

اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی

- ندا مرزعاوی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
□ همایون هارون رشیدی*، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

صفحات ۴۷ - ۵۴

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه: واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن سعی می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد بود.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد بود که از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار داده شد. گروه آزمایشی، آموزش واقعیت‌درمانی را هفتگی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانرو دیویدسون و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج نشان داد آموزش واقعیت‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در مادران گروه آزمایش شده است ($p > 0/001$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از آموزش واقعیت‌درمانی در حکم روشی مؤثر در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی در مداخله‌های درمانی و بالینی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، کم‌توانی هوشی، واقعیت‌درمانی

مقدمه

تولد و حضور کودک با کم‌توانی هوشی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد حاکی از آن است که والدین کودکان با کم‌توانی هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی مواجه می‌شوند (۱). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بیند فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند با کم‌توانی هوشی؛

والدین، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی قرار می‌دهد (۲). نظریات جدید در تعریف بهزیستی روان‌شناختی به جای نبود بیماری بر سلامتی تأکید می‌کنند (۳). به‌طوری که ریف و سینگر^۱ بهزیستی روانی را به صورت احساس مثبت و احساس رضایتمندی کلی از زندگی (شامل حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی) تعریف کرده‌اند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران

* Email: haroon_rashidi2003 @ yahoo.com

1. Ryff & Singer

(برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و دادن معنا به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (۴). از این رو، بهزیستی روان‌شناختی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که رویدادهای تنش‌زای زندگی از عمده‌ترین و تأثیرگذارترین این عوامل هستند (۵). شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حوادث نامطلوب زندگی می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار داده و آن را مختل کرده و موجب مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب شوند (۶). بررسی‌ها نشان داده‌اند والدین دارای فرزند با کم‌توانی هوشی، در مقایسه با والدین کودکان بدون کم‌توانی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و احساس شرم و خجالت بیشتر، و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (۲). همچنین تنیدگی والدین، میزان انزوای اجتماعی خانواده را افزایش می‌دهد (۷). برطرف کردن مشکلات تنیدگی والدین به‌ویژه مادر که بیش از دیگر اعضای خانواده در معرض آسیب ناشی از این تنیدگی است، بهداشت روانی را افزایش می‌دهد و به عملکرد بهتر در ایفای نقش فرزندپروری منتهی می‌شود بنابراین، یافتن راه‌های کمک‌رسانی جهت کاهش تنیدگی امری ضروری به نظر می‌رسد.

تاب‌آوری^۱، از جمله متغیرهایی است که می‌تواند فشار روانی مادران را تعدیل کرده و به آنها در کنترل آن کمک کند. بلاک بر این باور است که خودتاب‌آوری توانایی سازگاری سطح کنترل برحسب شرایط محیطی است. افراد خودتاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنا نه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط فشار روانی‌زا را دارند (۹). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شود و مزیت عمده آن این است که فرد را قادر می‌سازد در برابر موقعیت‌های سخت به راحتی تسلیم نشود (۱۰). تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود و در طب و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی برقراری دوباره تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا است و در واقع به ویژگی‌هایی اشاره می‌کند که در سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی با تنش

مؤثر است (۱۱). مطالعات نشان داده‌اند افراد با تاب‌آوری زیاد، سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماری‌شان کنار می‌آیند. نگرش فاجعه‌سازی نسبت به درد ندارند و کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند (۱۲).

رویکردهای متعددی برای مداخله در حل مشکلات به‌کار گرفته شده است. یکی از این رویکردها استفاده از نظریه انتخاب یا واقعیت‌درمانی^۲ برای حل این مسائل و مشکلات است. واقعیت‌درمانی که تازه‌ترین رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی محسوب می‌شود، مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، علت مشکلات روان‌شناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند؛ در این درمان تلاش می‌شود که افراد از راه انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند (۱۳). در نظریه انتخاب، اعتقاد به این است که اعمال ما یک رفتار، و رفتار ما یک انتخاب است، یعنی خودمان رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل و احساس می‌کنیم، هستیم (۱۴).

ووبلدینگ و بیبلر^۳ از رویکرد نظریه انتخاب برای تعیین اثربخشی آن بر تسکین زنان و مردانی که فرزند خود را (در هر محدوده سنی) به‌تازگی یا در دهه‌های پیش از دست داده بودند، استفاده کردند. این پژوهش نشان داد که حداقل به‌طور موقت، امکان بهبود احساسات این افراد با رویکرد واقعیت‌درمانی وجود دارد و این‌که افراد با تجربه سوگ و به‌ویژه دردناک‌ترین نوع آن، فقدان فرزند، می‌توانند از درک اصول و مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی سود ببرند (۱۵). سادات‌بری، آذرگون، عابدی و آقایی نشان دادند واقعیت‌درمانی می‌تواند در حکم یک روش درمانی مؤثر در افزایش تاب‌آوری استفاده شود (۱۶). همچنین شاملی و حسنی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند دچار سرطان را نتیجه گرفتند (۱۷). در پژوهشی دیگر، احمدیان و تبریزی نشان دادند مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری والدین تأثیر مثبت دارد (۱۸). همچنین مطالعه مشیریان و همکاران نیز نشان داد واقعیت‌درمانی به‌شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد پرخاشگر تأثیر دارد (۱۹). از طرفی جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد در پژوهش خود، اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی را بر افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور نشان دادند (۲۰). به‌طور خلاصه،

1. Resilience

2. Reality Therapy

3. Wubbolding & Bibler

SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱

این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی کردند (۲۶). این مقیاس دارای ۲۵ گویه است و آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از پاسخ کاملاً مخالفم، نمره صفر و پاسخ کاملاً موافقم، نمره ۴) پاسخ دهد. بیشینه و کمینه نمره فرد در این مقیاس صفر و صد است (۲۷). نمره بیشتر، بیانگر تاب‌آوری بالاتر است. کانر و دیویدسون، پایایی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش کردند. روایی پرسشنامه، از راه بررسی همبستگی نمرات آن با نمرات مقیاس سرسختی روان‌شناختی و مکان کنترل، به ترتیب ضرابی برابر با ۰/۴۱ و ۰/۴۸ است (۲۸). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲

در این پژوهش از نسخه کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که خانجانی آن را اعتباریابی کرده، استفاده شد. ریف در سال ۱۹۸۹، فرم اولیه را طراحی کرد که در سال ۲۰۰۲ بازنگری شد (۲۹). در فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پاسخ به هر یک از ۱۸ سؤال روی طیفی ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. بیشینه و کمینه نمره فرد در این مقیاس ۱۸ و ۱۲۶ است. نمره بیشتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر بود. ریف و کیزی مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را بین ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۰). خانجانی مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۹ گزارش کرد (۳۱). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پژوهش‌های مختلفی اثربخشی واقعیت درمانی بر سازگاری، کاهش مشکلات و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، افزایش شادکامی، بهزیستی روانی، امید به زندگی، کاهش اضطراب، کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عزت نفس و سلامت روانی را نشان داده‌اند (۲۱-۲۴). از آنجا که زندگی پر از چالش‌ها و فشارهای روانی و مشکلات است بنابراین، انسان، نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرایط است. پیامدهای روان‌شناختی داشتن کودکی با کم‌توانی هوشی؛ جامعه، فرد و خانواده را دچار مشکلات جدی می‌کنند و هزینه‌های زیادی را به دنبال دارد. از این رو، اهمیت دارد که درمان‌های مؤثر از جمله واقعیت درمانی بر حالات مادران کودکان با کم‌توانی هوشی مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد تا بتوان از بروز و یا تشدید مشکلات روان‌شناختی آنان پیشگیری کرد. از سوی دیگر آموزش واقعیت درمانی این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانایی‌های لازم برای عمل طبق معیارهای خود، و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد. با توجه به مطالب بالا و خلأ پژوهشی در زمینه نظریه انتخاب در ایران، پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این مسأله که آیا واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی تأثیر دارد، انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود با دو گروه آزمودنی که هر دو گروه، دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام مادران کودکان با کم‌توانی هوشی شهر سوسنگرد در سال ۱۳۹۶، به تعداد ۴۷۰ نفر بود. بر اساس نمونه‌گیری در دسترس از بین مادران کودکان با کم‌توانی هوشی ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۵). میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴ سال و ۶ ماه و گروه گواه ۳۵ و ۸ ماه بود. داشتن تمایل آگاهانه والد به شرکت در پژوهش و سواد خواندن و نوشتن از ملاک‌های ورود و غیبت بیش از دو جلسه، ملاک خروج از پژوهش بود. پس از پایان اجرای پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده با نرم افزار

1. Connor-Davidson Resilience scale

2. Ryff's Scale of Psychological Well-Being

روش اجرا

در این پژوهش، اجرای برنامه مداخله گرانه آموزش تئوری انتخاب به طور گروهی در حکم متغیر مستقل، و تاب آوری و بهزیستی روان شناختی در حکم متغیر وابسته بودند. پس از اجرای پیش آزمون روی گروه های آزمایشی و گواه، گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته یک جلسه)

به مدت دوماه و نیم در برنامه های واقعیت درمانی شرکت کردند و مبنای عملی و نظری (بر اساس کتاب درآمدی بر روان شناسی تئوری انتخاب گلاسرو) این رویکرد به آنها آموزش داده شد اما گروه گواه مداخله خاصی را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات مداخله روی گروه آزمایشی، مجدداً از هر دو گروه آزمایش و گواه خواسته شد که پرسشنامه های مربوط را تکمیل کنند. شرح برنامه مداخله در زیر آمده است.

جدول ۱) محتوای جلسات آموزش

اهداف جلسات	جلسات
برقراری ارتباط عاطفی و ارزیابی اولیه	جلسه اول
تشخیص این که تاکنون چه کارهایی در راستای این مشکل انجام شده و چه کارهایی باید انجام شود	جلسه دوم
شناسایی مشکل فعلی	جلسه سوم
ارزیابی اقدامات و رفتارهای کنونی یا قضاوت ارزشی درباره رفتار	جلسه چهارم
شناخت نیازها و اهمیت رفتار مسئولانه در واقعیت درمانی و اثر آن بر اضطراب	جلسه پنجم
بررسی گزینه ها و انتخاب های جایگزین	جلسه ششم
طراحی برنامه ای که به حل مشکل کمک کند	جلسه هفتم
تعهد گرفتن از مراجعان برای پیش بردن و پیگیری برنامه	جلسه هشتم
ایجاد ساختاری برای ارزیابی روند اجرای برنامه	جلسه نهم
جمع بندی مطالب و نتیجه گیری نهایی	جلسه دهم

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف

(K-SZ) برای بررسی هنجار بودن داده ها گزارش شده است. با توجه به جدول آزمون Z کلموگروف اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت.

جدول ۲) شاخص های توصیفی پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد ۳۰ نفر)

متغیر	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
تاب آوری	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۹۳	۴/۰۳	۰/۹۶۰	۰/۳۱۱
		گواه	۱۹/۸۰	۵/۲۶	۰/۶۱۵	۰/۶۹۰
	پس آزمون	آزمایش	۳۲/۹۳	۴/۴۹	۰/۳۸۷	۰/۳۱۶
		گواه	۲۰/۶۰	۴/۹۲	۰/۴۳۵	۰/۳۷۰
بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۴۰/۲۰	۷/۸۹	۱/۱۸۳	۰/۱۳۱
		گواه	۴۱/۹۳	۱۱/۹۲	۰/۷۴۴	۰/۶۳۵
	پس آزمون	آزمایش	۷۹/۴۷	۷/۴۳	۰/۶۳۸	۰/۶۳۸
		گواه	۴۳/۴۷	۸/۳۰	۱/۰۴۸	۰/۲۱۴

است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس تاب‌آوری ($p > 0/785$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F = 0/76$ و $p > 0/88$)، در گروه‌ها برابر است.

نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش تاب‌آوری ($F = 2/78$ و $p > 0/107$)، بهزیستی روان‌شناختی ($F = 0/866$ و $p > 0/361$)، در گروه آزمایش و گواه، نشان داد شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	Eta
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۸/۱۵	۱	۶۸/۱۵	۱/۹۷	۰/۱۲۳	۰/۱۲۳
	گروه	۳۵۲/۴۱	۱	۳۵۲/۴۱	۱۴۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	خطا	۵۳۹/۲۲	۲۷	۲۴/۵۱			
	کل	۲۶۳۶/۰۰	۳۰				

با توجه به میانگین نمره تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره تاب‌آوری گروه گواه، موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش واقعیت‌درمانی

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	Eta
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۹۳/۳۹	۱	۹۳/۳۹	۲/۶۱	۰/۱۰۴	۰/۱۰۹
	گروه	۱۴۵/۴۷	۱	۱۴۵/۴۷	۷۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	خطا	۴۱۴/۷۴	۲۷	۱۸/۸۵			
	کل	۲۱۲۳/۰۰	۳۰				

یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه آموزش واقعیت‌درمانی، افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش را موجب شده است. این یافته با نتایج شاملی و حسنی، پرنزلا، احمدیان و تبریزی، کیم (۱۶-۱۹) همسو و هماهنگ است. سادات‌بری، آذرگون، عابدی و آقایی نشان دادند واقعیت‌درمانی می‌تواند درحکم یک روش درمانی مؤثر در افزایش تاب‌آوری استفاده شود (۱۶). همچنین شاملی و حسنی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند دچار سرطان را نتیجه گرفتند (۱۷). در پژوهشی دیگر، احمدیان و تبریزی نشان دادند مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری والدین تأثیر مثبت دارد (۱۸). در تبیین این نتایج

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش واقعیت‌درمانی با توجه به میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی گروه گواه، موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی بود.

می‌توان گفت از آنجا که آموزش واقعیت درمانی گروهی می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو به‌گونه‌ای سالمی مقابله کنند، بر سختی‌ها چیره شوند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش یابد. آموزش احتمالاً می‌تواند خاستگاه تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود.

آموزش واقعیت درمانی گروهی باعث می‌شود افراد طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند. همچنین از روابط اجتماعی، کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که به کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری آن‌ها می‌انجامد. ماهیت آموزش گروهی، می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس، آموزش واقعیت درمانی گروهی می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود (۱۶).

همچنین با توجه به میانگین بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه یافته‌ها نشان داد آموزش واقعیت درمانی، موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های مشیریان و همکاران، و جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد همسوست (۱۹-۲۰). جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد در پژوهش خود اثربخشی آموزش واقعیت درمانی را بر افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور نشان دادند (۲۰). مطالعه مشیریان و همکاران نیز نشان داد واقعیت درمانی به شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد (۱۹). پژوهش‌های مختلف اثربخشی واقعیت درمانی بر سازگاری، کاهش مشکلات و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، افزایش شادکامی، بهزیستی روانی، امید به زندگی، کاهش اضطراب، کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عزت نفس و سلامت روانی را نشان داده‌اند (۲۱-۲۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت واقعیت درمانی گروهی، به افراد کمک می‌کند

زندگی خود را به طور مؤثری کنترل نمایند، در برابر مشکلات عاطفی قبول مسئولیت کنند، و با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای آدمی در فرآیند زندگی به ایجاد احساس مثبت کمک نمایند. بدین ترتیب واقعیت درمانی به مادران کمک می‌کند تا رفتارهایشان را از رفتار ناکارآمد به رفتار کارآمد تغییر دهند و انتخاب‌های سازنده و ارزیابی مناسبی از مسائل داشته باشند. این امر موجب کنترل درونی بالایی در آنها شد که به افزایش عزت نفس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنها انجامید.

واقعیت درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت‌پذیر باشند، این نگرش، فرد را فرمانده اصلی زندگی خویش می‌کند، در نتیجه فرد می‌تواند نگرش‌هایش را تغییر دهد، هیجانات خود را بپذیرد و با آنها کنار آید. بنابراین، پذیرش وقایع زندگی که در اختیار فرد نیست و مواجه شدنش با مسائل ناشی از مشکلات، منجر به افزایش بار عاطفی و بهزیستی روان‌شناختی او می‌شود (۲۳).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود سنجش پیگیری در طرح پژوهش به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت کنندگان گروه پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، پژوهشی مشابه در مورد مادران کودکان استثنایی در سایر شهرها انجام شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی پژوهش نیز در روند کار از ابزارهای مختلف برای ارزیابی تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی از جمله مصاحبه و مشاهده استفاده شود. این پژوهش روی مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی هوشی صورت گرفت بنابراین، در تعمیم نتایج به افراد جوامع دیگر باید دقت کافی مبذول کرد.

نتایج این پژوهش نشان داد با توجه به تأثیر مثبت واقعیت درمانی، از این رویکرد (که سهمی مهم در سلامت روان دارد) می‌توان در حکم روش سودمندی بر افزایش تاب‌آوری، و بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرد و با برگزاری کارگاه‌ها و همایش‌هایی به خانواده‌ها در این زمینه‌ها آموزش لازم داده شود. با توجه به پژوهش‌های پیشین و مشاهده نقش مؤثر واقعیت درمانی بر متغیرهای مختلف، پیشنهاد می‌شود در سال‌های آینده پژوهشی با همین عنوان انجام شود تا جانب احتیاط در مورد تعمیم یافته‌ها به سال‌های آینده رعایت شود.

References

1. Afrouz GH. An Introduction to the Education of Mentally Retarded Children, Tehran University Press, 2017. [Persian].
2. Khamis V. Psychological Distress Among Parents of children with Mental Retardation in United Arab Emirates. Social science & medicine, 2007; 64 (7), 850-868.
3. SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. J Qazvin Univ Med Sci. 2017; 21(2):49-1.
4. Seligman, M. Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. Journal of Positive Psychology. 2015; 01(0), 2-6-75.
5. Roepke, A. M. & Seligman, M. E. P. Doors opening: A mechanism for growth after adversity. Journal of Positive Psychology. 2015; 01(3), 012-004.
6. Lareson JS. The measurement of health: Concepts and indicators. New York: Green Wood; 2016.
7. Meyers LS, Gamst G, Goarin AJ. Applied multivariate research, design and interpretation. London: Sage; 2016.
8. Haroon Rashidi H & Mansouri V. The Relationship between Perceived Social Support and Resilience with Psychological Distress in Mothers of Exceptional Children. Exceptional Education. 2017; 3(146):15-22. [Persian].
9. Abdepour E. Relation Between Resilience and Coping Strategies with Life Satisfaction in Gifted and Normal Students, MSc Theses, Dezful Islamic Azad University, 2014. [Persian].
10. Toby RO, Newton-John C M, Mick H. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain rehabilitation. Psychology, 2014; 59(3):360 -365.
11. Kleirman E M, Beaver J K. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. Psychiatry Research. 2013; 2(30): 934-939.
12. Sheikhzadeh F, Tarkhan M, Golchin N, Zare H. The efficacy of Group Education Resilience on General Health among Girls' students. Psychol Stud. 2015; 10(4):53-71. [Persian].
13. Corey, G. Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 9Th edition, 333-359. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage, 2013.
14. Rezaei Z, Niili nikou S, Nejati nezhad N, Ghasemi jobaneh R, Nooryan K. Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women. Armaghane danesh 2015; 20 (5): 453-459.
15. Wubbolding, R.E. W., & Bibler, L. How could this happen? The death of a child. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy. 2014; (1): 28-32.
16. Abbasi Molod H, Fatehizadeh M & Qamarani A. The effect of Glaser's couple therapy on the increased moral commitment of couples. Insight and Islamic education, 2011; 10 (25), 80-59. [Persian].
17. Shamly R, and Hsani F. The Effectiveness of Reality Therapy on Rescuing Mothers with Cancerous Children. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2017; 11(43):77-87. [Persian].
18. Ahmadian N, Tabrizi M. The Effectiveness of Group Counseling Based on Reality Therapy on Resiliency in Parents of Autistic Children in Isfahan City. Exceptional Education. 2018; 1 (150).
19. Moshirian Farahi S M, Moshirian Farahi S M M, Aghamohammadian Sharbaf H R, Sepehri Shamloo Z. The Effectiveness of Group Reality Therapy Based on Choice Theory on Quality of Life in People with Aggression. IJPN. 2017; 5(1): 47-53.
20. Jamasiyan Mobarake A, Dokaneeifard F. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Increasing Resilience, Life Expectancy and Improving the Life of Infertile Women in Sarem Infertility Center. Consultation and Psychotherapy Culture Magazine. Scientific-Research /ISC; 2017; 29:237-262. [Persian].
21. Farnoodian F. The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of Students. International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2016; 5(9), 18-24.
22. Kamarudin K. & Mamat N. Stress among the Parents of Children with Learning Disabilities: A Demographical Analysis. International Journal of Humanities Social Sciences and Education, 2015; 2(9), 194-200.
23. Sharf RS. Reality Therapy (Trans. D. Gençtanırım). Theories of Psychotherapy and Counseling, Concepts and Cases (Trans. N. Voltan-Acar, Ed.). Nobel Academic Publishing, 2014.
24. Slattery, E. McMaho, J. Gallagher, S. Optimism and benefit finding in parents of children with developmental disabilities: The role of positive reappraisal and social support, Research in Developmental Disabilities, 2017; 65, 12-22.
25. Kaveh M, Alizadeh H, Delavare A, Borjali A. Developing a program to increase stress relief and its impact on quality of life components of mothers with mild mental

- retardation. Iranian Journal of Exceptional Children. Quarterly Journal. 2011; 11(2): 119-140. [Persian]
26. Abrishamkesh S, Ardalan A, Kafi Masoleh SM, Fallahi Kesht Masjedi M. Relationship of Psychological Hardiness and Resilience with the Mental Health in Pre Hospital Technicians, Guilan province. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2014; 26(82):10-18. [Persian].
 27. Basharpour S, Atadokht A, Ghaffari M, Mowlaie M. Prediction of Depression through Cognitive Emotion Regulation and Resilience among Infertile Females. IJPN. 2017; 4 (4):34-42. [Persian].
 28. Heidarian A, Zahra Kar K, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: a Randomized Trial. ijbd. 2016; 9 (2):52-59.
 29. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychosom. 1996; 65(1):14-23.
 30. Michaeli Manee F. [The study of Ryff psychological wellbeing scale factorial structure between Urmia university students]. Journal of Modern Psychological Researches. 2010; 5(18): 143-65.
 31. Khanjani M, Shahidi S, Fath-Abadi J. [Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students (Persian)]. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014; 8(32):27-36.