

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

Satori F¹, *Amiri Majd M², Tajalli P³, Abolmaali KH⁴

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 Saez 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.

تعیین اثربخشی برنامه واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان و روابط بین فردی 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 اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

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

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

*رأبایانامه نویسنده 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 برنامه درمانی، این آشفتگی را کاهش می‌دهد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را همه مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی تشکیل دادند که در سال ۹۸-۱۳۹۷ در شهر سنقر زندگی کردند. از بین داوطلبان واجد شرایط تعداد سی نفر وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسه دوساعته برنامه 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)، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) و پرسش‌نامه روابط بین فردی (II-32 بارخام، ۱۹۹۶) قبل و بعد از اجرای برنامه واقعیت‌درمانی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری به روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، اثر واقعیت‌درمانی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/012$)، تنظیم شناختی هیجان شامل راهکارهای سازش یافته ($p=0/002$) و راهکارهای سازش نیافته ($p=0/003$) و روابط بین فردی ($p=0/002$) مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی معنادار است.

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

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

صحیح نیازهای عاطفی از جمله مبادله عشق و محبت و نیاز به احساس ارزشمندی بتوان افراد را در کسب هویت موفق و در نهایت 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، برنامه واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب و استرس و افسردگی بیماران ام‌اس^{۱۰} مؤثر است (۱۰). پژوهش دیگر به صورت متاآنالیز نشان داد، برنامه واقعیت‌درمانی بر اختلالات افسردگی تأثیر دارد (۱۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد، برنامه 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 در نتیجه باعث بهبود درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی شود (۱۴)؛ بنابراین می‌توان گفت، با توجه به شیوع پیشانی‌های روان‌شناختی در بین مادران دارای کودکان با ناتوانی‌های تحولی و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها به نظر می‌رسد ارائه خدمات روان‌شناختی در قالب راهبردهای درمانی مانند واقعیت‌درمانی، در تنظیم هیجان و روابط بین فردی و بهزیستی روان‌شناختی این مادران راهگشا است. همچنین همان‌طور که مرور پیشینه پژوهش نشان داد، در زمینه اثر مداخله مذکور بر متغیرهای پژوهش در جامعه هدف تا آنجا که محقق بررسی کرد، مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه واقعیت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان و روابط بین فردی مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران کودکان با ناتوانی تحولی مراجعه‌کننده به اداره بهزیستی شهر سقز در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. از آنجا که 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 پانزده نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. در نهایت گروه آزمایش، آموزش برنامه واقعیت‌درمانی را دریافت کرد و برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: نداشتن سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان‌گردان؛ استفاده نکردن از مداخلات روان‌شناسی و مشاوره‌ای دیگر؛ مبتلانی نبودن به اختلالات

افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک با ناتوانی هوشی^۱ از مادران دارای کودک سالم بیشتر است و با کیفیت زندگی^۲ رابطه منفی دارد (۱). از جمله این ناتوانی‌ها، ناتوانی‌های تحولی^۳ است. طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ناتوانی‌های تحولی تکاملی^۵ که معمولاً به عنوان ناتوانی‌های عصبی‌رشدی شناخته می‌شوند، دسته‌ای از ناتوانی‌های مربوط به دوره‌های رشد کودکی هستند که به شدت‌های متفاوت در هنگام تولد اتفاق می‌افتد (۲). اصطلاح تأخیر تکاملی، برای کودکانی به کار می‌رود که خصوصیات برجسته تکاملی را با توجه به سنشان بروز ندهند. این اصطلاح در حیطه‌های حرکتی، شناختی، عاطفی، زبان و اجتماعی درخور توجه است (۳). بررسی تنظیم شناخت هیجان و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت فردی و اجتماعی مادران خواهد داشت. تنظیم شناختی هیجان^۶ به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به منظور 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 تجربه هیجان همراه شوند (۵). یکی دیگر از این فرایندها بهزیستی روان‌شناختی^۷ است که شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی به عنوان 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 دربرگیرنده نگرشی کلی مثبت به زندگی، لذت بردن از زندگی و فقدان خلق افسرده است (۶). یکی دیگر از متغیرهایی که در این مادران به صورت کم‌رنگ دیده می‌شود و می‌تواند به شدت تأثیرگذار باشد، مشکلات بین فردی^۸ است. مشکلات بین فردی مشکلاتی است که در رابطه با دیگران به وجود می‌آید. هرچه در حیطه روابط بین فردی 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).

در حال حاضر از روش‌های مطرح برای کاهش و حل مسائل مربوط به استرس‌ها و مشکلات روان‌شناختی برنامه‌های درمانی آموزشی واقعیت‌درمانی^۹ است. واقعیت‌درمانی، روش مشاوره‌ای و روان‌درمانی است که ویلیام گلاسر روان‌پزشک آن را بنیان‌گذاری کرد. در فرایند درمان، درمانگر اصولی را به کار 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، به کار می‌رود (۸). هدف واقعیت‌درمانی این است که با آموزش مسئولیت‌پذیری نحوه اداره انتخاب‌ها و کمک به ارضای

6. Cognitive Emotion Regulation

7. Psychological Wellbeing

8. Interpersonal Problems

9. Reality therapy

10. Multiple Sclerosis

1. Child with intellectual disability

2. Quality

3. Developmental Disability

4. American Psychiatric Association

5. Evolutionary Developmental Disability

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 مایل نبودن به ادامه 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.

– مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (ریف، ۱۹۸۹ و بازبینی‌شده ۱۹۹۵): نسخه اصلی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف دارای ۸۴ گویه است که در سال ۱۹۸۹ تهیه شد. سپس طراحی نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی برای سهولت در اجرا صورت گرفت (۱۶). در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. نسخه کوتاه این پرسش‌نامه دارای شش مؤلفه پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، 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 نمره 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. نمره بیشتر نشان‌دهنده 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 مطالعه 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 منبع روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را بر نمونه‌ای ۳۷۶ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد بررسی کرد. نتایج بررسی پایایی از طریق بازآزمایی نشان داد، ضریب حاصل برای نمره 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).

– پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۲ (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶): این پرسش‌نامه توسط گرانفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تهیه شد و دارای هیجده سؤال است. راهکار شناختی تنظیم هیجان به دو دسته 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. نمره بیشتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۷۳ تا ۸۰ درصد و ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها از ۴۱ تا ۵۹ درصد به‌دست آمد (۱۸). در ایران این پرسش‌نامه توسط بشارت و یزایان هنجاریابی شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ایرانی ($n=478$) 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 پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان است (۱۹).

– پرسش‌نامه روابط بین‌فردی^۳ (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؛ در نظر گرفتن دیگران؛ پرخاشگری؛ حمایتگری و مشارکت؛ وابستگی. سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۹، ۱۱ عامل صراحت و مردم‌آمیزی، سؤال‌های ۱۰، ۱۷، ۲۴ و ۲۹ عامل گشودگی، سؤال‌های ۱۸، ۲۵، ۲۶، ۳۱ و ۳۲ عامل در نظر گرفتن 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 از طریق آلفای کرونباخ بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد صراحت و مردم‌آمیزی ۸۳ درصد، گشودگی ۶۳ درصد، در نظر گرفتن دیگران ۶۰ درصد، پرخاشگری ۸۳ درصد، حمایتگری ۷۱ درصد، مشارکت و وابستگی ۶۳ درصد و کل مقیاس ۸۲ درصد 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 برنامه واقعیت‌درمانی به‌شکلی بود که آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر هفته یک جلسه درمانی دوساعته داشتند. هم‌زمان هر دو گروه آزمایش و گواه به هر سه پرسش‌نامه جواب دادند و گروه آزمایش برنامه واقعیت‌درمانی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ روش درمانی ارائه نشد. این برنامه درمانی با اقتباس و تکیه بر محتوای برنامه ویلیام گلاسر تنظیم شد (۲۱). روایی محتوایی آن توسط اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی به تأیید رسید و شیوه ارائه مطالب در این برنامه به‌صورت مشارکتی بود. رؤس 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،

3. Inventory of Interpersonal Problems

1. Ryff scale psychological wellbeing (RSPWB)

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

پیش فرض نرمال بودن داده‌ها قبل از آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون و همگنی شیب خطوط رگرسیونی با ارزیابی اثر متقابل گروه-پیش‌آزمون در مدل رگرسیون به کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود (۲۲، ۲۳). خلاصه محتوای جلسات درمانی و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. به منظور بررسی

جدول ۱. شرح جلسات پروتکل واقعیت درمانی

جلسه	
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و ابلاغ قوانین گروه و اهمیت دادن به نقش روابط بین فردی
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 جلسه قبل و درخواست توضیح درباره دید کلی اعضا از زندگی فعلی‌شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه درباره وضعیت فعلی زندگی، توضیح در زمینه رفتار کلی و چهار مؤلفه 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 منجر به تغییر در تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین فردی
ششم	طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به اهداف
هفتم	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائه تکالیفی هرچند کوچک بر مبنای کمک به تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط بین فردی
هشتم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن اداره درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر با منجر شدن به تغییر مثبت در تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی و روابط بین فردی

۳ یافته‌ها

همچنین ۱ نفر (۲/۲ درصد) مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد داشت. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۴۱±۴/۸۷ سال و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه ۳۹±۳/۶۵ سال بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=0/168$). در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی به همراه نتایج آنالیز کوواریانس اشاره شده است.

یافته‌های به دست آمده در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه و تحلیل شد. براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، ۱۷ نفر (۷/۳۷ درصد) دارای مدرک کمتر از دیپلم، ۲۱ نفر (۶/۴۶ درصد) دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم و ۶ نفر (۳/۱۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند و

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار f	مقدار p
تنظیم شناختی	راهکارهای آزمایش	۴/۸۰	۰/۴۶۷	۶/۳۱	۰/۳۷۳	۱۲/۶۳	۰/۰۰۲
	سازش یافته گواه	۴/۵۵	۰/۳۴۱	۴/۵۲	۰/۳۷۸		
هیجانی	راهکارهای آزمایش	۴/۸۴	۰/۵۱۹	۲/۶۴	۰/۴۸۶	۱۱/۲۰	۰/۰۰۳
	سازش نیافته گواه	۴/۷۵	۰/۵۴۲	۴/۸۱	۰/۴۲۰		
روابط بین فردی	آمایش گواه	۱۰/۱۹۳	۶/۹۹۵	۹۴/۳۳	۶/۰۶۷	۱۲/۷۱	۰/۰۰۲
	گواه	۹۷/۰۰	۷/۱۱۱	۹۹/۹۳	۸/۲۸		
بهزیستی روان‌شناختی	آمایش گواه	۵۹/۸۷	۵/۴۴۹	۷۱/۶۰	۶/۱۷۴	۷/۴۱	۰/۰۱۲
	گواه	۶۱/۶۰	۷/۱۶	۶۲/۰۷	۴/۸۹		

در مرحله پیش‌آزمون به ۶/۳۱ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت، راهکارهای سازش نیافته در گروه آزمایش از ۴/۸۴ در مرحله پیش‌آزمون به ۲/۶۴ در مرحله پس‌آزمون کاهش پیدا کرد و روابط و مشکلات بین فردی در گروه آزمایش از ۱۰/۱۹۳ در مرحله پیش‌آزمون به ۹۴/۳۳ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافت؛ همچنین بهزیستی روان‌شناختی در

در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل تنظیم شناختی هیجان (راهکارهای سازش یافته و راهکارهای سازش نیافته)، روابط و مشکلات بین فردی و بهزیستی روان‌شناختی در هر دو گروه (گواه و آزمایش) به تفکیک ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول، میانگین راهکارهای سازش یافته در گروه آزمایش از ۴/۸۰ در

گروه آزمایش از ۵۹/۸۷ در مرحله پیش‌آزمون به ۷۱/۶۰ در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخله برنامه آموزشی واقعیت‌درمانی افزایش پیدا کرد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها قبل از آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیروویلیک به‌کار رفت. نتایج نشان داد، فرض نرمال بودن برای داده‌های بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/922$)، مشکلات بین‌فردی ($p=0/782$) و تنظیم هیجان‌شناختی ($p=0/686$) برقرار است. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیر وابسته بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/909$)، مشکلات بین‌فردی ($p=0/556$) و تنظیم هیجان‌شناختی شامل دو زیرگروه راهکارهای سازش‌یافته ($p=0/694$) و راهکارهای سازش‌نیافته ($F=0/067$)، 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 ($p=0/100$)، مشکلات بین‌فردی ($p=0/415$) و تنظیم هیجان‌شناختی ($p=0/639$) به‌دست آمد که مشخص می‌کند، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن 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 با توجه 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 هیجان‌شناختی اثربخشی مثبت و معناداری دارد؛ این امر باعث افزایش راهکارهای سازش‌یافته ($p=0/002$) و کاهش راهکارهای سازش‌نیافته ($p=0/003$) در افراد شد. همچنین این درمان، افزایش بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/012$) و کاهش مشکلات بین‌فردی را در افراد به‌دنبال داشت ($p=0/002$).
 با توجه به مقدار به‌دست‌آمده ضریب اتا برای بهزیستی روان‌شناختی ($=0/25$ ضریب اتا)، مشکلات بین‌فردی ($=0/36$ ضریب اتا)، راهکارهای سازش‌یافته ($=0/36$ ضریب اتا) و راهکارهای سازش‌نیافته ($=0/37$ ضریب اتا) می‌توان گفت، $0/25$ برای بهزیستی روان‌شناختی، $0/36$ برای مشکلات بین‌فردی، $0/36$ برای راهکارهای سازش‌یافته و $0/37$ برای راهکارهای سازش‌نیافته از تغییرات متغیر وابسته به‌وسیله عمل آزمایشی تبیین‌شدنی است؛ یعنی به‌ترتیب $0/25$ ، $0/36$ ، $0/36$ و $0/37$ درصد از واریانس متغیر وابسته مربوط به تأثیر مداخله برنامه واقعیت‌درمانی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه 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: دבורا و همکاران نشان دادند، برنامه 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. باین‌وجود، 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)؛ حاجی کرم 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 برنامه 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 رابطه مطلوب با افراد و اجتماع، افزایش بهزیستی و کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر است. اساس درمان با رویکرد واقعیت‌درمانی بر تنظیم هیجان را می‌توان به‌واسطه 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 نتیجه 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 نظریه درمانی نهفته، این است که تمامی افراد در همه 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). گلاسز 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 گلاسز 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 درباره خود و اتخاذ تصمیم برای طرح‌ریزی و اقدام به تغییر است. همچنین هدف اصلی از درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر ارضاکردن نیاز به محبت و تعلق‌پذیری، این است که به درمانجویان کمک کند راه‌های بهتر ارضاکردن تمام نیازهای خود را یاد بگیرند (۵۰، ۶، ۲۹)؛ بنابراین با توجه

به مطالعات پیشین و این پژوهش که تأییدی بر نتایج آن پژوهش‌ها است و براساس تفاوت میانگین نمرات (پیش‌آزمون-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. با توجه 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 خویشان، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدرسه و درمانگران کلینیک‌های روان‌شناسی از این روش‌ها برای پیشبرد اهداف درمانی بهره‌برند.

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 برنامه 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 اداره بهزیستی شهر سقز که محققان را در

انجام پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه 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 از طریق آدرس اینترنتی faroghsatori@yahoo.com در دسترس است.

تضاد منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته 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 رساله دکتری نویسنده اول بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

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

References

- 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>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- 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.
- 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](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Robertson 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>
- 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>
- 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] <http://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2137>
- Austad C. Counseling and psychotherapy today. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran: Virayesh Pub; 2011, p:520.
- 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>
- 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>

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/fpsy.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, Amirimajid 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>