

مقاله پژوهشی

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه

ساغر غلامی^۱، احمد معصومی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. روان‌پزشک، استادیار دانشکده علوم پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها

واقعیت‌درمانی،

افسردگی،

اضطراب،

کودکان با نیازهای ویژه

زمینه و هدف: افسردگی و اضطراب از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی است که طیف وسیعی از افراد درگیر آن هستند. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه مراجعه‌کننده به درمانگاه شهر پرند در سال ۱۴۰۰ بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه (کم‌توانی ذهنی) شهر پرند بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های بک (۱۹۹۶)، سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۹)، اضطراب اسپیلبرگر (۱۹۷۱) را تکمیل کردند. سپس بسته واقعیت‌درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. درنهایت هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار spss24 و به‌وسیله‌ی تحلیل واریانس تک‌متغیری مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه شد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر این اساس با توجه به نتایج حاصله می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی می‌تواند مورد استفاده برای مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در زمینه‌های افسردگی و اضطراب باشد.

دریافته‌شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

پذیرفته‌شده: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵

منتشرشده: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱

* نویسنده مسئول: روان‌پزشک، استادیار دانشکده علوم پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

رایانامه: ahmad_massoumi@yahoo.com

تلفن: ۰۲۵۳۷۲۲۲۲۴۵

مقدمه

سلامتی افراد جامعه اهمیت بسیاری دارد و در این رابطه سلامتی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه دارای اهمیت فراوانی می‌باشند (۱). معلولیت نه فقط زندگی فرد را با چالش‌هایی مواجه می‌کند، بلکه زندگی اطرافیان او به‌ویژه خانواده را هم به شدت متأثر می‌سازد. داشتن کودک معلول، سلامت جسمی و روانی والدین را به مخاطره می‌اندازد و آن‌ها را با چالش‌ها و اضطراب‌های فراوانی مواجه می‌کند که می‌توان به بار اقتصادی مضاعف برای درمان، توان‌بخشی و بهبود وضعیت کودک، چاره‌اندیشی برای وضعیت روانی کودک و برچسب اجتماعی مرتبط با معلولیت اشاره کرد (۲). فارغ از اینکه معلولیت کودک جسمی باشد یا روانی و شدت آن چه اندازه باشد، روابط عاطفی تیره در میان اعضای خانواده، نرخ بالاتر افسردگی، عدم توازن بین کار و اوقات فراغت، زندگی اجتماعی محدود و مواجه شدن با محدودیت‌های زمانی برای والدین مراقبت‌کننده از کودک معلول قابل تأمل است (۳). افسردگی، خلق افسرده با گزارش احساس غمگینی و پوچی، کاهش بسیار علاقه یا احساس لذت، کاهش شدید وزن بدون پرهیز غذایی یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، تحریک یا کندی روانی و خستگی، فقدان انرژی و احساس بی‌ارزشی و گناه بی‌جا و گاه افکار تکرار شونده مرگ می‌باشد (۴) و معمولاً در بین خانواده‌های دارای کودک با نیاز ویژه خلق افسرده یا نشانه‌های افسردگی در بین اعضای خانواده دیده می‌شود. علاوه بر این، خانواده‌های دارای کودک معلول، با مشکلاتی از جمله انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روان که غالباً منجر به اضطراب و افسردگی و ناامیدی روبه‌رو هستند (۵). کودک با نیاز ویژه و غیرقابل پیش‌بینی بودن موقعیت‌های مواجه و به‌طور بالقوه استرس‌آور بودن آن، معمولاً علایم اضطرابی را مخصوصاً برای والدین کودک به همراه دارد. مخصوصاً اگر در سنین جوانی و ابتدایی ازدواج دارای کودک با نیازهای ویژه شوند، معمولاً در بقیه نقش‌هایی که در خانواده دارند با اضطراب و یا افسردگی و ناکارآمدی مواجه خواهند شد. محیطی که تمایلات انسان را برای گام نهادن به سوی تحقق یا شکوفایی خود سد کند، موجب گسترش اضطراب در فرد می‌گردد (۶). وی و همکاران (۷) نشان دادند که دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی به‌طور مثبت و معناداری با چندین نشانه از ناراحتی روانی از قبیل شرم، خشم، خودشیفتگی روانی، افسردگی و اضطراب، احساسات منفی و ناراحتی‌های هیجانی و عصبانی و نشانه‌های کلی ناراحتی رابطه وجود دارد؛ مشابه ارتباطی که بین مادر و کودک با نیاز ویژه وجود دارد و از سویی نیز بی‌توجهی در آموختن شایستگی‌های لازم نیز می‌تواند علت اضطراب محسوب شود، چون شخصی که شایستگی‌های لازم را آموخته است در سازگاری و حل مسائل زندگی، موقعیت‌های خام را تهدیدکننده می‌بیند، اما افراد مبتلا به اضطراب به دلیل نداشتن شایستگی‌های لازم، بسیاری از موارد معمول زندگی را اضطراب‌زا و تهدیدکننده حس می‌کنند (۸). در این میان، واقعیت‌درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی نوین است که اولین بار در سال ۱۹۶۰ توسط ویلیام گلاسر روان‌پزشک اهل ایالات متحده آمریکا مطرح شد. تأکید این نظریه بیش از هر چیز بر مسئولیتی است که افراد در قبال سلامت روان خود دارند. درواقع گلاسر در مخالفت با نظریه روانکاوی از گذشته‌گرایی دست برداشت و معتقد بود به‌جای آنکه همواره بر نقش تجربیات کودکی و سهم والدین در بروز اختلال‌های روانی تأکید کنیم باید به مراجعین یاد بدهیم که درنهایت جز خودشان هیچ‌کس مسئول وضعیت زندگی آن‌ها نیست و این خودشان هستند که انتخاب می‌کنند در کدام یک از مسیرهای سلامت یا بیماری گام بردارند (۹). در این راستا غریب‌پور و حجتی (۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی مادران کودکان سندرم داون تأثیر مثبتی دارد. می‌توان از واقعیت‌درمانی به‌عنوان روشی مناسب و مؤثر در افزایش خودکارآمدی مادران کودکان سندرم داون در مداخلات درمانی و بالینی استفاده نمود (۱۱). واقعیت‌درمانی و نظریه انتخاب یکی از رویکردهایی است که در سال‌های اخیر برای طیف وسیعی از مشکلات در قالب مشاوره فردی و خانوادگی استفاده می‌شود. این رویکرد به‌دلیل خاصیت پیشگیرانه آن با استقبال زیادی مواجه شده است و در پاسخ به بخش‌هایی که سایر رویکردها مثل روانکاوی قادر به پوشش دادن آن نبود مورد استفاده قرار می‌گیرد. در حقیقت واقعیت‌درمانی بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد و به زمان حال بیشتر از گذشته اهمیت می‌دهد (۱۲). از جمله مفاهیم اصلی این رویکرد، رفتار، کنترل، مسئولیت و حضور در لحظه است. هدف واقعیت‌درمانی، پرورش حس قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویت موفق است. بنابراین، درمانگر باید در اولین مرحله رفتاری را که در صدد اصلاح آن خواهد بود، شناسایی کند و تمام توجهات خود و مراجع را بدان معطوف دارد (۱۲). در واقعیت‌درمانی، از نظریه‌های یادگیری به میزان وسیعی استفاده می‌شود. یادگیری در تمام فعالیت‌های زندگی رخ می‌دهد و روی همین اصل، یادگیری یکی از اجزای جداناپذیر جریان درمان محسوب می‌شود. انسان، چیزی جز ثمره یادگیری‌هایش نیست و هویت، همانا ترکیبی است از رفتارهای یاد گرفته شده و یاد گرفته نشده. در فرایند درمان، درمانگر اصولی را به‌کار می‌گیرد تا به هدف درمان برسد. این اصول عبارتند از: ۱- ارتباط و درگیری عاطفی ۲- توجه و تأکید بر رفتار کنونی، نه بر احساسات ۳- تأکید بر زمان حال ۴- قضاوت ارزشی ۵- طرح‌ریزی ۶- تعهد نسبت به طرح تهیه شده ۷- نپذیرفتن هرگونه عذر و بهانه و امتناع از تنبیه. این نظریه فرایند بیمار شدن را به عدم ارضای نیازها ربط می‌دهد (۱۳). پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا، نشان از اثربخش بودن واقعیت‌درمانی بر انواع مشکلات و اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی بزرگسالان (۱۴)؛ کاهش استرس و اضطراب زنان دارد (۱۵). مطالعه حسینی و کیانی (۱۶) نشان دادند به‌کارگیری واقعیت‌درمانی به‌طور معناداری منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های ترس از نگرانی بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده اضطراب نسبت به گروه کنترل شده است و با توجه به نتایج به‌دست آمده، استفاده واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی در حوزه‌های بالینی برای رفع مشکلات مرتبط با حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

1. Special Needs

2. Wei

3. William Glasser

سودمند خواهد بود و یا در پژوهش دیگری ابن‌الشریعه و عقیلی (۱۷) نشان دادند که آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسِر سلامت عمومی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد و سبب کاهش باورهای و سوا سی آنان می‌گردد (۱۷). با توجه به تغییرات و پیچیدگی روزافزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی بر تعداد مشکلات افراد نیز افزوده می‌شود. از این‌رو لازم است که افراد برای حفظ و بهبودی سلامتی خود راه‌حل‌های متناسب با مسائل زندگی مدرن را بهتر شناسایی کنند. در این صورت بهتر می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند و از بروز اختلالات عمده‌ای از جمله افسردگی، اضطراب، تنش و احساس ناکارآمدی که سلامت روان آن‌ها را به خطر می‌اندازد، جلوگیری می‌شود، لذا برای پیشگیری یا درمان کلیه تنش‌ها و اختلالات روانی که هم‌گریبان‌گیر فرد و هم‌جامعه می‌شود می‌توان با دادن آگاهی و شناخت نسبت به مسائل پیرامون افراد، برخورد صحیح و نگرش در ست نسبت به مسائل را به آنان آموزش داد و بدین طریق سلامت روانی افراد و جامعه را فراهم نمود. پژوهش‌های متعددی تحت عنوان مطالعه تأثیر واقعیت‌درمانی افراد با نیاز در جوامع آماری مختلف انجام شده است، اما درخصوص افسردگی و اضطراب در والدین کودکان با نیازهای ویژه کمتر اجرا شده است بنابراین با توجه به مقوله مهم سلامت روان و دو عامل مهم اضطراب و افسردگی آن، در پژوهش حاضر به این مسئله پرداخته شد که آیا واقعیت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه مراجعه‌کننده به درمانگاه شهر پرند مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه شهر پرند بود که در سال ۱۴۰۰ به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ مادر انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مادران دارای کودک با نیاز ویژه، مشابهت بین مادران از لحاظ سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی (جهت همگنی بین دو گروه آزمایش و گواه)، عدم سابقه استفاده از مواد مخدر، عدم بیماری خاص یا مزمن بود و ملاک‌های خروج شامل شرکت نامنظم در جلسات واقعیت‌درمانی و استفاده از داروهای کنترل‌کننده علائم اضطراب و افسردگی بود.

ب) ابزار

مقیاس اضطراب اسپیلبرگر^۱: پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر از ۴۰ سؤال تشکیل شده است که ۲۰ سؤال اول حالت اضطراب و ۲۰ سؤال دوم رگه اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۸). مقیاس حالت اضطراب (اضطراب آشکار) شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس رگه اضطراب (اضطراب پنهان) هم شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد (۱۸). در پاسخ به حالت اضطراب تعدادی گزینه برای هر عبارت ارائه شده است که آن‌ها باید گزینه‌ای را که به بهترین وجه شدت احساسات آن‌ها را بیان می‌نماید انتخاب کنند. این گزینه‌ها عبارتند از: ۱- خیلی کم، ۲- کم، ۳- زیاد و ۴- خیلی زیاد. وزن‌های نمره‌گذاری، برای عبارت‌هایی که عدم اضطراب را نشان می‌دهند به‌صورت معکوس است (۱۸). نمرات هرکدام از دو مقیاس حالت و رگه اضطراب می‌تواند در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار گیرد. تفسیر نمرات کل آزمون شامل هیچ یا کمترین حد ۶۰-۴۰، خفیف ۸۰-۶۰، متوسط ۱۰۵-۸۰ و شدید ۱۰۶ و بیشتر است. در پژوهش خانی‌پور و همکاران (۱۹) ضریب همسانی آیین آزمون به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به‌دست آمد. اعتبار آن به روش همسانی درونی در کار با بزرگسالان، دانشجویان و فراخواندگان ارتش ۰/۹۵ - ۰/۸۶، به روش بازآزمایی برای دانش‌آموزان ۰/۷۷ و برای دانشجویان ۰/۷۰ گزارش شده است (۱۹). در هنجاریابی آزمون در ایران اعتبار به روش بازآزمایی برای مقیاس رگه اضطراب ۰/۸۶ تا ۰/۶۵ ضریب آلفای کرونباخ برای حالت اضطراب ۰/۹۲ به‌دست آمده آمد (۱۹).

مقیاس افسردگی بک^۲: این مقیاس توسط بک در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است که دربرگیرنده ۲۱ پرسش است و یکی از پرکاربردترین ابزارها برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. ماده‌های آن بر پایه پایش نگرش‌ها و نشانه‌های فراگیر در میان بیماران افسرده فراهم شده‌اند (۲۰). محتوای این پرسشنامه شامل نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر درون‌مایه شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از گونه آزمون‌های خودسنجی است و آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی همچون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و ازخودبیاری هستند. کمینه نمره در این آزمون صفر و بیشینه آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره او به‌طور مستقیم به‌دست می‌آید. سمار و همکاران (۲۰) نشان دادند که با نمره برش ۱۸ می‌توان تا ۹۲ درصد از بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی را به‌درستی تشخیص داد. تفسیر نمرات آزمون شامل ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی؛ ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید است (۲۱). پرسشنامه افسردگی بک در بیشتر کشورها و فرهنگ‌ها به‌کار رفته و روایی و پایایی آن مورد پذیرش قرار گرفته است. پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۳ را برای مقیاس افسردگی بک به‌دست آوردند و آرنائو و همکاران (۲۰۰۱) همسانی درونی ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را گزارش دادند (۲۱). در ایران نیز

۱. Spielberger Anxiety Inventory

۲. Beck depression scale

مقیاس افسردگی بک فراوان به کار بسته شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن تأیید شده است. برای نمونه دابسون و محمدخانی (۲۲) پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و روایی همگرایی آن را در همبستگی میان نمرات مقیاس افسردگی بک با نمرات مقیاس‌های ناامیدی بک، افکار خودکشی و مقیاس هامیلتون برای افسردگی نشان دادند. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ برای پایایی به روش بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسشنامه افکار خودآیند منفی را برای روایی این مقیاس گزارش دادند.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

برنامه واقعیت‌درمانی براساس محتوای جلسات واقعیت‌درمانی حسینی و کیانی (۲۳) و سایر مطالب، متون و مقالات مشابه که از این پروتکل استفاده کرده‌اند، تدوین شد و به تأیید متخصصان رسید. این برنامه شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به صورت هفتگی اجرا می‌شود. در جدول شماره ۱ شرح مختصری از جلسات ارائه شده است.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات و اهداف هر جلسه

جلسه	هدف
اول	آمادگی اعضا
دوم	شناسایی نیازها
سوم	آشنایی با مفهوم دنیای مطلوب
چهارم	آشنایی با سیستم رفتاری
پنجم	ارزیابی رفتارهای فعلی
ششم	رفتارهای پیشنهادی دیگر
هفتم	ارائه راه‌حل‌های جدید
هشتم	مرور تمام جلسات درمانی به‌طور خلاصه

د) روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم، نمونه مورد نظر انتخاب شد. سپس گروه‌های آزمایش و گواه به‌عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. بعد از آن برنامه مداخله‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و در پایان مجدداً ابزارهای ذکر شده بر روی دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است
جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در کل گروه نمونه

متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
افسردگی پیش‌آزمون	۱۶	۱۲	۳۷	۳۵
افسردگی پس‌آزمون	۹	۵	۳۱	۲۴
اضطراب پیش‌آزمون	۷۵	۷۹	۱۰۶	۱۰۴
اضطراب پس‌آزمون	۶۷	۶۴	۸۸	۸۹

همان‌طور که در جدول شماره ۲، نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون با میانگین و انحراف معیار مرحله پیش‌آزمون تفاوت دارد، اما در مورد گروه گواه این تفاوت کم و یا محسوس نمی‌باشد. به‌منظور بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه، از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد. پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس بررسی شد. نتایج سطح معناداری آزمون کولموگوروف – اسمیرنوف برای متغیرهای افسردگی ($p=0/135$) و اضطراب ($p=0/69$) در سطح بالاتر از ۰/۰۵ قرار دارد. برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که واریانس متغیرهای افسردگی ($p=0/995$) و اضطراب ($p=0/710$) در گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری همگن است و سطح معناداری محاسبه شده از ۰/۰۵ بالاتر است. برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون یا همگنی ضرایب رگرسیون از تحلیل

واریانس یک‌راهه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و متغیر گروه‌بندی معنادار نبود. بنابراین مفروضه ضرایب رگرسیون برقرار است. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه متغیرهای افسردگی ($p=0/727$) و اضطراب ($p=0/874$) در گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. در جدول شماره ۳، ۴، ۵ و ۶ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

یافته اول پژوهش نشان داد برنامه واقعیت‌درمانی بر افسردگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه مؤثر است. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس این یافته در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تأثیر واقعیت‌درمانی بر افسردگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۸۸/۳۳۴	۱	۸۸/۳۳۴	۹/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۳۵۰
خطا	۲۶۴/۹۶۰	۲۷	۹/۸۱۳			
کل	۱۲۲۱۰	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۱۳۸۰	۲۹				

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان می‌دهد واقعیت‌درمانی بر افسردگی معنادار است. بنابراین چنین نتیجه‌گیری می‌شود که تأثیر متغیر مستقل (واقعیت‌درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی) مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه معنادار است. یافته دوم پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی بر اضطراب مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه مؤثر است. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس این یافته در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۴. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تأثیر واقعیت‌درمانی بر اضطراب

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۶۶/۷۵۲	۱	۱۶۶/۷۵۲	۲۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
خطا	۲۲۰/۰۵۱	۲۷	۸/۱۵۰			
کل	۱۷۸۷۸۳	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۱۶۸۲/۱۶۷	۲۹				

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان می‌دهد واقعیت‌درمانی بر اضطراب معنادار است. بنابراین چنین نتیجه‌گیری می‌شود که تأثیر متغیر مستقل (واقعیت‌درمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب) مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش حاضر نشان داد برنامه واقعیت‌درمانی بر افسردگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه تأثیرگذار است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های نظیر بارگوا (۱۴)، زاهی و همکاران (۲۴)، فرمانی و همکاران (۲۵) و الهی‌نژاد و همکاران (۲۶) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان چنین گفت که به‌نظر گلاسز بروز رفتارهای ناسازگار در فرد تلاشی است که او در جهت مهار ادراکات و زندگی خود انجام می‌دهد. به این معنی که اضطراب، افسردگی و احساس گناه را فرد شخصاً برای خود به‌وجود می‌آورد و انتخاب می‌کند تا به این وسیله خشم خود را مهار کند و از حمایت و یاری دیگران بهره‌مند شود. واقعیت‌درمانی به مردم کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها و ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کند (۲۷). واقعیت‌درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره تأکید می‌شود. به‌نظر گلاسز، انسان دو نیاز اساسی، یکی دوست داشتن و دیگری دوست داشته شدن است (۲۴). اگر انسان نتواند این دو نیاز اساسی را ارضا کند هویت شکست در او رشد می‌کند. شکست در برقراری عاطفی با دیگران باعث می‌شود تا فرد این نیاز را در خود انکار کند و از ارتباط با افراد دیگر و درگیری با آن‌ها دوری کند. در این حالت توجه فرد به خود جلب می‌شود (۱۳ و ۲۴). یعنی درگیر اضطراب، افسردگی، رفتار ضداجتماعی و بیماری‌های جسمی می‌شود و درگیری با دیگران به درگیری با خود تبدیل می‌شود. از آنجا که این افراد یاد نگرفته‌اند نیازهای خود را با در نظر گرفتن واقعیت ارضا کنند، رفتار آن‌ها رفتاری غیرمسئولانه است. آن‌ها هرگز موفقیت را تجربه نکرده‌اند و خود را با ارزش نمی‌دانند و به همین دلیل نمی‌توانند به شیوه‌ای مناسب با دیگران رابطه عاطفی برقرار کنند. هدف اصلی

واقعیت‌درمانی همانا تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا رفتار غیرمسئولانه انسان موجب ناراحتی و اضطراب او می‌شود (۱۳). بنابراین در طی آموزش و اجرای این مداخله، مادران دارای کودک با نیازهای ویژه به‌تدریج یاد گرفتند که چطور خواسته و نیازهای خود را برنامه‌ریزی و مسئولانه پیگیری کنند و نگاهشان به مسائل را تغییر بدهند و از این طریق برای کاهش میزان افسردگی خود اقدام نمایند.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که برنامه واقعیت‌درمانی بر افسردگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه تأثیرگذار است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حسینی و همکاران (۲۳)، الهی‌نژاد و همکاران (۲۶) و السوامه و الصمدی (۱۵) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان چنین گفت که از اهداف اساسی واقعیت‌درمانی، کمک به مراجع برای یافتن شیوه‌های مؤثر به‌منظور رفع نیازها و یادگیری شیوه کنترل زندگی توسط خود مراجع است. درمان باید در چارچوب واقعیت به ارضای نیازهای اساسی منجر شود. دو نیاز اساسی انسان در رویکرد واقعیت‌درمانی همان‌طور که گفته شد، تبادل عشق، محبت و احساس ارزشمندی است. این دو نیاز در تشکیل هویت موفق فرد نقش مهمی دارند. در سایه امن این دو نیاز اساسی، فرد قادر خواهد بود مسئولیت رفتارهای خود را به‌عهده گیرد و با انتخاب بعد مسئولانه شخصیت خود می‌تواند هویتی موفق کسب کند (۲۸). همان‌گونه که اشاره شد اهداف اصلی واقعیت‌درمانی رشد مسئولیت‌پذیری و ایجاد هویتی موفق در فرد است. برای رسیدن به این هدف ابتدا باید به مراجع کمک کرد تا آگاهی خود را افزایش دهد و هنگامی که مراجع نسبت به رفتارهای نادرست خود و شیوه‌های نامناسب کنترل محیط از سوی خود، آگاهی پیدا کند، برای یادگیری شیوه‌ها و رفتارهای جایگزین آمادگی بیشتری خواهد داشت. تمرکز این نظریه بر زمان حال و آموزش این نکته به اشخاص است که آن‌ها اساساً کنش‌های خود را در تلاش برای ارضای نیازهای اساسی انتخاب می‌کنند (۲۸). اگر موفق به این کار نشوند، رنج می‌برند و باعث رنج دیگران می‌شوند. بنابراین فرد با واقعیت‌درمانی یاد می‌گیرد که به‌جای اضطراب و کاهش عملکرد و تصمیم‌گیری، روش‌های کارآمد خودکنترلی به‌جای کنترل کامل محیط که ناموفق و استرس‌آور است را به‌کار بگیرد و مسئولانه انتخاب کند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: کد اخلاق این پژوهش که برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است با شناسه IR.IAU.QOM.REC.1400.003 مصوب گردید و در مراحل مختلف این پژوهش همواره اصول اخلاقی و انسانی در جهت حفظ کرامت و رازداری اطلاعات شرکت‌کنندگان پژوهش و همچنین رضایت کامل آن‌ها برای شروع و ادامه پژوهش در نظر گرفته شد.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. نویسنده نخست این مقاله، فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد قم است و نویسنده دوم، نویسنده مسئول و استاد راهنما می‌باشد.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را به‌دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است. پژوهشگران اعلام می‌کنند در اجرای این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: با تشکر از مادران صبور شرکت‌کننده در این پژوهش و مرکز درمانی سلام شهر پرنده و همچنین گروه روان‌شناسی دانشکده علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد قم که راه را برای انجام این طرح هموار نمودند.

References

1. Gholami Jam Fatemeh TM, Kamali Mohammad, Islamian Ayub, Alavi Zohreh, Ali Nia Wahab. Systematic review of research on social support for parents / parents of children with disabilities. Journal of Rehabilitation. 2017;19(2):126-41. [Link]
2. Baker BL, McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. Journal of intellectual disability research. 2003;47(4-5):217-30. [Link]
3. Albedeiwi MS, Alshammari SN, Aluzeib AA. Emotional Burden and Copying Styles in Parents of Children with Down Syndrome. Journal of University Studies for Inclusive Research. 2022;8(19):3812-37. [Link]
4. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-9. [Link]
5. Pereira-Lima K, Loureiro S. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. Psychology, health & medicine. 2015;20(3):353-62. [Link]
6. Jose S, George N, Dante G. Life satisfaction as a predictor of death anxiety among the elderly people. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2018;9(6):829-32. [Link]