

مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و

سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی

مهرنوش سادات سیدی^۱

محبوبه داستانی^۲

چکیده

مطالعه با هدف مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام شد. هدف کاربردی و روش اجرا شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه انتظار به همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی شهر قم بود. از بین آن‌ها ۳۹ نفر که دارای معیارهای ورود بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۳ نفری جایگزاری شدند. برای گردآوری داده‌ها از فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (دراگوتیس و همکاران، ۱۹۸۴) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷) استفاده شد. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). مقایسه گروه‌های درمانی بیانگر اثرگذاری بالاتر واقعیت‌درمانی در بهبود سلامت روان در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری داشت. اما متغیر سرمایه روان‌شناختی بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نشد. بر این اساس این دو رویکرد درمانی می‌توانند به عنوان الگویی مناسب و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقای سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی به کار گرفته شوند.

واژه‌گان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی، سرمایه‌های روان‌شناختی، سلامت روان، کم‌توان ذهنی.

^۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهاب دانش قم، ایران

mehrnoosh.seidi2021@gmail.com

^۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران. (نویسنده مسئول).

mdastani63@yahoo.com

مقدمه

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، کم توانی ذهنی^۱ یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳ درصد از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد از آن‌ها در دامنه کند ذهنی خفیف یا آموزش‌پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران‌ساز برای آن‌ها و خانواده‌هایشان است (فرامرزی، کرمی منش و محمودی، ۱۳۹۲). مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود استرس‌زا است؛ و به طور خاص مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی از سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت روانی ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند (کرنهاپاچو و سریدوی، ۲۰۱۴^۲؛ ایمرسون، ۲۰۰۳). عدم برخورداری از سلامت روانی مناسب موجب می‌گردد افراد احساس کنند که قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود از جمله مراقبت از خود، آموزش، اشتغال و مشارکت در زندگی اجتماعی نیستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶). لذا سرمایه‌گذاری در زمینه سلامت روان مادران این کودکان برای پایداری سیاست‌های سلامتی، اقتصادی و اجتماعی ضروری است.

پژوهشگران حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر معتقدند سرمایه‌روان‌شناختی با افزایش قدرت سازگاری فرد هنگام رویارویی با مشکلات مزمن و طولانی مدت می‌تواند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تداوم سلامت جسمانی و روانی داشته باشد (یورسوا و اچگوین، ۲۰۱۵^۳). سرمایه‌روان‌شناختی یک وضعیت روان‌شناختی مثبت است و عمدتاً با ابعاد مختلفی چون امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی تاب‌آوری مشخص می‌شود (هارمز، کراسیکوا و لوتانز، ۲۰۱۸^۴). نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی از سرمایه‌روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند (پاستور-سرزئولا، فرناندز-اندرز، پرز-مولینا و تیجراس-ایبورا، ۲۰۲۱^۵). در مقابل والدینی که دارای شاخص تاب‌آوری هستند بهتر می‌توانند مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی را مدیریت کنند (ژاو و

¹ intellectually disabled children (ID)

² Mental Health

³ Kerenhappachu & Sridevi

⁴ Ursua & Echegoyen

⁵ Harms, Krasikova & Luthans

^۰ Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Pérez-Molina & Tijeras-Iborra

فو^۱، ۲۰۲۲). به اعتقاد سربلند (۱۳۹۸) سرمایه روان‌شناختی متفاوت از صفات پایداری همچون هوش است و می‌توان آن را با آموزش اصلاح یا ایجاد کرد. این امر ضرورت ارائه راهکارهایی برای توانمندسازی روان‌شناختی این مادران را آشکار می‌سازد.

ابزارهای حمایتی متنوعی برای خانواده کودکان با نقص ذهنی به کار برده می‌شود که شامل سه دسته خدمات می‌گردد: خدمات حمایتی، مدل‌های حمایتی دوستان و اطرافیان و مداخلات روانی-آموزشی (هستینگ و بک، ۲۰۰۴). در زمینه مداخلات روانی-آموزشی روش‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است؛ در این میان روش‌های شناختی-رفتاری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. روش‌های شناختی-رفتاری مورد استفاده برای این خانواده‌ها شامل حل مسئله، دستیابی به اهداف شخصی، بازسازی شناختی، مشاهده افکار و احساسات، آموزش ریلکسیشن، درمان نظام‌دار خانواده و ... است. در این درمان فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود (شوشتری، رضایی و طاهری، ۱۳۹۵). بر اساس این رویکرد، افکار، هیجانات، رفتارها و فیزیولوژی بخشی از یک سیستم یکپارچه هستند. تغییر در هر یک از اجزاء، تغییر در سایر اجزاء را به دنبال خواهد داشت. افکار می‌توانند هیجانات و رفتار را رهبری کنند. اختلالات هیجانی ریشه در سوگیری منفی دارند؛ بنابراین افراد مبتلا به اختلالات هیجانی می‌توانند با تغییر الگوهای فکری سلامت روانی خود را بهبود بخشند (کورون، پالمر و رودل، ۲۰۰۰). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سلامت روان مادران دارای فرزند با اختلال در خودماندگی و کم‌توان ذهنی (دهقانی، ۱۳۹۵) مؤثر است. همچنین اثرات مثبت این درمان بر بهبود سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (نصیری تاکامی، نجفی و طالع-پسند، ۱۳۹۹). با این حال بسیاری از محققان (وامپولد، فلویکیگر، دل ری، یولیش، فراست و همکاران، ۲۰۱۷) اثربخشی آن را نسبت به سایر درمان‌ها زیر سوال برده‌اند. درعین حال تقریباً یک سوم از افرادی که از درمان شناختی-رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند (ملیانی،

¹ Zhao & Fu

² Hastings & Beck

³ Curwen, Palmer & Ruddell

⁴ Wampold, Flückiger, Del Re, Yulish, Frost et al

الهیاری، آزادفلاح، فتحی آشتیانی و طاوولی، ۱۳۹۳). از این رو اثرات پیشگیرانه این درمان مورد تردید است و لزوم شناسایی و به کارگیری مداخلات درمانی نوین با اثربخشی بالاتر آشکار می‌گردد. یکی دیگر از مداخلات درمانی در توصیف انسان‌ها و تعیین قوانین رفتاری و چگونگی دستیابی به رضایت، خوشبختی و موفقیت، واقعیت درمانی است (جونز، پاریش و ریتالین، ۲۰۰۵) که از روش‌های عملی مانند آموزش، تأیید، شوخ‌طبعی، افشاگری، پرسش، نقش‌آفرینی و روش‌های ویژه برای ایجاد تغییرات استفاده می‌کند. واقعیت درمانی مبتنی بر این اصل است که ما رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آن‌چیزی هستیم که فکر می‌کنیم، احساس می‌کنیم و عمل می‌کنیم. در این رویکرد افراد ترغیب می‌شوند که رفتارهای خود را کنترل کرده و در زندگی انتخاب بهتری داشته باشند (گلاسر، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌ها تأثیر واقعیت درمانی را بر بهبود سلامت روانی والدین دارای کودک معلول (یولکر توملو، آکدوگان و تورکوم، ۲۰۱۷) و ارتقاء سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های مختلف (هارون رشیدی و مرزعاوی، ۱۳۹۹) مورد تأیید قرار داده‌اند.

از آن‌جا که کودکان عقب‌مانده ذهنی با کودکان عادی تفاوت دارند، تعامل آن‌ها با خانواده‌هایشان نیز با تعامل یک کودک عادی و خانواده‌اش تفاوت دارد. بنابراین در هر جامعه‌ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توان‌بخشی برای کودکان کافی نیست، و خانواده‌های آن‌ها به ویژه مادران آن‌ها نیاز به کمک، آموزش و مهارت دارند (سکلاد، دیکسترا، ریتتر و همکاران، ۲۰۱۲). روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی (ترکان و فرحبخش، ۱۳۹۸) به کار گرفته شده است. اما سوالی که در اینجا به ذهن خطور می‌کند این است که از میان این مداخلات، کدامیک اثربخشی بالاتر دارد؛ و یا به عبارت دیگر کدام رویکرد درمانی کارآمدتر است؟ با توجه به این مهم و بررسی پیشینه پژوهشی صورت گرفته در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و واقعیت درمانی، پژوهش حاضر در نظر دارد میزان اثربخشی و کارایی این دو رویکرد درمانی را بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی مورد مقایسه قرار دهد.

¹ Jones, Parish & Ritalin

² Glasser

³ Ülker Tümlü, Akdoğan & Türküm

⁴ Sklad, Diekstra, Ritter et al

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش‌آزمون -پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی بود که فرزندانشان به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی شهر قم در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۱ مراجعه می‌کردند. بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (کوئن و کئوگ، ۲۰۰۲)، ۴۵ مادر واجد شرایط، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها به صورت هدفمند و از میان کسانی صورت گرفت که در فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش (فراخوان عمومی از طریق مدیران و مسئولان مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی شهر قم (۹ مدرسه و ۳۵ مؤسسه توان‌بخشی در مناطق چهارگانه قم) صورت گرفت) اعلام آمادگی کرده بودند و با توجه به معیارهای پژوهش غربال شدند. در نهایت نمونه‌ها بر اساس تخصیص بلوک تصادفی به دو گروه مداخله (گروه درمانی شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی) و یک گروه گواه تقسیم شدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و دارای فرزند ناتوان ذهنی کمتر از ۱۰ سال بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره درمان، مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت مداخلات روان‌شناختی در یک سال گذشته، سابقه سوء مصرف مواد.

پژوهش ابزار پژوهش

گردآوری داده‌های پژوهش با استفاده از دو پرسشنامه زیر صورت گرفت:

الف. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۲

این پرسشنامه توسط لوتانس و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی دارای ۲۴ گویه و چهار مؤلفه (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری) است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶)) پاسخ می‌-

^۱ Quinn & Keough

^۲ psychological capital questionnaire (PCQ)

دهد (لوتانز، سویف-مورگان و آویلو، ۲۰۰۷). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط برخی از محققان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (کاراتپ و کاراداس^۲، ۲۰۱۴؛ ۲۰۱۵). در ایران نیز در پژوهش ضیاءالدینی (۱۳۹۷) میزان پایایی به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۵۱ و روایی آن از طریق همسانی درونی ۰/۷۸ به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

ب. فهرست تجدید نظر شده علائم روانی

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط دراگوتیس و همکاران ساخته شد و شامل ۹۰ سوال پنج درجه‌ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) است. این آزمون نه بعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از: شکایت جسمانی؛ وسواس اجبار؛ بعد حساسیت در روابط بین فردی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ پرخاشگری؛ ترس مرضی؛ افکار پارانوئیدی و بعد روان‌پریشی. هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (۰/۷۷) بود. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی نیز ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داد (دراگوتیس، ریکلس و روک^۳، ۱۹۸۴). در ایران انیسی، اسکندری، بهمن‌آبادی، نوهی و تولایی (۱۳۹۳) در پژوهشی جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب آلفای کرونباخ بالایی را هم برای زیر مقیاس‌های آزمون (۰/۷۵ تا ۰/۹۲) و هم برای شاخص کلی علائم مرضی (۰/۹۸) نشان دادند. در پژوهش حاضر پایایی شاخص کلی علائم مرضی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که آزمودنی‌ها پس از انتخاب به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری) و یک گروه انتظار جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). در مرحله بعد اعضای هر سه گروه به وسیله پیش‌آزمون موردسنجش قرار گرفتند. سپس به مدت ۸ هفته گروه‌های آزمایش در جلسات مشاوره گروهی واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری شرکت کردند (خلاصه جلسات در جدول ۱ و ۲ آورده شده است). زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه و با

¹ Luthans, Youssef-Morgan & Avolio

² Karatepe & Karadas

³ Derogatis, Rickels & Rock

توالی یکبار در هفته برگزار شد. در پروسه درمان دو نفر از مادران به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری گروه‌های مداخله را ترک کردند و حجم نمونه پژوهش برای هر گروه به ۱۳ نفر کاهش یافت. در این مدت گروه انتظار درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام دوره درمانی سه گروه پژوهش مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش تحت عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی، پس از بررسی مفروضات شامل آزمون شاپیرو-ویلکس جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیر وابسته در نهایت از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. برای ارزیابی رد یا پذیرش فرضیه اصلی پژوهش و بررسی تفاوت میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها به کمک بسته نرم‌افزار آماری در علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۵ انجام گرفت.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات واقعیت درمانی بر اساس اصول و فنون کتاب‌های «نظریه انتخاب» و «تئوری انتخاب برای والدین و نوجوانان» تألیف گلاسر (۱۳۹۹، ۱۴۰۰)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معرفی برنامه، معرفی رهبر گروه، اعضا گروه، قواعد گروه و تنظیم اهداف
جلسه ۲	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی
جلسه ۳	معرفی کم توانی ذهنی، تأثیرات آن بر زندگی افراد و اینکه چگونه احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری توأم با آن از آن متأثر بوده، لیکن زاده مستقیم آن نیستند.
جلسه ۴	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه رفتار کلی شامل: فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی و بررسی رفتار کلی و مؤلفه‌های آن در مادران شرکت‌کننده در رابطه با فرزند کم‌توان ذهنی خود
جلسه ۵	توضیح و آشنایی با تعارضات چهارگانه
جلسه ۶	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط بین فردی و آموزش زندگی کردن در زمان حال
جلسه ۷	آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار با معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی با آموزش اصول ده‌گانه تئوری انتخاب با ذکر مثال درخواست از مادران برای ارائه مثال‌های شخصی

^۱ SPSS

جلسه ۸ تعهد از مادران برای پیشبرد و پیگیری. معرفی $WDEP$ ؛ W خواستن، D معرف انجام دادن، E معرف ارزیابی خود و P معرف نقشه و برنامه‌ریزی) و کمک به مادران در جهت تدوینیک طرح عینی برای اجتناب از به‌کارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی در رفتار کلی با کودک کم‌توان ذهنی.

و درنهایت جمع‌بندی درمان و بحث پیرامون اهداف تعیین‌شده و میزان دستیابی اعضا گروه به هدف برنامه درمانی در جهت بهبودی سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است.

جدول ۲. شرح مختصر جلسات مداخله شناختی-رفتاری بر اساس راهنمای عملی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (۱۳۹۷)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معرفی اعضا، رهبر، قواعد و مقررات گروه، ساختار جلسات (هر جلسه شامل یک بخش آموزش مباحث شناختی و بخش دوم آموزش فنون رفتاری) و آشنایی با اهداف گروه
جلسه ۲	آشنا نمودن گروه با هیجان‌ات و شناسایی افکار خود آیند است. با اعضا در مورد موضوع مطرح‌شده گفتگو شد و به‌عنوان تکلیف جلسه بعد از آنان خواسته شد در مورد موضوع مطرح‌شده بیندیشند و مطالبی را مکتوب نمایند.
جلسه ۳	آشنایی با نحوه عمل شناختی درمانی (مثال چمدان) و آشنایی با مدل $A-B-C$
جلسه ۴	شناخت انواع خطاهای شناختی و لایه‌های شناخت
جلسه ۵	آموزش بخشی از فنون بازسازی شناختی (تکنیک بررسی مفاهیم کلی، بررسی شواهد تأییدکننده، تکنیک بررسی سود و زیان افکار و قواعد زندگی، تکنیک مثال نقض یا شواهد رد کننده)
جلسه ۶	آموزش برخی دیگر از فنون بازسازی شناختی (تکرار فن بررسی سود و زیان و تکنیک مهم انفکاک) و فن پیکان رو به بالا
جلسه ۷	مشغول نگه‌داشتن ذهن و تهیه فهرستی از فعالیت‌ها، غذاها و مکان‌های موردعلاقه در دوران کودکی و اکنون
جلسه ۸	آموزش شیوه حل مسئله؛ دریافت بازخورد در مورد اثرات آموزش‌ها در نحوه زندگی اعضا و

اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

براساس داده‌های جمع‌آوری شده

الف) یافته‌های توصیفی: در جدول (۳) به توصیف‌شاخصه‌های آماری مرکزی همچون میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف کلی نمونه‌ی در دست اجرا پرداخته شد.

جدول ۳. شاخصه‌های آماری متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مرحله	سرمایه روان‌شناختی		سلامت روان	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انتظار	پیش‌آزمون	۱۱۰/۳۰	۱۳/۵۳	۱۹۸/۳۷	۱۱/۴۸
	پس‌آزمون	۱۰۹/۳۸	۱۳/۹۴	۲۱۰/۱۷	۱۰/۳۵
درمان شناختی - رفتاری	پیش‌آزمون	۱۰۷/۰۷	۱۰/۸۷	۱۸۶/۳۲	۱۲/۸۰
	پس‌آزمون	۱۱۲/۰۰	۱۰/۱۲	۱۶۰/۳۴	۹/۴۸
واقعیت درمانی	پیش‌آزمون	۹۹/۳۸	۱۶/۶۴	۱۸۹/۷۴	۱۰/۱۹
	پس‌آزمون	۱۰۹/۴۶	۱۱/۸۹	۱۵۰/۷۶	۸/۱۰

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روان-شناختی و سلامت روان مادران دارای کودک ناتوان ذهنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند؛ ولی در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت به وجود آمده است به طوری که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش و میانگین نمرات سلامت کاهش داشته است.

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش: جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکس در قسمت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد توزیع متغیرها بهنجار است ($p > 0/05$). همگنی واریانس متغیرها با آزمون لون بررسی شد که غیر معنادار بود ($p > 0/05$); بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. بررسی شرط برابری شیب‌های رگرسیون نشان داد که توازی شیب‌های رگرسیون برای تحلیل کوواریانس فراهم است. مقدار F تعامل برای سرمایه‌های روان‌شناختی برابر با $0/84$ و برای سلامت روان برابر با $0/62$ بود که به لحاظ آماری معنادار نبود ($p > 0/05$).

در ادامه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، با بررسی پیش‌آزمون در جدول ۴ آورده شده است:

جدول ۴. نتایج تحلیل آزمون پیش‌فرض کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و انتظار

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلاری	۱/۰۲	۱۷/۷۹	۴	۶۸	۰/۰۰۰	۰/۵۱
لامبداری ویلکز	۰/۰۵	۵۶/۵۱	۴	۶۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷
اثر هتلینگ	۱۷/۱۳	۱۳۷/۰۶	۴	۶۴	۰/۰۰۰	۰/۸۹
بزرگترین ریشه روی	۱۷/۰۴	۲۸۹/۸۰	۲	۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴

بر اساس نتایج جدول (۴) بین میانگین نمرات افراد گروه آزمایش و انتظار در پس‌آزمون با تعدیل اثر پیش‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($\eta^2 = 0/77$).

۰/۰۵ < $p = ۰/۰۰۰۰$, $F = ۵۶/۵۱$). به منظور بررسی دقیق‌تر، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای هر یک از متغیرهای وابسته در زیر آمده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی اثر واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان

متغیر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سرمایه‌های روان‌شناختی	۵۶۴/۵۵	۲	۲۸۲/۲۸	۳۲/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵
سلامت روان	۱۷۱۸۱/۰۲	۲	۸۵۹۰/۵۱	۲۳۷/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۳

نتایج به دست آمده در جدول (۵) نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضریب F به دست آمده در زیر مقیاس‌های سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و می‌توان نتیجه گرفت در گروه‌های آزمایش تغییر معناداری در متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان در پس‌آزمون نسبت به گروه انتظار تحت تأثیر دو مداخله واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری به وجود آمده است. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت میان گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد، که نتایج حاصل در جدول (۶) ارائه شده است:

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مقایسه با گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
-------	------	----------------	---------------	--------------

۰/۰۰۰	-۱۳/۵۰*	واقعیت درمانی	گواه	سرمایه‌های روان‌شناختی	
۰/۰۰۰	-۱۲/۸۰*	درمان شناختی-رفتاری			
۰/۰۰۰	۱۳/۵۰*	گواه	واقعیت درمانی		
۱	-۲/۵۳	درمان شناختی-رفتاری			
۰/۰۰۰	۱۲/۸۰*	گواه	درمان شناختی-رفتاری		
۱	۲/۵۳	واقعیت درمانی			
۰/۰۰۰	۵۹/۴۰*	واقعیت درمانی	گواه		سلامت روان
۰/۰۰۰	۴۹/۸۲*	درمان شناختی-رفتاری			
۰/۰۰۰	-۵۹/۴۰*	گواه	واقعیت درمانی		
۰/۰۰۴	-۹/۵۷*	درمان شناختی-رفتاری			
۰/۰۰۰	-۴۹/۸۲*	گواه	درمان شناختی-رفتاری		
۰/۰۰۴	۹/۵۷*	واقعیت درمانی			

نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها (جدول ۶) نشان داد که در متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی بین دو گروه شرکت‌کننده در مداخلات واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در خصوص متغیر سلامت روان نتایج نشان داد بین دو گروه شرکت‌کننده در مداخلات واقعیت درمانی و درمان شناختی-رفتاری اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین صورت که گروه دریافت‌کننده مداخله واقعیت درمانی در متغیر سلامت روان، بهبودی قابل توجهی را نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری نشان داد. از این‌جا بخشی از فرضیه سوم پژوهش حاضر مورد تأیید قرار می‌گیرد، بدین صورت که اثربخشی واقعیت درمانی بر سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی با درمان شناختی-رفتاری متفاوت است. اما در متغیر سرمایه روان‌شناختی اختلاف معناداری بین گروه‌های درمانی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو شیوه درمانی (درمان شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی) در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روانی مادران کودکان ناتوان ذهنی مؤثر است ($p < 0/0001$).

این یافته با نتایج پژوهش‌گرانی مانند دهقانی (۱۳۹۵) و نصیری تاکامی (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین نتایج مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی می‌توان بیان داشت، درمان شناختی-رفتاری رویکردی برای کمک به افراد در ایجاد ویژگی‌های مثبت است. در این رویکرد چنین تصور می‌شود که راه‌های زیادی برای کسب ویژگی‌های مثبت وجود دارد و هر فرد می‌تواند با تکیه بر نقاط قوت خود، یک مدل شخصی برای ایجاد ویژگی‌های مثبت، بسازد. به این صورت که، جست‌جوی نقاط قوت پنهان در تجربیات روزمره مادران کودکان ناتوان ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد آموزش مهارت‌ها، افکار یا واکنش‌های هیجانی جدید به درمانجویان ضروری نیست. بلکه می‌توان به مراجع کمک کرد تا نقاط قوتی را که در حال حاضر دارا است شناسایی کرده و مدلی از سرمایه‌های روان‌شناختی را از این نقاط قوت موجود بسازد. به عنوان مثال برخی از افراد مهارت‌های حل مسئله خوبی همراه با حس شوخ‌طبعی انعطاف‌پذیر دارند و این نقاط قوت ممکن است پایه‌ای برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی باشد. با این حال اکثر مادران کودکان ناتوان ذهنی اغلب از نقاط قوت خود آگاه نیستند و خود را در این زمینه‌ها انعطاف‌پذیر نمی‌دانند. به همین دلیل پژوهشگر «نقاط قوت پنهان» را در تجربیات معمول روزمره آن‌ها جستجو کرد و آن‌ها را به مادران نشان داد. به عنوان مثال مادری که علی‌رغم منابع اقتصادی محدود از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود مراقبت می‌کند، ممکن است وجود سرمایه‌های روان‌شناختی را در خود تشخیص ندهد. در حالی که نیازهای مالی خود را تأمین می‌کند، خلاقانه با کمترین مواد آشپزی می‌کند و به جای فعالیت‌های پرهزینه اوقات فراغت خود را با بازی و گردش در پارک‌ها به همراه فرزند خود به صورت رایگان سپری می‌کند (شوشتری و همکاران، ۱۳۹۵). دوم، نقاط قوت موجود برای ساخت یک مدل شخصی تاب‌آوری، خودکارآمدی، امیدواری و خوشبینی استفاده شد. سوم، درمانگر از مادران درخواست کرد که از مدل‌های شخصی ایجاد شده برای طراحی برنامه‌ای برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در

حوزه ای از زندگی که در حال حاضر درگیر آن هستند استفاده کنند. زمانی که مدل شخصی ساخته شد، از مادران درخواست شد تا در نظر بگیرند که چگونه می‌توانند به حفظ خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی و تاب آوری در موقعیت های دشوار کمک کنند. چالش های رایج در موقعیت های دشوار در نظر گرفته و یادداشت شد. تمرکز این بحث ها بر مقاومت در برابر مشکلات است تا موفقیت در حل یا غلبه بر آن ها. این تغییر در تمرکز اغلب برای مادران بسیار هیجان انگیز بود (نصری تاکامی، ۱۳۹۹). آن‌ها گزارش کردند که اگر مجبور نباشند مشکلی را حل کنند، بلکه در مقابل آن ایستاده باشند، احساس ناامیدی کمتری می‌کنند.

چهارم، مادران خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی را از طریق آزمایش های رفتاری تمرین کردند. به عنوان مثال مادران به جای پیش بینی بار روانی تحمیل شده ناشی از نگهداری فرزند عقب مانده ذهنی، در مورد امیدواری، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری خود پیش‌بینی-هایی کردند. چگونه می‌توانند در برابر انتقادات افراد و آشنایان مقاوم بمانند؟ امیدواری، تاب آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی چگونه به نظر می‌رسد و چه احساسی دارد؟ در حقیقت مدل شخصی، مادران را تشویق کرد تا از مشکلات زندگی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی استفاده کنند. هنگامی که مادران تجربه استفاده از مدل شخصی را در آزمایش‌های برنامه‌ریزی شده داشته باشند، درمان به سمت جستجوی فرصت‌های خود به خودی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در موقعیت‌های روزمره تغییر می‌کند و مادران تشویق می‌شوند تا از رویدادهای منفی زندگی به عنوان فرصتی برای تمرین تاب‌آوری و امیدواری استقبال کنند. در پایان درمان برخی از مادران اظهار داشتند که این دیدگاه زندگی را به یک تجربه «برد-برد» تغییر داده است. به طوری که اگر همه چیز خوب پیش برود، آن‌ها برنده می‌شوند؛ اگر همه چیز خوب پیش نرود، آن‌ها شانس دیگری برای «برنده شدن» با سرمایه‌های روان‌شناختی خود دارند. این دیدگاه اغلب مادران را قادر ساخت تا چالش‌های نگهداری از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود را بپذیرند و به آن‌ها در غلبه بر اجتناب کمک کرد. بنابراین بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی نه تنها به آن‌ها کمک کرد مشکلات زندگی را مدیریت کنند، بلکه تعداد رویدادهای زندگی را که به عنوان تجربه بد تلقی می‌کردند به حداقل رساند.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان بیان داشت، راه‌های مفید و غیر مفیدی برای واکنش به یک موقعیت وجود دارد که اغلب بر اساس طرز فکر افراد در مورد آن‌ها تعیین می‌شود. به عنوان مثال داشتن یک کودک عقب‌مانده ذهنی می‌تواند مشکلات خانوادگی، سرخوردگی‌ها، آرزوها و رویاهای بر باد رفته، تحمل صحبت‌های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت‌های خانواده، مسائل مالی و ... را موجب گردد (ایمرسون، ۲۰۰۳). این می‌تواند منجر به احساس ناامیدی، تنهایی، افسردگی و ... در خانواده‌ها و به ویژه مادران این کودکان شود و آن‌ها را در یک چرخه منفی گرفتار کند. در جلسات درمانی شناختی-رفتاری به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد به جای پذیرش این تفکر، می‌توانند بپذیرند که بسیاری از مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی هستند. علاوه بر این به آن‌ها آموزش داده شد تا کودکان خود را به عنوان افرادی با مهارت‌های خودیاری پایین بپذیرند. این امر موجب می‌گردد مادران محیط اجتماعی خود را پذیرنده‌تر در نظر بگیرند و نسبت به آینده خوش‌بین‌تر شوند. مواجهه درمانی از دیگر فنون درمانی شناختی-رفتاری است که در جلسات گروهی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد صحبت کردن در مورد موقعیت‌های استرس‌زا چندان مفید نیست و ممکن است لازم باشد مادران یاد بگیرند از طریق مواجهه درمانی با ترس‌های خود به شیوه‌ای روشمند و ساختار یافته روبرو شوند. علاوه بر این آموزش ادراک از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در این جلسات آموزش داده شد که پیامد این مهارت‌ها بهبود سلامت روان بود ((کورون و همکاران، ۲۰۰۰).

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان بیان داشت، برخی از تغییرات در سرمایه روان‌شناختی مادران و مؤلفه‌های آن به مداخلاتی مربوط است که بر اساس فرمول *WDEP*، اجرای واقعیت درمانی را ممکن می‌سازد. در همین راستا بعد از آنکه مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی نیازهایشان را شناختند و باور به انتظار درونی پیدا کردند. با سوالاتی از قبیل «مجموعه انتخاب‌های کنونی‌تان، شما را به کجا می‌برد؟ آیا در همان جهتی پیش می‌رود که می‌خواهید یک ماه، یک سال یا چند سال آینده باشید؟» تعقیب یک

خواسته روشن به فرد احساس قدرت و پیشرفت می‌دهد و سخت رویی و تاب‌آوری فرد را بیشتر می‌کند. در این قسمت مراجعان تقدم عمل بر احساس را تمرین می‌کنند. با پرسش سوالات «آخرین باری که واقعا احساس خوبی داشتی، در حال انجام چه کاری بودی؟» لحظات استثنایی که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی قربانی شرایط نبوده به آن‌ها یادآوری می‌شود. در نتیجه آن‌ها تصویر توانمندتری از خودشان دریافت می‌کند که برخودکارآمدی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و در عین حال خوش‌بینی و امیدواری را به ارمغان می‌آورد. علاوه بر این به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی کمک شد تا به جای خودگویی‌های غیرمؤثر به خودگویی‌های مؤثر بپردازند «انتظار اعمالم را در دست دارم، رفتارم را انتخاب می‌کنم، می‌توانم تغییر کنم، مسئول زندگی خودم هستم، اگر کاری که الان انجام می‌دهم کمکی به من نکند رهاش می‌کنم و اعمال دیگر را امتحان خواهم کرد». این اقدام می‌تواند بر خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری مؤثر باشد.

در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سلامت روان می‌توان بیان داشت، کمک اصلی واقعیت‌درمانی به درمان‌جویان این است که به آنان کمک می‌کند تا بتوانند نیازهای برآورده نشده‌ی خویش را که باعث پیدایش بیماری روانی و ایجاد احساس ناخوشایند شده شناسایی کرده و بکوشند آن‌ها را به درستی ارضا کنند. این نیازها عبارتند از نیاز به بقا، نیاز به عشق و تعلق، نیاز به قدرت، نیاز به آزادی و نیاز به تفریح (شیلینگ، ۱۳۹۰). بنابراین با ارضای درست نیازهای اساسی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، سلامت روان آنان نیز بهبود یافت.

دیگر یافته پژوهش گویای آن بود که بین گروه‌های آزمایشی دوگانه (درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی) اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بدین صورت که گروه دریافت‌کننده مداخله واقعیت‌درمانی در متغیر سلامت روان، بهبودی قابل توجهی را نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری نشان داد. بدین صورت که اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی با درمان شناختی-رفتاری متفاوت است. اما در متغیر سرمایه روان‌شناختی اختلاف معناداری بین گروه‌های درمانی وجود ندارد. با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان، امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات و تحقیقات انجام شده پیشین و بحث پیرامون علل احتمالی تفاوت یا تشابه در نتایج به دست آمده با سایر تحقیقات انجام شده امکان‌پذیر نمی‌باشد.

در تبیین چرایی و چگونگی اثرات مشابه دو مدل درمانی در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی باید گفت همپوشانی قابل توجهی در این دو رویکرد وجود دارد؛ تفاوت آن‌ها تا حدی است که درمان شناختی-رفتاری فرایند فکر و هیجانات فرد را به صورت دقیق بررسی می‌کند، در حالی که واقعیت درمانی بر نیازها و اهداف برآورده نشده متمرکز است. هر دو بر زمان حال متمرکز هستند، اما واقعیت درمانی کمی بیشتر. بنابراین هر چند به ظاهر با دو الگو و شیوه متفاوت درمانی که یکی مستقیماً درصدد کاهش علائم و حل مسائل شناختی و سوگیری-های مربوط به آن است (درمان شناختی-رفتاری) و دیگری بر مسائل و رفتارهای فعلی متمرکز است (واقعیت درمانی)؛ ولی آنچه در پایان شاهد آن خواهیم بود، تعدیل در شناخت‌های معیوب و عواطف منفی است؛ بدین ترتیب که در درمان شناختی-رفتاری با تغییر در باورها و شناخت به احساسات جدید، مثبت و مؤثر می‌رسیم و در واقعیت درمانی بر عکس با تغییر در نحوه عملکرد، تغییراتی در رفتار ایجاد می‌شود. به عبارت ساده‌تر مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی تجارب و هیجانات منفی زیادی را به واسطه نگهداری از کودک ناتوان خود متحمل می‌شوند، لذا دچار دید تونلی می‌شوند که اغلب به تفکر منفی و بدبینانه منجر می‌شود. این تفکر منفی موجب خلق منفی بیشتر می‌شود که می‌تواند مارپیچ نزولی بهزیستی را سریع‌تر کند. در مقابل با تغییر در شناخت‌ها و رفتارهای معیوب چشم‌بندها کنار زده می‌شود و به افراد اجازه داده می‌شود احتمال‌های بیشتری را در نظر بگیرند و با خوش‌بینی و امیدواری بیشتری بیان‌دیشند (فردریکسون، ۲۰۰۳). در نتیجه هر دو مدل درمانی، یکی با تغییر در افکار ناکارآمد و دیگری با تغییر رفتارهای فعلی به افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی کمک می‌کنند.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد در بهبود سطح سلامت روان مؤثر بوده‌اند با این حال رویکرد واقعیت درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری داشته است. شاید بتوان گفت برتری واقعیت درمانی در بهبود سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی ناشی از آن است که کانون مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر فکر و شناخت‌واره‌ها است و واقعیت درمانی بیشتر بر عمل و فعالیت فرد تمرکز دارد. در واقعیت درمانی عمل و اقدامات فرد کانون مداخلات محسوب می‌شود و نقش و جایگاه فرد نسبت به رویکردهای رفتاری کم‌ارزنده‌سازی می‌شود و بیشتر بر عمل و بخش عملی رفتار تأکید دارد. یعنی معتقد است که تغییر در نحوه عملکرد و

اقدامات کنونی فرد بدون توجه ویژه به افکار او، می‌تواند منجر به تغییر در هیجانات شود. بنابراین رفتاری که در زمان حال و اکنون از درون ما و به وسیله افکار، اعضا و جوارح و احساسات ما آشکار می‌شود تحت انتظار و سیطره خود ماست و یکی از اهداف اساسی واقعیت‌درمانی کمک به مراجع برای یافتن شیوه‌های مؤثر جهت رفع نیازها و یادگیری شیوه انتظار زندگی توسط خود فرد است (فرح‌بخش، شفیع‌آبادی و دلاور، ۱۳۸۵). در واقع واقعیت‌درمانی تلاش می‌کند تا افراد را از انتظارهای بیرونی رها کرده و به انتظار درونی سوق دهد؛ چرا که معتقد است مشکلات روانی زمانی پدید می‌آیند که فرد تصور کند توسط نیروهای بیرونی جهان، انتظار می‌شود. بر اساس این نظریه افرادی که رابطه بین رفتار و پیامدهای آن را ادراک می‌کنند از انتظار درونی برخوردارند و می‌توانند محیط پیرامون خود را تحت تأثیر قرار دهند. به اعتقاد گلاسر بسیاری از تبیین‌های موجود در روان‌پزشکی امروز، نمونه‌هایی از روان‌شناسی انتظار بیرونی است یعنی همان‌چیزی که بسیاری از مردم مبتلا به افسردگی، اضطراب و یا وسواس به آن معتقدند و چنانچه این نوع روان‌شناسی در انسان رشد رفتارهای عادی و غیر مسئولانه بروز می‌کند (گلاسر، ۱۹۹۲).

بر مبنای نتایج به دست آمده پیشنهاد‌های پژوهشی و کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

در مجموع بر اساس نتایج به دست آمده هر دو مدل درمانی -واقعیت‌درمانی و درمان شناختی- رفتاری- در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتواندانی مؤثر هستند و روان‌شناسان و درمان‌گران فعال در این حوزه می‌توانند این دو رویکرد درمانی را به عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثرگذار هم در پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم-توان ذهنی و هم در درمان مورد استفاده قرار دهند. بر اساس یافته‌های پژوهش و اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در موقعیت گروهی به درمانگران کمک می‌کند تا از مزایای گروه‌درمانی در درمان مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی استفاده نمایند؛ در این صورت امکان استفاده مراجعین بیشتر با هزینه کمتر و اثرگذاری بیشتر فراهم می‌گردد که در نهایت به بهبود مشکلات سلامت روان و مقاومت افراد در مواجهه با شرایط تنش‌زای زندگی منجر می‌گردد. پژوهشگران آتی می‌توانند با در نظر گرفتن گروه پلاسیبو، اثر این نوع درمان را با نتایج درمان‌های واقعی در گروه‌های آزمایش مورد مقایسه قرار دهند.

تمرکز این مطالعه بر مادران (در بازه سنی ۲۵-۴۰ سال) دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی در دامنه سنی کمتر از ۱۰ سال مراجعه‌کننده به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی قم بود؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه جوانب احتیاط رعایت شود.

تعارض منافع

مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مهنوش سادات سیدی باعنوان «مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی» است که در سال ۱۴۰۱ در دانشکده صنایع، مدیریت و حسابداری دانشگاه غیردولتی-غیرانتفاعی شهاب دانش به راهنمایی دکتر محبوبه داستانی انجام شد. بنابه اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

سپاسگزاری

از شرکت‌کنندگان در پژوهش که کمال همکاری را داشتند سپاسگزاری می‌گردد. در این پژوهش از کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ۱) اکبری زاده، فاطمه؛ باقری، فریبرز؛ حاتمی، حمیدرضا و حاجی وندی، عبد... (۱۳۹۰). ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران، علوم پزشکی کرمانشاه، ۲(۶)، ۴۶۶-۴۸۲.
- ۲) انیسی، جعفر؛ اسکندی، محسن؛ بهمن‌آبادی، سمیه؛ نوحی، سیمایا؛ تولایی، عباس (۱۳۹۳). هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱۷.
- ۳) ترکان، لیلای؛ فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۸). اثربخشی درمان چشم‌انداز مان بر نشخوار فکری مادران کودکان اتیسم در شهر اصفهان. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۲(۱)، ۱-۱۷.
- ۴) دهقانی، یوسف (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۳۵)، ۸۷-۹۷.
- ۵) سربلند، خیرالله (۱۳۹۸). تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر دل‌بستگی کاری با نقش واسطه‌ای توانمندسازی روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۳)، ۶۵-۷۶.
- ۶) شوشتری، آزاده؛ رضایی، علی محمد؛ طاهری، الهام (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۶).
- ۷) شیلینگ، لوئیس (۱۳۹۰). نظریه‌های مشاوره. ترجمه سیده خدیجه آرین. تهران: اطلاعات.
- ۸) ضیاء‌الدینی، موحده (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و توانمندسازی شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- ۹) فرامرزی، سالار؛ کرمی‌منش، ولی‌الله؛ محمودی، مرتضی (۱۳۹۲). فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر سلامت روانی خانواده کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۰-۱۳۹۱). *روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴).

- ۱۰) فرح‌بخش، کیومرث؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره شناختی به شیوع شناختی الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارض‌های زناشویی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸، ۳۳-۲۶.
- ۱۱) فری، مایکل (۱۳۹۷). *راهنمای عملی شناختی درمانی گروهی*. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام. تهران: رشد.
- ۱۲) گلاسر، ویلیام (۱۳۹۹). *تئوری انتخاب برای والدین و نوجوانان*. ترجمه علی صاحبی. چاپ پنجم. تهران: نشر سخن.
- ۱۳) گلاسر، ویلیام (۱۴۰۰). *درآمدی بر روان‌شناسی امید تئوری انتخاب*. ترجمه علی صاحبی. چاپ بیست و هفتم. تهران: نشر سخن.
- ۱۴) ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طاولی، آزاده (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *روان‌شناسی*، ۷۲ (۴)، ۳۹۳-۴۰۷.
- ۱۵) نصیری تاکامی، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع‌پسند، سیاوش (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان با علائم افسردگی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۶ (۲)، ۷۹-۹۸.
- ۱۶) هارون رشیدی، همایون؛ مرزعاوی، ندا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱ (۱۵۹)، ۴۷-۵۴.
- 17) Curwen, B., Palmer, S., Ruddell, P. (2000). *Brief cognitive behavioral therapy*. London: Sage.
- 18) Derogatis, L.R. , Rickels, K., Rock, A. (1984). The scl – 90 and the MMPI a step in the validation of a new self – report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280- 289.
- 19) Fredricson, B, L. (2003). The value of positive emotions. *American scientist*, 91 (4), 330-335.
- 20) Emerson E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the

- self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellect Disability Res.* 47(5), 385-399
- 21) Glasser W. (2003). *Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health*: HarperCollins Publishers.
 - 22) Glasser, W. (1992). *Reality therapy*. In-(pp. 270 (Eds); et al. The evolution of psychotherapy: The second conference(283).
 - 23) Harms, P. D., Krasikova, D. V., & Luthans, F. (2018). Not me, but reflects me: Validating a simple implicit measure of psychological capital. *Journal of Personality Assessment*, 100(5), 551-562.
 - 24) Hastings, R., P, Beck, A. (2004). Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1338-49.
 - 25) Jones, LC., Parish, TS., Ritalin Vs. (2005). Choice Theory and Reality Therapy. *International journal of reality therapy*, 25(1), 301-9.
 - 26) Karatepe, OM, Karadas, G. (2014). The effect of psychological capital on conflicts in the work=family interface, turnover and absence intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 43, 132-43.
 - 27) Karatepe, OM., & Karadas, G. (2015). Do psychological capital and work engagement foster frontline employees' satisfaction? A study in the hotel industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(6), 1254-78.
 - 28) Kerenhappachu M. S. G. Sridevi. (2014). Care Giver's burden and perceived social support in mothers of children with mental retardation. *International journal of scientific and research publications*. 4 (4). 1-7.
 - 29) Luthans, F., Youssef-Morgan, C., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford University Press.
 - 30) Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M. I., Pérez-Molina, D., & Tijeras-Iborra, A. (2021). Parental stress and resilience in autism spectrum disorder and Down syndrome. *Journal of Family Issues*, 42(1), 3-26.
 - 31) Quinn, GP, Keough, M. (2002). *Experimental Design and Data Analysis For Biologists*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - 32) Sklad M, Diekstra R, Ritter M, Ben J, Gravesteijn C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance studentst development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychol Schs*, 49(9), 892-909
 - 33) Ülker Tümlü, G., Akdoğan, R., Türküm, A. S. (2017). The Process of Group Counseling Based on Reality Therapy Applied to the Parents of

- Children with Disabilities. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 9(2), 81-98. DOI: 10.20489/intjecse.368465.
- 34) Ursua, M. P & Echegoyen, I. (2015). Self-Forgiveness, Self-Acceptance or intrapersonal Restoration? Open issues in the Psychology of Forgiveness. *Papeles Del Psicologo*, 36(3), 230-237.
- 35) Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., ... & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- 36) World Health Organization. (2016). Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization; 2016 (Fact sheet 220; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, accessed 19 August 2017.
- 37) Zhao, M., & Fu, W. (2022). The resilience of parents who have children with autism spectrum disorder in China: a social culture perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(2), 207-218

