Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2025, Volume 11, Issue 4 10.22034/IJRN.11.4.4

The Effectiveness of Reality Therapy Based on the Theory of Choice on the Feeling of Loneliness and Psychological Security of Physical-Motor Disabled People

Atefeh Ahmadi [1], Mohammad Hadi Safi[2*], Yaser Rezapour Mirsaleh[3]

1- Master of Family Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
3- Associate Professor, Counseling Department, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Hadi Safi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
Email: m.h.safi@ardakan.ac.ir

Received: 2024/10/1 Accepted: 2025/07/4

Abstract

Introduction: The present study was conducted to determine the effectiveness of reality therapy based on choice theory on the feelings of loneliness and psychological security of people with physical-motor disabilities. The present study employed a semi-experimental pre-test-post-test design with a control group and a one-month follow-up.

Methods: The statistical population of the study consisted of all individuals with physical-motor disabilities in the welfare organization of Sari city. Of those who met the inclusion criteria for the study, 30 people were selected and randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). Initially, a pre-test was administered to both groups, and then the experimental group received eight 90-minute sessions of reality therapy training based on choice theory in a group setting. Finally, a post-test was administered to both groups, and after one month, a follow-up test was administered to ensure the results. Data collection tools included Russell's Loneliness Scale (1996) and Zare and Aminpour's Psychological Security Questionnaire (2011). A repeated-measures analysis of variance and SPSS version 22 software were used to analyze the data.

Results: The results showed that group-based reality therapy training based on choice theory had a significant effect on reducing loneliness (P=0.000) and increasing psychological security (P=0.000) in physically and mentally disabled people, and its effect was maintained until the end of the one-month follow-up period, respectively.

Conclusion: Considering the effect of reality therapy training based on choice theory on reducing loneliness and increasing psychological security in physically and mentally disabled people, it is suggested that psychologists and counselors consider the issue of loneliness and psychological security in disabled people, as reducing loneliness and increasing psychological security in disabled people provides the basis for increasing their participation in society and their enjoyment of human rights and equal opportunities at the community level.

Keywords: Reality Therapy, Loneliness, Psychological Security, Disabled People .

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۱، شماره ۴

10.22034/IJRN.11.4.4

اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر احساس تنهایی و امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی

عاطفه احمدی[۱]، محمدهادی صافی[۲*]، یاسر رضاپور میرصالح[۳]

۱- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

نویسنده مسئول: محمد هادی صافی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
ایمیل: m.h.safi@ardakan.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۴/۱۳

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر احساس تنهایی و امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی صورت گرفت. طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود.

روش کار: جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی بهزیستی شهر ساری بود. که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از آن گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب را به شیوه گروهی دریافت کردند. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از گذشت یک ماه یک آزمون پیگیری جهت اطمینان از نتایج حاصله به عمل آمد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس احساس تنهایی راسل (۱۹۹۶) و پرسش‌نامه امنیت روانی زارع و امین‌پور (۱۳۹۰) بود و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب اثر معناداری بر کاهش احساس تنهایی (P= ۰/۰۰۰) و افزایش امنیت روانی (P= ۰/۰۰۰) معلولین جسمی حرکتی داشت و اثر آن به ترتیب تا پایان دوره پیگیری یک‌ماهه حفظ شد.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به تأثیر آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران مسئله احساس تنهایی و امنیت روانی را در معلولین موردتوجه قرار دهند چرا که کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی در معلولین زمینه افزایش مشارکت آنها در جامعه و بهره‌مندی آنان از حقوق انسانی و فرصت‌های برابر در سطح جامعه را فراهم می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت درمانی، احساس تنهایی، امنیت روانی، معلولین.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

مقدمه

ناتوانی بخشی از انسان بودن است و جزءلاینفک تجربه انسانی است (۱). معلولیت یک پدیده جهانی است که در همه اعصار و در تمام جوامع، وجود داشته و وجود خواهد داشت (۲) به طوری که حدود ۱/۳ میلیارد نفر - یا ۱۶ درصد از جمعیت کل جهان - امروز یک ناتوانی قابل توجه را تجربه می کنند که این تعداد به دلیل افزایش بیماری های غیرواگیر و افزایش طول عمر افراد در حال افزایش است (۱). معلولیت که غالباً پیامد نقص و ناتوانی است در واقع محرومیت از مشارکت فعالانه در جامعه و بهره گیری از فرصت های برابر می‌باشد و مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد باتوجه‌به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می گردد. در این میان معلولیت های جسمی- حرکتی بالاترین میزان شیوع را در میان معلولیت ها دارند (۳). افراد دارای معلولیت زودتر می میرند، سلامت ضعیف تری دارند و محدودیت های بیشتری را در عملکرد روزمره نسبت به دیگران تجربه می کنند (۱). همچنین معلولیت با ابعاد روان‌شناختی - اجتماعی گسترده‌ای همچون احساس تنهایی و ناامنی روانی نیز همراه می‌باشد. در واقع افراد دارای معلولیت یکی از بزرگ‌ترین گروه‌هایی هستند که تحت‌تأثیر تنهایی قرار گرفته‌اند؛ چرا که از جمله مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با سطوح بالاتر تنهایی در طول زندگی، داشتن ناتوانی‌های جسمی و مشکلات سلامت روان می‌باشد (۴). تنها بودن، ادراک تنهایی و درنظرگرفتن خود به‌عنوان فردی غیرمهم و غیر دوست‌داشتنی منجر به تجربه‌ای می‌شود که نامش تنهایی است (۵) و در برگیرنده احساسات ناخواسته و انزوای اجتماعی است و در بسیاری از جوامع، تنهایی و ناتوانی هر دو دارای انگ هستند (۶). در واقع تنهایی زمانی توسط فرد تجربه می‌گردد که احساس کند به کسی یا گروهی تعلق ندارد و یا شخص و گروهی به وی تعلق ندارد (۷). از این رو تجربیات تنهایی را می‌توان نتیجه تعامل بین افراد و محیط اجتماعی و مادی آنان دانست (۸). تنهایی، نه‌تنها منجر به کاهش فعالیت‌های جسمی می‌شود (۹)، بلکه پیش‌بینی‌کننده قوی ابتلا به افسردگی (۱۰) در افراد نیز می‌باشد که پیامدهای منفی و مضر آن همچون عدم امنیت روانی در گستره عمر فرد تداوم می‌یابد (۶).

در واقع موضوع امنیت روانی در افراد دارای معلولیت یک واقعیت روانی اجتماعی است که به الزامات مرتبط با محافظت از سلامت روان این افراد در برابر تهدیدهای خارجی موجود در محیط اجتماعی می‌پردازد (۱۱). مزلو، در مدل سلسله مراتبی انگیزش خود، نیاز به امنیت و محافظت را مطرح می نماید که شامل نیاز به سازماندهی، ثبات، نظم و قانون، قابل پیش بینی بودن رویدادها و رهایی از عوامل تهدیدکننده مانند بیماری، ترس و هرج و مرج است. کارن هورنای نیز در نظریه شخصیت خود، تعدادی نیاز اساسی تعیین کننده رشد طبیعی کودک را معرفی نمود، از جمله نیاز به امنیت، که به معنای دوست داشته شدن، خواستنی بودن و محافظت از خطر و دنیای خصمانه می‌باشد. اگر این نیاز اساسی برآورده نشود، خود را به صورت احساس ترس، احساس درماندگی و گناه نشان می دهد که بعداً بر ماهیت روابط با دیگران چه در حال و چه در آینده تأثیر می گذارد. مراجعه مکرر معلولین برای دریافت خدمات روان‌شناختی حکایت از حقیقت واقعی نقض امنیت روانی آنها دارد. در واقع تأمین امنیت روانی آنها، یک وظیفه است که حل آن پیش‌نیازهای اجتماعی شدن مثبت این افراد را در آینده فراهم می‌کند (۱۲). در واقع در تجربه تنهایی و البته امنیت روانی افراد دارای معلولیت شرایط مختلف عاطفی، جسمی و اجتماعی در هم تنیده شده اند (۱۳). اما به نظر می‌رسد که افراد دارای معلولیت، حتی زمانی که به دنبال مبارزه با تنهایی و کاهش استرس‌های زندگی روزمره خود هستند، اغلب در تنگناهای روانی متعددی همچون بی‌فایده‌بودن تلاش‌هایشان و یا مشکل بودن ایجاد تغییرات موردنیاز برای کاهش تنهایی قرار می‌گیرند یا حتی طرد می‌شوند و دچار ناامنی روانی می‌گردند. به همین خاطر تحقیقات بیشتر در خصوص معلولیت و تنهایی در طول زندگی و همچنین بحث بیشتر در مورد شرایط شمول و الگوهای آن در افراد دارای معلولیت مورد تأکید بوده (۶) و از اهمیت بالایی برخوردار است و این اهمیت زمانی بیشتر می شود که بدانیم در ایران نیز آمارهای رسمی گزارش می کنند که در بانک اطلاعاتی سازمان بهزیستی کشور یک میلیون و ۶۰۰ هزار نفر معلول در سطح کشور ثبت شده اند (۱۴). از این رو مطالعه و بررسی اثر بخشی رویکردهای مختلف روان آموزشی جهت کمک به این قشر آسیب پذیر ضرورت دارد. ویلیام گلاسر ، بنیانگذار نظریه واقعیت درمانی ، معتقد است واقعیت درمانی باعث ایجاد مسئولیت و توانمندسازی افراد می‌شود (۱۵) و به انسان ها کمک می کند تا تسلط و کنترل لازم را بر رفتارها و انتخاب های خودشان داشته باشند (۱۶). چرا که در واقعیت درمانی پذیرش مسئولیت رفتارها توسط افراد اهمیت زیادی دارد و انسان های مسئولیت پذیر، نه تنها منطبق با واقعیت ها رفتار می نمایند، بلکه ناکامی ها را نیز تحمل نموده و

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

نیازهایشان را طوری برآورده می سازند که مانع از ارضای نیازهای دیگران نگردد، به وعده هایشان جامه عمل می پوشاند و در نتیجه احساس رضایت و ارزشمندی به آنها دست می دهد. این نظریه معتقد است مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می کند توسط نیروهای بیرونی کنترل می شود؛ بنابراین یک فرد ناامید و افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه یا گذشته خود می اندازد و مسئولیت آن را نمی پذیرد (۱۷). نظریه انتخاب علی‌رغم به‌رسمیت‌شناختن تأثیر گذشته و شرایط محیطی بر انسان، اما آن را تعیین‌کننده نمی‌داند. یک از مهم‌ترین آموزه‌های نظریه انتخاب این است که انسان‌ها بیش از آنچه تصور می‌کنند بر زندگی خودشان کنترل دارند و دیگران و عوامل بیرونی، چندان کنترلی بر زندگی انسان‌ها ندارند. این نظریه با تمرکز بر آنچه که مراجعان می‌توانند کنترل نمایند، تمرکز نموده و با تأکید بر پذیرش واقعیت و مسئولیت، به افراد کمک می‌کند انتخاب‌های مؤثر کارآمد و مسئولانه‌ای جهت ارضای نیازهایشان داشته باشند (۱۵). با عنایت به آنچه گفته شد افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی به‌خاطر شرایطی که بر زندگی‌شان حاکم بوده، بیش از سایرین در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند. تجارب زندگی آنها ممکن است علاوه بر این که سرمایه‌های روان‌شناختی آنها را محدود ساخته، آنها را مستعد مسئولیت‌گریزی نموده و در نتیجه آنها همواره گذشته یا عوامل بیرونی را برای انجام و تداوم رفتارهای ناکارآمدشان بهانه نمایند که خود باعث احساس تنهایی و ناامنی روانی‌شان می‌شود. باتوجه‌به اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر مسائل و مشکلات گروه‌های مختلف معلولین که در پژوهش‌های شویچی (۱۸)، غریب پور و حجتی (۱۹)، صداقت و همکاران (۲۰)، جلالی و قادری (۲۱) به اثبات رسیده است، به نظر می‌رسد اجرای بسته روان آموزشی منطبق با واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بتواند در زمینه ارتقا سلامت روان افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی مؤثر باشد؛ بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا اجرای برنامه آموزشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند بر کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی مؤثر واقع شود؟

روش کار

طرح تحقیق پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر همه معلولین جسمی حرکتی شهر ساری بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام پذیرفت و ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی، عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی دیگر به‌صورت هم‌زمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه مداوم، همکاری‌نکردن با درمانگر و انجام‌ندادن تکالیف و انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش بود. جهت اجرای پژوهش از اداره بهزیستی شهر ساری درخواست همکاری به عمل آمد. ابزارهای پژوهش در بین ۴۸ نفر از معلولین جسمی حرکتی ای که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، توزیع گردید و از بین کسانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، ۳۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش به‌صورت تصادفی ساده قرار داده شدند به نحوی که هر شرکت‌کننده به طور تصادفی به یکی از گروه‌ها تخصیص داده شد. نمرات داوطلبان، قبل از گروه‌بندی و شروع جلسات آموزش به‌عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس با اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، گروه آزمایش طی ۲ ماه در ۸ جلسه آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت نمودند درحالی‌که اعضای گروه کنترل در این مدت هیچ نوع آموزشی را دریافت ننمودند. جلسات آموزش توسط نویسنده اول مقاله و در مرکز توان‌بخشی توانا در شهر ساری برگزار گردید. تدوین محتوای جلسات آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی بر اساس منابع مختلف (۱۵، ۲۲، ۲۳) بود که پس از تدوین اولیه بسته روان آموزشی، در اختیار ۱۰ نفر از مشاوران و روان‌شناسان باسابقه که با رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب آشنا بودند قرار داده شد و از آنها خواسته شد تا با بررسی این بسته نظرهای اصلاحی ارائه نمایند. پس از دریافت نظرات اصلاحی مشاوران و روان‌شناسان، بسته اصلاحی جدید در اختیار ۴ نفر از اعضای هیئت‌علمی قرار گرفت و در این مرحله نیز مطابق نظرات اصلاحی اساتید، تغییرات لازم در بسته ایجاد شد و در نهایت ساختار جلسات آموزش نهایی مورد تأیید تیم تحقیق قرار گرفت (جدول ۱). پس از اتمام جلسات آموزش، پس‌آزمون و همچنین پس از گذشت یک ماه یک آزمون پیگیری جهت اطمینان از نتایج حاصله به عمل آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد برنامه SPSS نسخه ۲۲ گردید و مورد تحلیل با آزمون‌های خی دو و تحلیل واریانس یک‌راهه در خصوص پارامترهای جمعیت‌شناختی پژوهش و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

بونفرونی جهت بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بودند:

مقیاس احساس تنهایی (Loneliness Scale): این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط راسل (Russell) (۲۴) توسعه یافت. این مقیاس در قالب طیف لیکرت ۴ گزینه ای نمره گذاری می شود و حداقل و حداکثر نمره آن ۲۰ و ۸۰ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر است. ضریب روایی همگرای این مقیاس با مقیاس تنهایی افتراقی (Differential Loneliness Scale) برابر با ۰/۷۲ و ضریب روایی واگرای آن با مقیاس تدارکات اجتماعی (Social Provisions Scale) برابر با ۰/۶۸ – بوده است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی برای این مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد (۲۴). در پژوهش آریموتو و تاداکا (Arimoto & Tadaka) (۲۵) نیز ضریب روایی واگرای این مقیاس با مقیاس شبکه اجتماعی لوبن (Lubben Social Network Scale) برابر با ۰/۴۳ – و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۲۴۸ نفری از مشارکت کنندگان ژاپنی برابر ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش حسن زاده و همکاران (۲۶) پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی این مقیاس به روش کیفی و با همکاری ۴ نفر از اعضای هیات علمی و متخصصان مشاوره و روان‌شناسی انجام و مورد تایید قرار گرفت. پایایی این مقیاس نیز به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسش‌نامه امنیت روانی (Psychological Security Questionnaire): این پرسش‌نامه ۶۲ گویه ای توسط زارع و امین پور (۲۷) ارایه شده است؛ که برای شناخت و سنجش آن دسته از خصوصیات فردی که احساس ایمنی و ناایمنی را به وجود می آورد و شناسایی افرادی که ناایمنی روانی و هیجانی دارند قابل استفاده است (۲۸). هدف این پرسش‌نامه سنجش ۱۵ بعد امنیت روانی شامل ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و ناامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت است (۲۹). گزینه های این پرسش‌نامه به صورت «بله» و «خیر» هستند. هر سوالی که مطابق کلید پاسخنامه باشد یک نمره می‌گیرد و نمرات بالا بیانگر امنیت روانی بالاتر در این پرسش‌نامه می‌باشد. صالحی و اصغری ابراهیم آباد (۳۰) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش باقری و همکاران (۲۹) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات اعضای هیات علمی و متخصصان مشاوره و روان‌شناسی، به خوبی ارزیابی و مورد تأیید واقع شد. همچنین برای بررسی میزان همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا ۰/۸۶ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات روان آموزشی بر اساس واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و برقراری ارتباط درمانی	معرفی و آشنایی اعضا و پژوهشگر با یکدیگر و ایجاد احساس تعلق در اعضاء نسبت به گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با منطق زیربنایی نظریه واقعیت درمانی گلاسر و چگونگی انجام کار، پرکردن فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش.
دوم	ارتباط مؤثر با دیگران و آشنایی با عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده ارتباط مؤثر	بیان اهمیت ارتباط مؤثر و نقش آن در زندگی، معرفی و بررسی هفت عامل شکل‌دهی ارتباط مؤثر (حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش‌دادن و گفتگو)، معرفی هفت عادت رفتاری مخرب و ناسازگار (انتقاد بی‌مورد، سرزنش، گله‌کردن، غرزدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)؛ تأکید بر لزوم ترک رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین ساختن آنها با عوامل ارتباط مؤثر.
سوم	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)؛ اهمیت برآوردن نیازها و چگونگی برآورده‌کردن آنها و تأثیرشان بر زندگی.
چهارم	آموزش اجزاء رفتار و شناخت رفتارهای کارآمد و ناکارآمد	آموزش ماشین رفتار در انسان و توضیح اجزاء آن (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، نقش انسان در کنترل رفتار و آموزش تفاوت رفتارهای کارآمد و ناکارآمد و تشویق اعضای گروه به پیداکردن نمونه‌هایی از رفتارهای ناکارآمد همچون اجتناب در زندگی شخصی‌شان.
پنجم	مسئولیت پذیری، تغییر ادراک و انتخاب رفتار	بیان مفهوم کنترل درونی و بیرونی، آشنایی اعضاء با خودکنترلی رفتار و مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها. آموزش نحوه شناسایی و شناخت توانمندی‌ها و نقاط ضعف و تغییر ادراک‌ها در راستای انتخاب بهتر رفتارهای کارآمد.
ششم	توصیف دنیای کیفی و دنیای واقعی	بررسی برداشت‌های اعضای گروه از معلولیتشان و تصاویر دنیای کیفی یا مطلوب آنها، توضیح در خصوص دنیای کیفی و واقعی و راه‌هایی که تاکنون اعضای گروه برگزیده‌اند.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

هفتم	آموزش چگونگی پر کردن شکاف بین دنیای کیفی و دنیای واقعی و راهبردهای طرح‌ریزی رفتار جدید	توضیح ترازوی خواسته‌ها و داشته‌ها، آموزش زندگی‌کردن در زمان حال و استفاده از راهکارهای مناسب و خلاقانه در خصوص تغییر دنیای کیفی و افزایش مسئولیت‌پذیری در خصوص جایگزینی انتخاب‌ها و رفتارهای غلط با انتخاب‌ها و رفتارهای صحیح.
هشتم	تثبیت دانسته‌ها و دانش جدید و اتمام جلسات و گرفتن پس‌آزمون	مرور آموزش‌های جلسات گذشته و پاسخ به اشکالات و پرسش‌های اعضاء، دریافت بازخوردهای اعضای گروه و تأکید مجدد بر مسئولیت‌پذیری و ایجاد تعهد در خصوص کاربرد آموخته‌ها در زندگی و گرفتن پس‌آزمون.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی جمعیت‌شناختی پژوهش نشانگر آن بود که ۴۰ درصد از مشارکت‌کنندگان در پژوهش مرد (۱۲ نفر) و ۶۰ درصد (۱۸ نفر) زن بودند. افراد گروه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بودند، که دامنه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال با ۴۶/۶۶ درصد بیشترین درصد فراوانی و دامنه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال با ۶/۶۶ درصد کمترین درصد فراوانی را داشت. همچنین این افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم تا کارشناسی‌ارشد بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم با ۶۳/۳۳ درصد بیشترین فراوانی و تحصیلات کارشناسی‌ارشد و بالاتر با ۳/۳۳ درصد دارای کمترین فراوانی بود. ۷۰ درصد از مشارکت‌کنندگان در پژوهش مجرد و بقیه متاهل بودند. نتایج آزمون خی‌دو و تحلیل واریانس برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت، سن، تحصیلات و تأهل تفاوت معناداری نداشتند و همگن بودند.

جدول ۲. بررسی توصیفی احساس تنهایی و امنیت روانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
احساس تنهایی	آزمایش	۶۱/۴۷	۴/۴۲	۴۱/۶۰	۵/۴۲	۴۳/۰۰	۵/۰۴
	کنترل	۶۰/۶۷	۳/۷۱	۶۱/۰۰	۵/۰۷	۶۱/۲۷	۳/۷۵
امنیت روانی	آزمایش	۲۹/۲۷	۲/۵۷	۴۳/۷۳	۵/۲۱	۴۳/۶۷	۵/۱۷
	کنترل	۲۸/۸۷	۱/۶۸	۳۱/۰۰	۱/۵۱	۲۹/۶۷	۲/۳۵

نتایج تحلیل توصیفی جدول ۲ بیانگر این است که نمرات احساس تنهایی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین بررسی توصیفی نمرات امنیت روانی نشان داد که این نمرات در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این نتایج بیانگر اثر آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر احساس تنهایی و امنیت روانی در معلولین جسمی حرکتی گروه آزمایش می‌باشد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است. لذا جهت بررسی معناداری این تغییرات به بررسی استنباطی یافته‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی پرداخته شد. اما قبل از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا مفروضات این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو–ویلکز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود. به‌منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج این آزمون برای هر دو متغیر احساس تنهایی و امنیت روانی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار بود. همچنین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس – کوواریانس با آزمون ام باکس و فرض همگنی کوواریانس‌ها نیز بر اساس آزمون کرویت موچلی مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از این آزمون استفاده شد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری های مکرر متغیرهای احساس تنهایی و امنیت روانی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اثر (مربع اتا جزئی) اندازه
احساس تنهایی	مداخله	۲۷۰۶۰۲/۵۰	۱	۲۷۰۶۰۲/۵۰	۵۸۱۹/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۳۳۹۷/۸۷	۱	۳۳۹۷/۸۷	۷۳/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲
	خطا	۱۳۰۱/۹۵	۲۸	۴۶/۴۹			
امنیت روانی	مداخله	۱۰۶۲۹۶/۱۰	۱	۱۰۶۲۹۶/۱۰	۳۷۶۸/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۱۸۴۰/۵۴	۱	۱۸۴۰/۵۴	۶۵/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	خطا	۷۸۹/۶۸	۲۸	۲۸/۲۰			

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر میزان احساس تنهایی معلولین جسمی حرکتی (F=۷۳/۰۷ و P= ۰/۰۰۰) تأثیر معنی‌دار داشته است و اندازه اثر گروه برابر با ۰/۷۲ بوده است. همچنین آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر میزان امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی (F=۶۵/۲۶ و P=۰/۰۰۰) نیز تأثیر معنی‌دار داشته است و اندازه اثر گروه برابر با ۰/۷۰ بوده است؛ که می‌توان نتیجه گرفت این تغییرات ایجاد شده در متغیرهای وابسته یعنی احساس تنهایی و امنیت روانی ناشی از آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بوده است.

جدول ٤. مقایسه زوجی میانگین های تعدیل شده متغیرهای احساس تنهایی و امنیت روانی در گروه های آزمایش و کنترل بر اساس آزمون بنفرونی

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیگیری		
	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار خطا	معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار خطا	معناداری
احساس تنهایی	۹/۷۶	۰/۷۷	۰/۰۰۰	۸/۹۳	۰/۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۱۴	۰/۶۸	۰/۷۰
امنیت روانی	-۸/۳۰	۰/۵۵	۰/۰۰۰	-۷/۶۰	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۷۰	۰/۳۰	۰/۰۸

نتایج جدول ۴ بیانگر آن می‌باشد که تفاوت میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون _ پس‌آزمون و مرحله پیش‌آزمون _ پیگیری معنادار بوده است و تفاوت میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون _ پیگیری معنادار نبوده است. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب در مرحله پس‌آزمون به شکل معناداری باعث کاهش سطح نمره احساس تنهایی در معلولین و افزایش معنی‌دار سطح نمره امنیت روانی بعد از اجرای جلسات روان‌آموزشی در معلولین جسمی حرکتی شده است و در عین حال این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث

پژوهش حاضر باهدف مطالعهٔ اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر احساس تنهایی و امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد معلولین جسمی حرکتی که تحت آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریهٔ انتخاب قرار گرفتند، در مقایسه با گروه کنترل نمرات احساس تنهایی کمتر و نمرات امنیت روانی بیشتری در پس‌آزمون و پیگیری به دست آوردند. در تبیین اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی می‌توان گفت هر چند که افراد دارای معلولیت در برابر تبعیض، انگ، به حاشیه رانده‌شدن و طرد اجتماعی آسیب‌پذیرتر هستند و ازاین‌رو بیشتر از افراد بدون معلولیت سطوح بالاتری از تنهایی را گزارش می‌کنند (۳۶). اما آموزش واقعیت درمانی به افراد معلول جسمی حرکتی کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب‌هایشان روبرو شوند و درک کنند که خود آنها (و نه دیگران و دنیا)، در مشکلاتشان نقش دارند. ازاین‌رو آموزش واقعیت درمانی به این معلولین کمک می‌کند که مشکلات را بپذیرند و

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

درک کنند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایشان را مدنظر قرار دهند و تلاش بیشتری در جهت جست‌وجوی معنا و هدف نمایند و در نتیجه بر احساس تنهایی خود فایق آیند. همچنین به نظر می‌رسد معلولین جسمی حرکتی به واسطه آنکه با چالش‌ها و موقعیت‌های دشوار بسیار زیادی در طول زندگی خود روبرو هستند، نسبت به نیازهای اساسی خود بی‌توجه می‌گردند و استقلال و کیفیت زندگی‌شان نیز دستخوش تغییرات منفی می‌شود. در واقع ازدست‌دادن استقلال، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس در میان افراد دارای معلولیت به طور جدی بر نمرات تنهایی آنها تأثیر می‌گذارد (۳۱). اما آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب به معلولین جسمی حرکتی کمک می‌کند که با شناسایی هدف رفتارهای خود، بر روی انتخاب‌های خود کنترل بیشتری به دست بیاورند و مسئولیت‌هایی خود را در زمینه انتخاب‌هایشان بیشتر پذیرا باشند. در واقع آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب به معلولین جسمی حرکتی کمک می‌کند که با تمرکز بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف، به زمان حال، بیشتر از گذشته اهمیت دهند؛ تا بتوانند به انتخاب‌های بهتری برای دست‌یافتن به رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت زندگی‌شان دست بزنند و در نهایت فرد به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت‌بخش‌تر همراه با استقلال دست یابد (۲۲).

از سوی دیگر به نظر می‌رسد که تنهایی به طور خاص به یک عدم تطابق آزاردهنده بین کمیت و یا کیفیت روابط اجتماعی درک شده مربوط می‌شود (۳۷) و یک تجربه ذهنی دردناک، ناخواسته، نفرت انگیز برای افراد می‌باشد که تحمل آن دشوار است (۳۸). تنها زندگی کردن، بیماری مزمن، ناتوانی و محدودیت های عملکردی به عنوان پیش بینی کننده های اصلی تنهایی می باشند (۳۱). از سوی دیگر مفهوم «امنیت روانی» توسط محققان به عنوان شرط وجودی انسان، شرط امنیت، مبنای رفتار مناسب اجتماعی و ارتباط ذهنی با جهان خود و توانایی غلبه بر مشکلات تلقی می شود. به طور کلی، امنیت روانی حالتی است که با ادراک و ارزیابی محیطی که فرد در آن قرار دارد مرتبط می‌باشد و با توانایی کمک گرفتن، تجربه در غلبه بر موقعیت های دشوار، آگاهی از عوامل خطر، توانایی برآورده کردن نیازها، توانایی پاسخگویی به نیازهای ارتباطی و ارزیابی میزان و امکان غلبه بر مشکلات در حال ظهور در خود سنجیده می شود (۱۲).

مشارکت معلولین جسمی حرکتی در جلسات آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر انتخاب، زمینه توانمندسازی آنان را برای شکل‌دادن به روابط اثربخش‌تر در محیط زندگی و اجتماع فراهم ساخته و این افراد را ترغیب می‌نماید که فعالانه به ارضای نیازهای روان‌شناختی خود بپردازند. از دیگر دلایل اثربخشی جلسات آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، افزایش توان حل مسئله در افراد است. این رویکرد به افراد می‌آموزد در مواجهه با سختی‌ها و مشکلات از شیوه‌های سازنده و تمرکز بر راه‌حل‌ها استفاده کنند. در واقع معلولین جسمی حرکتی پس از آشنایی با آموزه‌های واقعیت درمانی، به مسئولیت خود در حفظ کمیت و کیفیت روابط مؤثر اجتماعی پی برده و به‌جای انتخاب روش‌های ناکارآمدی همچون ترس، اجتناب و انزواگرایی برای گریز از روابط اجتماعی، بیشتر از فرصت‌های موجود در زمینه ارتباط‌های اجتماعی بهره می‌گیرند و دیگر به روابط بین‌فردی به‌صورت یک تهدید نمی‌نگرند و در روابط خود، احساس امنیت روانی را تجربه می‌نمایند. در واقع آموزش واقعیت درمانی، مکان کنترل را برای معلولین جسمی حرکتی از بیرونی به درونی تغییر می‌دهد و موجب می‌شود که این افراد دستیابی به موفقیت و زندگی بامعنا و رضایت‌بخش را پیامد فعالیت‌های هدفمند و سازنده خود تلقی نمایند و کمتر بر نقص‌های خودشان در شکل‌دهی روابط و نقش منابع غیرقابل‌کنترل همچون دیگران، گذشته، شرایط و موقعیت متمرکز شوند و از میزان تنهایی آنها کاسته شود و امنیت روانی آنان ارتقا یابد. طبق نظر ماکسی و بکرت (Maxey & Beckert) (۳۹)، افراد دارای معلولیت از سطوح پایین تر مهارت های اجتماعی برخوردار می باشند که برقراری و حفظ ارتباطات معنادار با سایر همسالان را برایشان دشوارتر می کند؛ از این رو افراد دارای معلولیت در مقایسه با افراد بدون معلولیت، سطوح بالاتری از تنهایی را تجربه می‌کنند، به ویژه اگر فرد دارای ناتوانی شدید باشد (۳۱).

ازاین‌رو از منظر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی در میان افراد دارای معلولیت باید مورد توجه همه برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران مسائل مرتبط با معلولین قرار گیرد. چرا که امنیت روانی و تنهایی با مفاهیمی مانند سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی عینی و انزوای اجتماعی مرتبط است (۴۰)، افراد دچار

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

تنهایی، بیشتر فرصت ارتباط های اجتماعی را از دست می دهند، زیرا گرایش به انجام این کار ندارند (۴۱) از این رو مساله دسترسی به فرصت های برابر و البته پاسخگویی به حقوق انسانی به یک موضوع مهم و اساسی در میان افراد دارای معلولیت تبدیل شده است و وجود محیطهای «مناسب سازی شده و توانمندساز» یک عنصر کلیدی برای ترویج و بهبود مشارکت معلولین در جامعه و کاستن از میزان احساس تنهایی در آنها و افزایش سلامت و امنیت روانی در آنان می‌باشد. موانع موجود در محیطهای عمومی، کاری، آموزشی، تفریحی و... مشارکت فعالانه افراد دارای معلولیت را در فعالیتها محدود می‌کند و به کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش احساس تنهایی در آنان منجر می‌شود؛ ازاین‌رو افزایش میزان دسترسی‌پذیری معلولین به امکانات جامعه نه‌تنها موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان می‌شود بلکه از میزان احساس تنهایی آنها کاسته و بر امنیت روانی آنان می‌افزاید. در همین راستا، پاگان (Pagan) (۴۲) نیز دریافت که شرکت در رویدادهای اوقات فراغت و رویدادهای فرهنگی قوی‌ترین تأثیر را بر میزان رضایت از زندگی معلولین دارد. در واقع امنیت روانی در نتیجه تعامل محیط بیرونی و درونی فرد شکل می‌گیرد و باوجود امنیت روان‌شناختی است که افراد احساس خود را بدون ترس از پیامدهای منفی آن در محیطهای گروهی بیان می‌نمایند. افراد دارای معلولیت با قرارگرفتن در میان همنوعان یا همکاران خود می‌توانند از نظر روانی کاملاً احساس امنیت کنند و کسانی که تجربه روزانه در برقراری ارتباط با افراد دارای معلولیت دارند، قاعدتاً با آنها تعامل سازنده‌ای دارند و آماده کمک به آنها هستند. بدیهی است که اگر اعضای هر گروهی از جمله اعضای گروههای معلولین احساس امنیت نداشته باشند، دغدغه‌های زیادی را در خصوص احساس شایستگی در رابطه، اشتباهات احتمالی، و مشارکت مؤثر خواهند داشت و زمینه تعامل مؤثر آنان فراهم نمی‌شود و بر میزان احساس تنهایی افراد افزوده می‌شود. ازاین‌رو است که ایجاد شرایط برای امنیت روانی افراد معلول و جامعه ضروری است (۱۱).

به علت محدودیت زمانی و شرایط معلولین جسمی حرکتی، جامعه آماری این پژوهش تنها به معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان ساری با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و دارای حداقل تحصیلات دیپلم محدود شده بود؛ بنابراین این نکته می تواند قابلیت تعمیم پذیری نتایج پژوهش را کاهش دهد. همچنین یافته های این پژوهش در چارچوب پرسش‌نامه و داده های صرفاً کمی گردآوری شده است، در حالی که بررسی کامل و تمام عیار احساس تنهایی و امنیت روانی در معلولین نیازمند پژوهش‌های آمیخته کمی و کیفی می‌باشد. لذا پیشنهاد می شود برای رفع این محدودیت‌ها، پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و گروه‌های سنی معلولین نیز اجرا شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرند. همچنین در پژوهش‌های آتی از سایر درمان‌های روان‌شناختی جهت کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی استفاده گردد و نتایج مورد مقایسه قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

باتوجه‌به نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی مؤثر است. لذا پیشنهاد می‌شود همه برنامه‌ریزان و درمانگران به مسئله احساس تنهایی و امنیت روانی در معلولین جسمی حرکتی توجه جدی نمایند. چرا که کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی در معلولین زمینه افزایش مشارکت آنها در جامعه و بهره‌مندی آنان از حقوق انسانی و فرصت‌های برابر در سطح جامعه را فراهم می‌سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود در راستای معرفی و آموزش این بسته روان آموزشی به روان‌شناسان و مشاورانی که با معلولین جسمی حرکتی سروکار دارند اقدامات لازم انجام شود تا این درمانگران پیشرفت و موفقیت بیشتری در کاهش احساس تنهایی و افزایش امنیت روانی معلولین جسمی حرکتی کسب نمایند و زمینه توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی معلولین را فراهم سازند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش که با کد IR.ARDAKAN.REC.1403.034 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه اردکان قرار گرفته است، موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. مشارکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات اخذ شده از آنها کاملاً محرمانه می ماند و این امر نیز کاملاً رعایت گردید؛ همچنین گروه کنترل نیز پس از اتمام اجرای مرحله پیگیری، تحت مداخله واقعیت درمانی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

مبتنی بر نظریه انتخاب قرار گرفتند. که توسط معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه اردکان به تصویب رسیده است

سپاسگزاری

از همه معلولین جسمی حرکتی و همه کسانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول مقاله می‌باشد و در ضمن بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

Reference

1. World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary. [updated 2022]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063624
2. Khodabakhshi Koolaee A, Aghakhani Koshki M, Kalhor N. Analysis the experiences of mothers in caring of a disabled child: A phenomenological Study. JPEN. 2019;6 (2):68-75. URL: http://jpen.ir/article-1-425-fa.html
3. Karimi Dermani H. Rehabilitation of special groups with emphasis on social work services. Tehran: Roshd Press; 2016.
4. Hutten E, Jongen EM, Hajema K, Ruiter RA, Hamers F, Bos AE. Risk factors of loneliness across the life span. Journal of Social and Personal Relationships. 2022;39(5):1482-507. https://doi.org/10.1177/02654075211059193
5. 5. Rokach A. The effect of gender and culture on loneliness: A mini review. Emerging Science Journal. 2018;2(2):59-64. https://doi.org/10.28991/esj-2018-01128
6. Tarvainen M. Loneliness in life stories by people with disabilities. Disability & Society. 2021;36(6):864-82. https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1779034
7. Maes M, Vanhalst J, Van den Noortgate W, Goossens L. Intimate and relational loneliness in adolescence. Journal of Child and Family Studies. 2017;26(8):2059-69. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0722-8
8. Andersson G, Denhov A, Bülow P, Topor A. Aloneness and loneliness-persons with severe mental illness and experiences of being alone. Scandinavian Journal of Disability Research. 2015;17(4): 353-65. https://doi.org/10.1080/15017419.2014.941927
9. Holwerda TJ, Deeg DJH, Beekman ATF, Van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, Schoevers RA. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2014;85(2):135-42. https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755
10. Santini ZI, Fiori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM. Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. Journal of Affective Disorders. 2016;204:59-69. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032
11. Ostapenko RI, Ostapenko GS, Shcherbakova IV. Ensuring the psychological safety of persons with disabilities, taking into account gender and age differences. Perspektivy nauki I obrazovania - Perspectives of Science and Education. 2021;51 (3):316-28. https://doi.org/10.32744/pse.2021.3.22
12. Vinogradova NI, Kohan ST. Resilience as a basis for psychological safety of students with disabilities. In Proceedings of the First International Volga Region Conference on Economics, Humanities and Sports (FICEHS 2019). Atlantis Press. 2020;551-4. https://doi.org/10.2991/aebmr.k.200114.128
13. 13. Macdonald SJ, Deacon L, Nixon J, Akintola A, Gillingham A, Kent J, ... Highmore L. The invisible enemy: disability, loneliness and isolation. Disability & Society. 2018;33(7):1138-59. https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1476224
14. State Welfare Organization of Iran. Identification of 1.6 million disabled people in the country. [updated 2022]. Available from: https://www.behzisti.ir/news/71514
15. Glasser W. Reality therapy. 7th ed. Tehran: Sayeh Sokhan Publication; 1965.
16. Bradley EL. Choice theory and reality therapy: an overview. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy. 2014;34(1):6-13. https://psycnet.apa.org/record/2016-38933-001

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

17. Fereidouni H, Omidi A, Tamannaeifar S. The Effectiveness of Choice Theory Education on Happiness and Self-Esteem in University Students. Practice in Clinical Psychology. 2019;7 (3):207-14. https://doi.org/10.32598/jpcp.7.3.207
18. Shovaichi J. The Effectiveness Of Reality Therapy Training On Self-Care And Self-Regulation Of Men With Physical And Mental Disabilities. Psychological Achievements. 2020;27(1):247-64.
19. Gharibpour S, Hojati H. The effect of reality therapy on self-efficacy in mothers of children with Down syndrome. IJNR. 2019;13 (6):63-7. URL: http://ijnr.ir/article-1-2216-fa.html
20. Sedaghat M, Sahebi A, Shahabi Moghaddam S. The Effectiveness of Individualized Reality Therapy on Major Depression Patients with Suicide Attempt History. J Police Med. 2017;5(5):371-8.
21. Jalali A, Ghaderi D. Comparison of the Effectiveness of Group Reality Therapy and Medication in Improvement of Mood Symptoms among Addicts. Etiadpajohi. 2016;10 (38):137-50. URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-915-fa.html
22. Glasser W. Choice theory: a new psychology of personal freedom. 3th ed. Tehran: Sayeh Sokhan Publication; 1999.
23. Glasser W. Counseling with choice theory: the new reality therapy. 3th ed. Tehran: Sayeh Sokhon Publication; 2001.
24. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment. 1996;66(1):20-40. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032
25. Arimoto A, Tadaka E. Reliability and validity of Japanese versions of the UCLA Loneliness Scale version 3 for use among mothers with infants and toddlers: A cross-sectional study. BMC Women's Health. 2019;19(1):1-9. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0792-4
26. Hassanzadeh F, Sabzi Z, Ahsanian E, Hojjati H. The Correlation between Internet Addiction and Loneliness in Adolescents in Golestan Province. JHPM. 2018;6 (6):8-14. https://doi.org/10.21859/jhpm-07042
27. Zare H, Aminpour H. Psychological tests. Tehran; Aizh Publications; 2011.
28. Raiisi F, Hajikaram A, Bakhshi F, Tehrani Zadeh M, Amani F. Predicting internet addiction based on social skills & mental security among university students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020;7 (2):128-39. https://doi.org/10.52547/shenakht.7.2.128
29. Bagheri F, Kimiaei SA, Kareshki H. Marital intimacy: The Determining Role of Differentiation of Self and Need for Security in Non-clinical married women. Counseling Culture and Psycotherapy. 2020;11(42):261-80.
30. Salehi B, Asghari Ebrahim Abad MJ. Investigating the impact of the role and dimensions of religion and distress tolerance in predicting the psychological safety of infertile women. Women's Studies Sociological and Psychological. 2019;17(1):165-92.
31. Pagan R. Gender and age differences in loneliness: Evidence for people without and with disabilities. International journal of environmental research and public health. 2020;17(24):9176-86. https://doi.org/10.3390/ijerph17249176
32. Bound Alberti F. This modern epidemic: Loneliness as an emotion cluster and a neglected subject in the history of emotions. Emotion Review. 2018;10(3):242-54. https://doi.org/10.1177/1754073918768876
33. Olsen J. Socially disabled: the fight disabled people face against loneliness and stress. Disability & Society. 2018;33(7):1160-4. https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1459228
34. Warner DF, Adams SA. Physical disability and increased loneliness among married older adults: the role of changing social relations. Society and Mental Health. 2016;6(2):106-28. https://doi.org/10.1177/2156869315616257
35. Simmeborn Fleischer A. Alienation and struggle: Everyday student-life of three male students with Asperger Syndrome. Scandinavian Journal of Disability Research. 2012;14(2):177-94. https://doi.org/10.1080/15017419.2011.558236
36. Hall S. The social inclusion of people with disabilities: A qualitative meta-analysis. Journal of Ethnographic & Qualitative Research. 2009;3(3):162-73. https://www.researchgate.net/publication/285896267_The_social_inclusion_of_people_with_disabilities_A_qualitative_meta-analysis
37. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlief M, Lloyd-Evans B, ... Johnson S. Loneliness and the onset of new mental health problems in

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]

the general population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2022;57(11):2161-78. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7

38. Cacioppo S, Grippo A, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. Perspectives on Psychological Science. 2015;10(2):238-49. https://doi.org/10.1177/1745691615570616
39. Maxey M, Beckert T. Adolescents with disabilities. Adolescent Research Review. 2017;2:59-75. https://doi.org/10.1007/s40894-016-0043-y
40. Wang JY, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52(12):1451-61. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1
41. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates Loneliness and depression elderly people. Journal of Health Psychology. 2016;21(5):750-8. https://doi.org/10.1177/1359105314536941
42. Pagan R. Are relational goods important for people with disabilities?, Applied Research in Quality of Life. 2016;11:1117-35. https://doi.org/10.1007/s11482-015-9423-x

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.4]