



## Compare Effectiveness of Reality, Therapy and Positive Thinking Training on Self-disability and Negative Problem Orientation, With the Moderating Role of Gender in the Blind



Farzaneh Hooman<sup>1\*</sup>, Farzaneh Sadat Marvi Noghani<sup>2</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch.
2. Ph. D Student in Exceptional Child Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15303

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.12.4](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15303)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15303.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15303.html)



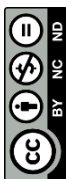
### ARTICLE INFO

### ABSTRACT

**Keywords:**  
Reality Therapy, Positive Thinking, Self-Empowerment, Negative Orientation to the Problem, Blind Students

Received: 2022/02/22  
Accepted: 2022/03/25  
Available: 2022/12/21

The aim of this study was the effectiveness of reality therapy and positive thinking training on self-disability and negative problem orientation, with a moderating role in blind high school students in Ardabil. The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up. The statistical population consisted of blind male and female high school students in Ardabil (academic year 1399). Sixty-six volunteers were purposefully selected by random sampling in two experimental groups and one control group (22 people in each group). Intervention training was considered for the reality therapy group for 10 sessions and positive thinking for 8 sessions. Absolute blindness and education in secondary school were considered as entrance criteria and not being under the supervision of a psychiatrist, not taking medication and not attending more than 3 sessions were considered as exit criteria. Data were collected through a questionnaire of self-disability and negative orientation to the problem. Multivariate analysis of covariance and Beferroni post hoc test using SPSS 21 software were used to analyze the data. Findings indicated that positive-thinking therapy intervention and reality-therapy resulted in differences between the experimental and control groups with a gender-modulating role in self-disability and negative orientation to the problem, which was persistent in the follow-up period ( $P < 0.05$ ). It can be concluded that reality therapy and positive thinking training is effective in improving the condition of the experimental group in the field of self-disability and negative orientation to the problem, so its use is emphasized in blind students.



\* Corresponding Author: Farzaneh Hooman

E-mail: N.psyhooman@gmail.com

## مقاله پژوهشی



## مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی بر خودناتوان‌سازی و جهت‌گیری منفی به مشکل، با نقش تعدیل‌کننده جنسیت در نابینایان



فرزانه هومن<sup>۱</sup>، فرزانه سادات مروی نوغانی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15303

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.12.4](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15303)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15303.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15303.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی بر خودناتوان‌سازی و جهت‌گیری منفی به مشکل، با نقش تعدیل‌کننده جنسیت در دانش‌آموزان نابینای مقطع متوسطه دوم در شهر اردبیل بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری متشکل از دانش‌آموزان دختر و پسر نابینای مقطع متوسطه دوم شهر اردبیل (سال تحصیلی ۱۳۹۹) بود. ۶۶ نفر داوطلب بصورت هدفمند و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۲ نفر) انتخاب شدند، آموزش مداخله‌ای برای گروه واقعیت‌درمانی ۱۰ جلسه و مثبت‌اندیشی ۸ جلسه در نظر گرفته شد. نابینایی مطلق و تحصیل در مقطع متوسطه دوم به عنوان ملاک ورودی و تحت نظر روانپزشک نبودن، عدم مصرف دارو و عدم حضور در بیش از ۳ جلسه، به عنوان ملاک‌های خروجی در نظر گرفته شد. داده‌ها با پرسشنامه خودناتوان‌سازی، و جهت‌گیری منفی به مشکل جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی بوسیله نرم افزار SPSS۲۱ استفاده شد. یافته‌ها بیانگر آن بود که مداخله درمانی مثبت‌اندیشی و واقعیت‌درمانی موجب ظهور تفاوت بین دوگروه آزمایش و گروه گواه با نقش تعدیل‌کننده جنسیت در خودناتوان‌سازی و جهت‌گیری منفی به مشکل بود، که البته در دوره پیگیری نیز ماندگار بود ( $P < 0/05$ ). می‌توان نتیجه گرفت که آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی در بهبود وضعیت گروه آزمایش در حوزه خودناتوان‌سازی و جهت‌گیری منفی به مشکل موثر بوده، لذا بکارگیری آن در دانش‌آموزان نابینا مورد تاکید قرار دارد.

## کلیدواژه‌ها:

واقعیت‌درمانی،

مثبت‌اندیشی، خودناتوان

سازی، جهت‌گیری منفی به

مشکل، دانش‌آموزان نابینا

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۱/۰۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

\* نویسنده مسئول: فرزانه هومن

رایانامه: N.psyhooman@gmail.com

## مقدمه

از نظر اندیشمندان نابینایی<sup>۱</sup> دارای دو مفهوم کلی است، یک مفهوم پزشکی و مفهوم دیگر تعریف آموزشی<sup>۲</sup> آن است (شریفی‌درآمدی، ۱۳۹۰، ۳۹). میلیون نفر از جمعیت کره زمین، نابینای مطلق می‌باشند (ال‌کشکی، و محمد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). اولین مشکلات ناشی از ایجاد محدودیت و حتی محرومیت از یادگیری تعاملات اجتماعی از زمان نابینایی در کودکی حاصل می‌شود (پینتر و گرینوالد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). زیرا کودک از تمرکز دیداری بر چهره مادر محروم بوده و دو فرایند (تمرکز دیداری - ارتباط اجتماعی) مهم را که می‌تواند به عنوان تجربه‌ای ارزشمند برای او در نظر گرفته شود، از دست می‌دهد (ساکالو<sup>۵</sup>، و همکاران، ۲۰۱۸). نابینایی موجب می‌شود، تا از مشاهده برخی ویژگی‌ها، همچون: حالت‌ها، اطوار بدنی در محیط اطراف خود و نیز تقلید باز بماند (نامنی و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله عوامل مهمی که ریشه آن در دوران کودکی یا نوجوانی وجود دارد جهت گیری منفی به مشکل است، البته ذکر این نکته لازم است که مسئله مداری انسان عمدتاً تحت تاثیر اجتماعی شدن خانواده بوده که در این میان انتخاب مادر در حل مسئله بسیار حائز اهمیت است (نزو و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). بنابراین جهت گیری منفی فرد در دوران کودکی و نوجوانی، ممکن است تأثیرات طولانی مدتی بر موفقیت تحصیلی - حرفه‌ای و کیفیت ارتباطات اجتماعی او داشته باشد و ممکن است در ایجاد احساس ناامیدی، استرس و افسردگی نقش بسزایی ایفا نماید. لذا عواملی که جهت گیری منفی به مشکل را بیان می‌نمایند، می‌توانند برگرفته از سه عامل: فکر، احساس و رفتار باشند. بر همین اساس جهت گیری در فرد شامل حساسیت فرد نسبت به مشکل و تعهد به حل آن است، که البته در حالت مثبت می‌توان آن را انطباقی و در حالت منفی ناسازگار یا ناکارآمد نامید، زیرا در مرحله جهت گیری، تفکر انسان بر اساس انگیزه - هیجان (مثبت یا منفی) قرار دارد (دزویلا و نزو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). به همین منظور، موفقیت در حل مسئله اجتماعی تا حد زیادی به فرد، بستگی دارد، که کدام جهت گیری را برای حل مشکل (مثبت یا منفی) انتخاب می‌نماید اعم از آنکه مشکل کلی یا معین باشد. لذا حل مسئله فرایندی است که فرد خود در انتخاب آن دخیل بوده و در صورت انتخاب صحیح، می‌تواند در حل مشکل موثر واقع گردد (اسکین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). در این میان بعضی افراد نابینا با برداشتهایی منفی، موجبات بروز برخی رخدادها همچون افسردگی و مشکلات عاطفی را ایجاد می‌نمایند (ریبریو<sup>۹</sup>، و همکاران، ۲۰۱۵). جهت گیری منفی به مسئله، نه تنها رویکردی ضعیف به حل مسئله اجتماعی است، بلکه به طور منحصر به فردی

با بسیاری از اختلالات بهداشت روان نیز ارتباط دارد (هرم، و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). البته ثابت شده است که آمیگدال<sup>۱۱</sup> نقشی برجسته در تجربه محرک‌های عاطفی، به ویژه محرک‌های مربوط به احساسات منفی دارد. از طرفی هیپوکامپ<sup>۱۲</sup> در افسردگی نقش داشته و کسانی که مبتلا به افسردگی هستند، تمایل بیشتری به یادآوری رویدادهای منفی، نسبت به افراد دیگر دارند (برادریج<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۸).

افکار منفی تکراری و آسیب پذیری شناختی ناشی از آن، در انواع اختلالات اضطرابی، خلقی و غذایی نیز مشاهده می‌شود (استرنهیم<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) که شامل فعالیت شناختی، توجه مداوم و مکرر و نسبتاً غیرقابل کنترل است، که البته موجب تمرکز بر جنبه‌های منفی خود و محیط می‌شود (اسپینهوون و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۵). که البته، بیانگر میزان بالای همبودی اختلالات عاطفی مختلف است (کالامباچ و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۶). اما نگرانی، سازه‌ای است که دارای یک عنصر مشترک با افکار منفی تکراری می‌باشد (آردیت و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶). افرادی که دچار کم بینایی می‌شوند باید در نحوه زندگی روزمره خود تغییرات اساسی ایجاد کنند و با دوستان، خانواده و اعضای جامعه خود در تعامل باشند (نیمان، و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۲). آنها باید موانع مربوط به چالش‌های مراقبت شخصی مانند حمام کردن، غذا خوردن، لباس پوشیدن، کاهش توانایی در انجام کارهای اساسی تر را برطرف کنند، هر یک از این موانع برای غلبه بر کسانی که دچار نقص بینایی هستند یک چالش منحصر به فرد است (ویترینو<sup>۱۹</sup>، و همکاران، ۲۰۱۷). تحقیقی دیگر، بیانگر آن بود که میزان اختلال در دید، با افسردگی و همچنین با سایر بیماری‌های مزمن، دارای رابطه می‌باشد (هونگ و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۰). همچنین هنگام در نظر گرفتن جنسیت، زنان دو برابر مردان دچار اختلال افسردگی می‌شوند (سراتالیور و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۵). زنان در برابر افسردگی آسیب پذیرترند و نمرات بالاتری در افسردگی و گرایش به مسئله منفی دارند (هاسیگاوا و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۵).

همچنین اصطلاح خودناتوان‌سازی<sup>۲۳</sup> به پدیده‌ای گفته می‌شود که فرد با موانع خودساخته در موقعیت‌های مهم عملکردی، مانع موفقیت خود شود (توروک و سزابو، ۲۰۱۸). خودناتوان‌سازی را می‌توان به عنوان یک صفت در برخی از افراد در نظر گرفت (تاکبوچی و همکاران، ۲۰۱۳). از جمله نظریات معروف، نظریه مرگ فروید، موسوم به تانانوس<sup>۲۴</sup> (۱۹۲۰) است. بر اساس نظریه مرگ، فرد در هوشیاری به سمت آرامش جسمانی رفته و فعالیتی از خود بروز نمی‌دهد، این مثال را باید در فردی که دارای خودناتوان‌سازی است

1. Blindness
2. Educational
3. El Keshky, & Mohammed
4. Pinter & Greenwald
5. Sakkalou, Sakki, O'reilly, Salt, & Dale
6. Nezu, Wilkins, & Nezu
7. D'Zurilla & Nezu.
8. Eskin
9. Ribeiro, Hasten-Reiter Júnior, Ribeiro, Jucá, Barbosa, & Sousa-Rodrigues.
10. Hearn, Donovan, Spence, & March
11. Amygdala
12. Hippocampus

13. Broadbridge
14. Sternheim, Startup, Saeidi, Morgan, Hugo, Russell, & Schmidt
15. Spinhoven, Drost, van Hemert, & Penninx.
16. Kalmbach, Pillai, & Ciesla.
17. Ardittie, Shaw, & Timpano.
18. Nyman, Dibb, Victor & Gosney.
19. Vitorino, Teixeira, Boas, Pereira, Santos, & Rozendo.
1. Huang, Dong, Yue, & Liu.
2. Serra Taylor, & Irizarry-Robles.
3. Hasegawa, Hattori, Nishimura, & Tanno.
4. Self-empowerment
5. hanatos.

و اجتناب (رام کوپال، روشینی، و کوپال، ۲۰۲۰). پیرامون موضوع تحقیق در حوزه افراد نابینا تحقیق مستقلی انجام پذیرفته و صرفاً ال کشکی و همکاران (۲۰۱۷) و موگدا (۲۰۱۷) در دو تحقیق جداگانه، به تفکر مثبت و عزت نفس در افراد کم بینا و نابینا پرداخته اند. لذا همانطور که بیان گردید مشکلاتی از قبیل جهت گیری منفی به مشکل و خودناتوان سازی ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارد، و با توجه به اینکه فضای تحقیقاتی جامعه فاقد تحقیقی مستقل در این حوزه برای نابینایان است، بنابراین هدف از این مطالعه، اثربخشی واقعیت درمانی و مثبت اندیشی بر خودناتوان سازی و جهت گیری منفی به مشکل با نقش تعدیل کننده جنسیت در دانش‌آموزان نابینا می‌باشد.

### روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه به روش نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با استفاده از گروه گواه و همچنین مرحله پیگیری یک ماهه استفاده گردید. جامعه مورد مطالعه عبارت بودند از دانش‌آموزان نابینا مقطع متوسطه دوم (دختر و پسر) به تعداد ۱۱۰ نفر، که در مدارس شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تحصیل اشتغال داشتند. جهت انتخاب اعضای نمونه، معیارهایی برای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد (نابینای مطلق، رضایت کامل، صحت کامل روانشناختی، عدم تحت درمان روانشناختی، عدم غیبت بیش از سه جلسه و رضایت نامه والدین) که بر اساس جدول مورگان تعداد ۶۶ نفر به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و در سه گروه ۲۲ نفره (یک گروه آموزش واقعیت درمانی، یک گروه آموزش مثبت‌اندیشی و یک گروه گواه) به صورت تصادفی تقسیم گردیدند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

**پرسشنامه جهت گیری منفی به مشکل<sup>۵</sup> (NPOQ):** این پرسشنامه توسط چاوود و داگاس<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) با استفاده از ۱۲ سوال با هدف سنجش و نگرش افراد نسبت به مشکلات تنظیم گردیده است. مقیاس مورد استفاده در این پرسشنامه از نوع ۵ درجه ای لیکرت از یک (هرگز) تا پنج (خیلی زیاد) نمره گذاری شد حداقل نمره گذاری در این آزمون ۱۲ و حداکثر ۶۰ می‌باشد. نمره اخذ شده بالا به معنای جهت گیری به مشکل بالا و نمره اخذ شده پایین به معنای جهت گیری به مشکل پایین است علیلو و همکاران (۲۰۱۰) در گزارش خود قید نموده اند: پرسشنامه مذکور از نظر ساختاری تک عاملی است و همسانی آن با ضریب الفای کرونباخ ۰/۷۶ است که مطلوب گزارش گردیده است. در تحقیقی دیگر پیرامون پایایی بازآزمایی آن نیز به فاصله ۵ هفته، بالای (۰/۸۰) گزارش شده است (علیلو و همکاران، ۱۳۸۹)

**پرسشنامه خودناتوان سازی<sup>۶</sup> (SHS):** جهت سنجش خودناتوان سازی از مقیاس خودناتوان سازی جونز و رودوالد<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) استفاده گردید. این

بکار برد زیرا او می‌داند که باید در مقابل یک رخداد قرار گیرد اما با هوشیاری کامل، جسم خود را از مصرف انرژی مضاعف جهت مواجهه با رخداد بر حذر داشته و با اینکه توانایی مواجهه را به لحاظ قدرت جسمانی دارد اما از آن اجتناب می‌ورزد (توروک و سزابو، ۲۰۱۸). لذا فرد کم‌بینا در زندگی روزمره خود با چالش‌های زیادی مانند خواندن، رانندگی و راه رفتن، عدم آزادی در مدیریت شخصی، عدم عزت نفس، تحریف ادراکی و عدم حمایت والدین روبرو است و افراد با نابینایی مطلق نیز از بسیاری موارد فوق محروم بوده و عمدتاً هر دو دسته به لحاظ عزت نفس در سطح پایینی قرار دارند (پاپدوپولس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). عزت نفس، خودباوری و تصویر از خود، مواردی است که تا حدی از طریق تعاملات اجتماعی شکل می‌گیرد و مهم این است که افراد با تجارب توانمندساز روبرو گردند (توروک و سزابو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸).

از جمله مداخلات درمانی مهم در این حوزه می‌توان به واقعیت درمانی اشاره نمود (حمیدی و همکاران ۲۰۲۰). واقعیت درمانی رویکردی است که فرد به تغییر در رفتار روی می‌آورد. مبنای واقعیت درمانی بر نظریه انتخاب پایه گذاری شده است. از دیدگاه واقعیت درمانی، افراد اصولاً در مشکلات اساسی دارای وجوه مشترک هستند، از جمله وجوه مشترک رابطه ناخوشایند است. همچنین رابطه‌ی با دیگران، که البته نمی‌توان آن را یک رابطه قاعده مند دانست، به همین منظور منشاء مشکلات چنین افرادی، عدم ایجاد ارتباط صمیمی و رضایتمند با دیگران است (ساده و نوفرستی، ۱۳۹۸). البته آنچه که در این خصوص مهم به نظر می‌رسد انگیزه‌های درونی در انسان است (شیشه فر و همکاران، ۱۳۹۶). در تحقیقی پس از انجام جلسات مشاوره واقعیت درمانی و آموزش نظریه انتخاب، ارضای نیازهای اساسی گروه آزمایش افزایش پیدا کرد (کاسال و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین مشخص شد که آموزش واقعیت درمانی می‌تواند در بهبود خودمختاری افراد دارای ناتوانی رشد تاثیر مثبتی داشته باشد (نیمان و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). ضمن آنکه اثبات گردید که واقعیت درمانی موجب افزایش مسئولیت پذیری می‌گردد (جاماسیان‌مبارکه و دوگانه‌ای فرد، ۱۳۹۶).

از دیگر راهکارهایی که برای حل مشکلات خودناتوان‌سازی و جهت گیری منفی به مشکل در نابینایان می‌توان در نظر گرفت، مقوله مثبت‌اندیشی است (ال کشکی و محمد، ۲۰۱۷). یک فرد مثبت، موقعیت‌های استرس زا را با خوش بینی ارزیابی می‌کند و توانایی خوبی برای غلبه بر شرایط دشوار را ارزیابی می‌نماید، که ممکن است گاهی زمان بر باشد (معتدجهرمی و همکاران، ۲۰۱۷). البته جایگزینی نگرانی با اشکال مختلف افکار مثبت، حتی اگر به محتوای نگرانی فرد مربوط نباشد، اثرات مفیدی دارد. زیرا می‌توان از ایده‌های مثبت برای مقابله موثر با صفات مزاحم استفاده کرد (ایگلسون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). لذا شیوع بیشتر اختلالات اضطرابی در زنان نسبت به مردان تا حدودی به دلیل تفاوت‌های جنسیتی در عوامل شناختی و رفتاری است که باعث اضطراب می‌شوند، مانند تفکر منفی تکراری

2. Robichaud, & Dugas.  
3. Self-Handicapping Scale  
4. Jonse & Rhodewalt.

6. Papadopoulos, Montgomery, & Chronopoulou.  
7. Török, & Szabó.  
8. Nyman, Dibb, B. Victor, & Gosney  
9. Eagleson, Hayes, Mathews, Perman, & Hirsch.  
5. Negative Problems Orientation Questionnaire.

**شیوه اجرای آموزش مثبت‌اندیشی:** آموزش تنظیم شده برای مثبت‌اندیشی بر اساس جلسه آموزشی کوئیلیام (۲۰۰۳) تهیه گردید. جلسات آموزش مثبت‌اندیشی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه دوم آزمایش در یکی از مراکز آموزشی شهر اردبیل بوسیله محقق، با اخذ رضایت نامه از والدین جهت ورود به مطالعه اجرا گردید (جدول ۲). جهت اخذ اعتبار و روایی آموزش مربوطه، برای ده نفر از اساتید برجسته رشته روانشناسی و آزمون‌سنجی، ارسال و پس از اخذ نظرات آنها با استفاده از آزمون لاوشه، و محاسبه CVI و CVR تمامی سوالات پاسخ داده شده از سوی کارشناسان، بالای ۰/۷۹ محاسبه و گزارش گردید، که بیانگر تایید مفاد آن بود. جلسات به شرح زیر برگزار گردید.

جدول ۲: محتوای آموزش مثبت‌اندیشی

جلسات	موضوع	محتوای آموزش	زمان
اول	آشنایی اعضای و مقدمات	آشنایی اعضا با یکدیگر، ارائه مقدمه‌ای از مفهوم مثبت‌اندیشی و آشنایی با قواعد حاکم بر جلسه و اخذ پیش‌آزمون مرور مطالب جلسه قبل، یادآوری این	۶۰
دوم	تفکر و نگرش در انسان	موضوع که منشاء وجود افکار و باور خود انسان است، و اشاره به سوابق مثبت‌اندیشه در قرآن و اسلام.	۶۰
سوم	آموزش مثبت‌اندیشی	مرور تکلیف گذشته، آموزش مثبت‌اندیشی از طریق به چالش کشیدن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باورها، انجام بحث گروهی.	۶۰
چهارم	افزایش افکار و بازخوردهای مثبت	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش مثبت‌اندیشی از طریق به چالش کشیدن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باورها، انجام بحث گروهی.	۶۰
پنجم	ارائه راهکارهای مثبت‌اندیشی	مرور تکلیف جلسات قبل، آموزش مثبت‌اندیشی از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام سازی و تغییر نگرش‌ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی.	۶۰
ششم	ارائه راهکارهای علمی برای باورهای مثبت‌اندیشی	مرور تکلیف جلسه قبل، وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به نفس و عادات مطلوب ورزشی، تعریف کردن لطیفه و خاطرات لذت بخش	۶۰
هفتم	تمرین مثبت‌اندیشی	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین مثبت‌اندیشی از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، آگاه شدن از نقاط مثبت خود و دیگران، کنار آمدن با انتقادهای، برقراری ارتباط خوب با اطرافیان اتخاذ نگرش عاری از سرزنش	۶۰
هشتم	جمع بندی جلسات	مرور جلسات قبل و گرفتن بازخورد از آزمودنی‌ها، تمرین توانایی اعتماد به توانمندی‌های خود، اخذ پس‌آزمون.	۶۰

مقیاس از ۲۵ ماده تشکیل شده است که به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (از ۱ تا ۶) پاسخ‌ها را مورد سنجش قرار می‌دهد. حیدری و همکاران نیز آلفای کرونباخ آن را از ۰/۶ تا ۰/۷۲ و ضریب پایایی ۰/۸۴ محاسبه نموده‌اند که مناسب توصیف گردیده است (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸)

**شیوه اجرای آموزش واقعیت‌درمانی:** آموزش تنظیم شده برای واقعیت‌درمانی به دانش‌آموزان نابینا برگرفته از کتاب واقعیت‌درمانی گلاسر به ترجمه فاطمه شعبی بود. این آموزش از ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه اول آزمایش در یکی از مراکز آموزشی شهر اردبیل بوسیله محقق اجرا گردید (جدول ۱). ضمن اینکه از والدین دانش‌آموزان نابینا جهت ورود به مطالعه رضایت‌نامه اخذ گردیده بود. جهت اخذ اعتبار و روایی آموزش فوق، مفاد آن برای ده نفر از اساتید برجسته رشته روانشناسی و آزمون‌سنجی، ارسال و پس از اخذ نظرات با استفاده از آزمون لاوشه، و محاسبه CVI و CVR تمامی سوالات پاسخ داده شده از سوی کارشناسان، بالای ۰/۸۳ محاسبه و گزارش گردید، که بیانگر تایید مفاد آن بود. جلسات به شرح زیر برگزار گردید.

جدول ۱: محتوای آموزش واقعیت‌درمانی

جلسات	هدف جلسه	شرح جلسه	زمان
۱	آشنایی اعضای	آشنایی اعضای با یکدیگر همچنین توجه به اعتماد سازی بین اعضا با یکدیگر	۶۰
۲	مشخص کردن نیازها	بررسی نیازهای اساسی که با نظر خود اعضای مورد مطالعه اعلام و از طریق مشاور، تنظیم و اولویت بندی می‌گردند.	۶۰
۳	نوع دیدگاه به زندگی	بررسی دیدگاه شرکت‌کنندگان به زندگی و همسو نمودن آن با اهداف آموزش	۶۰
۴	توجه به عامل اصلی رفتار (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی)	آگاه نمودن گروه به عوامل اصلی رفتار و بیان ویژگی‌ها و خصوصیات هر یک از آنها اعم از آنکه به صورت مستقیم کنترل شوند و یا به صورت غیر مستقیم.	۶۰
۵	موثر بودن رفتار فعلی	اینکه اعضای گروه یک به یک به این موضوع اشاره نمایند که رفتارهای فعلی آنها تا چه میزان پاسخگوی نیازهای آنهاست.	۶۰
۶	پرهیز از جهت‌گیری منفی به مشکل	در این جلسه اعضا با تکنیک‌هایی که آنها را از جهت‌گیری منفی به مشکل باز می‌دارد آشنا می‌گردند.	۶۰
۷	پرهیز از خودناتوان‌سازی و کنترل درونی	در این جلسه اعضا با تکنیک‌هایی که بر اساس آن به ریشه‌یابی مشکلات ایجاد شده پرداخته، پذیرش واقعیت و از خودناتوان‌سازی پرهیز نمایند آشنا گردیدند.	۶۰
۸	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان‌ها	در این جلسه اعضا پیرامون مباحث هیجان‌ها اعم از هیجان مثبت و منفی و کنترل و تنظیم آنها آشنا شدند	۶۰
۹	آموزش پرهیز از اجتناب‌شناختی	در این جلسه با اعضا پیرامون آشنایی با افکار منفی، و پرهیز از آنها در قبال مشکلات دنیای بیرون همچون شغل، ارتباط اجتماعی، خودمختاری آموزش‌های لازم ارائه گردید.	۶۰
۱۰	خلاصه و نتیجه	اجرای تکالیف جلسه قبل و پس‌آزمون	۶۰



جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه (اثر درمان) و بر اساس جنسیت (کنش متقابل)

اثر درمان بر گروه	متغیرها	شاخص	گواه			آموزش واقعیت درمانی			آموزش مثبت اندیشی			
			پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
اثر درمان بر گروه	جهت گیری	میانگین	۴۸/۴۵	۴۶/۸۶	۴۷/۳۶	۴۸/۰۹	۲۱/۹۵	۲۰/۰۹	۴۲/۲۲	۲۲/۴	۲۶/۱۳	
	منفی به مشکل	انحراف معیار	۶/۶	۴/۶۹	۴/۶	۶/۷۴	۱۲/۲۷	۵/۴۳	۱۰/۱۹	۵/۸	۴/۵۱	
	خودناتوان سازی	میانگین	۷۱/۶۸	۸۰/۷۲	۸۲/۶۳	۶۵/۵۰	۲۵/۵۹	۲۲/۹۵	۷۲/۶۸	۲۶	۲۸/۳۶	
جنسیت (کنش متقابل)	پسر	انحراف معیار	۱۳/۰۵	۹/۲۱	۹/۵	۱۰/۶۷	۴/۱۵	۳/۴۲	۹	۴/۳۳	۴/۳۳	
		جهت گیری منفی	انحراف معیار	۵/۶۶	۳/۳۸	۳/۶۷	۳/۱۲	۱۵	۶/۲۸	۱۶/۳۶	۲/۸۴	۵/۰۶
		به مشکل	میانگین	۴۹/۲۷	۵۰	۴۸/۱۸	۵۳	۱۶	۱۸/۲۷	۴۱/۵۴	۲۵/۶۳	۲۷/۸۱
	دختر	انحراف معیار	۷/۶۴	۳/۴۴	۵/۴۹	۵/۷۲	۳/۶۶	۳/۹۰	۰/۸۲	۲/۱۳	۲/۱۳	
		جهت گیری منفی	میانگین	۶۸/۱۸	۷۸/۸۱	۸۴/۸۱	۷۱/۰۹	۲۸/۳۶	۲۵/۰۹	۶۷/۲۷	۲۷/۹۰	۳۰/۵۴
		خودناتوان سازی	انحراف معیار	۱۴/۸۱	۱۱/۹۲	۳/۵۷	۱۱/۰۷	۳/۲۰	۳/۶۴	۸/۲۹	۳/۸۳	۴/۲۹
دختر	جهت گیری منفی	میانگین	۷۵/۱۸	۸۲/۷۲	۸۰/۴۵	۵۹/۹۰	۲۲/۸۱	۲۰/۸۱	۷۸/۰۹	۲۴/۰۹	۲۶/۱۸	
	خودناتوان سازی	انحراف معیار	۱۰/۵۸	۵/۲۷	۱۲/۹۳	۶/۹۰	۳/۰۲	۱/۱۶	۶/۱۸	۳/۳۶	۳/۲۵	

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس استفاده شد. همچنین مقایسه زوجی میانگین‌ها با آزمون بنفرونی و بوسیله نرم افزار spss21 انجام شد.

آمده است که تمامی مقادیر در سطح ( $P < 0.05$ ) معنا دار نگردید لذا فرض نرمال بودن داده‌ها اثبات شد.

جدول ۴: اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت گیری منفی

به مشکل و خودناتوان سازی در گروه‌های آزمایش، گواه و جنسیت

اثر	متغیر	آماره	ارزش F	df	خطا	مجذوراتا	P
آزمایش	جهت گیری منفی به مشکل	۵۷/۰	۲۳/۲۳	۲	۴۲۵/۰	۶۳	$P < 0.01$
	خودناتوان سازی	۱۷/۰	۶۵/۱۴۷	۲	۸۲۴/۰	۶۳	$P < 0.01$
	جهت گیری منفی به مشکل	۰/۹	۰/۳۵	۲	۰/۰۷	۱۹	$P > 0.05$
گواه	خودناتوان سازی	۰/۹	۰/۹۸	۲	۰/۰۹	۱۹	$P > 0.05$
	جهت گیری منفی به مشکل	۰/۱۳	۲۰۲/۷	۲	۰/۸۶	۶۳	$P < 0.01$
جنسیت	خودناتوان سازی	۰/۲۶	۸۷/۵۰	۲	۰/۷۳	۶۳	$P < 0.01$

گزارش جدول (۳)، بیانگر آن است که در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوتی در میانگین‌ها مشاهده نمی‌شود، اما نتایج پس آزمون بیانگر تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و گواه بود. و این تفاوت در آزمون پیگیری نیز ملاحظه گردید. دیدگاه دختران در هر دو مداخله درمانی در جهت گیری منفی به مشکل و خودناتوان سازی نسبت به پسران، کاهشی بوده و تفاوت در مرحله پیگیری معنی دار بود.

جدول ۳ گزارش مبسوطی از وضعیت میانگین‌ها در گروه اول (آموزش واقعیت درمانی، مثبت اندیشی و گواه) ارائه داده که بیانگر اثر آموزش‌ها و کاهش جهت گیری منفی به مشکل و خودناتوان سازی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه است. بخش دوم گزارش فوق، بیانگر تفاوت اثرگذاری آموزش‌ها با نقش تعدیل کننده جنسیت (کنش متقابل) و کاهش مولفه‌های مورد بررسی در دختران و پسران در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه است. همچنین بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس با آزمون لوین نشانگر نرمال بودن داده‌ها بود که این مقدار در جهت گیری منفی به مشکل برابر با ( $F=1/10$ )،

و برای خودناتوان سازی نیز برابر با ( $F=1/2$ )، ( $P > 0.19$ ) بدست

گزارش جدول (۴) آزمون لامبدای ویلکز(متداول ترین آزمون در تحلیل کوواریانس) بیانگر تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گواه و همچنین بیانگر تفاوت در جنسیت می‌باشد. انا برتری اثرپذیری گروه آزمایش نسبت به گواه را با حداقل ۰/۴۲ و حداکثر ۰/۸۲ و در دختران نسبت به پسران با حداقل ۰/۷۳ و حداکثر ۰/۸۶، را در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد ( $P < 0/01$ ).

جدول ۵: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پیگیری

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
جهت‌گیری منفی به مشکل	واقعیت	مثبت‌اندیشی	-۱/۴۵	۲/۵	۱
	درمانی	گواه	-۲۴/۹	۲/۵	۰/۰۰۰
	مثبت‌اندیشی	واقعیت	۱/۴۵	۲/۵	۱
	مثبت‌اندیشی	درمانی	-۲۳/۴۵	۲/۵	۰/۰۰۰
	گواه	واقعیت‌درمانی	۲۴/۹	۲/۵	۰/۰۰۰
	گواه	مثبت‌اندیشی	۲۳/۴۵	۲/۵	۰/۰۰۰
خودناتوان سازی	واقعیت	مثبت‌اندیشی	-۰/۴۰	۱/۸۹	۱
	درمانی	گواه	-۵۵/۱۸	۱/۸۹	۰/۰۰۰
	مثبت‌اندیشی	واقعیت	۰/۴۰	۱/۸۹	۱
	مثبت‌اندیشی	درمانی	-۵۴/۷۷	۱/۸۹	۰/۰۰۰
	گواه	واقعیت‌درمانی	۵۵/۱۸	۱/۸۹	۰/۰۰۰
	گواه	مثبت‌اندیشی	۵۵/۷۷	۱/۸۹	۰/۰۰۰

گزارش جدول (۵) بیانگر آن است که در مرحله پیگیری بین دو گروه آزمایش، در جهت‌گیری منفی به مشکل و خودناتوان سازی تفاوت معنی‌دار با گروه گواه مشاهده می‌شود، که البته بیانگر بهبود دیدگاه پاسخگویان نیز می‌باشد. ( $P < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی بر خودناتوان‌سازی و جهت‌گیری منفی به مشکل در دانش‌آموزان نابینای مقطع دوم متوسطه شهر اردبیل بود. که نتایج یافته‌ها در تمام مراحل بیانگر تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه بوده است. همچنین یافته اول بیانگر آن بود که آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی اثری برابر بر جهت‌گیری منفی به مشکل داشته، هر چند که اثر آموزش در تغییر دیدگاه دختران، نسبت به پسران در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد.

در تبیین یافته‌ها باید عنوان نمود وقتی فرد احساس نماید که نمی‌تواند در برخورد با شرایط تنش‌زا، به عملکردی مناسب رو آورد، در واقع نسبت به یک مشکل یا رخداد جهت‌گیری منفی اخذ نموده است. بنابراین با این تفکر خود را در شرایط تنش‌زا قرار داده است و از طرفی شرایط تنش می‌تواند

شناخت و هیجان را در فرد تحت تاثیر قرار دهد، که تبعات این تاثیر ایجاد نگرانی، احساس منفی و کاهش تلاش برای حل مسئله می‌باشد. در واقع جهت‌گیری منفی به مشکل می‌تواند به صورت غیر مستقیم بر عوامل دیگر همچون انعطاف‌پذیری شناختی نیز موثر باشد. با توجه به نتایج حاصله، میزان جهت‌گیری منفی به مشکل در گروه گواه به مراتب افزایش یافته، ولی این موضوع پس از آموزش مثبت‌اندیشی و تکنیک‌های مربوط به آن، موجب کاهش جهت‌گیری منفی به مشکل گردیده، که می‌تواند دیدگاه افراد نابینا را در مسیر صحیح قرار دهد. بنابراین نابینایی موجب می‌شود تا فرد در انجام برخی امور شخصی با مشکلاتی مواجه گردد و ذهن او به سوی مباحث و مشکلات سوق یافته و نگرشی منفی از باب ناتوانی در اجرا بر او مستولی گردد، با این وصف به نظر می‌رسد آموزش مواردی همچون مثبت‌اندیشی و واقعیت‌درمانی می‌تواند در افزایش بهبود سطح کیفی زندگی دانش‌آموزان نابینا در حال و آینده اثرگذار باشد.

در یافته‌ها نیز آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی اثری همسان بر خودناتوان‌سازی داشته هر چند که این موضوع در دختران نسبت به پسران در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد. که البته این تفاوت در آزمون پیگیری نیز ملاحظه گردید. لذا نتایج بررسی آموزش‌های فوق بر متغیر خودناتوان‌سازی با نتایج تحقیق حمیدی و همکاران (۲۰۲۰) پیرامون مثبت‌اندیشی و افزایش ابراز وجود در دختران که موجب حذف یا کاهش خودناتوان‌سازی می‌شود همسو می‌باشد. همچنین سونادان و جانمی (۲۰۱۷) در مطالعه خود با بررسی اثر واقعیت‌درمانی بر پیشرفت تحصیلی به این نتیجه دست یافتند که، آموزش واقعیت‌درمانی در کاهش اثر عواملی که موجب خودناتوان‌سازی در دانش‌آموزان می‌شود موثر بوده که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو بود. در تبیین یافته‌های پژوهش باید عنوان نمود که از جمله ابعاد رفتاری هر انسان، بروز واکنش در زمان کسب موفقیت و شکست است. این واکنش می‌تواند از انسانی به انسان دیگر متفاوت باشد از محدودترین مباحث در موضوع شکست و پیروزی، قبول مسئولیت فرد در قبال این رخداد می‌باشد، لذا منطقی‌ترین حالت در انسان آن است که او سهم خود را در پیروزی و شکست قبول نموده و با توجه به واقعیت‌های حال حاضر، نسبت به آن قضاوت نماید. محقق معتقد است، از جمله مواردی که در چنین مواقع مورد توجه قرار می‌گیرد بحث خودناتوان‌سازی است. افراد نابینا شاید سهل‌ترین دلیل را برای پوشش شکست‌هایشان و حتی موفقیت‌های خود نقص بینایی قلمداد می‌نمایند، هر چند بنظر می‌رسد در صورت عدم نقض بینایی نیز عامل دیگری را بر رخدادهای فوق بیان می‌نمودند، زیرا قبول مسئولیت ارتباطی به نقص بینایی و سایر نقص‌های جسمی دیگر ندارد، به بیان واضح خودناتوان‌سازی مخصوص نابینایان نبوده و در افراد عادی نیز قابل مشاهده است. لذا انتساب دلایل شکست به عوامل بیرونی و صحه گذاشتن بر موفقیت بر مبنای تلاش خویش، همگی می‌تواند نشانه‌های از خودناتوان‌سازی باشد. نتایج جدول (۳) نیز بیانگر آن است که تا قبل از آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی، افراد نابینا در گروه آزمایش و در پیش‌آزمون از نمرات مطلوبی در میانگین مولفه ناتوان‌سازی برخوردار نبودند و این بیانگر آن است که فرض وجود خودناتوان‌سازی در افراد نابینا، فرضی مورد قبول می‌باشد. در نتیجه

جهت‌گیری منفی به مشکل در دانش‌آموزان نابینا پس از ارائه آموزش‌های واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی رو به کاهش گذاشته و این کاهش در آزمون پیگیری که یکماه پس از اتمام آموزش انجام گردید روند کاهشی خود را تا حد قابل قبولی حفظ نمود. بنابراین به جهت روشن شدن هر چه بیشتر نتایج تحقیق حاضر، نیازمند مقایسه اثربخشی مداخلات درمانی مورد بحث با سایر مولفه‌های روانشناختی افراد نابینا نیز می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود: ۱- در محیط‌های مشابه دارای کاربردی یکسان است و تعمیم‌پذیری آن را محدود خواهد کرد ۲- با توجه به ساختار روانشناختی انسانها، به نظر می‌رسد در اجرای آموزش‌ها باید به برخی عوامل از جمله شرایط حاکم بر وضعیت روحی دانش‌آموزان توجه نمود. همچنین با توجه به اینکه، اثر واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی، بر جهت‌گیری منفی به مشکل و خودناتوان‌سازی در دانش‌آموزان نابینا، در بهبود دیدگاه و تفکر آنها موثر بوده است لذا پیشنهاد می‌گردد با توجه به نتایج تحقیق، استفاده از تکنیک‌های واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی می‌تواند تأثیر بسزایی در تغییر رویکرد ذهنی افراد نابینا مشاهده نمود، لذا استفاده از این تکنیک‌ها در مدارس توسط کارشناسان متخصص الزامی به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه دانش‌آموزان نابینا، در مواجهه با رویدادهای روزمره، به جهت محدودیت در حس بصری، با اتکاء بر تصمیمات ذهنی خویش، راهکارهای مقابله‌ای همچون جهت‌گیری منفی به مشکل و خودناتوان‌سازی را انتخاب کرده و در این مسیر، به جهت عدم توجه به واقعیات زندگی خود، با مشکلاتی در این حوزه مواجه می‌باشند، به نظر می‌رسد، آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی می‌تواند، در بهبود وضعیت دانش‌آموزان نابینا در مباحثی همچون جهت‌گیری منفی به مشکل و خودناتوان‌سازی، بسیار موثر واقع گردد همچنین نکته قابل تأمل این است که تغییر دیدگاه دانش‌آموزان در مثبت‌اندیشی و پرهیز از تفکرات منفی، موجب گردید تا آنها خود را ملزم به انجام تغییراتی به لحاظ ذهنی و رفتاری نمایند. لذا می‌توان از آموزش‌های واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی، به عنوان یک مداخله درمانی غیر دارویی، در بهبود وضعیت دانش‌آموزان نابینا در حوزه‌های مورد مطالعه در تحقیق حاضر بهره‌مند شد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، حاصل پایان‌نامه مقطع دکتری در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی بود که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام گردید. در پایان لازم می‌دانم از همکاری تمامی کسانی که در طی این مسیری خالصانه یاریگر بوده‌اند کمال تقدیر و تشکر را داشته باشم.

#### تضاد منافع

پژوهش حاضر به عنوان یک طرح پژوهشی مستقل می‌باشد که بدون حمایت مالی اشخاص حقیقی یا حقوقی خاص صورت گرفته است.

تکنیک‌های آموزش واقعیت‌درمانی توانسته موجبات کاهش خودناتوان‌سازی را در گروه آزمایش فراهم سازد. همچنین آموزش مثبت‌اندیشی در افزایش بهبود خودناتوان‌سازی افراد نابینا نسبت به گروه کنترل مورد تأیید واقع گردید. اصولاً ناتوان‌سازی زمانی به منصفه ظهور می‌رسد که فرد عزت نفس خود را در سطح پایینی می‌یابد، بنابراین او تلاش می‌کند تا یک راهبرد مناسب انتخاب نماید (جاماسیان مبارکه و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله این راهبردها، معرفی مقصر اصلی به غیر از خود است. جلوه خودناتوان‌سازی می‌تواند در افراد به صورت گوناگون بروز نماید، برخی با مصرف الکل، یا مصرف سیگار و مواد مخدر و برخی دیگر با خودداری عمدی از تلاش‌ها را، راهکاری مناسب در این زمینه دانسته‌اند. همچنین این موضوع نیز قابل توجه است که خودناتوان‌سازی را باید یک استراتژی موقت و زودگذر انتخابی از سوی افراد از جمله نابینایان دانست زیرا به جهت گریز از تبعات شکست و برجسته کردن سهم خود در موفقیت، عامل شکست را نابینایی قلمداد کرده و علت موفقیت را، تلاش و پشتکار خویش، و اینچنین راهبردی موقتی را بر می‌گزیند. این فرایند به عنوان راهکاری در دفاع از خود دانسته شده اما در طولانی مدت اثر مخربی را بر وضعیت روانشناختی نابینایان خواهد گذاشت این موضوع می‌تواند با نظریه انگیزه پیشرفت اتکینسون (۱۹۶۴) نیز مطابقت نماید که بیانگر آن است که افراد با اجتناب از نارسایی بالا، تلاش در ایجاد مانع برای اطلاعات تشخیصی پیرامون توانایی‌های خود می‌نمایند.

در این خصوص با توجه به نظریه یادگیری نیز فرد خودناتوان‌ساز به صورت موقت با توجه به شرایط حاکم بر خویش (مثلاً نابینایی) مسئولیت را از خود پیرامون ناکامی، رفع کرده و بدین لحاظ شاید در کوتاه مدت به یک استراتژی مناسب دست یابد اما در درازمدت با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهد شد. هم‌چنین در تحقیقات انجام شده توسط مک‌کارتی و همکاران (۲۰۰۰) مشخص گردید که در شرایط بحرانی و مشکل‌زا، مردان کمتر به خودناتوان‌سازی روی می‌آورند البته این نظر نیز در تحقیقاتی به اثبات رسید که اصولاً کنترل عزت نفس با معیار جنسیت نمی‌تواند متفاوت باشد. (میلر، ۲۰۱۵) با این وصف پایین بودن نمرات پس‌آزمون نشان دهنده اثر آموزش‌های مذکور در ایجاد انگیزه بر تغییر دیدگاه در هر دوگروه آزمایش می‌باشد. لذا با توجه به نظریه مرگ فروید و ارتباط آن با عدم تلاش برای موفقیت نیز می‌توان مورد توجه قرار گیرد. نتایج تحقیق حاضر با مطالعه ال‌کشکی و همکاران (۲۰۱۷) در افزایش اثر مثبت‌اندیشی بر افزایش عزت نفس در افراد نابینا همسو می‌باشد. همچنین تحقیق موگدا و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اینکه گنجاندن روشهای تفکر مثبت در برنامه روزانه نابینایان موجبات افزایش توانایی‌های آنها در کنترل هیجانات و همچنین عزت نفس خواهد شد و از طرفی می‌تواند زمینه‌های کاهش خودناتوان‌سازی منفی را نیز در آنها ملاحظه نمود لذا تحقیق فوق با نتایج فرضیه حاضر کاملاً همسو می‌باشد

نتایج این پژوهش که برای اولین بار به بحث و مطالعه متغیرها و مولفه‌ها در دانش‌آموزان نابینا پرداخته است بیانگر آن بود که آموزش واقعیت‌درمانی و مثبت‌اندیشی می‌تواند در تغییر دیدگاه افراد نابینا نسبت به جهت‌گیری منفی به مشکل و خودناتوان‌سازی موثر باشد. در پژوهش حاضر، میانگین



## منابع

- Arditte, K. A., Shaw, A. M., & Timpano, K. R. (2016). Repetitive negative thinking: A transdiagnostic correlate of affective disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 35*(3), 181-201.
- Broadbridge, C. L. (2018). Is the centralization of potentially traumatic events always negative? An expansion of the Centrality of Events Scale. *Applied cognitive psychology, 32*(3), 315-325.
- Casale, S., Caplan, S. E., & Fioravanti, G. (2016). Positive metacognitions about Internet use: The mediating role in the relationship between emotional dysregulation and problematic use. *Addictive behaviors, 59*, 84-88.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. New York: Spring Publishing Company.
- Eagleson, C., Hayes, S., Mathews, A., Perman, G., & Hirsch, C. R. (2016). The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour research and therapy, 78*, 13-18.
- El Keshky, M. E. S., & Mohammed, N. Y. (2017). Positive thinking as a means for enhancing the self-esteem of visually impaired and blind people: a systematic review. *The Int J Soc Sci & Human Invent, 4*(3), 3346-55.
- Eskin, M. (2013). *Social Problem-Solving Therapy in the Clinical Practice*. Elsevier. Turkey.
- Hamidi, F., Otaghi, M., & M Paz, F. (2020). Effectiveness of positive thinking training on self-assertiveness of teenage girls. *Women's Health Bulletin, 7*(1), 11-17.
- Hasegawa, A., Hattori, Y., Nishimura, H., & Tanno, Y. (2015). Prospective associations of depressive rumination and social problem solving with depression: A 6-month longitudinal study. *Psychological Reports, 116*(3), 870-888.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2017). A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder? *Journal of Affective Disorders, 208*, 33-40.
- Huang, C. Q., Dong, B. R., Lu, Z. C., Yue, J. R., & Liu, Q. X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing research reviews, 9*(2), 131-141.
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., & Ciesla, J. A. (2016). The correspondence of changes in depressive rumination and worry to weekly variations in affective symptoms: A test of the tripartite model of anxiety and depression in women. *Australian Journal of Psychology, 68*(1), 52-60.
- Motamed-Jahromi, M., Fereidouni, Z., & Dehghan, A. (2017). Effectiveness of positive thinking training program on nurses' quality of work life through smartphone applications. *International scholarly research notices, 2017*.
- Nezu, A. M., Wilkins, V. M., & Nezu, C. M. (2004). Social problem solving, stress, and negative affect. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving* (pp. 49-65). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and rehabilitation, 34*(12), 971-981.
- جاماسیان مبارکه، آریتا؛ دوگانهای فرد، فریده (۱۳۹۶). اثر بخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صرم. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸، ۲۹-۳۷.
- حیدری، محمود؛ خداپناهی، محمد کریم؛ و دهقانی، محسن (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودناتوان سازی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۲، ص ۱۰۶-۹۷.
- ساده، گلچهره؛ نوفرستی، اعظم (۱۳۹۸). کاهش پرخاشگری و هیجانات منفی نوجوانان از خلال آموزش واقعیت‌درمانی. هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران تهران، ص ۴۸-۶۰.
- شریفی‌درآمدی؛ پرویز (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان نابینا. مجله روانشناسی افراد استثنایی، سال اول، شماره ۱، ص ۴۵-۶۶.
- شیشه‌فر، سپیده؛ کاظمی، فرنگیس؛ و پزشکی، شهلا (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان در خود مانده. مجله روانشناسی افراد استثنایی، دوره ۷، شماره ۲۷، ص ۵۳-۷۷.
- محمود علیلو، مجید؛ شاه‌جویی، تقی و هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی، پژوهش‌های نوین روانشناختی. دوره ۵، شماره ۲، ص ۱۸۷-۱۶۹.
- نامنی، محمدرضا؛ حیات‌روشنایی، افسانه و ترابی میلانی، فریده (۱۳۹۶). تحول روانی آموزش و توانبخشی نابینایان. تهران نشر سمت.

- Papadopoulos, K., Montgomery, A. J. & Chronopoulou, E. (2017). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in developmental disabilities*, 34(12), 4565-4570
- Papadopoulos, K., Montgomery, A. J., & Chronopoulou, E. (2013). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in developmental disabilities*, 34(12), 4565-4570
- Parmar, S. D. (2015). Positive thinking can change our life. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 27-30
- Pinter, B., & Greenwald, A. G. (2005). Clarifying the role of the "other" category in the self-esteem IAT. *Experimental Psychology*, 52(1), 74-79.
- Ramgopal, C. N., Roshini, R., & Gopal, C. R. (2020). Effects of Self Esteem Enhancement Training Program Among Visually Impaired and Blind People. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 23, 231-502
- Ribeiro, M. V. M. R., Hasten-Reiter Júnior, H. N., Ribeiro, E. A. N., Jucá, M. J., Barbosa, F. T., & Sousa-Rodrigues, C. F. D. (2015). Association between visual impairment and depression in the elderly: a systematic review. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*, 78, 197-201.
- Robichaud, M. Dugas, M.J. (2005). Negative Problem Orientation (part II): Psychometric Properties of a New Measure, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 39-401
- Sakkalou, E., Sakki, H., O'reilly, M. A., Salt, A. T., & Dale, N. J. (2018). Parenting stress, anxiety, and depression in mothers with visually impaired infants: A cross-sectional and longitudinal cohort analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(3), 290-298
- Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Fatores protetores da depressão em uma mostra de adultos maiores em porto rico: Auto eficácia, escolaridade e outras variáveis sócio demográficas. *Acta colombiana de psicología*, 18(1), 125-134
- Spinhoven, P., Drost, J., van Hemert, B., & Penninx, B. W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 45-52.
- Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S., Morgan, J., Hugo, P., Russell, A., & Schmidt, U. (2012). Understanding catastrophic worry in eating disorders: Process and content characteristics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1095-1103.
- Takeuchi, H., Taki, Y., Nouchi, R., Hashizume, H., Sekiguchi, A., Kotozaki, Y., & Kawashima, R. (2013). Anatomical correlates of self-handicapping tendency. *Cortex*, 49(4), 1148-1154.
- Török, L., & Szabó, Z. P. (2018). The theory of self-handicapping: Forms, influencing factors and measurement. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(2), 173-188.
- Vitorino, L. M., Teixeira, C. A. B., Boas, E. L. V., Pereira, R. L., Santos, N. O. D., & Rozendo, C. A. (2017). Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.