

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۹  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۷، شماره‌ی ۱  
ص:ص: ۲۶۴-۲۴۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۲/۰۳  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۹/۰۴/۰۱

## تأثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی - حرکتی

جعفر شویچی\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی - حرکتی بود. پژوهش حاضر از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به آسایشگاه معلولین شادگان در سال ۱۳۹۷ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش هدفمند و بر اساس نمرات پرسشنامه‌های رفتارهای خودمراقبتی و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی در پیش‌آزمون، ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند و تنها گروه آزمایشی، آموزش واقعیت‌درمانی را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه در هر دو متغیر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی - حرکتی مؤثر است.

کلید واژگان: آموزش واقعیت‌درمانی، خودمراقبتی، خودتنظیمی هیجانی، مردان معلول جسمی - حرکتی.

## مقدمه

معلولیت واقعی است انکارناپذیر و به‌عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع مختلف وجود داشته است. با این وجود مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت به‌عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است. بنابراین تعریف، معلولیت و عدم معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی تبیین می‌شود، زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است کاسته یا جلوگیری می‌کند (Hamill, 2011). معلولیت‌های جسمی-حرکتی به‌عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف می‌شود (Brown & Turner, 2010). معلولیت‌های جسمی در واقع آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی فرد می‌گردد (Spencer, 2007). بررسی والدین افراد معلول جسمی-حرکتی نشان داد که داشتن افراد معلول جسمی-حرکتی در غالب این والدین با علائم بیماری‌های جسمانی در ارتباط است اما پیامدهای منفی داشتن افراد معلول جسمی-حرکتی بر بهداشت روانی این مادران در صورت دریافت حمایت‌های اجتماعی مثبت کاهش می‌باید (Ha, Greenberg & Seltzer, 2011; cited by Ghobari, Rafikhah & Mohajerani, 2014).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند با سلامت معلولین جسمی-حرکتی مرتبط باشد خودتنظیمی هیجانی است. خودتنظیمی شامل فرایندهایی است که از طریق تغییر و تعدیل افکار، عواطف و رفتار، مردم را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های معطوف به هدف خویش را در طول زمان هدایت نمایند (Karoly, 1993; cited by Rahimi Pordanjani & Mohamadzadeh Ebrahimi, 2017). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد (Fosca, 2010). Gross and John (2003) معتقدند تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کاربرده می‌شود (cited by Nourali, Hajiyakhchali, Shehniyailagh & Maktabi, 2018). Gratz and Gunderson (2008) تنظیم هیجان را شامل کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و

نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ات می‌دانند. تنظیم هیجان یک فرایند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا مقابله و شادی را تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند (Fosca, 2010). تنظیم هیجان‌سازگاران با عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنیدگی‌زا می‌شود و حتی رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (Garnefski & Kraaij, 2006).

یکی دیگر از متغیرها که می‌تواند با سلامت معلولین جسمی- حرکتی مرتبط باشد خودمراقبتی است. خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و رفتارهای آموخته‌شده آگاهانه و هدف‌داری که به منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خود انجام می‌شود (Ching-Hsing, Meei-Ling, Hsin-Chun & Chung-Yi, 2004). نیازهای تکاملی مراقبت از خود بر اساس مراحل رشد فرد، محیطی که در آن به سر می‌برد و اثری که محیط به فرد دارد، طراحی می‌شود و به تغییرات زندگی و مراحل چرخه زندگی هر فرد نیز مربوط می‌شود (Aggleton & Chalmers, 2012). بر اساس تئوری Orem، ایجاد رفتارهای خودمراقبتی در فرد تحت تأثیر دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی است و فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، می‌تواند اقدامات لازم برای خودمراقبتی را انجام دهد. این توانایی در صورتی که با تقاضای خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل کند یا مانعی برای آن نباشد، به رفتار خودمراقبتی تبدیل خواهد شد (Sidani, 2003). عوامل زمینه‌ای، عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در فعالیت‌های خودمراقبتی و نوع یا مقدار بروز رفتارهایی خود مراقبتی، تحت تأثیر قرار می‌دهند. عوامل زمینه‌ای شامل سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع خودمراقبتی می‌باشند (Morowati Sharifabad, Momeni, Eslami, Dehghani Tafti & Hakimzadeh, 2016).

از سوی دیگر جهت تقویت خودتنظیمی هیجانی و خودمراقبتی در معلولین جسمی- حرکتی، ارائه مداخلات روان‌شناختی ضروری می‌باشد که واقعیت‌درمانی یکی از رویکردهای مؤثر جهت افزایش سلامت فردی و بین‌فردی معلولین می‌باشد. واقعیت‌درمانی یکی از

جدیدترین رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی است که از نیمه‌های دهه ۱۹۶۰ به بعد توسط Glaser روان‌پزشک آمریکایی توسعه پیدا کرد. (1998) Glaser نظریه جدید خود را ارائه و آن را نظریه انتخاب نامید. (2008; Translated by Firozbakhte, 2014) Glaser معتقد است که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه، احساسات و اعمال خود، زندگی خود را بهتر کنند. بر اساس نظریه او، هرکاری که انسان می‌کند و هر آنچه که فکر و احساس می‌کند از درون او سرچشمه می‌گیرد نه این‌که پاسخی به محیط درونی باشد (Price & Anderson, 2007). در واقعیت‌درمانی روی مفاهیمی چون نیازهای اساسی، کنترل، مسئولیت‌پذیری، رفتار کلی و انتخاب بحث می‌شود. یکی از مؤلفه‌های این رویکرد، کنترل است که Glaser آن را به‌صورت نظریه کنترل مطرح کرد. به عقیده وی انسان دارای دو نوع روان‌شناسی کنترل بیرونی و کنترل درونی می‌باشد. فرض اصلی کنترل بیرونی این است که چنانچه فرد احساس ناخرسندی کند، خود، مسئول آن نیست، بلکه دیگران و حوادث خارج از کنترل فرد هستند. در همین راستا وی عنوان می‌کند که هر کسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداشت (Glaser, 2008; Translated by Firozbakhte, 2014).

Macklem (2011) تنظیم هیجان را به‌عنوان چگونگی کنترل هیجانات تجربه‌شده، چگونگی و زمان تجربه هیجانات متفاوت و روش ابراز هیجانات خودآگاه و ناخودآگاه، تعریف می‌کند. Beheshti and Haj Hosseini (2017) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی به‌طور مثبت و معنی‌داری منجر به افزایش خودتنظیمی هیجانی رفتار در دانش‌آموزان اول دبیرستان می‌شود. به عقیده وی تنظیم هیجان نه تنها چگونگی ابراز هیجانات خود را در بر می‌گیرد، بلکه چگونگی درک یک موقعیت و پاسخ به موقعیت‌ها را نیز شامل می‌شود. پژوهش Sabori (2016) نشان داد که یکی از مشکلات معلولین جسمی حرکتی، پایین بودن توانایی خودتنظیمی هیجانی می‌باشد. (Sirjani (2015) در پژوهشی نشان داد که یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت معلولین جسمی- حرکتی، بالا بودن توانایی خودمراقبتی در آن‌هاست. (Nikodzadeh (2017) در پژوهشی نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی به‌طور مثبت و معنی‌داری منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش خودمراقبتی در بیماران ام اس می‌شود. (Gehi, Mehta, and Gomes (2006) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مراقبت از خود به

مدت یک‌ماه توانست مهارت مراقبت از خود را در بیماران شوک قلبی افزایش دهد. به علاوه، به این نتیجه رسیدند که ایجاد انگیزه در بیماران عامل مهمی در افزایش آگاهی و عملکرد بیماران می‌باشد. Rajabzadeh, Makvand Hosseini, Talebian Sharif, and Ghanbari Hashemabadi (2015) در پژوهشی نشان دادند که واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب موجب کاهش اضطراب در دانشجویان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. با توجه به اهمیت سلامت فردی و بین‌فردی معلولین جسمی- حرکتی و لزوم مداخله جهت افزایش توانایی خودتنظیمی هیجانی و خودمراقبتی و عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در این خصوص پژوهش حاضر در راستای پاسخ به این سؤال برآمد که آیا آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی شهر شادگان مؤثر است؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی- حرکتی مراجعه‌کننده به آسایشگاه معلولین شادگان در سال ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها با استفاده از روش هدفمند و بر اساس نمرات پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود (شامل مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی- حرکتی، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، پایین بودن رفتارهای خودمراقبتی و تنظیم هیجانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش) بودند به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و گواه تقسیم شدند که تنها گروه آزمایشی، آموزش واقعیت‌درمانی را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند.

## ابزار پژوهش

مقیاس رفتارهای خودمراقبتی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه با هدف ارزیابی میزان پایبندی به رفتارهای

1- Self-Care Behaviors Scale

خودمراقبتی توسط (Toobert and Glasgow (1994 طراحی شده است (cited by Skarbek, 2006). این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال است که پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (=۱ هرگز تا =۵ همیشه) طراحی شده است و میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی این بیماران را در چهار حوزه رژیم غذایی، مصرف داروها، ورزش و پایش روزانه قندخون می‌سنجد. در ایران رویی روش کمی اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (Sorani et al., 2013). (Toobert and Glasgow (1994 ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آوردند که نشان‌دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است. Barghi Irani, 2017) Rajabi, Nazami, and Bagiyan Koulemarz ضریب پایایی مقیاس رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش نمودند. در ایران در مطالعه انجام‌شده توسط Morowati Sharifabad and Rouhani Tonekaboni (2009) ضریب پایایی آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۶۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ بدست آمد.

**پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup>:** پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی به منظور سنجش سبک‌های خودتنظیمی هیجانی از پرسشنامه سبک عاطفی Hofmann and Kahdan (2010) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال و سه خرده‌مقیاس سازگاری با ۷ سؤال (سوالات ۲-۴-۷-۸-۱۲-۱۶-۱۹)، پنهان‌کاری با ۸ سؤال (سوالات ۱-۵-۹-۱۰-۱۳-۱۵-۱۸-۲۰) و سبک تحمل با ۵ سؤال (سوالات ۳-۶-۱۱-۱۴-۱۷) است. نحوه پاسخدهی بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (بی‌نهایت = در مورد من درست است تا اصلاً = در مورد من درست نیست) تنظیم شده است. میانگین نمره هر سؤال از سبک هیجانی بین ۱ تا ۵ است و از راه تقسیم نمره هر خرده‌مقیاس بر تعداد سوالات آن، نمره هر سبک هیجانی به دست می‌آید. Hofmann and Kahdan (2010) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس سازگاری ۰/۸۲، پنهان‌کاری ۰/۸۴ و تحمل ۰/۶۸ گزارش کردند. رویی پرسشنامه در پژوهش آنان قابل قبول بود در پژوهش Kareski (2013) برای تعیین رویی این پرسشنامه از رویی محتوایی، تحلیل مؤلفه‌های اصلی و رویی سازه تحلیل عاملی استفاده شد. رویی سازه این پرسشنامه با ۳ عامل

1- Emotional Self-Regulatory Questionnaire

تأیید شد. (2013) Kareshki ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های پنهان‌کاری ۰/۷۰، سازگاری ۰/۷۵ و تحمل ۰/۵۰ گزارش نمود. به علاوه، وی نشان داد پرسشنامه سبک عاطفی در دانشجویان ایرانی از روایی و پایایی کافی برخوردار است. در مجموع شاخص‌های روایی و پایایی در این پرسشنامه رضایت‌بخش گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی خودتنظیمی هیجانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

برای اجرای پژوهش ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین آسایشگاه و ارائه توضیحات به مسئولین و مردان معلول در خصوص نحوه انجام پژوهش، در پیش‌آزمون، مقیاس خودمراقبتی (Toobert and Glasgow (1994) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (Hoffman and Kashand (2010) روی نمونه موردنظر اجرا و آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و گروه گواه به‌صورت تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایشی توسط درمانگر به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله واقعیت‌درمانی را دریافت کردند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای در این خصوص دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. محتوای جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی گروهی (RT) براساس برنامه درمانی (Glaser (2014) به شرح زیر می‌باشد.

#### جلسه اول:

هدف: آشنایی اعضای نسبت به یکدیگر، قوانین و فرایند گروه.  
شرح جلسات: معرفی گروه و تعداد جلسات معارفه بین اعضای و درمانگر، تعهد کتبی بر رازداری افراد و با هدف ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضای، بیان قواعد گروه، بیان اهداف. تکلیف: در مورد ویژگی‌ها و خصوصیاتشان بنویسند.

#### جلسه دوم:

شرح جلسات: توضیح شباهت‌ها و تفاوت‌های بین انسان‌ها، معرفی نیازهایی انسان که شامل پنج نیاز اساسی عشق و تعلق خاطر، قدرت، آزادی، بقاء و تفریح که هر کدام به‌طور جامع بیان خواهد شد.  
تکلیف: هر فرد پنج نیاز خود را بنویسید.

#### جلسه سوم:

هدف: آشنایی اعضای با مسئولیت‌پذیری، ارزشمندی و دوست داشتن.  
شرح جلسات: بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف مسئولیت‌پذیری، تعریف احساس کفایت و

ارزشمندی، ایجاد حس تعهد با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی. تکلیف: انتخاب‌ها و کارهایی که نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت می‌کنند و رفتارهای ارزشمند خود را یادداشت کنند.

#### جلسه چهارم:

هدف: آشنایی اعضا با رفتار کلی (چهار مؤلفه: عمل، فکر، احساس و فیزیولوژیکی). شرح جلسه: بررسی تکلیف جلسه قبل و سؤالات و اشکالات احتمالی، آموزش و توضیح رفتار کلی، نحوه کنترل و تغییر رفتارمان با تأکید بر چهار مؤلفه اصلی آن که شامل عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی است. تکلیف: در طول روز رفتارهای کلی و انتخاب‌های خود را بنویسند.

#### جلسه پنجم:

هدف: آشنایی اعضا با مفهوم کنترل بیرونی و درونی. شرح جلسات: بیان این سؤال که به نظر اعضا رفتارشان تحت تأثیر کنترل بیرونی است یا درونی، چگونگی کنترل بر رفتار را توضیح می‌دهیم. تکلیف: یادداشت کردن رفتارهایی که بر آن کنترل بیرونی یا درونی دارند.

#### جلسه ششم:

هدف: آشنا شدن اعضا با مشکلات، شیوه حل مسائل، مسئولیت‌پذیری و آنچه را انتخاب می‌کنند شرح جلسات: چگونگی رویارویی با مشکلات، مهارت لازم برای مسئولیت‌پذیری، درمانگر بیان می‌کند در هنگام مواجهه با مشکل اعضا چه واکنشی را ابراز می‌کنند، مشخص کردن مشکلی که با آن روبرو هستید، بیان احساس و این‌که دوست دارید چه اتفاقی رخ می‌دهد، بیان راه‌حل‌های موجود و پیامدهای هر راه‌حل و انتخاب بهترین راه‌حل. تکلیف: یادداشت مشکل اخیرشان و شیوه حل مسئله و بررسی انتخاب‌های موجود.

#### جلسه هفتم:

هدف: آشنایی اعضا با دنیای کیفی و قضاوت ارزشی نسبت به رفتارهایشان. شرح جلسات: آگاهی از توانمندی‌ها، واقع‌بینی در مورد جهان اطراف، آموزش مفهوم دنیای کیفی، قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی خود. تکلیف: نوشتن دنیای کیفی و قضاوت‌های ارزشی‌شان.



## جلسه هشتم:

هدف: جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

شرح جلسات: از اعضاء خواسته می‌شود تا نظرات خود را نسبت به گروه بیان نموده و این‌که آیا در این گروه به هدف خود رسیدند و در پایان از اعضاء آزمون‌های موردنظر را به عنوان پس‌آزمون گرفته می‌شود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی در جدول ۱ نشان داده شده است.

Table 1.

The average and standard deviation results of performing pre-test and post-test of the dependent variables (self-care and self-regulation) in current research

Variable	Group	Number	Pertest		Posttest	
			M	SD	M	SD
Self-Care	Experiment	15	30.22	2.23	48.17	1.33
	Control	15	28.84	2.19	29.35	2.29
Self-Regulatory	Experiment	15	42.41	4.24	69.87	3.27
	Control	15	40.16	4.28	41.09	4.12

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره شرکت‌کنندگان در متغیر خودمراقبتی به ترتیب در گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۳۰/۲۲ و ۲۸/۸۴ و در پس‌آزمون ۴۸/۱۷ و ۲۹/۳۵ بود. به علاوه، میانگین نمره شرکت‌کنندگان در متغیر خودتنظیمی هیجانی به ترتیب در گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۴۲/۴۱ و ۴۰/۱۶ و در پس‌آزمون ۶۹/۸۷ و ۴۱/۰۹ بود.

برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورده می‌کنند، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، نشان داد که متغیر خودمراقبتی ( $F=۰/۶۲$ ,  $p=۰/۴۴$ ) و

خودتنظیمی هیجانی ( $F=۰/۰۹$ ,  $p=۰/۸۷$ ) بدست آمد. به عبارتی مقادیر  $F$  تعامل برای متغیرهای خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی معنی‌دار نیست. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود. همچنین برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر بدست آمده در متغیر خودمراقبتی برابر با ( $F=۱/۳$ ,  $p=۰/۱۴$ ) و خودتنظیمی هیجانی برابر با ( $F=۲/۹$ ,  $p=۰/۰۹$ ) بدست آمد که معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود یعنی پیش‌فرض واریانس نمره‌ها در دو گروه آزمایشی و گروه گواه تأیید گردید. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا روی داده‌های حاصل از دو گروه شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

Table 2.

Results of the analysis of the multivariate covariance on average scores of the variables of the research

Test	Value (amount)	F	df assumption	df error	p	Effect size
Pill's trace	0.32	68.133	3	27	0.001	0.32
Wilk's lambda	0.67	68.133	3	27	0.001	0.32
Hotelling's trace	3.04	68.133	3	27	0.001	0.32
Roy's largest root	3.04	68.133	3	27	0.001	0.32

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=۶۸/۱۳۳$ ,  $p\leq ۰/۰۰۱$ ). نتایج این بررسی در جدول ۳ ارائه شده است.

Table 3.

Results of one-way ANCOVA covariance in the context of the MANCOVA on the variables of the reaserch

Dependent variables	Sum of squares	df	Mean Sum of Squares	F	p	Effect size
Self-Care	1131.99	1	1131.99	161.24	0.001	0.62
Self-Regulatory	1249.24	1	1249.24	65.03	0.001	0.70

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در هر دو متغیر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی بین گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ( $p\leq ۰/۰۰۱$ ). بنابراین، آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی

تأثیرگذار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی بود. معنی‌دار شدن شاخص‌های آزمون چندمتغیری مؤید این موضوع است که تفاوت معنی‌داری حداقل در یکی از متغیرهای خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی ایجاد شده است. این یافته نشان می‌دهد که آموزش واقعیت‌درمانی به‌طور معنی‌داری باعث بهبود خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی در مردان معلول جسمی- حرکتی شده است، به عبارتی خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی شرکت‌کننده در گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. نتایج بدست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه نشان داد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه آزمایشی وجود دارد. بنابراین آموزش واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی مردان معلول جسمی- حرکتی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج Nikodzadeh (2017) و Gehi et al. (2006) همخوانی داشت. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (Toljamo & Hentinen, 2001). خودمراقبتی شامل اعمالی است آموخته‌شده، آگاهانه و هدف‌دار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند (Sidani, 2003). از طرفی انسان‌ها همیشه سعی می‌کنند به نحوی رفتار کنند که بیشترین و مؤثرترین کنترل را بر زندگی خود داشته باشند. کنترل مؤثر در نظریه انتخاب به این معناست که بتوان طوری عمل کرد که عکس‌های درون‌دنیای کیفی را به شکل معقولی ارضاء کرد. از نظر Glaser نظام رفتاری از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول، شامل رفتارهای سازمان یافته‌ای است که برای ما آشنا هستند. بخش دوم، شامل رفتارهایی است که پیوسته سازمان‌دهی

مجدد می‌شوند. این بخش جزء خلاق رفتار است. با ظهور تصاویر و ادارک‌های جدید، لزوم سازمان‌دهی مجدد رفتارها، پیش می‌آید (Glaser, 2006; Translated by Sahebi, 2013). در تبیین رفتار انسان Glaser معتقد است انسان‌ها تا حدودی شبیه ترموستات عمل می‌کنند. آن‌ها همچون ترموستات، دنیای بیرن خود را حس می‌کنند، ادارک‌ها را در مغز پردازش و نحوه پاسخ‌دهی را انتخاب می‌کنند. این عمل در ایستگاه‌های مقایسه صورت می‌گیرد. سپس مغز به این جریان و رفتار، سازماندهی مجددی می‌دهد و افکار، کنش‌ها و احساسات را پدید می‌آورد. بنابراین، با توجه به واقعیت‌درمانی، افراد مسئولیت انتخاب‌های خود را به عهده گرفته و لذا رفتارهایی را انجام خواهند داد که کمترین آسیب را به همراه داشته باشد، در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی در آن‌ها افزایش می‌یابد (Glaser, 2008, Translated by Firozbakhte, 2014).

نتایج بدست آمده از مقایسه پس‌آزمون خودتنظیمی هیجانی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات، آموزش واقعیت‌درمانی بر خودتنظیمی هیجانی افرادی که در گروه آزمایشی شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معنی‌داری داشته است. بنابراین آموزش واقعیت‌درمانی بر خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی- حرکتی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش (Beheshti and Haj Hosseini, 2017)، (Macklem, 2011) و (Sabori, 2016) همسو بود. بر طبق مدل تنظیم هیجان (Gross, 2010)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. تنظیم هیجان (Gratz & Gunderson, 2008) شامل کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. تنظیم هیجان یک فرایند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا مقابله و شادی را تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند (Fosca, 2010). به کمک مداخلات روان‌شناختی از جمله واقعیت‌درمانی، افراد می‌توانند تا حد زیادی خودتنظیمی خود را افزایش دهند (Glaser, 2008; Translated by Firozbakhte, 2014). Glaser در خلاصه‌بندی نظریه کنترل به این مسئله اشاره دارد که انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به‌عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای اصلی خود را حفظ نمایند (Sharif, 2006;

(Translated by Firozbakhte 2012). در همین راستا وی عنوان می‌کند که هر کسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداشت (Glaser, 2008; Translated by Firozbakhte, 2014). لذا افراد به کمک این تکنیک‌ها می‌توانند هیجان‌ات و رفتارهای خود را مدیریت و کنترل نموده و خودتنظیمی هیجانی آن‌ها افزایش می‌یابد.

نمونه پژوهش حاضر منحصر به مردان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به آسایشگاه معلولین شادگان و به‌صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود نتیجه این پژوهش مورد پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله قرار بگیرد. همچنین، واقعیت‌درمانی روی متغیرهای وابسته دیگر بر روی مردان جسمی - حرکتی انجام شود. به‌علاوه، نتایج این پژوهش برای سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، کلینیک‌ها و مراکز مشاوره می‌تواند کاربرد داشته باشد.

---

**سهم مشارکت نویسندگان:** ارائه ایده تحقیق، تهیه و تنظیم، تجزیه و تحلیل آماری پژوهش، یافته‌های تحقیق و نوشتن نتیجه‌گیری تمامی توسط جعفر شویچی انجام شده است.  
**سپاسگزاری:** از کلیه مردان معلول جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به آسایشگاه معلولین شادگان برای شرکت در این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

**تضاد منافع:** نویسنده اذعان می‌کند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

**منابع مالی:** این مقاله با هزینه خود نویسنده انجام شده است.

---

## References

- Aggleton, P., & Chalmers, H. (2012). *Nursing models and the nursing process*. Houndmills: Macmillan Education.
- Barghi Irani, Z., Rajabi, M., Nazami, M., & Bagiyan Koulemarz, M. J. (2017). The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting subjective well-being of diabetic elderly peoples. *Health Psychology, 6*(3), 17-28.
- Beheshti, M., & Haj Hosseini, M. (2017). *The Effectiveness of group therapy of reality therapy on self-regulated behavior in high school students*. 9th International Congress on Psychotherapy (Asian Summit on Cultural Values), University Tehran, Tehran. [Persian]
- Brown, R., & Turner, R. J. (2010). Physical disability and depression: Clarifying racial/ethnic contrasts. *Journal of Aging and Health, 22*(7), 977-1000.
- Meei-Ling, G., Hsin-Chun, M., & Chung-Yi, L. (2004). The development and psychometric testing of a self-care scale for dysmenorrhea adolescents. *Journal of Research in Nursing, 12*(2), 119-130.
- Fosca, G. M. (2010). *Beyond the parent-child dyad: testing family systems influences on children's emotion regulation*. Ph.D. Thesis of Psychology, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045-1053.
- Gehi, A. K., Mehta, D., & Gomes, J. A. (2006). Evaluation and management of patients after implantable cardioverter-defibrillator shock. *JAMA, 296*(23), 2839-2847.
- Ghobari, B. B., Rafikhah, M., & Mohajerani, M. (2014). Relationship between attachment to God and perceived social support with post-traumatic development in mothers of children with physical disability. *Journal of Psychological Achievements, 21*(1), 1-14. [Persian]
- Glaser, B. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, W. (2006). *The choice theory*. Translated by A. Sahebi (2013). Tehran: Sayeh Sokhan Publications. [Persian]
- Glaser, W. (2008). *Selection theory: The new psychology of individual freedom*. Translated by M. Firozbakhte (2014). Tehran: Rasa Publications. [Persian]
- Glasser, W. (2014). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harper Collins Publisher.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35.
- Hamill, S. K. (2003) Resilience and self-efficacy: The importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences, 35*, 115-146.

- Hofmann, S. G., & Kahdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Journal of Psychopathol Behavior Assessment*, 32(2), 255-263.
- Kareshki, H. (2013). Evaluating factorial structure of emotional styles in students. *Journal of Research in Behavioral Science*, 11(3), 185-195.
- Macklem, G. L. (2011). *Evidence-based school mental health services: Affect education, emotion regulation training, and cognitive behavioral therapy*. New York, NY, US: Springer Science Business Media.
- Morowati Sharifabad, M., Momeni, Z., Eslami, M., DehghaniTafti, A., & Hakimzadeh, A. (2016). Study of factors associated with self-care behaviors in patients with multiplesclerosis in Yazd city based on health belief model. *Journal of Toloo-e-Behdasht*, 15(2), 82-93. [Persian]
- Morowati Sharifabad, S. M. A., & Rouhani Tonekaboni, T. N. (2009). Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 15(4), 91-100. [Persian]
- Nikodzadeh, A. (2017). *Effectiveness of group reality therapy on death anxiety and self-care in MS patients*. M.A. Thesis of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand. [Persian]
- Nourali, H., Hajiyakhchali, A., Shehniyailagh, M., & Maktabi, G. (2018). The effects of teaching cognitive regulation of emotion strategies on social adjustment and well being of male gifted students. *Journal of Psychological Achievements*, 25(2), 91-110 [Persian]
- Price, M., & Anderson, P. (2007). The role of presence in virtual therapy exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 742-751.
- Rahimi Pordanjani, T., & Mohamadzadeh Ebrahimi, A. (2017). Esigning and testing a model of important precedents and outcomes of self-regulation at workplace. *Journal of Psychological Achievements*, 24(2), 23-42. [Persian]
- Rajabzadeh, F., Makvand Hosseini, S., Talebian Sharif, J., & Ghanbari Hashemabadi, B. A. (2015). The effect of group new reality therapy based on choice theory on social anxiety disorder in Student of university. *Journal of Psychological Achievements*, 22(1), 133-152. [Persian]
- Sabori, S. (2016). *Comparison of emotional self-regulation, resilience and optimism in physical and physical disabilities*. M.A. Thesis of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan. [Persian]
- Sharif, R. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy*. Translated by M. Firozbakhte (2012). Tehran: Rasa Publications. [Persian]
- Sidani, S. (2003). Self-Care. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (Chapter 3, 65-114). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Sirjani, A. (2015). *Hard and self-care relationship with mental health and follow-up of physician assistants in physically and mentally handicapped*. M.A. Thesis of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj. [Persian]
- Skarbek, E. A. (2006). *Psychological predictors of self care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients: Analysis of social support, self-efficacy, and depression*.

Ph.D. Thesis of Clinical Psychology. Texas University, Austin, Texas.

Sorani, M., Taghdisi, M. H., Shojaei Zadeh, D., Novin, L., Noroozi, M., & Fallahi, S. (2013). Predictors of self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. *Journal of Health System Research*, 8(5), 814-23. [Persian]

Spencer, T. (2007). The role of research in the lives of people with disabilities: Too little too late? *Exceptional Parent Magazine*, 1, 78-82.

Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 618-627.

Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1994). Assessing diabetes self-management: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. In C. Bradley (Ed.), *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (351-375). Langhorne, PA, England: Harwood Academic Publishers/Gordon.

