

بررسی اثر بخشی توانمند سازی روانی - اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کاهش افسردگی و پر خاشگری زنان دارای همسران زندانی در سال ۱۳۹۲

فرزانه مهدیان فر*، سید علی کیمیایی**، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی***

*کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
**دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، مشهد، ایران.
***دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانمند سازی روانی - اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کاهش افسردگی و پر خاشگری زنان دارای همسران زندانی بوده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مداخله ای شبه آزمایشی است که با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل صورت گرفته است. جامعه آماری شامل زنان دارای همسران زندانی مبتلا به افسردگی بود که به پایگاه سلامت اجتماعی آستان مهر مشهد مراجعه کرده بودند. تعداد ۲۰ نفر از آنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و پر خاشگری باس و پری استفاده شد. پس از آن توانمندسازی مبتنی بر نظریه انتخاب در ۸ جلسه یک ساعت و نیم، هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج آن مقایسه گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که آموزش‌های ارائه شده بر کاهش میزان افسردگی اثربخشی معناداری داشته‌اند ($F_{(۲,۱۷)} = ۱۶/۱, P < ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون تی مستقل برای پر خاشگری کلی در دو گروه معنادار بود ($T_{(۱۸)} = -۲/۸۷, P < ۰/۰۵$). به علاوه نتایج نشان دادند که درمان تاثیر معناداری در کاهش پر خاشگری فیزیکی افراد داشته است ($T_{(۱۸)} = -۲/۵۳۲, P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که توانمندسازی روانی - اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب توانسته است میزان افسردگی، پر خاشگری کلی و پر خاشگری فیزیکی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی، تئوری انتخاب، افسردگی، پر خاشگری

تایید مقاله: ۹۳/۹/۲۶

وصول مقاله: ۹۳/۶/۱۰

نویسنده پاسخگو: دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، مشهد، ایران. kimiaee@um.ac.ir شماره تماس: ۰۵۱۳۸۸۵۸۶۰

مقدمه

خانوادگی با مشکل مواجه می‌شوند. تلاش زنان در این خانواده‌ها این است که برای فرزندانانشان هم پدر باشند و هم مادر و در نتیجه می‌بایست نقش‌های بیشتر را هم ایفا کنند که بار اضافی مسئولیت به آن‌ها تحمیل می‌شود. «بار اضافی مسئولیت^۱»، «بار اضافی تامین هزینه خانوار» و «بار اضافی عاطفی^۲» از مجموع غیر معمول نقش‌هایی نشأت می‌گیرد که این گروه زنان می‌بایست متحمل شوند و پیامد آن تضعیف بهداشت روان آن‌هاست. هم چنین، ناتوانی در سازگار شدن با این بارهای اضافی موجب آشفتگی، اضطراب، فشارهای روانی و دل مشغولی

یکی از گروه‌های زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که همسران آن‌ها به دلایل مختلف و جهت اعمال قانون در زندان به سر می‌برند. این گروه از زنان به لحاظ ساختاری و کنش با دیگر خانواده‌ها متفاوت بوده و زنان در غیاب همسرانشان به عنوان سرپرست خانواده با مشکلات عدیده‌ای روبه رو هستند. این گروه از زنان علاوه بر وجود مشکلاتی در زمینه مسائل اقتصادی، اجتماعی و غیره از لحاظ بهداشت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند و در نتیجه از لحاظ انجام وظایف

1 Responsibility over load
2 Emotional over load

نظریه توانمندسازی زنان از سوی سارا لانگه^۹ مطرح شد که زنان را به کنترل بیشتر بر جنبه‌های زندگی خویش تشویق می‌کند. توانمندسازی زنان فرایندی است که طی آن زنان از نیازها و خواسته‌های خود آگاه شده و توانایی لازم برای عملی ساختن خواسته‌های خود را به دست می‌آورند(۷). توانمند سازی فقط توانمند سازی اقتصادی و افزایش سطح درآمد و رهایی از فقر نیست، بلکه بُعد مهم دیگر توانمند سازی، توانمندسازی روان شناختی است که به دنبال ارتقاء سلامت روان، بهبود سازگاری، اعتماد به نفس، خودکارآمدی، کنترل بر زندگی و غیره است(۸). در تعریف پیامدهای توانمند سازی روانی- اجتماعی زنان نیز می‌توان گفت؛ توانمند سازی روان شناختی زنان به ارتقاء کیفیت زندگی آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان شناختی خانواده می‌کاهد و سرانجام مشارکت فعال زنان در محیط شغلی به افزایش اقتدار شخصی، بین فردی و سیاسی آنان منتهی می‌شود(۹). با توجه به آنچه ذکر گردید، افزایش روز افزون آسیب‌های اجتماعی در دنیای معاصر به دلایل گوناگون موجب شده است که مشاوران و مخصوصاً کسانی که با خانواده کار می‌کنند نظریه‌ها و طرح‌هایی را برای کمک به خانواده‌های آسیب پذیر همچون زندانیان ارائه دهند. در زمینه انواع مداخلات در خانواده الگوهای عملی بر اساس دیدگاه‌های متفاوتی به وجود آمده است که هدف عمده آن‌ها کمک به خانواده‌ها برای پیشگیری از آسیب‌ها و افزایش کارآمدی خانواده و همچنین درمان آن‌هاست(۹). از جمله یکی از این دیدگاه‌ها، رویکرد واقعیت درمانی^{۱۰} است. به اعتقاد ویلیام گلاسر^{۱۱}، پیش‌تاز رویکرد نظریه انتخاب، همه‌ی انسان‌ها با پنج نیاز ژنتیکی متولد می‌شوند و تمامی رفتارها در جهت تامین این نیازهاست که عبارتند از: نیاز به عشق و تعلق^{۱۲}، آزادی^{۱۳}، قدرت^{۱۴}، تفریح^{۱۵} و نیاز به بقا^{۱۶}. وی معتقد است که اگر افراد درک کنند که تحت تاثیر نیازهای اساسی خود هستند و از ابتدای زندگی‌شان برای ارضای این نیازها تلاش می‌کنند، در بهبود زندگی‌ها پیشرفت چشمگیری حاصل خواهد شد(۱۰). در تئوری انتخاب رفتارهای ما همواره گویای این نکته است که ما در هر زمان انتخاب می‌کنیم که چه چیزی نیازمان را بیش تر برطرف می‌کند. مفهوم کلی این دیدگاه معرف رفتار به عنوان تلاشی برای کنترل ادراکات ما از جهان خارج برای انطباق با دنیای درونی و رفع نیازهای هر فرد است. این نظریه منطبق با درمان‌های روانکاو را که مانند مدل پزشکی است و بر گذشته، احساسات یا بینش درونی، جبر و ضمیر ناخود آگاه تمرکز دارد، رد می‌کند. اهداف درمانی این دیدگاه کمک به افراد در یافتن راهی بهتر در مواجهه با نیازهایشان است. درمان‌گر به مراجعان کمک می‌کند تا توان روانی لازم برای پذیرش مسئولیت شخصی زندگی خویش را به دست آورند. بنا بر نظریه انتخاب

در این زنان گردیده که کاهش بهداشت روان آن‌ها را به همراه خواهد داشت(۱). به علاوه این زنان به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی احساس درماندگی شدید می‌کنند و با وجود حمایت‌های مالی دولتی و غیر دولتی اغلب زندگی سخت و دردناکی دارند که این ویژگی‌های منفی زندگی‌شان موجب عدم شادی و احساس افسردگی آنان می‌شود که یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی انسان است. خشونت، مشکلات اقتصادی، فشارهای محیط کار و سوء استفاده‌های جنسی مهم‌ترین مشکلات اجتماعی ایجاد کننده افسردگی زنان است(۲). بر اساس بررسی‌های انجام شده، نگرانی، اضطراب، ناامنی و افسردگی بیشترین دغدغه این زنان است(۳). در ایران زنان سرپرست خانوار علاوه بر از دست دادن حمایت‌های خانواده و نیز تامین نیازهای مالی، مشکلات دیگری نیز دارند. از آنجایی که این افراد علاوه بر وظایف مادری و تربیت فرزند وظایف دیگری نیز دارند، همین مساله ایفای نقش در این زنان سبب می‌شود دچار تعارض نقش شده و همین امر موجب ایجاد افسردگی و مشکلات دیگر می‌گردد(۲). از جمله این مشکلات می‌توان به بروز انواع اختلالات خلقی^۳ در این افراد مانند افسردگی و یا تظاهرات رفتاری مانند خشم^۴ و پرخاشگری^۵ اشاره کرد.

روان شناسان پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که موجب آسیب دیگران شود یا بالقوه بتواند به دیگران آسیب بزند. این آسیب می‌تواند بدنی، مانند؛ کتک زدن^۶، لگد زدن و گاز گرفتن، یا لفظی مانند؛ ناسزاگویی^۷ و فریاد زدن و یا حقوقی مانند؛ به زور گرفتن چیزی باشد(۳). امروزه یکی از شایع‌ترین این اختلالات خلقی، افسردگی^۸ است که درصد چشمگیری از بیماران را به خود اختصاص داده است. افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلالات روانی است که افراد زیادی به آن مبتلا هستند و آن را به عنوان سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند(۴). خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت از علائم کلیدی افسردگی به شمار می‌رود. فرد افسرده ممکن است احساس غم، یاس، پوچی و بی ارزشی کند. تقریباً همه بیماران افسرده از کاهش انرژی که منجر به بروز اختلال در کار تحصیلی و حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه می‌شود، شکایت می‌کنند(۵).

خانواده‌های نا به سامان نظیر خانواده‌های زندانیان به لحاظ ساختاری با خانواده‌های طبیعی تفاوت دارند و زنان در غیاب همسرانشان به عنوان سرپرست خانواده از بهداشت روانی پایینی برخوردارند(۶). زنان سرپرست خانواده به علت مواجهه با شرایط خاص در زندگی خود می‌توانند مستعدترین افراد در به کار گیری انواع سبک‌های ارتباطی پرخاشگرانه باشند. بنابراین در رابطه با پرخاشگری هم می‌توان گفت؛ پرخاشگری می‌تواند اولین و ساده‌ترین واکنش افراد نسبت به موقعیت‌های ناکام کننده‌ی زندگی باشد که این شرایط ناکام کننده در زندگی این زنان به وفور به چشم می‌خورد.

9 Launge
10 Reality therapy
11 William glasser
12 Love
13 Freedom
14 Power
15 Fun
16 Survival

3 Mood disorder
4 Anger
5 Aggression
6 Thrash
7 Boloquy
8 Depression

امور مشاوره‌ای و خدمات مشاوره‌ای آستان مهر مشهد بودند. شیوه نمونه‌گیری پژوهش از نوع در دسترس بوده است. نمونه پژوهشی شامل ۲۰ زن مراجعه کننده به این مرکز بودند که پس از همتاسازی در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. متغیر مستقل در این پژوهش: توانمندسازی روانی - اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب، متغیر وابسته: افسردگی و پرخاشگری و متغیر کنترل: سن، میزان تحصیلات، زندانی بودن همسر، عدم اعتیاد به مواد مخدر و فقدان تصمیم به طلاق بوده است.

ابزارهای پژوهش

مقیاس پرخاشگری باس و پری

این پرسش‌نامه توسط باس و پری^{۱۱} (۱۹۹۲) ساخته شده است. دارای ۲۹ پرسش می‌باشد. چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم (۷ پرسش) و خصومت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نتایج تحلیل روان سنجی باس و پری (۱۹۹۲) نشان داده است که این پرسش‌نامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹)، برخوردار است. همچنین زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر و با کل مقیاس که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ معتبر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار می‌باشد. در پژوهشی بر روی ۴۹۲ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز که به روش خوشه‌ای - تصادفی انتخاب شده بودند به کمک پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به شیوه بازآزمایی ۰/۷۸ بود. هم چنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسش‌نامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان دهنده کفایت و کارایی این پرسش‌نامه در ایران است (۱۲). همچنین در پژوهشی که بر روی یک نمونه ۲۰۹ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز که به طور تصادفی انتخاب شدند، اعتبار پرسش‌نامه پرخاشگری از سه راه روش آلفای کرونباخ، باز-آزمایی و تنصیف مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ به دست آمد. روایی این پرسش‌نامه نیز از راه شاخص روایی همگرا همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت (۱۳). روایی همگرایی پرسش‌نامه با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه با یکدیگر و با کل پرسش‌نامه تایید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند. روایی هم زمان نیز با به کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی برآورد شد که ضریب هم بستگی (۰/۳۴) میان پرسش‌نامه پرخاشگری و آسیب عمومی معنادار بود. شیوه نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً خلاف خصوصیت من است) تا ۵ (کاملاً گویای خصوصیت من است) می‌باشد. نمره سوالات ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره‌ی کل عبارت است از مجموع نمرات کل سوالات و دامنه‌ی آن از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمرات بالا نشان دهنده‌ی پرخاشگری بیشتر است.

17 Bass & Pery

هنگامی که افراد نمی‌توانند راه مناسب و مسئولانه‌ای برای ارضای نیازهای خود انتخاب کنند، دست به رفتارهای گوناگونی می‌زنند که به اعتقاد گلاسر بهترین رفتاری است که در آن زمان انتخاب کرده‌اند. افراد هنگام ناکامی در برآورده کردن نیازهایشان، رفتارهای خود را به گونه‌ای انتخاب کرده که نیاز آن‌ها را برطرف سازد. این نظریه با توضیح مفهوم رفتار کلی به مراجعان، آموزش می‌دهد هر چیزی که از انسان سر می‌زند یک رفتار است و افراد خودشان رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند. بنابراین با آموزش مفهوم رفتار کلی و مولفه‌های آن، فرد در می‌یابد که هر آنچه انجام داده است انتخاب خودش بوده و نه جبر شرایط بیرونی. وقتی مراجعان با این مفاهیم آشنا می‌شوند و به قدرت انتخاب‌های خود پی می‌برند، می‌توانند رفتارهای کارآمدتری را جایگزین رفتار فعلی خویش کرده و خود نیز مسئولیت این انتخاب‌ها را بر عهده می‌گیرند. این دیدگاه به افراد کمک می‌نماید تا بدانند، که قربانی گذشته خود نیستند و می‌توانند فعالانه در ساختن شرایط بهتر برای خویش اقدامی انجام دهند و کنترل موثری بر زندگی خویش به دست آورند. بر این اساس واقعیت درمانی به عنوان رویکردی که اساس آن تئوری انتخاب است با فنون خویش به افراد کمک می‌کند تا آگاهانه‌تر و با کنترل موثرتری زندگی خویش را اداره نمایند. بر این اساس رویکرد واقعیت درمانی برگرفته از نظریه انتخاب گلاسر است. نظریه انتخاب گلاسر می‌گوید تمام آنچه از ما سر می‌زند رفتار است و تقریباً تمامی رفتارها انتخاب می‌شوند. واقعیت درمانی روش مشاوره و درمانی است که گلاسر به آموزش آن می‌پردازد. این روش، هنر خلق یک رابطه معنادار با مراجع را آموزش می‌دهد که از گذر رابطه به مراجع کمک می‌کنیم، انتخاب‌های موثرتری انجام دهد. امروزه واقعیت درمانی بر پایه تئوری انتخاب استوار است و موفقیت آن به میزان آشنایی و دانش مشاوره با تئوری انتخاب بستگی دارد (۱۱).

بنابراین توانمندسازی مبتنی بر نظریه انتخاب، شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری عاطفی که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره فرد تاکید می‌شود. به علاوه، از آنجاییکه با کاهش اضطراب و افسردگی در زنان آسیب پذیر، بخش وسیعی از سلامت روانی فرد، خانواده و جامعه تامین خواهد شد، بنابراین ضرورت دارد که تحقیقات گسترده وسیعی به منظور یافتن بهترین راه حل‌ها در این زمینه صورت پذیرد. مطالعه حاضر نیز در همین راستا انجام گرفت. در حقیقت هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر توانمندسازی روانی - اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب بر کاهش افسردگی و پرخاشگری زنان دارای همسر زندانی است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مداخله‌ای شبه آزمایشی است که با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل؛ کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز

پرسشنامه تجدید نظر شده افسردگی بک^{۱۸}

ابزار مورد استفاده برای جمع آوری اطلاعات فرم تجدید نظر شده افسردگی (BDI-II) بوده است. این ابزار، یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی سندرم افسردگی طراحی شده است (۱۴). ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار و غیر بیمار ۰/۲۱ گزارش شده است. در ایران نیز مطالعه‌ای روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و علامه طباطبایی به منظور تعیین اعتبار و پایایی BDI-II صورت گرفت که براین اساس نمره کل با میانگین ۹۸/۹ و انحراف استاندارد ۷/۹۶، آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۸ و پایایی باز آزماییک هفته‌ای ۰/۷۳ به دست آمد (۱۴). نمره گذاری آزمون (BDI-II) بر حسب شدت افسردگی به شکل زیر می‌باشد.

۰-۱۳: هیچ یا کمترین؛ ۱۹-۱۴: افسردگی خفیف؛ ۲۸-۲۰: افسردگی متوسط؛ ۶۳-۲۹: افسردگی شدید.

شیوه اجرا

ابتدا از ۳۰ نفر افرادی که به مرکز آستان مهر مشهد مراجعه کرده بودند مصاحبه اولیه به عمل آمد و پس از بررسی متغیرهای کنترل پژوهش، افرادی که دارای همسر زندانی بودند و در پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از ۱۴ گرفتند، خواسته شد تا پرسشنامه پرخاشگری باس و پری را تکمیل نمایند. سپس کسانی که در این پرسشنامه نمرات بالایی داشتند و مایل به همکاری بودند به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. این پرسشنامه‌ها به عنوان پیش آزمون بودند. پس از آن توانمندسازی مبتنی بر نظریه انتخاب در ۸ جلسه یک ساعت و نیم، هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج آن مقایسه گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی در پایان پژوهش گروه کنترل نیز به میزان ۵ جلسه توانمندسازی روانی- اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب را دریافت نمودند. به منظور تحلیل آماری داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، درصد میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش استنباطی از آزمون T برای گروه‌های مستقل، تحلیل کوواریانس^{۱۹} برای آزمون فرضیه‌ها و کنترل اثر پیش آزمون برایتعیین اثر بخشی درمان استفاده شد. تمام مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار Spss-16 انجام شد. جدول شماره ۱ برنامه مداخلات واقعیت‌درمانی را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی داده‌ها نشان داده شرکت کنندگان در پژوهش ۲۰ نفر بودند که در ۲ گروه به طور تصادفی قرار گرفتند. در هر گروه ۱۰ نفر حضور داشتند که شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل می‌شدند. توزیع سطح تحصیلات در گروه کنترل به این شکل بود که ۲ نفر (۲۰٪) دارای تحصیلات ابتدایی، ۵ نفر (۵۰٪) سیکل و ۳ نفر (۳۰٪) دیپلم حضور داشتند. در گروه آزمایش نیز ۳ نفر (۳۰٪) ابتدایی، ۵ نفر (۵۰٪) سیکل، ۲ نفر (۲۰٪) دیپلم بودند. میانگین و انحراف استاندارد هر کدام از متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونوف (K-S) نشان داد که این پیش فرض برای تمامی متغیرها رعایت شده است. به علاوه پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر افسردگی رعایت شده اما در برخی خرده‌مقیاس‌های متغیر پرخاشگری رعایت نشده است. رعایت نشدن پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری نشان دهنده مجاز نبودن اجرای تحلیل کوواریانس برای متغیر پرخاشگری و خرده‌مقیاس‌های آن است. نتایج به دست آمده در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

هم چنین برای مقایسه اثربخشی گروه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس^{۲۰} استفاده شد. استفاده از روش کواریانس بهترین شیوه آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های پیش‌آزمون پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در تحلیل کواریانس نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی و نمرات پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته به کار می‌رود. همان طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، آموزش‌های ارائه شده بر کاهش میزان افسردگی اثربخشی معناداری داشته‌اند ($F_{(2,17)} = 16/1, P < 0/05$).

در نهایت جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین پیش/پس آزمون در دو گروه معنادار شده است ($T_{(18)} = -2/87, P < 0/05$). بدین معنا که تفاوت ایجاد شده در اثر آموزش‌های ارائه شده بر پرخاشگری موجب کاهش معنادار در گروه آزمایش شده است. بعلاوه، آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین پیش/پس آزمون در دو گروه معنادار شده است ($P < 0/05$ ، $T_{(18)} = -2/532$). بدین معنا که تفاوت ایجاد شده در اثر آموزش‌های ارائه شده بر پرخاشگری فیزیکی موجب کاهش معنادار در گروه آزمایش شده است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین پیش/پس آزمون در دو گروه معنادار نشده است ($T_{(18)} = -1/987, P > 0/05$). بدین معنا که تفاوت ایجاد شده در اثر آموزش‌های ارائه شده بر پرخاشگری کلامی موجب کاهش در گروه آزمایش شده است، اما تفاوت آن با گروه کنترل معنادار نشده است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین پیش/

جدول شماره ۱- برنامه جلسات واقعیت درمانی

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	معرفی برنامه درمانی، منطق زیر بنایی آن	... بیان قواعد جلسه درمانی (اصل رازداری، مدت زمان جلسات درمان) - اجرای پیش آزمون‌ها
جلسه دوم	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما و معرفی نیازهای بنیادین و تاثیر آن در زندگی افراد	... توضیح اینکه هر چه از ما سر می‌زند، یک رفتار است و همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است - هدف تمام رفتارهای ما، ارضا یکی از نیازهای اساسی ما است - معرفی ۵ نیاز اساسی بقا، عشق و محبت، قدرت، آزادی، تفریح و شناخت و ترسیم نیم رخ نیازهای خود
جلسه سوم	آشنایی اعضاء با تفاوت نیازها و خواسته‌ها	... توضیح خواسته‌ها و بیان تفاوت آن‌ها با نیازها - بررسی نیازهایی که پشت خواسته‌ها نهفته است
جلسه چهارم	معرفی رفتار کلی و آشنا سازی افراد با ۴ مولفه تشکیل دهنده آن: فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی	... تاکید بر کنترل فکر و عمل به طور مستقیم و احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم، با ارائه متافور ماشین رفتار و مثال‌ها - یک تمرین برای نشان دادن اثر بخشی تغییر عمل و فکر بر احساس و فیزیولوژی - توضیح مفهوم افسردگی و ناکامی ناشی از پرخاشگری - توضیح رفتار مسئولانه و انتخاب رفتارهای افسرده گونه و پرخاشگرانه با توجه به اصل انتخاب رفتار
جلسه پنجم	آشنایی با نظریه کنترل، هفت عادت مخرب و هفت عادت مهرورزی	آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط صمیمانه آشنایی با هفت عادت مخرب و جایگزینی آن با هفت عادت مهرورزی تکلیف خانه برای مراعات این رفتارها تا جلسه آینده
جلسه ششم	معرفی تعارض‌های چهارگانه	... ارائه گزارش تکالیف خانه توسط مراجع - معرفی تعارض‌های چهارگانه: الف) اجبار طرف مقابل به انجام کاری که نمی‌خواهد. ب) اجباراز طرف مقابل به انجام کاری که تو نمی‌خواهی. ج) اجبار دو طرفه به انجام کاری که هیچ کدام نمی‌خواهند. د) اجبار خود به انجام کاری که نمی‌خواهی.
جلسه هفتم	آموزش دنیای کیفی	... معرفی دنیای کیفی و شناسایی دنیای مطلوب آزمودنی‌ها - بررسی شکاف بین دنیای کیفی (آنچه می‌خواهم) و دنیای واقعی (آنچه دارم) و پیامدهای اضطرابی، افسردگی و خشم حاصل از آن. - بیان تجربیات آزمودنی
جلسه هشتم	معرفی WDEP و اختتام جلسات درمان	... بررسی سوالات زیر: W: چه چیزی را می‌خواهی؟ D: اکنون چه کاری برای خواسته ات انجام می‌دهی؟ E: آیا آنچه انجام می‌دهی، تو را به آنچه می‌خواهی می‌رساند؟ P: کمک به آزمودنی برای شناسایی شیوه‌های اختصاصی تغییر انتخاب‌های ناکام مانده، به انتخاب‌های موفقیت آمیز ... بحث و بررسی راجع به آموخته‌ها و اجرای پس آزمون

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش‌های ارائه شده بر کاهش میزان افسردگی اثربخشی معناداری داشته‌اند. این یافته با نتایج بررسی‌های سایر محققان برای نمونه (دوبا^{۲۱}، گراهام^{۲۲}، بریزمن^{۲۳} و میناتری^{۲۴}

پس آزمون در دو گروه معنادار نشده است ($P > 0.05$ ، $T_{(18)} = -1/988$). بدین معنا که تفاوت ایجاد شده در اثر آموزش‌های ارائه شده بر عصبانیت موجب کاهش در گروه آزمایش شده است، اما تفاوت آن با گروه کنترل معنادار نشده است. بعلاوه، نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین پیش/پس آزمون در دو گروه معنادار نشده است ($P > 0.05$ ، $T_{(18)} = -1/823$). بدین معنا که تفاوت ایجاد شده در اثر آموزش‌های ارائه شده بر خصومت موجب کاهش در گروه آزمایش شده است، اما تفاوت آن با گروه کنترل معنادار نشده است.

21 Duba
22 Graham
23 Brizman
24 Minatry

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی و پرخاشگری به تفکیک گروه

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	X	SD	X
افسردگی	آزمایش	۶/۷۸	۲۹/۵	۹/۶	۲/۹۱
	کنترل	۱۳/۳۶	۱۶/۴	۱۵/۴	۱۳/۷۸
پرخاشگری	آزمایش	۲۰/۸۷	۸۸/۴	۷۲/۲	۱۵/۹۱
	کنترل	۱۰/۲۲	۶۲/۱	۶۸/۳	۱۵/۷۱
پرخاشگری فیزیکی	آزمایش	۶/۶	۲۶/۴	۲۰/۴	۶/۵۶
	کنترل	۴/۴۲	۱۷	۱۶/۷	۵/۴۵
پرخاشگری کلامی	آزمایش	۳/۷۵	۱۵/۱	۱۱/۳	۳/۱۲
	کنترل	۳/۵۳	۱۱/۵	۱۲/۲	۳/۳۵
خشم	آزمایش	۵/۹	۲۲/۸	۱۹/۶	۴/۲۲
	کنترل	۵/۶۵	۱۸/۲	۱۹/۲	۵/۲۸
خصوصیت	آزمایش	۶/۹۱	۲۴/۱	۲۰/۹	۵/۴۸
	کنترل	۵/۳۳	۱۷/۷	۲۰/۲	۵/۷۸

جدول ۳- نتایج بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس

متغیرها	همگنی واریانسها		همگنی شیبها	
	لوین	سطح معناداری	F	سطح معناداری
افسردگی	۲/۱۷	۰/۱۱	۲/۳۷	۰/۱۳
پرخاشگری	۲/۰۵	۰/۱۶	۱/۶۹	۰/۲۱
پرخاشگری فیزیکی	۰/۲۶۳	۰/۶۱	۶/۷۵	۰/۰۰۷
پرخاشگری کلامی	۰/۱۴۳	۰/۷۰	۰/۱۵۶	۰/۸۵
خشم	۰/۸۴۳	۰/۳۷	۴/۹۹	۰/۰۲
خصوصیت	۰/۵۷۱	۰/۴۶	۰/۸۲	۰/۴۵

پرویش دادن رفتارهای عذاب آور فلاکت را انتخاب می کنند، علتش این است که اینها بهترین رفتارهایی هستند که در آن لحظه توانسته اند ابداع کنند (۱۹). همان گونه که در بخش بیان مساله عنوان شد رویکرد واقعیت درمانی برگرفته از نظریه انتخاب گلاسر است. نظریه انتخاب گلاسر می گوید تمام آنچه از ما سر می زند رفتار است و تقریباً تمامی رفتارها انتخاب می شوند. واقعیت درمانی روش مشاوره و درمانی است که گلاسر به آموزش آن می پردازد. این روش، هنر خلق یک رابطه معنادار با مراجع را آموزش می دهد که از گذر رابطه به مراجع کمک می کنیم، انتخاب های موثرتری انجام دهد. امروزه واقعیت درمانی بر پایه تئوری انتخاب استوار است و موفقیت آن به میزان آشنایی و دانش مشاوره با تئوری انتخاب بستگی دارد. در واقع آموزش مفاهیم تئوری انتخاب به فردی که مورد مشاوره قرار می گیرد اکنون بخشی از فرآیند واقعیت درمانی است. از آن جایی که نداشتن پیوند و رابطه یا قطع شدن رابطه با افرادی که به آن نیاز داریم، منبع تمامی مشکلات روان شناختی به شمار می رود، هدف واقعیت درمانی کمک به افراد برای برقراری رابطه معنادار با اطرافیان است. در این رویکرد تمرکز بر زمان حال و اجتناب از بحث کردن درباره گذشته مورد توجه است. اجتناب از رفتارهای ناکارآمد به مراجع کمک می کند تا او نیز از انجام آنها در روابط خود پرهیز کند. با انجام این کار آنها یاد می گیرند از این رفتارهای شدید آزار دهنده کنترل بیرونی که روابط انسانی را تخریب می کنند بپرهیزند. به مراجع کمک می کند تا برای ایجاد این رابطه با افراد مهم زندگیش یک طرح عملی و خاص داشته باشد. هم چنین به مراجع کمک می کند تا رفتارهای موثرتری را یاد بگیرد (۱۱).

بنابراین واقعیت درمانی به عنوان یک روش مشاوره و مداخله درمانی به دنبال کمک به افراد برای به دست آوردن کنترل موثر بر زندگی خود است. در حقیقت واقعیت درمانی بر این اندیشه بنا شده است که

۲۰۰۹؛ کیم^{۲۵}؛ ۲۰۰۲؛ هوات^{۲۶}؛ ۲۰۰۱؛ کریچ^{۲۷}، ۲۰۰۱) همخوانی دارد (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). گلاسر (۲۰۱۲) معتقد است افراد به چهار دلیل رنج و افسردگی را انتخاب می کنند (۱): برای تحت کنترل در آوردن خشم خود (۲) جلب کمک بدون درخواست (۳) توجه و بهانه برای عدم انجام کارهای موثر (۴) کنترل دیگران.

انتخاب افسردگی کردن صرف نظر از مدت و شدت آن بیماری روانی نیست. افسردگی هم مانند همه رفتارهای ما یک انتخاب است. هنگامی که مفهوم رفتار کلی را خوب درک کنیم متوجه می شویم تمام احساسات ما اعم از خوشایند و ناخوشایند یک انتخاب غیر مستقیم است (۱۰). استفاده رایج از اسامی و صفات برای توصیف افسردگی و دیگر بیماری های روانی بسیاری از مردم را از فکر کردن در این خصوص که به جای رنج بردن و تحمل کردن کار دیگری هم می توانند انجام دهند باز داشته است (۱۰). گلاسر معتقد است وقتی از افسرده بودن، سردرد داشتن، عصبانی بودن یا مضطرب بودن صحبت می شود به بی اختیاری و فقدان مسئولیت شخصی اشاره می کند که دقیق نیست. دقیق تر این است که اینها را بخشی از رفتارهای کامل در نظر گرفته و از افعال افسرده کننده، سردرد آور، عصبانی کننده و مضطرب کننده برای توصیف آنها استفاده شود. دقیق تر آن است که افراد به صورت افسرده کننده یا مضطرب کننده خودشان در نظر گرفته شوند، نه اینکه رویدادهایی باعث افسردگی و اضطراب آنها شده است. وقتی افراد با

25 Kim
26 Howatt
27 Kreyche

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش‌های انجام شده بر کاهش افسردگی

منبع پراش	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورت	F	sig	توان
پیش آزمون	۹۶۸/۰۷۶	۱	۹۸۶/۰۷۶	۲۰/۱۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۴۲
گروه	۷۷۵/۴۹۹	۱	۷۷۵/۴۹۹	۱۶/۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
خطا	۸۱۸/۷۲۴	۱۸	۴۸/۱۶			
کل	۵۰۸۰	۲۰				

وی دارند. اگر فرد عمل خودش را با پذیرش این نکته که خودش در روند انتخاب‌هایش مسئول بوده است، تغییر دهد، فکر فرد تغییر کرده و تغییر در فکر منجر به تغییر در احساس فرد گشته و می‌تواند حالات بدنی وی را هم تغییر دهد. در نتیجه در رفتارهای مانند افسردگی هنگامی که عمل فرد افسردگی کردن شود، این عمل فکر وی را تحت تاثیر قرار داده و فرد خود را قربانی شرایط گذشته و بیرونی خود می‌داند و مسئولیت افسردگی کردن خویش را برگردن دیگران می‌اندازد. این کار سبب کناره‌گیری فرد از دیگران شده و در نتیجه فرد برای فرار از قبول نقش خویش در ایجاد چنین شرایطی دست به افسردگی‌کردن می‌زند (۱۰، ۲۷).

در واقعیت‌درمانی بر جریاناتی که در زمان حال اتفاق می‌افتند، تأکید می‌شود، زیرا وقایع زمان گذشته، گذشته‌اند و تغییر در آن‌ها ممکن نیست. وضع موجود و آینده قابل تغییر هستند. در صورتی که گذشته مطرح شود، مشاور آن را به زمان حال و آینده مربوط می‌سازد تا بدین وسیله مراجع اولاً با شناخت موارد مثبت و سازنده شخصیت خویش آشنا شود و از آن‌ها به عنوان تقویت در تغییر هویت ناموفق خود استفاده کند؛ ثانیاً از موانع انجام کارهای درست آگاه گردد و شیوه‌های رفع آن‌ها را بیاموزد؛ و ثالثاً روش‌ها و رفتارهای موفقیت‌آمیز گذشته‌اش را شناسائی کند و خود را نسبت به تکرار آن‌ها تشویق نماید (۱۹).

در مجموع می‌توان گفت، از دیدگاه واقعیت‌درمانی، انسان بر افکار و احساسات خود کنترل محدودی دارد و قانون واحدی که بر افکار و احساسات حاکم باشد، وجود ندارد. چنانچه کنترل احساسات امکان‌پذیر می‌بود، می‌توانستیم قانونی وضع کنیم که همه افراد بشر برای همیشها احساس‌سادی و خوشی کنند. این‌بندامعنی نیست که احساسات مهم نیستند، بلکه حاکی از این است که افراد رفتار خود را بهتر و بیشتر از افکار و احساسات خویش می‌توانند کنترل کنند. بدین لحاظ، مشاور فعالیت خود را بر رفتار مراجع متمرکز می‌سازد و اعتقاد دارد که اگر مردم با یکدیگر به صورت شایسته و مسؤولانه رفتار کنند، در نهایت از این رفتار احساس رضایت خواهند کرد. به بیان دیگر، مشاور احساسات را مرتبط با رفتار انجام شده می‌داند و مراجع را از کارهایی که انجام می‌دهد، آگاه می‌سازد. زیرا معتقد است تا زمانی که شخص از رفتارش آگاه نشود، امیدی به یادگیری رفتار مناسب و شایسته نخواهد بود و در نتیجه کسب هویت موفقیت‌آمیز که با احساس بهتری همراه است

جدول ۵- نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات تفاضل میانگین پرخاشگری در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

متغیر	T	درجه آزادی	معناداری
پرخاشگری	-۲/۸۷۷	۱۸	۰/۰۱
فیزیکی	-۲/۵۳۲	۱۸	۰/۰۲
کلامی	-۱/۹۸۷	۱۸	۰/۰۶
خشم	-۱/۹۸۸	۱۸	۰/۰۶
خصومت	-۱/۸۲۳	۱۸	۰/۰۸

آنچه در زندگی انجام می‌دهیم را انتخاب می‌کنیم و دیگر این که ما در خصوص انتخاب‌های خود مسئولیم. در این رویکرد احساس مسئولیت و مسئولیت پذیر یعنی یادگیری انتخاب رفتاری که نیازهای اساسی ما را برآورده می‌سازند، بنیادی‌ترین مفهوم است (۱۰).

در نهایت در مورد احساس افسردگی زنان دارای همسران زندانی می‌توان گفت؛ انسان‌ها افسرده نمی‌شوند، بلکه افسردگی را انتخاب کرده تا از این طریق بتوانند توجیه و بهانه ای برای عدم انجام کارهای موثرتر داشته باشند. بنابراین در مورد تاثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی این افراد می‌توان اظهار کرد که این رویکرد یک درمان فعال و آموزشی است. با استفاده از مفاهیم تئوری انتخاب و آگاهی دادن به افراد در مورد انتخاب‌ها و شیوه ارضای آن‌ها می‌توان به افراد کمک کرد تا کنترل بهتری بر زندگی خود داشته و مسئولیت پذیرتر شوند و رفتارهای موثر دیگری به جز افسردگی کردن را برگزینند. این دیدگاه به افراد می‌گوید شرایط نامساعدی که در آن قرار دارند را خودشان انتخاب کرده اند زیرا انسان در همه موارد زندگی خویش دست به انتخاب می‌زند. با آموزش مفهوم رفتار کلی می‌توان به افراد نشان داد چگونه خودشان فعالانه در روند انتخاب‌های خویش موثر هستند. با توجه به مفهوم رفتار کلی، هر رفتاری که فرد انجام می‌دهد دارای ۴ مولفه فکر، عمل، فیزیولوژی و احساس است که گلاسر ارتباط و تاثیر این ۴ مولفه را با مفهوم ماشین رفتار برای مراجع توضیح می‌دهد. براین اساس، فکر و عمل تاثیر قابل توجهی بر احساس و فیزیولوژی

سازند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوهی صحیح سبب افزایش سلامت روان می‌شود. با آگاه ساختن افراد از رفتارهای مخرب شامل: تهدید، تنبیه، سرزنش، شکایت و غر زدن، انتقاد، تحقیر می‌توان به افراد آموزش داد. این رفتارهای ناکار آمد نمی‌توانند نیاز فرد را به گونه‌ای برآورده سازند که مانع دیگران نشوند. افرادی که برای نیل به خواسته‌های خود رفتار پرخاشگری را انتخاب می‌کنند مانع دستیابی دیگران به ارضای نیازهایشان گشته و رفتاری غیرمسئولانه دارند. با آموزش رفتارهای موثرتر به افراد جهت ارضای نیازهایشان و مسئولانه رفتار کردن به این معنا که ارضای نیاز فرد مانع دیگران نشود و آن‌ها را نادیده نگیرد، می‌توان به افراد کمک کرد تا رفتارهای کارآمدتر و مسئولانه‌تر به جای پرخاشگری انتخاب کنند (۲۷).

در پژوهش حاضر، واقعیت درمانی اثربخشی معناداری بر کاهش پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت زنان دارای همسر زندانی نداشت که بر خلاف سایر تحقیقات است. دلیل این موضوع را می‌توان در عدم تفکیک خصومت، خشم و پرخاشگری کلامی در مراجعان جستجو کرد. تشریح انواع پرخاشگری و سطوح آن می‌تواند کمک کننده باشد. در واقع می‌توان گفت مراجعان در بررسی حاضر، صرفاً پرخاشگری فیزیکی را جزء پرخاشگری دانسته‌اند و خصومت، خشم و پرخاشگری کلامی را با آن متمایز نکرده‌اند. چرا که واقعیت درمانی اثربخشی معناداری بر کاهش پرخاشگری فیزیکی نشان داده است.

در واقعیت‌درمانی از افراد کمکی نظیر دوست و همسر و معلم و هرکس دیگری که در زندگی مراجع اهمیت دارند، دعوت می‌شود برای ملاقات با مراجع به دفتر کار مشاور مراجعه کنند. این عمل به خاطر درک بهتر مشاور از مراجع و کمک به او برای شناخت خویش از دید افرادی است که مورد احترام او می‌باشند. واقعیت‌درمانی با استفاده از آموزش‌های شناختی و رفتاری، حرفه‌ای، کار آفرینی، اشتغال خانگی و... به آنان یا فرزندان‌شان و مشارکت دائم آنان در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی، بخشی از امنیت اجتماعی آنان تامین می‌شود و می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای غنی‌تری در اختیارشان قرار دهد (۲۶). در نتیجه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب نه تنها به کاهش افسردگی زنان دارای همسران زندانی منجر شده بلکه خشم و پرخاشجویی آنان را نسبت به این شرایط از زندگی کاهش داده و با افزایش کنترل بر خود کنترل بهتری بر زندگی داشته باشند که خود سلامت روان شناختی آنان را به دنبال دارد.

محدودیت‌های پژوهش

شناخت محدود برخی از پاسخ‌دهندگان درخصوص موضوعات مربوط به متغیرهای پژوهش‌طولانی بودن سوالات پرسش‌نامه باعث اکراه در پاسخ‌گویی پاسخ دهندگان شده بود. ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش فقط پرسش‌نامه است و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را جمع‌آوری کند.

میسر نمی‌گردد. واقعیت درمانی به افراد آسیب دیده کمک می‌کند تا رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه خود را تغییر دهند و در نتیجه تغییر رفتار، احساس بهتری کسب کرده و بهداشت روانشان افزایش می‌یابد. به علاوه یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش‌های تئوری انتخاب به زنان دارای همسر زندانی، پرخاشگری آنان را کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج بررسی‌های سایر محققان برای نمونه (لوید^{۲۸}، ۲۰۰۵؛ پترسون^{۲۹}، چنگ و کالینز^{۳۰}، ۱۹۹۸؛ کیم و وانگ^{۳۱}، ۲۰۰۲) همخوانی دارد (۲۱، ۲۲) و با نتایج بررسی‌های سایر محققان برای نمونه (هوات، ۲۰۰۱؛ کریج، ۲۰۰۱؛ لوید، ۲۰۰۵؛ چنگ، ۲۰۰۱؛ مرادی، ۲۰۰۷؛ دارابی، ۲۰۰۷)، همخوانی ندارد (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۴). بعلاوه در پژوهشی مشخص گردید که منشاء خلاقیت، مسئولیت، رفتار سالم و تغییرات پایدار، خودانگیختگی و نه انگیزه‌ی بیرونی کاهش افسردگی در آزمودنی‌ها بوده است (۲۵).

پترسون و همکاران، پژوهشی را بر خودپنداره‌ی دانشجویان دانشگاه تایلوان انجام دادند که نتایج تحقیق، حاکی از تقویت خودپنداره در گروه آزمون بود و ارضای نیازهای اساسی گروه آزمون، افزایش پیدا کرده است (۲۱).

در حقیقت در واقعیت درمانی، پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت به‌سزائی دارد. انسان مسؤول، 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 جامع مملی‌پوشاند و در نتیجه احساس رضایت و ارزشمندی به وی دست می‌دهد. در مقابل، انسان غیرمسؤول واقعیت را انکار می‌کند، به دلیل تراشی می‌پردازد، برای خود و دیگران ارزشی قائل نیست، رفتارش بر احساس و نفع شخصی و آنی متکی است، به وعده‌هایش عمل نمی‌کند، و در نتیجه خود و دیگران را نگران و ناراحت می‌سازد (۲۶).

در تبیین تاثیر واقعیت درمانی بر کاهش پرخاشگری زنان دارای همسر زندانی می‌توان گفت، وقتی کنترل موثری بر زندگی خود نداریم اکثر ما فوراً به فکر استفاده از یک رفتار کلی مادرزادی می‌افتیم: ابراز خشم و عصبانی کردن خود. ابراز خشم و پرخاشگری یک دستور العمل ژنتیکی است که به بقا و زنده ماندن ما کمک می‌کند. از زمان شیر خواری هرگاه نتوانستیم یکی از تصاویر مهم دنیای مطلوب خود را برآورده کنیم از آن استفاده کنیم به فکر استفاده از آن بیفتیم. با این حال در همان چند سال اول یاد می‌گیریم که ابراز خشم و عصبانی کردن خود انتخاب ناموثری است. ابراز پرخاشگری به ندرت ما را به خواسته‌هایمان می‌رساند به خصوص وقتی که ابراز خشم را برای کنترل افرادی به کار می‌گیریم که آن‌ها نیز برای کنترل خودشان پرخاشگری می‌کنند (۱۰). بنابراین درمان باید در چارچوب واقعیت به ارضای نیازهای اساسی منجر شود و در جلسات درمانی به مراجعان آموزش داده شود تا به طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده

28 Lloyd
29 Peterson
30 Cheong, kalins
31 Kim, Hwang

References

- 1-Ahmadi, H., Nikpoor Ghanavati, L., The effect of imprison the convicts to drug offences on mental health of their wives. *Journal of practical sociology* serial number (37).First year. 1388. Pages 143-158. [Persian].
- 2-Farzad Far, M., Molavi, H., Atash Poor, H., The effect of happiness training by For dice method on reducing widow women depression of Isfahan. *Journal of knowledge and psychology research of Islamic Azad University of Isfahan*. 1385. No.30. Page 43. [Persian].
- 3-Tahami, E., Examine coping skills training in reducing stress, anxiety and depression of Female head of household. *Psychology and educational sciences faculty. Ferdowsi University of Mashhad*, 1390. [Persian].
- 4-Kazemian, T., Examine the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on awareness (MBCT) with cognitive behavioral therapy (CBT) by group therapy on reducing aggression in driving. *Psychology and educational sciences faculty. Ferdowsi University of Mashhad*. 1389. [Persian].
- 5-Amiri Baramkoochi, A., Life skills training on reducing depression. *Journal of Iranian psychotherapists*. Fifth year. No. 20. 1388. Pages 295-307. [Persian].
- 6-Kaplan and Sadock. *Summary of clinical psychiatric-behavioral sciences* .translated by Nosratollah poor afkari. Second volume. 2003. Page 95.
- 7-Ketabi, M. Farrokhi Sistani; Z. (1382). Empowerment of women for participation and development, *journal of female research*. 7. Page 30. [Persian].
- 8-Kimiaee, S. A., Empowerment of female-headed household methods. *Journal of social welfare scientific research*. Eleventh year, no. 40. Pages 63-92. [Persian].
- 9-Farah bakhsh, K., ShafiAbadi, A., Ahmadi, A., Delavar, A., Comparison between the effectiveness of martial counseling by Elis cognitive, reality therapy method, and a mixture of this two method in reducing martial conflicts. *Journal of news and counseling researches*. Volume 5.No. 18. Pages 33-57.[Persian].
- 10-Glasser, V. (2012).Choice theory. An introduction to the psychology of hope. Translated by Ali Sahebi. Publication: SayeSokhan, first edition.
11. Glasser, V. (2013).choice theory chart .translator:sahebi a. Tehran: saye sokhan publition .
- 12- Samani, S., Examine the reliability and validity of Bus and Perry questionnaire. *Journal of psychotherapy and clinical psychology of Iran*. No. 4. 1386. Pages 359-365. [Persian].
- 13-Hejri, S. (1389). Comparison between the effectiveness of group therapy with behavior analysis strategy and cognitive strategy on reducing the aggression of adolescents. MA thesis, Ferdowsi University, Mashhad. [Persian].
- 14-GorjianMehlabani, H. (1389). The effectiveness of couple therapy based on emotion in reducing depression originated from martial relation problems. MA thesis, Ferdowsi University, Mashhad. [Persian].
- 15-Duba, J.D.; Graham, M. A.; Britzman, M. &Minatrea, N. (2009).Introducing the “Basic Needs Genogram” in Reality Therapy-based Marriage and Family Counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 28 (2), 15-19.
- 16-Kim, J. S. (2002). The effect of psychiatric rehabilitation program focuses on reality therapy on the locus of control and psychopathology in passions with schizophrenia. *J Korean Acad Psychmental Health Nurse*, 11(4), 528-537.
- 17-Howatt, W. A. (2001).The evolution of reality therapy to choice theory. *International Journal of Reality Therapy*, XXIII (1), 7-11.
- 18-Kreyche, G. F. (2001, March). Find more like this reality therapy in action (book review). *USA Today Magazine*, 129(2670), 78-79.
- 19-Cheong, E. S. (2001).A Theoretical Study on the Application of Choice Theory and Reality Therapy in Korea. *International Journal of Reality Therapy*, 20(2), 8-11.
- 20-Loyd, B. D. (2005). The effectiveness of reality therapy/choice theory principles on high school students` perception of needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy*, XXV (1), 5-9.
- 21-Peterson, A.V. (1998).The effects of reality therapy and choice theory training on self concept among Taiwanese university student. *Int J Adv Counts*: 22-8.
- 22-Howatt, W. A. (2001).The evolution of reality therapy to choice theory. *International Journal of Reality Therapy*, XXIII (1), 7-11.

- 23-Moradi Shahr, B., F. [Study of the effectiveness of group reality therapy on increased self-esteem of students at Ferdowsi University of Mashhad]. MA. Thesis. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, educational sciences and psychology Faculty, 2007:55-100. [Persian].
- 24-Darbai, M. [Study of efficiency of teaching choice theory and reality therapy courses on increasing of intimacy among irreconcilable wives]. MA. Dissertation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University, 2007: 86.[Persian].
- 25-Omizo, M.; Slowick, C. and Hammet, V. (1987). The effect of reality therapy on locus of control among Mexicans Americans adolescence, Journal of reality therapy, 3 (2):22-30.
- 26- Kerry, j. (2001). Theory of counseling and psychotherapy. Translated by YahyaSeyedMohammadi. Tehran: Arasbaran publication. Seventh edition.
- 27-Glasser, V. (2012). Reality therapy. Translated by Ali Sahebi. Tehran: SayeSokhan publication. First edition.

Examining the Effectiveness of Psycho- Social Empowerment Based on Choice Theory on Reducing Depression and Aggression in Women with Husbands in Prison in 2014

Farzane Mahdianfar*- Seyed Ali Kimiaei**†- Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi***

*MSC in Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

**PhD, Associate Professor of Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Education & Psychology, Mashhad, Iran.

***PhD, Associate Professor of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Education & Psychology, Mashhad, Iran.

Abstract

Background: the purpose of the present study is to examine the effectiveness of psycho-social empowerment based on choice theory on reducing depression and aggression of women with husbands in prison.

Methods: The present research is a quasi- experimental with pre-test and post-test method with control group. The statistical population consists of women with their husbands in prison who suffer from depression and conferred to the base of social health of Astanmehr Mashhad. 20 patients had been selected by available sampling and replaced in two groups of experimental and Control. For collecting the required data, the Beck Depression and Buss and Perry Aggression questionnaires have been used. At the beginning of the treatment they answered to the questionnaires and after 8 sessions of individual participation, psycho-social empowerment based on the choice theory (the approach of the reality of the treatment) the scales had been completed again for experimental group.

Findings: The results showed that the based on choice theory Psycho- Social empowerment could reduce the level of depression ($F(2&17) = 16/1, P < .5$) . general aggression and physical aggression of experimental group in comparison with control group ($T(18) = -2/87, P < 0/05$). Furthermore, the results demonstrate that treatment had a significant effect in reducing physical aggression of individuals ($T(18) = -2/532, P < 0/05$).

Conclusions: Based on choice theory psycho- social empowerment could reduce their depression and aggression by encouraging people to choose more effective and take more responsibility.

Key words: Empowerment, Choice Theory, Depression, Aggression.

Received: 1 Sep 2014

Accepted: 17 Dec 2014

†Correspondence: Faculty of Education & Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Tel: 051388586

Email: kimiaee@um.ac.ir