

تأثیر واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی

ربابه غلامی^۱، علی محمد ناعمی^۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی شهر سبزوار انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی شهر سبزوار در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۶ بودند. تعداد ۳۴ مادر دارای فرزند با ناتوانی‌های رشدی و ذهنی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. آنگاه از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش مداخله واقعیت‌درمانی را طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌های موردنیاز با استفاده از پرسشنامه استاندارد استیگمای ریشتر جمع‌آوری شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که واقعیت‌درمانی بر استیگما و مولفه‌های آن شامل بیگانگی، تایید تصورات قالبی، تجربه تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری اجتماعی در مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی موثر است و مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور معناداری استیگمای کمتری داشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی در کاهش استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی تأثیر معناداری دارد و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای موثر برای این گروه از مادران استفاده کرد.

واژگان کلیدی: واقعیت‌درمانی، استیگما، ناتوانی‌های رشدی و ذهنی

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی واحد سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران.

۲. استادیار گروه علوم تربیتی واحد سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران. (نویسنده مسئول).

amnaemi@yahoo.com

مقدمه

ناتوانی‌های رشدی در بین گروه‌های مختلف دارای ناتوانی با اختلال‌های عملکردی در جنبه‌های فردی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۶). این افراد محدودیت‌های خاصی از یادگیری یا کنترل عملکرد اجرایی ناشی از نارسایی مهارت‌های اجتماعی و ذهنی دارند که نیازمند دریافت خدمات متفاوتی هستند. افراد دارای ناتوانی‌های رشدی نسبت به افراد عادی از سلامت پایین‌تر، پیشرفت تحصیلی کمتر، فرصت‌های اقتصادی محدودتر و میزان فقر بیشتر رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۱). ناتوانی‌های رشدی و ذهنی نوعی اختلال عمومی است که عملکرد شناختی در آن زیر میانگین بوده و نارسایی‌هایی در دو یا چند رفتار قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می‌شود (دمیرل^۲، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، ناتوانی‌های رشدی و ذهنی به کودکان اشاره دارد که تأخیر زیادی در یادگیری زبان، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های سازشی، مراقبت از خود (نظیر غذا خوردن و لباس پوشیدن) و رشد مهارت‌های حرکتی دارند (ملک‌پور، ۱۳۸۶). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ (۲۰۱۳) به جای اصطلاح عقب‌ماندگی از کم‌توانی ذهنی یا ناتوانی‌های رشدی و ذهنی استفاده شده است و تشخیص آن بر اساس سه ملاک زیر انجام می‌شود: ۱. محدودیت‌های شناختی یا مفهومی که با محدودیت عملکرد شناختی (شامل مهارت در زبان، خواندن، نوشتن، ریاضی، استدلال، دانش و حافظه) همراه است. ۲. محدودیت رفتارهای انطباقی که نقطه اوج مهارت‌های مفهومی، مهارت‌های اجتماعی (مانند همدلی، قضاوت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی بین فردی، توانایی ایجاد و حفظ دوستی) و مهارت‌های عملی (مراقبت‌های شخصی، مسئولیت‌های شغلی، مدیریت پول، تفکیک و سازماندهی وظایف مدرسه و کار) است. ۳. سن شروع قبل از ۱۸ سالگی است (ریچاردز، برادی و تیلور^۵، ۲۰۱۵).

-
1. American Psychiatric Association
 2. World Health Organization
 3. Demirel
 4. American Psychiatric Association
 5. Richards, Brady & Taylor

وجود کودک با نیازهای ویژه در خانواده می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر اعضای آن وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به‌حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده را به مخاطره می‌اندازد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که والدین کودکان با نیازهای ویژه نسبت به والدین کودکان عادی، صرف‌نظر از نژاد، وضعیت تاهل و تحصیلات، از مشکلات بیشتری رنج می‌برند (بورک، اوربانو و هوداپ، ۲۰۱۱). معمولاً پدر و مادر، تنش ناشی از حضور یک کودک دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی را به‌طور متفاوتی تجربه می‌کنند و مادران به‌دلیل داشتن نقش و مسئولیت‌های بیشتر فشارها و مشکلات روانی بیشتری را تحمل می‌کنند (پاورز، ۲۰۱۱). در چنین شرایطی و در اغلب موارد، مادران شاغل، کار خود را رها کرده و در خانه به مراقبت بیشتر از فرزند خود اقدام می‌کنند (پاورز، ۲۰۱۱). همچنین، مشکلات خواب و رفتار این کودکان تاثیر قابل توجهی بر اختلال خواب، افزایش افسردگی، اضطراب و استرس مادران آنها دارد. علاوه بر این، اختلال خواب مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی، به بهزیستی آنها آسیب وارد می‌سازد (چیو و ریچدال، ۲۰۰۹). حضور یک کودک معلول بر زندگی خواهران و برادران غیرمعلولش نیز تاثیر می‌گذارد و این افراد، نسبت به خواهران و برادران کودکان سالم، در معرض آسیب‌های روانی بیشتر، کاهش روابط بین فردی و افت تحصیلی قرار می‌گیرند (گودی، هاورکمپ، جامیسون و سهر، ۲۰۱۳).

یکی از متغیرهایی که در مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی دیده می‌شود، استیگما^۵ (داغ اجتماعی) است. گرچه واکنش‌های والدین این کودکان در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است؛ اما در بسیاری از فرهنگ‌ها، ناتوانی همراه با استیگما دیده می‌شود (کایاما و هایت، ۲۰۱۳). استیگما یا انگ به مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که با برجسب زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی می‌انجامد (گافمن، ۱۹۶۳). به عبارت دیگر، استیگما به نگرش یا تفکری گفته می‌شود که

1. Burke, Urbano & Hodapp
2. Powers
3. Chu & Richdale
4. Goudie, Havercamp, Jamieson & Sahr
5. Stigma
6. Kayama. & Haight
7. Goffman

یک فرد به خاطر داشتن ویژگی یا مشکل رفتاری خاص که مورد تایید جامعه یا اخلاق نیست، احساس شرم و خجالت می کند (هینگ، هولدرث، تاپسی و برین^۱، ۲۰۱۳). استیگما فرایند اجتماعی پیچیده‌ای از برجسب زدن، تغییر، کاهش ارزش و تبعیض است که با عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری رابطه دارد (کورینگان، دراس و پرلیک^۲، ۲۰۱۴). استیگما در سطوح مختلف و به‌طور همزمان درون فردی (به‌عنوان مثال، خود استیگمایی)، بین فردی (به‌عنوان مثال، روابط با دیگران) و ساختاری (به‌عنوان مثال، تبعیض و یا سیاست‌های، قوانین و سیستم‌های انحصاری) رخ می‌دهد (لوینگتون^۳، ۲۰۱۳). به باور کورینگان (۲۰۰۴) استیگما دو نوع است: استیگمای عمومی^۴ و خود استیگما^۵. او استدلال می‌کند که استیگمای عمومی با یک تفکر کلیشه‌ای آغاز می‌شود: "افراد مبتلا به بیماری روانی خطرناک هستند". پس از آن کلیشه‌ای به تعصب تبدیل می‌شود: "همه افراد مبتلا به بیماری روانی خطرناک‌اند و من از آن‌ها می‌ترسم". بعد از آن تعصب به تبعیض منجر می‌شود: "من نمی‌خواهم که نزدیک آن‌ها باشم؛ آن‌ها را استخدام نکنید". بر اساس این نظریه، مردم از برجسب خوردن دوری می‌کنند تا از آزار و اذیت عمومی مصون بمانند. خوداستیگما به همان شیوه استیگمای عمومی با یک کلیشه آغاز می‌شود "همه افراد مبتلا به بیماری روانی بی‌سواد هستند؛ سپس به تعصب منجر می‌شود" من بیماری روانی دارم، بنابراین آدم نالایق و بی‌کفایتی هستم" و درنهایت به تبعیض تبدیل می‌شود، چرا باید سعی کنم شغلی به‌دست آورم؛ من یک بیمار روانی بی‌سوادی هستم". ریتشر و فلان^۶ (۲۰۰۴) بر این باورند که استیگما از پنج مولفه تشکیل شده است. بیگانگی^۷ نشان دهنده احساس بی‌ارزش بودن به‌عنوان یک عضو جامعه است؛ تایید تصورات قالبی^۸ منعکس‌کننده موافقت با کلیشه‌های منفی بیماری روانی می‌باشد؛ تجربه تبعیض آمیز^۹ بیانگر رفتار نامناسب اخلاقی نسبت به تعصبات دیگران است؛ کناره‌گیری اجتماعی^{۱۰} که با اجتناب از دیگران به

1. Hing, Holdsworth, Tiyce, & Breen
2. Corrigan, Druss, & Perlick
3. Livingston
4. Public-Stigma
5. Self-Stigma
6. Ritsher, & Phelan
7. alienation
8. stereotype endorsement
9. discrimination experience
10. social withdrawal

دلیل بیماری روانی مشخص می‌شود و مقاومت^۱ که در مورد توانایی ادراک شده افراد برای از بین بردن استیگما مطرح می‌شود. اخیراً پیشنهاد شده است که مولفه مقاومت از نظر مفهومی با خرده مقیاس‌های دیگر تفاوت دارد و حذف شده است (سیبیتز، انجر، وویمن، زیدک و امرینگ^۲، ۲۰۱۱؛ بروهان^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر کارشناسان، استیگمای عمومی و خوداستیگما با هم رابطه دارند (وگل، وید و هاگلر^۴، ۲۰۰۷). استیگمای عمومی سبب می‌شود خانواده از تجارب هیجانی، همچون بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و تبعیض در جامعه رنج ببرد (پارک و پارک^۵، ۲۰۱۴) و به انزوا کشانده شود. در چنین شرایطی خانواده تلاش می‌کند جهت پنهان ماندن وضعیت خود، درمان عضو بیمار را به تاخیر اندازد (گیرما^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). آسیب‌های استیگما زمانی به اوج خود می‌رسد که خانواده، استیگمای اجتماعی را پذیرفته و دیدگاه‌های منفی جامعه را نسبت به خود درونی سازد (خود استیگما) که در این صورت ارزش‌های هویت قبلی خود را از دست داده و خود استیگمایی (انگ خورده توسط خود) را می‌پذیرد (زیسمن-ایلانی^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس نظر کوریگان (۲۰۰۴) استیگما با بیماری‌های روانی همبستگی دارد. استیگما موجب کاهش عزت‌نفس و افزایش فشار روانی، افسردگی و اضطراب می‌شود (مک‌وینی، پون، پان و چدینگ^۸، ۲۰۰۷). استیگمای ادراک‌شده در مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی به لحاظ ذهنی و عینی، موجب تنش و فشار روانی می‌شود (گرین^۹، ۲۰۰۷). این پیامدهای منفی ایجاد شده در مادر استیگمایی می‌تواند به افراد دیگر خانواده نیز سرایت کند. آن‌ها ممکن است استیگمای مربوط به مادر را درونی کنند و درگیر شرم، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و انزوای اجتماعی شوند (کافمن، ۱۹۶۳).

1. resistance
2. Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek & Amering
3. Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft
4. Vogel, Wade, & Hackler
5. Park & Park
6. Girma
7. Zisman-Ilani
8. MacWinnie, Poon, Pun & Cheding
9. Green

یافته‌های کلمن، استولینک، هاتچ، دنی و گرینبرگ^۱ (۲۰۱۷) نشان داد که بین استیگما و تلاش برای کمک به اختلالات روانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش نیوپان، دهاکا، تاپا، بهندری و میشر^۲ (۲۰۱۶) نشان داد که مداخلات هدفمند می‌تواند موجب نگرش مثبت و غلبه بر استیگما در گروه‌های دارای رفتار پرخطر شود. اسلاتری، مک‌ماهو و گالاگر^۳ (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خوش‌بینی به‌طور غیرمستقیم از طریق بازاندیشی مثبت و حمایت اجتماعی برای والدین کودکان دارای ناتوانی ذهنی و رشدی مفید است و میزان خوش‌بینی بالاتر، بازاندیشی مثبت و حمایت اجتماعی بیشتر را پیش‌بینی می‌کند. این امر به نوبه خود می‌تواند برای والدین دارای کودک ناتوان رشدی و ذهنی مفید و موثر باشد. همچنین، نتایج پژوهش لیونگ، چان، لام، یایو و تسانگ^۴ (۲۰۱۶) نشان داد که آموزش والدین کودکان پیش‌دبستانی دارای ناتوانی رشدی و ذهنی سبب کاهش معنی‌دار استرس والدین، راهبردهای انضباط ناکارآمد و مشکلات کودکان می‌شود.

برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمانی، واقعیت‌درمانی^۵ است. واقعیت‌درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است که به‌منظور کمک به افراد جهت حرکت از رفتارهای نامناسب به سمت رفتارهای مؤثر، از انتخاب‌های مخرب به سوی انتخاب سازنده و مهمتر از نارضایتی زندگی به سمت زندگی رضایت‌بخش است (گلاسر^۶ و گلاسر، ۲۰۱۰). گلاسر رفتار را شامل چهار مؤلفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر به‌طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به‌طور غیرمستقیم کنترل داریم. تأکید نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر است (گلاسر، ۲۰۰۸).

گلاسر نشان داد که انسان‌ها به‌وسیله پنج نیاز درونی که عبارت‌اند از نیاز به بقا، نیاز به قدرت، نیاز به مفید بودن، نیاز به آزادی و نیاز به عشق و تعلق، برانگیخته می‌شوند (گلاسر،

1. Coleman, Stevelink, Hatch, Denny & Greenberg
2. Neupane, Dhakal, Thapa, Bhandari & Mishra
3. Slattery, McMaho & Gallagher
4. Leung, Chan, Lam, Yau, & Tsang
5. reality therapy
6. Glasser

۱۹۹۸). نیاز به بقا شامل نیازهایی چون غذا، هوا، امنیت، سلامتی، دما و تولید مثل اشاره دارد. نیاز به قدرت دربرگیرنده پیشرفت، شایستگی، عزت‌نفس، غرور، قدردانی و مهم بودن است (فری و ویلهایت^۱، ۲۰۰۵). نیاز به مفید بودن قدرت شامل تصمیم‌گیری و مسئولیت‌پذیری است (یورگان و ولتان-اکار^۲، ۲۰۱۴). این نیاز به‌طور طبیعی یادگیری را تقویت می‌کند (گلاسر، ۱۹۹۸). ارضاء این نیاز نه تنها موجب کسب آگاهی نسبت به خود و دیگران می‌شود، بلکه زمینه برقراری ارتباط بین فردی رضایت‌بخش را نیز فراهم می‌سازد (فال، هولدن و مارکوئیز^۳، ۲۰۰۴). نیاز به مفید بودن می‌تواند شامل تجربیات روزانه زیادی چون خندیدن، لطیفه‌گویی، فعالیت‌های ورزشی، خواندن و گردهمایی شود (شارف^۴، ۲۰۱۴). نیاز به عشق و تعلق دربرگیرنده عواملی مانند با دیگران بودن، احساس مسئولیت و همکاری با آنان (گلاسر، ۲۰۰۱) و ازدواج با جنس مقابل (فال، هولدن و مارکوئیز، ۲۰۰۴) می‌شود. به باور گلاسر عشق و تعلق برجسته‌ترین نیاز است. او استدلال می‌کند که نیاز به بودن با دیگران به ارضاء سایر نیازها کمک می‌کند (سامرز-فلانگان و سامرز-فلانگان^۵، ۲۰۰۴). نیاز به آرامی، شامل عدم وابستگی، استقلال، انتخاب، استدلال و بیان آزادانه است (فری و ویلهایت، ۲۰۰۵). گاهی آزادی با تعلق (مانند وابستگی به همسالان، خانواده و دین) در تضاد قرار می‌گیرد که ممکن است مانع رسیدن فرد به آزادی شود (یورگان و ولتان-اکار، ۲۰۱۴). به نظر گلاسر (۱۹۹۸) آسیب دیدن آزادی سبب نگرانی افراد می‌شود. این نیازها در انسان ذاتی و جهان‌شمول بوده و جهت‌دهنده تمامی رفتارهای انسانند. ارضاء این نیازها منجر به احساس کنترل می‌شود که در نظریه‌های دیگر از آن به عنوان خودشکوفایی یا تحقق خود نام برده می‌شود (گلاسر، ۲۰۰۸). رویکرد واقعیت‌درمانی بر نظریه انتخاب^۶ استوار است. نظریه انتخاب، مردم را مانند جعبه‌های توخالی تصور نمی‌کند که به‌وسیله محرک‌های بیرونی برانگیخته شوند (کوری^۷، ۲۰۱۳). بر اساس نظریه انتخاب، عناصر مهمی که نشان‌دهنده احساس شادمانی یا

-
1. Frey & Wilhite
 2. Yorgun & Voltan-Acar
 3. Fall, Holden & Marquis
 4. Sharf
 5. Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan
 6. choice theory
 7. Corey

نگرانی فرد در رسیدن به نیازهای اساسی می‌باشد، گسترده‌اند (ترکدوغان و دورو^۱، ۲۰۱۴). نظریه انتخاب مدعی است که اضطراب و پریشانی نشان‌دهنده این است که فرد حداقل به یکی از نیازهای خود دست نیافته است (کوری، ۲۰۱۳). به این معنا که افراد رفتارهایشان را خودشان انتخاب می‌کنند و مسئول زندگی، عمل، احساس و فکر خود هستند (گلاسر، ۲۰۰۸). واقعیت‌درمانی بر دسترسی به هویت موفق که در اثر انجام کار موفقیت‌آمیز حاصل می‌شود، تاکید دارد و قدرت انتخاب فرد را عامل مهمی در سلامت روان او می‌داند. آنچه بین فرد سالم و غیرسالم فاصله ایجاد می‌کند، پذیرش مسئولیت، زندگی در زمان حال، انتخاب آگاهانه و درست، توانایی کنترل مسائل و آگاهی از نیازهای واقعی است (ووبولدینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به مردم به منظور آگاهی از نیازها و نظارت بر رفتار و تصمیم‌گیری‌های مناسب است (کاکیا^۳، ۲۰۱۰).

واقعیت‌درمان یک روش مبتنی بر انجام دادن است. درمانگر همراه با مراجع برنامه چهار مرحله‌ای قابل اجرا تدوین می‌کنند تا مراجع در مسیر ارضاء نیازهایش قرار گیرد. این مراحل عبارت‌اند از: خواسته‌ها^۴ (نیازها و ادراکات مراجع چیست؟)، جهت یا مسیر^۵ (مراجع در حال حاضر در زمینه انجام دادن، تفکر، احساس و فیزیولوژی چه می‌کند؟)، خودارزیابی^۶ (مراجع چگونه به انجام دادن فعالیت‌هایی پردازد تا او به خواسته‌هایش نزدیک‌تر شود؟)، برنامه‌ریزی^۷ (برنامه‌ریزی برای تغییر باید چگونه باشد؟) (فلانگان و فلانگان^۸، ۲۰۰۴).

اساس واقعیت‌درمانی گروهی، فرایند خودارزیابی است؛ زیرا محیطی که در گروه ایجاد می‌شود، به اعضای گروه کمک می‌کند تا ارزیابی مناسبی از رفتار خود داشته باشند (کوری، ۲۰۱۳). در این روش درمانی، تاکید بر مواجه شدن با واقعیت، پذیرش مسئولیت، درک نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی در مورد خوب بودن یا نبودن رفتار، تمرکز بر اینجا

1. Turkdogan & Duru
2. Wubbolding
3. Kakia
4. wants
5. direction
6. self-evaluation
7. planning
8. Flangan & Flangan

و اکنون، کنترل درونی به‌منظور دستیابی به هویتی موفق است که با عزت‌نفس ارتباط مستقیم داشته و آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کاترین^۱، ۲۰۰۸). کاربرد این نظریه به شیوه‌های فردی و گروهی نظر بسیاری از درمانگران را به خود جلب کرده است و در پژوهش‌های مکرر کارایی بیشتر آن نسبت به سایر روش‌ها به اثبات رسیده است (گلاسر، ۲۰۰۸).

گرچه در زمینه تأثیر واقعیت‌درمانی بر آسیب‌های روانی پژوهش‌های بسیاری انجام شده است (چوبداری، کاظمی و پزشکی، ۱۳۹۵؛ اسدی و کیلی، ۱۳۹۴؛ واتسون، دیلی، تودورووا و تکوانی^۲، ۲۰۱۴؛ فرنودیان، ۲۰۱۶؛ وحیدی برجی، جدیدی و دنیاوی، ۲۰۱۷)، اما در ارتباط با تاثیرگذاری آن بر مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی به‌ویژه در ایران (با بررسی کامل پایگاه‌های اطلاعاتی و کلید واژه‌های مختلف) پژوهشی صورت نگرفته است. با این حال، بررسی پژوهش‌هایی که در ارتباط با تاثیر احساسات و انتظارات والدین به‌ویژه مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی بر فرزندانشان و نیز مداخله واقعیت‌درمانی بر این احساسات و هیجان‌ها انجام شده است، می‌تواند مفید باشد. نتایج پژوهش‌های فرناندز-اکانترا^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که والدین کودکان معلول به علت عدم اطمینان نسبت به آینده، از مشکلات شدید درونی و عاطفی رنج می‌برند. یافته‌های نورلین و بروبی^۴ (۲۰۱۳)، حاکی از آن است که جنسیت والدین کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی، بر میزان مشکلات عاطفی آنان تاثیرگذار است و مادران نسبت به پدران بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند. یافته‌های پژوهش‌های مختلف بیانگر این است که انتظارات و احساسات والدین کودکان با نیازهای ویژه به‌طور مستقیم بر رشد، عملکرد تحصیلی (کایاما و هایت، ۲۰۱۳)، خودکارآمدی ادراک شده (لنچ، لوین و والن^۵، ۲۰۱۳)، تعاملات خانوادگی و کیفیت زندگی فرزندانشان (جینیری-کاکوسیسی^۶ و همکاران، ۲۰۱۳) تاثیر می‌گذارد. پژوهش‌های مختلفی اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر

1. Caterin
2. Watson, Dealy, Todorova, & Tekwani
3. Fernández-Alcántara
4. Norlin & Broberg
5. Lench, Levine, & Whalen
6. Ginieri-Coccosis

مشکلات و اختلالات روانی مانند افسردگی (بهارگوا، ۲۰۱۳)، سازگاری، کاهش اضطراب (وحیدی برجی، جدیدی و دنیاوی، ۲۰۱۷)، تاب‌آوری (باری، مجیدبحرینیان، آذرگون و عابدی، ۲۰۱۳)، افزایش شادکامی (خران، یونسی و فروغان، ۱۳۹۴)، بهزیستی روانی (گلاسر، ۲۰۰۱)، امید به زندگی (اسدی و وکیلی، ۱۳۹۴)، کاهش اضطراب (ووبلینگ، ۲۰۱۳؛ اسدی و وکیلی، ۱۳۹۴)؛ کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (چوبداری، کاظمی و پزشک، ۱۳۹۵)، عزت‌نفس^۳ و سلامت روانی (فرنودیان، ۲۰۱۶) را نشان داده است.

با توجه به این که والدین در حفظ تعادل و سلامت روانی خانواده نقش اساسی دارند و از طرف دیگر حضور یک کودک دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی موجب ایجاد تنش و فشار روانی بر اعضای خانواده، به‌ویژه مادر می‌شود و تداوم آن می‌تواند منجر به استیگمای مادر- از طریق درونی کردن تصورات قالبی منفی و تعصبات منعکس شده از سوی افراد جامعه- گردد، پرداختن به وضعیت والدین به‌ویژه مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی از اهمیت بسیاری برخوردار است و به کاهش استیگما، پذیرش واقعیت و مسئولیت کمک فراوانی می‌کند که اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش را آشکار می‌سازد. از سوی دیگر، همان‌گونه که قبلاً اشاره شد تا کنون پژوهشی در زمینه تأثیر واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی در ایران انجام نشده است که بر اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌افزاید. بر این اساس و با الهام از مبانی نظری و تجربی فوق، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا واقعیت‌درمانی بر استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی مؤثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی سبزوار در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۶ بودند. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین مدارس استثنایی

1. Bhargava
2. Wobbling
3. self-esteem

شهر سبزوار یک مدرسه استثنایی به صورت تصادفی انتخاب شد که تعداد دانش‌آموزان آن ۱۱۳ نفر بودند. برای نمونه‌گیری ابتدا پرسشنامه استیگما با همکاری مسئولان مدرسه در اختیار مادران قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه و جمع‌آوری آنها، تعداد ۳۴ مادری که بیشترین نمره استیگما را کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. پس از انتخاب نمونه، برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه واقعیت‌درمانی اجرا شد و برای گروه گواه مداخله‌ای اجرا نشد. پس از اتمام جلسات واقعیت‌درمانی آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه استیگما را کامل کردند. معیارهای ورود به پژوهش برای مادران شرکت‌کننده عبارت بودند از: داوطلب بودن، برخورداری از هوش طبیعی، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل و داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله دارای ناتوانی-های رشدی و ذهنی. معیار خروج نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت از مجموع جلسات آموزشی بود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از مادران شرکت‌کننده رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در برنامه واقعیت‌درمانی گرفته شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه خواهد ماند و آنها در مرحله‌ای از برنامه مختارند که به همکاری خود با پژوهشگر پایان دهند. علاوه بر این، در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد استیگما استفاده شد. این پرسشنامه که توسط ریتشر، اوتیلینگام و گراجالز^۱ (۲۰۰۳) ساخته شده است، شامل ۱۷ سوال می‌باشد که میزان استیگما را در ۴ زیر مقیاس بیگانگی (۴ سوال)، تأیید تصورات قالبی (۴ سوال)، تجربه تبعیض اجتماعی (۴ سوال) و کناره‌گیری اجتماعی (۵ سوال) بررسی می‌کند. در این مقیاس حداقل نمره استیگما ۱۷ و حداکثر آن ۶۸ می‌باشد. کسب نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده استیگمای بیشتر است (زیسمن-ایلانی و همکاران، ۲۰۱۳). روایی محتوایی این مقیاس توسط ۲۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی تأیید شد که شاخص روایی محتوا بیش از ۰/۷۹ اعلام شد. پایایی مقیاس و مولفه‌های به روش آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷۰ گزارش

1. Ritscher, Otilingam & GraJales

شد (زیسمن-ایلانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ سیبیتز، انجر، ووپمن، زیدک و امرینگ، ۲۰۱۱). در جامعه ایرانی نیز روایی محتوایی پرسشنامه استیگما توسط افراد متخصص مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (واقعی، سالارحاجی، اصغری پور و چمنزاری، ۱۳۹۴). در این پژوهش ضریب پایایی مولفه‌های پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۳ و کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

پس از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن‌ها، همه آزمودنی‌ها پرسشنامه استیگما را کامل کردند. آنگاه گروه آزمایش برنامه مداخله واقعیت‌درمانی را به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به مدت ۱۰ هفته و در مرکز آموزشی استثنایی تربیت دریافت نمود، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و به خاطر حفظ و رعایت مسائل اخلاقی تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی ماندند. در پایان برنامه مداخله‌ای از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

برنامه واقعیت‌درمانی به کار رفته در این جلسات بر اساس تئوری انتخاب گلاسر (۱۹۹۸) بود. در این نظریه، بر نحوه دریافت واقعیت از سوی مراجع و شیوه ارزشیابی درونی او از واقعیت تأکید می‌شود. به نظر گلاسر (۱۹۹۸)، مراجع در دنیای بیرونی و درونی خود زندگی می‌کند و دنیای واقعی بر رفتار فرد تأثیر نمی‌گذارد، بلکه دریافت و ادراک او از دنیای واقعی بر رفتارش موثر است. برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر برگرفته از الگوی واقعیت‌درمانی شفیع‌آبادی و ناصری (۱۳۸۸) بود که طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. در جلسات ابتدایی به معرفی و افزایش برخوردارهای اجتماعی اعضا با یکدیگر تأکید شد و در جلسات بعدی رئوس نظریه واقعیت‌درمانی از جمله زندگی در زمان حال، مسئولیت، نیازهای اساسی، انجام کار موفقیت‌آمیز، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف تعیین شده و فنون رفتاری مورد توجه قرار گرفت. شیوه ارائه مطالب بیشتر به صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه مادران فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، ایفای نقش و جمع‌بندی بود. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی واقعیت‌درمانی

جلسات	هدف	محتوا	روش
اول	ایجاد ارتباط اولیه	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی؛ برقراری رابطه‌ی حسنه و درگیری عاطفی بین اعضا	سخنرانی و مشارکتی
دوم	آشنایی با نظریه انتخاب و تاثیر آن بر رفتار	بررسی نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی (بقا، عشق و تعلق، نیاز به قدرت، آزادی و تفریح) و چگونگی تاثیر آن‌ها بر زندگی	سخنرانی، بارش فکری، بحث و گفتگو
سوم	آشنایی با مفهوم ارتباط و مهارت‌های ارتباط موثر	بررسی نقاط قوت و ضعف فرد از طریق ابراز خویشتن؛ گوش دادن فعال؛ استنباط کردن، تاثیر افکار و کنش‌های فرد بر سایر اعضای گروه؛ دیدن خود از دریچه‌ی نگاه دیگران؛ کمک به کاهش اضطراب صحبت کردن در جمع.	بارش فکری، بحث و گفتگو، ایفای نقش
چهارم	معرفی رفتار کلی و شناخت مولفه‌های رفتار کلی انسان	بررسی اجزاء رفتار انسان با مراجعان (مفهوم رفتار کلی) در جلسه گذشته از یکی از اعضا خواسته شد که ماشین بازی با خود بیاورد و به کمک ماشین توضیح داده شد که ۴ جزء رفتاری کدام است و چگونه عمل می‌کند. چرخ‌های جلو تفکر و عمل و چرخ‌های عقب احساس و فیزیولوژی را نشان می‌دهد. اعضا یاد می‌گیرند که انسان تنها بر چرخ‌های جلو کنترل دارد که تفکر و عمل هستند و با کنترل آن‌ها احساس و فیزیولوژی شکل می‌گیرد که چرخ‌های عقب ماشین هستند. همان‌طور که ما تنها بر چرخ‌های جلو اتومبیل کنترل داریم.	بارش فکری، ایفای نقش، مباحثه و سخنرانی
پنجم	شناخت موقعیت‌ها و انتخاب بهتر با تاکید بر زمان حال	بررسی موقعیت‌ها برای انتخاب بهتر؛ تاثیر کنترل بیرونی یا درونی بر انتخاب افراد؛ نظارت بر نحوه فعالیت اعضا در انجام مهارت‌های فوق. مشخص کردن انتخاب‌های هفته قبل بر اساس کنترل درونی و بیرونی.	ایفای نقش، مباحثه و توضیحی
ششم	شناخت اصول تئوری انتخاب	بررسی ۱۰ اصل اساسی تئوری انتخاب	توضیحی و مباحثه
هفتم	شناخت اصول تبیین رفتار	توصیف و تبیین ۵ اصل تبیین رفتار.	توضیحی و مباحثه
هشتم	بررسی خواسته‌ها از طریق فرایند WDEP	دستیابی اعضا به خواسته‌های خود در زندگی از طریق فرایند WDEP؛ خواسته‌ها و نیازهای اعضا کدامند؟ اعضا چگونه میزان موفقیت خود را ارزیابی می‌کنند؟ آیا WDEP	توضیحی و مشارکتی

برنامه‌ریزی اعضا مسئولانه است؟ چگونه می‌توان با انتخاب رفتارهای مناسب، از بروز رفتارهای غیرمسئولانه جلوگیری کرد؟			
مشارکتی و ایفای نقش	مشکل‌گیری رفتار؛ رفتارهای مخرب و سازنده؛ نظارت و ارزیابی کیفیت فعالیت اعضای گروه در انجام رفتارهای مخرب و سازنده (مهارت‌های ارتباط موثر)	آشنایی با چگونگی و چرایی رفتار و انواع آن	نهم
مشارکتی و سخنرانی	مرور و جمع‌بندی	مرور جلسات و ارزشیابی	دهم

داده‌های جمع‌آوری شده از شرکت‌کنندگان با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف و سپس در بخش آمار استنباطی با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

نتایج

نتایج داده‌های جمعیت‌شناسی نشان داد که میانگین سنی مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی در گروه آزمایش $30/18 \pm 4/96$ و گروه گواه $29/94 \pm 4/33$ بود. حدود $23/5$ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، $38/2$ درصد دیپلم و $17/6$ کاردانی، $20/7$ درصد کارشناسی و بالاتر بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون استیگما و مولفه‌های آن در گروه آزمایش

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		Z	سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
بیگانگی	5/96	0/37	4/62	1/21	0/98	0/56
تأیید تصورات قالبی	3/92	0/42	2/75	0/36	0/48	0/11
تجربه تبعیض اجتماعی	14/12	0/87	12/88	0/38	0/51	0/29
کناره‌گیری از اجتماع	13/00	1/52	11/76	0/84	0/68	0/41
نمره کل استیگما	36/13	0/41	32/07	0/46	0/78	0/38

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون استیگما و مولفه‌های آن در گروه گواه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		Z	سطح معناداری
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
بیگانگی	۱/۳۵	۵/۵۴	۰/۶۲	۵/۹۶	۰/۵۵	
تأیید تصورات قالبی	۰/۶۲	۴/۷۳	۱/۱۲	۰/۴۷	۰/۱۱	
تجربه تبعیض اجتماعی	۰/۷۵	۱۲/۹۴	۰/۹۴	۰/۵۲	۰/۲۹	
کناره‌گیری از اجتماع	۱/۱۲	۱۳/۱۶	۰/۳۶	۰/۶۶	۰/۴۰	
نمره کل استیگما	۰/۷۱	۳۶/۳۴	۰/۳۱	۰/۷۶	۰/۳۷	

همان‌طور که جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات پس‌آزمون استیگما و مولفه‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش کمتر از میانگین نمرات پیش‌آزمون آنها است؛ درحالی‌که تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ناچیز است.

برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های آن مرد بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ (جدول ۲ و ۳) نشان داد که Z به دست آمده برای استیگما و مولفه‌های آن در دو گروه بین ۰/۴۷ تا ۰/۹۸ و سطح معناداری بین ۰/۱۱ تا ۰/۵۶ بود. با توجه به سطح معناداری توزیع داده‌ها طبیعی است ($P > ۰/۰۵$).

جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین^۲ استفاده شد. نتایج نشان داد که واریانس استیگما ($F > ۰/۰۸۶$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، بیگانگی ($F > ۰/۸۱$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، تأیید تصورات قالبی ($F > ۰/۹۴$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، تجربه تبعیض اجتماعی ($F > ۱/۱۲$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، کناره‌گیری اجتماعی ($F > ۳/۲۵$ ؛ $P > ۰/۰۵$) در دو گروه با هم برابرند. به‌منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون یعنی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (در اینجا نمره پیش‌آزمون) از رگرسیون استفاده شد؛ نتایج نشان داد که مقدار شیب‌های رگرسیون استیگما ($F > ۱/۲۵$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، بیگانگی ($F > ۱/۶۵$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، تأیید تصورات قالبی ($F > ۱/۱۵$ ؛ $P > ۰/۰۵$)، تجربه تبعیض اجتماعی ($F > ۱/۳۶$ ؛ $P > ۰/۰۵$)،

1. Kolmogorov-Smirnov

2. Leven

بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده کرد تا اثر پیش‌آزمون نیز کنترل شود.

به‌منظور آزمون معنی‌داری تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته استیگما از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر واقعیت‌درمانی بر استیگما

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۷/۳۱	۱	۷/۳۱	۲/۳۶	۰/۰۸۲	۰/۰۷	۱
گروه	۱۲۴/۳۴	۱	۱۲۴/۳۴	۲۷/۵۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۱
خطا	۲۱۴/۳۸	۳۰					

همان‌طور که یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد، واقعیت‌درمانی بر کاهش استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی تاثیر مثبت و معناداری دارد ($F=27/51$; $P<0/01$) و ۳۰ درصد استیگمای مادران مذکور را تبیین می‌کند.

برای بررسی تاثیر واقعیت‌درمانی بر مولفه‌های استیگما در گروه‌های آزمایش و گواه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر متغیر گروه بر استیگما و مولفه‌های آن

نوع آزمون	مقدار	df فرضی	df خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۷۵	۶	۱۷	۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۶	۱۷	۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
اثر هوتلینگ	۳/۰۵	۶	۱۷	۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
بزرگترین ریشه روی	۳/۰۵	۶	۱۷	۸/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هوتلینگ، بزرگترین ریشه روی و اثر پیلایی ($F=8/64$, $p < 0/0005$) مویده این موضوع است که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که تفاوت معناداری

حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (استیگما و مولفه‌های آن) ایجاد شده است و ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۲ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

جدول ۶. مقایسه پس‌آزمون استیگما و مولفه‌های آن در دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون

منابع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
	بیگانگی	۲۱۴/۲۱	۱	۵۴/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
	تأیید تصورات قالبی	۳۷۱/۰۳	۱	۲۱۱/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱
پیش‌آزمون	تجربه تبعیض اجتماعی	۱۱۶۵/۲۶	۱	۱۲۲/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴	۱
	کناره‌گیری از اجتماع	۱۵۷/۱۲	۱	۵۱/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
	بیگانگی	۶۲۸/۹۸	۱	۱۶/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۷
	تأیید تصورات قالبی	۵۴۵/۰۴	۱	۱۸/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۰/۹۸
گروه	تجربه تبعیض اجتماعی	۲۱۶۴/۲۴	۱	۸/۲۱	۰/۰۰۴	۰/۲۷	۰/۷۸
	کناره‌گیری از اجتماع	۲۱۴/۲۳	۱	۱۲/۳۰	۰/۰۰۲	۰/۳۵	۰/۹۱
	نمره کل استیگما	۱۲۴/۳۴	۱	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۸۳
	خطا		۳۰				
	کل		۲۲				

همان‌طور که یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد، واقعیت‌درمانی بر کاهش بیگانگی ($P < 0.01$; $F = 16/52$)، تأیید تصورات قالبی ($P < 0.01$; $F = 18/86$)، تجربه تبعیض اجتماعی ($P < 0.01$; $F = 8/21$) و کناره‌گیری از اجتماع ($P < 0.01$; $F = 12/30$) مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی تأثیر مثبت و معناداری دارد و ۴۲ درصد تنهایی، ۴۶ درصد تأیید تصورات قالبی، ۲۷ درصد تجربه تبعیض اجتماعی و ۳۵ درصد کناره‌گیری از اجتماع استیگما را تبیین کرده‌اند. میزان توان آماری برای هر یک از این متغیرها حاکی از دقت آماری قابل قبول می‌باشد.

جدول ۷. میانگین نمرات تعدیل شده پس از آزمون استیگما و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	میانگین تعدیل شده	انحراف استاندارد
بیگانگی	آزمایش	۴/۳۱	۰/۶۴
	گواه	۵/۳۴	۰/۶۴
تأیید تصورات قالبی	آزمایش	۲/۹۱	۰/۴۴
	گواه	۴/۸۱	۰/۴۴
تجربه تبعیض اجتماعی	آزمایش	۱۱/۰۴	۰/۵۰
	گواه	۱۳/۰۱	۰/۵۰
کناره‌گیری از اجتماع	آزمایش	۱۱/۱۷	۰/۸۷
	گواه	۱۳/۸۵	۰/۸۷
نمره کل استیگما	آزمایش	۳۲/۵۷	۱/۶۳
	گواه	۳۶/۲۳	۱/۶۳

مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمرات بیگانگی، تأیید تصورات قالبی، تجربه تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع و استیگما در گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل است؛ به عبارت دیگر، واقعیت‌درمانی موجب کاهش استیگما و مولفه‌های آن در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر واقعیت‌درمانی بر استیگما و مولفه‌های آن شامل بیگانگی، تأیید تصورات قالبی، تجربه تبعیض اجتماعی، کناره‌گیری از اجتماع در مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی موجب کاهش استیگمای مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی شده است. همان‌طور که قبلاً گفته شد، پژوهشی در این رابطه به‌طور مستقیم انجام نشده است؛ اما با نتایج پژوهش‌هایی که تاثیر واقعیت‌درمانی را بر احساسات و هیجان‌های مادران دارای کودک با نیازهای ویژه را بررسی کرده‌اند، از جمله یافته‌های کلمن و همکاران (۲۰۱۷)، بهارگاو (۲۰۱۳)، وحیدی برجی و همکاران (۲۰۱۷)، باری و همکاران (۲۰۱۳)، خزان و

همکاران (۱۳۹۴)، اسدی و وکیلی (۱۳۹۴)، ووبلینگ (۲۰۱۳) و فرنودیان (۲۰۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین تأثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های استیگما اشاره به نکاتی پیرامون این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی به دلیل این که فرزندانشان نمی‌توانند استانداردها و معیارهای آن‌ها را برآورده سازند، هرگز از کارکرد فرزندان خود راضی نیستند و به‌نوعی خود را مقصر دانسته و احساس شرم و گناه می‌کنند. به عبارت دیگر، آن‌ها نسبت به آینده و به‌ویژه نسبت به ناتوانی‌های خود در به‌دست آوردن نتایج خوشایند و حل مشکلات فرزندانشان بدبین هستند و دچار شکست و ناکامی می‌شوند (هیمن و برگرا، ۲۰۰۸). از طرفی دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در شرایط استرس‌زا می‌کند. بنابراین، این افراد دچار آشفتگی هیجانی شده و ظرفیت آن‌ها برای سازگاری با موقعیت استرس‌زا کاهش می‌یابد (هان و همکاران^۲، ۲۰۱۲) و به‌سوی استیگما سوق پیدا می‌کنند. اجرای واقعیت‌درمانی گروهی از طریق ایجاد تعامل و ارتباط میان شرکت‌کنندگان، محیطی امن همراه با پذیرش ایجاد کرده تا افراد احساس تنهایی کمتری کنند و با درون‌نگری بر تصورات قالبی غلبه کرده و به سمت تغییر حرکت کنند. این رویکرد سبب ایجاد و رشد تفکر عقلانی و منطقی در افراد شده و در نتیجه آن‌ها بهتر می‌توانند با شرایط ناگوار و سخت کنار بیایند و با خود را با آن انطباق دهند. این رویکرد به افراد یاد می‌دهد، برای داشتن زندگی بامعنا باید اینجا و اکنون زندگی کنند و با دقت به جستجوی راه‌هایی برای تغییر باشند، گشودگی و پذیرش دائمی به‌سوی تغییر می‌تواند زمینه کاهش آثار منفی استیگما را برای افراد فراهم سازد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی بر کاهش مولفه بیگانگی تأثیر مثبت و معناداری دارد. یافته‌های پژوهشگران نشان داده که بیگانگی در همه افراد و در تمام سنین دیده می‌شود (اکگوئل و یسیل یاپاراک^۳، ۲۰۱۵). احساس بیگانگی سبب افسردگی (پانیکر و ساجدو^۴، ۲۰۱۴)، اضطراب (هامام، رونر و فیجین^۱، ۲۰۰۰)، تحریف شناختی (هامامسی و

1. Heiman, & Berger
2. Han
3. Akgul, & Yesilyaprak
4. Panicker, & Sachdev

دیوی^۲، (۲۰۰۷)، خودکشی (باتینگام^۳، ۲۰۰۸)، تنهایی (اتلی، کلدال، سونر^۴، ۲۰۱۵) و ناامیدی (باتینگام، ۲۰۰۵) می‌شود. بنابراین، بیگانگی به معنای احساس بی‌ارزش به‌عنوان یک عضو جامعه (سیبیتز، انجر، ووپمن، زیدک و امرینگ، ۲۰۱۱) می‌تواند در بروز اختلال استیگما موثر باشد. والدین مبتلا به استیگمای اجتماعی از همراهی فرزندان ناتوان خود در محیط‌های اجتماعی، احساس خجالت و شرمساری می‌کنند. این مساله می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی برای کل خانواده به‌ویژه والدین شده و استرس بیشتر را سبب گردد (کامارودین و مامات^۵، ۲۰۱۵). واقعیت‌درمانی، به این افراد کمک می‌کند تا بر رفتار و انتخاب‌هایشان تسلط و کنترل داشته باشند؛ زیرا در واقعیت‌درمانی، تصور بر این است که مردم، مسئول زندگی، اعمال، احساسات و رفتارشان هستند. بارنز و پاریس^۶ (۲۰۰۶) بر اساس نظریه انتخاب، بر این باورند که احساس مسئولیت و کنترل ارضاء نیازها به شکل مناسب، به‌ویژه نیاز به تعلق که در واقعیت‌درمانی گروهی میسر می‌گردد، منجر به بهبود سلامت روان می‌شود. گلاسر (۲۰۰۱) اظهار می‌دارد که افراد قادرند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خودشان را بهبود بخشند. او بر این نکته اصرار می‌ورزد که انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به‌عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای اساسی خود را برآورده سازند. واقعیت‌درمانی گروهی، به افراد یاد می‌دهد که با مسائل و مشکلات خود به نحوی روبه‌رو شوند که بتوانند برای زندگی اجتماعی آماده شوند. همچنین، زمانی که افراد با کسانی مواجه می‌شوند که مشکلاتی مثل آن‌ها دارند تا حدودی تسکین می‌یابند و با مهارت‌های ارتباطی آموخته‌شده در جلسات واقعیت‌درمانی، بر احساس تنهایی و بیگانگی خود غلبه می‌کنند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که واقعیت‌درمانی بر کاهش تصورات قالبی تاثیر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مولفه تأیید تصورات قالبی منعکس‌کننده توافق با کلیشه‌های منفی بیماری روانی است (بروهان و همکاران، ۲۰۱۰). واقعیت‌درمانی موجب ایجاد و پرورش تفکر منطقی می‌شود و این تفکر می‌تواند به افراد

1. Hamama, & Feigin
2. Hamamci, & Duy
3. Batigun
4. Atli, Keldal & Soner
5. Kamarudin & Mamat
6. Barness & Parish

کمک کند تا تصورات قالبی و کلیشه‌ای را مورد بازبینی قرار دهند و تفکرات درست را از نادرست بازشناسند. تفکر منطقی سبب می‌شود تا افراد با مشکلات کنار بیایند و نسبت به حل آن‌ها اقدام کنند و با اطلاعات و آگاهی درست و منطقی برای کسب موفقیت، تلاش بیشتری کنند. این افزایش موفقیت سبب بهبود عزت‌نفس و خودباوری در فرد شده و نشانه‌های استیگما را کاهش می‌دهد. واقعیت‌درمانی به مراقبان کودک در خانه می‌آموزد با خودشناسی و کسب اطلاعات درست و واقعی در زمینه علل، علائم و درمان ناتوانی‌های رشدی و ذهنی، نسبت به بازاندیشی و اصلاح تصورات قالبی خود و خانواده خویش اقدام کنند و از سرزنش خود دست برداشته و با یادگیری نحوه صحیح برخورد با فرزند خود، انتظاراتی متناسب با توانایی او داشته باشند و از میزان احساس شرم و گناه ناشی از این رفتارهای غیرطبیعی بکاهند و هیجانات منفی کمتری نسبت به فرزند خود نشان دهند (بهاتاچارجی و همکاران^۱، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این بود که واقعیت‌درمانی بر کاهش تجربه تبعیض اجتماعی تاثیر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تجربه تبعیض اجتماعی نشان‌دهنده رفتار بد اخلاقی نسبت به تعصبات دیگران است (بروهان و همکاران، ۲۰۱۰). واقعیت‌درمانی به این افراد می‌آموزد تا احساسات خود را بهتر بشناسند؛ هیجان‌های خود را به‌طور مؤثری ابراز کنند؛ با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. مسئولیت‌پذیری نیز به نوبه خود به عمل منتهی می‌شود. وقتی افراد مسئولیت رفتارهای خویش را می‌پذیرند، بر زندگی خود کنترل پیدا می‌کنند و می‌توانند تصور تبعیض اجتماعی خود را تغییر داده و ضمن آگاهی از هیجان‌های خود و پذیرش آن‌ها، با استفاده از هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش داده و سازگاری خود را بهبود بخشند. لویز و کر^۲ (۲۰۰۶) این ایده گلاسر را مطلوب و مفید می‌دانند که اجتناب از جهت‌گیری‌های کنترل شده به مردم کمک می‌کند تا فرصت انتخاب‌های مثبت پیدا کنند. به عبارت دیگر، معمولاً مادران کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی از وجود هیجان‌های مثبت و منفی خویش آگاهی ندارند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نمی‌توانند به‌خوبی از آن‌ها

1. Bhattacharjee
2. Lopez & Kerr

استفاده کنند؛ زیرا مشکلات روانی آن‌ها باعث می‌شود که این مادران، مشکل فرزند خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در مشکلات به وجود آمده مقصر بدانند؛ اما آموزش واقعیت‌درمانی خصوصاً در جلسات پنجم (آموزش انتخاب موقعیت‌های بهتر و دستیابی به کنترل درونی) باعث می‌شود که از وجود هیجانات منفی و تأثیر نامطلوب آن‌ها آگاهی یابند و با ارزیابی دوباره هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف زمینه کاهش مشکلات خویش را فراهم سازند.

یافته دیگر پژوهش این بود که واقعیت‌درمانی بر کاهش کناره‌گیری اجتماعی تأثیر مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مولفه کناره‌گیری اجتماعی اشاره به فرار از جمع و اجتناب از برقراری ارتباط با دیگران دارد (سیبیتز، انجر، و وپمن، زیدک و امرینگ، ۲۰۱۱). واقعیت‌درمانی از طریق رشد مهارت‌های حل مسئله به مادران می‌آموزد که باید مسئولیت مشکلات پیش‌آمده را بپذیرند و به جای کناره‌گیری از اجتماع باید به مقابله با آن‌ها برخیزند. واقعیت‌درمانی بر این نکته تأکید دارد که تمام مشکلات در زمان حال قرار دارند. این بدین معناست که جستجو در تجارب اولیه می‌تواند مطرح باشد، اما ارتباط چندانی با حل مسئله فعلی ندارد. این رویکرد، هسته تمام مسائل فعلی را مشکلات ارتباطی می‌داند (مارشال^۱، ۲۰۰۴). واقعیت‌درمانی گروهی و آموزش تئوری انتخاب می‌تواند سبب رشد و افزایش خوش‌بینی، شادکامی و امیدواری در زنان گردد (لوپز و کر، ۲۰۰۶) و این امر می‌تواند از کناره‌گیری اجتماعی بکاهد. در نظریه انتخاب، اعتقاد بر این است که تنها خود فرد است که می‌تواند برای خودش کاری انجام دهد و کسی بدون اجازه او نمی‌تواند، کاری کند (جونز و پریش^۲، ۲۰۰۵). این باور به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کرده و این تمرکز، موجب پذیرش بیشتر کودک کم‌توان ذهنی در خانواده شده و با طبیعی جلوه دادن علائم، نشانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعی فرزند - که نیاز به درمان دارد - موجب احساس درونی بهتر مادر و دیگر اعضای خانواده نسبت به کودک و خودشان می‌شود.

علیرغم اعمال کنترل‌های لازم، این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله این موارد، محدودیت جلسات درمانی و صرفاً حضور مادران

-
1. Marshal
 2. Jones, & Parish

کودکان (۶ تا ۱۲ ساله) دارای ناتوانی‌های رشدی و ذهنی شهر سبزوار بود. بنابراین، لازم است که در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برنامه واقعیت‌درمانی با تعداد جلسات بیشتر روی نمونه‌های بزرگتری از والدین کودکان با نیازهای ویژه در سنین مختلف، معلمان آن‌ها و در سایر گروه‌ها صورت گیرد. همچنین روانشناسان و روان‌درمانگران می‌توانند از واقعیت‌درمانی به‌عنوان برنامه مداخله انتخابی استفاده کنند.

منابع

- اسدی، س. و کیلی، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر اضطراب و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به HIV مثبت مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های رفتاری شبکه بهداشت شمیرانات. *مطالعات روانشناختی*، ۱۰۲(۴)، ۸۴-۹۵.
- چوبداری، ع. کاظمی، ف. و پزشک، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی روش واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر، *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۱)، ۱۵۴-۱۳۸.
- خزان، ک. یونسی، س. فروغان، م. و سعادت، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی بر شادکامی مردان سالمند شهر اردبیل. *مجله سالمندی ایران*، ۱۰(۳)، ۱۷۴-۱۸۱.
- شفیع‌آبادی، ع. و ناصری، غ. (۱۳۸۸). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- واقعی، س. سالارحاجی، ا. اصغری‌پور، ن. و چمنزاری، ح. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی: کارآزمایی بالینی. *فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد*، ۵(۱۶)، ۶۳-۷۶.
- مل‌پور، م. (۱۳۸۶). *کودکان استثنایی*. اصفهان: انتشارات دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

Akgul, H. & Yesilyaprak, B. (2015). Adaption of loneliness scale for elderly into Turkish culture: Validity and reliability study. *Elderly Issues Research Journal*, 8(1), 34-45.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Ed (DSM-V). Washington, DC.

- American Psychiatric Association. (2016). Neurodevelopmental disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).
- Atli, A. Keldal, G. & Soner, O. (2015). The relationship between the levels of university students' alienation and loneliness. *Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute*, 12(29), 149-160.
- Barnes R, Parish TS. (2006). "Drugs" versus "Reality Therapy". *International Journal of Reality Therapy*, 25(2), 43-45.
- Bari NS, Majid Bhrinian SA, Azargon H, Abedi H. (2013). The effectiveness of reality therapy on resiliency of divorced women in Neyshabour city. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 6(2), 160-164.
- Batigun, A. D. (2005). Suicide Probability: An Assessment Terms of Reasons for Living, Hopelessness and Loneliness. *Turkish Journal of Psychiatry*, 16(1), 29-39.
- Batigun, A. D. (2008). Suicide Risk and Gender: An Evaluation of Suicide in Respect to Interpersonal Relationship Style, Reasons for Living, Loneliness, and Hopelessness. *Turkish Journal of Psychology*, 23(62), 65-75.
- Bhargava, R. (2013). The use of reality therapy with a depressed deaf adult. *Clinical Case Studies*, 12(5), 388-396.
- Bhattacharjee, D. Rai, AK. Singh, NK. Kumar, P. Munda, SK. & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33-9.
- Brohan, E. Elgie, R. Sartorius, N. Thornicroft, G. the GAMIAN-Europe Study Group (2010) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Research*. 122(1-3), 232-238.
- Burke, MM. Urbano, RC. & Hodapp, RM. (2011). Subsequent Births in Families of Children with Disabilities: Using Demographic Data to Examine Parents' Reproductive Patterns. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(3), 233-245.
- Caterin, LC. (2008). *The effect of reality therapy based group counseling on the self esteem*. Charlottesville: University of Virginia.
- Chu, J. & Richdale, A. (2009). Sleep quality and psychological wellbeing in mothers of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1512-1522.
- Coleman, S. J. M. Stevelink, S. A. Hatch, S. L. Denny J. A. and Greenberg. N. (2017). Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*, 47(11):1880-1892.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. Druss, B. Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*, 15(2), 37-70.

- Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, 9th ed. Belmont, Calif.: Wadsworth; Andover: Cengage Learning [distributor].
- Demirel, M. (2010). An Evaluation of Elementary and Secondary Schools' Class Guidance Curriculum. *Education and Science*, 35(156), 45-61.
- Fall, K. A. Holden, J. M. & Marquis, A. (2004). *Theoretical Models of Counseling and Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Farnoodian, f. (2016). The effectiveness of group reality therapy on mental health and self-esteem of Students. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9S), 18-24.
- Fernández-Alcántara, M. Garcia-Caro, MP. Laynez-Rubio, C. Perez-Marfil, MN. Marti-Garcia, C. Benitez-Feliponi, A ... Cruz-Quintana, F. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93-101.
- Flangan, S. Flangan, R. (2004). *Counseling and psychotherapy theory in context and practice skills, strategies and techniques*. Jersey: John Willy and Sons.
- Frey, L. M. & Wilhite, K. (2005). Our Five Basic Needs Application for Understanding the Function of Behavior. *Intervention in School and Clinic*, 40(3), 156-160.
- Ginieri-Coccosis, M. Rotsika, V. Skevington, S. Papaevangelou, S. Malliori, M. Tomaras, V. & Kokkevi, A. (2013). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child: Care, Health and Development*, 39, 581-591.
- Girma, E. Möller-Leimkühler, AM. Müller, N. Dehning, S. Froeschl, G. Tesfaye, M. (2014). Public Stigma against Family Members of People with Mental Illness: Findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 14(2):2-7.
- Glasser, W. (1998). *Choice Theory: a new psychology of personal freedom*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2001). *Counselling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2008). *Station of the mind: new direction for reality therapy*. New York.
- Glasser, W. Glasser, C. (2010). *The effect of reality therapy based group counseling on the self esteem*. University of Virginia.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Penguin books, Middlesex, England.
- Goudie, A. Havercamp, S. Jamieson, B. & Sahr, T. (2013). Assessing functional impairment in siblings living with children with disability. *Pediatrics*, 132(2), e476-83.
- Green, S. E. (2007). We're tired, not sad: Benefits and burders of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine*, 4(1), 150-155.
- Han, D. Zhang, D. Y. Li, B. Lv, Z. Huo, X. Li, Y. & Zhong, Y. (2012). Alexithymia in Chinese chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

- patients: The prevalence and related factors of alexithymia. *Psychiatry Research*, 198, 274–278.
- Hamama, R. Ronen, T. & Feigin, R. (2000). Self-control, anxiety, and loneliness in siblings of children with cancer. *Social work in health care*, 31(1), 63-83.
- Hamamci, Z. & Duy, B. (2007). The relationship among social skills, dysfunctional attitudes, irrational beliefs, interpersonal cognitive distortions and loneliness. *Eurasian Journal of Educational Research*, 26, 121-130.
- Heiman, T. Berger, B. (2007). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 289–300.
- Hing, N. Holdsworth, L. Tiyce, M. & Breen, H. (2013). Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. *International Gambling Studies*, 14(1), 64–81.
- Jones, L.C. & Parish, T.S. (2005). Ritalinvs choice theory and reality therapy. *International journal of reality therapy*, 25(1), 30-33.
- Kakia, L. (2010) Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *Journal of Fundament Mental Health*, 12(1): 430-437.
- Kamarudin, K. & Mamat, N. (2015). Stress among the Parents of Children with Learning Disabilities: A Demographical Analysis. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 2(9), 194-200.
- Kayama, M. & Haight, W. (2013). Disability and stigma: How Japanese educators help parents accept their children's differences. *Social Work*, 59, 24–33.
- Lench, H. C. Levine, L. J. & Whalen, C. K. (2013). Exasperating or exceptional? Parents' interpretations of their child's ADHD behavior. *Journal of Attention Disorders*, 17, 141–151.
- Leung, C. Chan, S., Lam, T. Yau, S. & Tsang, S. (2016). The effect of parent education program for preschool children with developmental disabilities: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 56, 18-28.
- Livingston, JD. (2013). *Mental Illness-related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion*. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada; 2013. Available at: <http://www.mentalhealthcommission.ca>. Accessed May 18, 2016.
- Lopez SJ, Kerr BA. (2006). An open source approach to creating positive psychological practice: A comment on Wong's Strengths-centered Therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 43(2), 147-50.
- MacWinnie, W. S. Poon, C. Y. M. Pun, L. & Cheding, S. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245 – 261.
- Marshal, M. (2004). Using adiscipline system to promote learning. *International journal of reality Therapy*. 24(1), 27-49.
- Neupane, D. Dhakal, S. Thapa, S. Bhandari, PM. & Mishra, SR. (2016). Caregivers' Attitude towards People with Mental Illness and Perceived

- Stigma: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Hospital in Nepal. *PLoS ONE*, 11(6), e0158113.
- Norlin, D. & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: Couple relationship and individual well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 552–566.
- Panicker, J. & Sachdev, R. (2014). Relations among loneliness, depression, anxiety, stress and problematic internet use. *International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*, 2(9), 1-10.
- Park, S. & Park, KS. (2014). Family Stigma: A Concept Analysis. *Asian Nursing Research (Korean Soc Nurs Sci)*, 1-7.
- Powers, ET. (2011). New Estimates of the Impact of Child Disability on Maternal Employment. *The American Economic Review*, 91(2), 135–139.
- Richards, S. Brady, M. & Taylor, R. (2015). *Cognitive and Intellectual Disabilities: Historical Perspectives, Current Practices, and Future Directions*. New York: Routledge.
- Ritsher JB, Otilingam PG, GraJales M. (2003). Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric Properties of a New Measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Ritsher JB, Phelan JC (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265.
- Sharf, R. S. (2014). Reality Therapy (Trans. D. Gençtanırım). *Theories of Psychotherapy and Counseling, Concepts and Cases* (Trans. N. Voltan-Acar, Ed.). Nobel Academic Publishing.
- Sibitz, I. Unger, A. Woppmann, A. Zidek, T. Amering, M. (2011) Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37(2):316-23.
- Slattery, E. McMaho, J. Gallagher, S. (2017). Optimism and benefit finding in parents of children with developmental disabilities: The role of positive reappraisal and social support, *Research in Developmental Disabilities*, 65, 12-22.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Turkdogan, T. & Duru, E. (2011). The Investigation of the Fulfillment Level of Basic Needs in University Students According to Some Sociodemographic Variables. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Education Faculty*, 11, 22, 199 – 223.
- Vahidiborji, G, Jadidi, M, Donyavi, R. (2017). Effectiveness of Reality Therapy on Adjustment in Female Adolescents with Anxiety, *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 3(2): 00029.
- Vogel, D. Wade, N. & Hackler, A. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
- Watson, M E. Dealy, LA. Todorova, ILG. & Tekwani, Sh. (2014). Choice Theory and Reality therapy: Applied by health professionals.

- International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 18 (2), 31-51.
- World Health Organization (2011a). *Children and neurodevelopmental intellectual behavioural disorders*.
- Wubbolding, R. & Brickell, J. Imhof, L. Rose In-za Kim, R. Lojk, L. & Al-Rashidi, B. (2004). Reality Therapy: A Global Perspective. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 219-220.
- Wubbolding RE. (2013). *Reality therapy for the 21st century*. Routledge.
- Yorgun, A. & Voltan-Acar, N. (2014). The Practicality of Reality Therapy in Turkish Culture: An Analytical Overview. *Education and Science*, 39(175), 216-226.
- Zisman-Ilani, Y. Levy-Frank, I. Hasson-Ohayon, I. Kravetz, S. Mashiach-Eizenberg, M. Roe, D. (2013). Measuring the Internalized Stigma of Parents of Persons with a Serious Mental Illness the Factor Structure of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 183-187.

Archive of SID