

تاثیر مشاوره شغلی بر تعهد شغلی و کیفیت زندگی و میزان انطباق پذیری آن میان کارکنان اداره برق نجف آباد اصفهان

لیلا وحید دستجردی

کارشناسی ارشد مشاوره شغلی دانشگاه اصفهان

نام نویسنده مسئول:

لیلا وحید دستجردی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۷

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تاثیر مشاوره شغلی بر تعهد شغلی و کیفیت زندگی و میزان انطباق پذیری آن میان کارکنان اداره برق نجف آباد اصفهان می باشد. جامعه آماری کارکنان اداره برق میباشد. تعهد شغلی می توان خود را برای پایداری در مقابله با ناکامی برانگیخت، حالات روحی و خلق خود را تنظیم کرد، ارضای نیاز را به تعویق انداخت، از غرق شدن تفکر در مسائل ناراحت کننده اجتناب کرد و با دیگران همدلی نمود. سلامتی از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد. اگرچه در ابتدا فقط به سلامت جسم به عنوان سلامتی توجه میشد، با پیشرفت علم و رسیدن به سطحی قابل قبول از سلامتی جسمی بشر به جنبه های دیگر سلامت از جمله سلامت روان توجه کرده است. **واژگان کلیدی:** مشاوره شغلی، تعهد شغلی، کیفیت زندگی.

مقدمه

دانشجویان و دانشجویان در سال های پایانی دوره نوجوانی و ابتدای ورود به دوره جوانی قرار دارند. دوره نوجوانی، دوره شکل گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، این برهه زمانی یکی از حساسترین دوره های زندگی است که علاوه بر مسائل مختلف ناشی از تکامل جسمی و جنسی، بحران هویت، احساس تعارض در ارزشهای فردی، خانوادگی و اجتماعی، آرمان گرایی، ترس از مسئولیت پذیری، نگرانی از آینده، فشارهای خانواده و اطرافیان و دلهره قبولی در آزمون سراسری ورود به دانشگاه ها، انتخاب شغل، ازدواج و مسائل بسیار دیگری موجب افزایش فشارهای روانی به آنها شود. بروز نابسامانی ها و از جمله آسیب پذیری به اختلالات روانی می تواند قابلیت ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تاثیر جدی قرار دهد. از این رو توجه به نیازهای مادی و معنوی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا، غالب اختلالات روانی که افراد در طول عمر خود با آن دست به گریبان هستند، ریشه در دوره های قبلی دارد (زیوین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). نوجوانی دوره مهمی از تحول است که افراد می توانند مهارت ها، نگرش ها و توانایی هایی را کسب کنند که در بزرگسالی بدان نیازمندند برای همین نیاز به سلامت روانی مناسبی دارند. با در نظر گرفتن بیش از ۱۵ میلیون نوجوان و جوان کشور، که نیروی محرکه و پویای جامعه محسوب میشوند، قابل تأمل است تا به مسأله سلامت روان این قشر توجه ویژه ای شود. زیرا توجه به مشکلات آنان مانند پرداختن و توجه کردن به اصلی ترین سرمایه های ملی کشور است (اسمخانی اکبری نژاد، اعتمادی و نصیرنژاد، ۱۳۸۹). تئوری انتخاب در مورد انتخاب ها و چگونگی و چرایی انجام آنهاست. تئوری انتخاب تبیین می کند که ما به عنوان یک انسان برای دست یافتن به آنچه می خواهیم، چگونه رفتارمان را انتخاب می کنیم. بر اساس این تئوری تمامی آنچه ما انجام می دهیم یک رفتار است و نیز اینکه همه رفتارها عمدی بوده و از درون ما برانگیخته می شوند. این برخلاف نظر نظریه هایی است که می گویند ما در دنیایی از کنترل بیرونی به سر می بریم و توسط عوامل بیرونی برانگیخته می شویم (گلاس، ۲۰۱۰). نظریه انتخاب در سال ۱۹۹۸ توسط گلاس (با بسط کار اولیه اش که کنترل درمانی است) پایه ریزی گردید و در آن بر پنج نیاز اساسی انسان (بقاء، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح) تاکید شده است که انگیزش تمام رفتارهای انسانها از آن نشأت میگیرد. این نیازها درونی، جهان شمول، و دارای همخوانی با هم میباشند. در نظریه انتخاب اعتقاد بر این است که ما برانگیخته می شویم تا از طریق بنیان نهادن "دنیای کیفی" ویژه خودمان به ارضای نیازها بپردازیم. دنیای کیفی در برگرفته انسانهای مورد علاقه، عقاید و "خواسته هایمان" است. انجام دادن یعنی تمام آن رفتارهایی که از ماسر میزند و معمولاً این انجام دادن ها هدفمند میباشند. در هر صورت وقتی تفاوت ادراک شده ای میان آنچه که بدست آورديم و آنچه که می خواهیم، وجودداشت، تلاش میکنیم تا با نزدیکتر شدن به ارضای نیازهایمان و رسیدن به خواسته هایمان این "ناکامی" را به حداقل برسانیم یا حذف کنیم (وبولدینگ^۲، ۲۰۰۰). بنابراین نظریه انتخاب روانشناسی کنترل درونی است؛ این نظریه توضیح میدهد که ما چگونه و چرا انتخاب هایی که مسیر زندگی ما را تعیین می کنند، انتخاب میکنیم. نظریه انتخاب دنبال تبدیل درک متعارف کنونی به یک درک متعارف جدید است (گلاس، ۱۹۹۸).

پنج نیاز اساسی

پنج نیاز اساسی انسان بر اساس تئوری انتخاب:

- نیاز به بقا
- نیاز به عشق و احساس تعلق
- نیاز به قدرت (موفقیت، ارزشمندی شخصی، شهرت)
- نیاز به آزادی و خودمختاری
- نیاز به تفریح

بار- آن هوش هیجانی و اجتماعی را "نظم بخشیدن به تواناییهای هیجانی، شخصی و اجتماعی وابسته به هم که تواناییهای ما را برای اینکه بطور فعالانه و اثر بخش از عهده تقاضاها و فشارهای روزمره برآییم"، تعریف می کند (بار- آن، ۲۰۰۵). نگاهی

¹ Zivin

² Wubbolding

اجمالی به دیدگاه بار-ان بیانگر اینست که هوش هیجانی دارای ۱۵ خرده مقیاس است که عبارتند از خودآگاهی هیجانی، جرات مندی، احترام به خود، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، روابط بین فردی، مسئولیت اجتماعی، حل مساله، ازمون واقعیت، انعطاف پذیری، تحمل فشار، کنترل تکانه، شادکامی و خوش بینی (بار-آن، ۲۰۰۶) که در عملکرد و کنترل درونی دانشجویان خیلی موثر می باشد. هوش هیجانی، تحول جدیدی در فهم رابطه بین عقل و هیجان است. بر خلاف اندیشه های پیشین سهم یکتای آن در دیدن تفکر و هیجان به صورت یک هستی در هم تنیده سازگاران و خردمندانه است. اصطلاح هوش هیجانی به طور طبیعی توانایی استدلال کردن با توجه به هیجانات را توصیف می کند و ترغیب تفکر را شامل می شود. این اندیشه ها اساس مدل توانایی هستند. در حقیقت همه اجزاء شخصیت، از هوش هیجانی تا برون گرایی را می توان بر طبق ساختارها و کارکردهایشان به طور نظام یافته سازمان داد و طبقه بندی کرد. این رویکرد شخصیت را به چهار بخش تقسیم می کند، این چهار بخش را می توان تقسیم و خرده تقسیم کرد تا شخص به تمام اجزای شخصیت برسد با این کار شخص می تواند ببیند که اجزاء پیشنهادی هوش هیجانی مثل پشتکار، خوش بینی، شعور سیاسی و خودکنترلی در کجای سامانه شخصیت قرار می گیرند (کیدول، هاردستی و شیبین^۳، ۲۰۱۱). سلامت روان جزء مهمی از ابعاد سلامت انسان است، از این رو فرد را از جنبه های شناختی، عاطفی و توانایی های خود برای ایجاد ارتباط با دیگران آگاه می سازد. انسان با داشتن سلامت روانی، بهتری می تواند بر استرس ها و فشارهای زندگی فائق آید و کارهای روزانه خود را برپا تر و سودمندتر گرداند، همچنین فرد مفیدی برای جامعه باشد. اختلالات و مشکلات روانی، عصبی با تاثیر روی سلامت فرد، کارکرد وی را در جنبه های مختلف زندگی مانند فردی، خانوادگی و اجتماعی دستخوش اختلال می سازد. شواهد مختلف حاکی از آن است که ارزیابی دانشجویان توسط معلمان، تلاش آنها برای رسیدن به اهداف تحصیل، تلاش برای اخذ نمرات بالاتر، وجود تکالیف زیاد، برخی روابط تنیدگی را با دوستان و اعضای مدرسه، دورنمای شغلی آینده، مسائل اجتماعی حاکم بر مدارس و غیره مسائلی هستند که دانشجویان با آنها روبرو هستند (بیرامی، ۱۳۸۷). سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است. زیرا با توجه به این تعریف نمیتوان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد. ضمن اینکه در عمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت. درحقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمیتواند آنرا فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن می باشد و از طرفی برای سطح سلامتی طیفی قائل شد.

حجم نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش روش نمونه گیری به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام شد به این صورت که با توجه به جامعه آماری که کارکنان بودند به صورت نمونه گیری هدفمند تعداد ۲۵ نفر به طور مساوی در هر گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) جمعاً ۵۰ نفر انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس تعهد شغلی:

در سال ۱۹۸۰ با طرح این سوال که «چرا بعضی مردم نسبت به بعضی دیگر در زندگی موفق ترند» آغاز گردید. در این سال مولف، مفهوم، تعریف و اندازه ای از هوش غیرشناختی (بار-آن ۱۹۸۸، ۱۹۹۷) ارائه نمود. پس از ۱۷ سال تحقیق اولین مقیاس هوش هیجانی ساخته شد. مقیاس او دارای پنج مقیاس با جنبه مقیاس مهارت های درون فردی شامل خود و مقیاس های آگاهی هیجانی خودآبرازی احترام به خود خودشکوفایی و استقلال است. مقیاس مهارت های بین فردی شامل خود مقیاس های همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی و روابط بین فردی است. مقیاس مقابله با فشار (کنترل استرس) شامل خرده مقیاسهای تحمل استرس و کنترل تکانه است. مقیاس سازگاری شامل خرده مقیاس های انعطاف پذیری، حل مسئله و واقعیت سنجی است و مقیاس خلق کلی شامل خرده مقیاس های شادی و خوش بینی است (کیانی، ۱۳۸۱). این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال است که نخستین

³ Kidwell, Hardesty & Shubin

پرسشنامه فرا فرهنگی ارزیابی هوش هیجانی است. این آزمون در سه مرحله در ایران اجرا شده و پس از انجام برخی تغییرات در متن اصلی پرسشنامه، حذف یا تغییر بعضی سوالات و تنظیم مجدد سوالات هر مقیاس، پرسشنامه از ۱۱۷ سوال به ۹۰ سوال تقلیل یافت. و در مورد کیفیت روان سنجی آن نیز اقدامات لازم به عمل آمد که در سومین مرحله اجرا، تحلیل اطلاعات در حیطه های زیر انجام گرفت. میزان آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰.۹۳٪ گزارش گردید این میزان (آلفای محاسبه شده در مرحله سوم) با آلفای محاسبه شده در مرحله دوم آزمون یکسان بدست آمده (سموعی و همکاران، ۱۳۸۴). همزمان با اجرای آزمون هوش هیجانی مصاحبه ای سازمان یافته در رابطه با میزان و تنوع هیجانات، عواطف و ویژگی های فردی و احساسی از گروه مطالعه به عمل آمده سعی شد سوالات مصاحبه طوری طراحی گردد که در زمینه هوش غیر شناختی افرادی (بعد عاطفی، اجتماعی و شخصیتی آنها) اطلاع مناسبی بدست آید. بعد از اجرای دو فرم (مصاحبه و آزمون) پرسشنامه نمره گذاری گردید. تحلیل نتایج رابطه بین اطلاعات حاصل از مصاحبه و آزمون در نرم افزار SPSS را در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار نشان داد (همان منبع). مطابق با این روش پایایی آزمون ۰.۹۹٪ گزارش گردید که در سطح $P < 0.001$ معنا دار است. روایی آزمون از اهمیت خاصی برخوردار است (گنجی ۱۳۷۸).

مقیاس انطباق پذیری:

فرم اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شده در سال ۱۹۷۰ و اعتبار و روایی آن بارها مورد بررسی قرار گرفته است. نسخه اصلی این آزمون ۶۰ سوال دارد ولی فرم های کوتاه آن ۲۸، ۳۰ و ۱۲ سئوالی می باشد. چن چن دربررسی روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه چند جانبه مینه سوتا به ضریب همبستگی ۰/۵۴ رسید. کالمن و ویلسون در بررسی این پرسشنامه با مقیاس ناامیدی بک ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ گزارش دادند، متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ ۲۸ برابر ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن ۰/۸۲ است. گلدبرگ و ویلیامز اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش دادند. چان و کیس ثابت درونی را با روش آلفای کرونباخ بررسی کردند که برابر ۰/۹۳ بود. مقیاسها دارای ۴ مقیاس فرعی است که عبارتند از:

(۱) مقیاس نشانه های جسمانی: شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی آنها همراه با نشانه های جسمانی، در GHQ ۲۸ سوال ۱ تا ۷ میباشد.

(۲) نشانه های اضطرابی و اختلال خواب: شامل مواردی که با بیخوابی و اضطراب مرتبط اند، در GHQ ۲۸ سوال ۸ تا ۱۴، (۳) کارکرد اجتماعی: توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره می سنجد. آشکار ساختن احساس افراد در کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی، در GHQ ۲۸ سوال ۱۵ تا ۲۱،

(۴) نشانگان افسردگی: شامل موارد افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی، و در GHQ ۲۸ سوال ۲۲ تا ۲۸.

که برای هر مقیاس فرعی یک نمره وجود دارد و یک نمره هم مربوط به نمره کلی افراد می باشد. این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار می گیرد و اعتبار همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ می باشد. فرم GHQ ۲۸ باروش بازآزمایی بافاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی ۸۰ نفربررسی شده که ضریب اعتبار خرده آزمونها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. حساسیت این آزمون ۰/۸۶ و ویژگی آنرا ۰/۸۲ گزارش شده است. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش نمود. جونز و همکاران (۱۹۷۸) همبستگی نمرات GHQ و -PSE ۰/۷۶ گزارش کرده است. چان و چان (۱۹۸۳)، چیونگ و اسپیزر (۱۹۹۴) ضریب هماهنگی درونی پرسشنامه GHQ-۲۸HQ، ۳۰ را به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ گزارش کردند (حمیدی، ۱۳۸۲). روش نمره گذاری GHQ بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ و درکل از ۰ تا ۸۴ است. نمرات هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاس ها با هم جمع و نمره کلی بدست میاید. آزمون پرسشنامه سلامت عمومی یکی از قویترین آزمون ها برای غربالگری افراد سالم و بیمار می باشد که اجرای آن آسان می باشد. در تفسیر این آزمون می توان گفت اگر در هر مقیاس فردی نمره فرد از ۱۷ بالا باشد و در مقیاس کلی نمره از ۴۱ بالا باشد وخامت وضع آزمودنی رانشان می دهد. البته این در رابطه با آزمون GHQ ۲۸ میباشد (فتحی آشتیانی و داستانی، ۲۰۰۹).

جدول (۱) یافته های توصیفی مربوط به هوش هیجانی به تفکیک مراحل و گروه ها

متغیرهای وابسته		شاخص های توصیفی		گروه آزمایش		گروه کنترل	
				پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
سازگاری		میانگین		۵۷/۸۹	۶۶/۲۳	۵۷/۴۱	۵۶/۷۱
		انحراف معیار		۵/۳۱	۱۰/۱۸	۱۰/۲۵	۸/۵۵
کنترل استرس		میانگین		۴۰/۱۴	۴۲/۳۴	۳۶/۱۵	۳۵/۷۷
		انحراف معیار		۸/۱۹	۱۰/۷۴	۸/۱۱	۸/۳۱
بین فردی		میانگین		۶۸	۷۵/۵۵	۶۷/۶۳	۶۷/۵۲
		انحراف معیار		۱۰/۳۳	۷/۵۴	۱۰/۳۳	۱۰/۳۹
درون فردی		میانگین		۹۲/۸۵	۱۰۵/۵۵	۹۰/۶۹	۸۹/۳۵
		انحراف معیار		۸/۸۸	۱۳/۷۵	۸/۱۲	۷/۴۸
خلق		میانگین		۳۹/۱۳	۴۵/۰۴	۳۷/۷۲	۳۸/۱۸
		انحراف معیار		۴/۱۵	۶/۵۷	۴/۴۵	۴/۴۲

یافته های توصیفی و استنباطی

به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. در این تحلیل نمرات پس آزمون هوش هیجانی به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون هوش هیجانی به عنوان متغیر کوریت (کنترل) و متغیر گروه (شامل دو گروه کنترل و آزمایش) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است.

بررسی پیش فرض ها:

قبل از انجام تحلیل کواریانس لازم است پیش فرض های مهم در این تحلیل مورد بررسی قرار گیرد. نتایج بررسی این پیش فرض ها در ادامه آمده است.

۱. مفروضه اول بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها:

یکی از مفروضات اساسی تحلیل کواریانس نرمال بودن توزیع متغیرهاست. برای بررسی این مفروضه کجی و کشیدگی مربوط به توزیع این متغیرها بررسی شد. اگر قدر مطلق اندازه این شاخص ها برای هر متغیر کمتر از ۳ باشد نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده هاست.

جدول ۲- آزمون نرمال بودن متغیر هوش هیجانی

کشیدگی	کجی	
-۰/۹۹	-۰/۶	پیش آزمون هوش هیجانی
-۰/۱۷۵	۰/۷۶۵	پس آزمون هوش هیجانی

نتایج جدول (۲) نشان می دهد که داده های گروه های پیش آزمون و پس آزمون دارای توزیع نرمال هستند.

۲. مفروضه دوم همگنی واریانس

به همین منظور از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول (۳) بررسی همگونی واریانس آزمودنی ها

آزمون	متغیر وابسته	F	DF1	DF2	معناداری
همگنی واریانس خطا (لوین)	پس آزمون هوش هیجانی	۲/۷۰	۱	۲۷	۰/۰۸

نتایج جدول (۳) نشان می دهد واریانس خطای پس آزمون سلامت روان در دو گروه همگن است. بنابر این مفروضه دوم تحلیل کواریانس نیز برقرار است.

۳. مفروضه سوم همگنی شیب رگرسیون متغیر وابسته و کووریت در سطوح مختلف متغیر مستقل:

همگنی شیب رگرسیون بدین معناست که همبستگی بین متغیر وابسته و کووریت در سطوح گروه های پژوهش تفاوت معناداری نداشته باشد. اگر تعامل بین گروه و پیش آزمون برای متغیر وابسته هوش هیجانی در تحلیل کواریانس معنادار نباشد به معنای همگنی شیب رگرسیون است.

جدول (۴) نتایج آزمون فرض همگنی شیب ها

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری
تعامل گروه و پیش آزمون هوش هیجانی	۸۷/۲۶۰	۱	۸۷/۲۶۰	۰/۰۹	۰/۷۶۶

نتایج جدول (۴-۹) نشان می دهد تعامل بین گروه و پیش آزمون هوش هیجانی آزمودنی ها معنی دار نیست. به عبارت دیگر فرضیه همگونی شیب رگرسیونی برقرار است. ($p\text{-value}=0.766$)

نتایج تحلیل کواریانس فرضیه اصلی اول

پس از اطمینان حاصل کردن از برقراری مفروضه های تحلیل کواریانس، فرضیه حاضر با این روش تحلیل شد و نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول (۵) تحلیل کواریانس تاثیر برگزاری آموزش تئوری انتخاب بر هوش هیجانی دانشجویان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری
مقدار ثابت	۲۲۷۸/۴۷۸	۱	۲۲۷۸/۴۷۸	۲/۴۴۲	۰/۱۳
پیش آزمون	۶۱۶۵/۳۵۸	۱	۶۱۶۵/۳۵۸	۶/۶۰۹	۰/۰۱۶
گروه	۹۳۵۲/۴۵۵	۱	۹۳۵۲/۴۵۵	۱۰/۰۲۵	۰/۰۰۴
خطا	۲۴۲۵۵/۸۶	۲۹	۹۳۲/۹۱۹		

نتایج جدول ۴ نشان می دهد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون هوش هیجانی دانشجویان بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. ($p\text{-value}<0.05=0.004$). به بیان دیگر آموزش تئوری انتخاب بر هوش هیجانی دانشجویان تاثیرگذار بوده است.

اگرچه در ادبیات پژوهشی موجود، تحقیقی که دقیقاً به تأثیر آموزش تئوری انتخاب بر هوش هیجانی پرداخته باشد، وجود نداشت اما این نتایج با یافته های سایر تحقیقات نزدیک و مشابه قابل مقایسه است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات قریشی و بهبودی (۱۳۹۶)، علیزاده فرد و مهبویاف (۱۳۹۶)، سادات آقامیری، قدرتی و رضوی (۱۳۹۵)، گیلچریست بنکر (۲۰۱۱)، واتسون و ارزاماریسکی (۲۰۱۱)، شیلینگ فورد و ادواردز (۲۰۰۸)، همسو و همخوان می باشد.

در تبیین یافته به دست آمده می توان بیان کرد که یکی از مهم ترین تکنیکهای این تئوری، تصریح ارزشها و عمل متعهدانه می باشد. ترغیب دانشجویان به شناسایی ارزشهایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزشها، با وجود مشکلات باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، منجر به رضایت از زندگی شود و آنها را از گیر افتادن در حلقه هایی از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس و ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می شود، رهایی دهد و نتیجه آن تنظیم هیجان مناسب و ابراز هیجان

درست در موقعیت های مختلف است. عامل دیگر تئوری انتخاب تاکید آن بر آزادی انسان است و رفتار را نوعی انتخاب مسئولانه میداند که توسط فرد صورت میگیرد و عامل مهمی در هوش هیجانی و سلامت روان او به شمار می آید.

همچنین از دلایل تأثیر تئوری انتخاب بر هوش هیجانی باید گفت، اولاً درمان گروهی فرصتی فراهم می کند تا فرد در مورد مشکلش صحبت کند و احساساتش را بروز دهد. از طرفی دیگر بسیاری از افراد فکر می کنند که فقط آنها هستند که این مشکل را دارند که درمان گروهی با تقویت عواملی چون به هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را تقویت می کند که فرد با همراه شدن در آن امید، نوعدوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می کند بنابراین یکی از فواید شرکت در جلسات این است که افراد را قادر به بیان احساس و طرح سؤال می کند، بیشتر اوقات پرسش و پاسخ با برخی از اطلاعات مهم درباره افراد مرتبط بوده و به آن ها کمک می کند تا ضمن بیان احساسات چگونگی مقابله با احساسات ناخوشایند را نیز یاد بگیرند و سرانجام اینکه، اطلاعات می توانند سبب افزایش هوش هیجانی در دانشجویان شوند.

جدول (۶) یافته های توصیفی مربوط به سلامت روان به تفکیک مراحل و گروه ها

متغیرهای وابسته		شاخص های توصیفی		گروه آزمایش		گروه کنترل	
				پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نشانه های جسمانی		میانگین		۱۰/۲۹	۱۱/۶۶	۹/۲۸	۸/۲۶
		انحراف معیار		۴/۱۳	۵/۳۸	۴/۳۸	۳/۷۱
اختلال خواب		میانگین		۱۲/۵۸	۱۲/۸۸	۸/۱۵	۹/۳۸
		انحراف معیار		۵/۹۹	۶/۱۹	۵/۱۴	۵/۶۸
کارکرد اجتماعی		میانگین		۸/۳۷	۱۳/۷۴	۰۹/۸۸	۱۰/۶۱
		انحراف معیار		۴/۴۵	۴/۳۳	۴/۱۹	۵/۳۸
افسردگی		میانگین		۱۱/۳۵	۱۰/۴۴	۱۰/۳۵	۱۰/۲۶
		انحراف معیار		۷/۶۷	۶/۳۹	۶/۶۶	۶/۹۹

جدول (۵) نشان می دهد که میانگین نمرات نشانه های جسمانی، اختلال خواب و کارکرد اجتماعی در گروه آزمایش افزایش داشته است ولی در گروه کنترل کاهش داشته یا تفاوت چندانی نکرده است.

مفروضه اول بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها:

یکی از مفروضات اساسی تحلیل کواریانس نرمال بودن توزیع متغیرهاست. برای بررسی این مفروضه کجی و کشیدگی مربوط به توزیع این متغیرها بررسی شد. اگر قدر مطلق اندازه این شاخص ها برای هر متغیر کمتر از ۳ باشد نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده هاست.

جدول ۷- آزمون نرمال بودن متغیر سلامت روان

کجی	کشیدگی	
۰/۱۸	-۰/۹۱۳	پیش آزمون سلامت روان
۰/۲۸۸	-۰/۶۵۹	پس آزمون سلامت روان

نتایج جدول (۶) نشان می دهد که داده های گروه های پیش آزمون و پس آزمون دارای توزیع نرمال هستند..

مفروضه دوم همگنی واریانس

به همین منظور از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول (۸) بررسی همگونی واریانس آزمودنی ها

معناداری	DF2	DF1	F	متغیر وابسته	آزمون
۰/۰۶	۴۸	۱	۲/۸۴	پس آزمون سلامت روان	همگنی واریانس خطا (لوین)

نتایج جدول (۷) نشان می دهد واریانس خطای پس آزمون سلامت روان در دو گروه همگن است. بنابر این مفروضه دوم تحلیل کواریانس نیز برقرار است.

۳. مفروضه سوم همگنی شیب رگرسیون متغیر وابسته و کووریته در سطوح مختلف متغیر مستقل:

همگنی شیب رگرسیون بدین معناست که همبستگی بین متغیر وابسته و کووریته در سطوح گروه های پژوهش تفاوت معناداری نداشته باشد. اگر تعامل بین گروه و پیش آزمون برای متغیر وابسته سلامت روان در تحلیل کواریانس معنادار نباشد به معنای همگنی شیب رگرسیون است.

جدول (۹) نتایج آزمون فرض همگنی شیب ها

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری
تعامل گروه و پیش آزمون سلامت روان	۳۹۳/۳۷۸	۱	۳۹۳/۳۷۸	۱/۶۱	۰/۲

نتایج جدول (۸) نشان می دهد تعامل بین گروه و پیش آزمون سلامت روان آزمودنی ها معنی دار نیست. به عبارت دیگر فرضیه همگونی شیب رگرسیونی برقرار است.

نتایج تحلیل کواریانس فرضیه اصلی اول

پس از اطمینان حاصل کردن از برقراری مفروضه های تحلیل کواریانس، فرضیه حاضر با این روش تحلیل شد و نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول (۱۰) تحلیل کواریانس تاثیر برگزاری آموزش تئوری انتخاب بر سلامت روان دانشجویان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری
مقدار ثابت	۳۴۲۰/۳۵	۱	۳۴۲۰/۳۵	۱۳/۷۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون سلامت روان	۸۳۲/۳۴	۱	۸۳۲/۳۴	۳/۳۶	۰/۰۷۳
گروه	۳۰۰۲/۴۷	۱	۳۰۰۲/۴۷	۱۲/۱۰	۰/۰۰۱
خطا	۱۱۶۶۰/۷۸	۴۷	۲۴۸/۱۰		

نتایج جدول ۹ نشان می دهد اثر بین آزمودنی برای گروه در متغیر وابسته پس آزمون سلامت روان معنادار است. به عبارت دیگر آموزش تئوری انتخاب بر سلامت روان دانشجویان تاثیرگذار بوده است و منجر به افزایش نمره سلامت روان دانشجویان به صورت معناداری شده است.

در تبیین یافته به دست آمده می توان بیان کرد که استفاده از نظریه انتخاب، به عنوان مداخله ای که میتواند باعث افزایش کنترل درونی و مسئولیت پذیری شود و افراد بتوانند به گونه مؤثر نیازهای خود را ارضا کنند، به طوری که به نیازهای دیگران آسیب وارد نشود، نه تنها میتواند باعث کاهش مشکلات سازگاری شود بلکه تاثیری گسترده بر جنبه های مختلف زندگی دارد و میتواند سلامت روان را بهبود بخشد. اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش پذیرش و حفظ بهزیستی در طول مشکلات و فشار روانی و افزایش جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی شده که به طور کلی کیفیت زندگی و سلامت روان را افزایش میدهد. در تئوری انتخاب به افراد آموزش داده می شود تا میزان مسئولیت خود را در قبال رفتار خویش افزایش دهد. مطابق این دیدگاه کنترل انسان بر رفتار، یک کنترل آگاهانه است به طوری که فرد "رفتار کلی" را انتخاب کرده و مسؤول انتخاب های خویش است.

انسان خواسته ها، انتظارات، افکار، عقاید و اعمال خود را طوری انتخاب می کند که بتواند بهترین و خوشایندترین حالت را در خویش ایجاد نماید. رفتار نتیجه انتخاب انسان است بنابراین با آموزش این تئوری به افراد موجب شد تا منبع کنترل درونی و احساس مسئولیت پذیری در فرد افزایش یابد و فرد خود را در قبال سلامت جسمی و روانی خود مسئول بداند. به طور خاص، مربی آموزش تئوری انتخاب تمام تلاش خود را بر رفتار متمرکز می کند، به ایجاد یک رابطه خصوصی و فعال، به شیوه ای مسئولانه اقدام می کند و زمان حال، به خصوص رفتار کنونی دانشجویان را برای نیل به موفقیت همواره در نظر دارد. مربی به هیچ وجه وقت خود را صرف آن نمی کند که نقش کارآگاه و جستجوگر را ایفا کند و به عذر و بهانه های دانشجویان گوش دهد، بلکه سعی می کند از راه توجه دقیق به رفتار کنونی فرد و احتراز از موارد تهدیدآمیز، مقدمات تشکیل رفتار مسئولانه و هویت موفق را در او پایه گذاری کند و بدین وسیله با کاستن، اضطراب و نگرانی مقدمات داشتن سلامت روانی را در او تقویت کند. همچنین با توجه به اینکه در نظریه انتخاب و واقعیت درمانی به نیازهای اساسی انسان خصوصاً دو نیاز مبادله عشق و محبت و نیاز به احساس ارزش توجه و تأکید شده و سعی می شود در جریان آموزش به آن ها پرداخته شود، بنابراین همین امر می تواند در افزایش سلامت روان تأثیر مهمی داشته باشد، به دلیل اینکه فرد احساس بالارزش و مهم بودن می کند و احساس می کند که دیگران او را دوست دارند و این نیاز او برطرف می شود و همین امر باعث می شود فرد احساس شادی و لذت بیشتری بکند. افزون بر اینها، مؤلفه تأکید بر آزادی و مسئولیت در تئوری انتخاب این امکان را به افراد می دهد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها، آزادانه بپذیرند و انجام این کار باعث می شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تأثیر کمتری را بر زندگی فرد داشته باشند و سلامت روانی آنها کمتر مورد آسیب قرار گیرد.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر ر تاثیر مشاوره شغلی بر تعهد شغلی و کیفیت زندگی و میزان انطباق پذیری آن میان کارکنان اداره برق نجف آباد اصفهان بود. در همین راستا پژوهش ها نشان می دهند که آموزش تئوری انتخاب بر همین اساس بر بسیاری از رفتارهای ناکارآمد فائق شده و موجب تغییر آنها شده است. برای مثال، اثر آموزش تئوری انتخاب به طور مؤثری بر میزان شادکامی (کارخانه چای، احدی و حاتمی، ۱۳۸۹)، افزایش عزت نفس و کانون مهار درونی (صاحبی، ۱۳۹۰)، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای (امیری، آقامحمدیان شهرباف و کیمیایی، ۱۳۹۱)، مسئولیت پذیری و عزت نفس (موسوی، ۱۳۸۸)، کاهش بحران هویت (حسین پور، درویشی و سودانی، ۱۳۸۹)، امید به زندگی و اضطراب (پاشا و امینی، ۱۳۸۹)، افزایش پیشرفت تحصیلی دانشجویان (وابولدینگ و بریکل^۴، ۲۰۱۳)، افزایش خودپنداره مثبت (پترسون، چانگ و کالینز^۵، ۱۹۹۸)، افزایش عزت نفس و انگیزه؛ پیشرفت فردی (مرادی شهربابک، ۱۳۸۹)، و در برنامه های سلامت، گیلچریست بنکز^۶ (۲۰۱۱) و تندرستی (کاستونز^۷، ۲۰۱۰) نشان داده شده است. لذا با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت کنترل درونی و ارضای نیازها در دانشجویان بر عملکرد آنها و کمبود پژوهش در این زمینه می توان اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر را درک کرد و از یافته های این پژوهش در مشاوره مدارس، آموزش و پرورش استفاده نمود. پرکینز^۸ (۲۰۱۲)، در پژوهشی به تاثیر تئوری انتخاب بر مسئولیت پذیری افراد پرداخت و یافته ها نشان داد که این دیدگاه موجب می شود تا منبع کنترل درونی و احساس مسئولیت پذیری در فرد افزایش یابد. در تئوری انتخاب به افراد آموزش داده می شود تا میزان مسئولیت خود را در قبال رفتار خویش افزایش دهد. مطابق این دیدگاه کنترل انسان بر رفتار، یک کنترل آگاهانه است به طوری که فرد "رفتار کلی" را انتخاب کرده و مسئول انتخاب های خویش است. انسان خواسته ها، انتظارات، افکار، عقاید و اعمال خود را طوری انتخاب می کند که بتواند بهترین و خوشایندترین حالت را در خویش ایجاد نماید. رفتار نتیجه انتخاب انسان است بنابراین با آموزش این تئوری به افراد موجب شد تا منبع کنترل درونی و احساس مسئولیت پذیری در فرد افزایش یابد و فرد خود را در قبال سلامت جسمی و روانی خود مسئول بداند. گیلچریست بنکز^۸ (۲۰۱۱)، در پژوهشی به بررسی

⁴ Wubbolding, R.E. & Brickell

⁵ Peterson, A.V.; Chang, C. & Collins

⁶ Casstevens

⁷ Perkins

⁸ Gilchrist Banks

اثر بخشی تنوری انتخاب بر افزایش پیشرفت تحصیلی به این نتیجه رسید که آموزش تنوری انتخاب با واگذاری مسئولیت به خود دانش آموز باعث افزایش انگیزه و پیشرفت تحصیلی در گروه آزمایش شده بود. واتسون و ارزاماریسکی^۹ (۲۰۱۱)، در پژوهشی تحت عنوان تنوری انتخاب و واقعیت درمانی؛ دیدگاهی از خودکارآمدی به این نتایج رسیدند که شناخت کافی، هدف گذاری آگاهانه و برنامه ریزی صحیح که در تنوری انتخاب آموزش داده می شود، به نتایج مثبتی می انجامد. تکرار و تقویت این نتایج، موجب افزایش حس خودکارآمدی می شود. پیشنهاد می شود که همایش ها و کارگاه هایی در زمینه تنوری انتخاب برای دانشجویان در مقاطع تحصیلی متفاوت، برگزار شود .

^۹ Watson, M.E. & Arzamarski

منابع و مراجع

- [۱] اسمخانی اکبری نژاد، ه؛ اعتمادی، ا و نصیر نژاد، ف (۱۳۸۹). خودکارآمدی و رابطه آن با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دختر، زن و مطالعات خانواده، سال دوم، شماره ۸، ص ۱۳-۲۵.
 - [۲] بیرامی، م (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت روانی دانشجویان، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، سال سوم، شماره ۱۱، ص ۱۹-۳۶.
 - [۳] سموعی، ر. (۱۳۸۲). پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن (فرم ۹۰ سوالی) موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا (روان تجهیز).
 - [۴] گنجی، ح (۱۳۹۳). بهداشت روانی، تهران: نشر ارسباران.
 - [۵] فتحی آشتیانی، ع (۱۳۹۵). آزمون های روانشناختی، تهران: انتشارات بعثت.
 - [۶] قریشی، م و بهبودی، م (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعی تدرمانی گروهی بر تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان دختر، سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دوره ۴، شماره ۳، ص ۲۳۸-۲۴۹.
 - [۷] عزیززاده فرد، س و مهبویاف ر (۱۳۹۶). تأثیر آموزش تئوری انتخاب بر راهبردهای شناختی یادگیری دانشجویان، مطالعات روانشناسی تربیتی، مقاله ۷، دوره ۱۴، شماره ۲۷، ص ۱۶۱-۱۸۰.
 - [۹] آقامیری، مهناز سادات؛ آقامیری، قدرتی و قدرتی، رضوی (۱۳۹۵). اثر بخشی مشاوره مبتنی بر نظریه انتخاب بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی دانشجویان دختر دوره متوسطه ناحیه ۴ اصفهان، دومین کنفرانس بین المللی پژوهشهای کاربردی در علوم تربیتی و مطالعات رفتاری و آسیب های اجتماعی ایران، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.
 - [۱۰] کارخانه چی، م؛ احدی، ح و حاتمی، ح. (۱۳۸۹). اثر آموزش واقعیت درمانی بر شادکامی دختران، مجله روانشناسی معاصر، دوره پنجم، ص ۶۳۶-۶۳۸.
 - [۱۱] صاحبی، ع. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تئوری انتخاب و واقعیت درمانی بر افزایش عزت نفس و کانون مهار درونی دانشجویان دبیرستانی شهر مشهد، مجله اصول بهداشت روانی، سال چهاردهم، دوره دوم، ص ۸۰.
 - [۱۲] امیری، م؛ آقامحمدیان شریف، ح و کیمیایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای، اندیشه و رفتار، دوره ششم، شماره ۲۴.
 - [۱۳] حسین پور، م؛ درویشی، ط. و سودانی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مسئولیت پذیری به شیوه واقعیت درمانی گلاسبر بر کاهش بحران هویت دانشجویان، یافته های نو در روانشناسی، سال پنجم، ص ۹۷-۱۰۶.
 - [۱۴] سموعی، ر. (۱۳۸۲). پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن (فرم ۹۰ سوالی) موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا (روان تجهیز).
 - [۱۵] پاشا، غ و امینی، س. (۱۳۸۹). تأثیر واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا، یافته های نو در روانشناسی، سال ششم، ص ۳۷-۵۱.
 - [۱۶] مرادی شهربابک، ف؛ قنبری هاشم آبادی، ب و آقامحمدیان شریف، ح. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، مطالعات روانشناسی تربیتی، دوره ۱۱، شماره ۲، ص ۲۲۷-۲۳۸.
- [17] Bar-On R, Handley R, Fund S. (2005). *The impact of emotional and social intelligence on Performance". In V. Druskat, F. Sala, & G. Mount (Eds), Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.*

- [18] Bar-on, R (2006). "*The bar-on model of emotional intelligence skills development training, program and student achievement and retention. Unpublished raw data.*" Texas A & M university-Kingsville.
- [19] Glasser W. (2010). *Choice Theory*. New York, HarperCollins Publisher
- [20] Wubbolding, R. (2000). *Reality therapy for the 21st century*. Philadelphia, PA: Brunner Routledg.
- [21] Glasser, W. (1998). *Choice theory*. New York : Harper Collins.
- [22] Kidwell, D., Hardesty, B., Shibin, S. (2011). Emotional Intelligence in marketing exchanges. *Journal of Marketing*, 45, 78-95.
- [23] Cheng & Chan , A. (2005). Measuring psychological well- being in the Chinese *Personality and Individual Differences*.38,1307-1316.
- [24] Gilchrist Banks, S. (2011). *Using choice theory to enhance student achievement*. Alexandria, VA: American School Counselor Association.
- [25] Watson, M.E. & Arzamarski, C.B. (2011). Choice Theory and Reality Therapy: Perceptions of Efficacy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 1, 97-109.
- [26] Shillingford M, Edwards OW.(2008). Application of Choice Theory with a Student Whose Parent is Incarcerated: A Qualitative Case Study. *Int J Real Ther*;28(1).
- [27] Wubbolding, R.E. & Brickell, J. (2013). Resources for Teaching and Learning Choice Theory and Reality. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 1, 51-58.
- [28] Peterson, A.V.; Chang, C. & Collins, P.L. (1998). The effects of reality therapy and choice theory training on self concept among Taiwanese university students. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 20(1), 79-83.
- [29] Casstevens, W.J. (2010). Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 2: 55-58.
- [30] Perkins, E. (2012). Choice Theory and Blame versus Responsibility. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 2, 10-13.