمانی، اجتماعی یا اخلاقی برای کودک خطرناک و مضر بوده و مانع مدرسه رفتن آن ها می شود و آنها مجبور می شوند به طور ناگهانی مدرسه را ترک کنند و یا همزمان هم در مشاغل سنگین کار کنند و هم درس بخوانند (عسگرپور، ۱۳۹۲؛ بندیلی^۶، ۲۰۰۸). نوع محیطی که کودک در آن زندگی می کند بطور عمده رفتار آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. پدیده کودکان خیابانی یا بچه های خیابان که از آن به عنوان تراژدی شهری یاد می شود، معضلی است که کلان شهرها و شهرهای نسبتاً بزرگ جوامع معاصر اعم از پیشرفته و در حال توسعه، با آن دست به گریبان اند (حسینی، ۱۳۸۴؛ کالپانا^۷، ۲۰۱۱). کودکان کار و خیابان در زمره ی "کودکان در وضعیت دشوار" یا "کودکان آسیب پذیر شهری" قرار دارند که تحت تاثیر فشارها و تنش های زندگی در شهرهای بزرگ جوامع معاصر، فرایند طبیعی رشد (ابعاد چهارگانه ی رشد جسمانی، ذهنی، اخلاقی و اجتماعی) و جریان اجتماعی شدن بهنجار آن ها در معرض خطر قرار دارد. برای مثال در اکثر موارد این کودکان، از حضور و توجهات والدین به دلیل اشتغال و غیبت طولانی از خانه، به منظور تامین معاش خانواده محروم هستند یا الگوی روابط کارکردی خانواده ی آنها دچار اختلال است (سنارتنا و ویجوارادانا^۸، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش آبی^۹ (۲۰۰۸) نشان داد که تقریباً ۸۰٪ کودکان کار و خیابان شبها به منزل باز می گردند.

مشارکت در فعالیت های اقتصادی در اوایل کودکی خصوصاً در مشاغل خطرناک و سودجویانه اثر مخربی بر رشد جسمانی و روانی کودکان دارند و می تواند به آسیب جبران ناپذیری که ناتوانی دائمی را بوجود می آورد، منجر شود (کالپانا، ۲۰۱۱). چندین مطالعه نشان داده است که به علت موقعیت پرمخاطره و آسیب پذیری که کودکان در آن زندگی می کنند، سوء تغذیه و دیگر مشکلات بهداشتی در این کودکان بالاست. سوء استفاده جنسی و جسمی، سوء تغذیه، موقعیت نامناسب بهداشتی و شیوع بالای بیماری ها و عفونت ها مشکلات رایج در زندگی کودکان خیابانی است. سرپناه های نامناسب و نامرغوب، گاهی اوقات گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات پزشکی، عفونت های تنفسی،

1. Lam and Cheng

2. Semeton

3. Jones, Thomas and Benitez

4. Van Blerk

5. Glaseer

6. Bandleali

7. Kalpana

8. Senaratna & Wijewardana

9. Abebe

ناراحتی های پوستی، خطرهای محیطی مانند شرایط کار و زندگی خطرناک، می تواند سلامت این کودکان را در معرض خطر قرار دهد (گوپتا^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ پلومر، مصطفی، کودرتی، هاگ و یوسف^{۱۱}، ۲۰۰۷). گوپتا (۲۰۱۲) نتیجه گرفتند که کودکان کار و خیابانی که در محیط های ناامن و نامطلوب زندگی می کنند و خانواده هایی گسسته و فقیر دارند اجتماعی سازی ضعیفی خواهند داشت. مطالعه هنلی (۲۰۱۰)؛ به نقل از گوپتا، (۲۰۱۰) جمعیتی از ۱۰۹۸ کودک کار و خیابانی را در تانزانای شمالی بررسی کردند و روند مشخصی بین کودکان کار و خیابان تمام وقت و پاره وقت یافتند که کودکان کار و خیابان تمام وقت در مقابل کودکان کار نیمه وقت نمرات بالاتری از سوء استفاده را نشان دادند. در این محیط ها آن ها با خطر بالایی از رفتارهای مجرمانه و ضد اجتماعی مواجه می شوند و قربانی سوء استفاده خواهند شد. برخلاف شناختن این معضل به عنوان مشکل اجتماعی اکتشاف عمیقی درباره رفتار و متغیرهای آن ها صورت نگرفته است. سطح پایین سواد کودک، افزایش بعد خانواده، بی سوادی والدین و طلاق در خیابانی شدن کودکان تاثیر بسزایی دارد (آدرینتو،^{۱۲} ۲۰۰۰).

اریکسون احساس داشتن هویت را این گونه تعریف کرده است که سازماندهی پویا و خودساخته از سائق ها، توانایی ها، باورها و تاریخ شخصی به صورت یک خود منسجم و مستقل که هدایت کننده مسیر در حال رشد زندگی فرد است (مونتگومری^{۱۳}، ۲۰۰۵). دستیابی موفقیت آمیز به هویت موجب اولین تکلیف بزرگسالی یعنی رشد احساس صمیمیت حقیقی می شود و ناکامی در آن به عدم صمیمیت یا فاصله گذاری می انجامد. فاصله گذاری به آمادگی برای فاصله گرفتن از مردم و موقعیت هایی که ممکن است به طور مناسبی هویت فرد را نقض کنند، اطلاق می شود (پرهیزکار، محمودنیا و محمدی، ۱۳۸۸). برزونسکی^{۱۴} (۲۰۰۴) معتقد است که فرزندپروری والدین با شیوه ای که نوجوان اطلاعات مربوط به خود را پردازش می کند یا با شیوه تصمیم گیری ها و تعارض های مربوط به هویت رابطه دارد. نوجوانانی که جهت گیری اطلاعاتی در پردازش مسائل هویتی خود دارند احتمالاً در یک خانواده قاطع و مطمئن رشد یافته اند. والدینی که از سبک تربیتی قاطع و منطقی برخوردارند بر تنظیم معیارهای صحیح و توضیح اصول حاکم بر خانواده در یک محیط پذیرا همراه با توجه عاطفی تاکید دارند. پژوهش های انجام شده بر اساس نظریه مارسپا به لحاظ نظری تفاوت های وضعیتی هماهنگی را در ارتباط با ابعاد شخصیتی، اجتماعی - روان شناختی نشان داده است (برزونسکی و سالیوان،^{۱۵} ۲۰۰۵).

بهزیستی روان شناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی روان شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (عید و لارسون^{۱۶}، ۲۰۰۸). از دیدگاه داینر (۱۹۸۴)؛ به نقل از هاریس و لیتسی^{۱۷}، (۲۰۰۵) نظریه های روان شناختی بهزیستی می توانند بر پایه تاکید آنها به اثرات پایین-بالا (بیرونی-موقعیتی) یا اثرات بالا-پایین (صفات درونی و فرایندها) بر بهزیستی روانشناختی، از یکدیگر متمایز شوند. در نظریه های پایین-بالا، بهزیستی روانشناختی دستاورد مجموعه لحظه های خوشایند و ناخوشایند است (شکری، کدیور و دانشورپور، ۱۳۸۶). به بیان دیگر فرد شاد به نظر می رسد زیرا در مقایسه با لحظه های ناخوشایند، لحظه های خوشایند بیشتری را تجربه می کند (هاریس و لیتسی، ۲۰۰۵). در رویکردهای بالا-پایین، بهزیستی روانشناختی برآیند صفات درونی و فرایندهای روان شناختی (داینر، ۲۰۰۰؛ واتسون^{۱۸}، ۲۰۰۰) هم چون حالت های خلقی، هدف ها، سبک های مقابله و فرایندهای سازگاری است (داینر و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از شکری، کدیور و دانشورپور، ۱۳۸۶).

از طرف دیگر واقعیت درمانی گلاسری یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق که ارتباط مستقیمی با عزت نفس دارد مورد تاکید است (کاترین^{۱۹}، ۲۰۰۸). کیم^{۲۰} (۲۰۰۹)؛ به نقل از مرادی شهربابک، قنبری هاشم آبادی و آقامحمدیان شهرباب، (۱۳۸۹)، در پژوهشی که بر روی بیماران اسکیزوفرنی بستری شده (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر

¹⁰.Gupta¹¹. Plummer, Mustafa, Kudrati, Hag & Yousif¹². Aderinto¹³. Montgomery¹⁴. Berzonsky¹⁵. Sullivan¹⁶. Eid & Larson¹⁷. Harris & Lightsey¹⁸. Watson¹⁹. Caterin²⁰. Kim

در گروه کنترل) که در یکی در از بیمارستان های روانی در کره جنوبی انجام داد، به این یافته رسید که واقعیت درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مولفه های کنترل درونی، عزت نفس و مقابله با استرس گردیده است. هدف واقعیت درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فردو ایجاد هویتی موفق است. فرد بایستی رفتاری را که درصدد اصلاح آن است، شناسایی کند، تمام توجه خود را به آن معطوف سازد و عذر و بهانه ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد، با صراحت آنها را تعریف و راههای رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آنها روش هایی را که به نتایج مطلوب تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت تری را نسبت به خود تجربه نماید (شفیع آبادی، ۱۳۸۴؛ شفیع آبادی و قشقایی، ۱۳۹۰).

با توجه به آنچه مطرح شد به نظر می رسد واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی و بهزیستی روانشناختی نوجوانان کار و خیابان موثر است، به منظور رفع محدودیت های روان درمانی فردی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و همچنین میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت های روان درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری های ناشی از تعامل، عمومیت به معنی داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، رویکرد درمانی خاصی به صورت گروهی در مورد مراجعان به کار گرفته می شود، لذا سوال این پژوهش این است که واقعیت درمانی گروهی چه تاثیری بر هویت یافتگی و بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان دارد؟

روش پژوهش

این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود که شامل مراحل اجرایی آن جایگزینی تصادفی آزمودنی ها، اجرای پیش آزمون و جمع آوری داده ها، اعمال مداخله واقعیت درمانی گروهی بر روی گروه آزمایش، اجرای پس آزمون و مرحله پیگیری و جمع آوری اطلاعات بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از کلیه نوجوانان کار و خیابان استان قم در سال ۱۳۹۴ می باشند. نمونه پژوهش ما تعداد ۳۰ نوجوان پسر تحت پوشش اداره بهزیستی استان قم با روش نمونه گیری تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایشی و کنترل) قرار گرفتند. سن بین ۱۴-۱۸ سال، داشتن حداقل سطح سواد پنجم ابتدایی، رضایت کامل به شرکت از ملاک های ورود وجود مرحله حاد بیماری، داشتن مشکلات خاص و اثرگذار بر هویت یافتگی و بهزیستی روانشناختی در موقعیت زمانی آزمون مانند فوت اخیر یا بیماری شدید والد، بیماری یا آسیب شدید در خود فرد یا تحت درمان روانشناختی دیگر بودن از ملاک های خروج برای آزمودنی ها بود. پروتکل درمانی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاس به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا شد و در این مدت گروه کنترل هیچ گونه آموزشی از پروتکل درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات آزمایشی بر روی آزمودنی ها پرسشنامه های تحقیق به عنوان پس آزمون اجرا شد و بعد از مدت یک ماه از دریافت جلسات آزمایشی مرحله پیگیری جهت بررسی تداوم جلسات آزمایشی برگزار شد.

ابزارهای پژوهش شامل: ۱- پرسشنامه بهزیستی روان شناختی شامل دو خرده مقیاس شاخص رضایت از زندگی و مقیاس عاطفه منفی و مثبت است. شاخص رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ برای اندازه گیری رضایت از زندگی در بعد شناختی بهزیستی ذهنی به کار گرفته شده است. مقیاس دارای ۵ ماده است و هر ماده ۷ گزینه دارد که پاسخ دهندگان میزان رضایت مندی خود را یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) نشان می دهند. میانگین یک به معنی عدم رضایت از زندگی و میانگین هفت نشان دهنده ای رضایت کامل از زندگی است. اعتبار آزمون با روش دو نیمه کردن ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش شده است (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). اعتبار قابل قبولی با بهره گیری از مقیاس های خود گزارشی و ملاک های خارجی مانند گزارش همسالان، مقیاس حافظه و درجه بندی های بالینی گزارش شده است (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). در تحقیق بین فرهنگی ایشی^{۲۱} (۲۰۰۰) در بین ۳۹ کشور مورد مطالعه، آلفای کرونباخ از ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ میانگین ۰/۷۸ و انحراف ۰/۰۹ گزارش شد. مقیاس عاطفه منفی و مثبت، یک ابزار خود سنجی ۲۰ آیتمی ایت و برای اندازه گیری دو بعد خطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است (واتسون و کلارک و تلجن^{۲۲}، ۱۹۹۸؛ قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد که در آن احساس و عاطفه منفی در قالب کلمات مطرح شده است. آیتم ها از سوی آزمودنی ها روی یک مقیاس پنج نقطه ای (۱= بسیار کم، تا ۵= بسیار زیاد) رتبه بندی می شوند که در آن آزمودنی ها خواسته می شود تا احساسات خود را در چهار بعد: گذشته، آینده و حال و به طور کلی مورد ارزیابی قرار دهند. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ است. این ابزار در مطالعات متعددی به کار گرفته شده و معلوم گردید که از سازگاری دورنی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی

²¹. Oishi

²². Watson، Clark & Tellegen

برخوردار است (اوسیتز، اسمیت و اسمیت^{۲۳}، ۲۰۰۵). ابوالقاسمی (۱۳۸۲؛ به نقل از قاسمی، کجاف و ربیعی، ۱۳۹۰) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۵۶، ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۵۹ را برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب در زمان‌های گذشته، حال و آینده و به طور کلی به دست آورده است.

۲- پرسشنامه هویت یافتگی (OMEIS):

نسخه ی ۶۴ سوالی این پرسشنامه بر اساس نظریه ی اریکسون، به دست بنیون و آدامز (۱۹۹۰؛ به نقل از امیری، مومنی و افشار، ۱۳۸۵) تهیه شده است. این پرسشنامه، شکل گیری هویت را بر اساس جنبه های ایدئولوژیکی و شخصی اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس هویت آشفته، هویت زود شکل گرفته، هویت به تعویق افتاده و هویت پیشرفته است. در این پرسشنامه هر کدام از سوالات بر روی یک مقیاس شش گزینه ای از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۶ نمره) ارزیابی می شود. دامنه سنی مطلوب برای استفاده از این پرسشنامه، ۱۵ الی ۳۰ سالگی است و متوسط آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ۲۰ پژوهش ۰/۶۶ و دامنه ی تغییرات آن بین ۰/۳۰ تا ۰/۹۰ برآورد شده است (امیری، مومنی و افشار، ۱۳۸۵). شواهد معتبری هم برای روایی این آزمون اعم از روایی ملاکی، محتوایی و سازه یافت شده است. (حاجلو، رضایی شریف و واحدی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاجلو، رضایی شریف و واحدی (۱۳۹۱)، پایایی هویت آشفته ۰/۸۹، هویت زود شکل گرفته ۰/۸۰، هویت به تعویق افتاده ۰/۷۵ و هویت پیشرفته ۰/۷۱ محاسبه شده است.

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص های آماری و استنباطی به شرح زیر استفاده شد: روش های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار برای متغیرها در دو گروه و در دو مرحله آزمایش و کنترل استفاده شد. روش های آماری استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر (repeated-measure) با نرم افزار SPSS 22 انجام شد.

یافته های تحقیق

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار هویت یافتگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۵۳/۱۳	۷/۱۱۰
	پس آزمون	۷۳/۶۷	۱۵/۰۶۰
	پیگیری	۷۲/۶۷	۱۴/۷۳۴
کنترل	پیش آزمون	۴۸/۴۰	۲/۳۸۴
	پس آزمون	۴۸/۴۷	۲/۵۸۸
	پیگیری	۴۸/۲۰	۲/۸۳۳

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۶۰/۲۷	۳/۳۰۵
	پس آزمون	۷۴/۲۰	۳/۹۳۲
	پیگیری	۷۳/۰۷	۴/۸۶۲
کنترل	پیش آزمون	۶۱/۹۳	۵/۵۳۵
	پس آزمون	۶۲/۰۰	۴/۶۹۰
	پیگیری	۶۱/۱۳	۴/۷۰۴

مرحله زمانی بلافاصله بعد از آموزش

جهت تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر بهره گرفته شده است. جهت استفاده از روش فوق ابتدا سه مفروضه اساسی این روش آماری یعنی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، تجانس واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفته است.

مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

جدول ۳- نتایج آزمون باکس مینی بر همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر

Sig	F	Box's M
۰/۱۲۰	۱/۹۴۸	۶/۳۳۳

بر اساس داده های جدول ۳ نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌های پژوهش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سوال نبرده است. بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است.

مفروضه تجانس واریانس‌ها

جدول ۴- نتایج آزمون لون مینی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره

Sig	Df2	Df1	F	شاخص متغیر وابسته
۰/۱۳۸	۲۸	۱	۲/۲۷۱	هویت یافتگی
۰/۱۳۳	۲۸	۱	۲/۳۳۶	بهبودی روانشناختی

بر اساس داده های جدول ۴ نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی‌داری ندارند، بنابراین این پیش فرض جهت انجام تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است.

مفروضه نرمال بودن گروه‌ها

جدول ۵- نتیجه آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای نرمال بودن گروه‌ها

منبع تغییر	کلموگراف اسمیرنوف	معیار تصمیم گیری
آزمون	۰/۴۷۴	۰/۹۷

با توجه به آماره Z حاصل از آزمون کلموگراف اسمیرنوف ۰/۴۷۴ و مقایسه با مقادیر بحرانی جدول برای سطح اطمینان ۹۵ درصد (۱/۹۶) معنا دار نمی‌باشد و مقادیر مشاهده شده از مقادیر بحرانی کمتر است بنابراین فرض صفر تایید می‌شود و توزیع نمرات متغیر وابسته (پس آزمون) برای گروه‌های آزمایش و کنترل نرمال است. به دلیل این که مفروضه‌های تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر تایید شد از این روش استفاده شد.

فرضیه اول: آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهبودی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان موثر است.

جدول ۶- آزمون کرویت موخلی در تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در مورد همگنی واریانس‌ها

عامل درون موردی	موچلی	خی دو	df	sig	اپسیلون		
					گرن هاوس-گیسر	هوینه-فلدت	حد پایین
بهبودی روانشناختی	۱/۰۰۰	۰/۰۱۴	۲	۰/۹۹۳	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۵۰۰

در جدول شماره ۶ آزمون کرویت موخلی را نشان می‌دهد که دارای توزیع خی دو بوده و فرض یکنواختی کوواریانس را آزمون می‌کند. از آنجایی که کرویت موچلی معنادار نیست دلیلی برای ناهمگنی کوواریانس وجود ندارد. در این این شرایط می‌توان از آزمون F استفاده کرد.

جدول ۷- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای عامل درون موردی

Sig	F	MS	Df	SS	منبع	
۰/۰۰۱	۱۲/۱۶۷	۱/۴۷۸	۲	۲/۹۵۶	کرویت موچلی	درون موردی
۰/۰۰۱	۱۲/۱۶۷	۱/۴۷۸	۱/۹۹۹	۲/۹۵۶	گرین هاوس-گیسر	
۰/۰۰۱	۱۲/۱۶۷	۱/۴۷۸	۲/۰۰۰	۲/۹۵۶	هوینه-فلدت	
۰/۰۰۲	۱۲/۱۶۷	۱/۴۷۸	۱/۰۰۰	۲/۹۵۶	حد پایین	
-	-	۰/۱۲۱	۵۸	۷/۰۴۴	کرویت موچلی	خطا
-	-	۰/۱۲۲	۵۷/۷۹۲	۷/۰۴۴	گرین هاوس-گیسر	
-	-	۰/۱۲۱	۵۸/۰۰۰	۷/۰۴۴	هوینه-فلدت	
-	-	۰/۲۴۳	۲۹/۰۰۰	۷/۰۴۴	حد پایین	

همان طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می شود مقدار محاسبه $F(۱۲/۱۶۷)$ معنی دار است ($P=۰/۰۰۱$) بنابراین می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان موثر است. می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان افزایش داده است و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است.

فرضیه دوم: آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان موثر است.

جدول ۸-آزمون کرویت موچلی در تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در مورد همگنی واریانس ها

اپسیلون			sig	df	خی دو	موچلی	عامل درون موردی
حد پایین	هوینه-فلدت	گرین هاوس-گیسر					
۰/۵۰۰	۱/۰۰۰	۰/۹۱۷	۰/۶۸۴	۲	۱۰۷/۴۱۴	۰/۰۲۲	هویت یافتگی

در جدول شماره ۸ آزمون کرویت موچلی را نشان می دهد که دارای توزیع خی دو بوده و فرض یکنواختی کوواریانس را آزمون می کند. از آنجایی که کرویت موچلی معنادار نیست دلیلی برای ناهمگنی کوواریانس وجود ندارد. در این این شرایط می توان از آزمون F استفاده کرد.

جدول ۹- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای عامل درون موردی

Sig	F	MS	df	SS	منبع	
۰/۰۰۱	۲۹/۴۶۲	۵۳۷/۲۱۱	۲	۱۰۷۴/۴۲۲	کرویت موچلی	درون موردی
۰/۰۰۱	۲۹/۴۶۲	۱۰۶۲/۸۳۲	۱/۰۱۱	۱۰۷۴/۴۲۲	گرین هاوس-گیسر	
۰/۰۰۱	۲۹/۴۶۲	۱۰۶۱/۶۰۰	۱/۰۱۲	۱۰۷۴/۴۲۲	هوینه-فلدت	
۰/۰۰۱	۲۹/۴۶۲	۱۰۷۴/۴۲۲	۱/۰۰۰	۱۰۷۴/۴۲۲	حد پایین	
-	-	۱۸/۲۳۴	۵۸	۱۰۵۷/۵۷۸	کرویت موچلی	خطا
-	-	۳۶/۰۷۵	۲۹/۳۱۶	۱۰۵۷/۵۷۸	گرین هاوس-گیسر	
-	-	۳۶/۰۳۳	۲۹/۳۰۵	۱۰۵۷/۵۷۸	هوینه-فلدت	
-	-	۳۶/۴۶۸	۲۹/۰۰۰	۱۰۵۷/۵۷۸	حد پایین	

همان طور که در جدول شماره ۹- مشاهده می شود مقدار محاسبه $F(29/642)$ معنی دار است ($P=0/001$) بنابراین می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان موثر است. می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان افزایش داده است و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف واقعیت درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فردو ایجاد هویتی موفق است. فرد بایستی رفتاری را که درصدد اصلاح آن است، شناسایی کند، تمام توجه خود را به آن معطوف سازد و عذر و بهانه ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد، با صراحت آنها را تعریف و راههای رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی و بهزیستی روانشناختی کودکان کار و خیابان بود. نتایج نشان داد که:

فرضیه اول: آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان موثر است.

همان طور که در جدول شماره ۷ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر مشاهده شد مقدار محاسبه $F(12/167)$ معنی دار است ($P=0/001$) بنابراین می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان موثر است. می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان افزایش داده است و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است. این نتایج با پژوهش های (گلاس، ۲۰۰۵؛ اسلامی، هاشمیان، جراحی، مدرس غروی، ۱۳۹۲؛ فرقانی طرقي و همکاران جوانبخت، بیاضی، صاحبی، وحیدی، دروگر، ۱۳۹۱؛ شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، ۱۳۹۰؛ هنرپروان، قادری و امیریان زاده، ۱۳۹۰؛ مرادی شهربابک، علی قنبر هاشم آبادی، آقا محمدیان شرعرباف، ۱۳۸۹؛ لویذ، ۲۰۰۵؛ آقاگدی و اعتمادی، ۱۳۹۲؛ کاکیا، ۱۳۸۹؛ کری، ۲۰۰۹؛ جاستیس، ۲۰۰۷؛ رندال، ۲۰۰۴) همخوانی دارد.

بهزیستی بر حسب کیفیت و کمیت مؤلفه هایی تعریف می شود که براساس آن افراد زندگی خود را لذت بخش می بینند (لیندفورس، برنستون و لوندبرگ، ۲۰۰۶، به نقل رضاییان و سرندي، ۱۳۸۹؛ بیانی، کوچکی، بیانی، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر، اینکه افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می کنند، به بهزیستی مربوط می شود (داینر، ۲۰۰۰). کیس و شومتاکین (۲۰۰۲؛ به نقل از داینر، ۲۰۰۰) بیان کردند که بهزیستی روان شناختی، ادراک درگیری مثبت با چالش های موجود زندگی است. در این حوزه، بهزیستی روان شناختی براساس معنا، درک نفس و سطح عملکرد مشخص می شود. در تلاش برای فهم و ارزیابی بهتر بهزیستی روان شناختی، ریف یک مدل چند بعدی را ارائه داد که بیانگر نظریه بهزیستی است. مدل ریف برای حل این مشکل بوجود آمد که پژوهش های قبلی در ارزیابی واقعی بهزیستی با شکست مواجه شده بودند (ریف، ۱۹۹۵). با در نظر گرفتن مشکلات در تعیین ویژگی های اساسی بهزیستی روان شناختی مثبت در حوزه های پژوهشی، ریف ارزیابی جامعی از بهزیستی روان شناختی ارائه داد. با استفاده از دیدگاه روانی - اجتماعی اریکسون، کار نیوگارتن روی تغییر شخصیت در بزرگسالی و دیدگاه آلپورت در مورد رشد، ریف، شش بعد بهزیستی روان شناختی را مشخص کرد. این شش بعد شامل احساس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و خویشتن پذیری می شوند (بیانی، کوچکی، بیانی، ۱۳۸۷).

چندین مطالعه نشان داده است که به علت موقعیت پرمخاطره و آسیب پذیری که کودکان در آن زندگی می کنند، سوء تغذیه و دیگر مشکلات بهداشتی در این کودکان بالاست. سوء استفاده جنسی و جسمی، سوء تغذیه، موقعیت نامناسب بهداشتی و شیوع بالای بیماری ها و عفونت ها مشکلات رایج در زندگی کودکان خیابانی است. سرپناه های نامناسب و نامرغوب، گاهی اوقات گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات پزشکی، عفونت های تنفسی، ناراحتی های پوستی، خطرهای محیطی مانند شرایط کار و زندگی خطرناک، می تواند سلامت و بهزیستی روانشناختی این کودکان را در معرض خطر قرار دهد (گوپتا، ۲۰۱۲؛ پلومر، مصطفی، کودرتی، هاگ و یوسف، ۲۰۰۷).

بهزیستی روانشناختی با استفاده از تسلط بر محیط با توانایی شخص برای اداره ی محیط، احساس فرد از رشد پیوسته، داشتن هدف در زندگی با اهداف فردی در زندگی و چگونگی معنا دادن به زندگی (هاسر، اسپرینگر و پودرووسکا، ۲۰۰۶) به فرد در حفظ و بهبود سلامت روان و نبود اختلالات روانشناختی کمک می کند. به علاوه رویکرد واقعیت درمانی انسان، مبادله عشق و محبت، داشتن هدف و برنامه ریزی که از ابعاد بهزیستی روانشناختی در نوجوانان است، پذیرش واقعیت را با هدف دستیابی به هویتی سالم می تواند بیاورد (هووات، ۲۰۰۰؛ به نقل از شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، ۱۳۹۰). پس منطقی که این روش درمانی واقعیت درمانی گروهی بتواند بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و خیابان افزایش دهد و این تاثیر در طول زمان ماندگار باشد.

فرضیه دوم: آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان موثر است.

همان طور که در جدول شماره ۸ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر مشاهده شد مقدار محاسبه $F(29/642)$ معنی دار است ($P=0/001$) بنابراین می توان گفت که آموزش واقعیت درمانی گروهی بر هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان موثر است. همچنین نتایج بیانگر این است که آموزش واقعیت درمانی گروهی هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان را افزایش داده است و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است. این نتایج با پژوهش های (گلاس، ۲۰۰۵؛ اسلامی، هاشمیان، جراحی، مدرس غروی، ۱۳۹۲؛ فرقانی طرقي و همکاران، جوانبخت، بیاضی، صاحبی، وحیدی، دروگر، ۱۳۹۱؛ شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، ۱۳۹۰؛ هنرپروران، قادری و امیریان زاده، ۱۳۹۰؛ مرادی شهربابک، علی قنبر هاشم آبادی، آقا محمدیان شهرباف، ۱۳۸۹؛ لوی، ۲۰۰۵) همخوانی دارد که اثربخشی واقعیت درمانی را ذکر کرده اند. همچنین در پژوهش آقاجدی و اعتمادی (۱۳۹۲)، با عنوان اثربخشی آموزش نظریه انتخاب و کنترل گلاس بر تحول الگوی هویت نوجوانان نتایج نشان داد که آموزش نظریه انتخاب و کنترل گلاس بر هویت آشفته و پیشرفت نوجوانان موثر بود ولی بر هویت زودرس و تعویق افتاده آنها تاثیری نداشت. در پژوهش کاکیا (۱۳۸۹) تحت عنوان تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر بحران هویت در دانش آموزان دوره ی راهنمایی تحصیلی، نتایج نشان داد که روش مشاوره ی گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی در درمان بحران هویت در نوجوانان، صرف نظر از تفاوت های جنسیتی آنان توصیه می شود.

در پژوهش هایی مختلفی اثربخشی نظریه انتخاب به اثبات رسیده است. در پژوهش شریعت زاده، تبریزی و احقر (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر افزایش تمایز یافتگی و صمیمیت دانشجویان متاهل نتایج آنها نشان داد که آموزش نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر افزایش تمایز یافتگی و صمیمیت دانشجویان متاهل موثر بود.

در واقع یکی از روش های مطرح برای کاهش و حل مسائل مربوط به بحران هویت، استفاده از روش واقعیت درمانی است (گلاس، ۲۰۰۵). در این روش سعی می شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک شود (کاکیا، ۱۳۸۹). از طرفی از میان نظریه های مشاوره و روان درمانی موجود، واقعیت درمانی بیش از سایر رویکردها بر موضوع هویت تاکید کرده است (وبولدینگ، ۲۰۱۰؛ وبولدینگ، رویی و بریکل، ۲۰۱۱). اساس واقعیت درمانی گروهی از فرآیند خود ارزیابی تشکیل شده است چرا که فضای حاکم بر گروه می تواند به اعضای گروه کمک کند تا ارزیابی درستی از رفتار خود به دست آورند (کری، ۲۰۰۸). استفاده از روش واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر مجموعه ای از یافته های پژوهشی است که خاطر نشان می سازند فرد در پرتو وجود اثرات انگیزشی گروه، دگرگونی هایی در خود به وجود می آورد. فعالیت های گروهی در عین حال که فرد را از مشکلات ناشناخته ی قبلی خود آگاه می سازد، آرامش و تسکین را در شخص سبب می شود چرا که فرد به این نتیجه میرسد که دیگران نیز مشکل یا مشکلاتی مشابه وی دارند (کاکیا، ۱۳۸۹). نتایج این مطالعه همسو با پژوهش های کری (۲۰۰۹)، جاستیس (۲۰۰۷) و رندال (۲۰۰۴) است که توانمندی روش واقعیت درمانی گروهی را به ویژه در درمان اختلال های رفتاری گروه سنی نوجوانان و جوانان نشان داده اند. پس منطقی است که آموزش واقعیت درمانی گروهی هویت یافتگی نوجوانان کار و خیابان افزایش داده و این تاثیر در طول زمان ماندگار بوده است.

محدود بودن این پژوهش به یک منطقه جغرافیایی و جامعه آماری کوچک از محدودیت های پژوهش بود که این موجب می شود تا قابلیت تعمیم تحقیق کاهش یابد. برای تعمیم پذیری نتایج پژوهش پیشنهاد می شود پژوهشی در سطحی وسیع تر و در سایر شهرها انجام و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد.

همچنین پیشنهاد می شود از نظریه انتخاب و واقعیت درمانی گروهی در مدارس و به ویژه در سنین نوجوانی در مراکزی چون بهزیستی در مراکز مشاوره توسط مشاوران و جایگزینی مشاوره های گروهی به جای مشاوره ی فردی را استفاده شود و از این روش برای حل مسائل نوجوانان و جوانان همچون افسردگی، اضطراب، مشکلات ناشی از روابط والدین با نوجوان و سرانجام مقایسه ی کارایی روش واقعیت درمانی گروهی با سایر روش های درمانی درمانی و مشاوره ای پیشنهاد می گردد.

مراجع

اسلامی ر، هاشمیان پ، جراحی ل، مدرس غروی م (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بدسرپرست در مشهد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۵: ۳۰۰-۳۰۶

امیری ش، مومنی ف، افشار ا. (۱۳۸۵). مقایسه حرمت خود و هویت در دختران نوجوان با دو سطح گرایش مذهبی در شهر اصفهان. محل نگهداری: مرکز اطلاعات و آمر شورای فرهنگی اجتماعی زنان. همایش نقش زن در توسعه علوم، فرهنگ و تمدن اسلامی.

آقاگدی، پریسا. اعتمادی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش نظریه انتخاب و کنترل گلاس بر تحول الگوی هویت نوجوانان. مطالعات روانشناختی. دوره ۸، شماره ۴، صص، ۵۵-۳۳.

بیانی، علی اصغر. کوچکی، عاشور محمد. بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۴، شماره ۲، صص، ۱۵۱-۱۴۶.

پرهیزکار آ، محمودنیا ع، محمدی ش. (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت رابطه والد-فرزند در دانش آموزان دختر دبیرستانی دارای بحران هویت و فاقد بحران هویت. فصلنامه روان شناسی کاربردی. ۲: ۹۳-۸۲.

حاجلو ن، رضایی شریف ع، واحدی ش. (۱۳۹۱). همبسته های هویت یابی فردی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه ی شهرستان اردبیل. مجله روان شناسی مدرسه. ۲: ۳۸-۲۱.

حسینی، سیدحسن (۱۳۸۴). وضعیت کودکان کار و خیابان در ایران. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره نوزده، ۱۵۵ - ۱۷۳.

رضاییان، مریم. سرنودی، پرویز. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک های هویتی و نقش تعهد هویت با میزان بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان مقطع دوم متوسطه شهر تبریز. مجله علوم تربیتی. سال سوم. شماره ۱۱، صص، ۹۲-۷۹.

شریعت زاده، منیره السادات، تبریزی، مصطفی، احقر، قدسی. (۱۳۹۲). اثربخشی نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر افزایش تمایز یافتگی و صمیمیت دانشجویان متاهل. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۸، شماره ۳، صص، ۹۴-۸۵.

شفیع آبادی ع. (۱۳۸۴). نظریه های مشاوره و روان درمانی، تهران: نشر مرکز دانشگاهی.

شفیع آبادی عبدالله، قشقایی غلامحسین. (۱۳۹۰). اثربخشی مقایسه ای مشاوره گروهی واقعیت درمانی و فمینیستی بر هویت زنان سرپرست خانوار، مجله زن در توسعه و سیاست. شماره ۴، سال چهارم. صص، ۹۳-۱۱۳.

شکری ا، کدیور پ، دانشورپور ز. (۱۳۸۶). تفاوت های جنسیتی در بهزیستی ذهنی: نقش ویژگی های شخصیت. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. ۳: ۲۸۹-۲۸۰.

عسگریپور، فاطمه. (۱۳۹۲). روابط ساختاری بین سبک های فرزندپروری، آسیب کودکی و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان کار. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

فرقانی طرقي ا، جوانبخت م، بیاضی م، صاحبی ع، وحیدی ش، دروگر خ (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش آموزان دبیرستانی. مجله ی اصول بهداشت روانی. ۲: ۸۰-۱۷۲.

قاسمی ن، کجباف م، ربیعی م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. مجله روان شناسی بالینی. ۲: ۳۴-۲۳.

کاکیا ل. (۱۳۸۹). تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر بحران هویت در دانش آموزان دوره ی راهنمایی تحصیلی. مجله ی اصول بهداشت روانی. ۱: ۴۳۷-۴۳۰.

مرادی شهربابک ف، علی قنبر هاشم آبادی ب، آقا محمدیان شهربابک ح. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، مطالعات تربیتی و روانشناسی. ۲: ۲۲۷-۲۳۸.

وامقی م، سجادی ح، رفیعی ح، رشیدیان آ. (۱۳۸۸). مرور نظام مند مطالعات کودکان خیابانی در ده اخیر در ایران (فقر، عامل خطر خیابانی شدن کودکان). مجله رفاه اجتماعی. ۳۵: ۳۷۸-۳۳۷.

هنرپروران ن، قادری ز، امیریان زاده ل (۱۳۹۰). اثر بخشی تلفیق دو رویکرد شناخت درمانی و واقعیت درمانی گروهی بر ارتباط مادر - فرزندی دختران نوجوان. فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۴: ۹۱-۱۰۷.

- Abebe, T. (2008). Earning a living on the margins: begging, street work and the socio – spatial experience of children in Addis Ababa. *Geografiska Annaler: Series B; Human Geography*, 90 (3), 271 – 84.
- Bandeali, S. (2008). Prevalence of Behavioural and Psychological Problems in Working Children. *J Pak Med Association*, 58 , 345 – 349.
- Berzonsky M.D(2004) Identity processing style, self-construction and personal epistemic assumption: a social cognitive perspective. *European Journal of Developmental Psychology*, 1: 303- 315.
- Berzonsky MD, Sullivan C(2005) social cognitive aspects of identity style need for cognition, experimental openness, and introspection. *Journal of Adolescent*, 7: 140- 155.
- Caterin C(2008) The effect of reality therapy based group counseling on the self esteem. *journal of social and clinical psychology*. 25: 10-25.
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. 6th ed. Wadsworth: Brooks-Cole: 1(3): 54-8.
- Corey, G.(2009). *Theory and practice of group counseling*. 8th ed. California: Brooks-Cole;2(3): 47-66 .
- Diener E(2000) The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55: 34-43.
- Eid M, Larson RJ(2008) *The Science of subjective well-being*. New York: Guilford press.
- Glaser, W. (2005). *Defining mental health as a public health issue: A new leadership role of the helping and reaching profession*. Chatsworth, CA: William Glasser Institute.
- Gupta, A. (2012) . Social determinants of health – Street children at crossroads. *Health*, Vol. 4 , No. 9, 634 – 643.
- Harris PR & Lightsey OR(2005) Constructive thinking as a mediator of the relationship between extraversion, neuroticism, and subjective well-being. *European Journal of Personality*, 19: 409-426.
- Hauser, R.M., Springer, K.W. Pudrovskaya, T.(2005). Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. Presented at the 2005 Meetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874–882.
- Jones, G. A. Thomas, S. Benitez, D. (2012). Homeless people: Street Children in Mexico. *international encyclopedia of housing and Home*. 138-144.
- Justice, L.K. (2007). Reality therapy. [cited 2006]. Available from http://www.personal.kent.edu/~lkjust1/Choice_Theory/Reality%20Therapy.htm
- Kalpna, S.(2011). Child labour issues and challenges. *Industrial Psychiatry journal*. 20 (1): 1 – 3.
- Lam, D.O.B. Cheng, F.C. (2012). Homeless people: Street Children in Asia. *international encyclopedia of housing and Home*. 132-137.
- Loyd BD(2005) The effectiveness of reality therapy/choice theory principles on high school students` perception of needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy*, 12: 5-9.
- Montgomery, MJ(2005) Psychological intimacy and identity: From early adolescence to emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20: 346-374.
- Oishi S(2000)Goals as Cornerstones of Subjective Well-being: Linking individuals and cultures In E. Diener & Suh(GDS). *Culture and subjective well being* Cambridge & London: The MIT Press.
- Plummer, M.L. Mustafa, Kudrati, M.E.L. Hag, K. Yousif, N.D. (2007). Beginning street life: factors contributing to children working and living on the streets on Khartoum, Sudan. *Children and Youth Services Review*, 29, 1520 – 36.
- Randall, K. (2004). The theories of William Glasser. [cited 2004]. Available from : http://www.kevinrandell.com/docs/sci_port/EDU4112_Glasser_essay.doc.

- Reif, R. (1995) The Effects of a Mindfulness-Based Education Program on Pre- and Early Adolescents' Well-Being and Social and Emotional Competence LD children, DOI 10.1007/s12671-010-0011-8.
- Semeton, E. (2012). Homeless people: Street Children in United Kingdom. international encyclopedia of housing and Home. 145-150.
- Senaratna, B. & Wijewardana, B. (2012). Risk behaviour of street children in Colombo. Ceylon Medical Journal: 57: 106 – 111.
- Van Blerk, L. (2012). Homeless people: Street Children in Africa, international encyclopedia of housing and Home. 127-131.
- Watson D (2000) Mood and temperament. New York: Guilford.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A (1998) Development and Validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS Scales. J Per Soc Psychol. 54: 1063-1070.
- Wubbolding, R.E. Robey, P. Brickell, J. (2011). A partial and tentative look at the future of choice theory, reality therapy and lead management. International journal of choice theory and reality therapy, 19(2), 25-34.
- Wubbolding, R.E. (2010). Reality therapy. Washington, DC: American psychological Association.