



تأثیر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی در مادران کودکان طیف درخودمانده (اטיسم)

لیلا انصاری اردلی^۱، فریده هاشمیان نژاد^۲

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲- استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی در مادران کودکان طیف درخودمانده (اטיسم) انجام شد. طرح پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری را کلیه مادران کودکان درخودمانده در سنین بین ۲۰-۴۰ سال تمامی مراکز اטיسم شهر مشهد را تشکیل دادند که به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند گروه درمان به مدت ۱۱ جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد. ابزار استفاده شده در پژوهش پرسشنامه استرس ادراک شده، امیدواری اشنایدر، کیفیت زندگی سازمان بهداشت بودند. داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاصل از آزمون مانکوا نشان داد که با کنترل پیش آزمون در نتایج پس آزمون گروه ها تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). بنابراین با یک اطمینان ۹۵ درصدی میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی متفاوت است. بر اساس نتایج پژوهش واقعیت درمانی به شیوه گروهی موجب کاهش استرس ادراک شده، افزایش امیدواری و افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است.

واژه های کلیدی: واقعیت درمانی به شیوه گروهی، استرس ادراک شده، امیدواری، کیفیت زندگی



اختلالات نافذ رشد^۱ (P.D.D) به طور رسمی اولین بار در DSM III در سال ۱۹۸۰ به عنوان یک گروه اختلال مشخص روانپزشکی کودکان شناخته شد که در حال حاضر برای اشاره به اختلالات شدید روانشناختی در دوران کودکی به کار می رود. اختلال طیف اتیسم^۲ نوعی اختلال رشدی عصبی می باشد که کودکان این گروه دارای مشکلات رفتاری بی شماری به مانند رفتارهای کلیشه ای، سرکوبش، خودتحریکی، پرخاشگری، طوطی صفتی نیز می باشند چنین رفتارهایی، مشکلاتی را در پرورش کودکان در خودمانده به وجود می آورد و استرس روانی فراوانی بر والدین این کودکان به خصوص مادران آن ها وارد می کند. کودکان در خود مانده اختلالات شدیدی را در تعامل و ارتباط اجتماعی، بازی بین فردی^۳ و ارتباطات دارند (Schaaf et al, 2011). (2011) نگهداری از فرزند از وظایف والدین محسوب می شود اما هنگامی که کودک دارای محدودیت های عملکردی و وابستگی های دراز مدت باشد فشار بیشتری بر مراقب کودک که به طور عمده مادران آنها تلقی می شوند وارد می کند (Krstić et al, 2015)، (Konish and Yoshimura, 2018). این اختلال تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی^۴ خانوادگی می گذارد که سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلا تکلیفی در والدین و همسیران کودک مبتلا به اتیسم و سرانجام ناامیدی که از جمله این موارد محسوب می شود (Webster et al, 2004). به طور معمول، والدین کودک دارای اختلال طیف اتیسم به علت ماهیت نگهداری مداوم (Cachia et al, 2016) از کودک، غالباً با کاهش سطح کیفیت زندگی، استرس بالا، افسردگی و اضطراب روبه رو می شوند. مادران این کودکان تجربه زندگی پیچیده و چالش برانگیز تری را به نسبت پدران و مادران سایر کودکان عادی و استثنایی دارند (Gobrial, 2018). مادران به عنوان مراقبان اصلی کودکان مبتلا به ناتوانی، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، خشم، یاس، شرمساری و فشارهای ارتباطی بسیاری را تجربه و بیان می کنند (Pino-Casado et al, 2019).

از مسائلی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است، استرس ناشی از والد شدن است. استرس ادراک شده^۵ عبارت است از واکنشهای فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. استرس ادراک شده مثبت می تواند یک انگیزش دهنده باشد در حالی که استرس ادراک شده منفی می تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود (Hastings and Brown, 2007). (Abidin, 1992) در طی پژوهش استرس ادراک شده را، حاصل اثر تعاملی کنش وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین مانند (افسردگی، احساس صلاحیت^۶، سلامت، روابط توأم با دلبستگی کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش پذیری^۷ یا

1. Pervasive developmental disorders (P.D.D)

2. Autism Spectrum Disorder

3. Interpersonal play

4. Quality of life

5. Perceived Stress

6. Sense of competence

7. Restriction of role



مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش پذیری^۱، پذیرندگی^۲، فزون طلبی^۳، خلق^۴، فزون کنشی^۵ و تقویت گری^۶) می داند. او همچنین معتقد است که ویژگی های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی زای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی و....)، دلیل افزایش احتمالی نارساکنش وری و استرس والدگری است. استرس می تواند منجر به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین شود (Hasting et al, 2005). افزایش استرس مادر بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان تاثیر مهمی دارد (Magiati et al, 2011). تحقیقات متعددی نشان داده اند که والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند استرس بالاتری را تجربه می کنند (Webster et al, 2004)، (Meirsschaut et al, 2010)، (Tabassum and Fisman and Mohsin, 2013) این میزان از استرس نسبت به سایر جمعیت ها از جمله مادران کودکان سندرم داون (Wolf, 1991)، ناتوانایی یادگیری (Konstantareas et al, 1992) نیز بالا گزارش شده است. میزان تجربه استرس با توجه به سن کودکان و سطح کارکرد کودکان متفاوت می باشد. هم چنین به دلیل مشکلات متعدد در پرورش کودکان با نیازهای ویژه، والدین چنین کودکانی نسبت به والدین بهنجار از سطح استرس بالاتری برخوردار می باشند (Koydemir and Tosun 2009). در پژوهشی (Gholami Jam et al, 2018) نشان دادند وجود کودکان دارای اختلال در خانواده، سلامت روانی والدین را تحت تأثیر قرار داده و حمایت اجتماعی از این والدین بر کاهش تحمل فشار روانی در آنها مؤثر است.

(Schneider, 1974-2001) بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امیدواری^۷ را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم، به این شکل تعریف می کند: توانایی طراحی گذرگاه های به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها. امید مجموع این دو مولفه است. طبق این مفهوم سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف های ارزش را در برگیرد و با داشتن موانع چالش انگیز ولی نه بر طرف نشدنی، احتمال دستیابی به آن ها در میان مدت جست و جو داشته باشد (حکم آبادی، ۱۳۹۲). تحقیقات متعددی نشان داده اند که والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند امید کمتری را در زندگی اذعان داشته اند (جدیدی فیقان و همکاران، ۱۳۹۴)، (محمد پور و همکاران، ۱۳۹۲)، (Lee, 2009)، (Allik et al, 2006)، (Ogston et al, 2011)، (Law and Guo, 2015)، (Heidary et al, 2015). وجود یک کودک مبتلا به طیف اتیسم، به عنوان رویدادی استرس زا برای خانواده (Duarte et al, 2005) موجب کاهش کیفیت زندگی والدین و مخصوصاً مادران کودکان مبتلا میگردد (Allik et al, 2006)، (Mugno et al, 2007)

1. Adaptability

2. Acceptability

3. Demandingness

4. Mood

5. Hyperactivity/distractibility

6. Child reinforces the paren

7. Hopefulness



اصطلاح کیفیت زندگی اولین بار به وسیله (Pigou, 1920) در کتاب "اقتصاد و رفاه" مورد استفاده واقع گردید. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی گیرد. این اصطلاح که در زمینه های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می شود. اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی می باشد. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنای چگونگی زندگی کردن است و برای هرکس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت می باشد. با وجود گستردگی پژوهش های انجام شده در این زمینه هنوز تعریف واحدی در مورد توافق همگان درباره کیفیت زندگی ارائه نشده است. برخی پژوهشگران کیفیت زندگی و رویکردی عینی تعریف کرده و موارد روشن و مربوط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و....)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی یکسان دانسته اند (Liu, 2006). بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می رود. در دهه های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع تری برای مداخلات روانشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران را تایید کرده اند (Lash et al, 2006). طیف گسترده ای از درمان های روان شناختی متشکل از درمان های شناختی رفتاری، مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، روان درمانی حمایتی، مهار خشم، بازسازی شناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان اثربخش بوده اند (Davison et al, 2004). تحقیقات متعددی نشان داده اند که والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند کیفیت کمتری را در زندگی اذعان داشته اند (Salovitta et al, 2007)، (Qien and Eisemann, 2015)، (Suzumura, 2015).

نظریه واقعیت درمانی گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در حیطه روانشناسی در راه توصیف انسان، معین کردن قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت به حساب می آید. در این شیوه درمان روبه و شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق موکد است. در واقع واقعیت درمانی یک نظام کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه هایی که جهت زندگی ما را تعیین می کنند تشریح می کند (Wobbolding, 2008). گلاسر معتقد است که رفتارهایمان را انتخاب می کنیم و کاملاً در مورد مشکلات هیجانی، رفتاری و حتی جسمانیمان مسئولیم، به همین دلیل او از افعالی مانند گرفتاری، افسردگی و عصبانیت (گری) برای توصیف مشکلات افراد استفاده می کند (Flangan and Flangan, 2004). امروزه از روش های مختلف در کاهش استرس ادراک شده و افزایش امیدواری و کیفیت زندگی استفاده می شود که در این رابطه واقعیت درمانی یکی از روش هایی است که می توان به آن اشاره کرد. در گذشته تمرکز ادبیات تحقیقی در مورد رابط والد-کودک بیشتر معطوف به اثراتی بود که والدین از نظر روانشناختی بر کودک خود داشتند، اما اخیراً تأکید این تحقیقات به سمت و

¹. Real therapy



سویی است که اثراتی که کودکان بر والدین خود می‌گذارند را بررسی کنند (Tabassum and Mohsin, 2013). بنابراین هدف از انجام پژوهش، تاثیر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی در مادران کودکان طیف درخودمانده (اتیسم) شهر مشهد است.

به این ترتیب، پژوهش حاضر، از طریق فرضیه‌های زیر هدایت می‌شود

واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش استرس ادراک شده به صورت معنادار اثر بخش است.

واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش امیدواری به صورت معنادار اثر بخش است.

واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش کیفیت زندگی به صورت معنادار اثر بخش است

روش پژوهش

در این مطالعه، طرح پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان درخودمانده در سنین بین ۲۰-۴۰ سال تمامی مراکز اتیسم شهر مشهد را تشکیل دادند که در مجمع ۴۰ مادر برای پژوهش انتخاب شدند به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. گروه درمان به مدت ۱۱ جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد (گروه آزمایش) و گروه دوم تحت درمانی قرار نگرفت (گروه کنترل).

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

۱) تشخیص اختلال اتیسم کودک حداقل در طول یک سال گذشته.

۲) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال.

۳) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.

۴) عضویت در مراکز و داشتن پرونده در مرکز مذکور.

۵) سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی.

۶) عدم سوء مصرف مواد

۷) عدم سابقه روانپزشکی

۸) جنسیت

۹) وضعیت اقتصادی متوسط

۱۰) متاهل بودن

ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

۱) ابتلا به بیماری‌های دیگر.

۲) وجود عقب‌ماندگی یا تشخیص اختلالات روانشناختی

۳) تشخیص وابستگی به مواد کمتر از یک سال گذشته.



سپس از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. مداخله واقعیت درمانی به شیوه گروهی در ۱۱ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه و هفته ای دو جلسه برگزار شد. که در ارتباط با گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. برنامه مداخله به طور کل به این شکل بود که جلسه اول با معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قواعد گروه و بحث گروهی راجع به آن ها، تعهد اعضای گروه به رازداری، بیان انتظارات توسط اعضای گروه، بیان اهداف گروه توسط درمانگر و بحث گروهی در مورد آن ها شروع شد در آخر هر جلسه تکالیف داده شد و جلسه بعد با بررسی آن تکالیف شروع شد که برنامه اجرایی این مداخله به صورت خلاصه در جدول ۱-۳ نشان داده شده است

پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولان مراکز اتیسم در شهر مشهد و با آگاهی از محرمانه بودن اطلاعات تمامی کودکان و مادران و همچنین نداشتن آثار سوء مداخله برای آنها، از هر مرکز ۲۰ مادر و در مجموع ۴۰ مادر را برای شرکت در پژوهش انتخاب نمود و به صورت تصادفی یکی از مراکز به عنوان گروه آزمایش و مرکز دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب گشت. سپس از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. مداخله واقعیت درمانی در ۱۱ جلسه و به صورت هفته ای دو جلسه ی ۶۰ دقیقه ای در همان ساختمان گروه آزمایش انجام گرفت. برنامه مداخله به طور کل به این شکل بود که جلسه اول با معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قواعد گروه و بحث گروهی راجع به آن ها، تعهد اعضای گروه به رازداری، بیان انتظارات توسط اعضای گروه، بیان اهداف گروه توسط درمانگر و بحث گروهی در مورد آن ها شروع شد در آخر هر جلسه تکالیف داده شد و جلسه بعد با بررسی آن تکالیف شروع شد که برنامه اجرایی این مداخله به صورت خلاصه در جدول ۱، نشان داده شده است.

واقعیت درمانی به شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب

جدول ۱: دستورالعمل جلسات واقعیت درمانی گروهی

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و مقدمه، معرفی و هدف گروه درمانی و تعداد جلسات، معرفی اعضاء به هم و بیان انتظاراتشان از یکدیگر، بیان قواعد گروه.	از اعضا خواسته شد که بر روی یک ورق لیستی از ۳ خواسته مهم خود در زندگی را بنویسند
دوم	تشریح و توصیف نیازهای ژنتیکی، عملی کردن تست نیازها و آشنا نمودن اعضاء با نیازهای ژنتیکی خود	ما چگونه با هم تفاوت داریم و از چه نظری به هم شبیه هستیم؟ اعضا بیان کنند که چگونه نیازهای اساسی شان بر آورده می شود؟
سوم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. بررسی اهمیت برآوردن نیازها. توضیح درباره اختلال در خودماندگی و پاسخ به سوالات در مورد اختلال در خودماندگی.	چه مقدار از آنچه را که اعضا در زندگی خود می خواهند هم اکنون از آن برخوردارند؟ و مشخص کردن میزان اهمیت آنها در یک پیوستار ۱ تا ۱۰۰ که چه میزان است

<p>اعضا باید مولفه های نا امیدي و فشار رواني به عنوان يك رفتار را توضيح دهند.</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مؤلفه آن (فکر، عمل، فیزیولوژی و احساس)، آموزش ماشین رفتار در انسان، توضیح نا امیدي و فشار رواني به عنوان يك رفتار کلی.</p>	چهارم
<p>آيا رفتار انسان تحت کنترل بيروني است يا دروني و تهيه فهرستی از رفتارهای تحت کنترل بيروني و دروني؟ اعضا برای بدست آوردن آنچه که می خواهند چه کرده اند؟ وقتی چیزی را که می خواهند به دست نمی آورند چه پیش می آمد؟</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه پیش. یاری به اعضا برای شناخت رفتار و احساس در لحظه شان، بیان مفهوم کنترل دروني و روشن ساختن فشار رواني و نا امیدي به عنوان يك انتخاب دروني و ارزیابی توانایی کنترل خویشتن و تقویت جنبه های مثبت خود. مشخص کردن اینکه چه کسی راننده ماشین رفتارشان است</p>	پنجم
<p>آيا جاده ای که در آن حرکت می کردند آنها را به جایی که دوست دارند می برد؟ آیا برای رانندگی در جاده زندگی نقشه راه را به همراه دارند؟</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته. توصیف و بیان جهان کیفی و جهان واقعی. آموزش قطعه ای از تئوری انتخاب، بیان جایگاه کودک در دنیای کیفی مادران و راهکارهایی در خصوص تغییر باورها در دنیای کیفی</p>	ششم
<p>آيا کارهایی که برای رسیدن خواسته هایشان انجام داده اند تا حالا موثر بوده است؟</p>	<p>بازخورد از جلسه پیش، تشریح تفاوت میان رفتار کارآمد و ناکارآمد، توصیف مسئولانه و واقع گرا بودن رفتار کارآمد، آشنایی افراد با مسئولیت های خویش و کمک به پذیرش و ارتقا سطح پذیرش مسئولیت در قبال انتخاب نوع رفتار.</p>	هفتم
<p>زمانی که برای کاری قول داده اند انجام دهند آن را به سرانجام نمی رسانند بهانه می آورند؟ تصویری که از جهان کیفی شان از خود و آنچه که در زندگی می خواهند واقع گرایانه است؟ راه های دیگر برای رسیدن به خواسته چیست؟</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح اینکه عذر و بهانه راه دستیابی به اهدافمان نیست. آموزش هفت رفتار مخرب و هفت رفتار موثر برای ارضا نیازها.</p>	هشتم
<p>بررسی این موضوع که آیا راه های مشخص شده کارآمد بوده اند.</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته. مشخص کردن راههای دستیابی به خواسته ها از زبان خود افراد گروه. توضیح در خصوص راه حل کارآمد و ناکارآمد با در نظر گرفتن دو ویژگی واقع گرا بودن و مسئولانه بودن.</p>	نهم
<p>نوشتن برنامه به صورت کتبی با ویژگی SMART بودن برنامه</p>	<p>بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح در مورد اینکه برای رسیدن به هدف باید برنامه داشت. مشخص کردن برنامه ی دست یافتن به راه حل های اعضا. معرفی کردن ویژگی های برنامه. طرح و برنامه ریزی باید SMART باشد. (Specifics: معین، Measurable: قابل اندازه گیری،</p>	دهم



attainable: قابل دستیابی ، Realistic: واقع گرایانه ،
time- framed: زمان مشخص).

بررسی تکالیف جلسه گذشته . آشنایی با مساله تعهد، گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای برنامه، قابل پذیرش نبودن عذر و بهانه آموزش و توضیح مربوط به هدف در زندگی و الزام به داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به هدف. و تاکید دوباره به قبول مسئولیت توسط اعضا.

ابزار پژوهش

پرسشنامه جمعیت شناختی^۱

این پرسشنامه شامل برخی مشخصات جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل می باشد.

پرسشنامه استرس ادراک شده^۲ (PSS)

پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ ماده است که برای سنجش میزان استرسی که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است به کار می رود. در این آزمون از یک مقیاس پنج گزینه ای هرگز، خیلی کم، متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد استفاده شده است و آزمودنی بر اساس گزینه ای که انتخاب می کند بین صفر تا ۴ نمره می گیرد. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است و بطور کلی ملاک های روانی این مقیاس تحت تاثیر جنسیت و سن قرار نمی گیرد (کوهن، ۱۹۸۳). این مقیاس توسط (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲) در پژوهشی بین فرهنگی، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ برای آزمودنی های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی های آمریکا نشان داده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه امید شنایدر^۳ (SHQ)

مقیاس ۱۲ سوالی توسط شنایدر ۱۹۹۱، به نقل از (شنایدر و پترسون، ۲۰۰۰) برای گروه سنی ۱۵ سال به بالا تدوین گردیده است که از دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش تشکیل شده است زمان پاسخ دهی (۲ تا ۵ دقیقه) در نظر گرفته می شود. برای پاسخ دادن به هر سوال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) تالیف شده است. برای سوالات ۳، ۵، ۷، ۱۱، که مربوط به حواس پرتی هستند نمره ای تعلق نمی گیرد. سوالات ۱، ۴، ۶، ۸، مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲، به خرده مقیاس انگیزش مربوط هستند. نمره امید از جمع این دو

¹. Demographic scale

². Perceived Stress scale

³. Schneider Hope Questionnaire



خرده مقیاس حاصل می شود. بنابراین، مجموع نمرات می تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می گیرد. در پژوهشی که (گلزاری، ۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران صورت داد، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی بررسی شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد که با مقیاس هایی که فرایند های روانشناختی مشابهی را مورد سنجش قرار می دهد، از همبستگی بالایی برخوردار است. به عنوان نمونه، نمره های مقیاس امید ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شیر و کارور دارای همبستگی است.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (WQB)

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (گروه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸).
فرم کوتاه این پرسشنامه (WHO - QOLI - BREF) از ۲۶ ماده تشکیل شده است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشد) مورد ارزیابی قرار می دهد. در ایران (نجات و همکاران، ۱۳۸۵) این مقیاس را بر روی ۱۱۶۷ نفر نرم کردند. پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را پس از ۲ هفته ۰/۷ گزارش کرده اند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این تحقیق از تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها، به منظور توصیف داده های جمع آوری شده، استفاده شد و با استفاده از نرم افزار آمار (SPSS-25) اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات استفاده شد. برای بررسی اثربخشی واقعیت درمانی از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته ها

یافته های توصیفی

در این قسمت اطلاعات توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون در خرده مقیاس های پژوهش ارائه شده است.

¹. Quality Life Questionnaire



جنسیت تمام آزمودنی ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل زن بوده است. به این گونه که ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل شرکت داشتند.

در جدول ۲، شاخص های توصیفی دو گروه براساس سن ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی دو گروه

سن	آماره	گروه
۲۹/۲۵	میانگین	کنترل
۵/۵۸۰۷	انحراف استاندارد	
۲۹/۵۵	میانگین	آزمایش
۵/۲۵۶۳	انحراف استاندارد	

جدول ۳، فراوانی سطح تحصیلات در دو گروه ارائه شده است.

جدول ۳. فراوانی سطح تحصیلات در دو گروه

تعداد	تحصیلات	گروه
۱۱	سیکل	
۶	دیپلم	کنترل
۳	فوق دیپلم	
۱۳	سیکل	
۵	دیپلم	آزمایش
۲	فوق دیپلم	

در جدول ۴، شاخص های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پیش آزمون ارائه شده است

جدول ۴. شاخص های توصیفی دو گروه در متغیرها در پیش آزمون

گروه	آماره	کیفیت زندگی	امیدواری	استرس ادراک شده
کنترل	میانگین	۴۹/۹۵	۱۷/۵۵	۴۴/۲۶
	انحراف استاندارد	۲/۷۹۹۹۱	۱/۳۹۴۵	۵/۱۳۳۴۶
آزمایش	میانگین	۵۱/۷	۱۸/۰۵	۴۳/۵۳
	انحراف استاندارد	۳/۶۱۴	۱/۰۹۹	۴/۸۹۸۷۲

در جدول ۵، شاخص های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۵. شاخص های توصیفی دو گروه در متغیرها در پس آزمون

research team network
on virtual environments

Kour University

Kour University

گروه	آماره	کیفیت زندگی	امیدواری	استرس ادراک شده
کنترل	میانگین	۵۰/۲۵	۱۷/۸۵	۴۴/۸۰
	انحراف استاندارد	۱/۹۴۳۲	۱/۳۴۸۴	۴/۱۴۳۶۵
آزمایش	میانگین	۵۱/۸۵	۱۸/۹	۲۸/۷۳
	انحراف استاندارد	۲/۰۵۹	۱/۳۳۳۷	۳/۲۶۱۶

یافته های استنباطی

در این قسمت با تحلیل یافته های پژوهش، به بررسی فرضیه های مطرح شده در فصل یک پرداخته شده است. نتایج این تحلیل ها به صورت جداگانه برای هر فرضیه مورد بررسی قرار میگیرد. در جداول شماره های ۶ و ۷، نتایج بررسی پیش فرض های آزمون مانکووا ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه های ماتریس های کواریانس

آزمون باکس	F	Df1	Df2	سطح معناداری
۱۵/۲۰۱	۰/۹۳۷	۱۵	۶۱۲۳/۰۰۰	۰/۵۷۴

نتایج آزمون باکس نشان می دهد که فرضیه یکسانی ماتریس های کواریانس برقرار می باشد ($P=۰/۵۷۴$).

جدول شماره ۷. آزمون لون برای بررسی مفروضه های همگنی واریانس خطا

متغیر	F	Df1	Df2	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۸۵۵	۱	۳۸	۰/۳۶۱
امیدواری	۰/۰۰۴	۱	۳۸	۰/۹۴۹
استرس ادراک شده	۰/۱۱۴	۱	۳۸	۰/۷۳۸

نتایج آزمون لون نشان می دهد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برقرار می باشد.



جدول ۸. نتایج آزمون-اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی

کلموگروف - اسمیرنف		گروه ها	کلموگروف - اسمیرنف		گروه ها	نرمال بودن توزیع نمرات
آماره	معنی داری		آماره	معنی داری		
۰/۲۳	۰/۱۷	کنترل	۰/۲۳	۰/۱۵	آزمایش	استرس ادراک شده
۰/۲۳	۰/۱۴	کنترل	۰/۲۳	۰/۱۷	آزمایش	امیدواری
۰/۲۳	۰/۱۶	کنترل	۰/۲۳	۰/۱۸	آزمایش	کیفیت زندگی

همانگونه که در جدول ۸، مشاهده می‌گردد، فرض صفر به سبب نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای خودکارآمدی و تمایل به کنترل تأیید می‌شود. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

همگنی رگرسیون

حال آنکه این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس باید در کل داده‌ها خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید مورد توجه قرار گیرد که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. در صورتی که رگرسیون ناهمگن باشد، کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع مهم و اساسی در کوواریانس است. لازم به بیان این مسئله است که در این پژوهش، پس از آزمون‌های استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته (ملاک) و پیش آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) در نظر گرفته شدند. هنگامی فرض همگنی شیب‌ها مقرر خواهد شد که ما بین متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون‌ها) در تمام سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری برقرار باشد. عاملی که مورد توجه خواهد بود تعاملی غیر معنی‌دار میان متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) است. در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری برقرار باشد.

جدول ۹. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معناداری
استرس ادراک شده		۱/۲۱	۰/۶۲
امیدواری	تعامل گروه * پیش آزمون	۱/۸۵	۰/۸۴
کیفیت زندگی		۱/۹۱	۰/۵۱

همان‌گونه که در جدول ۹، مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود. پس از بررسی این مفروضات به منظور مقایسه نمرات دو متغیر در دو



گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد، نتایج مربوط به تی هاتلینگک و لامبدای ویکلز در جدول ۱۰، آمده است.

جدول شماره ۱۰. تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین های استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی

مقدار	F	فرضیه df	خطای df	سطح معنی داری	نسبت مجذور اتا
۲/۱۵	۷۲۴/۷	۵	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸
۰/۴۲۹	۷۲۴/۷	۵	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸

نتایج آزمون مانکوا نشان می دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون گروه ها تفاوت معنی داری دارد ($p < 0.001$).

به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته بین گروه ها مورد مطالعه تفاوت وجود دارد از آزمون آنکوا استفاده شد. نتایج در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیرهای استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	مقدار F	معنا معنی داری
گروه	کیفیت زندگی	۳۴/۱۳۹	۱	۳۴/۱۳۹	۹/۱۰۵	۰/۰۰۵
	امیدواری	۸/۱۱۲	۱	۸/۱۱۲	۴/۳۵۱	۰/۰۴۵
	استرس ادراک شده	۴۷۰/۱۹	۱	۴۷۰/۱۹	۱۱/۸۳	۰/۰۳
خطا	کیفیت زندگی	۱۲۳/۷۳۳	۳۵	۳/۷۴۹		
	امیدواری	۶۱/۵۱۸	۳۵	۱/۸۶۴		
	استرس ادراک شده	۶۷۵/۴۸	۳۵	۳۹/۷۳		
کل	کیفیت زندگی	۱۰۴۴۲۲	۴۰			
	امیدواری	۱۳۵۸۵	۴۰			
	استرس ادراک شده	۱۳۹۰۷۰۰	۴۰			

نتایج مانکوا نشان می دهد که با کنترل پیش آزمون، نتایج پس آزمون برای همه متغیرهای مورد بررسی در بین گروه های مطالعه تفاوت معنی داری دارد و با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای



استرس ادراک شده، امیدواری و کیفیت زندگی متفاوت است. نتایج ارائه شده در جدول ۱۱، حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر متغیرهای ذکر شده می باشد.

جدول ۱۲. میانگین های اصلاح شده با روش کواریانس

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
کیفیت زندگی	کنترل	۴۹/۹۷۴	۰/۴۷۰	۴۹/۰۱۸	۵۰/۹۳۰
	آزمایش	۵۲/۱۲۶	۰/۴۷۰	۵۱/۱۷۰	۵۳/۰۸۲
استرس ادراک شده	کنترل	۴۴/۰۲۱	۱/۳۶۲	۴۵/۰۲۸	۴۳/۰۱۲
	آزمایش	۳۶/۰۸۸	۱/۳۶۲	۲۸/۰۵۶	۴۴/۲۱۲
امیدواری	کنترل	۱۷/۸۵۱	۰/۳۳۱	۱۷/۱۷۶	۱۸/۵۲۵
	آزمایش	۱۸/۸۹۹	۰/۳۳۱	۱۸/۲۲۵	۱۹/۵۷۴

بررسی میانگین های اصلاح شده با روش کواریانس در جدول ۱۲، نشان می دهد که میانگین کیفیت زندگی در گروه کنترل ۴۹/۹۷ و میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۵۲/۱۳ است و این تفاوت بیانگر این است که گروه آزمایش از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می باشد. میانگین در متغیر استرس ادراک شده در گروه کنترل ۴۴/۰۲، و میانگین در گروه آزمایش در همان متغیر ۳۶/۰۸ می باشد. همچنین میانگین امیدواری در گروه کنترل ۱۷/۸۵، و در گروه آزمایش ۱۸/۹۰ به دست آمد. در نهایت این یافته ها حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر بهبود کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و امیدواری در مادران کودک اتستیک می باشد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش سعی در بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و امیدواری در مادران کودک اتستیک شده است.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول پژوهش مبنی بر این مسئله که واقعیت درمانی بر کاهش استرس ادراک شده مادران کودکان درخودمانده مؤثر است، نشان داد که با یافته های انجام شده توسط (Webster et al, 2004)، (Kim, Meirsschaut 2012)، (Tabassum and Mohsin, 2013)، (عبدالهی و همکاران، ۱۳۹۳)، (Kim, 2005)، (شاملی و حسنی، ۱۳۹۶)، (Prenzlau, 2006)، (Izadi, et al, 2015)، (چیمه و همکاران، ۱۳۹۱)، (جدیدی، فقیان، ۱۳۹۴)، (محمد پور و همکاران، ۱۳۹۲)، (Lee, 2009)، (Ekas et al, 2009)، (Law and, 2015)، (Guo, 2015)، (حیدری و همکاران، ۲۰۱۵)، (Ogston et al, 2011) و همچنین (Karimyar Jahromi and Mosallanejad, 2014)، (خالقی عباس آبادی، ۱۳۸۸)، (حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۳)، (پاشا و امینی، ۱۳۷۷)، (بلقان آبادی و همکاران، ۱۳۹۰)، (Lloyd and Hastings, 2009)، (چیمه، ۱۳۹۴)، (Qien and Eisemann, 2015)، (Suzumura, 2015)، (احمدی حلمسلوئی و همکاران، ۱۳۹۲) همخوان است. به عنوان مثال در پژوهش که توسط (عبدالهی و همکاران، ۱۳۹۳) با عنوان بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش



عزت نفس مادران دارای کودک فلج مغزی انجام شد، محققان به این نتیجه دست یافتند که واقعیت درمانی گلاسر باعث افزایش میزان عزت نفس مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی شده است. همچنین (شاملو و حسنی، ۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که واقعیت درمانی منجر به بهبود تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان شود همچنین (Izadi, et al, 2015) در پژوهشی با عنوان "تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر استرس والدگری در مادران کودکان با اختلال اتیسم" دریافتند که درمان شناختی رفتاری با تاثیر گذاری بر سیستم باورهای مادران اتیستیک از میزان فشار روانی این مادران به میزان زیادی کاستند واقعیت درمانی ویلیام گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناسی، شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی یود و در نتیجه نیل به هویت توفیق مورد تاکید است. در پژوهشی (Pisula and Porębowicz-Dörsmann, 2017) نتایج نشان داد به دلیل وجود استرس والدگری در والدین لهستانی دارای کودکان اتیسم، عملکرد خانواده و کیفیت زندگی آنها در سطح پایین قرار دارد.

تیینی که درباره فرضیه اول این پژوهش می توان داشت این است که طبق آموزه های تئوری انتخاب، واقعیت درمانی با اصلاح خواسته ها و دنیای کیفی افراد توانسته به افراد کمک کند تا خواسته های منطقی را در دنیای کیفی افراد جای دهد. در واقع اصلاح دنیای کیفی از طریق ورود اطلاعات جدید در دنیای ادراکی امکان پذیر گشته است. با اصلاح دنیای کیفی در واقع خواسته های منطقی جایگزین خواسته های غیر منطقی گشته و این خواسته های منطقی میزان استرس ادراک شده را توانسته کاهش بدهد. در واقع طبق چارت تئوری انتخاب استرس به چند دلیل می تواند اتفاق بیفتند. اولین و مهمترین دلیل که در بالا هم ذکر شد خواسته های غیر منطقی در دنیای کیفی است که در این درمان با کشف عناصر دنیای کیفی که در واقع مجموعه ای از افراد، اشیا، موقعیت ها، زمان ها و مکان ها و باورها می باشد به دنبال این هستیم که این تصاویر استرس زا را شناسایی و یا حذف کرد و یا تصاویر دیگری که استرس زانی باشد را جایگزین کرد. دومین عامل نقص دانش کلی در دنیای ادراکی می باشد. در واقع بسیاری از عوامل و اتفاقات را به دلیل اینکه در دنیای ادراکی به صورت غلط تفسیر می شوند و یا اینکه با فقدان داده های کافی برای تفسیر صحیح اتفاقات مواجه هستیم باعث ایجاد استرس در افراد می شود. در این پژوهش واقعیت درمانی به عنوان متغیر مستقل با دستکاری در عوامل یاد شده توانسته است میزان استرس را کنترل و کاهش دهد. امید، با اختیار خود انسان است و از آنجا ناشی می شود که تصمیم بگیرد که هیچگاه خود را کمتر از موجودی بی همتا و مهم نپندارد. شخص، امید را با تصمیم بهداشتی به داشتن آن به دست می آورد. فقط به سادگی تصمیم می گیرد که دیگر به وسیله ی هیچ چیزی بیرون از وجود خویش، خرد و فرسوده نخواهد شد و مسئولیت تغییر زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن، برعهده گرفته و علی رغم مخاطرات مربوطه این کار را انجام خواهد داد. (حکم آبادی، ۱۳۹۲).

نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه واقعیت درمانی بر افزایش امیدواری مادران کودکان در خودمانده مؤثر است، نشان داد که با یافته های انجام شده توسط (جدیدی فیکان و همکاران، ۱۳۹۴)، (محمد پور و



همکاران (۱۳۹۲)، (Lee, 2009)، (Ekas et al, 2009)، (Ogston et al, 2011)، (Law and Guo, 2015)، (Heidary et al, 2015) و همچنین (KarimyarJahromi and Mosallanejad, 2014)، (خالقی عباس آبادی، ۱۳۸۸)، (حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۳)، (پاشا و امینی، ۱۳۸۷)، (بلقان آبادی و همکاران، ۱۳۹۰)، (Lloyd and Hastings, 2009)، (چیمه، ۱۳۹۴)، همخوانی دارد. به طور مثال در پژوهشی که توسط et (Heidary al, 2015) با عنوان "سفر معنوی در تجربیات زندگی مادرانی که از کودکان اتستیک مراقبت می کنند" انجام گرفت این یافته را گزارش کردند که مراقبت از کودکان اتستیک باعث می شود که معنویت زندگی مادران افزایش یابد و آنها را قادر کند تا خودشان و کودکانشان را رشد دهند و امیدوارتر شوند. همچنین (بلقان آبادی و همکاران، ۱۳۹۰) در مطالعه ای با عنوان "تأثیر زوج درمانی مثبت نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه" به این نتیجه حاصل گردید که زوج درمانی با رویکرد مثبت نگر در افزایش سطح امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه در شهر مشهد موثر می باشد. تأثیر متقابل قابل توجهی بین استرس ناشی از ناتوانی و امید وجود دارد. هنگامی که استرس پایین است، تفاوتی بین اضطراب در گروه های کم امید و پر امید وجود ندارد. با این حال مادرانی که هم دچار استرس ناشی از ناتوانی زیاد بوده و در عین حال امید بالایی داشته اند، اضطراب پایین تری در مقایسه با مادرانی داشته اند که امید پایین و استرس مشابهی داشته اند (چیمه، ۱۳۹۴).

تبیینی که درباره فرضیه دوم این پژوهش می توان داشت این است که طبق آموزه های تئوری انتخاب، واقعیت درمانی به چند روش امیدواری را در مادران کودکان اتستیک افزایش داده است. طبق چارت تئوری انتخاب، واقعیت درمانی با تغییراتی که در سیستم خلاق افراد ایجاد می کند باعث افزایش امیدواری در این افراد شده است. سیستم خلاق در تئوری انتخاب در واقع سیستمی برگرفته از رفتارهای عادت و غیر عادت می باشد. امیدواری زمانی در افراد به وجود می آید که در واقع افراد به مجموعه ای از رفتارهای غیر عادت و جدید مجهز بشوند. به بیان دیگر زمانی که فرد از سیستم خلاق فعال تری برخوردار باشد به گونه ای که در برخورد با مسائلی و مشکلاتی که مانع ارضا نیازهایش می شود این سیستم بتواند برای رفع ناکامی پیشنهادهای رفتاری بیشتری را برای حل مشکل و متعاقباً ارضا نیاز به روش کارآمد بدهد، از احساس امیدواری بیشتری برخوردار خواهد بود. تبیین دیگر این مساله می باشد که از آنجایی که در واقعیت درمانی دائماً به فرد آموزش داده می شود که به سیستم شناختی خودشان آگاهی بیشتری داشته باشند به همین جهت با آموزش اجزای چارت تئوری انتخاب و کارکردها و ویژگی های هر یک و تحلیل رفتارها بر روی چارت تئوری انتخاب در واقع دائماً افراد هدایت می شوند که برای ارضای نیازهایشان رفتارهای کارآمدتری را انتخاب کنند در نهایت به مرور و در طی گروه افراد به این درک می رسند که اتفاقات را در زندگی شان اسناد درونی دهند. یعنی به این باور می رسند که کنترل درونی بر رفتار و اعمال و زندگی آنها حاکم است و دست از کنترل بیرونی بکشند. رسیدن به این درک از کنترل درونی و تفسیر وقایع با این نوع برداشت سبب این میشود که امیدواری در افراد رشد پیدا کند زیرا که دیگر خود را قربانی عوامل خارج از خود اعم از اشخاص، حوادث و رویدادها نمی دانند. طی سالهای اخیر در تحقیقات حوزه بهداشتی به طور فزاینده ای از کیفیت زندگی به عنوان معیار تأثیر برنامه های بهداشتی استفاده میگردد به طوری که امروزه یکی از اهداف برنامه های مراقبت، بهبود کیفیت زندگی افراد می باشد (Addington et al, 2003).



بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع یکی از مهمترین اهداف درمانی اخیر محسوب می شود. در دهه های اخیر بسیاری از پژوهشگران لزوم در نظر گرفتن نقش گسترده تری برای مداخلات روانشناختی را به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران تایید کرده اند (Lash et al, 2006). طیف وسیعی از درمان های روان شناختی شامل درمان های شناختی رفتاری، واقعیت درمانی، مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، روان درمانی حمایتی، کنترل خشم، بازسازی شناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان اثربخش بوده اند (Davison et al, 2004). یافته های پژوهش (Kheir et al, 2012) در مورد کیفیت زندگی مراقبان کودکان درخودمانده کشور قطر، کیفیت زندگی پایین والدین کودکان دچار درخودماندگی را نشان می دهد. نتایج حاصل از آزمون فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه واقعیت درمانی بر افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده مؤثر است، نشان داد که با یافته های انجام شده توسط (Qien and Eisemann, 2015)، (Suzumura, 2015)، (حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۲)، (احمدی حلمسلوئی و همکاران، ۱۳۹۲). همخوان است. به طور مثال احمدی حلمسلوئی و همکاران، (۱۳۹۲) در طی پژوهشی خود با عنوان " اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده " به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت حل مساله بر بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در تمامی ابعاد مؤثر بوده است. در پژوهشی (Qien and Eisemann, 2015) با عنوان " مشکلات گزارش شده والد در ارتباط با روابط، رفتار و علائق در کودکان با اختلال اتیسم و اثر آنها بر کیفیت زندگی " به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان اتستیک اذعان داشتند که عواملی مانند ارتباطات کودکان با دیگران و رفتارهای سازگارانه تر این کودکان و همچنین افزایش علائق این کودکان به دیگر اشیا و افراد محیط می تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد و همچنین بین نوع جنسیت کودک و ارتباط این عوامل با کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. در پژوهشی دیگر (Suzumura, 2015) با عنوان " کیفیت زندگی مادران کودکان پیش دبستانی دچار اختلال نافذ رشدی " دریافت که آشفتگی فیزیکی و روانی با ویژگی های شخصیتی کودکان اتستیک مربوط نیست در حالی که آشفتگی ذهنی رابطه معناداری با مشکلات رفتاری کودک دارد همچنین در پژوهشی که توسط (Ignjatovic, et al, 2017) که در ارتباط با خانواده کودکان معلول، صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که برنامه های حمایتی می تواند نقش بسزایی در افزایش خودکارآمدی، بهبود کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و شایستگی این خانواده ها داشته باشد. بنابراین، راهکارهایی برای توانمندسازی روانشناختی این مادران به ویژه در زمینه کیفیت زندگی خانوادگی آنان امری حیاتی است.

تیینی که درباره فرضیه سوم این پژوهش می توان داشت این است که طبق آموزه های تئوری انتخاب، واقعیت درمانی اساسا با تغییر در سه عامل باعث ارضا نیازهای افراد شده و در نهایت ارضا نیازها منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد گشته است. طبق تئوری انتخاب همه انسان ها دارای پنج نیاز ژنتیک می باشند که شامل نیاز به بقا، آزادی، عشق، تفریح و قدرت می باشد. انسان زمانی در زندگی احساس رضایت خواهد کرد که این نیازها رو بتواند ارضا کند. و این احساس رضایت شالوده کیفیت زندگی فرد را تشکیل می دهد. بدین گونه با توجه به ریخت نیازهای هر فرد که خصوصی وی می باشد باید به نسبت، زمان و انرژی اش را در مسیر انجام رفتارهایی قرار دهد که به نسبت اندازه و



اولویت نیازها را ارضا می کند. برای ارضا نیازها باید سه عامل را اصلاح کرد. عامل اول دنیای کیفی، عامل دوم سیستم ادراکی و عامل سوم سیستم خلاق می باشد. در واقع با واقعیت درمانی این سه عامل اصلاح و هماهنگ شده است که نتیجه اش افزایش کیفیت زندگی می شود. هماهنگی این سه عامل باعث ارضای کارآمد نیازها می شود. در واقع ارضای پنج نیاز ژنتیک رابطه مستقیم با کیفیت زندگی دارد. به طور خلاصه بیان نمود که واقعیت درمانی گروه با اصلاح دنیای کیفی در واقع خواسته هایی را برای فرد با اهمیت جلوه داد که بتواند آن ها را به شکل کارآمد ارضا کند. از جهت دیگر با اصلاح سیستم ادراکی از طریق دادن دانش کلی جدید باعث شد که تفاسیر صحیحی از شرایط حال داشته باشند و همچنین با پرسشگری سقراطی و همچنین جو گروه درمانی که به نوعی بارش فکری محسوب می شود به رشد عامل سوم یعنی سیستم خلاق کمک شایانی گشت. از طرف دیگر کاهش استرس ادراک شده و همچنین افزایش امیدواری به نوعی در افزایش کیفیت زندگی افراد نیز می تواند تاثیر داشته باشد.

در واقعیت درمانی نیز از آنجایی که یک درمان متمرکز بر حل مساله می باشد ما می توانیم در واقع این مهارت های حل مساله را در این دیدگاه مشاهده کنیم. همچنین فنون استفاده شده در این درمان در واقع به دنبال راهی سریع و کارآمد برای ارضای نیازهای افراد می باشد و همین نکته مبین مساله مدار بودن این رویکرد درمانی می باشد. همچنین می توان گفت که واقعیت درمانی با اصلاح دنیای کیفی افراد و به وجود آوردن خواسته های منطقی و کارآمد برای مادران، باعث کاهش استرس، افزایش امیدواری و کیفیت زندگی در آنها شده است. علاوه بر داده های کمی بدست آمده از طریق ابزارهای سنجش متغیرهای پژوهش، از نقطه نظر تغییرات کیفی نیز، اظهار نظرهای پراکنده ی اعضای خانواده ی افراد تحت مطالعه که بیشترین برخورد را با آنها دارند، نشانگر اثربخشی و مقبولیت واقعیت درمانی گروهی بر مادران کودکان درخودمانده بود. بدین ترتیب می توان از یافته های فوق نتیجه گرفت که واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه ی انتخاب، بر کاهش استرس ادراک شده، افزایش امیدواری و کیفیت زندگی در مادران کودکان درخودمانده اثر گذار می باشد.



منابع

- احمدی حلمسوئی، اعظم، پاشنگنگ ، بتول ، سایمی نیا ، نرگس ، ۱۳۹۲، اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان در خودمانده. روانشناسی کاربردی . ۷۷-۹۰.(۲۸)۷.
- پاشا ، غلامرضا ، امینی ، سهیلا ، ۱۳۸۹، تاثیر واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا ، یافته های نو در روانشناسی ، ۳ ، ۵۱-۳۷ .
- جدیدی فیقان ، مهناز ، صفری ، سهیلا ، فرامرزس ، سارا ، جمالی پاقلعه ، سمیه ، جدیدی فیقان ، مریم ، ۱۳۹۴.
- چیمه ، نرگس ، طهماسیان ، کارینه ، پوراعتماد ، حمیدرضا ، افقی ، هاله ، احمد آبادی ، زهره ، ۱۳۹۱، تدوین برنامه آموزشی - روانشناختی " زندگی سازگار با اتیسم " و اثربخشی آن بر کاهش علائم اتیسم در کودکان مبتلا و کیفیت زندگی مادران آنها. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۳(۲).۵۰-۴۱.
- حکم آبادی ، محمد ابراهیم ، ۱۳۹۲، اثربخشی واقعیت درمانی نوین گروهی بر پایه ی تئوری انتخاب برانگیزه ی تغییر ، امیدواری و کیفیت زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد . پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان.
- حکم آبادی ، محمد ابراهیم ، رضایی ، علی محمد ، اصغری ابراهیم آباد ، محمد جواد ، سلامت ، علی ، ۱۳۹۳، تاثیر واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری سوء مصرف کنندگان مواد. مجله پزشکی ارومیه. ۲۵ (۸). ۷۵۲-۷۵۹.
- خالقی عباس آبادی، سمیه ، ۱۳۸۸، بررسی تأثیر روش واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و سلامت روان .پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه بهشتی تهران.
- شاملی، رامونا، حسنی ،فریبا، ۱۳۹۶، اثر بخشی واقعیت درمانی بر تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان ، مجله اندیشه و رفتاردر روانشناسی بالینی ، ۱۱(۴۳):۷۷-۸۶.
- عبادیان، حسین ، ۱۳۸۵، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد گلاسر بر افزایش میزان سلامت عمومی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی.
- عبداللهی مهربان ، نسرين ، شفیح آبادی ، عبدالله ، بهبودی ، معصومه ، ۱۳۹۳، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد واقعیت درمانی بر افزایش عزت نفس مادران دارای کودک فلج مغزی (CP)، تحقیقات علوم رفتاری . ۱۲ (۳).
- کلانتر هرمزی، آتوسا ، ۱۳۸۴، اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی گلاسر بر بحران هویت دختران دانش آموز در معرض خطر دبیرستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی.
- گلزاری ، محمود ، ۱۳۸۶، اعتباریابی مقیاس امید شنایدر. چاپ نشده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدپور ، مریم ، رصافیانی ، مهدی ، احمدی کهجوق ، مینا ، بهنیا ، فاطمه ، حقگو ، حجت الله ، بیگلریان ، احمد ، ۱۳۹۲ .
- مقایسه استفاده از زمان در مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم و مادران دارای کودک عادی. پژوهش در علوم توانبخشی . ۱۰(۱). ۱۸۲-۱۹۲.



مرادی شهر بابک، فاطمه، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، آقا محمدیان شهرباف، حمید رضا، ۱۳۸۹، بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه ی گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱ (۲)، ۲۳۸-۲۲۷.

نجات، سحرناز، عبدالله پور، ابراهیم، سلیمی، یحیی، جرجان شوشتری، زهرا، ۱۳۸۹، کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان. مجله پزشکی ارومیه، ۸، ۵۶-۴۰.

- Addington, Jean . Young . J . Addington, Donald . (2003). *Social outcome in early psychosis* .Psychol Med . 33(6): 1119-1124.
- Cachia, Renee. Anderson, Angelika and Moore, Dennis. (2016). Mindfulness, Stress and WellBeing in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1-14.
- Davison, Gerald. Neal, Johan. Kring, Ann. (2004). *Abnormal psychology*. Translated to Persian by : DehestaniM.Vol 104 ed . Tehran : Virayesh : 293 – 304.
- Duarte, Cristian. Bordin , Isabel . Yazigi, Latife . Mooney, Julia. (2005). *Factors associated with stress in mothers of children with autism*. *Autism* . 9 (4) : 416-427.
- Ekas, Naomi. Whitman , Thomas. Shivers, Carolyn. (2009). *Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* . 39 : 706–719.
- Fisman , Sandra. Wolf, Lucille .(1991). *The handicapped child: Psychological effects on parental, marital and sibling relationships*. *Psychiatrics Clinics Of North America* . 14 : 199-217.
- Flangan , Johan. Flangan, Sommers . (2004) . *Counseling and psychotherapy theories in context and practice skills, strategies and techniques*. New Jersey : John Wiley and Sons.
- Gholami Jam, Fatimah. Takaffoli, marzieh. Kamali, Mohammed. Eslamian, Ayyub. Alavi, Zohre. Ali Nia, Vahhab. Systematic Review on Social Support of Parent/Parents of Disabled Children. *jrehab*. 2018; 19 (2) :126-141.
- Gobrial, Ereny. (2018). The Lived Experiences of Mothers of Children with the Autism Spectrum Disorders in Egypt. *Social. Sciences*, 7(133), 1-11.
- Hastings , Richard. Brown , Tony. (2002). *Behavior problems of children with autism, parental selfefficacy, and mental health*. *Am J Ment Retard*.107(3): 222–32.
- Hasting, Richard. Kovshoff . Hanna. Ward ,Nicholas. Espinosa , Francesca. Brown , Tony. (2005). *System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* . 35(5) : 635-644.
- Heidary,Abbas. Hosseini Shahidi, Laleh. Mohammadpuor, Ali. (2015). *Spiritual Journey in Mothers' Lived Experiences of Caring for Children With Autism Spectrum Disorders*. *Global Journal of Health Science* . Vol. 7, No. 6 . e-Version FirstTM.



- Ignjatovic, Tamara. Milanovic, Marko and Zegarac, Nevenka. (2017). How services for children with disabilities in Serbia affect the quality of life of their families. *Research in Developmental Disabilities* 68, 1–8.
- Izadi, Maryam. Riahi, Forough. Khajeddin , Niloufar. (2015). *Effect of Cognitive Behavior Group Therapy on Parenting Stress in Mothers of Children with Autism*. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. Sep. 9(3): e1900.
- KarimyarJahromi, Mehdi. Mosallanejad, leili. (2014). *The impact of reality therapy on metacognition, stress and hope in addicts*. *Global Journal of Health Science*. Sep 23. 6(6): 281-7.
- Kheir, Nadir. Ghoneim ,Ola. Sandridge , Amy. Al-Ismaïl, Muna. 2012 Quality of life of caregivers of children with autism in Qatar. 16(3):293-8.
- Kim . Hee. (2002). *The effect of a reality therapy program an the responsibility for elementary school children in korea*. *International Journal of Reality therapy*. Vol : xyII number.
- Konishi, A., So. R., Yoshimura, B. (2018). Mother-infant separation among mothers withmental illness: An exploratory observational study in Japan. *Asian Journal of Psychiatry*, 32: 1-4.
- Konstantareas, Mary. Homatidis, Soula. Plowright, C. M. S. (1992). *Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clark modification of Holroyd questionnaire on resources and stress*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 22 : 217-234.
- Koydemir . Selda ; Tosun . Ulka. (2009). *Impact of autistic children on the Lives of mothers*. *Procedia and Behavioral Sciences*. 1 : 2534- 2540.
- Krstić,Tatjana.Mihić,Ljiljana.Mihić,Ivana. (2015). Stress and resolution in mothers of children withcerebral palsy, *Research in Developmental Disabilities*, 47: 135-143.
- Lash, James . Wang, Xueie . greene, Tom . Gadegbeku , Crystal. Hall. Yvette . Jones, Kim. (2006). *Quality of life in the African American study of Kidney diseases*.
- Law,Fang. Guo, Gwo. (2015). *Choice and Hope: A Preliminary Study of the Effectiveness of Choice-Based Reality Therapy in Strengthening Hope in Recovery for Women Convicted of Drug Offences in Taiwan*. *International Journal Offender Ther Comp Criminol*. 62216919 [PubMed - as supplied by publisher].
- Lee, Gloria. (2009). *Parents of Children with High Functioning Autism: How Well Do They Cope and Adjust?.* *J Dev PhysDisabil* . 21: 93–114.
- Liu , Li. (2006) . *Quality of life as a social represetation in china : a qualitative study . social Indicators research* . 75 : 217 – 240.
- Lloyd , Tracey. Hastings, Richard. (2009). *Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities*. *J Intellect Disabil Res*.53(12): 957–68.
- Magiati, Iiana. Moss, Jo . Yates, Rachel. Charman, Tony. Howlin , Patricia. (2011). *Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders* . *Journal of Intellectual*.
- Meirsschaut, Mieke. Roeyers, Herbert .Warreyn, Petra. (2010). *Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions*. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 4 (4): 661-669.



Mugno , Diego. Ruta, Liliana . D'Arrigo , Valentina. Mazzone , Luigi. (2007). *Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder*. Health and Quality of Life. 5 : 5-22.

Ogston, Pual. Mackintosh, Virginia. Myers, Johan. (2011). *Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome*. Res Autism Spectr Disord.5(4): 1378–84.

Pisula, Ewa. Porębowicz-Dörsmann, Anna. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. PLoS ONE 12(10): e0186536.

Prenzlau, Sheryl. (2006) . *Using reality therapy to reduce PTSD-Related symptoms*. International journal of reality therapy . VOI 25. issue 2 . pp : 23-29.

Qien, Rolad. Eisemann, Martin. (2015). *Parent-Reported Problems Related to Communication, Behavior and Interests in Children with Autistic Disorder and Their Impact on Quality of Life*. Journal of Autism and Developmental Disorders : 1-4.

Suzumura, Shunsuke. (2015). *Quality of life in mothers of preschoolers with high-functioning pervasive developmental disorders*. Pediatrics International . 57: 149–154.

Tabassum , Rabia. Mohsin, Naeem. (2013). *Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world*. International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies (IJEEFUS). 3(4): 33-40.

Webster, Alec. Filer, Anthony. Webster, Valerie. Lovell, Claire. (2004). *Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder*. Journal of Early Childhood Research. 2 : 25.

Wong, Virginia and Kwan, Queenie.(2010). Randomized controlled trial for early intervention for autism: A pilot study of the autism 1-2-3 Project. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(6), 677–688.

Wubbolding . Robert. (2008) . *The evolution of psychotherapy : A conference of inner control*. International Journal of Reality Therapy. 26 (1) : 1-35.