

Effectiveness of Reality Therapy Training on Psychological Well-Being of Deaf Students

Mozhgan Arefi*: Assistant professor of psychology department of Khorasgan University, Isfahan, Iran. mozhgan.arefi@yahoo.com

Marziyeh Ganjooi: MS in general psychology, Khorasgan University, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Sensory defects is leading to live a mysterious and silent life. This is one of the reasons lead to losing social connections and so reduction of the quality of life and psychological well-being. The aim of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy training on psychological well-being of deaf students in Isfahan, Iran.

Methods: The study was a quasi-experimental research with pretest-posttest and a control group. The study population included all deaf girl students between ten and twelve years old in 2015-16, who were selected based on convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received ten sessions of reality therapy (ninety minutes each) in five weeks while control group received none. As research instrument Ryff's scales of psychological well being questionnaire were administered to both groups; and then multivariate analysis of covariance used to analyze data.

Results: The results showed that psychological well-being (positive relations with others, environmental mastery, self-acceptance, autonomy, personal growth, and purpose in life) of deaf students in experimental group was significantly increased by training reality therapy compared to the control group. ($P < 0.05$)

Conclusions: Reality therapy training based on the acceptance of life's problems increase psychological well-being and quality of life of deaf people. Sensory defects, such as deafness have a profound impact on the believes of personal life, using such strategies can be largely preventing more problems.

Keywords

Deaf

Psychological Well-Being

Reality Therapy

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 23 Dec 2016
Accepted: 10 Mar 2017

Please cite this article as follows:

Arefi M and Ganjooi M. Effectiveness of reality therapy training on psychological well-being of deaf students. Quarterly journal of social work. 2017; 6 (1); 21-28

تأثیر آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا

مژگان عارفی*: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. mozhgan.arefi@yahoo.com
مرضیه گنجوری: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

واژگان کلیدی

ناشنوا

بهزیستی روان‌شناختی

واقعیت درمانی

چکیده

مقدمه: نقص حسی منجر به حس زندگی در دنیایی ساکت و رمزآلود است، و عاملی در جهت بروز محدودیت ارتباطات اجتماعی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا شهر اصفهان انجام شد.

روش: مطالعه نیمه‌آزمایشی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ناشنوا ده الی دوازده ساله مقطع دبیرستان در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود که از میان آن‌ها سی دانش‌آموز براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، گروه آزمایش ده جلسه نود دقیقه‌ای در پنج هفته تحت آموزش واقعیت درمانی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی منجر به افزایش معنادار عملکرد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. ($P < 0/05$)

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش واقعیت درمانی بر مبنای پذیرش مشکلات زندگی منجر به افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی در افراد ناشنوا می‌گردد. نقایص حسی از جمله ناشنوایی تأثیر عمیقی بر باورهای زندگی فردی دارد، که با استفاده از راهبردهای درمان روان‌شناختی مانند واقعیت درمانی می‌توان تا حد زیادی از بروز مشکلات بیشتر جلوگیری نمود.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۰

مژگان عارفی و مرضیه گنجوری. تأثیر آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۲۸-۲۱

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

حس شنوایی از مهمترین ابزار کسب اطلاعات و آگاهی از احساسات و هیجانات دیگران است، نداشتن حس شنوایی تأثیر زیادی بر شناخت و دریافت اطلاعات فرد از محیط دارد. در جهانی که اغلب تحت نفوذ صداها و زبان شفاهی است، توانایی شنیدن و صحبت کردن حلقه‌های مهمی در تحول ارتباط انسانی است، فرد ناشنوا از نعمت‌های فوق محروم است و حتی گفته می‌شود افراد ناشنوا در تنهایی مطلق زندگی می‌کنند. (۱) ناشنوایی عبارت است از کاهش توانایی یا ناتوانی کامل در شنیدن. ناشنوایی می‌تواند به علت مشکل در استخوان‌های کوچک موجود در گوش میانی که صدا را انتقال می‌دهند یا مشکل در شاخه‌های عصب هشتم مغزی که صدا را به مغز انتقال می‌دهند باشد. (۲) کاهش شنوایی حدود پانزده تا بیست شش درصد جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شخصی که با نارسایی شنوایی متولد می‌شود با چالش‌های مهم و متعددی روبه‌روست از جمله در زمینه‌های عاطفی، فکری، اجتماعی، تحصیلی، گفتاری، تفکر و اشکال در فراگیری مسائل ذهنی. (۳) از جمله محدودیت‌های اجتماعی و روانی ناشی از ناشنوایی، بهزیستی روان‌شناختی است. این متغیر جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌ی رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش می‌باشد: قضاوت شناختی درباره‌ی اینکه چطور افراد در زندگی‌شان در حال پیشرفت هستند و سطح تجربه‌های خوشایند. برخی از محققان، بهزیستی روان‌شناختی را از نظر مولفه‌ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم‌سازی می‌کنند. بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را دربرمی‌گیرد، و شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی می‌شود. آن‌ها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش‌ها و تجارب قبلی‌شان وابسته است ارزش‌گذاری می‌کنند. (۴) با توجه به محدودیت‌های ناشی از معلولیت در کودکان ناشنوا که پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی را به همراه دارد این افراد در معرض آسیب‌های روانی بیشتری قرار دارند و نیازمند آموزش‌های ویژه می‌باشند که بتوانند نیازهای خاص خود را برآورده سازد. از جمله آموزش‌های مدرن و موثر واقعیت درمانی است. واقعیت درمانی به مردم کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند. (۵) واقعیت درمانی، بر این فرض بنا شده است که همه انسان‌ها در فرهنگ‌های مختلف از تولد تا مرگ نیاز روانی خاصی دارند و آن، نیاز به داشتن هویت است. نیاز به اینکه احساس کنند به گونه‌ای جدا و متفاوت از دیگر موجودات زنده است. گلاسر، معتقد است که انسان‌ها ظرفیت و توانایی استفاده از استعدادهای خود جهت یادگیری و رشد را دارند. هر انسانی در نهایت، خودمختار است. چنانچه افراد بیشتر بر تصمیمات خود متکی باشند تا بر شرایط، آن وقت آن‌ها با احساس مسئولیت بیشتری زندگی می‌کنند و زندگی موفق و ارضاکننده‌تری خواهند داشت. طبق نظر گلاسر، چنانچه انسان‌ها از زندگی خود ناراضی باشند، می‌توانند تصمیم دیگری برای تغییر آن بگیرند. (۶) هدف اصلی واقعیت درمانی امروزی این است که به درمانجویان کمک کند با افرادی که آن‌ها را برای راه دادن به دنیای کیفی خود انتخاب کرده‌اند ارتباط یا ارتباط مجدد برقرار کنند. هدف اصلی درمان علاوه بر ارضاء کردن نیاز به محبت و تعلق‌پذیری این است که به درمانجویان کمک کند راه‌های بهتر ارضاء تمام نیازهای خود از جمله نیاز به قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح را یاد بگیرند. در فرایند درمان درمانگر اصولی را به‌کار می‌گیرد تا به هدف درمان برسد، اصول واقعیت‌درمانی معمولاً به همان ترتیبی که مطرح می‌گردد به‌کار گرفته می‌شوند. ارتباط و درگیری عاطفی، توجه و تأکید بر رفتار کنونی و نه بر احساسات، تأکید بر زمان حال، قضاوت ارزشی، طرح‌ریزی، تعهد نسبت به طرح تهیه شده و نپذیرفتن هر گونه عذر و بهانه و امتناع از تنبیه. (۷) همچنین یافته‌های متعدد بار گاو (۲۰۱۳)، السوالمه و الصمادی (۲۰۱۲)، ترنر (۲۰۰۷)، اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵)، خزان (۲۰۱۵)، قربانعلی پور، نجفی، علیرضاپور و نسیمی (۲۰۱۵)، امیری، آقامحمدیان شعراباف و کیمیایی (۲۰۱۲) گویای اثربخش بودن این روش درمانی می‌باشد. با توجه به اینکه تنها نقص افراد ناشنوایی، نشنیدن است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برابر با افراد عادی دارند، به جرات می‌توان نقص آنان را نادیده گرفت و با تخصیص توجه درست و ارائه راهبردهای مناسبی که سطح کیفی زندگی

پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی ناشنوایان می‌باشد.

آنان را افزایش دهد توانمندی‌های آنان را در راه درست هدایت نمود. بنابراین لازم و ضروری به نظر می‌رسد که با ارائه و انجام پژوهش‌های مناسب این راه را هموار نمود. بنابراین هدف از انجام

روش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان ناشنوای مقطع اول دبیرستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۵ می‌باشد. با توجه به اینکه در مداخلات آزمایشی تعداد نمونه‌ها، باید حداقل پانزده نفر برای هر گروه به منظور اعمال کنترل و افزایش اعتبار درونی در نظر گرفته شود، (۱۵) لذا سی نفر از دانش‌آموزان ناشنوا به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه‌ی آماری انتخاب شدند. بدین منظور با مراجعه به آموزش و پرورش شهر اصفهان و دریافت لیست مدارس ناشنوا با مدارس مورد نظر تماس گرفته شد و از بین دو دبیرستانی که قبول همکاری کرده بودند به تصادف و قرعه‌کشی یک مدرسه به عنوان گروه آزمایش و مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر کنترل) گروه آزمایش تحت آموزش واقعیت درمانی قرار گرفت و روی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. بهزیستی روان‌شناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی به صورت پیش‌آزمون اجرا شد و پس از یک ماه از اعمال مداخله نیز پس‌آزمون با استفاده از همان پرسشنامه‌ها انجام شد. بعد از همگن‌سازی گروه‌های آزمایش و کنترل، از آنان خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد تا انگیزه و موافقت آنان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل گردید و پژوهشگران به مراجعان اطمینان دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود، ضمن اینکه جهت ارائه دوره‌های آموزشی از روانشناسان متخصص آگاه به زبان ناشنوایان استفاده شد. همچنین به اعضای گروه‌های مورد بررسی اطمینان داده شد که در جریان یافته‌های پژوهشی قرار خواهند گرفت و اعضای گروه نمونه نیز پس از اتمام دوره آموزشی گروه آزمایش تحت

آموزش واقعیت درمانی قرار خواهند گرفت.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارتند از:
 ۱- رضایت کامل جهت شرکت در فرایند پژوهش.
 ۲- ناشنوا بودن.
 ۳- عدم شرکت در دوره‌های آموزشی و روان‌شناختی.
 ۴- صحت کامل روان‌شناختی و جسمی بجز نقص شنوایی.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارتند از:
 ۱- نداشتن رضایت جهت شرکت در فرایند پژوهش.
 ۲- غیبت بیش از سه جلسه.

جدول (۱) عناوین کلی پروتکل جلسات آموزش واقعیت درمانی

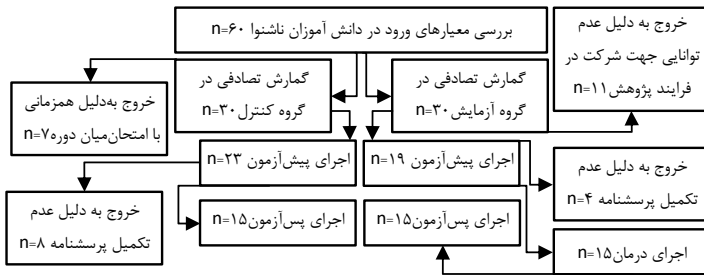
| ردیف | هدف برنامه | شرح جلسه | زمان |
|------|---|--|----------|
| ۱ | اهمیت مهارت‌های ارتباطی | آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد بین اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه | ۹۰ دقیقه |
| ۲ | تبیین نیازهای انسانی | شناختن پنج نیاز اساسی انسان از طریق فهرست‌بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آنها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها | ۹۰ دقیقه |
| ۳ | نگرش به زندگی | اصول اساسی نگرش به زندگی از طریق درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد زندگی و علل نگرش فعلی‌شان | ۹۰ دقیقه |
| ۴ | رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی) | رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی) از طریق آگاه‌سازی مراجعین به این امر که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را بطور غیرمستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد | ۹۰ دقیقه |
| ۵ | بررسی رفتار فعلی | بررسی رفتار فعلی با استفاده از تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار کنونی برای رسیدن به اهدافشان و بررسی اینکه رفتار فعلی‌شان به اهداف و نیازهایشان چه کمکی می‌کند | ۹۰ دقیقه |
| ۶ | زمان حال و گذشته | زمان حال و گذشته عنوان اصلی آموزش بودف این آموزش کمکی جهت شناختن رفتار و احساس کنونی، کم اهمیت جلوه دادن گذشته و تأکید بر کنترل درونی | ۹۰ دقیقه |
| ۷ | آموزش مسئولیت‌پذیری | از طریق آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش، پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به بهبودی و رسیدن به هدف می‌شوند | ۹۰ دقیقه |
| ۸ | برنامه‌ریزی | برنامه‌ریزی از طریق تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، استفاده بهینه از وقت و آموزش برنامه ریزی | ۹۰ دقیقه |
| ۹ | تغییر و تعهد | از طریق آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، ارائه تکالیفی جهت افزایش بهزیستی روانی، شادی و رضایت از زندگی | ۹۰ دقیقه |
| ۱۰ | کنترل درونی | از طریق آموزش جایگزین کردن کنترل درونی، مواجهه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون | ۹۰ دقیقه |
| ۱۱ | خلاصه و نتیجه‌گیری | اجرای تکالیف مراحل قبل، مرور و بازبینی، اجرای پس‌آزمون | ۹۰ دقیقه |

۳- تحت درمان‌های رفتاری و روان‌شناختی بودن فرد جهت مشکلات روان‌شناختی و کمبود احساس بهزیستی روان‌شناختی.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره شصت و شش) تا کاملاً مخالف (نمره یک) نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره در این پرسشنامه پانصد و چهار و کمترین نمره هشتاد و چهار می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شامل شش مقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران و زندگی هدفمند است. در ایران واحدی و غنی‌زاده (۱۶) مقدار پایایی آزمون را به روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش بیانی، گودرزی و محمدکوچکی (۱۷) تحت عنوان بررسی روایی و پایایی مقیاس بهزیستی

نمودار (۱) نمودار CONSORT



روان‌شناختی ریف، ضریب پایایی برای این مقیاس ۰/۸۲ و برای مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد و روایی مقیاس نیز به روش روایی سازه و با اجرای پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی آکسفورد و عزت نفس روزنبرگ محاسبه شد. همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. (۱۸) آموزش واقعیت درمانی به مدت ده جلسه نود دقیقه‌ای به مدت پنج هفته به صورت گروهی اجرا شد. مداخله جلسات آموزش واقعیت درمانی در جدول شماره یک قابل مشاهده است. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده گردید به علاوه، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی سازه‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه پرداخته می‌شود. جدول شماره سه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در همه خرده مقیاس‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است، لذا جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها، آزمون‌های پارامتری اجرا گردید. اما لازم بود برخی پیش‌فرض‌های اساسی در انجام آزمون F لحاظ گردد، بنابراین جهت بررسی امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک، همگنی واریانس نمرات براساس آزمون لوین مورد آزمون قرار گرفت. با توجه به اینکه مقدار F در سطح آلفا ۰/۰۵ معنادار نبود، (جدول شماره چهار) مفروضه‌ی همگنی واریانس داده‌ها مورد استنباط قرار گرفت و استفاده از آزمون تحلیل واریانس برای بررسی فرضیه‌ها بلامانع ارزیابی گردید. با معناداری آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (جدول شماره پنج) این نتیجه حاصل گردید که حداقل یکی از متغیرها باید معنادار بوده باشد. لذا به بررسی آزمون‌های تک متغیره پرداخته شد تا مشخص گردد کدامیک از متغیرها معنادار است. قبل از ارائه نتایج آزمون‌های تک متغیره، یکسانی واریانس نمرات نیز مورد بررسی قرار گرفت. با بررسی جدول مربوط به مرحله پس‌آزمون مشخص شد که متغیر (واقعیت درمانی) توانسته تاثیر معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ایجاد نماید. (جدول شماره شش) متغیر مستقل در این مرحله بر خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی

تغییرات متغیرهای وابسته را تبیین می‌نماید. لازم به ذکر است که متغیر همپراش نیز دارای تاثیر معنادار در نتایج پژوهش بوده و به‌نوعی روایی درونی پژوهش را تحت تاثیر قرار داده است که این اثر با انتخاب تحلیل کواریانس مورد کنترل واقع شد.

هدفمند و رشد فردی به ترتیب ۷۵٪، ۶۷٪، ۵۶٪، ۲۲٪، ۴۵٪ و ۵۳٪ از

جدول (۳) یافته‌های توصیفی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و زیر مقیاس‌های مورد مطالعه دو گروه آزمایش و کنترل

| مقیاس | زیر مقیاس‌ها | پیش‌آزمون | | | | پس‌آزمون | | | |
|---------------------|----------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | گروه آزمایش | | گروه کنترل | | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
| | | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین | انحراف معیار | انحراف میانگین | انحراف معیار |
| بهزیستی روان‌شناختی | پذیرش خود | ۴۶/۴۰ | ۱/۲۹ | ۵۲/۲۶ | ۱/۶۲ | ۴۶/۶۰ | ۱/۳۵ | ۴۷ | ۱/۳۶ |
| | روابط مثبت با دیگران | ۴۷ | ۱/۶۹ | ۵۲/۲۶ | ۱/۳۸ | ۴۶/۲۰ | ۱/۰۸ | ۴۷/۱۳ | ۱/۹۵ |
| | خودمختاری | ۴۶/۴۶ | ۱/۱۲ | ۵۰/۷۳ | ۱/۱۶ | ۴۶/۶۶ | ۱/۲۳ | ۴۷/۵۳ | ۱/۸۸ |
| | تسلط بر محیط | ۴۷/۶۶ | ۱/۱۷ | ۵۰/۹۳ | ۱/۶۲ | ۴۷/۶۶ | ۰/۹۷ | ۴۹/۶۰ | ۱/۲۴ |
| رشد فردی | زندگی هدفمند | ۵۸/۰۶ | ۱/۴۸ | ۶۰/۴۶ | ۱/۱۸ | ۵۷/۹۳ | ۱/۶۲ | ۵۸/۴۰ | ۱/۶۳ |
| | رشد فردی | ۴۵/۰۶ | ۱/۳۸ | ۵۱/۵۳ | ۱/۹۲ | ۴۶/۴۶ | ۱/۷۲ | ۴۸/۰۶ | ۱/۸۳ |

جدول (۲) یافته‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد بررسی

| متغیر دموگرافیک | دامنه | گروه آزمایش | گروه کنترل |
|-----------------|---------------------|-------------|------------|
| سن اعضا | ۱۳-۱۴ | ۱۱ | ۹ |
| | ۱۵-۱۶ | ۴ | ۶ |
| تحصیلات مادر | دیپلم و فوق دیپلم | ۵ | ۳ |
| | لیسانس و فوق لیسانس | ۹ | ۹ |
| تحصیلات پدر | دیپلم و فوق دیپلم | ۱۰ | ۱۱ |
| | لیسانس و فوق لیسانس | ۵ | ۳ |
| | دکتر | ۰ | ۱ |

جدول (۶) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری

| منبع تغییر | متغیر | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | sig | اندازه اثر | توان آماری |
|------------|----------------------|---------------|----|-----------------|--------|-------|------------|------------|
| گروه بندی | پذیرش خود | ۱۵۰/۷۱۹ | ۱ | ۱۵۰/۷۱۹ | ۶۸/۸۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱ |
| | روابط مثبت با دیگران | ۱۲۸/۵۱۰ | ۱ | ۱۲۸/۵۱۰ | ۴۶/۴۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۱ |
| | خودمختاری | ۵۶/۱۲۳ | ۱ | ۵۶/۱۲۳ | ۲۸/۵۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ | ۰/۹۹ |
| | تسلط بر محیط | ۷/۷۶۴ | ۱ | ۷/۷۶۴ | ۶/۲۲۷ | ۰/۰۲ | ۰/۲۲ | ۰/۶۶ |
| کل | زندگی هدفمند | ۲۶/۵۶۸ | ۱ | ۲۶/۵۶۸ | ۱۸/۳۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ | ۰/۹۸ |
| | رشد فردی | ۸۳/۶۸۱ | ۱ | ۸۳/۶۸۱ | ۲۵/۱۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ | ۰/۹۹ |
| | پذیرش خود | ۴۸/۱۵۲ | ۲۲ | ۲/۱۸۹ | | | | |
| | روابط مثبت با دیگران | ۶۰/۸۵۱ | ۲۲ | ۲/۷۶۶ | | | | |
| خطا | خودمختاری | ۴۳/۳۱۶ | ۲۲ | ۱/۹۶۹ | | | | |
| | تسلط بر محیط | ۲۷/۴۲۷ | ۲۲ | ۱/۲۴۷ | | | | |
| | زندگی هدفمند | ۳۱/۸۰۶ | ۲۲ | ۱/۴۴۶ | | | | |
| | رشد فردی | ۷۳/۳۱۱ | ۲۲ | ۳/۳۳۲ | | | | |
| خطا | پذیرش خود | ۷۴/۱۷۵ | ۳۰ | ۲/۴۱۷۵ | | | | |
| | روابط مثبت با دیگران | ۷۴۳۸۱ | ۳۰ | ۲۴۳۸۱ | | | | |
| | خودمختاری | ۷۲۵۶۸ | ۳۰ | ۲۴۵۶۸ | | | | |
| | تسلط بر محیط | ۷۵۸۷۴ | ۳۰ | ۲۵۸۷۴ | | | | |
| خطا | زندگی هدفمند | ۱۰۶۰۵۹ | ۳۰ | ۳۵۳۵۳ | | | | |
| | رشد فردی | ۷۴۵۹۰ | ۳۰ | ۲۴۵۹۰ | | | | |

جدول (۴) آزمون یکسانی ماتریکس واریانس‌ها جهت بررسی یکسانی واریانس نمرات

| متغیر | آزمون باکس | F | سطح معناداری |
|-----------|------------|-------|--------------|
| گروه بندی | ۲۶/۷۱۴ | ۰/۹۷۴ | ۰/۴۹ |

جدول (۵) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

| ارزش | F مقدار | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|-------------------|---------|----------------|----------------|--------------|
| اثر پیلای | ۲۹/۰۲۴ | ۶ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| لامبدای ویلکز | ۲۹/۰۲۴ | ۶ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| اثر هتلینگ | ۲۹/۰۲۴ | ۶ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۲۹/۰۲۴ | ۶ | ۱۷ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان ناشنوا بود. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی توانسته تاثیر معناداری بر گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ایجاد نماید، که همسوی با یافته‌های بارگاو (۲۰۱۳)، السوالمه و الصمادی (۲۰۱۲)، ترنر (۲۰۰۷)، اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۲۰۱۵)، خزان (۲۰۱۵)، قربانعلی پور، نجفی، علیرضاپور و نسیمی (۲۰۱۵)، امیری، آقامحمدیان شهرباف و کیمیایی (۲۰۱۲) می‌باشد.

بهزیستی روان‌شناختی بررسی کیفیت روانی و عاطفی زندگی فرد است، که در ارتباط مستقیم با شیوه‌های مواجهه افراد با مسائل و مشکلات قرار می‌گیرد. افرا ناشنوا در دنیایی زندگی می‌کنند که آن‌ها را نیازمند به استفاده از مهارت‌هایی می‌کند که جز در سایه پذیرش مشکل ناشنوایی‌شان نمی‌باشد، یکی از راهبردهای موثر استفاده از رویکرد واقعیت درمانی است، گلاسر معتقد است مشکل زمانی برای افراد ایجاد می‌شود که فرد فکر کند توسط نیروهای خارجی و بیرونی جهان کنترل می‌شود، بنابراین مسئولیت آن را نمی‌پذیرد ولی اگر بپذیرد که همه وقایع زندگی تحت اختیار فرد نیست، نگرشش عوض شده و مسئولیت رفتارهای ناشی از آن اتفاق که به عهده خود شخص می‌باشد را می‌پذیرد. واقعیت درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت‌پذیر باشند، این نگرش فرد را به فرمانده اصلی زندگی خویش مبدل می‌کند، در نتیجه فرد می‌تواند تفکرات و نگرش‌هایش را تغییر دهد، هیجانات خود را می‌پذیرد و با آن‌ها کنار می‌آید. بنابراین پذیرش وقایع زندگی که در اختیار فرد نیست و مواجه شدنش با مسائل ناشی از مشکلات منجر به افزایش بار عاطفی و

بهزیستی روان‌شناختی اومی‌گردد. به‌نحوی که امیری، آقامحمدیان شعرباف و کیمیایی (۲۰۱۲) نشان دادند که واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل درونی و نگرش‌های فردی منفی منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌کارآمدتر و در نتیجه افزایش کیفیت عاطفی زندگی فرد می‌گردد. واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به افراد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آن‌ها نه در اتفاقات تلخ گذشته و ناخواسته بلکه در دستان خود آن‌هاست و آن‌ها می‌توانند آینده خود را همان‌گونه که دوست دارند رقم بزنند. به‌نحوی که بارگاو (۲۰۱۵) دریافته پژوهشی خود نشان داد، با استفاده از واقعیت‌درمانی می‌توان افسردگی افراد ناشنوا را بهبود بخشید و قطعاً بر بهزیستی روان‌شناختی آنان افزود. شاید به‌توان از دیگر دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی، به‌تغییرات شناختی ناشی از این راهبرد درمانی اشاره نمود. واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد با به‌دست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به‌سمت تغییر حرکت کرده زیرا وقتی شیوه زندگی یکنواخت (عادت‌ی) و به‌قدر کافی عمیق باشد می‌تواند به یک‌گور تبدیل شود و افراد را زیر سستی ناشی از بی‌حرکی مدفون سازد. این رویکرد به افراد آموزش می‌دهد، برای داشتن زندگی با معنا باید با دقت به جستجوی راه‌هایی برای تغییر باشند، گشودگی و پذیرش دائمی به‌سوی تغییر حتی در اوج آسایش و راحتی به زندگی شادابی و امید می‌بخشد. تحقیقات نشان داده‌اند که مقیاس‌های متفاوت خوشبختی، رضایت، شادی و احساس مثبت همگی با هم همبستگی دارند و عامل کلی روشنی را ایجاد می‌کنند. بنابراین تغییر شناختی و نگرشی افراد ناشنوا منجر به کاهش اضطراب و افزایش میزان شادی و رضایتمندی از زندگی به‌دلیل استفاده از راهبردهای موثر مقابله‌ای می‌شود، شادی یا خوشبختی شبیه یک ویژگی شخصیتی است که شامل تعدادی عناصر مربوط به هم می‌باشد که در سراسر موقعیت‌ها و در طول زمان ثابت است. از آنجا که واقعیت‌درمانی به‌نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد، بنابراین این درمان باعث می‌شود افراد نگرش مثبتی به زندگی داشته باشند آمادگی برخورد با مشکلات زندگی را به‌دست آورند و در مورد خود و دیگران احساس خوبی داشته باشند. به همین منظور السوالمه و الصمادی (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی گروهی منجر به کاهش استرس و اضطراب در افراد و افزایش میزان شادکامی می‌گردد. از سوی دیگر در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت عواملی مثل جو صمیمانه و محترمانه، ابراز آزاد احساسات، همبستگی گروهی و درک همدلانه در شیوه‌های مورد استفاده در قالب گروه درمانی با تأکید بر مفاهیم مربوط به خود در کنار خصوصیات و ویژگی‌های مشترک افراد، باعث ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به ابتدای دوره درمان در نوجوانان شرکت‌کننده شده است. این تغییر نگرش موجب بهبود روابط اعضای گروه و افزایش امیدواری به اصلاح مسیر آینده زندگی و داشتن احساس رضایتمندی از خود در اکثر شرکت‌کنندگان گردیده است. در گروه درمانی، افراد علاوه بر درمانگر از دیگر اعضای گروه سرمشق می‌گیرند و ویژگی‌ها و رفتار آنان را تقلید می‌کنند که این مسئله دارای اهمیت درمانی است. یادگیری اجتماعی یا تکوین مهارت‌های اساسی اجتماعی یک عامل مهم درمانی است و درمانگر به افراد تعلیم می‌دهد که اطلاعات و پیشنهادها را در زمینه‌های مختلف مفهوم زندگی به دیگران نیز منتقل نمایند. از آنجا که بسیاری از نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش گمان می‌کنند که تنها خودشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، انزوای اجتماعی آن‌ها را تشدید می‌کند، در حالی که در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات، احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر پیدا می‌کنند.

محدودیت‌ها

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است، این پژوهش صرفاً بر گروه ناشنویان انجام گرفت، و یافته‌های حاصل از این پژوهش آثار کوتاه مدت این مداخله را نشان می‌دهد و آثار بلندمدت آن (پیگیری) را شامل نشده است. علاوه بر آن در این تحقیق، آموزش تنها به نوجوانان دختر ناشنوا داده شده و نمی‌توان آن را به معنای آموزش به کلیه نوجوانان در نظر گرفت.

پیشنهادات

در همه گروه‌های کودکان با نیازهای خاص مواجه شدن با واقعیت‌های زندگی و در نتیجه بروز اختلال فیزیکی به‌نظر لازم و ضروری می‌رسد، در نتیجه پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی مورد

راهبردهای واقعیت درمانی را در مدارس و ارگان‌هایی که مربوط به کودکان و نوجوانان ناشنوا می‌باشد، آموزش داد.

بررسی قرار گرفته و اثربخشی این روش بر سایر گروه‌ها و متغیرهای روان‌شناختی ارزیابی گردد. مطالعه حاضر نشان داد که آموزش واقعیت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارد، در این راستا به نظر می‌رسد که می‌توان

منابع

References:

- 1- Vermeerbergen M, Myrian M, Herrewghe V. 2012. Doenzamheid blijft .The loneliness stays:main streamed Flemish Deaf puoils about eellbeing at school. in Cottaine lesson and Myrian working with the deaf community:deaf Education, mental Health and interpreting.
- 2- Akbari A. 2014. Compare personality traits, learning styles in normal and disabled deaf and blind students in Yasouj, Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University of Shiraz.
- 3- Felinger J, holzinger D. 2011. Enhancing Rsilience to Mental Helth disorders in deaf School children. in D.H.zand(Eds). Rsilience in deaf children: Adaptation trough Emerging Adult hood (pp169-205) New York: springer.
- 4- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. 2003. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review of Psychology, 54, 403-425.
- 5- Glasser W, Wubbolding RE .2003. Reality Therapy. www.thomsonedu.com.
- 6- ShafiAbadi, A, Naseri GH. 2016. Theories of Counseling and Psychotherapy, Tehran University Press, 322 pages.
- 7- Shar. f. 2015. Theories of Psychotherapy and counseling, translation M. Firoz Bakht, Tehran: expressive, page 520.
- 8- Bhargava R. 2013. The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. Clinical Case Studies. 2013;14(5).151-165.
- 9- Alsoalmeh A, Alsamadi A. 2012. Real mass treatment in relieving stress and anxiety precious state among pregnant women. Jordan Journal of Science in Education, Jordan Journal of Science in Education, 365-376.
- 10- Turner O. 2007. Suicide in deaf populations: a literature review. Annals of General Psychiatry. 6(26):1-9.
- 11- Akbarinezhad H, Etamdi A, Nasernezhad F. 2015. The effectiveness of reality therapy is a form of anxiety group. Psychological Studies, Volume 10, Issue 2, pp. 87-74.
- 12-KHazan K. 2015. Training concepts of reality therapy on older men Ardabil happiness. Master's thesis, University of Welfare and Rehabilitation.
- 13- Ghorbanalipur M, Najafi M, Alirezalu Z & Nasimi M. 2015. The effectiveness of reality therapy on happiness and hope in divorced women. Journal of Consulting and family psychotherapy, Year 4, No. 2, pp 315-298.
- 14- Amiri M, Aghamohamadeian H, Kemeiayi. 2012. The effectiveness of reality therapy on locus of control and coping strategies. Thought and Behavior Volume 24, Number 6, Ss52-40.
- 15- Borg W, Gall J. 2015. Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Beheshti University;:455-6. [Persian]
- 16- Vahedi SH, Ahmadeian R. 2014. The relationship between religious identity, religious aspects and well-being of students. Psychology and Religion, Vol. 7, No. 4, pp. 107-91
- 17- Bayani A, Godarzi H, MohammadKoochaci,A. 2005. The relationship between psychological well-being and general health among students of Islamic Azad University. Knowledge and research in psychology, Volume 2, Number 35, S 164-153.
- 18- Behzadpur S, Motahari Z, Vakili M, Sohrabi F. 2015. The impact of increased resilience training on psychological well-being infertile women, Ilam University of Medical Sciences, Volume 23, Number 5, S142-131.
- 19- Asadi S, Vakili P. 2015. The Effectiveness of Reality Therapy on Anxiety and Increase of Hope in Patient with HIV-positive Referred to the Disease Behavioral Center Shemiran's Health Network. Community Health; 2(4): 238-245.