

تاثیر آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی

اعظم خوش اندام^۱ و زهرا غلامی حیدرآبادی^{۲*}

۱ کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک، تهران، ایران

Azam_khoshandam@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، دانشکده

علوم انسانی، تهران، ایران zahra6100@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی و حرکتی مراجعه کننده به آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش مشهد در سال ۱۳۹۷ بود. از میان جامعه آماری با استفاده از روش هدفمند و براساس نمرات پرسشنامه‌های رفتارهای خودمراقبتی (تابرت و گلاسکو، ۱۹۹۴) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (هافمن و کاشدان، ۲۰۱۰) در پیش‌تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند نمونه آماری ما را تشکیل دادند. این ۳۰ نفر به طور کاملا تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، واقعیت درمانی را دریافت کرد و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار دارند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS 21 استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است، به عبارتی خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی شرکت کننده در گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود.

واژگان کلیدی: آموزش واقعیت درمانی، خودمراقبتی، خودتنظیمی، زنان معلول جسمی و حرکتی

مقدمه

معلولیت واقعیتی است انکار ناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع مختلف وجود داشته است. با این وجود مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است. بنابراین تعریف، معلولیت و عدم معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی- روانی- اجتماعی تبیین می‌شود، زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است کاسته یا جلوگیری می‌کند (کاراسکو^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). برون و ترنر^۲ (۲۰۱۰) معلولیت‌های جسمی و حرکتی را به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف کرده‌اند. معلولیت‌های جسمی در واقع آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی فرد می‌شوند (اسپنسر^۳، ۲۰۰۷).

پژوهش صبوری (۱۳۹۵) نشان داد که یکی از مشکلات معلولین جسمی حرکتی، پایین بودن توانایی خودتنظیمی هیجانی می‌باشد. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد (فوسکا^۴، ۲۰۱۰). بر طبق مدل تنظیم هیجان گروس^۵ (۲۰۱۰)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. تنظیم هیجان (گراتز^۶ و گاندرسون^۷، ۲۰۰۸) شامل کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. تنظیم هیجان یک فرایند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا مقابله و شادی را تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند (فوسکا، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان سازگاران به عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنیدگی می‌شود و حتی رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (گارنفسکی^۸ و کرایج^۹، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان داده است راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط بوده، سازگاری بعدی را پیش‌بینی می‌نماید و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی و درمان هیجانات منفی مرتبط با مشکلات سلامت روان مؤثر واقع شود (برکینگ^{۱۰}، ارث^{۱۱}، ووپرمن^{۱۲}، میر^{۱۳} و کاسپر^{۱۴}، ۲۰۰۹).

از طرفی پژوهش سیرجانی (۱۳۹۴) نشان داد که یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت معلولین جسمی- حرکتی، بالا بودن توانایی خودمراقبتی در آنهاست. خودمراقبتی عبارت است از اقدامات و رفتارهای آموخته شده آگاهانه و هدف داری که به منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خود انجام می‌شود (چینگ‌سینگ^{۱۵} و می‌لینگ^{۱۶}، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، رفتار خودمراقبتی، اقدامی آگاهانه است که از طرف خود فرد در راستای تأمین نیازهای خودمراقبتی انجام می‌شود و نیازهای خودمراقبتی به سه گروه نیازهای

- 1 Carrasco
- 2 Brown and Turner
- 3 Spencer
- 4 Fosca
- 5 Gross
- 6 Gratz
- 7 Gunderson
- 8 Garnefski
- 9 Kraaij
- 10 Berking
- 11 Orth
- 12 Wupperman
- 13 Meier
- 14 Caspar
- 15 Ching-Hsing
- 16 Meei-Ling

همگانی، انحراف از سلامتی و تکاملی تقسیم می‌شوند (دهوق، ۲۰۱۴). نیازهای تکاملی مراقبت از خود بر اساس مراحل رشد فرد، محیطی که در آن به سر می‌برد و اثری که محیط به فرد دارد، طراحی می‌شود و به تغییرات زندگی و مراحل چرخه زندگی هر فرد نیز مربوط می‌شود (آگلتن^{۱۷} و چالمرز^{۱۸}، ۲۰۱۲). بر اساس تئوری اورم، ایجاد رفتارهای خودمراقبتی در فرد تحت تأثیر دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی است و فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، می‌تواند اقدامات لازم برای خودمراقبتی را انجام دهد. این توانایی در صورتی که با تقاضای خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل کند یا مانعی برای آن نباشد، به رفتار خودمراقبتی تبدیل خواهد شد (سیدانی^{۱۹}، ۲۰۱۳). عوامل زمینه‌ای، عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در فعالیتهای خود مراقبتی و نوع یا مقدار بروز رفتارهایی خودمراقبتی، تحت تأثیر قرار می‌دهند. عوامل زمینه‌ای شامل سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع خودمراقبتی می‌باشند (مروتی، مؤمنی، اسلامی، دهقانی و حکیم زاده، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر جهت تقویت خودتنظیمی هیجانی و خودمراقبتی در معلولین جسمی- حرکتی، ارائه مداخلات روانشناختی ضروری می‌باشد که واقعیت درمانی یکی از رویکردهای مؤثر جهت افزایش سلامت فردی و بین فردی معلولین می‌باشد. واقعیت درمانی یکی از جدیدترین رویکردهای مشاوره روان درمانی است که از نیمه‌های دهه ۱۹۶۰ به بعد توسط گلاسر^{۲۰} روانپزشک آمریکایی توسعه پیدا کرد. وی در سال ۱۹۹۸ نظریه جدید خود را ارائه داد و آن را نظریه انتخاب نامید. زیرا به عقیده وی تمام اعمالی که انجام می‌دهیم رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند و انتخاب‌ها با غرایز درونی و نیازهای اساسی هدایت می‌شود (به نقل از مهربخش، ۱۳۸۹). گلاسر (۲۰۰۸؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲) اذعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه، احساسات و اعمالشان، زندگی‌شان را بهتر کنند. بر اساس نظریه او، هرکاری که انسان می‌کند و هر آنچه که فکر و احساس می‌کند از درونش سرچشمه می‌گیرد نه اینکه پاسخی به محیط درونی باشد (پرایس و اندرسون^{۲۱}، ۲۰۰۸). در واقعیت درمانی بر روی مفاهیمی چون نیازهای اساسی، کنترل، مسئولیت‌پذیری، رفتار کلی و انتخاب بحث می‌شود. یکی از مؤلفه‌های این رویکرد، کنترل است که گلاسر آن را به صورت نظریه کنترل مطرح کرد. به عقیده او ما دارای دو نوع روانشناسی کنترل بیرونی و کنترل درونی هستیم. فرض اصلی کنترل بیرونی این است که چنانچه ما احساس ناخرسندی می‌کنیم، خود، مسئول آن نیستیم، بلکه دیگران و حوادث خارج از کنترل ما هستند (گلاسر، ۲۰۰۸؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). گلاسر در خلاصه بندی نظریه کنترل می‌گوید: انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای اصلی‌شان را حفظ نمایند (شارف^{۲۲}، ۲۰۰۶؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۳). در همین راستا وی عنوان می‌کند که هر کسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداریم (گلاسر، ۲۰۰۸؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲).

با توجه به اهمیت سلامت فردی و بین فردی معلولین جسمی حرکتی و لزوم مداخله جهت افزایش توانایی خودتنظیمی و خودمراقبتی و عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع؛ محقق در این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال که آیا آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی شهر مشهد مؤثر است؟

-
- 17 Aggleton
 - 18 Chalmers
 - 19 Sidani
 - 20 Glasser
 - 21 Price & Anderson
 - 22 Sharf

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی و حرکتی مراجعه کننده به آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش مشهد در سال ۱۳۹۷ بود. که

از میان جامعه آماری با استفاده از روش هدفمند و براساس نمرات پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌تست، ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج (عبارتند از: زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی و حرکتی، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، پایین بودن رفتارهای خود مراقبتی و تنظیم هیجانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش) ۳۰ نفر به طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمون و کنترل گزینش شدند که گروه آزمایش، واقعیت درمانی را دریافت کرد و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار دارند.

ابزار پژوهش:

۱. مقیاس رفتارهای خودمراقبتی:

این پرسشنامه با هدف ارزیابی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در سال ۱۹۹۴ توسط تابر و گلاسکو طراحی شده است (اسکاربک، ۲۰۰۶). پرسشنامه مداد و کاغذی بوده و دارای ۳۶ سوال است که بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است و میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی این بیماران را در ۴ حوزه اصلی می‌سنجد: رژیم غذایی، مصرف داروها، ورزش و پایش روزانه قندخون. تابر و گلاسکو در مطالعات متعددی روایی و پایایی پرسشنامه حاضر را به اثبات رسانیده‌اند. برای سنجش ثبات درونی پرسشنامه، مولفان آلفای کرونباخ ۰/۸۵ که نشان دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است را به دست آوردند. در مطالعات اعتبار یابی، همبستگی درونی برای هر یک از سؤالات بالاتر از ۰/۵ و همبستگی ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ برای آیتم‌های مربوط به سؤالات ورزش و همبستگی ۰/۲۰ برای سؤالات مرتبط با رژیم غذایی بدست آمده است (به نقل از اورکی، زارع، شیرازی و حسن زاده، ۱۳۹۱).

۲. پرسشنامه تنظیم هیجانی:

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان شامل ۲۰ سوال بود که پاسخگویی به آنها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از طیف بی نهایت در مورد من درست است تا اصلاً در مورد من درست نیست را شامل می‌شود. پرسشنامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد، از نظر روایی محتوایی در اختیار متخصصان روانشناسی مربوطه قرار گرفت و روایی محتوایی آن تایید شد. پرسشنامه دارای سه مولفه یا خرده مقیاس پنهان کاری، سازش کاری و تحمل است که به ترتیب ۸، ۷ و ۵ سوال دارند. پس از جمع آوری داده ها، برای احراز روایی سازه، از تحلیل عاملی استفاده شد. نتایج اجرای تحلیل عاملی نشان داد که حجم نمونه کافی است و عامل‌ها تفسیر پذیر است ($KMO=0/808$, $\chi^2=1409/076$, $p<0/001$). آزمون نمودار اسکری نیز همین را نشان داد. ۱۷/۸ درصد واریانس توسط عامل اول (سازگاری)، ۱۴/۹۷ درصد واریانس توسط عامل دوم (پنهان کاری) و ۸/۴۳ درصد توسط عامل سوم (تحمل) تبیین می‌شود. البته سؤالات ۱۸ و ۲۰ از مولفه پنهان کاری و سؤالات ۳ و ۱۴ از مولفه تحمل به دلیل بار عاملی ضعیف تر از ۰/۳۰ حذف شدند. پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پنهان کاری، سازش کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ به دست آمد. در مجموع شاخص‌های روایی و پایایی رضایت بخش بود. برای اجرای پژوهش ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین آسایشگاه و ارائه توضیحات به مسئولین و زنان معلول در خصوص نحوه انجام پژوهش، در اسفندماه ۱۳۹۶، در پیش آزمون پرسشنامه خودمراقبتی تابر و گلاسکو (۱۹۹۴) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (هافمن و کاشدان، ۲۰۱۰)، روی نمونه مورد نظر اجرا و آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۵

نفر در فروردین ماه ۱۳۹۷ توسط درمانگر جهت اجرای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای واقعیت درمانی آغاز به کار کرد و گروه کنترل نیز در لیست انتظار بودند. پس از اتمام مداخله مداخله از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی: ساختار جلسات واقعیت درمانی گروهی (RT) براساس برنامه درمانی گلاسر (۱۳۹۳)

جلسه اول:	هدف: آشنایی اعضا نسبت به یکدیگر، قوانین و فرایند گروه. شرح جلسات: معرفی گروه و تعداد جلسات معارفه بین اعضا و درمانگر، تعهد کتبی بر رازداری افراد و با هدف ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا، بیان قواعد گروه، بیان اهداف تکلیف: در مورد ویژگی ها و خصوصیاتشان بنویسند.
جلسه دوم:	هدف: آشنایی اعضا با پنج نیاز اساسی. شرح جلسات: توضیح شباهت‌ها و تفاوت‌های بین انسانها، معرفی نیازهایی انسان که شامل پنج نیاز اساسی عشق و تعلق خاطر، قدرت، آزادی، بقا و تفریح که هر کدام به طور جامع بیان خواهد شد. تکلیف: هر فرد پنج نیاز خود را بنویسید.
جلسه سوم:	هدف: آشنایی اعضا با مسولیت پذیری، ارزشمندی و دوست داشتن شرح جلسات: بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف مسولیت پذیری، تعریف احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد حس تعهد با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی تکلیف: انتخاب ها و کارهایی که نسبت به احساس مسولیت می کنند و رفتارهای ارزشمند خود را یادداشت کنند.
جلسه چهارم:	هدف: آشنایی اعضا با رفتار کلی (چهار مولفه: عمل، فکر، احساس و فیزیولوژیکی). شرح جلسه: بررسی تکلیف جلسه قبل و سوالات و اشکالات احتمالی، آموزش و توضیح رفتار کلی، نحوه کنترل و تغییر رفتارمان با تاکید بر چهار مولفه اصلی آن که شامل عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی است. تکلیف: در طول روز رفتارهای کلی و انتخاب های خود را بنویسند.
جلسه پنجم:	هدف: آشنایی اعضا با مفهوم کنترل بیرونی و درونی شرح جلسات: بیان این سوال که به نظر اعضا رفتارشان تحت تاثیر کنترل بیرونی است یا درونی، چگونگی کنترل بر رفتار را توضیح می‌دهیم. تکلیف: یادداشت کردن رفتارهایی که بر آن کنترل بیرونی یا درونی دارند.
جلسه ششم:	هدف: آشنا شدن اعضا با مشکلات، شیوه حل مسائل، مسولیت پذیری و آنچه را انتخاب می کنند. شرح جلسات: چگونگی رویارویی با مشکلات، مهارت لازم برای مسولیت پذیری، درمانگر بیان می‌کند در هنگام مواجهه با مشکل اعضا چه واکنشی را ابراز می‌کنند، مشخص کردن مشکلی که با آن روبرو هستید، بیان احساس و اینکه دوست دارید چه اتفاقی رخ می‌دهد، بیان راه حل های موجود و پیامدهای هر راه حل و انتخاب بهترین راه حل. تکلیف: یادداشت مشکل اخیرشان و شیوه حل مسله و بررسی انتخاب های موجود
جلسه هفتم:	هدف: آشنایی اعضا با دنیای کیفی و قضاوت ارزشی نسبت به رفتار هایشان. شرح جلسات: آگاهی از توانمندی‌ها، واقع بینی در مورد جهان اطراف، آموزش مفهوم دنیای کیفی، قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی خود. تکلیف: نوشتن دنیای کیفی و قضاوت های ارزشی شان.
جلسه هشتم:	هدف: جمع بندی و اجرای پس آزمون شرح جلسات: از اعضا خواسته می شود تا نظرات خود را نسبت به گروه بیان نموده و اینکه آیا در این گروه به هدف خود رسیده اند و در پایان از اعضا آزمون‌های مورد نظرا به عنوان پس آزمون گرفته می‌شود.

روش‌های آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها:

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نرم افزار مورد استفاده در این بخش نیز اس.پی.اس.اس ۲۲ است. با استفاده از جدول‌های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی انجام شد. نتایج به دست آمده تحلیل توصیفی در جدول‌های (۲) میانگین نمره خودمراقبتی و خودتنظیمی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس از آزمون خودمراقبتی و خودتنظیمی

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس از آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	خودمراقبتی	۱۵	۳۰/۲۲	۲/۲۳	۴۸/۱۷	۱/۳۳
گواه	خودمراقبتی	۱۵	۲۸/۸۴	۲/۱۹	۲۹/۳۵	۲/۲۹
آزمایش	خودتنظیمی	۱۵	۴۲/۴۱	۴/۲۴	۶۹/۸۷	۳/۲۷
گواه	خودتنظیمی	۱۵	۴۰/۱۶	۴/۲۸	۴۱/۰۹	۴/۱۲

برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس انجام شد و برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی پیش فرض‌ها لازم است، نتایج جدول ۳ کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است، بر اساس یافته‌های جدول ۴ ملاحظه می‌شود، آزمون ام باکس معنادار نبوده است (مقدار P بیشتر از ۰/۰۵ می باشد) بنابراین همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. بر اساس یافته‌های جدول ۵ ملاحظه می‌شود (مقدار P بیشتر از ۰/۰۵ می باشد) بنابراین همگنی واریانسها تأیید می‌شود. نتایج درج شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی رگرسیون در اثر تعاملی گروه و نمره پیش آزمون محقق شده است، بنابراین در این پژوهش پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۳: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S)

متغیرها	P		Z	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خودمراقبتی	۰/۳۲	۰/۰۵۶	۰/۲۷	۰/۰۵۳
خودتنظیمی	۰/۵۱	۰/۱۲۴	۰/۳۳	۰/۰۶۳

جدول ۴: آزمون ام باکس (BOXES M)

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۳	۳	۳۱۱/۸۷	۰/۳۲۵

جدول ۵: آزمون همگنی واریانسها

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
خودمراقبتی	۱/۳	۱	۲۸	۰/۱۴
خودتنظیمی	۲/۹	۱	۲۸	۰/۰۹

جدول ۶: نتایج آزمون همگنی رگرسیون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودمراقبتی	گروه × پیش آزمون	۱۹/۳۸	۱	۱۹/۳۸	۰/۶۲	۰/۴۴
خودتنظیمی	گروه × پیش آزمون	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۰۹	۰/۸۷

فرضیه اصلی: آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است.

جدول ۷: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

نوع آزمون	مقدار	df فرضی	df خطا	F	P
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۱	۳	۲۷	۶۸/۱۳۳	۰/۰۰۰

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز^۴، ($F = 68/133, p < 0/0005$) موبد این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای خودمراقبتی و خودتنظیمی ایجاد شده است. از این رو هر یک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی

منبع اثر	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۰/۲۵۵	۰/۳۳۱	۰/۰۱۹	۰/۰۴۵
گروه	۱	۱۶۱/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۶	۰/۶۷۵
خطا	۲۸				
کل	۳۰				

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون خودمراقبتی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش واقعیت درمانی در خودمراقبتی زنانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($F = 161/24, P = 0/0001$). بنابراین آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودتنظیمی

منبع اثر	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب اثر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۰/۳۲۴	۰/۵۱۷	۰/۰۱۶	۰/۰۳۴
گروه	۱	۵۴/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۷	۰/۶۵۵
خطا	۲۸				
کل	۳۰				

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون خودتنظیمی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات، آموزش واقعیت درمانی بر خودتنظیمی افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($F= ۵۴/۰۲$ ، $P= ۰/۰۰۰۱$). بنابراین آموزش واقعیت درمانی بر خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری:

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره ی لامبدای ویلکز ($F = ۶۸/۱۳۳$ ، $p < ۰/۰۰۰۵$) موید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای خودمراقبتی و خودتنظیمی ایجاد شده است. از این رو هر یک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. این یافته نشان می‌دهد که آموزش واقعیت درمانی به طور معناداری باعث بهبود خودمراقبتی و خودتنظیمی در زنان معلول جسمی و حرکتی شده است، به عبارتی خودمراقبتی و خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی شرکت کننده در گروه آزمایش بطور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. در ادامه به تبیین یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود. این یافته با دیگر پژوهش‌ها پژوهش میلیرا و ساوت (۲۰۱۷)، نیکوزاده (۱۳۹۶)، بهشتی و حاج حسینی (۱۳۹۶)، فانینگ، هوست و تایر (۲۰۱۶)، صبوری (۱۳۹۵) همسو بوده است. با توجه به رویکرد واقعیت درمانی، که تاکید اصلی بر روی پذیرش واقعیت و مسولیت است، بنابراین افراد مسولیت انتخاب‌های خود را به عهده گرفته و لذا رفتارهایی را انجام خواهند داد که کمترین آسیب را به همراه داشته باشد، یعنی افراد معلول اگر واقعیت معلولیت خود را با تمام وجود بپذیرند و تلاش کنند که به بهترین نحو نیازهای اساسی خود را از جمله بقا که تاکیدش بر صیانت است را ارضا کنند و همچنین در جهت ارضای نیازهای دیگر خود تلاش کنند؛ در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی و تنظیم هیجاناتی در آنها افزایش می‌یابد. چون طبق این رویکرد هر کسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداریم و روی بخش هایی از زندگی خودمان که می‌توانیم تسلط داشته باشیم، تلاش کنیم. یعنی نوع هیجان‌ات مثبت و منفی خود نیز کنترل داشته باشیم. به عبارتی افسردگی و غم را می‌خواهیم به دلیل شرایط زندگی مان انتخاب کنیم یا برعکس شادی و حل کردن مسائل و مشکلاتمان. پس هر انتخاب پیامدهای خود را به دنبال خواهد داشت. پس اگر شرایط زندگی مان را بپذیریم در نتیجه می‌توانیم بر روی هیجان‌ات منفی مان کنترل داشته و در مقابل بیشتر مراقب سلامتی مان باشیم و در نهایت این افراد می‌توانند خود مراقبتی و خود تنظیمی خود را افزایش دهند.

نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون خودمراقبتی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش واقعیت درمانی در خودمراقبتی زنانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($F= ۱۶۱/۲۴$ ، $P= ۰/۰۰۰۱$). بنابراین آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است. این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همخوانی داشته است مانند پژوهش نیکوزاده (۱۳۹۶) درباره اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب مرگ و خودمراقبتی در بیماران ام اس نشان داد که واقعیت درمانی گروهی بطور مثبت و معناداری منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش خودمراقبتی در بیماران ام اس می‌شود. پژوهش میلیرا و ساوت (۲۰۱۷) درباره بررسی اثربخشی برنامه واقعیت درمانی گروهی بر سازگاری با بیماری و مراقبت از خود در بیماران دیالیزی نشان داد که واقعیت درمانی گروهی بطور مثبت و معناداری منجر به افزایش سازگاری با بیماری و افزایش رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیالیزی می‌شود. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (تولجامو و هنتینن، ۲۰۰۶). خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است. خودمراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیت‌شان انجام می‌شود و شامل مراقبتی که به فرزندان، خانواده دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی گسترش می‌یابد نیز می‌باشد. خودمراقبتی شامل اعمالی است آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود،

فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیت‌شان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند (سیدانی، ۲۰۱۳). از طرفی انسان‌ها نه تنها همیشه در حال رفتار کردن هستند، بلکه همیشه سعی می‌کنند به نحوی رفتار کنند که بیشترین و مؤثرترین کنترل را بر زندگی خود داشته باشند. کنترل موثر در نظریه انتخاب به این معناست که بتوانیم طوری عمل کنیم که عکس‌های درون دنیای کیفی را به شکل معقولی ارضا کنیم. از نظر گلسر، رفتار همان چیزی است که در مورد نحوه عمل- تفکر و احساس می‌دانیم به نظر وی، نظام رفتاری از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول، شامل رفتارهای سازمان یافته‌ای است که برای ما آشنا هستند. بخش دوم، شامل رفتارهایی است که پیوسته سازمان دهی مجدد می‌شوند. این بخش جزء خلاق رفتار است. با ظهور تصاویر و ادارک‌های جدید، لزوم سازمان دهی مجدد رفتارها، پیش می‌آید (گلسر، ۱۳۹۱). گلسر (۱۳۸۷) در تبیین رفتار انسان، به مدل ترموستات متوسل می‌شود. ترموستات منزل، خصوصیات و شرایط فیزیکی حرارت منزل را ادراک یا حس می‌کند. وقتی دما به حد معینی می‌رسد، ترموستات به دستگاه گرمازا دستور می‌دهد خاموش شود. به این ترتیب ترموستات، درجه حرارت خانه را کنترل می‌کند. به اعتقاد گلسر انسان‌ها نیز تا حدودی شبیه ترموستات عمل می‌کنند. آنها همچون ترموستات، دنیای بیرن خود را حس می‌کنند. ادارک‌ها را در مغز پردازش و نحوه پاسخدهی را انتخاب می‌کنند. این عمل در ایستگاه‌های مقایسه صورت می‌گیرد. سپس مغز به این جریان و رفتار، سازماندهی مجددی می‌دهد و افکار، کنش‌ها و احساسات را پدید می‌آورد. بنابراین با توجه به واقعیت درمانی، افراد مسئولیت انتخاب‌های خود را به عهده گرفته و لذا رفتارهایی را انجام خواهند داد که کمترین آسیب را به همراه داشته باشد، در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی در آنها افزایش می‌یابد.

نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون خودتنظیمی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات، آموزش واقعیت درمانی بر خودتنظیمی افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($F= 54/02, P= 0/0001$). بنابراین آموزش واقعیت درمانی بر خودتنظیمی زنان معلول جسمی و حرکتی مؤثر است. این یافته با دیگر پژوهش‌ها همسو بوده است برای مثال پژوهش بهشتی و حاج حسینی (۱۳۹۶) درباره اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر خودتنظیمی رفتار در دانش‌آموزان اول دبیرستان نشان داد که مشاوره گروهی واقعیت درمانی بطور مثبت و معناداری منجر به افزایش خودتنظیمی رفتار در دانش‌آموزان اول دبیرستان می‌شود. پژوهش فانینگ، هوست و تایر (۲۰۱۶) درباره اثربخشی واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی زنان سرپرست خانواده نشان داد که واقعیت درمانی بطور معناداری منجر به افزایش توانایی تحمل پریشانی و افزایش تنظیم هیجانی در زنان سرپرست خانواده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. پژوهش صبوری (۱۳۹۵) نشان داد که یکی از مشکلات معلولین جسمی حرکتی، پایین بودن توانایی خودتنظیمی هیجانی می‌باشد. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد (فوسکا، ۲۰۱۰). بر طبق مدل تنظیم هیجان گروس (۲۰۱۰)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. تنظیم هیجان (گراتز و گاندرسون، ۲۰۰۸) شامل کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. تنظیم هیجان یک فرایند محوری برای همه جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا مقابله و شادی را تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند (فوسکا، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان سازگارانه با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنیدگی زا می‌شود و حتی رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۱۰). از طرفی به کمک مداخلات روانشناختی از جمله واقعیت‌درمانی، افراد می‌توانند تا حد زیادی خودتنظیمی خود را افزایش دهند. یکی از مؤلفه‌های این رویکرد، کنترل است که گلاسر آن را به صورت نظریه کنترل مطرح کرد. به عقیده او ما دارای دو نوع روانشناسی کنترل بیرونی و کنترل درونی هستیم. فرض

اصلی کنترل بیرونی این است که چنانچه ما احساس ناخرسندی می‌کنیم، خود، مسئول آن نیستیم، بلکه دیگران و حوادث خارج از کنترل ما هستند (گلاسر، ۲۰۰۸؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). گلاسر در خلاصه بندی نظریه کنترل می‌گوید: انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای اصلی‌شان را حفظ نمایند (شارف، ۲۰۰۶؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۱). در همین راستا وی عنوان می‌کند که هر کسی فقط می‌تواند خود را تغییر دهد نه کس دیگری را. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداریم (گلاسر، ۲۰۰۸؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). لذا افراد به کمک این تکنیک‌ها می‌توانند هیجانات و رفتارهای خود را مدیریت و کنترل نموده و خودتنظیمی آنها افزایش می‌یابد.

نمونه تحقیق حاضر منحصر به زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله معلول جسمی و حرکتی مراجعه کننده به آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش مشهد و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است، لذا در تعمیم نتایج با احتیاط کرد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود نتیجه این پژوهش مورد پیگیری‌های شش ماهه و یکساله قرار بگیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی واقعیت درمانی بر روی متغیرهای وابسته دیگر بر روی زنان جسمس حرکتی انجام شود. نتایج این پژوهش برای سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، کلینیک‌ها و مراکز مشاوره کاربرد دارد.

منابع:

- بهشتی، محمدرضا و حاج حسینی، منصوره. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت درمانی بر خودتنظیمی رفتار در دانش آموزان اول دبیرستان. نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی).
- سیرجانی، علی. (۱۳۹۴). رابطه سخت رویی و خودمراقبتی با سلامت روان و پیروی از دستوران پزشک در معلولین جسمی - حرکتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه کردستان.
- شارف، ر.اس. (۲۰۰۶). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه فیروزبخت، مهرداد. (۱۳۹۱). تهران: رسا.
- شریفان ثانی، محمد؛ سجادی، حسن و طلوعی، فریده. (۱۳۸۵). دختران و زنان دچار معلولیت جسمی - حرکتی. نیازها و مشکلات توانبخشی. دوره هفتم، شماره ۲. ۴۸-۴۱.
- صبوری، سعید. (۱۳۹۵). مقایسه خودتنظیمی هیجانی، تاب‌آوری و خوش بینی در معلولین جسمی حرکتی و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان.
- قاسم‌پور، علی؛ ایل‌بیگی، رضا؛ و حسن‌زاده، شیمیا. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه گیلان، ۷۲۴-۷۲۲.
- گلاسر، ویلیام. (۲۰۰۶). تئوری انتخاب. ترجمه: صاحبی، علی. (۱۳۹۲). تهران: سایه سخن.
- گلاسر، ویلیام. (۲۰۰۸). نظریه انتخاب: روانشناسی نوین آزادی فردی. ترجمه: فیروزبخت، مهرداد. (۱۳۹۳). تهران: رسا. گنجی، حمزه. (۱۳۹۳). نظریه‌های شخصیت. تهران: ساوالان.
- مروتی، محمدعلی؛ مؤمنی، زینب؛ اسلامی، محمدحسن؛ دهقانی، عارفه؛ و حکیم زاده، علی. (۱۳۹۵). بررسی عوامل مرتبط با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد، ۱۵ (۲)، ۸۲-۹۳.
- مهربخش، عذرا. (۱۳۸۹). اثربخشی مشاوره گروهی بر مبنای نظریه انتخاب گلاسر بر میزان سازگاری دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- نیکوزاده، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب مرگ و خودمراقبتی در بیماران ام اس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.

Aggleton, P., & Chalmers, H. (2012). *Nursing models and the nursing process*. Houndmills: Macmillan Education.

- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., & Caspar, F. (2009). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *J Couns Psychol*; (55): 485-494
- Brown, R. L., & Turner, R. J. (2010). Physical Disability and Depression. *J Aging Health*. 22 (7): 977- 1000.
- Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., McPherson, K. M., Green, A., Kullmann., Hamill Sarah, K. (2011). Resilience and self-efficacy:the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colateuniversity Journal of the Sciences*. 115-146.
- Ching-Hsing, H., & Meei-Ling, G. (2006). The development and psychometric testing of a self-care scale for dysmenorrhic adolescents. *J Nurs Res*; 12(2), 119-30.
- D'Hooghe, T. M. (2014). *Endometriosis*. In: *Berek JS, Berek DL. Berek & Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 506-56.
- Faning, R. C., Host, L. & Tayer, S. (2016). The effectiveness of therapeutic reality on tolerance of distress and emotion regulation of female heads of families. *Personality and individual differences*, 40: 665-676.
- Fosca, G. M. (2010). Beyond the Parent-child Dyad: Testing Family Systems Influences on Children,s Emotion Regulation. *Doctoral Dissertation of Philosophy*, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2010). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18- item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*; (41): 1045-1053.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G., (2008). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*; (37): 25-35.
- Gross, J. J. (2010). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Milliera, J. & Sawet, T. (2017). The effectiveness of group reality therapy program on patient adjustment and self-care in dialysis patients. *Social Science & Medicine*. 66: 2410-2412.
- Price, M., & Anderson, P. (2008). The role of presence in reality therapy. *Goorgia state university*. Department of psychology.
- Sidani, S. (2013). *Self-care in D.M. Nursing- Sensitive Outcomes*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett.
- Spencer, T. (2007). The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The Exceptional parent. *Eur J Dev Psychol*. 37. (5): 78-8.
- Tolijamo M & Hentinen M (2006). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*; 10, 618-27.

The Effect of Reality Therapy Training on self-care and self-regulation of physically and mentally handicapped women

Azam khoshandam¹ and Zahra Gholami Heidarabadi^{2*}

1 Master's Degree in Consultation and Advice, Islamic Azad University, Electronics Department, Tehran, Iran Azam_khoshandam@yahoo.com

2. Corresponding author: Assistant Professor of Psychology and Consultation, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Faculty of Humanities, Tehran, Iran zahra6100@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy training on self-care and self-regulation of women with physical and mental disabilities. The statistical population of this study included all women aged 20 to 35 years old with physical and motor disabilities referring to Shahid Fayyaz Bakhsh Mashhad disabled hospital in 1397. Among the statistical population, using the targeted method and based on the scores of Self-care behaviors questionnaires (Tobert and Glasgow, 1994) and Emotional Self-Regulatory Questionnaire (Hoffman & Kashdan, 2010) in pretest, 30 people who had entry and exit criteria formed the statistical sample. The 30 subjects were randomly assigned into two groups of 15 subjects who were tested and controlled, and the experimental group received the reality of the treatment and the control group on the waiting list. For analysis of data, covariance analysis and SPSS 21 software were used. The results of the study showed that the reality therapy was effective on the self-care and self-regulation of women with physical and motor disabilities, that is, self-care and self-regulation of women with physical and motor disabilities participating in the experimental group was significantly higher than the control group.

Key Words: reality therapy training, self-care, self-regulation, women with physical and mental disabilities.