MEJDS. 2022; 12:217.

Published online 2023 Feb. **Original Article**

The Effectiveness of Reality Therapy Program on Psychological Well-being, Cognitive Emotion Regulation, and Interpersonal Relationships of Mothers of Children With Developmental Disabilities

Satori F[1], *Amiri Majd M[2], Tajalli P[3], Abolmaali KH[4]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
***Corresponding Author's E-mail:** amirimajd@abhariau.ac.ir

Received: 2021 July 13; **Accepted:** 2021 August 1

Abstract

Background & Objectives: According to the American Psychiatric Association, developmental disabilities are a group of disabilities related to the developmental stages of childhood that occur with varying degrees of severity at birth. Given the prevalence of psychological distress among mothers with children with developmental disabilities and its negative effects on their individual and family functioning, it seems that providing psychological services in the form of treatment strategies such as reality therapy can regulate emotion, interpersonal relationships, and the psychological well–being of these mothers. Also, as the literature review showed, the effect of the mentioned intervention on the research variables in the target population, as far as the researcher examined, no direct study has been done, and a research vacuum is felt in this field. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of reality therapy programs on psychological well–being, cognitive emotion regulation, and interpersonal relationships of mothers of children with developmental disabilities.

Methods: The present study was a quasi–experimental study with a pretest–posttest design with a control group. The statistical population of this study included all mothers of children with developmental disabilities in Saqez City, Iran, in 2020–2019. Since at least 15 people were recommended for each group in the experimental methods, 30 mothers were selected from the eligible volunteers and randomly assigned to the experimental and control groups. Finally, the experimental group was trained in a reality therapy program, and the control group did not receive any intervention. The inclusion criteria were as follows: no history of mental illness and use of psychotropic drugs, no use of psychological interventions and other counseling, no psychotic disorders, dementia and mental retardation, alertness and ability to participate in mindfulness sessions, and ability to speak in Persian. The exclusion criteria included absence for more than two sessions in the treatment protocol and unwillingness to continue cooperating in training sessions. Finally, individuals were assured that all information was confidential and would be used for research purposes. For privacy reasons, participants' first and last names were not registered. The study data were obtained by the Ryff Scale Psychological Well–being (RSPWB, Revised Ryff, 1995), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij, 2006), and Inventory of Interpersonal Problems Questionnaire (PII–32, Barkham, 1996) before and after the reality treatment. The obtained data were analyzed with univariate analyses of covariance in SPSS23. The significance level was considered 0.005.

Results: The Shapiro–Wilk test was used to check the normality of the data before the analysis of covariance. The results showed that the assumption of normality was valid for psychological well–being data (p=0.922), interpersonal problems (p=0.782), and cognitive emotion regulation (p=0.686). The results of Levene's test for homogeneity of variance of psychological welfare dependent variable (p=0.909), interpersonal problems (p=0.556), and self–cognitive emotion regulation include two subgroups: adapted strategies (p=0.694) and uncompromising solutions (F=0.067, p=0.798). The results of Levene's test showed no significant difference in the variance of the groups, and therefore the assumption of the equality of variance was established. The results of the test assumed the homogeneity of the regression slope in the groups for the variables of psychological well–being (p=0.100), interpersonal problems (p=0.415), and cognitive emotion regulation (p=0.639), which shows that the default. The homogeneity of the regression slope based on the non–significance of the group*pretest interaction is confirmed. Therefore, the regression homogeneity assumption was established, and it can be ensured that the data of this study meet the assumptions underlying the analysis of variance. Also, the results of univariate analysis of covariance on the mean posttest scores of dependent variables with pretest control in the experimental and control groups showed that reality therapy training had a positive and significant effect on cognitive regulation, which increased the compromised strategies (p=0.002) and decreased the uncompromising strategies (p=0.003) in individuals. This treatment also increased psychological well–being (p=0.012) and decreased interpersonal problems in individuals (p=0.002).

Conclusion: In general, the results showed a significant difference between cognitive regulation of emotion, psychological well–being, and interpersonal relationships of mothers of children with developmental disabilities in the experimental and control groups. Therefore, using a reality therapy program alone or combined with other therapies can reduce psychological problems, regulate emotions, and improve mothers' relationships with children with developmental disabilities.

Keywords: Developmental Disabilities, Psychological Well–Being, Cognitive Emotion Regulation, Interpersonal Relationships, Reality Therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۱۷.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی

فاروق ساتوری[۱]، *مجتبی امیری مجد[۲]، پریسا تجلی[۳]، خدیجه ابوالمعالی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** amirimajd@abhariau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰ مرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: تولد کودکی دارای ناتوانی می‌تواند فشار روانی زیادی بر افراد خانواده به‌خصوص مادر داشته باشد. مشارکت والدین در برنامهٔ درمانی، این آشفتگی را کاهش می‌دهد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را همهٔ مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی تشکیل دادند که در سال ۹۸-۱۳۹۷ در شهر سقز زندگی کردند. از بین داوطلبان واجد شرایط تعداد سی نفر وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ دوساعته برنامهٔ آموزشی واقعیت‌درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (بازبینی شده ریف، ۱۹۹۵)، پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) و پرسش‌نامهٔ روابط بین‌فردی (II-32 بارخام، ۱۹۹۶) قبل و بعد از اجرای برنامهٔ واقعیت‌درمانی جمع‌آوری شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، اثر واقعیت‌درمانی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۰۱۲)، تنظیم شناختی هیجان شامل راهکارهای سازش‌یافته (p=۰/۰۰۲) و راهکارهای سازش‌نیافته (p=۰/۰۰۳) و روابط بین‌فردی (p=۰/۰۰۲) مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی معنادار است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش مشخص کرد، برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی مؤثر است؛ ازاین‌رو می‌توان از این برنامه برای توانمندسازی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ناتوانی‌های تحولی، بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، روابط بین‌فردی، واقعیت‌درمانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

۱ مقدمه

افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی[1] از مادران دارای کودک سالم بیشتر است و با کیفیت زندگی[2] رابطهٔ منفی دارد (۱). ازجملهٔ این ناتوانی‌ها، ناتوانی‌های تحولی[3] است. طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4] ناتوانی‌های تحولی تکاملی[5] که معمولاً به‌عنوان ناتوانی‌های عصبی‌رشدی شناخته می‌شوند، دسته‌ای از ناتوانی‌های مربوط به دوره‌های رشد کودکی هستند که به‌شدت‌های متفاوت در هنگام تولد اتفاق می‌افتند (۲). اصطلاح تأخیر تکاملی، برای کودکانی به‌کار می‌رود که خصوصیات برجستهٔ تکاملی را باتوجه به سنشان بروز نداده‌اند. این اصطلاح در حیطه‌های حرکتی، شناختی، عاطفی، زبان و اجتماعی درخورتوجه است (۳). بررسی تنظیم شناخت هیجان و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت فردی و اجتماعی مادران خواهد داشت. تنظیم شناختی هیجان[6] به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به‌منظور افزایش یا کاهش یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (۴). برای اینکه تجارب هیجانی ناخوشایند برطرف شود و دیگر تجارب و رفتارها پردازش شود، شخص باید به فرایندهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی اجازه دهد تا با تجربهٔ هیجان همراه شوند (۵). یکی دیگر از این فرایندها بهزیستی روان‌شناختی[7] است که شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان تجربه‌ای شناختی به شرایطی اطلاق می‌گردد که فرد وضعیت موجود خود را با وضعیت آرمانی مقایسه کند و به ادراک مثبت در خود دست یابد. این مؤلفه شامل رضایت کلی از زندگی می‌شود و دربرگیرندهٔ نگرشی کلی مثبت به زندگی، لذت‌بردن از زندگی و فقدان خُلق افسرده است (۶). یکی دیگر از متغیرهایی که در این مادران به‌صورت کم‌رنگ دیده می‌شود و می‌تواند به‌شدت تأثیرگذار باشد، مشکلات بین‌فردی[8] است. مشکلات بین‌فردی مشکلاتی است که در رابطه با دیگران به‌وجود می‌آید. هرچه در حیطهٔ روابط بین‌فردی مشکل بیشتری مشاهده شود و مهارت‌ها برای مقابله با این مسائل کمتر باشد، اقبال زندگی بهتر و رضایت و سلامتی از دست خواهد رفت (۷).

درحال‌حاضر از روش‌های مطرح برای کاهش و حل مسائل مربوط به استرس‌ها و مشکلات روان‌شناختی برنامه‌های درمانی آموزشی واقعیت‌درمانی[9] است. واقعیت‌درمانی، روش مشاوره‌ای و روان‌درمانی است که ویلیام گلاسر روان‌پزشک آن را بنیان‌گذاری کرد. در فرایند درمان، درمانگر اصولی را به‌کار می‌برد تا به هدف درمان برسد. اصول واقعیت‌درمانی شامل ارتباط و درگیری عاطفی، توجه و تأکید بر رفتار کنونی و نه بر احساسات، تأکید بر زمان حال، قضاوت ارزشی، طرح‌ریزی، تعهد درقبال طرح تهیه‌شده، نپذیرفتن هرگونه عذر و بهانه و امتناع از تنبیه است. اصول واقعیت‌درمانی معمولاً به همان ترتیبی که مطرح می‌شود، به‌کار می‌رود (۸). هدف واقعیت‌درمانی این است که با آموزش مسئولیت‌پذیری نحوهٔ ادارهٔ انتخاب‌ها و کمک به ارضای صحیح نیازهای عاطفی ازجمله مبادلهٔ عشق و محبت و نیاز به احساس ارزشمندی بتوان افراد را در کسب هویت موفق و درنهایت در تأمین سلامت روانی و شادی بیشتر مساعدت کرد (۹).

کارایی مداخلات رویکرد واقعیت‌درمانی در پیشگیری یا درمان مشکلات روان‌شناختی در افراد مختلف نشان داده شده است. فرمانی و همکاران در پژوهشی دریافتند، برنامهٔ واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب و استرس و افسردگی بیماران اماس[10] مؤثر است (۱۰). پژوهش دیگر به‌صورت متاآنالیز نشان داد، برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر اختلالات افسردگی تأثیر دارد (۱۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد، برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر کاهش داغ ننگ مادران دارای کودکان با ناتوانی‌های تحولی و رشد ذهنی مؤثر است (۱۲). مطالعه‌ای نشان داد، آموزش واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری و بهزیستی مادران دارای کودکان با ناتوانی ذهنی اثر دارد (۱۳). در پژوهشی دیگر با بررسی استفاده از واقعیت‌درمانی برای بهبود درمان اختلالات اضطرابی و شناسایی زمینه‌های پذیرش بالینی و موانع احتمالی مشخص شد، این برنامه می‌تواند در درمان تأثیرگذار باشد و درنتیجه باعث بهبود درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی شود (۱۴)؛ بنابراین می‌توان گفت، باتوجه به شیوع پریشانی‌های روان‌شناختی در بین مادران دارای کودکان با ناتوانی‌های تحولی و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها به‌نظر می‌رسد ارائهٔ خدمات روان‌شناختی در قالب راهبردهای درمانی مانند واقعیت‌درمانی، در تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی و بهزیستی روان‌شناختی این مادران راهگشا است. همچنین همان‌طورکه مرور پیشینهٔ پژوهش نشان داد، در زمینهٔ اثر مداخلهٔ مذکور بر متغیرهای پژوهش در جامعهٔ هدف تاآنجاکه محقق بررسی کرد، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مادران کودکان با ناتوانی تحولی مراجعه‌کننده به ادارهٔ بهزیستی شهر سقز در سال ۹۸ــ ۱۳۹۷ تشکیل دادند. ازآنجاکه در روش‌های آزمایشی حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۱۵)، از بین داوطلبان واجد شرایط، سی نفر وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. درنهایت گروه آزمایش، آموزش برنامهٔ واقعیت‌درمانی را دریافت کرد و برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: نداشتن سابقهٔ بیماری روانی و مصرف داروهای روان‌گردان؛ استفاده‌نکردن از مداخلات روان‌شناسی و مشاوره‌ای دیگر؛ مبتلانبودن به اختلالات

1. Child with intellectual disability
2. Quality
3. Developmental Disability
4. American Psychiation Association
5. Evolutionary Developmental Disability
6. Cognitive Emotion Regulation
7. Psychological Wellbeing
8. Interpersonal Problems
9. Reality therapy
10. Multiple Sclerosis

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

سایکوتیک، دمانس و عقب‌ماندگی ذهنی؛ هشیاری و توانایی شرکت در جلسات ذهن‌آگاهی؛ توانایی تکلم به زبان فارسی. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل‌نبودن به ادامهٔ همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزارهای زیر در گردآوری داده‌ها به‌کار رفت.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[1] (ریف، ۱۹۸۹ و بازبینی‌شده ۱۹۹۵): نسخهٔ اصلی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف دارای ۸۴ گویه است که در سال ۱۹۸۹ تهیه شد. سپس طراحی نسخه‌های ۵۴عبارتی و فرم کوتاه ۱۸عبارتی برای سهولت در اجرا صورت گرفت (۱۶). در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. نسخهٔ کوتاه این پرسش‌نامه دارای شش مؤلفهٔ پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط برمحیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است. سؤال‌های ۱ و ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط، سؤال‌های ۹ و ۱۲ و ۱۸ عامل خودمختاری، سؤال‌های ۳ و ۱۱ و ۱۳ عامل روابط مثبت با دیگران، سؤال‌های ۷ و ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی، سؤال‌های ۵ و ۱۴ و ۱۶ عامل زندگی هدفمند و سؤال‌های ۲ و ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این شش عامل نمرهٔ کلی بهزیستی روان‌شناختی است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در پیوستاری شش‌درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سؤالات ده سؤال به‌صورت مستقیم و هشت سؤال (۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷) به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در مطالعهٔ ریف برای پذیرش خود برابر ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد (۱۶). در ایران میکائیلی منیع روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را بر نمونه‌ای ۳۷۶نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد بررسی کرد. نتایج بررسی پایایی ازطریق بازآزمایی نشان داد، ضریب حاصل برای نمرهٔ کلی برابر ۰/۹۰، پذیرش خود ۰/۷۴، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۶، خودمختاری ۰/۷۲، تسلط بر محیط ۰/۷۹، هدفمندی در زندگی ۰/۸۱ و رشد شخصی ۰/۸۴ است (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان[2] (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۶): این پرسش‌نامه توسط گرانفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تهیه شد و دارای هیجده سؤال است. راهکار شناختی تنظیم هیجان به دو دستهٔ کلی راهکارهای سازش‌یافته و راهکارهای سازش‌نیافته تقسیم می‌شود. خرده‌مقیاس‌های راهکارهای سازش‌یافته شامل پذیرش، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری و خرده‌مقیاس‌های راهکارهای سازش‌نیافته شامل نشخوارگری، خودسرزنشگری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنشگری است. به سؤالات روی مقیاسی پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب=۴، همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به‌ترتیب ۲ و ۱۰ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ استفادهٔ بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۷۳تا۸۰درصد و ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها از ۴۱تا۵۹درصد به‌دست آمد (۱۸). در ایران این پرسش‌نامه توسط بشارت و بزازیان هنجاریابی شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان در نمونهٔ ایرانی (n=۴۷۸) به‌ترتیب برای خودسرزنشگری ۰/۷۸، پذیرش ۰/۸۹، نشخوارگری ۰/۸۳، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۹، برنامه‌ریزی ۰/۹۱، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۸، کم‌اهمیت‌شماری ۰/۸۵، فاجعه‌نمایی ۰/۹۲ و دیگرسرزنشگری ۰/۹۳ محاسبه شد. این ضرایب بیانگر همسانی درونی رضایت‌بخش پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان است (۱۹).

ـ پرسش‌نامهٔ روابط بین‌فردی[3] (بارخام، ۱۹۹۶، IIP-32): ابزاری خودگزارش‌دهی بوده و گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به‌طور معمول در روابط بین‌فردی تجربه می‌کنند. این پرسش‌نامه در اصل ۳۲ سؤال دارد و شامل شش زیرمقیاس می‌شود که عبارت است از: صراحت و مردم‌آمیزی؛ گشودگی؛ درنظرگرفتن دیگران؛ پرخاشگری؛ حمایتگری و مشارکت؛ وابستگی. سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۹ و ۱۱ عامل صراحت و مردم‌آمیزی، سؤال‌های ۱۰، ۱۷، ۲۴ و ۲۹ عامل گشودگی، سؤال‌های ۱۸، ۲۵، ۲۶، ۳۱ و ۳۲ عامل درنظرگرفتن دیگران، سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۸ و ۳۰ عامل پرخاشگری، سؤال‌های ۵، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶ عامل حمایتگری و مشارکت و سؤال‌های ۶، ۱۹، ۲۲، ۲۳ و ۲۷ عامل وابستگی را می‌سنجد. سؤالات بر مقیاسی پنج‌درجه‌ای از صفر (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (به‌شدت) نمره‌گذاری می‌شود (۲۰). در ایران روایی و پایایی این پرسش‌نامه روی ۳۸۴ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه شیراز توسط فتح و همکاران هنجاریابی شد. آن‌ها پایایی پرسش‌نامه را ازطریق آلفای کرونباخ بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد صراحت و مردم‌آمیزی ۸۳درصد، گشودگی ۶۳درصد، درنظرگرفتن دیگران ۶۰درصد، پرخاشگری ۸۳درصد، حمایتگری ۷۱درصد، مشارکت و وابستگی ۶۳درصد و کل مقیاس ۸۲درصد به‌دست آمد (۷).

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از مادران شرکت‌کننده در پژوهش، رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش اخذ شد. در پژوهش حاضر اجرای برنامهٔ واقعیت‌درمانی به‌شکلی بود که آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر هفته یک جلسهٔ درمانی دوساعته داشتند. هم‌زمان هر دو گروه آزمایش و گواه به هر سه پرسش‌نامه جواب دادند و گروه آزمایش برنامهٔ واقعیت‌درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ روش درمانی ارائه نشد. این برنامهٔ درمانی با اقتباس و تکیه بر محتوای برنامهٔ ویلیام گلاسر تنظیم شد (۲۱). روایی محتوایی آن توسط اساتید و متخصصان حوزهٔ روان‌شناسی به تأیید رسید و شیوهٔ ارائهٔ مطالب در این برنامه به‌صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی،

[1]. Ryff scale psychological wellbeing (RSPWB)

[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[3]. Inventory of Interpersonal Problems

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

آموزش مستقیم به‌صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود (۲۲،۲۳). خلاصهٔ محتوای جلسات درمانی و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها قبل از آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون و همگنی شیب خطوط رگرسیونی با ارزیابی اثر متقابل گروه‌ـ پیش‌آزمون در مدل رگرسیون به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. شرح جلسات پروتکل واقعیت‌درمانی

جلسه	
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطهٔ مبتنی‌بر اعتماد میان اعضا و ابلاغ قوانین گروه و اهمیت‌دادن به نقش روابط بین‌فردی
دوم	آشنایی با پنج نیاز اساسی انسان، فهرست‌بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آن‌ها و کمک پژوهشگر در بررسی و اهمیت برآوردن این نیازها
سوم	دریافت بازخورد از جلسهٔ قبل و درخواست توضیح دربارهٔ دید کلی اعضا از زندگی فعلی‌شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه دربارهٔ وضعیت فعلی زندگی، توضیح در زمینهٔ رفتار کلی و چهار مؤلفهٔ آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی)
چهارم	تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار کنونی برای رسیدن به اهدافشان، بررسی چگونگی کمک‌کردن رفتار فعلی آن‌ها در رسیدن به اهداف و نیازهایشان
پنجم	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری آن‌ها درقبال انتخاب رفتارها و راهکارهای منجربه تغییر در تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین‌فردی
ششم	طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به اهداف
هفتم	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائهٔ تکالیفی هرچند کوچک برمبنای کمک به تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط بین‌فردی
هشتم	دریافت بازخورد از جلسهٔ قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین‌کردن ادارهٔ درونی، مواجه‌شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی دربارهٔ درست و نادرست‌بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و درنهایت فرایند تغییر با منجرشدن به تغییر مثبت در تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین‌فردی

۳ یافته‌ها

یافته‌های به‌دست‌آمده در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه و تحلیل شد. براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، ۱۷ نفر (۷/۳۷درصد) دارای مدرک کمتر از دیپلم، ۲۱ نفر (۶/۴۶درصد) دارای مدرک دیپلم و فوق‌دیپلم و ۶ نفر (۳/۱۳درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند و همچنین ۱ نفر (۲/۲ درصد) مدرک تحصیلی کارشناسی‌ارشد داشت. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش۴/۸۷±۴۱ سال و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه ۳/۶۵±۳۹ سال بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۱۶۸). در جدول ۲ شاخص های توصیفی به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس اشاره شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			مقایسهٔ پس‌آزمون		
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار f	مقدار p	مجذور اتا
تنظیم شناختی هیجانی	راهکارهای سازش‌یافته	آزمایش	۴/۸۰	۰/۴۶۷	۶/۳۱	۰/۳۷۳	۱۲/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۳۶۵
		گواه	۴/۵۵	۰/۳۴۱	۴/۵۲	۰/۳۷۸			
	راهکارهای سازش‌نیافته	آزمایش	۴/۸۴	۰/۵۱۹	۲/۶۴	۰/۴۸۶	۱۱/۲۰	۰/۰۰۳	۰/۳۷۷
		گواه	۴/۷۵	۰/۵۴۲	۴/۸۱	۰/۴۲۰			
روابط بین‌فردی		آزمایش	۱۰۱/۹۳	۶/۹۹۵	۹۴/۳۳	۶/۰۶۷	۱۲/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۳۶۶
		گواه	۹۷/۰۰	۷/۱۱۱	۹۹/۹۳	۸/۲۸			
بهزیستی روان‌شناختی		آزمایش	۵۹/۸۷	۵/۴۴۹	۷۱/۶۰	۶/۱۷۴	۷/۴۱	۰/۰۱۲	۰/۲۵۲
		گواه	۶۱/۶۰	۷/۱۶	۶۲/۰۷	۴/۸۹			

در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل تنظیم شناختی هیجان (راهکارهای سازش‌یافته و راهکارهای سازش‌نیافته)، روابط و مشکلات بین‌فردی و بهزیستی روان‌شناختی در هر دو گروه (گواه و آزمایش) به‌تفکیک ارائه شده است. باتوجه به نتایج جدول، میانگین راهکارهای سازش‌یافته در گروه آزمایش از ۴/۸۰ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۶/۳۱ در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافت، راهکارهای سازش‌نیافته در گروه آزمایش از ۴/۸۴ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۲/۶۴ در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش پیدا کرد و روابط و مشکلات بین‌فردی در گروه آزمایش از ۱۰۱/۹۳ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۹۴/۳۳ در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافت؛ همچنین بهزیستی روان‌شناختی در

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

گروه آزمایش از ۵۹/۸۷ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۷۱/۶۰ در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از مداخلهٔ برنامهٔ آموزشی واقعیت‌درمانی افزایش پیدا کرد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها قبل از آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیروویلک به‌کار رفت. نتایج نشان داد، فرض نرمال‌بودن برای داده‌های بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۹۲۲)، مشکلات بین‌فردی (p=۰/۷۸۲) و تنظیم هیجان شناختی (p=۰/۶۸۶) برقرار است. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیر وابستهٔ بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۹۰۹)، مشکلات بین‌فردی (p=۰/۵۵۶) و تنظیم هیجان شناختی شامل دو زیرگروه راهکارهای سازش‌یافته (p=۰/۶۹۴) و راهکارهای سازش‌نیافته (F=۰/۰۶۷، p=۰/۷۹۸) به‌دست آمد. نتایج آزمون لوین مشخص کرد، تفاوت معناداری در واریانس گروه‌ها مشاهده نمی‌شود؛ لذا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون در گروه‌ها برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۱۰۰)، مشکلات بین‌فردی (p=۰/۴۱۵) و تنظیم هیجان شناختی (p=۰/۶۳۹) به‌دست آمد که مشخص می‌کند، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی‌بر معنادارنبودن اثر متقابل گروه- پیش‌آزمون رد نمی‌شود؛ بنابراین فرض همگنی رگرسیون برقرار بود و می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنای تحلیل واریانس را برآورده می‌کند. همچنین باتوجه به داده‌های جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد که آموزش واقعیت‌درمانی بر تنظیم هیجان شناختی اثربخشی مثبت و معناداری دارد؛ این امر باعث افزایش راهکارهای سازش‌یافته (p=۰/۰۰۲) و کاهش راهکارهای سازش‌نیافته (p=۰/۰۰۳) در افراد شد. همچنین این درمان، افزایش بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۰۱۲) و کاهش مشکلات بین‌فردی را در افراد به‌دنبال داشت (p=۰/۰۰۲).

باتوجه به مقدار به‌دست‌آمدهٔ ضریب اتا برای بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۵= ضریب اتا)، مشکلات بین‌فردی (۰/۳۶= ضریب اتا)، راهکارهای سازش‌یافته (۰/۳۶= ضریب اتا) و راهکارهای سازش‌نیافته (۰/۳۷= ضریب اتا) می‌توان گفت، ۰/۲۵ برای بهزیستی روان‌شناختی، ۰/۳۶ برای مشکلات بین‌فردی، ۰/۳۶ برای راهکارهای سازش‌یافته و ۰/۳۷ برای راهکارهای سازش‌نیافته از تغییرات متغیر وابسته به‌وسیلهٔ عمل آزمایشی تبیین‌شدنی است؛ یعنی به‌ترتیب ۰/۲۵، ۰/۳۶، ۰/۳۶ و ۰/۳۷ درصد از واریانس متغیر وابسته مربوط به تأثیر مداخلهٔ برنامهٔ واقعیت‌درمانی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی انجام شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های ذیل همسوست: دبورا و همکاران نشان دادند، برنامهٔ واقعیت‌درمانی بر کاهش استرس پس از واقعه مؤثر است (۲۴)؛ نارا و مای با به‌کارگیری تکنیک‌های واقعیت‌درمانی بر عزت‌نفس و ننگ درونی بیماران اسکیزوفرنی دریافتند، گروه آزمایش بهبود معناداری را در عزت‌نفس و احیای ننگ درونی درمقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهد. بااین‌وجود، در خرده‌مقیاس‌های ننگ درونی بین دو گروه، پیشرفت معناداری در اندازه‌گیری مقاومت ننگ وجود نداشت (۲۵)؛ هرناندز و همکاران در پژوهشی مشخص کردند، آموزش واقعیت‌درمانی، در افزایش کیفیت زندگی بیماران نیمه‌حاد مؤثر است (۲۶)؛ حاجی‌کرم و همکاران نشان دادند، واقعیت‌درمانی گروهی بر تعارض کار-خانواده و بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شاغل در شرکت مخابرات تأثیر دارد (۲۷)؛ داسیلوا و همکاران دریافتند، ترکیب برنامهٔ واقعیت‌درمانی و تحریکات ترانس‌کرانیال روی بیماران کودک و بزرگسال مبتلا به فلج مغزی مؤثر است (۲۸). با این شواهد می‌توان اظهار داشت، روش واقعیت‌درمانی در بهبود و افزایش توانایی درک، توصیف، دریافت و کنترل هیجان، تقویت روابط بین‌فردی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطهٔ مطلوب با افراد و اجتماع، افزایش بهزیستی و کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر است. اساس درمان با رویکرد واقعیت‌درمانی بر تنظیم هیجان را می‌توان به‌واسطهٔ فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد (۸،۱۱،۱۴). از تکنیک‌های بسیار مهم این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. هدف در این روش ترغیب مادران به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها و نتیجهٔ آن تنظیم هیجان مناسب و ابراز هیجان درست در موقعیت‌های مختلف است (۹،۱۰).

اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر روابط بین‌فردی را نیز می‌توان از روی این سازوکار تبیین کرد؛ حقیقتی که در قلب این نظریهٔ درمانی نهفته، این است که تمامی افراد در همهٔ زمان‌ها در تکاپو برای پاسخ به این نیازهای اساسی هستند. افرادی که تحت واقعیت‌درمانی قرار دارند، روش‌هایی را یاد می‌گیرند که به‌کمک آن‌ها می‌توانند هرگونه افکار و رفتارهای منفی را که مانع دستیابی به این نیازها می‌شود، شناسایی کنند و تغییر دهند (۷). گلاسر معتقد است، هنگامی که فردی تصمیم می‌گیرد به‌جای تغییر رفتار دیگری، رفتار خود را تغییر دهد، در رسیدن به خواسته‌های خود موفق‌تر است. هدف واقعیت‌درمانی نیز کمک به مردم است تا بتوانند ارتباطات مختل‌شده را دوباره از نو بسازند. همچنین واقعیت‌درمانگران تمایل ندارند بر نشانه‌های بیماری یک شخص تمرکز کنند. آن‌ها بر این باور هستند که فرد قادر به شکل‌بندی، اصلاح یا تقویت روابط با دیگران است؛ همچنان‌که گلاسر نیز معتقد است، علائم مشکل روانی در هنگام قطع ارتباط فرد با دیگران، ظاهر می‌شود (۲۱).

در اثرگذاری روش واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، محققان بر این باور هستند که درواقع اهداف واقعیت‌درمانی در رابطه با برآوردن نیازهای مرتبط با سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی، شامل هدایت اعضا به‌سوی کسب رفتار واقع‌بینانه و مسئولانه و کسب هویتی موفق و کمک به اعضای گروه برای داوری ارزشی دربارهٔ خود و اتخاذ تصمیم برای طرح‌ریزی و اقدام به تغییر است. همچنین هدف اصلی از درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه‌بر ارضاکردن نیاز به محبت و تعلق‌پذیری، این است که به درمانجویان کمک کند راه‌های بهتر ارضاکردن تمام نیازهای خود را یاد بگیرند (۵،۶،۲۹)؛ بنابراین باتوجه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

به مطالعات پیشین و این پژوهش که تأییدی بر نتایج آن پژوهش‌ها است و براساس تفاوت میانگین نمرات (پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون) که در این مادران معنادار شد، می‌توان به اثربخشی روش واقعیت‌درمانی در بهبود تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین‌فردی مادران مذکور پی برد؛ لذا می‌توان روش درمانی بیان‌شده را برای کاهش مشکلات روان‌شناختی، تنظیم هیجان و بهبود روابط این مادران توصیه کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کم‌سوادی برخی از مادران مطالعه‌شده و زیادبودن شمار پرسش‌های سه پرسش‌نامه بود. باتوجه به تأثیرگذاری مثبت روش‌های واقعیت‌درمانی در کاهش نارسایی‌های هیجانی، افزایش رضایتمندی از زندگی، احساس ارزشمندی بیشتر برای خود، احساس ارزشمندی بیشتر از طرف دیگران و پذیرفتن مسئولیت زندگی و رفتار فرد توسط خویشتن، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدرسه و درمانگران کلینیک‌های روان‌شناسی از این روش‌ها برای پیشبرد اهداف درمانی بهره برند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج نشان داد، بین تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین‌فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین به‌کارگیری برنامهٔ واقعیت‌درمانی به‌تنهایی یا در ترکیب با سایر درمان‌ها می‌تواند موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی، تنظیم هیجان و بهبود روابط مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی شود.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه (مادران کودکان با ناتوانی تحولی) و همچنین ادارهٔ بهزیستی شهر سقز که محققان را در انجام پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان پر شد که نزد محقق محفوظ است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

تمامی نسخه‌های دست‌نوشته، داده‌ها و اطلاعات مربوط به پژوهش حاضر ازطریق آدرس اینترنتی faroghsatori@yahoo.com دردسترس است.

تضاد منافع

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی کودکان استثنایی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است و به نبود تضاد منافع در نویسندگان اشاره می‌شود.

منابع مالی

این پژوهش حاصل رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان مقاله در تدوین و تحلیل و تفسیر داده‌های نسخهٔ پیش‌نویس و دست‌نویس مقاله همکاری داشتند و آن را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. Open Jour of Psych & Allied Scie. 2017;8(1):71. http://dx.doi.org/10.5958/2394-2061.2016.00046.X
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
3. Paterson J, Iusitini L, Gao W. Child developmental assessment at two-years of age: data from the Pacific Islands families study. Pac Health Dialog. 2011;17(2):51–63.
4. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311–27. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
5. Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. Aggression and Violent Behavior. 2012 Jan 1;17(1):72–82. https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006
6. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. 2018;30:68–78. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.014
7. Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SK, Rahimi C. Validity and reliability of the inventory of interpersonal problems (IIP-32). Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):69–80. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2137
8. Austad C. Counseling and psychotherapy today. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran: Virayesh Pub; 2011, p:520.
9. Bhargava R. The use of reality therapy with a depressed deaf adult. Clinical Case Studies. 2013;12(5):388–96. https://doi.org/10.1177/1534650113496869
10. Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). International Journal of Applied Behavioral Sciences. 2015;2(4):33–8. https://doi.org/10.22037/ijabs.v2i4.11421

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]

11. Benbow AA, Anderson PL. A meta-analytic examination of attrition in virtual reality exposure therapy for anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders. 2019;61:18–26. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.006
12. Gholami R, Naemi A. Effectiveness of reality therapy on the stigma of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2017;7(27):209–36. [Persian] https://dx.doi.org/10.22054/jpe.2018.24534.1618
13. Heydarpour S, Parvane E, Saqqezi A, Ziapour A, Dehghan F, Parvaneh A. Effectiveness of group counseling based on the reality therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled child. International Journal of Pediatrics. 2018;6(6):7851–60. https://dx.doi.org/10.22038/ijp.2018.29464.2579
14. Boeldt D, McMahon E, McFaul M, Greenleaf W. Using virtual reality exposure therapy to enhance treatment of anxiety disorders: Identifying areas of clinical adoption and potential obstacles. Front Psychiatry. 2019;10:773. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00773
15. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2009. [Persian]
16. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719–27. https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719
17. Michaeli Manee F. The study of Ryff psychological well-being scale factorial structure between Urmia university students. Journal of Modern Psychological Researches. 2010;5(18):143–65. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4209_490f7dc01cf058c4f3320f46ca5ca1f8.pdf
18. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences. 2006;41(6):1045–53. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010
19. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometri properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in Nursing & Midwifery. 2015;24(84):61–70. [Persian] https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360/8114
20. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. Br J Clin Psychol. 1996;35(1):21–35. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x
21. Glasser W. Counseling with choice therapy: the new reality therapy. New York: Harper Collins; 2001.
22. Eslami R, Hashemian P, Jarahi L, Modarres Gharavi M. Effectiveness of group reality therapy on happiness and quality of life in unsupervised adolescents in Mashhad. Med J Mashhad Uni Med Sci 2013;56(5):300–6. [Persian]
23. Morazadeh S, Veiskarami H, Mirdekoovand F, Ghadampoor E, Ghazanfari F. Studying and comparing the effectiveness of real therapy and positive psychotherapy on reducing gifted girl students' perfectionism and academic stress. Psychology of Exceptional Individuals. 2019;9(34):79–110. [Persian] https://dx.doi.org/10.22054/jpe.2019.39625.1936
24. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, Bowers CA, Trachik B, Uhde TW, et al. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. J Anxiety Disord. 2019;61:64–74. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.005
25. Kim NR, Jang MH. Effects of self-assertive training applying reality therapy techniques on self-esteem and internalized stigma in schizophrenia patients. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2019;28(1):37. http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2019.28.1.37
26. Rodríguez-Hernández M, Criado-Álvarez JJ, Corregidor-Sánchez AI, Martín-Conty JL, Mohedano-Moriano A, Polonio-López B. Effects of virtual reality-based therapy on quality of life of patients with subacute stroke: A three-month follow-up randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):2810. https://doi.org/10.3390/ijerph18062810
27. Hajikaram A, Ghamari M, Amirimajd M. Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2019;24(3):20–33. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/sjku.24.3.20
28. da Silva TD, Fontes AMGG, de Oliveira-Furlan BS, Roque TT, Lima AII, de Souza BMM, et al. Effect of combined therapy of virtual reality and transcranial direct current stimulation in children and adolescents with cerebral palsy: A study protocol for a triple-blinded randomized controlled crossover trial. Front Neurol. 2020;11:953. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00953
29. Eskandari M, Bahmani B, Saghayian A, Asgari A. Effectiveness of reality therapy group on psychological well-being of female headed households. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2016;5(2):5–15. [Persian] https://dx.doi.org/10.22067/ijap.v5i2.31171

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-04]