

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان درخودمانده

سپیده شیشه فر^۱، فرنگیس کاظمی^۲، شهلا پرشک^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۱۰

چکیده

داشتن یک کودک مبتلا به اختلال درخودماندگی می‌تواند موجب تجربه هیجانات و احساسات ناخوشایند در والدین آنان شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس تعداد ۳۱ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودمانده انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه ۱۵ نفره آزمایش و یک گروه ۱۶ نفره گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش آموزش واقعیت‌درمانی را به مدت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شادکامی آرگیل و پرسشنامه مسئولیت‌پذیری گاف استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در نمرات شادکامی و مسئولیت‌پذیری بود. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش واقعیت‌درمانی موجب افزایش شادکامی و مسئولیت‌پذیری در مادران گروه آزمایش شده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان از آموزش واقعیت‌درمانی گروهی به‌عنوان روشی موثر در افزایش شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان درخودمانده در مداخله‌های درمانی و بالینی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: واقعیت‌درمانی، شادکامی، مسئولیت‌پذیری، مادران، کودکان درخودمانده

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

sepidehsh19@yahoo.com

۲. دانشیار روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. دانشیار روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

خانواده اولین و مهمترین نظام ارتباطی برای کودکان به شمار می‌رود. تمامی اعضای خانواده در ایجاد سلامت روانی مهم هستند؛ زیرا خانواده منبع اصلی مراقبت و حمایت است (ویدمر، کمپف، ساپین و گالی-کارمیناتی^۱، ۲۰۱۳). در این میان والدین به‌عنوان اولین عامل اجتماعی کردن کودکان نقش مهمی در تحول روانی و اجتماعی آنها بر عهد دارند (قطب‌زاده اسرار و شاکرنیا، ۱۳۹۴). داشتن یک کودک مبتلا به اختلال ممکن است موجب بر هم خوردن نظام ارتباطی خانواده شود. تولد و حضور کودکی با معلولیت‌های جسمی و هیجانی مانند اختلال درخودماندگی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود و احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد مادران کودکان دارای اختلال درخودماندگی به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (خامیس^۲، ۲۰۰۷). والدین این کودکان سطوح بالاتری از احساس نارضایتی در زندگی را نسبت به سایر والدین تجربه می‌کنند که این امر عموماً ناشی از اضطراب و استرس ناشی از داشتن یک کودک با نیازهای ویژه است تا عملکرد شخصی‌شان (ودمن، اسمیت، گرینبرگ و ملیکا^۳، ۲۰۱۵). در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرینگ، گری، تاف، سونی و ایفیلد^۴، ۲۰۰۶). مادران به علت داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند معلول خود به عهده می‌گیرند و در نتیجه با مشکلات روانی بیشتر مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات متعددی قرار می‌دهد (مک‌کانکی، تروسدال، کاندی، چانگ، جراح و شوکری^۵، ۲۰۰۸).

حضور یک کودک معلول در خانواده می‌تواند کارکردهای روانشناختی خانواده را تغییر دهد و در سطح کلان بر سلامت روانی، پویایی و هدفمندی خانواده تاثیر گذارد و در

1. Widner, Kempf, Sapin, Galli & Carminati
2. Khamis
3. Woodman, Smith, Greenberg & Mailick
4. Herring, Gray, Taffe, Sweeney & Einfeld
5. McConkey, Truesdale, Kennedy, Chang, Jarrah & Shukri

سطح خرد نیز مهمترین کارکردهای روانشناختی خانواده را همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، تفریح و سرگرمی، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، رفت‌وآمد با اطرافیان، اتحاد، معنادار بودن زندگی، حل مساله شادکامی و سلامت روانی را با مشکل مواجه کند (محشمی، ابراهیمی، علی‌اکبری و چیمه، ۱۳۹۵). با وجود یک کودک مشکل‌دار معلولیت‌های کودک، کندی رشد و امکانات ویژه‌ای که برای مراقبت جسمی و روانی لازم است به همراه سرخوردگی و رویاهای بر باد رفته، والدین را زیر فشارهای خود می‌گیرد و موجب برهم خوردن آرامش و تعادل خانواده می‌شود. از سویی مراقبت‌های اضافه که برخی از کودکان معلول به والدین خود به‌ویژه مادران تحمل می‌کنند، بر نحوه تعامل و رفتارهای والدین تاثیر می‌گذارد. بروز معلولیت در فرزندان، اختلال‌های عاطفی و مشکلات اقتصادی بسیاری را در خانواده ایجاد می‌کند. در نتیجه چنین وضعیتی هر یک از اعضای خانواده دچار بحران‌هایی ناشی از وجود فردی معلول می‌شوند و این می‌تواند بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری زندگی این کودکان و به‌ویژه مادران آنها تاثیر گذار باشد (مقتدری، اکبری و حقگو، ۱۳۹۴؛ پاچرنی^۱، ۲۰۰۷).

شادکامی^۲ یک حالت عاطفی مثبت است که با خشنودی، لذت و خرسندی مشخص می‌شود و با خود صفات و علائمی از جمله داشتن باورهای مثبت در مورد زندگی، هیجانات مثبت و فقدان هیجانات منفی را به همراه دارد (سپهریان، محمدی، بدل پور و نوروززاده، ۱۳۹۵). به‌عبارت‌دیگر شادکامی، آرامش فکری است که نتایج مطلوبی را برای زندگی پیش‌بینی می‌کند و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد (کوهن^۳، یون و جانستون^۴، ۲۰۰۹). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که والدین کودکان درخودمانده نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (ابراهیمی، رفاهی، زارعی محمودآبادی، قاسمی، ۱۳۹۵). شواهد بالینی نشان داده‌اند که نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مانند اضطراب، افسردگی و خستگی روانی در مادران کودکان دارای اختلال‌های فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر است (فیلینگ^۵، ۲۰۰۹). داشتن فرزند مبتلا به درخودماندگی منشا فشار روانی است

1. Podjarny
2. Happiness
3. Cohen
4. Yoon & Johnston
5. Flemin

و خود را به شکل اضطراب و افسردگی و کاهش شادکامی برای والدین نشان می‌دهد (مقتدری، اکبری و حقگو، ۱۳۹۴). در این بین سهم مادر در تجربه استرس بیش از پدر است. والدین به‌خصوص مادران با این پیش‌داوری در ذهن خود که اجتماع آن‌ها را کسانی تلقی می‌کنند که وظیفه خود را در قبال فرزند خود به‌خوبی انجام نداده‌اند، دچار احساس گناه و احساس مسئولیت‌پذیری افراطی می‌شوند. والدین این کودکان به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به افسردگی و کاهش رضایت و شادکامی در آنها شود (کلمن و کاراکر^۱، ۲۰۰۳). همچنین آن‌ها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند؛ بنابراین ممکن است در مسئولیت‌پذیری و مدیریت رفتارهای کودکان با مشکلاتی مواجه شوند (سرابی، حسن‌آبادی، مشهدی و اصغری، ۱۳۹۰).

از دیدگاه فروم^۲ (۲۰۰۴) مسئولیت‌پذیری صرفاً وظیفه یا تکلیفی نیست که باید توسط یک فرد انجام شود؛ بلکه بیانگر نوعی احساس و حالت است که توسط خود فرد برانگیخته‌شده و دربردارنده پاسخ و واکنش فرد نسبت به نیازهای دیگران به‌صورت آشکار و یا پنهان است. در واقع بی‌مسئولیتی موجب ناتوانی در برقراری روابط سالم و محبت‌آمیز با دیگران، ناتوانی در تصمیم‌گیری، شکست‌های پیاپی در زندگی می‌شود (خدیبوی و الهی، ۱۳۹۲). بسیاری از والدین کودکان درخودمانده در مورد خود احساس گناه و مسئولیت‌پذیری شدید می‌کنند و پذیرش واقعیت برای این والدین بسیار دشوار است. همین عدم انطباق با مشکل کودک، به بروز نگرانی‌های مختلفی از جمله عدم تعادل در مسئولیت‌پذیری می‌شود که در بلندمدت به فرسودگی، افسردگی و اضطراب در مادران کودکان درخودمانده منجر می‌شود (رافعی، ۱۳۸۹).

از طرفی والدین به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در بیشتر مداخله‌های مربوط کودکان با اختلال طیف درخودماندگی دخالت دارند. مروری بر مداخله به‌هنگام برای کودکان با اختلال طیف درخودماندگی نشان داده که ۵۲ درصد این خدمات به‌طور فعال از طریق رابطه مادر و کودک حمایت می‌شود (کارست و ون‌هیگک^۳، ۲۰۱۲). از جمله آموزش‌هایی که می‌تواند بر بهبود سلامت روانی والدین کودکان درخودمانده کمک‌کننده باشد،

1. Coleman & Karraker
2. Fromm
3. Karst & Van Hecke

واقعیت‌درمانی است (کیکیا، ۲۰۱۰). واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه انتخاب بنا شده است. در این نظریه اعتقاد بر این است که هر آنچه از فرد سر می‌زند یک رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۲۰۰۰). گلاسر رفتار را شامل چهار مولفه‌ی عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که فرد بر دو مولفه عمل و فکر به‌طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به‌طور غیرمستقیم کنترل دارد و تاکید اساسی نظریه انتخاب بر دو مولفه عمل و فکر است.

بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقاء، سلامت و تفریح را باشند. این نظریه اذعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند (گلاسر، ۲۰۰۳، ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). شواهد پژوهشی از تاثیر روش واقعیت‌درمانی بر افزایش مسئولیت‌پذیری و شادکامی در اقشار مختلف حکایت دارد (خزان، یوسفی، فروغان و سعادت، ۱۳۹۴). کیم^۲ (۲۰۰۲) در پژوهشی که بر روی مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان کلاس پنجم در یکی از مدارس ابتدایی کره جنوبی انجام داد به این نتیجه رسید که واقعیت‌درمانی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان شده است (به نقل از چویداری، کاظمی، پزشک، ۱۳۹۴). همچنین خزان، یونسی، فروغانی و سعادت (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند واقعیت‌درمانی گروهی موجب افزایش شادکامی سالمندان می‌شود. در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی بر افزایش شادکامی نوجوانان شهر مشهد، نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی در افزایش مولفه‌های شادکامی اثر مثبت داشته است (اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس، ۱۳۹۲). تانگ و همکاران (۲۰۰۶)، به نقل از چویداری، کاظمی و پزشک، (۱۳۹۴) در پژوهشی روی والدین کودکانی پنج تا پنج و نیم سال که تشخیص اختلال درخودماندگی دریافت کرده بودند یک مداخله ۲۰ هفته‌ای در زمینه آموزش والدین و مدیریت رفتار را آزمایش کردند نتایج نشان داد والدین شرکت‌کننده در این برنامه نسبت به گروه گواه افزایش بیشتری در بهبودی سلامت عمومی را تجربه کرده‌اند. مک کانکی و صمدی (۱۳۹۰) در یک پژوهش طولی نشان دادند که حمایت متقابل والدین کودکان دارای

1. Kikia
2. Kim

اختلال در خودماندگی در بهبود عملکرد خانواده موثر است. مقتدر، اکبری و حفقو (۱۳۹۴) در یک پژوهش تاثیر روان‌درمانی و آموزش گروهی را بر اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف در خودماندگی آزمایش کردند. نتایج نشان داد که روان‌درمانی حمایتی و آموزش گروهی توانسته است نمره اضطراب، افسردگی و استرس را در مادران گروه آزمایش کاهش دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی و شادکامی شود.

با توجه به شواهد رو به رشد از تاثیر مداخله‌های واقعیت‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری و شادکامی در اقشار مختلف (خزان، یونسی، فروغانی و سعادت، ۱۳۹۴) و تاثیری که شادکامی مادران کودکان در خودمانده می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی آنها داشته باشد، پژوهشی که به بررسی تاثیر واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان در خودمانده در داخل کشور بپردازد مشاهده نشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش مسئولیت‌پذیری و شادکامی مادران کودکان در خودمانده تاثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال در خودماندگی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای و در دسترس انجام شد. ابتدا از بین مراکز ویژه کودکان در خودمانده شهر تهران ۶ مرکز به صورت تصادفی انتخاب و از بین این مراکز تعداد ۴ مرکز بر اساس همکاری مدیرانشان انتخاب و پس از آن، به صورت در دسترس از بین مادران دارای فرزند در خودمانده داوطلب همکاری تعداد ۱۸۰ نفر پرسشنامه‌های مسئولیت‌پذیری و شادکامی را تکمیل کردند. بعد از بررسی پرسشنامه‌ها تعداد ۳۱ نفر از مادرانی که میانگین نمرات شادکامی و مسئولیت‌پذیری پایینی داشته و ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. سپس ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای مادران شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن که بر اساس پرسشنامه محقق‌ساخته بررسی شد و نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه مسئولیت‌پذیری و

شادکامی پایین‌تر از حد میانگین بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از در طول دوره آموزشی همزمان تحت برنامه درمانی و آموزشی دیگری قرار نداشته باشند یا داروی خاصی مصرف نکنند (این ملاک‌ها با مصاحبه بالینی بر اساس ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بررسی شد). همچنین یکی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله بود. تلاش شد تا انجام پژوهش با موازین فرهنگی و مذهبی آزمودنی‌ها هماهنگ باشد و شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش پژوهش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گیرند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی شرکت‌کنندگان ایجاد نکند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، شرکت‌کنندگان گروه گواه در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند و پس از پایان پژوهش، ۳ جلسه واقعیت‌درمانی را به‌صورت دوره‌ای دریافت کردند.

پژوهش در کلینیک به‌آرا شهر تهران اجرا شد. جهت انجام درمان هماهنگی لازم با مسئولین کلینیک و اخذ رضایت آگاهانه از افراد صورت گرفت. مداخله واقعیت‌درمانی گروهی هفته‌ای یک جلسه طی ساعت ۱۲ تا ۱۳/۳۰ (به دلیل اشتغال بعضی از والدین تنها زمان مورد توافق بین شرکت‌کنندگان بود) به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش داده شد. بدین منظور پژوهشگر آموزش واقعیت‌درمانی به والدین کودکان درخودمانده را تحت نظر دو استاد متخصص اجرا کرد. اجرای مداخله به مدت ۷ جلسه طول کشید و محتوای فرایند درمان در جدول ۱۱ ارائه شده است.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱ و پرسشنامه مسئولیت‌پذیری^۲ گاف بود که در ادامه به توضیح آن‌ها پرداخته شده است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این فهرست تجدیدنظر شده توسط آرگیل (۲۰۰۱) با ۲۹ گزاره چهار گزینه‌ای ساخته شده است که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمره‌های گزاره‌های ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۸۷ است. این پرسشنامه از ۵ عامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت تشکیل شده است (علی‌پور و آگاهی هریس، ۱۳۸۶). از این

1. Oxford Happiness Inventory
2. Accountability Scale

آزمون به‌طور وسیع در انگلستان استفاده می‌شود (کار، ۲۰۰۴). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه آیزنک و بارت برابر با ۰/۸۰ بود (آیزنک، ۱۹۹۹، به نقل از علی‌پور و آگاهی هریس، ۱۳۸۶). از نظر روایی سازه نیز روشن شده است که بر اساس تشخیص سه جزء فرضی شادکامی، همبستگی فهرست شادکامی آکسفورد با مقیاس عاطفه برادبورن، رضایت از زندگی آرگیل و فهرست افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۳۲، ۰/۵۷ و ۰/۵۲- بوده است (کار، ۲۰۰۴). علی‌پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بود.

مقیاس مسئولیت‌پذیری: برای سنجش میزان مسئولیت‌پذیری از زیرمقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه روانی کالیفرنیا^۱ بهره گرفته شده است. کل این پرسشنامه ۴۶۲ سوال داشته که ۴۲ سوال آن مربوط به حس مسئولیت‌پذیری است. این پرسشنامه برای نخستین بار توسط گاف^۲ در سال ۱۹۵۱ با ۶۴۸ سوال و ۱۵ ویژگی شخصیتی انتشار یافت. در سال ۱۹۵۷ زیرمقیاس‌های آن به ۱۸ مورد افزایش یافت تا اینکه دوباره در سال ۱۹۸۷ مورد تجدیدنظر قرار گرفته و تعداد سوالات آن به ۴۶۲ سوال رسید و زیرمقیاس‌ها به ۲۰ عدد افزایش یافت. زیرمقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری ۴۲ سوالی، به‌منظور سنجش ویژگی‌هایی از قبیل وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، رفتار مبتنی بر نظم و مقررات، منطقی و احساس مسئولیت مورد استفاده قرار گرفت. سوالات پرسشنامه به‌صورت دو گزینه‌ای صحیح و غلط است که آزمودنی با مطالعه هر عبارت، پاسخ لازم را در پاسخنامه علامت‌گذاری می‌کند و پاسخ‌ها به‌صورت ۰ و ۱ نمره‌گذاری می‌شود (مارنات، ۱۳۸۷؛ به نقل از عسکری، عنایتی، عسکری و روشنی، ۱۳۹۰). ضرایب پایایی مقیاس مسئولیت‌پذیری از طریق روش تنصیف و آلفای کرونباخ در پژوهش عسکری و روشنی (۱۳۹۰) به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۱ و در پژوهش حمیدی و قیطاسی (۱۳۸۹) برابر با ۰/۵۰ و ۰/۵۵ بود و اعتبار ملاکی همزمان این پرسشنامه برابر با ۰/۶۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

1. Car
2. California Psychological Inventory (CPI)
3. Gough

برنامه مداخله: بسته آموزشی واقعیت‌درمانی^۱ بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت‌درمانی و کتاب تئوری انتخاب گلاسر ترجمه صاحبی (۱۳۹۲) طراحی شد و توسط چند تن از اساتید متخصص مورد ارزیابی قرار گرفت. طراحی این بسته بر اساس یک برنامه ۷ جلسه‌ای و به صورت آموزش گروهی و هر هفته یک‌بار صورت گرفت. اجرای جلسات به وسیله پژوهشگر روی مادران گروه آزمایش و با هدف آموزش و کمک به مادران به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود بوده است. موضوعات و اهداف هر جلسه به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است. در هر جلسه که نود دقیقه به طول می‌انجامد، موضوعی خاص و مطالب و مثال‌های مشخص و متناسب با همان موضوع مطرح می‌شد و در انتهای هر جلسه، تکالیف متناسب با مطالب آموزش داده شده به مادران ارائه می‌شد. در ابتدای هر جلسه هر یک از مادران طی مدت زمانی مشخص، به شرح چگونگی انجام تکالیف جلسه گذشته در طول هفته پرداخته و پس از آن در مورد تأثیرات و یا ابهامات احتمالی تکالیف بحث می‌شد. در انتهای هر جلسه نیز پاورپوینت مطالب و مثال‌های همان جلسه به مادران داده می‌شد تا در طول هفته بتوانند مطالب ارائه شده در جلسه گذشته یا چگونگی نحوه انجام تکالیف هفته را مرور کنند.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی

جلسات	اهداف	محتوا
جلسه اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت‌درمانی و اهمیت مسئولیت‌پذیری، شادکامی
جلسه دوم	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط موثر	ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما (توضیح تفاوت و شباهت‌های بین انسان‌ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسر) (روش تدریس سخنرانی همراه با بحث گروهی)
جلسه سوم	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم‌گیری؛ اهمیت تصمیم‌گیری و مراحل تصمیم‌گیری	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با ۴ مولفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و جهت آشنایی مادران با چهار عمل مثال ماشین رفتار و چگونگی جایگاه چهار رفتار کلی در این ماشین رفتار برای آن‌ها توضیح داده شد و همچنین از روش ایفای نقش برای تفهیم مسائل استفاده گردید (روش تدریس بارش مغزی و سخنرانی همراه با مشارکتی)

1. Reality Therapy Training Package

جلسه چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خود ارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه (بین چهار رفتار کلی به وجود می‌آید) و رفتارهای اجباری که با مثال‌های مختلفی مانند مشکلاتی که از زندگی با یک کودک استثنایی به وجود می‌آید زده شد (استفاده از روش تدریس بدیع پردازی)
جلسه پنجم	تبدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت‌بخش، تاکید بر زندگی در زمان حال	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال و اینکه چگونه می‌توان دنیایی کیفی خود را قاب‌گیری مجدد کرد. (استفاده از روش تدریس عینی سازی)
جلسه ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر، نقش انسان در کنترل رفتار	شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت‌درمانی و فهرست بندی نیازهای اساسی، با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها (روش تدریس مشارکتی، استفاده از بحث گروهی)
جلسه هفتم	چگونگی حفظ تغییرات به وجود آمده	شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت مادران و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر

برای اجرای پژوهش ابتدا مجوزهای لازم دریافت شد و بعد از انتخاب نمونه مادران دارای فرزندان دارای اختلال طیف درخودماندگی ابتدا ابزارهای شادکامی و مسئولیت‌پذیری به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش، آموزش گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی اجرا شد و در مورد گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. بعد از اتمام مراحل آموزش، گروه مورد آزمایش و گواه پرسشنامه شادکامی و مسئولیت‌پذیری را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. در نهایت پس از اتمام اجرای پژوهش، داده‌ها جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. برای تحلیل داده‌ها پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس) استفاده شد.

نتایج

میانگین سن مادران گروه آزمایش، ۳۴ سال و میانگین سنی مادران گروه گواه، ۳۵ سال بود و از نظر اقتصادی دو گروه، درآمد خانوادگی متوسطی داشتند. همین‌طور ۵۸ درصد مادران تحصیلات ابتدایی تا دیپلم، ۳۰ درصد بین دیپلم تا کارشناسی ارشد و ۱۰ درصد نیز تحصیلات کارشناسی به بالاتر بود.

نتایج توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گواه در مقیاس‌های شادکامی و مسئولیت‌پذیری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادکامی و مسئولیت‌پذیری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۱۵/۲۲	۴/۰۱	۱۹/۴۲	۲/۸۷
حرمت خود	۱۴/۲۰	۳/۱۵	۱۵/۳۵	۲/۷۰
بهبودی فاعلی	۹/۸۰	۲/۲۰	۱۱/۳۵	۱/۶۶
رضایت خاطر	۸/۰۵	۲/۷۰	۸/۹۵	۱/۷۶
خلق مثبت	۱۰/۵۰	۲/۵۰	۱۲/۰۶	۲/۰۱
شادکامی	۵۴/۳۵	۱۲/۲۰	۶۶/۹۳	۹/۲۷
مسئولیت‌پذیری	۱۴/۴۰	۱/۵۱	۲۱/۲۶	۱/۴۳

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادکامی و مسئولیت‌پذیری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۱۶/۲۸	۲/۶۶	۱۶/۶۰	۲/۴۶
حرمت خود	۱۴/۲۸	۲/۵۲	۱۴/۳۰	۱/۴۶
بهبودی فاعلی	۹/۳۵	۱/۴۵	۹/۵۰	۱/۲۰
رضایت خاطر	۹/۳۰	۱/۷۶	۹/۳۵	۱/۶۲
خلق مثبت	۱۰/۲۹	۱/۹۸	۱۰/۹۵	۱/۶۵
شادکامی	۵۶/۶۲	۸/۴۱	۵۷/۸۱	۷/۵۲
مسئولیت‌پذیری	۱۶/۲۱	۰/۷۷	۱۷/۰۰	۱/۷۰

همان‌طور که جداول ۲ و ۳ نشان می‌دهد، شاهد تفاوت بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش هستند؛ اما در گروه گواه تفاوت بین میانگین‌ها جزئی و ناچیز است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت، شادکامی و مسئولیت‌پذیری به ترتیب برابر است ۰/۶۲، ۰/۵۶، ۰/۵۲، ۰/۵۷، ۰/۶۸، ۰/۱۲ و ۰/۴۰) نشان داد که سطح معناداری توزیع داده‌ها طبیعی است ($P < 0/05$).

به‌منظور آزمون تاثیر واقعیت‌درمانی بر مولفه‌های شادکامی و مسئولیت‌پذیری از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای برابری ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج این آزمون هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ($M\ BOX=12/45, F=0/855, p>0/05$). مفروضه دیگر همگنی واریانس خطا است که برای بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نیز هیچ نوع تخطی از این مفروضه را نشان نداد (رضایت از زندگی $(F=5/05, P>0/05)$ ، حرمت خود $(F=6/55, P>0/05)$ ، بهزیستی فاعلی $(F=2/27, P>0/05)$ ، رضایت خاطر $(F=5/44, P>0/05)$ ، خلق مثبت $(F=0/88, P>0/05)$ ، شادکامی $(F=3/95, P>0/05)$ ، بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده کرد تا اثر پیش‌آزمون نیز کنترل شود. جدول ۴ و ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمرات پس‌آزمون شادکامی و مسئولیت‌پذیری در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر متغیر گروه بر متغیر شادکامی (مقیاس کل)

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۱/۹۵	۱	۳۱/۹۵	۰/۱۵	۰/۵۲	۰/۰۱
گروه‌ها (مستقل)	۹۶۶/۵۰	۱	۹۶۶/۵۰	۲۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
واریانس خطا	۱۸۹/۳۸	۲۸	۶/۷۵			
مجموع	۶۹۹۸	۳۱				

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر متغیر گروه بر متغیر مسئولیت‌پذیری

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۸۸/۹۵	۱	۸۸/۹۵	۰/۸۹	۰/۰۸	۰/۰۵
گروه‌ها (مستقل)	۳۴۹۳/۴۴	۱	۳۴۹۳/۴۴	۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
واریانس خطا	۵۶۶/۳۸	۲۸	۲۰/۲۱			
مجموع	۵۶۸۸	۳۱				

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی مداخله واقعیت‌درمانی گروهی بر نمره کل شادکامی و مسئولیت‌پذیری) منجر به تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گواه شده است. میزان تاثیر بر متغیر شادکامی ۵۱ درصد و بر متغیر مسئولیت‌پذیری ۶۰ درصد بوده است.

جدول ۶. میانگین‌های تعدیل‌شده شادکامی و مسئولیت‌پذیری در گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	خطای استاندارد
شادکامی	آزمایش	۶۶/۹۸	۲/۹۵
	گواه	۵۷/۵۰	۲/۹۵
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۲۱/۳۲	۰/۴۰
	گواه	۱۶/۹۰	۰/۴

با توجه به جدول ۶ میانگین گروه آزمایش در شادکامی کلی (۶۶/۹۸) و مسئولیت‌پذیری (۲۱/۳۲) بیشتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند نمره کل مسئولیت‌پذیری و شادکامی مادران کودکان درخودمانده را افزایش دهد. به‌منظور آزمون تاثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر خرده‌مقیاس شادکامی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ قابل مشاهده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای ارزیابی تاثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر خرده مقیاس‌های شادکامی

متغیر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب اینتا
رضایت از زندگی	۲۳/۵۵۰	۱	۱۲/۱۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
حرمت خود	۶/۴۲۵	۱	۱۳/۱۰	۰/۰۰۰۲	۰/۵۳
بهزیستی فاعلی	۱۵/۳۰۲	۱	۱۰/۴۰	۰/۰۰۰۸	۰/۴۵
رضایت خاطر	۰/۸۲۵	۱	۰/۸۲۲	۰/۳۹	۰/۰۶
خلق مثبت	۱۲/۴۰۱	۱	۹/۲۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که از بین خرده مقیاس‌های شادکامی، رضایت زندگی ($F=12/110, p<0/0001$)، حرمت خود ($F=6/425, p<0/0002$)، بهزیستی فاعلی ($F=10/40, p<0/0008$) و خلق مثبت ($F=9/25, p<0/0005$) با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، اثر واقعیت‌درمانی بر نمره‌های پس‌آزمون خرده مقیاس‌های شادکامی معنادار است. حال برای بررسی اینکه میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون هر یک از مولفه‌های شادکامی بیشتر است در جدول ۸ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است.

جدول ۸. میانگین‌های برآورد شده نهایی مولفه‌های شادکامی در گروه‌ها

مولفه	گروه	میانگین	خطای استاندارد
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۹/۵۰	۰/۸۷
	گواه	۱۶/۴۶	۰/۸۷
حرمت خود	آزمایش	۱۵/۴۰	۰/۷۲
	گواه	۱۴/۲۴	۰/۷۲
بهزیستی فاعلی	آزمایش	۱۱/۴۵	۰/۴۰
	گواه	۹/۴۰	۰/۴۰
رضایت خاطر	آزمایش	۸/۹۰	۰/۴۵
	گواه	۹/۴۰	۰/۴۵
خلق مثبت	آزمایش	۱۲/۱۴	۰/۸۰
	گواه	۱۰/۹۰	۰/۸۰

با توجه به جدول ۸ میانگین گروه آزمایش در رضایت از زندگی (۱۹/۵۰)، حرمت خود (۱۵/۴۰)، بهزیستی فاعلی (۱۱/۴۵)، خلق مثبت (۱۲/۱۴) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مولفه‌ها به ترتیب (۱۶/۴۶، ۱۴/۲۴، ۹/۴۰، ۱۰/۹۰) است؛ ولی در مولفه رضایت خاطر میانگین نمره گروه گواه (۹/۴۰) نسبت به گروه آزمایش (۸/۹۰) بیشتر از است که حاکی از عدم اثربخشی واقعیت‌درمانی روی این مولفه بود است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افزایش مسئولیت‌پذیری و شادکامی مادران کودکان درخودمانده انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی به مادران بر مسئولیت‌پذیری، شادکامی و مولفه‌های آن شامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی و خلق مثبت تاثیر مثبت و معنادار دارد؛ اما بر روی مولفه رضایت خاطر تاثیر معنادار ندارد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های خزان، یونسی، فروغانی و سعادت‌تی (۱۳۹۴)، اسلامی، هاشمیان، جراحی، مدرس‌غروی (۱۳۹۲)، ماسون، پالمر، دوبا^۱ (۲۰۰۹)، پترسون^۲، کیم (۲۰۰۵) و خدابخشی و عابدی (۱۳۸۸) بود. همچنین با پژوهش شارف (۲۰۱۲)، ترجمه فیروزبخت، (۱۳۹۲) که نشان داد آموزش واقعیت‌درمانی، اضطراب را کاهش می‌دهد و باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس افراد می‌شود نیز همسو بود.

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افزایش شادکامی می‌توان گفت که مادران با کودک درخودمانده به علت داشتن فرزند درخودمانده، احساس گناه می‌کنند و دچار پریشانی‌های هیجانی می‌شوند. آنها به خاطر داشتن فرزند درخودمانده ناکامی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به آینده و کسب موفقیت فرزندشان نگران هستند (دوارت^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد برای مواجهه با مشکلات استفاده می‌نمایند که مجموعه این عوامل می‌تواند به درماندگی این والدین منجر شود. بنا به این دلایل میزان شادکامی و خوش‌بینی در این افراد پایین است (ماک و کواک^۴،

-
1. Mason, Palmer, Duba
 2. Peterson
 3. Duarte
 4. Mak & Kwok

۲۰۱۰). واقعیت‌درمانی با ایجاد محیط پذیرا و حمایت‌کننده با استفاده از روش‌های مثل به تعویق انداختن قضاوت درباره درمانجویان، خود‌افشاگری کمک‌کننده، توجه به استعاره‌ها در شیوه خودبیانگری درمانجویان توجه به موضوعات و خلاصه کردن، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا برداشت ذهنی‌اش از مشکلات را فرمول‌بندی، شفاف‌سازی و اولویت‌بندی کند تا از طریق رفتار و تفکرش تغییر یابد. در واقعیت‌درمانی افراد با خودارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل فرد است، برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز می‌کنند. تا از طریق گفتگوی درونی مثبت، هیجان‌های منفی و ناکارآمد کاهش یابد و بر توانمندی‌ها تاکید شود. در نتیجه فرد می‌تواند حس توانمندی را توسعه دهد و شادکامی را تجربه نماید. از سوی دیگر واقعیت‌درمانی با ارتقا کنترل و مسئولیت‌پذیری در افراد می‌تواند زمینه‌ساز بروز شادکامی را فراهم آورد (وولدینگ، ۲۰۱۳).

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی می‌توان گفت که مادران کودکان درخودمانده استرس بالایی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بهزیستی هیجانی آنها را پایین بیاورد. همچنین، چالش‌های فراروی مادران با کودک درخودمانده از قبیل یافتن برنامه‌های آموزشی و تحصیلی مناسب، منجر می‌شود آنها استرس بالایی را تجربه نمایند که می‌تواند رضایت از زندگی را کاهش دهد که باعث می‌شود در بلندمدت سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا در این افراد کاهش یابد (درداس و احمد، ۲۰۱۴). واقعیت‌درمانی به این مادران کمک می‌نماید تا از رفتار ناکارآمد به رفتار کارآمد تغییر یابند، انتخاب‌های سازنده‌ای داشته باشند. همچنین واقعیت‌درمانی باعث می‌شود این افراد ارزیابی مناسبی از مسائل داشته باشند. این امر باعث می‌شود آنها کنترل درونی بالایی داشته باشند که می‌تواند عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس را افزایش داده و موجبات ارتقا رضایت از زندگی را فراهم آورد (سابربر، ۲۰۱۶).

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر حرمت خود می‌توان گفت که مادران با کودک درخودمانده، سطوح بالایی از تمایز اجتماعی را تجربه می‌کنند. در واقع داشتن کودک با ناتوانی ممکن است زمینه‌ساز شرمندگی و شکست را در این مادران به وجود آورد. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند که داشتن کودک درخودمانده به احتمال بیشتری زمینه‌ساز

-
1. Dardas & Ahmad
 2. Sauerheber

خود-برچسب‌زنی^۱ در والدین می‌شود. چرا که آنها تمرکز بیشتری بر هویت و ارزش اجتماعی دارند (گاردینر و لاروسی^۲، ۲۰۱۲). از سوی دیگر مادرانی که از سوی جامعه برچسب والد با کودک درخودمانده را دریافت می‌کنند، به احتمال بیشتری برچسب و استیگما را درونی می‌کنند؛ که تمامی موارد نامبرده می‌تواند بر حرمت خود مادران با کودک اتیسم تاثیر نامناسبی داشته باشد (چیو و همکاران، ۲۰۱۳). واقعیت‌درمانی بر اساس تاکید بر مسئولیت‌پذیری و اصول انتخاب، کمک می‌کند تا افراد انتخاب‌های مناسبی داشته باشند تا بتوانند نیازهای اساسی خود را از قبیل حس احترام را برآورده سازند. واقعیت‌درمانی کمک می‌کند تا افراد متوجه شوند که می‌توانند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی رهایی یابند. در واقع افراد از طریق انتخاب‌های مناسب، مسئولیت رفتارشان را به عهده می‌گیرند. این امر باعث می‌شود افراد احساس توانمندی و اعتماد و حرمت خود را توسعه دهند (کینگلر و گرای^۳، ۲۰۱۵).

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی فاعلی می‌توان گفت که مادران با کودک درخودمانده خود-ارزیابی و هیجان‌های منفی، بیشتری را گزارش می‌کنند. همچنین آنها کناره‌گیری رفتاری بیشتری نشان می‌دهند که باعث می‌شود در کنترل درونی بر حوادث، دچار مشکل شوند. در نتیجه می‌تواند بر عاملیت و فاعل بودن آنها تاثیر بگذارد. واقعیت‌درمانی کمک می‌کند تا مادران بتوانند بر جریان زندگی و روابط میان فردی خود کنترل داشته باشند بپذیرند که رفتار و سرنوشت آنها وابسته به انتخاب‌هایشان است و می‌توانند مسئولیت رفتارشان را بپذیرند (وبولدینگ و بریکل^۴، ۲۰۰۶). در تبیین عدم اثربخشی واقعیت‌درمانی بر رضایت خاطر مادران با کودک درخودمانده می‌توان گفت که مولفه رضایت خاطر ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی والدین با کودک اتیسم دارد (خنا^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). میزان دریافت حمایت اجتماعی و دریافت حمایت‌های مالی جهت آموزش و درمان، به شدت بر رضایت خاطر مادران با کودک درخودمانده تاثیر می‌گذارد (گالگرو واله-برودریک^۶، ۲۰۰۸). نگرانی در مورد آینده و دریافت حمایت‌های اجتماعی

-
1. self-stigmatize
 2. Gardiner & Iarocci
 3. Klingler, & Gray
 4. Wubbolding & Brickel
 5. Khanna
 6. Gallagher & Vella-Brodrick

ممکن است زمینه‌ساز این شده باشد که مادران با کودک درخودمانده از جلسات واقعیت‌درمانی تاثیر معنی‌دار نپذیرند. البته بافت فرهنگی و اجتماعی در میزان رضایت خاطر تاثیر گذار است. این عوامل باعث شده است تا نتوان به اثربخشی معناداری در این مولفه به دست آورد.

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خلق مثبت مادران با کودک درخودمانده می‌توان گفت داشتن کودک درخودمانده تاثیر زیادی بر والدین به‌ویژه مادر دارد (ساموئل، ریلوتا و براون^۱، ۲۰۱۲). در واقع داشتن کودک درخودمانده می‌تواند بهزیستی روانی والدین را پایین آورد. همچنین دریافت برچسب اجتماعی، نگرش‌های قضاوت‌گرانه و ترحم‌آمیز می‌تواند به احساس شرم و گناه در روابط بین فردی والدین منجر شود چرا که آن‌ها احساس می‌کنند رفتارهای مناسب و درخور را از دیدگاه دیگران، نشان نمی‌دهند و احساس ناکامی و شکست می‌کنند. در نتیجه در خلیات مادران تاثیر گذارد و هیجان‌های منفی، احساس ناراحتی و خودانتقادی را در آنها گسترش می‌دهد (داینوس، استیونز، سرفتی، ویچ و کینگ^۲، ۲۰۰۴). واقعیت‌درمانی در مادران با کودک درخودماندگی این باور را ایجاد می‌کند که کنترل درونی را در خود گسترش دهند و به‌جای تفکرات و باورهایی که ناشی از محیط اجتماعی است و بر آن کنترل ندارند، بر پذیرش شرایط موجود و مسئولیت‌پذیری، تمرکز کرده و بر جنبه‌های موثر و قابلیت‌های خود تاکید ورزند. واقعیت‌درمانی کمک می‌کند کنترل زندگی خود را در دست گیرند و انتخاب‌های موثری داشته باشند و تسلیم شرایط نامساعد نشوند و با تکیه بر مسئولیت‌پذیری و تعهد خود، مسئولیت رفتار بپذیرند و از احساس گناه و خودانتقادی فاصله می‌گیرند (کاترین^۳، ۲۰۰۸).

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری می‌توان گفت مادران با کودک درخودمانده به علت قرار گرفتن در محیط اجتماعی که ممکن است منجر به کنترل بیرونی در این افراد منجر شود. واقعیت‌درمانی به مادران با کودک درخودمانده کمک می‌کند در برابر سختی‌ها و مشکلات نباید فرار کرد و مسائل پیش آمده را به گردن دیگران انداخت، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش آمده را پذیرفت و در راستای حل آن

1. Samuel, Rillotta, & Brown

2. Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King

3. Caterin

مشکلات تمام توان خود را به کار بست. این فرایند به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات، مسئولیت‌پذیری را افزایش می‌دهد (قربانعلی‌پور، نجفی، علیرضالو و نسیمی، ۱۳۹۳). در واقع در جریان واقعیت‌درمانی افراد می‌آموزند علیرغم اینکه تجربه‌های گذشته بر رفتار کنونی شخص مؤثر است، اما تعیین‌کننده رفتار کنونی فرد نیست. بلکه میزان مسئولیت‌پذیری و به رسمیت شناختن و احترام به واقعیت موجود و شیوه‌ای که برای ارضای نیازها انتخاب می‌شود است که رفتار کنونی فرد را تعیین می‌کند. در نتیجه عدم احساس مسئولیت در افراد کاهش می‌یابد. در واقع در جلسات واقعیت‌درمانی بر انتخاب و رفتار مسئولانه تأکید شد و مادران، مسئول آنچه انتخاب می‌کنند و آنچه انجام می‌دهند معرفی شدند. هدف کلی واقعیت‌درمانی نیز این است که به انسان‌ها کمک کند تا نیازهای خود را مسئولانه و به نحو رضایت‌بخشی ارضا کنند و در ارتباط با خواست‌ها و نیازهای خود، انتخاب‌های مؤثرتر و مسئولانه بکنند و بر این اعتقاد است که شیوه رفتاری هر کس بستگی به تصمیمات او دارد (اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس غروی، ۱۳۹۲)؛ بنابراین با توجه به تأکیدی که در جلسات درمانی بر اهمیت پذیرش مسئولیت رفتار از سوی مادران و تأکید بر انتخاب اعمال و رفتار توسط خود آن‌ها می‌شد، این رویکرد توانست بر افزایش مسئولیت‌پذیری و رفتار مسئولانه مادران، مؤثر واقع گردد.

این پژوهش همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله این موارد محدود بودن نمونه پژوهش حاضر به جامعه مادران کودکان درخودمانده شهر تهران است که تعمیم نتایج را به مادران و پدران با فرزندان دارای سایر مشکلات و اختلال‌های روانی و نیز مادران سایر شهرها با محدودیت روبرو می‌کند. همچنین نبود سنجش پیگیری در طرح پژوهش به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه پژوهش نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، پژوهشی مشابه در مورد معلمان کودکان با اختلال درخودماندگی و در سایر شهرها انجام شود. جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی پژوهش نیز از ابزارهای مختلف برای ارزیابی مسئولیت‌پذیری و شادکامی از جمله مصاحبه و مشاهده نیز در روند کار استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای تمامی روانشناسان در کلینیک‌ها و نیز برای خانواده‌های دارای

کودکان درخودمانده جهت ارتقا و بهبود سلامت روانی آن‌ها در خصوص کاهش هیجانات و احساسات منفی ناشی از داشتن کودک درخودمانده و فقدان شادکامی برگزار شود تا در جهت بهبود سلامت روانی مادران قدمی برداشته شود.

منابع

- ابراهیمی، ع؛ رفاهی، ژ؛ زارعی محمودآبادی، ح؛ قاسمی، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و شادکامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله طلوع بهداشت یزد*، ۱۵(۱)، ۱۸۶-۱۷۶.
- اسلامی، ر؛ هاشمیان، پ؛ جراحی، ل؛ مدرس‌غروی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۶(۵)، ۳۰۶-۳۰۰.
- بیرامی، م؛ نصرت‌آبادی، ت؛ بشارت، ر؛ موحدی، ی؛ کوه‌پیما، س. (۱۳۹۳). بررسی مولفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳(۹): ۱۲۲-۱۳۲.
- چوبداری، ع؛ کاظمی، ف؛ پزشک، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌هایی دانش‌آموزان پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۲۰)، ۶۰-۷۱.
- حکم‌آبادی، م؛ رضایی، ع؛ اصغری ابراهیم‌آبادی، م؛ سلامت، ع. (۱۳۹۴). تاثیر واقعیت‌درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری و شادکامی سوء‌مصرف کنندگان مواد. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۲)، ۴۵-۵۶.
- حمیدی، ف؛ قیطاسی، م. (۱۳۸۹). مقایسه کمال‌گرایی، تعلل و مسئولیت‌پذیری در دانشجویان مراکز تربیت معلم شهر اهواز به تفکیک جنس. *فصلنامه زنان و خانواده*، ۶(۱۸)، ۱۸۸-۱۵۹.
- خالقی، ن؛ امیری، م؛ طاهری، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی، سوگیری تعبیر و روابط بین فردی نوجوان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۲): ۸۳-۷۷.

خدابخشی، م؛ عابدی، م. (۱۳۸۸). بررسی روش‌های افزایش مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر شهرضا. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۵(۱)، ۱۱۳-۱۳۸.

خدییوی، ا؛ اللهی، ا. (۱۳۹۲). رابطه بین مسئولیت‌پذیری و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر مدارس پایه اول متوسطه (پایه هفتم) شهرستان مهاباد. *زن و مطالعات خانواده*، ۲۲(۲)، ۳۴-۶۲.

خزان، ک؛ یونسی، ج؛ فروغانی، م؛ سعادت، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی بر شادکامی مردان سالمندان شهر اردبیل. *مجله سالمند*، ۱۰(۳)، ۱۷۴-۱۹۰.

رافعی، ط. (۱۳۸۹). *اتیسم: ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات دانژه.
 سپهریان آذر، ف؛ محمدی، ن؛ بدلیپور، ز؛ نوروززاده، و. (۱۳۹۵). رابطه امیدواری و شادکامی با رضایت زناشویی. *مجله سلامت و مراقب*، ۱۱۸(۱)، ۱۰۰-۱۱۲.
 سپهریان آذر، ف؛ محمدی، ن؛ بدلیپور، ز؛ نوروززاده، و. (۱۳۹۵). رابطه امیدواری و شادکامی با رضایت زناشویی. *مجله سلامت و مراقب*، ۱۸(۱)، ۳۷-۴۴.
 سرابی، م؛ حسن‌آبادی، ح؛ مشهدی، ع؛ اصغری نکاح، م. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۱)، ۸۴-۹۳.

شارف، ریچارد اس. (۲۰۱۲). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۲). تهران: خدمات فرهنگی رسا.
 شهرابی فراهانی، ل؛ فرحبخش، ک؛ عسگری، م. (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بر اشتغال موفقیت‌آمیز معلمان زن منطقه ۱۵ تهران. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، ۴(۱۰)، ۷۳-۹۱.

صمدی، علی و مک کانلی، روی. (۱۳۹۰). *اختلالات طیف اتیسم*. تهران، انتشارات: دوران.

عسگری، پ؛ عنایتی، م؛ عسگری، م؛ روشنی، خ. (۱۳۹۰). رابطه مسئولیت‌پذیری، ریسک‌پذیری و هیجان‌خواهی با تیپ D. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۵(۲۰)، ۲۴-۱۷.

- علیپور ا؛ نوربالا، ا. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد. *مجله اندیشه و رفتار*، ۵ (۱ و ۲)، ۶۶-۵۵.
- علی‌پور، ا؛ آگاه هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۳ (۲): ۲۷۸-۲۹۸.
- عیسی‌زادگان، ع؛ شیخی، س؛ حافظنیا، م؛ خادمی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴ (۵): ۳۳۹-۳۴۶.
- قربانعلی‌پور، م؛ نجفی، م؛ علیرضالو، ز؛ نسیمی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴ (۲)، ۲۷-۱۷.
- قطب‌زاده‌اسرار، ف؛ شاکری‌نیا، ا. (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با رفتار سازشی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۲ (۳): ۵۸-۴۹.
- گلاسر و. (۲۰۰۳). *نظریه انتخاب*. ترجمه علی صاحبی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات سایه سخن.
- محتشمی، ط؛ ابراهیمی، ف؛ علی‌اکبری، م؛ نرگس‌چیمه، ن. (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، رضایتمندی و کارکرد خانواده مادران کودکان دارای اتیسم با مادران کودکان دارای رشد معمول. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۶۲ (۱۰): ۵۱-۶۲.
- مرادی، ف؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب؛ آقامحمدیان، ح. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱ (۲): ۲۲۷-۲۲۸.
- مقتدری، ل؛ اکبری، ب؛ حقیگو، م. (۱۳۹۴). تاثیر روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۰ (۲): ۱۶۷-۱۷۷.
- هادی‌نژاد، ح؛ زارعی، ف. (۱۳۸۸). پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۲ (۱ و ۲ پی‌پی ۲۳)، ۷۷-۶۲.

Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.

Argyle, M. Martin, M. & Crossland, J. (1989). *Happiness as a function of personality and social encounters*. North-Holland: Elsevier.

- Car, A. (2004). *Positive psychology, The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner- Routledge Ltd, (3): 132- 138.
- Caterin, I. C. (2008). The effect of reality therapy based group counseling on the
- Chiu, M. Y. L. Yang, X. Wong, F. H. T. Li, J. H. & Li, J. (2013). Caregiving of children with intellectual disabilities in China ° An examination of affiliate stigma and the cultural thesis. *Journal of Intellectual Disability Research* <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01624.x> (ahead of print)
- Cohen, D. Yoon, D. P. Johnston, B. (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19(1): 121-138.
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126-148.
- Dardas, L. A. & Ahmad, M. M. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1326° 1333.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181.
- Duarte, C. S. Bordin, I. A. Yazigi, L. & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416° 427.
- Eysenck, H. J. (1999). Dimensions of personality: criteria for taxonomic paradigm. *Journal of personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Fleming, J. & Schmidt, J. (2009). *International handbook of occupational therapy interventions*. New York: Oxford University Press.
- Fromm, E. (2004). *The art of love* (Trans. O.S. Karadana). Lzmir jlya publication.
- Gallagher, E. N. & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551° 1561
- Gardiner, E. & Iarocci, G. (2012). Unhappy (and happy) in their own way: A developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with and without autism. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2177° 2192.
- Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. HarperCollins: Publishers.
- Herring, S. Gray, K. Taffe, J. Tonge, B. Sweeney, D. & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882.
- Hills, P. & Argyle, M. (2009). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and individual differences*, 31(8): 1357-1364.

- Kakia, L. (2010). Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *Research in Developmental Disabilities, 5*(2), 128-135.
- Karst, J. S. Van Hecke, A. V. (2012). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical child and family psychology review, 15*: 247-277.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine, 64*(4), 850-857.
- Khanna, R. Madhavan, S. S. Smith, M. J. Patrick, J. H. Tworek, C. & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 1214° 1227
- Kim, J. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patient. *Journal of Korean Academy of Nursing, 35*(8), 1485- 1492.
- Klingler, L., & Gray, N. D. (2015). Reality Therapy/Choice Theory Today: An Interview with Dr. Robert E. Wubbolding Thérapie de la réalité/Théorie du choix aujourd'hui: une entrevue avec Dr. Robert E. Wubbolding. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy (Online), 49*(2), 185.
- Mak, W. S. & Kwok, Y. T. Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine, 70*, 2045° 2051.
- Mason, D. Palmer, C. Duba, D. & Jill, D. (2009). Using reality therapy in schools: Its potential impact on the effectiveness of the ASCA national model. *International Journal of Reality Therapy, 29*(2), 5.
- McConkey, R. Truesdale-Kennedy, M. Chang, M. Y. Jarrah, S. & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 65-74.
- Podjarny, G. (2007). *Perception of parent-child relationship quality in parents of children with and without autism*. Unpublished M. A. Carleton University.
- Rahimpour, M. Shahgholian, N. & Yazdani, M. (2015). Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research, 20*(6), 694.
- Samuel, P. S., Rillotta, F., & Brown, I. (2012). The development of family quality of life concepts and measures. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(1), 1-16.
- Sauerheber, J. D. Graham, M. A. Britzman, M. J. & Jenkins, C. (2016). Using Reality Therapy to Facilitate Successful Aging in Clinical Practice. *The Family Journal, 24*(2), 174-181.
- self Esteem. *International Journal of Reality Therapy, 22*(3), 130-142.
- Widmer, E. D. Kempf, N. Sapin, M. & Galli-Carminati, G. (2013). Family beyond parents? An exploration of family configurations and

- psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 207-217.
- Woodman, A. C. Smith, L. E. Greenberg, J. S. & Mailick, M. R. (2015). Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescence and adulthood: The role of positive family processes. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(1), 111-126.
- Wubbolding, R. E. & Brickel, J. (2006). Role play and the art of teaching choice theory reality therapy and lead management. *International journal of reality therapy*, 22 (2), 225-246.
- Wubbolding, R. E. (2013). *Reality therapy for the 21st century*. Routledge.

