



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثر بخشی واقعیت‌درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی، تحمل‌پریشانی،
خودآسیبی و اضطراب مرگ زنان نخست‌زا
محمد رضا خدابخش^۱ و محبوبه افشار^۲

۲۹

دوره ۸، شماره ۲، پیاپی ۲۹
تابستان ۱۴۰۴

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۱۰/۲۰
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۱۱/۲۷
صص: ۲۷-۵۱

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶



Q4

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی واقعیت‌درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی، تحمل‌پریشانی، خودآسیبی و اضطراب مرگ زنان نخست‌زا انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل زنان نخست‌زا در مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی سلامت مادران ایرانی شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ که دارای پرونده پزشکی بودند ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از همتاسازی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارش شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روش واقعیت‌درمانی گلاسر (۲۰۰۰) قرار گرفتند. گروه گواه آموزشی دریافت نکرد اما در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی، تحمل‌پریشانی، خودآسیبی و اضطراب مرگ انجام شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. آموزش معناداری باعث کاهش نمرات تحمل‌پریشانی و اضطراب مرگ و خودآسیبی و افزایش خودمراقبتی در گروه آزمایش شد ($p < 0/01$). پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های دارویی، آموزش واقعیت‌درمانی بر روی زنان نخست‌زا صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، رفتارهای خودمراقبتی، تحمل‌پریشانی، خودآسیبی، اضطراب مرگ.

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. khodabakhsh@ut.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

mahbobehafshar08@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

بارداری ۱ و زایمان، به عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح است. با این حال اگرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان به حساب می آید ولی در عین حال تجربه ای پراضطراب تلقی می شود که با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه است (رضایی، توکلی و جنابان، ۲۰۲۰). پایین بودن سطح آگاهی مادران جامعه از دستورات عملی ها و مراقبت های ویژه دوران بارداری از یک طرف و ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد از طرف دیگر باعث شده تا در پاره ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی ها و پیامدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد که حتی می تواند مادران را تا سال ها بعد از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان گیر و مبتلا سازد (فرگت، اکبری و خانزاده، ۱۴۰۰). حاملگی به دو نوع تقسیم می شود: نوع اول بارداری خواسته، برنامه ریزی شده و کم اضطراب می باشد که حاملگی توصیه شده توسط متخصصین است (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۲). نوع دوم حاملگی ناخواسته، بدون برنامه ریزی و پراضطراب که تأکید فراوانی بر اجتناب از آن شده است (جنگی، لطیفی و سلطانی زاده، ۱۴۰۱).

در حاملگی خواسته هم زن و هم مرد، پس از باروری احساس قدرت و توانایی بسیاری می کنند. ولی هر چه به زمان تولد بچه نزدیک تر می شود احساسات متضاد راجع به این که چطور تولد بچه زندگی آن ها را تغییر می دهد ایجاد می شود (لطیفی و مروی، ۲۰۲۰). در صورت بروز اختلال در مادر، رابطه بین مادر و نوزاد که رابطه ای مهم است، خدشه دار شده و در شرایطی که قادر به نگهداری نوزاد خود نباشد و یا به دلیلی توانایی فراهم کردن جو عاطفی مناسب را نداشته باشد، در ارتباطات، واکنش های نامناسب از خود بروز داده و رفتارهای غیرعادی نظیر بی تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار و عدم ارتباط مؤثر با دیگران به همراه انزوای اجتماعی و عاطفی نشان خواهند داد (و و همکاران، ۲، ۲۰۲۱). بر این اساس، یکی از مشکلات روان شناختی که زنان نخست زای با آن روبه رو هستند، استرس ناشی از مرگ می باشد (لطیفی، شفیع و سلطانزاده، ۲۰۲۱). استرس ناشی از مرگ، در حقیقت به ترس

1 Pregnancy

2. Wu

بیش از حد نسبت به مرگ اشاره دارد. استرس در مورد مرگ یک بخش کاملاً طبیعی از شرایط انسان است، اما در برخی افراد فکر کردن در مورد مردن یا فرآیند مرگ، موجب استرس شدید می‌شود (رستمی و فریدونیفر، ۱۴۰۰). افراد در این حالت، نسبت به مرگ استرس بسیار شدید و غیرقابل وصفی را متحمل شده و ممکن است مواردی مانند ترس از جدایی، ترس از دست دادن و ترس از ترک عزیزان را تجربه نمایند (مک دونا، یان و لستر، ۲۰۲۱). در افراطی‌ترین این افراد، حالاتی مانند منع فعالیت‌های روزمره و یا حتی ترک نکردن از خانه رخ خواهد داد. به‌طور کلی ترس آن‌ها از هر چیزی است که می‌تواند به مرگ منجر شود (مورفورد، جردن و جیسر^۲، ۲۰۲۱).

اضطراب^۳ بارزترین علامت در رفتارها و تابلوی بالینی زنان باردار است (صدیقی، رشیدی و تابش، ۱۴۰۰). امروزه مشخص شده موقعیت‌های اضطراب زندگی از جمله تعارضات زناشویی، مشکلات شغلی، نگرانی درباره‌ی دشواری‌های بارداری و رابطه با همسر می‌تواند در تغییرات روانی مادران باردار نقش داشته باشد (رفیعی و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب در دوران بارداری باعث پیامدهایی برای جنین می‌شود از جمله: کم‌وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین و همچنین باعث زایمان‌های سخت و طولانی می‌شود (وجینوس^۴، ۲۰۲۰). اضطراب دوران بارداری بر روی تکامل ذهنی-روانی کودک نیز اثر سوء دارد و موجب اختلالات رفتاری و هیجانی در دوران کودکی می‌شود. قرارگیری در معرض اضطراب به‌ویژه در اوایل بارداری، بر رشد و تکامل مغز جنین اثر نامطلوبی گذاشته و موجب ضعف در توانایی‌های زبانی (کلامی) و هوش عمومی می‌شود (ابوصالحی و همکاران، ۲۰۲۱). بعضی از مطالعات این اثرات را درازمدت و ماندگار توصیف کردند و نیز با ایجاد علائم کم‌توجهی-بیش‌فعالی^۵ به‌ویژه در پسران همراه است. همچنین سطح بالای اضطراب مادر در بارداری خطر داشتن «کودک دشوار» را در شیرخوار افزایش می‌دهد (آجیلی و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع کودکانی که سرشت دشوار دارند معمولاً الگوی خواب و تغذیه آشفته‌ای دارند و نیازمند توجه

1. McDonald, M. A., Yang, Y., & Lancaster

2. Morford, A. E., Jordan, N., & Risser

3 Stress

4. Vujanovic

5. Add&Adhd

و مراقبت بیشتر هستند، گفتنی است انجام فعالیت بدنی مناسب نه‌تنها موجب صدمه به جنین و مادر نمی‌شود، بلکه در میان زنانی که طی دوران بارداری فعالیت‌های بدنی منظم و آرام دارند، طول مرحله فعال زایمان، میزان سزارین، مکونیومی بودن مایع آمنیوتیک و زجر جنینی حین زایمان کمتر دیده می‌شود و روحیه شاداب‌تری دارند و دردهای زایمانی را بهتر و آسان‌تر تحمل کرده‌اند (جوانمردی، شفیع‌آبادی و پوشینه، ۱۴۰۳). از طرف دیگر خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که فرد به‌منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش از زمان تولد تا مرگ انجام می‌دهند (یو و بادی، ۲۰۲۰).

حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان‌بخشی است (بیوک و مروجی، ۱۴۰۳).

خودمراقبتی، جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است (کیارسی، ۱۴۰۱). خودمراقبتی، جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تخصصی بوده، بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (بانزین و برگ، ۲۰۱۵).

خودمراقبتی در بیماران، شامل کنترل و مدیریت علائم، پذیرش رژیم‌درمانی، حفظ سبک زندگی سالم و مدیریت تأثیر بیماری بر عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی می‌باشد (خضری و دمهری، ۱۴۰۲). در واقع یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (خزاییان و فتح‌نژاد، ۱۴۰۱). در حیطه بیماری‌ها، خودمراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم (همچون کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی) احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی، افزایش امید به زندگی بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می‌شود (یو و همکاران، ۲۰۲۱). اهداف نظام خودمراقبتی، تلفیقی از گزینه‌هایی مانند ایجاد انگیزه مناسب، ایجاد دانش سلامت، تقویت حس ارزشمندی، تقویت باور خودکارآمدی، افزایش مهارت استفاده از منابع سلامت بهبود سلامتی و کیفیت زندگی در افراد می‌شود

1. U.L & Buddy
2. Benzein & Berg
3. Wu

(هاشمی و بویا، ۱۳۹۶). یکی از سازه‌ی با اهمیت که برای رویارویی و تطابق با تجربه‌ی این‌چنینی در فرایند زندگی می‌تواند نقش ایفا کند، سازه تحمل پریشانی است (مک‌دونالد و همکاران، ۲۰۲۱). تحمل پریشانی توانایی فرد برای مدیریت پریشانی عاطفی واقعی یا درک شده است (ووجانویچ و زگال، ۲۰۲۰). همچنین مستلزم این است که فرد بتواند از یک حادثه عاطفی عبور کند بدون اینکه آن را بدتر کند. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند معمولاً تحت تأثیر موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند و گاهی اوقات ممکن است به روش‌های ناسالم یا حتی مخرب برای مقابله با این احساسات دشوار روی بیاورند (مک‌دونالد، یانگ و لانکاستر، ۲۰۲۱). همه افراد در طول زندگی استرس‌های مختلفی را تجربه می‌کنند. این استرس‌ها می‌توانند از ناراحتی‌های روزانه گرفته تا رویدادهای مهمی مانند از دست دادن شغل، طلاق یا مرگ یکی از عزیزان متغیر باشند (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۹). چه استرس بزرگ یا کوچک باشد، توانایی فرد برای تحمل پریشانی می‌تواند در نحوه مدیریت موقعیت فرد نقش داشته باشد. یادگیری مهارت‌های تحمل پریشانی می‌تواند تفاوت بسیار مثبتی در توانایی فرد برای مدیریت احساسات دشوار ایجاد کند (سور، ۲۰۲۱). درنهایت اینکه یکی از متغیرهای موردبررسی در این پژوهش و در ارتباط با زنان نسخت‌زا، رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌باشد ناشی از افسردگی بعد از زایمان می‌باشد (صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). رفتارهای آسیب به خود به صورت تخریب یا دگرگونی عمدی بافت‌های بدن که به آسیب به بافت‌ها منجر می‌شود، تعریف شده است. این اصطلاح دربرگیرنده رفتارهای خودزنی و بسیاری از انواع غیرمستقیم آسیب به بدن است و بین نوجوانان تمام فرهنگ‌ها مشاهده می‌شود (گایو، کیو و وانگ، ۲ و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از علل مبادرت به رفتارهای آسیب به خود در زنان نسخت‌زا، قرار گرفتن در معرض تجربیات آسیب‌زا، به‌ویژه بدرفتاری در دوران کودکی است (رحیمی و معینی فر، ۱۴۰۱). به رفتار مراقبان که اثرات زیان‌باری بر رشد و تحول کودک دارد، بدرفتاری یا آزارگری گفته می‌شود. آزارگری‌ها به صورت کلی در چهار دسته جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت طبقه‌بندی می‌شوند. باین‌حال، بین آن‌ها هم‌پوشی وجود دارد (لوپز، ۲۰۲۱).

1. Saur
2. Gao L, Qu J, Wang
3. López

یکی دیگر از رویکردهای دیگری که در پژوهش‌های مختلف و البته در پژوهش حاضر، اثربخشی آن بر فرآیند درمان زنان نسخت‌زا مورد توجه قرار گرفته است، واقعیت‌درمانی می‌باشد.

واقعیت‌درمانی^۱، یکی از جدیدترین تلاش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (درکیتوس^۲، ۲۰۲۰). در این شیوه درمان، مواجهه‌شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق‌مورد تأکید است (گوتز^۳، ۲۰۲۰). در واقعیت‌درمانی، مواجهه‌شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تأکید قرار می‌گیرد. فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است. فرد قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد (کاظمی، ۲۰۲۰).

واقعیت‌درمانی به انسان کمک می‌کند تا بر رفتار و انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشد (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۰). در واقعیت‌درمانی، پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت زیادی دارد. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می‌کند، ناکامی را به خاطر نیل به ارزشمندی متحمل می‌شود، نیازهایش را طوری برآورده می‌سازد که مانع ارضای نیازهای دیگران نگردد، به وعده‌هایش جامه عمل می‌پوشاند و در نتیجه احساس رضایت و ارزشمندی به وی دست می‌دهد (عابدزاده و همکاران، ۱۴۰۰). از ویژگی‌های شخص مسئول آن است که خودمختار یا خودپیرو می‌باشد و تا آن میزان از حمایت روانی و درونی برخوردار شده است که می‌داند از زندگی چه می‌خواهد و برای ارضای نیازهای خود و دستیابی به هدف‌هایش نیز برنامه‌های مسئولانه را تهیه و اجرا می‌کند (باریو گوتیچ^۴، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد اضطراب و باروری یک چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند و اگرچه رابطه بین اضطراب و بارداری هنوز به‌طور دقیق مشخص نیست اما بدون تردید بارداری سبب میزان قابل ملاحظه‌ای اضطراب می‌شود، با توجه

1. Reality therapy
2. Durankuş
3. Goetz
4. Barrio-Forné

به آنچه گفته شد، هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی، تحمل‌پریشانی، خودآسیبی و اضطراب مرگ زنان نخست‌زا می‌باشد.

روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی دو گروهی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری می‌باشد. به عبارتی دیگر، پژوهش حاضر شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل می‌باشد. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به مشاوره و ارائه خدمات مامایی سلامت مادران ایرانی شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بودند. از بین افراد جامعه آماری، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند همراه با غربالگری و بر اساس جدول مورگان، با استفاده از اندازه اثر و توان آزمون، به‌عنوان افراد نمونه انتخاب می‌شود. روش نمونه‌گیری این افراد به صورت هدفمند می‌باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارای حداقل تحصیلات کارشناسی، تمایل به شرکت در پژوهش، دارای سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم شرکت در مداخله روان‌شناختی در طی یک سال گذشته و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، شرکت در مداخلات روان‌شناختی در طول یک سال گذشته بود. در انتها نتایج آماری با نرم‌افزار SPSS با آزمون تحلیل کوواریانس به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد.

ابزار پژوهش

مقیاس آسیب به خود: مقیاس آسیب به خود (سیگالاس و بیسواس، ۱۹۹۸)، پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله /خیر) است که سابقه آسیب‌رساندن به خود را در پاسخ-دهندگان بررسی می‌کند. در این پرسش‌نامه رفتارهایی که عمده‌اً به‌منظور آسیب به خود انجام شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند؛ مانند سوء مصرف دارو، مواد یا الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود و از دست دادن شغلی به صورت عمدی. پرسش‌نامه مذکور به‌منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسش‌نامه با نقطه برش ۵ یا

بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴٪ درصد از پاسخ‌دهندگان که بر اساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی ۲ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۵٪ گزارش شد و روایی محتوای نیز در این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. مقیاس افسردگی بک (بک، مندلسون، موک و ارباف، ۱۹۷۱) ابتدا در سال (۱۹۶۱) از سوی ای تی بک، مندلسون و موک و ارباف معرفی شد. در سال (۱۹۷۱) مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۶ منتشر شد. ۲۱ ماده پرسش‌نامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. ضریب پایایی حاصل از آزمون-بازآزمون در یک زیر گروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (دایسون، محمدخانی و مساح چولایی، ۲۰۰۷). محاسبه روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای هم‌زمان آن با مقیاس ناامیدی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک به ترتیب ۶۸٪ و ۶۰٪ گزارش شده است. همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۲۰۰۳). محمدخانی و دابسون (۲۰۰۷) نیز خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه را در ۳۵۴ نفر از بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبود نسبی بودند، بررسی کردند. در این مطالعه ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه به منظور سنجش شدت علائم افسردگی استفاده شد.

پرسشنامه توان خودمراقبتی^۱ (SCAS): این پرسشنامه توسط جانسون^۲ (۲۰۰۸) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه است که شامل مؤلفه‌های «استفاده از دارو» (سؤال ۱ تا ۶)، «رژیم غذایی» (سؤال ۷ تا ۱۱)، «نظارت بر خود» (سؤال ۱۲ تا ۱۵)، «مراقبت بهداشتی» (سؤال ۱۶ تا ۱۹) و «وضعیت روانی» (سؤال

1. Self-Care Activities Scale (SCAS)
2. Johnson
3. use of drug (medicine)
4. diet
5. self-monitoring
6. health care
7. psychological condition

۲۰ تا ۲۲) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت ۳ درجه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد بدین صورت که برای گزینه هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است سؤالات ۱۲، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس دامنه نمره‌گذاری برای مؤلفه استفاده از دارو (۰-۱۲)، رژیم غذایی (۰-۱۰)، نظارت بر خود (۰-۸)، مراقبت بهداشتی (۰-۸) و وضعیت روانی (۰-۶) می‌باشد. لذا دامنه نمره‌گذاری کلی این پرسشنامه نیز بین ۰ تا ۴۴ می‌باشد. نمره بالاتر در هر مؤلفه و البته نمره کل، به معنی رفتارهای خودمراقبتی بیشتر در فرد می‌باشد. روایی این پرسشنامه در پژوهش جانسون (۲۰۰۸) برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش فورنیاک و همکاران (۲۰۱۲) برابر با ۰/۷۲ و پایایی بازآزمون دو هفته‌ای آن برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش ناصری راد (۱۳۹۰) برابر با ۰/۷۹ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ: پرسشنامه اضطراب مرگ توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۵ ماده است که نگرش و میزان استرس و اضطراب آزمودنی‌ها را نسبت به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است و نمره ۱ می‌گیرد و پاسخ خیر نیز نمره ۰ می‌گیرد. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد. نمره بالاتر در فرد معرف استرس و اضطراب زیاد فرد در مورد مرگ است. بررسی‌های به‌عمل‌آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. روایی این پرسشنامه در پژوهش تمپلر (۱۹۷۰) برابر با ۰/۶۵ و پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۰ به دست آمد. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش پهلوان شریف و همکاران (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس، روایی و اگرایی عامل‌های این مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۸ به دست آمد و همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز برابر با ۰/۸۷ تأیید شد.

مقیاس تحمل پریشانی (DTS): مقیاس تحمل پریشانی (DTS) این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه می باشد که ۴ خرده مقیاس آن شامل عناوین تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تسکین حالت پریشانی مورد سنجش قرار می دهند. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱، ۳ و ۵ اندازه گیری می شود. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه گیری می شود. ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه گیری می شود و تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه گیری می شود. گزینه های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری می شوند، نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می باشد. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند.

پروتکل واقعیت درمانی (WDEP): پروتکل واقعیت درمانی (WDEP) مبتنی بر نظریه ویلیام گلاسر می باشد. این پروتکل دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه آزمایش اجرا می شود. این پروتکل از کتاب مفهوم واقعیت درمانی (ویلیام گلاسر، ۲۰۰۰؛ رحمانیان و رضائیان، ۱۳۹۲) استخراج شده است. جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده شده است:

جدول ۱. پروتکل واقعیت درمانی (WDEP)

| جلسه | هدف | محتوا و فعالیت ها |
|------|--------|--|
| اول | معارفه | آشنایی اعضا با همدیگر، بیان قوانین و اهداف، ایجاد رابطه عاطفی میان |

| جلسه | هدف | محتوا و فعالیت‌ها |
|-------|--|---|
| | | اعضاء و همچنین ایجاد احساس تعلق در اعضاء نسبت به گروه. |
| دوم | آشنایی با نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی | آموزش نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی (بقاء، عشق و تعلق، نیاز به قدرت، آزادی و تفریح)؛ چگونگی تأثیر آن‌ها بر زندگی؛ از اعضاء خواسته می‌شود در طی هفته، نیازهای خود را بررسی کرده و آن‌ها را بر اساس پنج نیاز اساسی اولویت‌بندی کنند. |
| سوم | آموزش اجزاء رفتار (مفهوم رفتار کلی) | آموزش شناسایی اجزاء رفتاری و نحوه عمل اجزاء؛ آموزش تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی و آموزش یکپارچه نمودن اجزاء رفتار برای شکل‌دهی رفتار کلی |
| چهارم | ایجاد روحیه سالم برای برقراری رابطه | بررسی و شناسایی هفت عادت رفتاری مخرب و ناسازگار (انتقاد بی‌مورد، سرزنش، گله کردن، عُر زدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)؛ تأکید بر لزوم ترک این رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین ساختن هفت عامل ارتباطی مؤثر شامل (حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش دادن و گفتگو) |
| پنجم | یادگیری روش‌های خویشنداری و خودکنترلی رفتار | آموزش روش‌های خویشنداری شامل حفظ آرامش در موقعیت‌های خشم و استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند نفس عمیق کشیدن، شمارش روبه‌جلو یا رو به عقب، به‌صورت ایفای نقش، به‌منظور مدیریت اعضاء در موقعیت‌های بحرانی و جلوگیری از آسیب |
| ششم | ایجاد رفتار مسئولانه به‌وسیله ایجاد روحیه همکاری | در این جلسه، اعضاء به گروه‌های کوچک‌تر ۲ الی ۴ نفره تقسیم می‌شوند و با یکدیگر در انجام دادن فعالیت‌هایی همچون نقاشی و طراحی، همکاری می‌کنند. اعضاء با حضور در این فعالیت‌های مشارکتی، احساس تعلق و مسئولیت را هر چه بیشتر می‌آموزند. |
| هفتم | راهبردهای طرح‌ریزی رفتار جدید | در این جلسه دانش آموزان روش‌هایی را می‌آموزند که انتخاب غلط را با انتخاب صحیح جایگزین کنند. همچنین دانش آموزان می‌آموزند با انتخاب رفتارهای مناسب، از بروز رفتارهای غیرمسئولانه جلوگیری کنند. |
| هشتم | نتیجه‌گیری، اتمام جلسات و تعیین تاریخ پس‌آزمون | اعضاء گروه به خودشان نامه می‌نویسند که در طی جلسات آموزش چه تغییراتی داشته‌اند. نامه‌ها برای اعضاء خوانده می‌شود و اعضاء به نامه‌ها بازخورد می‌دهند. خلاصه جلسات، مرور شده و اعضاء گروه با کمک مشاور نتیجه‌گیری می‌کنند. |

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش $32/76 \pm 2/65$ و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها کارشناسی می‌باشد. سایر نتایج به دست آمده از متغیرها در جداول زیر گزارش شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی، خود آسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه کنترل | | گروه واقعیت درمانی | | مراحل | مقیاس |
|------------------|---------|--------------------|---------|-----------|--------------|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | | |
| ۱/۳۷ | ۱۳/۹۰ | ۱/۲۰ | ۱۰/۹۰ | پیش‌آزمون | تحمل پریشانی |
| ۱/۲۷ | ۱۲/۹۵ | ۲/۶۳ | ۱۷/۵۵ | پس‌آزمون | |
| ۱/۷۲ | ۱۱/۸۹ | ۲/۳۹ | ۱۷/۴۰ | پیگیری | |
| ۱/۹۲ | ۱۱/۳۰ | ۱/۰۵ | ۱۷/۲۰ | پیش‌آزمون | خودآسیبی |
| ۱/۱۹ | ۱۲/۲۵ | ۲/۲۵ | ۱۱/۵۵ | پس‌آزمون | |
| ۱/۹۳ | ۱۱/۳۲ | ۲/۲۲ | ۱۳/۶۵ | پیگیری | |
| ۰/۸۹ | ۱۰/۸۰ | ۱/۸۵ | ۱۰/۹۰ | پیش‌آزمون | خودمراقبتی |
| ۰/۹۴ | ۱۱/۷۵ | ۱/۵۸ | ۱۸/۵ | پس‌آزمون | |
| ۱/۴۳ | ۱۲/۸۰ | ۲/۱۳ | ۱۷/۶۰ | پیگیری | |
| ۱/۲۵ | ۱۶/۲۵ | ۲/۵۸ | ۱۷/۴۰ | پیش‌آزمون | اضطراب مرگ |
| ۱/۱۷ | ۱۶/۳۰ | ۲/۱۳ | ۱۳/۹۰ | پس‌آزمون | |
| ۱/۷۴ | ۱۷/۳۲ | ۱/۱۴ | ۱۳/۷۰ | پیگیری | |

یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل مقیاس تحمل پریشانی خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر | مرحله | گروه | آماره Sh-Wk | p |
|--------------|-----------|---------------|-------------|-------|
| تحمل پریشانی | پیش‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۴۶ | ۰/۵۸۵ |
| | | گواه | ۰/۹۳۲ | ۰/۴۰۲ |
| | پس‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۵۱ | ۰/۶۵۱ |
| | | گواه | ۰/۹۶۵ | ۰/۸۵۷ |
| | پیگیری | واقعیت درمانی | ۰/۸۹۴ | ۰/۱۳۳ |
| | | گواه | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۶۷ |
| خودآسبی | پیش‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۸۷۰ | ۰/۰۶۵ |
| | | گواه | ۰/۹۲۱ | ۰/۲۹۴ |
| | پس‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۶۵ | ۰/۸۵۸ |
| | | گواه | ۰/۸۸۸ | ۰/۱۱۲ |
| | پیگیری | واقعیت درمانی | ۰/۹۸۶ | ۰/۹۹۷ |
| | | گواه | ۰/۹۱۵ | ۰/۲۴۹ |
| خودمراقبتی | پیش‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۵۳ | ۰/۶۷۸ |
| | | گواه | ۰/۹۴۷ | ۰/۵۹۵ |
| | پس‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۲۱ | ۰/۲۹۸ |
| | | گواه | ۰/۹۵۱ | ۰/۶۵۷ |
| | پیگیری | واقعیت درمانی | ۰/۹۱۱ | ۰/۲۱۹ |
| | | گواه | ۰/۸۹۶ | ۰/۱۳۹ |
| اضطراب مرگ | پیش‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۰۶ | ۰/۱۸۰ |
| | | گواه | ۰/۸۶۵ | ۰/۰۵۵ |
| | پس‌آزمون | واقعیت درمانی | ۰/۹۰۳ | ۰/۱۷۳ |
| | | گواه | ۰/۸۶۷ | ۰/۰۵۸ |
| | پیگیری | واقعیت درمانی | ۰/۹۰۹ | ۰/۲۰۸ |
| | | گواه | ۰/۹۲۹ | ۰/۳۷۰ |

جدول ۳ نشان داد که مقادیرهای P در آزمون شاپیرو-ویلک از ۰/۰۵ بزرگ تر است. با توجه به نتایج توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال و مفروضه‌ی دوم تحلیل واریانس رعایت شده است.

جدول ۴. شاخص‌های آزمون لوین در بررسی متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون

| پیگیری | | پس آزمون | | پیش آزمون | | |
|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------------|
| معنی داری | F | معنی داری | F | معنی داری | F | |
| ۰/۱۲۳ | ۲/۵۳۵ | ۰/۲۴۹ | ۱/۳۸۸ | ۰/۶۷ | ۰/۱۸۶ | تحمل پریشانی |
| ۰/۶۶۷ | ۰/۱۸۹ | ۰/۳۴۶ | ۰/۹۱۹ | ۰/۴۲۱ | ۰/۶۶۶ | خودآسیبی |
| ۰/۰۳ | ۵/۲۳۶ | ۰/۱۱۵ | ۲/۶۴۴ | ۰/۱۵ | ۲/۱۹۵ | خودمراقبتی |
| ۰/۱۰۳ | ۰/۵۳۲ | ۰/۲۱۹ | ۰/۳۸۹ | ۰/۲۳۱ | ۰/۱۱۶ | اضطراب مرگ |

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در هر دو مرحله پژوهش تأیید شده است (سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ است). فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات گروه‌ها در تمام متغیرها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد نمی‌شود؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ($P > 0/05$).

برای بررسی اثربخشی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش فرض‌های اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماچلی است. این آزمون به بررسی تشابه روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل برای بررسی یکسانی کواریانس‌ها در اندازه‌گیری مکرر می‌پردازند. نتایج این آزمون در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵- آزمون ماچلی برای بررسی یکسانی کواریانس

| مقیاس | ماچلی | خی اسکای | درجه آزادی | سطح معناداری |
|--------------|-------|----------|------------|--------------|
| تحمل پریشانی | ۰/۸۹ | ۶/۲۳ | ۲ | ۰/۰۵ |
| خودآسیبی | ۰/۹۷ | ۱/۲۱ | ۲ | ۰/۵۴ |
| خودمراقبتی | ۰/۹۱ | ۴/۸۴ | ۲ | ۰/۰۸ |
| اضطراب مرگ | ۰/۵۴ | ۵/۴۵ | ۲ | ۰/۰۵ |

با توجه به معنادار نبودن کرویت ماچلی فرض یکسانی کورایانس‌ها برای این بعد تأیید شد ($P > 0/05$). مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۵ آورده شده است. مقادیر بین ۰ تا ۱ را شامل می‌شود که مقادیر نزدیک به ۰ نشان تفاوت معنادار بین میانگین گروه‌ها است.

جدول ۶. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌ها

| منبع | مقدار | F | درجه آزادی | سطح معناداری | Eta | توان آماری |
|------------|-------|--------|------------|--------------|------|------------|
| بین گروهی | ۰/۰۴ | ۶۷/۶۶ | ۶ | ۰/۰۱ | ۰/۷۸ | ۱/۰۰ |
| درون گروهی | ۰/۰۲ | ۴۹۰/۸۴ | ۶ | ۰/۰۱ | ۰/۹۸ | ۱/۰۰ |
| اثر تعاملی | ۰/۰۳ | ۳۹/۰۷ | ۱۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰ |

با توجه به جدول ۶ و مقادیر ۰/۰۴، ۰/۰۲ و ۰/۰۳ به ترتیب برای اثرات بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی، نشان داد که رویکردهای مداخله‌ای حداقل بر یکی از مؤلفه‌ها اثربخش است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای تأثیر اثربخشی واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی، خود آسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با سه اندازه‌گیری

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بررسی

| توان آماری | اتا | سطح معناداری | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | منبع | مقیاس | |
|------------|------|--------------|--------|-----------------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|
| | | | | | | | | درون گروهی | بین گروهی |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۰ | ۰/۰۱ | ۱۳۷/۷۷ | ۴۸۷/۱۷ | ۲ | ۹۷۴/۳۴ | عامل | تحمل پریشانی | |
| ۱/۰۰ | ۰/۵۵ | ۰/۰۱ | ۳۵/۳۹ | ۱۲۵/۱۳ | ۴ | ۵۰۰/۵۵ | اثر تعاملی | | |
| | | | | ۳/۵۳ | ۱۱۴ | ۴۰۳/۱۰ | خطا | | |
| ۱/۰۰ | ۰/۶۱ | ۰/۰۱ | ۴۴/۹۵ | ۴۲۹/۷۷ | ۲ | ۸۵۹/۵۴ | گروه | بین گروهی | |
| | | | | ۹/۵۶ | ۵۷ | ۵۴۴/۹۰ | خطا | | |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۴ | ۰/۰۱ | ۹۸۱/۸۹ | ۶۷۲/۷۰ | ۲ | ۱۳۴۵/۴۱ | عامل | خودآسیبی | |
| ۱/۰۰ | ۰/۶۵ | ۰/۰۱ | ۵۵/۰۲ | ۱۷۶/۷۶ | ۴ | ۷۰۷/۰۵ | اثر تعاملی | | |

| توان آماری | اتا | سطح معناداری | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | منبع | مقیاس |
|------------|------|--------------|--------|-----------------|------------|---------------|------------|------------|
| | | | | ۳/۲۱ | ۱۱۴ | ۳۶۶/۲۰ | خطا | |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۵ | ۰/۰۱ | ۸۹/۳۱ | ۸۶۲/۴۲ | ۲ | ۱۷۲۴/۸۴ | گروه | بین گروهی |
| | | | | ۹/۶۵ | ۵۷ | ۵۵۰/۴۰ | خطا | |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۴ | ۰/۰۱ | ۹۸۱/۸۹ | ۲۲۴۰/۵۵ | ۲ | ۴۴۸۱/۱۱ | عامل | خودمراقبتی |
| ۱/۰۰ | ۰/۸۹ | ۰/۰۱ | ۲۳۷/۰۹ | ۵۴۱/۰۲ | ۴ | ۱۶۴/۰۸ | اثر تعاملی | |
| | | | | ۲/۲۸ | ۱۱۴ | ۲۶۰/۱۳ | خطا | |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۴ | ۰/۰۱ | ۴۸۳/۰۱ | ۲۵۶۹/۰۳ | ۲ | ۵۱۳۸/۰۷ | گروه | بین گروهی |
| | | | | ۵/۳۱ | ۵۷ | ۳۰۳/۱۶ | خطا | |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۴ | ۰/۰۱ | ۳۲۱/۱۹ | ۳۲۱۶/۲۵ | ۲ | ۳۲۱/۱۲ | عامل | اضطراب مرگ |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۹ | ۰/۰۱ | ۴۳۲/۰۱ | ۳۸۷/۱۲ | ۴ | ۲۳۱/۲۲ | اثر تعاملی | |
| ۱/۰۰ | | | | ۲/۴۸ | ۱۱۴ | ۲۲۰/۴۳ | خطا | |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۴ | ۰/۰۱ | ۴۵۳/۲۱ | ۴۳۲۱/۱۳ | ۲ | ۳۴۲۱/۱۲ | گروه | بین گروهی |
| | | | | ۲۱/۳۱ | ۵۷ | ۴۳۲/۲۶ | خطا | |

با توجه به جدول ۷ و معنادار بودن عامل‌های در درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ در سطح $P < 0/01$ تأیید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش با کنترل برای تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ در سطح $P < 0/01$ وجود دارد. ضریب اتای درون‌گروهی نشان داده است که ۷۰، ۹۴ و ۹۴ درصد از تغییرات درون‌گروهی تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ متأثر از اثرات مداخله‌ای آموزش واقعیت درمانی بوده است. همچنین ۶۱، ۷۵ و ۹۴ و ۷۴ درصد از تغییرات بین‌گروهی تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ ناشی از اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بوده است.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ

| مقیاس | گروه A | گروه B | اختلاف میانگین (A-B) | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|--------------|---------------|--------|----------------------|----------------|--------------|
| تحمل پریشانی | واقعیت درمانی | کنترل | -۴/۷۱ | ۰/۵۶ | ۰/۰۱ |
| خودآسیبی | واقعیت درمانی | کنترل | -۶/۵۷ | ۰/۵۷ | ۰/۰۱ |
| خودمراقبتی | واقعیت درمانی | کنترل | -۱۱/۳۸ | ۰/۴۲ | ۰/۰۱ |
| اضطراب مرگ | واقعیت درمانی | کنترل | -۹/۲۸ | ۰/۴۲ | ۰/۰۱ |

با توجه به جدول ۸ آموزش واقعیت درمانی نیز بر تحمل پریشانی، خودآسیبی، خودمراقبتی و اضطراب مرگ در سطح $P < 0/01$ اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که گفته شد پژوهش حاضر باهدف اثربخشی واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی، تحمل پریشانی، خودآسیبی و اضطراب مرگ زنان نخست‌زا انجام شد. اهمیت دوران بارداری از این نظر چشمگیر است که سلامت و بهتر زیستن مادر به‌طور مستقیم در زندگی فرد دیگری مؤثر است. بااین‌حال، جنین در این زمان نسبت به عوامل مختلف حساس و آسیب‌پذیر است. دوران بحرانی بارداری در بعضی اضطراب طبیعی و در برخی دیگر اضطراب بیمارگونه ایجاد می‌کند. به‌ویژه بیماری افراد با زمینه بروز اختلالات اضطرابی در این دوران ظاهر می‌شود و گاهی علائم موجود شدت می‌یابد. طبق تقسیم‌بندی (DSM5^۱) اختلالات عمده خلق‌وخو، اضطراب و شخصیتی در رأس مشکلات مربوط به زنان باردار است به‌طورکلی زنان باردار از هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه اول پس از زایمان با اضطراب، اختلال در به خواب رفتن، بیدار شدن مکرر کاهش خواب شبانه و خواب مؤثر مواجه می‌شوند که این اشکالات در الگوی خواب یا به علت اضطراب است یا سبب ایجاد اضطراب مرگ می‌شود. اضطراب این دوران با ایجاد تغییرات نورواندوکرینی بر وضعیت سلامت جسمی و روانی زن باردار آثار نامطلوبی پدید می‌آورد. اضطراب بارداری، با علائمی چون افزایش ضربان قلب جنین، تولدهای پیش از موعد، وزن کم بدو تولد، دیسترس جنین^۲، بعضی مشکلات رفتاری خاص دوران نوزاد و ناهنجاری‌های مادرزادی بدو تولد ارتباط

1. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
2. Fetal Distress

دارد. همچنین، سطوح بالای اضطراب دوران بارداری، خطر بروز نشانه‌های افسردگی و اضطراب شدید پس از تولد را افزایش می‌دهد. نوزادان مادران مبتلا به اضطراب شدید دوران بارداری بی-قرارند و بیشتر گریه می‌کنند و در مقایسه با مادران غیرمضطرب تغییرات رفتاری بیشتری نشان می‌دهند (علیپور و همکاران، ۲۰۲۰). فان و همکاران ۱ (۲۰۲۱) نشان داد سطح بالای اضطراب مرگ مادر در اواخر دوران بارداری با امتیازات کمتر تکامل ذهنی در ۲ سالگی همراه است. هامیل^۲ (۲۰۲۰) طی پژوهشی نشان داد اضطراب بعد از زایمان نیز به واسطه اضطراب قبل از زایمان ایجاد می‌شود و این در حالی است که سطوح بالای اضطراب مرگ زنان باردار امکان دریافت درمان‌های ویژه اضطراب و میزان رضایت از آن‌ها را مشکل می‌سازد.

همین‌طور در مطالعه‌ی لارسن و همکاران، درباره‌ی فاکتورهای مؤثر بر روی ترس زنان نخست‌زا، به این نتیجه رسیدند که سطح تحصیلات پایین، فقدان حمایت‌های اجتماعی، خانه‌دار بودن، سن کم مادر و نارضایتی از روابط زناشویی با افزایش ترس زنان از زایمان واژینال به‌طور معنی‌داری مرتبط است. علت این اختلافات با بررسی حاضر می‌تواند یکسان بودن وضعیت اجتماعی اقتصادی جامعه‌ی موردبررسی ما باشد. در مطالعه‌ی حاضر بین سطح اضطراب آشکار و پنهان فرد و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت، یعنی زنانی که اضطراب آشکار و پنهان بالایی دارند، ترس از زایمان بالاتری را تجربه می‌کنند و با توجه به این‌که میانگین نمرات اضطراب آشکار زنان مورد مطالعه، در حد متوسط به بالا است و اضطراب آشکار می‌تواند به‌عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی، بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش‌زای زندگی دارد، باید به حاملگی به‌عنوان وضعیتی تنش‌زا توجه بیشتری شود و با توجه به اثرات نامطلوب این اضطراب روی مادر و جنین برای کاهش و مدیریت این اضطراب، برنامه‌ریزی علمی و دقیقی صورت گیرد. این نتایج مانند یافته‌های محمد پور اصل بوده که شیوع بیشتر سزارین را در مادران با سطح اضطراب مرگ بالاتر گزارش کرد. تحقیقات متعدد نیز نشان داده است که وجود تنش شدید مادر در طی لیبر و زایمان، کاتکول‌آمین‌های مادر را افزایش داده و باعث کاهش فعالیت رحمی و طولانی شدن لیبر می‌گردد که این مسئله یکی از اندیکاسیون‌های سزارین می‌باشد. هم‌چنین با توجه به رابطه‌ی معنی‌دار و منفی بین سطح آگاهی زنان نسبت به

1. Fan
2. Hamel

زایمان و ترس از زایمان، آموزش به زنان باردار در مورد زایمان و روند آن می‌تواند موجب آمادگی روانی آنان جهت مقابله با درد زایمان در زنان نخست‌زا و افزایش تحمل گردد که این امر از طریق روش‌های متعدد آموزش بهداشت از قبیل بحث گروهی و یا فیلم‌های آموزشی می‌تواند میسر گردد. نتایج تحقیق حاضر با مطالعه‌ای که در ترکیه انجام شد، هم‌خوانی دارد. به این معنی که در زنان کشور ترکیه نیز بین آگاهی صحیح زنان از زایمان طبیعی و همکاری آن‌ها با کادر پزشکی در حین زایمان با ترس و نگرانی از مرگ در زایمان طبیعی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هر چه میزان آگاهی زنان نسبت به زایمان طبیعی افزایش می‌یافت ترس آن‌ها از زایمان کاهش می‌یافت و تقاضا برای سزارین کمتر می‌شد و هر چه ترس از زایمان کمتر بود، همکاری زنان در طی زایمان با کادر پزشکی افزایش می‌یافت. این یک نتیجه‌ی منطقی است زیرا ترس از زایمان باعث تحریک سیستم سمپاتیکی مادر شده و عملکرد رحمی او را کاهش داده و باعث طولانی شدن روند زایمانی و عدم همکاری مادر می‌گردد. همین‌طور سایستو و هالمسکی نیز در تحقیقی مشخص نمودند که در کشورهای فنلاند، سوئد و انگلیس ۷ تا ۲۲ درصد از عمل‌های سزارین به دلیل ترس از زایمان است که در زنان نخست‌زا شایع بوده و معمولاً با ترس از درد همراه است (دیزی سیلوا، ۲۰۲۰). مشکلات روان‌شناختی قبلی (سطح اضطراب عمومی بالا، افسردگی، عزت‌نفس پایین) تعداد زیاد فشارهای روانی روزانه و عدم خودمراقبتی با ترس از زایمان همراهی بالایی داشته‌اند. در یک تحقیق بر روی ۲۷۹ زن و همسرانشان مشخص گردید که در زنان با اضطراب زیاد، تنش، آسیب‌پذیری، افسردگی، عزت‌نفس پایین، عدم رضایت زناشویی و فقدان حمایت اجتماعی، اضطراب مرگ مرتبط با حاملگی و ترس از زایمان بیشتر است (دادی و همکاران، ۲۰۲۰). البته در مطالعه‌ی حاضر، آموزش واقعیت‌درمانی توانسته در کاهش اضطراب مرگ و خودآسیبی و پریشانی تأثیر داشته باشد. هم‌چنین نقش کم همسر و روابط زناشویی در حمایت و یا برعکس، ایجاد ترس در زنان مراجعه‌کننده نیز می‌تواند دلیل دیگری برای این مسئله باشد که با بررسی بیشتر و روشن شدن این مطلب، برنامه‌ریزی دقیق‌تر در آموزش به همسران و کمک جستن از آن‌ها به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد به مادر و عامل مهم در کاهش ترس و اضطراب او

1. Da Silva
2. Dadi

را ضروری می‌سازد. سیگلر و همکاران ۱ (۲۰۲۰)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که زنان با فقر اقتصادی و فقدان حمایت اجتماعی ۱/۵۶ برابر نسبت به زنانی که در این زمینه از حمایت کافی برخوردار بودند، دچار ترس از زایمان شدند. عوامل روان‌شناختی مثل علائم افسردگی و اضطراب مرگ نسبت به عواملی مثل سن پایین، استفاده از سیگار و سطح تحصیلی پایین، با ترس از زایمان، همبستگی بیشتری دارد. همچنین مانند مطالعه‌ی حاضر، ارتباط بین سطح اضطراب مادر و ترس از زایمان در مطالعات دیگری در آمریکا و سوئد نیز ثابت شد. به‌طوری‌که الگن و همکاران بیان کردند که ترس از زایمان مادر ممکن است یک راه قابل قبول بروز اضطراب او درباره‌ی فرآیند زایمان وازینال باشد. در پایان می‌توان اختلاف در بعضی از نتایج تحقیق حاضر و سایر مطالعات را به دولتی بودن بیمارستان مورد مطالعه و احتمالاً محدودتر بودن طیف مراجعین به این بیمارستان و همچنین محدود بودن تحقیق روی آزمودنی‌های داوطلب دانست. پیشنهاد می‌شود با بررسی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی بیشتر و طیف گسترده‌تری از زنان باردار از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلاتی بتوان به نتایج دقیق‌تر و ایجاد راهکارهای مناسب‌تر دست یافت.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش شرکت‌کنندگان این اجازه را داشتند در هر زمانی که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همگی آن‌ها در جریان روند پژوهش بودند و از اطلاعاتشان به شکلی محرمانه نگهداری می‌شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

فهرست منابع

- بیوک، رؤیا و مروجی، مهتاب (۱۴۰۳). اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام‌اس. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۷(۲)، ۲۶-۷.
- جنگی جهانتیغ، لاله؛ لطیفی، زهره و سلطانی‌زاده، محمد (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب سالمندان زن مقیم آسایشگاه شهر اصفهان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*. ۱۴۰۱؛ ۱۷(۳): ۳۹۷-۳۸۰.
- جوانمردی، فرحناز؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و پوشنه، کامبیز (۱۴۰۳). پیش‌بینی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک‌شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی. *فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده*. ۱۹(۵۵): ۳۱۰-۲۸۳.
- حیدرپور، سوسن؛ فعلی، روزین؛ یزدانبخش، کامران و حیدرپور، فاطمه (۱۳۹۹). بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب دوران بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*. ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۱۱۷-۱۰۶.
- خزائیان؛ سمیه و فتح نژادکاظمی، آزیتا (۱۴۰۱) استرس درک‌شده و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن در زنان باردار مبتلا به فشارخون بارداری: مطالعه مقطعی طب پیشگیری ۱۴۰۱؛ ۹(۲): ۱۸۱-۱۶۸
- خضری یزدی، لیلا؛ دمهری، فرنگیس (۱۴۰۲) پیش‌بینی نگرانی‌های دوران بارداری براساس کیفیت زناشویی و خودنظم‌جویی شناختی با نقش میانجی امنیت روانی. *طلوع بهداشت*. ۱۴۰۲؛ ۲۲(۶): ۴۳-۳۰
- رحیمی، فرزانه و معینی مهر، مهشید (۱۴۰۱) بررسی انواع روش‌های غیردارویی مؤثر بر کاهش اضطراب در زنان باردار گروه کم‌خطر و پرخطر: مطالعه مروری سیستماتیک. *طب داخلی روز*. ۱۴۰۱؛ ۲۸(۳): ۳۲۹-۳۰۰.
- رستمی، فروزان و فریدونفر، هانیه (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای مهارت‌های ذهن آگاهی در ارتباط بین تحمل پریشانی با تعلل ورزی در بانوان ورزشکار منطقه ۳ تهران. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۱۰(۵) ۵۳-۴۱.

رفیعی، محسن؛ صباحی، پرویز و مکوند حسینی، شاهرخ (۲۰۲۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم سراهای نگهداری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۲ (۷). ۸۷۹-۸۷۰.

صالحی، محدثه؛ صدوری دمیرچی، اسماعیل و اخوی ثمین، زهرا (۱۴۰۳). پیش‌بینی گرایش به روابط فرازنشویی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*. ۷ (۱). ۲۵-۲۳.

صدیقی ارفعی، فریبرز؛ رشیدی، علیرضا و تابش، ریحانه (۱۴۰۰). تحمل پریشانی در سالمندان: نقش اجتناب تجربی، نشخوار فکری و ذهن آگاهی. *روانشناسی پیری*. ۷ (۱). ۱۲-۱۰.

عابدزاده کله‌رودی، معصومه؛ کریمیان، زهرا؛ نصیری، سعیده و خورشیدی فرد، ملیکا سادات (۱۴۰۰). بررسی میزان اضطراب و استرس درک شده زنان باردار نسبت به بیماری کووید-۱۹ و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران* ۲۴ (۵). ۱۸-۸.

فرگت، آزاده؛ اکبری، بهمن و حسین خانزاده، عباسعلی (۱۴۰۰). الگوی ساختاری اثرات افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت با رفتارهای خودزنی در زنان: نقش میانجی مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان و نارضایتی از بدن. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*. ۱۱ (۴۲). ۱۵۵-۱۲۹.

کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا و فخری، محمدکاظم (۱۴۰۲). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*. ۱۴۰۲؛ ۲ (۱): ۱۰-۳.

میرزایی، نگار؛ نوید زاده، فریده؛ دشت بزرگی، زهرا و کیارستمی، مهدیه (۱۴۰۲). بررسی مروری نقش سبک‌های دلبستگی بر اضطراب اجتماعی در بزرگسالان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*. ۶ (۴). ۱۹-۱.

- Abusalehi, A., Vahedian-Shahroodi, M., Esmaily, H., Jafari, A., & Tehrani, H. (2021). Mental health promotion of the elderly in nursing homes: a social-cognitive intervention. *International Journal of Gerontology*, 15 (3), 221-227.
- Ajele, W. K., Oladejo, T. A., Akanni, A. A., & Babalola, O. B. (2021). Spiritual intelligence, mindfulness, emotional dysregulation, depression relationship with mental well-being among persons with diabetes during COVID-19 pandemic. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 20 (2), 1705–1714.
- Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2020; 8 (32):163-75.
- Barrio-Forné N, Gasch-Gallén Á. Companionship as a method to reduce anxiety in pregnant women hospitalized during their third trimester. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2021; 55:e03749. [DOI:10.1590/s1980-220x2020018603749] [PMID]
- Czeisler, M. E., Lane, R.I., Petrosky, E., Wiley, J.F., Christensen, A., Njai & et al. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (32): 1049-1057.
- Da Silva, F. C. T., & Neto, M.L.R. (2020). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 104, 110062.
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, 20 (1): 173.
- Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020: 1-7.

- Ebrahimian A, Bilandi RR, Bilandī MR, Sabzeh Z. Comparison of the effectiveness of virtual reality and chewing mint gum on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22 (1):49. [DOI:10.1186/s12884-021-04359-3] [PMID] [PMCID]
- Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., & Yan, Y. (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 56: 1025-33.
- Gao L, Qu J, Wang AY. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: A cross-sectional study. *J Reprod Infant Psychol*. 2020; 38 (5):497-508. [DOI:10.1080/02646838.2019.1652730] [PMID]
- Goetz M, Schiele C, Müller M, Matthies LM, Deutsch TM, Spano C, et al. Effects of a brief electronic mindfulness-based intervention on relieving prenatal depression and anxiety in hospitalized high-risk pregnant women: Exploratory pilot study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22 (8):e17593. [DOI:10.2196/17593] [PMID] [PMCID]
- Hamel, L., & Salganicoff, A. (2020). *Is There a Widening Gender Gap in Coronavirus Stress?* Kaiser Family Foundation.
- Kazemi Zahrani H, Behnampour N. [The effect of mindfulness-based stress reduction on the somatic, cognitive, behavioral anxiety and quality of sleep of pregnant mothers (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020; 18 (2):227-36. [DOI:10.52547/rbs.18.2.227]
- Latifi Z, Shafie L, Soltanizadeh M. [The effectiveness of self-healing training on job burnout, quality of life, and emotional flexibility in Isfahan's social emergency personnel (Persian)]. *Ebnesina*. 2021; 23 (2):36-47. [DOI:10.22034/23.2.36]
- López-Morales H, del Valle M, Canet-Juric L, Andrés M, Galli J, Poó F, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Research*. 2021; 295:113567. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.113567] [PMID] [PMCID]
- Ltifi Z, Marvi M. (2020). [Healing in the treatment room: A guide for

- psychologists and counselors to apply the healing codes approach to education (Persian)]. Tehran: Payam Noor University; [Link]
- McDonald, M. A., Yang, Y., & Lancaster, C. L. (2021). *The association of distress tolerance and mindful awareness with mental health in first responders*. Psychological Services.
- Morford, A. E., Jordan, N., & Risser, H. J. (2021). *Role of perceived social support in the relationship between parent temperament and distress tolerance*. Family Relations.
- Rezaei Dehnavi S, Tavakkoli G, Montajabian Z. [The effectiveness of positive psychotherapy on pain perception and death anxiety in the elderly (Persian)]. *Aging Psychology*. 2020; 5 (4):321-32. [DOI:10.22126/JAP.2020.4969.1397].
- Saur AM, Dos Santos MA. Risk factors associated with stress symptoms during pregnancy and postpartum: Integrative literature review. *Women Health*. 2021; 61 (7):651-67. [DOI:10.1080/03630242.2021.1954132] [PMID].
- Tijeras, E., González-García, L., & Postigo, S. (2021). *The relationship between social support, basic psychological needs satisfaction and well-being in elderly adults*.
- U.L & Buddy.L.L (2020). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Vujanovic, A. A., & Zegel, M. (2020). Distress tolerance in PTSD. *In Emotion in posttraumatic stress disorder* (pp. 343-376). Academic Press.
- Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American J Obstet and Gynecol*. 2020 Aug 1;223 (2):240.e1-e9. [DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.009].
- Wu YC, Hsu HI, Tung HH, Pan SJ, Lin SW. Psychometric properties of the self-healing assessment scale for community-dwelling older adults. *Healthcare (Basel)*. 2021; 9 (4):484. [DOI:10.3390/healthcare9040484] [PMID]