

«زن و مطالعات خانواده»

سال دوازدهم - شماره چهل و نهم - پاییز ۱۳۹۹

ص: ۶۵-۸۹

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۰

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز در سال ۹۷

لادن معین^۱

علی حسینی^۲

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. در این پژوهش از روش تجربی با طرح پیش‌آزمون — پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کمیته امداد امام خمینی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۷ بود که در ادامه بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از آنها که نمره بالا از این پرسشنامه را بدست آورده بودند به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. هر دو گروه قبل از شروع مداخله پرسشنامه‌های افسردگی بک را تکمیل کرده بودند. گروه آزمایش بسته آموزشی واقعیت‌درمانی را در هشت جلسه دریافت کرد. سپس پرسشنامه افسردگی بک مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مؤید آن بود که مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی موجب کاهش افسردگی زنان سرپرست خانوار می‌شود.

واژگان کلیدی: واقعیت‌درمانی، افسردگی، زنان سرپرست خانوار، کمیته امداد امام خمینی

۱. استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

مقدمه

از مهمترین پیش شرط‌های رسیدن به توسعه در تمام کشورها، استفاده از تمام امکانات و منابع موجود، از جمله نیروی زنان است. زنان در جامعه و خانواده نقش مؤثری دارند و می‌توانند در رسیدن به توسعه پایدار مسئولیت‌های جدی و مهمی را به عهده بگیرند. توانمندسازی^۱ زنان یکی از مهمترین رهیافت‌ها برای ارتقای قابلیت زنان و همچنین ارتقاء سلامت جامعه می‌باشد. در سال‌های اخیر شاهد روند روبه رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می‌شوند. بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار^۲ زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌باشند. مطابق تعریف مرکز آمار ایران نیز، زنان سرپرست خانوار به کسانی گفته می‌شود که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی با آنهاست و طبق گفته‌ی ایسنا از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ سهم خانوارهای زن سرپرست کشور ۴/۳ درصد رشد یافته و از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ به تعداد ۱ میلیون و ۴۲۰ هزار و ۷۰۹ خانوار به خانوارهای زن سرپرست کشور اضافه شده است که طبق مطالب پیش‌گفت اهمیت پرداختن و مطالعه در این حوزه بسیار حائز اهمیت بوده و می‌تواند جامعه را به سمت سلامت روان بهتر سوق دهد (مومنی زاده، ۱۳۹۳؛ مرکز آمار ایران، ۱۳۹۹؛ سالنامه آماری، ۱۳۸۲؛ ایسنا، ۱۳۹۹)

در یک دسته بندی کلی زنان سرپرست خانوار به چند گروه عمده تقسیم می‌شوند:

گروه اول: خانوارهایی که در آن مرد به طور دائمی حضور ندارد و زنان به دلیل فوت همسر یا طلاق بیوه شده‌اند یا دخترانی که ازدواج نکرده و تنها زندگی می‌کنند و سرپرستی خانواده را عهده دار می‌شوند.

گروه دوم: خانوارهایی که مرد به طور موقت و به دلیل مهاجرت، مفقودالثر بودن، متواری یا زندانی، نکاح منقطع، سرباز بودن و ... غایب می‌باشد و زنان مجبورند به تهیه معاش زندگی خود و احیاناً فرزندانشان بپردازند.

گروه سوم: خانوارهایی که مرد در آنها حضور دارد اما به دلیل بیکاری، از کار افتادگی، اعتیاد، سرباز بودن و ... نقشی در امرار معاش ندارد و زنان عملاً مسئولیت زندگی خود و فرزندانشان را عهده دار می‌شوند. تغییرات اجتماعی و فرهنگی بسیاری در سطح جهان و همچنین کشور ما ایران به وقوع پیوسته و یا در حال وقوع است که موجب افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار گردیده است. طبق اطلاعات ارائه شده در سرشماری‌ها نیز از روند رو به رشد تعداد زنان سرپرست خانوار خبر می‌دهد (خسروی، ۱۳۸۰). این قشر از زنان مسایل و مشکلات خاص خود را دارند. آنان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند

۱ . empowerment

۲ . female-headed households

اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر نسبت به مردان با استرس، مسایل و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند و حتی در مقایسه با دیگر زنان از سطح زندگی روحی و روانی پایین تری برخوردار می‌باشند (حسینی و همکاران، ۲۰۰۹).

دلایل فراوانی وجود دارد که بتوان زنانی را که سرپرستی خانوار را به عهده دارند جزء اقشار آسیب پذیر در نظر گرفت. از جمله این دلایل میتوان به وضعیت اقتصادی نامناسب و مشکلات اجتماعی و فرهنگی این زنان و خانواده های آنان اشاره کرد که زنان را در رویارویی با زندگی واقعی مورد تهدید قرار می‌دهد (افشانی و فاتحی، ۱۳۹۵). توانمندی زنان سرپرست خانوار و تأمین نیازهای اساسی آنان از جمله مهمترین وظایف جامعه اسلامی است؛ این امر در نظام جمهوری اسلامی ایران، مبنای دینی و اعتقادی نیز دارد؛ به همین دلیل سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی به نوعی در توانمندسازی و بهبود زندگی زنان سرپرست خانوار سهیم هستند. در کشور ما یکی از سازمان‌هایی که این گروه از زنان را مورد حمایت قرار می‌دهد، کمیته امداد امام خمینی (ره) است که در حوزه توانمندسازی زنان فعالیت‌هایی را به عهده دارد. محور اصلی برنامه‌های اجرایی کمیته امداد امام خمینی (ره) توانمندسازی این قشر از راه اشتغال، پوشش بیمه‌ای، ازدواج دوباره و ... است که زمینه‌های رشد شکوفایی اقتصادی، روانی و آموزشی این قشر را فراهم می‌کند. در اکثر جوامع از جمله ایران، مردان، در نقش سرپرست خانواده، وظیفه نان‌آوری و تأمین معاش و اقتصاد خانواده و در مقابل زنان مسئولیت اداره منزل و تربیت فرزندان را برعهده دارند (شادی‌طلب و همکاران، ۱۳۸۳).

لذا زمانی که زنان به هر دلیلی (از جمله فوت؛ اعتیاد؛ زندانی بودن؛ متواری بودن؛ مهاجرت؛ مفقودالاثر؛ و سرباز بودن همسر و...) سرپرست خانوار محسوب می‌شوند، ملزم هستند علاوه بر وظیفه‌ی مادری و تربیت فرزندان و امور خانه، نقش اقتصادی خانه را نیز به عهده دار شوند و برای تأمین معاش خانواده زمانی را نیز به اشتغال بیرون از خانه اختصاص دهد. تحت این شرایط، آنان، مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌شوند که گاه در تعارض با یکدیگر قرار دارند (بختیاری و محبی، ۱۳۸۵؛ حسینی، بهشتیان و میرزازاه، ۱۳۹۵: ۲۰) که باعث فشار مضاعف بر آنها می‌گردد. بسیاری از این افراد در رویارویی با مسائل زندگی، فاقد توانایی لازم هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مشکلات و مسائل روزمره زندگی ناتوان و آسیب پذیر ساخته است که بسیاری از این مشکلات و اختلالات ریشه‌های روانی - اجتماعی دارند. در واقع فقدان سرپرست به عنوان عنصر اصلی و محوری خانواده، همسر را با مشکلات و مخاطرات متعددی روبرو می‌سازد و موجب آسیب پذیرتر شدن این قشر از جامعه می‌گردد.

بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که آنها در مقایسه با سایر زنان از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردارند و با انواع بیماریهای روحی مانند اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، انزوایلی، وسواس، عدم شادکامی سوء مصرف دارو و غیره دست و پنجه نرم

می‌کنند همچنین از دردهای جسمانی متعددی رنج می‌برند که منشا اکثر آنها روحی و روانی است (جیسمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۱)

یکی از آسیب‌ها و مشکلات روانی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه هستند افسردگی است. موقعیت نامناسب گذشته، حال و پیش‌بینی آینده‌ی آشفته، زمینه را برای کاهش شادی و شرایطی مانند افسردگی، فشارهای روحی و روانی و احساس بی‌عدالتی ایجاد کرده که خود زمینه‌ساز محرومیت‌های اجتماعی خواهد بود و طبق مطالعات انجام شده میزان شیوع افسردگی نیز در زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دیگر بیشتر و قابل‌تامل بوده که ضرورت پرداختن و بررسی این مفهوم را در زنان سرپرست خانوار دوچندان می‌نماید (نیلسا^۲: ۱۹۹۵).

افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی قرن حاضر بوده (لاوار^۳، ۲۰۰۲) و در سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری‌های شایع قرار خواهد گرفت (آندریا^۴، ۲۰۰۲). افسردگی نوعی اختلال روانی است، که در برابر فشارهای زندگی ایجاد می‌شود و بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد (بوتلر^۵، ۲۰۰۲) و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۲ درصد از جمعیت جهان به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند (افروز، ۱۳۸۱). بر طبق آمار موجود به طور متوسط ۲۴/۴۳ درصد جمعیت ۱۵ سال به بالا در ایران مبتلا به افسردگی هستند که ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها را زنان و ۵ تا ۱۲ درصد آنها را مردان شامل می‌شود (افروز، ۱۳۸۰).

افسردگی مسائل و مشکلات زیادی را برای زنان سرپرست خانوار ایجاد می‌کند که توانمندی آنها را کاهش داده و خانواده‌های آنها را نیز تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. لذا توجه به افسردگی و درمان آن می‌تواند در ارتقای سلامت خانواده و جامعه نقش مهمی داشته باشد. در این راستا واقعیت‌درمانی یکی از درمان‌هایی است که جهت بهبود و بهزیستی روانی^۶ افراد انجام می‌شود. واقعیت‌درمانی گلاسر^۷ از مداخلات رایج در حوزه روانشناسی شناختی در راستای توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. بر اساس این دیدگاه زیر ساخت‌های اصلی اختلالات روان‌شناختی و نشانه‌های مرضی بیماران نه تجربه‌های گذشته، سرکوب‌ها و خاطرات واپس‌رانده شده به حوزه ناخودآگاه فرد، که مسئولیت‌گریزی و نادیده‌انگاری واقعیت است (گلاسر، ۲۰۰۰). گلاسر در این روش درمانی با تکیه بر تئوری انتخاب به عنوان پشتیبان رویکرد واقعیت‌درمانی، چرایی و

۱. Cheeseman

۲. Nilsa

۳. Lavar

۴. Anderia

۵. Butler

۶. mental well being

۷. Glasser

چگونگی رفتارهای انسان را تبیین می‌نماید. به نظر گلاسر بروز رفتارهای ناسازگار در فرد تلاشی است که او در جهت مهار ادراکات و زندگی خود انجام می‌دهد، به این معنی که اضطراب، افسردگی و احساس گناه را فرد برای خویش به وجود می‌آورد و انتخاب می‌کند، تا به وسیله آن یکی از نیازهای پنج‌گانه را رفع نماید، چنانچه ممکن است این رفتار ناکارآمد و ناموثر باشد (شفیع آبادی و همکاران، ۱۳۸۴).

فرآیند واقعیت‌درمانی با مخفف^۱ WDEP رویه‌هایی را توصیف می‌کند که هدف عمده آنها برانگیختن مراجع، به اقدامات عملی برای تغییر شرایط ناخواسته کنونی است. شرایطی که منجر به افسردگی و سایر اختلالات روانی شده است. هر کدام از حروف فوق به یک دسته از راهبردها اشاره دارد، که در جهت تسهیل انگیزش مراجعان به کار بسته می‌شود. حرف W به بررسی خواسته‌ها یا اهداف مراجعان اشاره دارد. حرف D به تمرکز بر اعمال و رفتار کنونی مراجعان اشاره دارد. مراجعان بر این نکته متمرکز می‌شوند، که برای تأمین نیازهای اساسی خویش چگونه عمل کنند. حرف E به ارزیابی اعمال و رفتارها و تناسب آنها با نیازهای اساسی مراجع اشاره دارد و نهایتاً حرف P به برنامه‌ریزی برای آینده اشاره دارد. زمانی که مراجعان در می‌یابند که اعمال و عملکردشان با خواسته‌ها و اهداف شان همخوانی ندارد، به این سمت سوق داده می‌شوند که اعمال، رفتار و برنامه‌های جایگزین طرح‌ریزی کنند. (خزان و همکاران، ۱۳۹۴)

یکی از وجوه اهمیت این تحقیق، کاربردی بودن آن می‌باشد. احساس نیاز به پیگیری‌های عملی و حرکت به سمت برنامه‌ریزی در جهت ارتقاء سلامت جامعه از ضروریات تحقیق است. زنان سرپرست خانوار به دلایلی چون طلاق، فوت، اعتیاد و ازکارافتادگی همسر، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌روند. پدیده زن سرپرست خانوار، یک واقعیت اجتماعی است، که امروزه در تمام جوامع به چشم می‌خورد که متأسفانه در جامعه کنونی ما شمار این زنان در حال افزایش است. زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند، فشارهای مضاعفی را متحمل می‌شوند که ممکن است عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم سازد (افشانی و فاتحی، ۱۳۹۵). یافته‌های این پژوهش می‌تواند در درمان و بهبود و کاهش این مشکلات در بیان زنان کمک کند و توانایی آنها را در مدیریت بهتر خود و خانواده ارتقا بخشد.

مداخلات متنوعی برای کاهش افسردگی زنان به کاربرده شده است. که یکی از آنها واقعیت‌درمانی است. روش واقعیت‌درمانی تا حد زیادی مربوط به مشاوره جمعی و کارگروهی می‌باشد. با در نظر گرفتن این مساله که مشغله زنان سرپرست خانوار زیاد بوده و امکان مشاوره فردی کم است به کارگیری روش‌هایی مثل واقعیت‌درمانی که نوعی مشاوره گروهی است و بررسی اثر بخشی آنها در بهبود مشکلات و اختلالات رفتاری می‌تواند در تعیین خط مشی برنامه‌ریزی در حوزه توانمندسازی زنان به مشاوران خانواده و برنامه‌ریزان اجتماعی یاری رساند و سودمند واقع شود. از طرفی دیگر اعتقاد بر این است که

۱ . wants, direction, evaluation, and planning

گروه‌درمانی در بیشتر اختلالات روانی موثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس او بالا می‌رود (اسمخانی اکبری نژاد و همکاران، ۱۳۹۳) و از این رو است که در این فرآیند زنان سرپرست خانواده احساس توانمندی کرده و انگیزه، فرصت و مهارت لازم را برای حل مشکلات خود فراهم می‌آورند. با توجه به این که محقق نتوانست پژوهشی را با هدف تعیین تأثیر واقعیت‌درمانی در کاهش افسردگی زنان سرپرست خانوار پیدا کند، لذا انجام پژوهش‌هایی نظیر پژوهش حاضر که چنین شیوه‌هایی را مورد آزمون قرار می‌دهد، بسیار ضروری است. نتایج این پژوهش می‌تواند به نحوه مدیریت فردی زنان در شرایط سخت و استرس زای زندگی، همچنین به ارتقاء فرهنگ جامعه در شیوه برخورد با چنین زنانی در این موقعیت نیز کمک کند. با توجه به تطابقی که بین مبانی واقعیت‌درمانی با عوامل موثر بر بهبود وضعیت روانی زنان سرپرست خانوار وجود دارد و با توجه به مساله فقر، آسیب‌های روانشناختی و تهدیدات اجتماعی پیش‌روی این قشر از جامعه و نیاز آنان بر وجود اقدامات موثر جهت تدوین برنامه‌های عملی به منظور بهداشت و سلامت روانی و غلبه بر مشکلات فوق، در پژوهش حاضر به بررسی " اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر شیراز " پرداخته شده است.

اهداف پژوهش

از آنجایی که بررسی و درمان سلامت روان زنان سرپرست خانوار از اهمیت بسزایی برخوردار است لذا هدف کلی از پژوهش حاضر تبیین آموزش واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار شهرستان شیراز بوده و اهداف جزئی زیر نیز مدنظر بوده است:

۱. بررسی فراوانی، درصد و درصد تراکمی میزان تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه (آزمایش و گواه).
۲. بررسی فراوانی، درصد و درصد تراکمی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه (آزمایش و گواه).
۳. بررسی میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه (آزمایش و گواه).
۴. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی نمرات افسردگی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه (آزمایش و گواه).
۵. بررسی تأثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار.

چارچوب نظری

واقعیت‌درمانی که از جدیدترین رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی محسوب می‌شود، مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند؛ در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند. گلاسر معتقد است واقعیت‌درمانی برای هر انسانی و در هر مرحله‌ای از زندگی مناسب و کاربردی است و باعث ایجاد مسئولیت و توانمندسازی افراد می‌شود. مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح تعهد و مسئولیت‌پذیری که در آموزش‌های مرتبط با واقعیت‌درمانی به افراد ارائه می‌شود، این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانایی‌های لازم برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد. همه‌ی این‌ها باعث می‌شود که عوامل محل سلامت روانی از جمله اضطراب و افسردگی در فرد بوجود نیاید. به نظر می‌رسد بیشتر اختلالات روانی و استرس‌ها از ناتوانی در عمل کردن طبق معیارهای خود و پیرو آن ناکامی از دستیابی به پیامدهای مورد انتظار و همچنین نداشتن دانش کافی و باورهای غلط در مورد خود ناشی می‌شود. در طی واقعیت‌درمانی فرد در این حوزه توانمندی‌هایی را کسب می‌کند که می‌تواند اینگونه اختلالات را کاهش دهد. مروری بر پژوهش‌های انجام شده نیز نشان می‌دهد که آموزش واقعیت‌درمانی در گروه‌های هدف مختلف توانسته است افسردگی را کاهش دهد. در توضیح این پیشینه تئوری گلاسر (۱۹۸۶) به این باور رسید که انسان‌ها برانگیخته می‌شوند تا رفتار کنند. رفتار انسان از درون او برانگیخته و آغاز می‌شود و نه توسط عوامل بیرونی. این رفتار خواه مؤثر باشد و خواه نباشد، هدفش تدبیری ماهرانه در برابر جهان بیرونی است تا بدان وسیله نیازها و خواسته‌های فرد برآورده شوند. به طور خاص‌تر تئوری انتخاب، آن‌گونه که توسط متخصصان به کار گرفته می‌شود، در چهار اصل نیازها، خواسته‌ها، ادراک و رفتار خلاصه شده است. گلاسر در ۱۹۹۶ در کتابچه «اصول و مقررات مؤسسه ویلیام گلاسر» نام تئوری خود را از تئوری کنترل به تئوری انتخاب تغییر داد. گلاسر مفاهیم زیادی را به تئوری کنترل ویلیام پاورز افزوده است و تغییرات زیادی نیز در آنچه گلاسر در کارهای بالینی به کار می‌گرفت نسبت به تئوری اولیه پاورز داده شده است، به نحوی که اکنون نگاه تئوری انتخاب به رفتار انسان، چرایی و چگونگی انجام و صدور رفتار، از «تئوری کنترل» که توسط پاورز و دیگران ارائه شده کاملاً متفاوت است. تئوری گلاسر فراسوی مفاهیم انتزاعی و مهندسی که متخصصان تئوری کنترل ارائه می‌کنند، رشد و گسترش یافته است. گلاسر براساس طرح اولیه و مفاهیم بنیادین تئوری کنترل پاورز، یک ضابطه‌مندی بالینی و تربیتی به دست داده است به نحوی که امروز تئوری انتخاب و سیستم مداخله‌ای آن، یعنی واقعیت‌درمانی، در تمام روابط انسانی قابل‌کاربست است (صاحبی و سلطان فر، ۱۳۹۴).

نظریه‌های مرتبط با متغیر افسردگی نظریه‌های روان‌تحلیلی، بین‌فردی، شناختی و رفتاری اشاره نمود. اگرچه هر یک از این نظریه‌ها کوشیده‌اند تا سبب‌شناسی اختلال افسردگی را توضیح دهند اما هیچ‌یک از آنها قادر نمی‌باشند به صورت کاملی علل ابتلا به اختلال افسردگی را بیان نمایند. در برخی از این نظریه‌ها مانند نظریه‌های روان‌تحلیلی در بالا بردن خطر ابتلا به اختلال افسردگی بر روی نقش دوران اولیه کودکی و تعارضات درونی تاکید می‌شود و در برخی دیگر مانند نظریه‌های رفتاری بر روی نقش عوامل محیطی تاکید می‌گردد. ارایه نظریه‌های مختلف بین فردی منجر به شکل‌گیری روان‌درمانی بین فردی شده است. هدف عمده از اجرای روان‌درمانی بین فردی کمک به شخص مبتلا به اختلال افسردگی در کاهش مشکلات مربوط به برقراری و تداوم ارتباطات متقابل و مساعد نمودن شرایط برای بهره‌مندی هرچه بیشتر وی برای دریافت حمایت‌های خانواده، دوستان و همکاران است. بنظر درمانگرانی که به کاربرد روان‌درمانی بین فردی علاقه دارند تلاش برای افزایش برخی از خصوصیات مثبت شخصیتی (مانند بالا بودن میزان عزت نفس و توانایی برای ابراز قاطعیت) می‌تواند در کاهش علائم افسردگی نقش مهمی داشته باشد.

با توجه به گستردگی نظریه‌های مرتبط با افسردگی، از میان نظریه‌های ارایه شده در مورد سبب‌شناسی اختلال افسردگی در ادامه تنها کلیتی از نظریه‌های شناختی، رفتاری و روان‌تحلیلی توضیح داده می‌شوند. از میان نظریه‌های مختلف شناختی در مورد سبب‌شناسی اختلال افسردگی نیز سه نظریه به نام‌های نظریه شناختی بک، نظریه سبک پاسخ ۱ و نظریه‌ی سبک اسنادی ۲ بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند مطرح می‌گردند. (ات کینز، ۳، ۲۰۱۶)

نظریه‌های شناختی

نظریه شناختی بک

نظریه شناختی بک بر روی این موضوع تاکید می‌کند که علت اصلی ابتلا به اختلالات روانشناختی از جمله اختلال افسردگی ناشی از بوجود آمدن انواعی از خطاها در سیستم پردازش اطلاعات است. در این نظریه فرض می‌شود بوجود آمدن این خطاها در سیستم پردازش اطلاعات، گسترش افکار خودکار و شکل‌گیری طرحواره‌های منفی در ذهن را به دنبال دارد. در نظریه شناختی بک فرض می‌شود طرحواره‌های منفی در دوران کودکی شکل می‌گیرند و طرحواره‌های منفی عبارتند از یک سلسله اعتقادات منفی که می‌توانند در ابعاد و انواع مختلف از جمله در مورد میزان ناتوانانی‌ها باشند. همچنین در این نظریه فرض می‌شود طرحواره‌های منفی شکل گرفته در دوران کودکی به صورت منفعل باقی می‌مانند و هنگام

۱ Response style theory

۲ Attributional style theory

۳ Watkins

بزرگسالی در پی روبرو شدن با استرس‌های مختلف زندگی فعال می‌شوند و با فعال شدن آنها علایم مختلف بیماری‌های روانشناختی آشکار می‌گردد. در نظریه شناختی بک برای درمان انواع اختلالات روانشناختی از جمله اختلال افسردگی لازم است که ابتدا شخص طرحواره‌ها و افکار خودکار خود را شناسایی نموده آشنا گردیده و سپس روش‌های مقابله با آنها را فرا بگیرد و رسیدن به این حالت در پی استفاده از روش درمان شناختی - رفتاری رخ اتفاق می‌دهد. (الیت و اسمیت، ۱، ۲۰۰۶؛ رینک‌دیوسون، ۲، ۲۰۰۲).

نظریه سبک پاسخ

نظریه سبک پاسخ یکی دیگر از نظریه‌های شناختی است که در ارتباط با سبب‌شناسی اختلال افسردگی مطرح شده است. این نظریه توسط یک روانشناس آمریکایی به نام نلون هاکسما عنوان شده است. بر اساس این نظریه بین نوع روش پاسخ هر شخص به رویدادهای ناراحت‌کننده‌ای که برای وی اتفاق افتاده با افزایش یا کاهش خطر ابتلا وی به اختلال افسردگی ارتباط وجود دارد. در نظریه سبک پاسخ فرض می‌شود در مقابل تجربه رویدادهای ناراحت‌کننده دو نوع سبک پاسخ به نام‌های سبک پاسخ نشخوار ذهنی^۳ و سبک پاسخ توجه برگردانی^۴ وجود دارند و وجود هر یک از این نوع سبک‌های پاسخ در شخص با افزایش یا کاهش خطر ابتلا به اختلال افسردگی ارتباط دارد. اگر به کمک پرسشنامه سبک پاسخ اثبات گردد که سبک پاسخ شخص به تجربه رویدادهای ناراحت‌کننده، سبک پاسخ نشخوار ذهنی می‌باشد احتمال خطر ابتلای وی به اختلال افسردگی افزایش و اگر به کمک پرسشنامه فوق اثبات گردد که سبک پاسخ شخص در برابر رویدادهای ناراحت‌کننده سبک پاسخ توجه برگردانی است احتمال خطر ابتلای وی به اختلال افسردگی کاهش خواهد یافت. همچنین اگر نمره شخص در پرسشنامه سبک پاسخ بالا باشد می‌توان پیش‌بینی نمود که میزان شدت علایم اختلال افسردگی که شخص تجربه خواهد نمود زیاد و اگر نمره وی در پرسشنامه فوق کم باشد می‌توان پیش‌بینی نمود که میزان شدت علایم اختلال افسردگی که شخص تجربه خواهد نمود کم خواهد بود. در اکثر پژوهش‌ها نمرات مربوط به ملاک نشخوار ذهنی در پرسشنامه سبک پاسخ در جنس مونث بیشتر از جنس مذکر است و وجود این موضوع می‌تواند توضیح‌دهنده افزایش میزان خطر ابتلا به اختلال افسردگی در بین جنس مونث باشد. (اسکورات و پتسون، ۵، ۲۰۰۹؛ ات‌کینز، ۲۰۱۶)

نظریه سبک اسنادی

۱ Elliott. C.& Smith

۲ Reinecke.M & Davison

۳ Rumination style

۴ Distraction style

۵ Schwartz & Peteson

نظریه سبک اسنادی نظریه شناختی دیگری است که در مورد سبب شناسی اختلال افسردگی مطرح شده است. این نظریه ابتدا تحت عنوان نظریه درماندگی آموخته شده^۱ توسط مارتین سیلگمن ارایه شد. بر اساس نظریه سبک اسنادی نحوه نسبت دادن علل رخ دادن رویدادها ناراحت کننده به عوامل مختلف می تواند در بالا بردن و یا کاهش دادن خطر ابتلا به اختلال افسردگی نقش داشته باشد. نظریه سبک اسنادی بیان می نماید مردم زمانی که رویداد ناراحت کننده ای تجربه می نمایند میتوانند علت رخ دادن آن را به عوامل درونی (مانند عدم مهارت خود در پیشگیری از آن رویداد و یا نداشتن توانایی هوشی و شناختی لازم در خود) و یا عوامل بیرونی (مانند ناممکن بودن جلوگیری از اتفاق آن رویداد به دلیل طبیعی) نسبت دهند. در نظریه سبک اسنادی فرض می شود اشخاصی که در خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی قرار دارند دارای سبک اسنادی درونی هستند. همچنین اشخاصی که در خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی قرار دارند دارای حالت سبک اسنادی کلی هستند. وجود سبک اسنادی کلی سبب می شود که اشخاص اعتقاد داشته باشند که در همه یا اکثر موقعیت ها یا امور در گذشته شکست خورده اند و یا در آینده شکست خواهند خورد. (الیت و اسمیت، ۲۰۰۶؛ ات کینز، ۲۰۱۶)

نظریه های رفتاری

نظریه های رفتاری که در مورد سبب شناسی اختلال افسردگی ارایه شده است بر روی نقش عوامل محیطی و یادگیری در بالا بردن خطر ابتلا به اختلال افسردگی تاکید زیادی می نمایند. انواع نظریه های رفتاری در مورد سبب شناسی اختلال افسردگی از حدود ۵۰ سال قبل ارایه شده است. نقطه ای مشترک تمام نظریه های رفتاری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی مطرح شده است در این نکته است که بر اساس این نظریه ها علایم اختلال افسردگی در پی کاهش میزان دریافت تقویت کننده های مثبت ظاهر می شوند. همچنین در اکثر نظریه های رفتاری بر روی این نکته تاکید می شود که فرایند کاهش سطح دریافت تقویت کننده های مثبت به دنبال کاهش انجام میزان رفتارهایی است که انجام آن رفتارها می تواند منبعی برای دریافت تقویت کننده ها محسوب شوند رخ می دهد. بر اساس نظریه های رفتاری در مورد سبب شناسی اختلال افسردگی روش درمانی به نام درمان فعالسازی رفتاری ابداع شده است. نتایج بسیاری از پژوهش ها تاثیر مثبت روش درمانی فعالسازی رفتار را در درمان اختلال افسردگی اثبات نموده اند. در روش درمان فعالسازی رفتار به شخص آموزش داده می شود که میزان انجام برخی از رفتارها (مانند رفتار کناره جویی، استراحت زیاد و بیکاری) که شدت علایم افسردگی را افزایش می دهند را کاهش داده و در مقابل انجام برخی از رفتارها (مانند در کنار دوستان بودن، پیاده روی و فعالیت های

^۱ Learned hopelessness theory

اجتماعی) را که علایم اختلال افسردگی را کاهش می‌دهند را افزایش دهند. (رینک‌دیوسون، ۲۰۰۲؛ اسکورات و پتسون، ۲۰۰۹)

نظریه های روان تحلیلی

در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی نظریه های مختلف روان تحلیلی پیشنهاد شده است. بر اساس یکی از این نظریه ها که توسط زیگموند فروید ارائه شده است حالت افسردگی اشاره به وجود نوعی حالت خشم درونی دارد. در این مدل فرض می‌شود زمانی که شخصی یکی از اعضای خانواده و یا دوستان نزدیک خود را از دست می‌دهد نوعی حالت دوگانگی عاطفی^۱ به صورت حالت دوست داشتن شخص از دست رفته و در عین حال حالت ناراحتی از اینکه وی او را ترک نموده ایجاد می‌شود. ظاهر شدن این حالت دوگانگی عاطفی حالت خشم را ایجاد می‌نماید و زمانی که این حالت خشم به درون شخص هدایت می‌شود احتمال ابتلای وی به اختلال افسردگی افزایش می‌یابد.

نظریه روان تحلیلی دیگری که در زمینه سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی ارائه شده است توسط کارل ابراهام مطرح شده است. در نظریه ای که توسط کارل ابراهام مطرح شده است بر این نکته تاکید می‌شود که اشخاصی که در دوران کودکی خود به علل مختلف از جمله عدم توجه والدین و یا سخت گیری های زیاد والدین از مشکل کاهش میزان عزت نفس رنج می‌برند احتمال دارد در دوران بزرگسالی در خطر بیشتر برای ابتلا به اختلال افسردگی قرار داشته باشند. نظریه روان تحلیلی دیگری که در مورد سبب شناسی ابتلا به اختلال افسردگی مطرح شده توسط جان بالبی روانکاو انگلیسی می‌باشد. جان بالبی در نظریه خود پیشنهاد می‌نماید اشخاصی که در دوره کودکی خود با حالت غفلت ورزی والدین در زمینه های مختلف روبرو می‌شوند احتمال دارد در دوران بزرگسالی در خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی قرار داشته باشند. (الیت و اسمیت، ۲۰۰۶؛ رینک دیوسون، ۲۰۰۲؛ اسکورات و پتسون، ۲۰۰۹؛ ات کینز، ۲۰۱۶)

پیشینه تجربی

کودانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی سبک‌های مقابله‌ای در واقعیت‌درمانی گروهی زنان مبتلا به افسردگی روش کیفی (پدیدار شناسی توصیفی) پرداختند. مشارکت‌کنندگان چهار بیمار قلبی سنین ۲۲ تا ۶۴ ساله هستند که در انتظار عمل جراحی قلب بودند. این بیماران که دچار افسردگی هم

۱ Ambivalence

۲ Kudang

بودند تحت چهار جلسه واقعیت‌درمانی قرار گرفته و میزان افسردگی آنها قبل و بعد از مداخله ارزیابی شده است. یافته‌های این پژوهش، حاکی از کاهش میزان افسردگی گروه مورد مطالعه بوده است. چیو^۱ و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه‌ای را باهدف بررسی تاثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر بهبود شناخت، مشکلات رفتاری و افسردگی در سالمندان مبتلا به زوال عقل انجام دادند. این مطالعه به روش فراتحلیل انجام شده و مقالات واجد شرایط از بانک‌های اطلاعاتی و سایت‌های معتبر انتخاب شدند. نتایج و یافته‌ها نشان داد که واقعیت‌درمانی باعث پیشرفت عملکردهای شناختی شده اما بر خلاف پژوهش حاضر مشکلات رفتاری و افسردگی را بهبود نبخشیده است.

مساح^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثر واقعیت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در فرآیند توانبخشی معتادان پرداخته‌اند. این پژوهش نوعی مطالعه نیمه‌تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه معتادان بستری در یکی از کلینیک‌های توانبخشی بود. نمونه پژوهش ۴۰ نفر بودند که در دو گروه کنترل و آزمایش تخصیص داده شدند. یافته‌ها همسو با پژوه حاضر و حاکی از آن است که آموزش واقعیت‌درمانی میانگین نمرات هر سه متغیر یعنی استرس، اضطراب و افسردگی را در گروه آزمون به طور معناداری کاهش داده است.

لاو و گئو^۳ (۲۰۱۴) مطالعه‌ای را جهت بررسی تاثیر واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی زنان متخلف در تابوان انجام داده‌اند. این مطالعه به روش آزمایشی و طرح پیش و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شده است. شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۴۰ مجرم زن بودند که به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت آموزش‌های واقعیت‌درمانی قرار گرفتند. نتایج مطالعه گویای آن است که در متغیرهای احساس خودکارآمدی در تصمیم‌گیری، عمل برنامه‌ریزی شده و مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های اجتماعی این دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد لذا می‌توان گفت واقعیت‌درمانی می‌تواند بر احساس خودکارآمدی زنان متخلف موثر واقع شود.

بهارگاو^۴ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر واقعیت‌درمانی بر افسردگی بزرگسالان نابینا پرداخته است. این مطالعه از نوع مطالعه موردی بوده است که توسط روش مداخله‌ای فردی نابینا توسط محقق در ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت آموزش واقعیت‌درمانی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان داد که افسردگی این فرد به میزان زیادی بهبود یافته است. لذا واقعیت‌درمانی می‌تواند در کاهش میزان افسردگی موثر واقع شود.

۱ Chiu

۲ Massah

۳ Law & Guo

۴ Bhargava

پیشینه داخلی

سرابی و همکاران (۱۳۹۸)، پژوهشی را با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر عزت نفس زوج‌های سالمند مبتلا به افسردگی شهر کرمانشاه از نوع آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل انجام دادند. جامعه آماری پژوهش تمامی زوج‌های سالمند ۶۰ سال به بالای شهر کرمانشاه بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ زوج سالمند واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی می‌تواند به عنوان یک درمان مفید جهت بهبود اختلال افسردگی و افزایش عزت‌نفس در سالمندان به کار گرفته شود.

صفوی زاده و منشی (۱۳۹۶) پژوهشی دیگر را هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر اضطراب و عاطفه مثبت و منفی زنان نابارور شهر اصفهان انجام دادند. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری این پژوهش را، همه زنان نابارور شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۲۴۰ نفر تشکیل دادند که تعداد ۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) گمارده شدند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی میزان اضطراب را به طور معناداری کاهش داده است. همچنین آموزش واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی باعث شده است که بعد عاطفه مثبت به طور معناداری افزایش و بعد عاطفه منفی به طور معناداری کاهش داشته باشد. یافته‌ها از اثربخشی برنامه آموزش واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی در پیشگیری از بروز ناسازگاری‌های زناشویی حمایت می‌کند.

ارشاد در سال ۱۳۹۵، مطالعه‌ای را با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر حرمت خود و بهزیستی روان‌شناختی دختران مادران سرپرست خانوار انجام داده‌اند. تحقیق حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دختران مادران سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی ورامین شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ به تعداد ۴۸۰ نفر بودند که از میان آنها ۵۶۹ نفر دختر نوجوان داشتند که ۲۶۵ نفر به صورت تصادفی که نمره پایین تری در حرمت خود و بهزیستی روان‌شناختی کسب کردند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین نمره حرمت خود و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش معنی‌دار بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که واقعیت‌درمانی تاثیر معنی‌داری بر میزان حرمت خود و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها داشته و توانسته است به صورت معنای‌داری حرمت خود و بهزیستی روان‌شناختی پایین آنها را بهبود بخشد.

قمی کیوی و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی - استعاره‌ای بر افسردگی و تاب‌آوری زنان مطلقه پرداخته‌اند. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بوده است. نتایج نشان داده است که این درمان باعث افزایش تاب‌آوری زنان مطلقه شده است اما این تأثیر معنادار نبوده است. آنها نتیجه‌گیری کرده‌اند که رفتاردرمانی شناختی - استعاره‌ای می‌تواند میزان افسردگی در زنان مطلقه را کاهش دهد، به طوری که این درمان می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای متناسب با فرهنگ کشورمان، در مراکز درمانی و مراکز مشاوره قابل استفاده باشد.

کشاوری و رضوی (۱۳۹۵)، به مطالعه‌ی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر افسردگی مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان یزد پرداختند. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه کلیه مادران - دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان یزد بوده است. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از مادرانی که در پرسشنامه اضطراب و افسردگی داس نمره بالا کسب کرده بودند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل). نتایج حاکی از این بود که اجرای مداخله واقعیت‌درمانی منجر به کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

صداقت و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه موردی بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی و سابقه اقدام به خودکشی پرداخته‌اند. نوع مطالعه این پژوهش، شبه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. در راستای این پژوهش، با روش نمونه در دسترس ۱۴ نفر از بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی با تشخیص افسردگی اساسی در بیمارستان امام سجاد (ع) تهران انتخاب شدند و با روش تصادفی در دو گروه هفت نفری آزمایش و گواه جاگذاری شدند؛ نتایج نشان دادند اگرچه واقعیت‌درمانی و دارودرمانی در کاهش افسردگی تأثیر داشتند، ولیکن واقعیت‌درمانی موثرتر بوده است.

فرضیه پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش به این صورت است که آموزش واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری دارد.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

افسردگی^۱

تعریف نظری: اختلالی دوره‌ای با بازگشت‌پذیری مکرر است که با ناراحتی یا غمگینی فراگیر و پایدار، نداشتن حس لذت از فعالیت‌های روزمره، بی‌قراری، و نشانه‌های مرتبط با برخی افکار منفی،

۱. depression

کمبرود انرژي، دشواری در تمرکز و آشفتگی خواب و اشتها مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)

تعریف عملیاتی: تعریف عملیاتی در این پژوهش عبارت است از میزان نمره ای که زنان سرپرست خانوار در پرسشنامه افسردگی بک^۲ (۱۹۹۴) به دست می‌آورند.

واقعیت‌درمانی^۳

تعریف نظری: واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن تلاش می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت و مسئولیت امور درست و نادرست، به فرد کمک شود تا در زندگی خود به صورت کارآمد به رفع مشکلات بپردازد (شفیع آبادی، ۱۳۸۱). در این رویکرد اعتقاد بر این است که اعمالی که ما انجام می‌دهیم رفتار به شمار می‌روند و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۱۹۹۸) رفتار را شامل چهار مولفه‌ی عملکرد، احساس، فیزیولوژی و تفکر می‌داند که افراد بر دو مولفه‌ی عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر مولفه‌ی احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل دارند. تاکید اساس نظریه بر دو مولفه عملکرد و تفکر می‌باشد (گلاسر، ۱۹۹۸) به نقل از حسینی غفاری (۱۳۸۶).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از واقعیت‌درمانی، آموزش مجموعه فنون واقعیت‌درمانی از دیدگاه گلاسر است که طی ۸ جلسه مشاوره‌گروهی به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفته‌ای اجرا شد.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون _ پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است و مداخله درمانی که همان واقعیت‌درمانی است بر گروه آزمایشی اعمال گردیده است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان سرپرست خانوار شهر شیراز در سال ۹۷ است، که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی هستند و تعداد آنها بر طبق آمار ارایه شده، ۱۶ هزار ۷۶۸ نفر می‌باشد. تعداد نمونه این پژوهش، ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شهر شیراز بودند که به صورت هدفمند بر مبنای معیارهای خاص انتخاب گردیدند. معیار ورود به مطالعه شامل مواردی همچون داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن بین ۲۵-۵۰ و دارا بودن حداقل یک فرزند بوده است که در زمان اجرای پژوهش دچار بیماری روانپزشکی جدی که نیاز به بستری شدن یا دارو درمانی دارد، نبوده باشند و نیز برای شرکت در برنامه اعلام آمادگی کنند. اطلاعات مورد نیاز برای انجام این پژوهش از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی جمع‌آوری شده است.

۱ . American psychiatric association

۲ Beck Depression Inventory

۳. reality therapy

ابزار سنجش و روایی و پایایی آن

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)^۱

یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. این نسخه برای ارزشیابی نشانگان منطبق با ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی که انجمن روانپزشکی آمریکا در دفترچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی - چاپ چهارم (DSM-IV, 1994)^۲ ارائه داده کاربرد دارد (دابسون، کیت استفان و محمد خانی، پروانه، ۱۳۸۶).

در این پرسشنامه هر سوال از ۴ قسمت تشکیل شده است. هریک از این عبارتها در هر سوال بیان‌کننده‌ی حالتی از شخص است. فرد باید عبارتهای هرگروه را به ترتیب و با دقت بخواند و سپس در هرگروه عبارتی که نشان‌دهنده‌ی احساس فرد می‌باشد را بیان کند. این آزمون مخصوص افراد بالای ۱۶ سال می‌باشد. تفسیر این پرسشنامه به این صورت است که اگر نمره کسب شده افراد بین ۱ تا ۱۰ باشد، طبیعی به حساب می‌آیند، نمرات بین ۱۱ تا ۱۶ به عنوان افسردگی خفیف، نمرات ۱۷ تا ۲۰ افسردگی نیازمند به مشورت با روانپزشک، نمرات ۲۱ تا ۳۰ به نسبت افسرده، نمرات ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و در نهایت نمرات بیشتر از ۴۰ به عنوان افسردگی بیش از حد در نظر گرفته می‌شوند. در پژوهش حاضر افرادی با نمرات ۱۱ و بالاتر در نمونه انتخابی قرار گرفتند. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از افراد با بالاترین نمرات افسردگی در نمونه نهایی قرار داده شدند.

مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه مذکور در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار است. کاسبی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی^۳ به ترتیب ۹۰٪ و ۸۹٪ و ضریب بازآزمایی^۴ را در نمونه غیربالینی ۹۴٪، قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه ۸۷٪ و ضریب بازآزمایی ۷۴٪، کارمودی (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه دانشجویی ۹۱٪ به دست آوردند. بک و کلارک در سال ۱۹۸۸ همسانی درونی این مقیاس را ۹۳٪، پایایی بازآزمایی آن را ۷۵٪ و روایی محتوایی آن را با استفاده از تحلیل عوامل ۷۶٪ گزارش کردند.

۱. Beck Depression Inventory (BDI)

۲. Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorder-IV

۳. internal consistency

۴. test-retest

بسته آموزشی واقعیت‌درمانی

این بسته آموزشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش داده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول زیر فراوانی، درصد و درصد تراکمی میزان تحصیلات آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه (آزمایش و گواه) نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی، درصد و درصد تراکمی میزان تحصیلات آزمودنی‌ها

میزان تحصیلات	گروه آزمایش			گروه گواه			کل		
	C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F
ابتدایی	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۴	۴۰	۴۰	۶	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۱۰
راهنمایی	۴۶/۶۷	۲۰	۳	۵۳/۳۳	۱۳/۳۳	۲	۵۰	۱۶/۶۷	۵
دبیرستان و دیپلم	۸۶/۶۷	۴۰	۶	۸۶/۶۷	۳۳/۳۳	۵	۸۶/۶۷	۳۶/۶۷	۱۱
لیسانس	۹۳/۳۳	۶/۶۷	۱	۹۳/۳۳	۶/۶۷	۱	۹۳/۳۳	۶/۶۷	۲
فوق لیسانس	۱۰۰	۶/۶۷	۱	۱۰۰	۶/۶۷	۱	۱۰۰	۶/۶۷	۲
کل		۱۰۰	۱۵		۱۰۰	۱۵		۱۰۰	۳۰

F = فراوانی، P = درصد و C.P = درصد تراکمی

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، در هر دو گروه آزمایش و گواه، ۸۶/۶۷ درصد از آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیردیپلم و دیپلم بوده‌اند. میزان تحصیلات ۶/۶۷ درصد از آزمودنی‌ها در سطح لیسانس و میزان تحصیلات ۶/۶۷ درصد در سطح فوق لیسانس بوده است و نشانگر همسان بودن دو گروه می‌باشد.

جدول زیر فراوانی، درصد و درصد تراکمی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه (آزمایش و گواه) نشان می‌دهد.

جدول ۲: فراوانی، درصد و درصد تراکمی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها

وضعیت تأهل	گروه آزمایش			گروه گواه			کل		
	C.P	P	F	C.P	P	F	C.P	P	F

۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۸	۲۰	۲۰	۳	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۵	مجرد
۷۳/۳۳	۴۶/۶۷	۱۴	۶۰	۴۰	۶	۸۶/۶۷	۵۳/۳۳	۸	متأهل
۹۶/۶۷	۲۳/۳۳	۷	۱۰۰	۴۰	۶	۹۳/۳۳	۶/۶۷	۱	بیوه
۱۰۰	۳/۳۳	۱	-	-	-	۱۰۰	۶/۶۷	۱	مطلقه
	۱۰۰	۳۰		۱۰۰	۱۵		۱۰۰	۱۵	کل

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، در گروه آزمایش، ۵۳/۳۳ درصد و در گروه گواه ۴۰ درصد آزمودنی‌ها دارای همسر بوده‌اند. سایر آزمودنی‌ها مجرد، بیوه و یا مطلقه بوده‌اند. جدول زیر میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی سن آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
سن	آزمایش	۳۸/۵۳	۷/۵۳	-۰/۰۳	-۰/۰۵
	گواه	۳۸/۸۰	۵/۹۳	-۰/۹۶	۰/۷۵

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین سن هر دو گروه بین ۳۸ تا ۳۹ سال بوده است.

جدول زیر میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی نمرات افسردگی آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۴: میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
افسردگی پیش‌آزمون	آزمایش	۳۳/۲۰	۹/۳۸	۰/۹۹	-۰/۷۳
	گواه	۳۸	۹/۷۶	۰/۳۷	-۱/۳۳
افسردگی پس‌آزمون	آزمایش	۴۰/۶۷	۳/۸۳	-۰/۰۲	-۰/۳۲
	گواه	۶۲/۳۳	۱۱/۰۸	-۰/۱۸	-۰/۹۳

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین افسردگی گروه آزمایش در اجرای پس‌آزمون کمتر از گروه گواه بوده است.

بررسی فرضیه پژوهش: آموزش واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار تأثیر معنادار دارد.

به منظور بررسی فرضیه پژوهش، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. بدین صورت که متغیر گروه (آزمایش و گواه) به عنوان متغیر مستقل، نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در اجرای پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل (هم‌پراکنش) و نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در اجرای پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند. جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تأثیر آموزش واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار را نشان می‌دهد.

تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار

منبع واریانس	SS	DF	MS	F	P	η^2
پیش‌آزمون	۱۰۸۲/۸۰	۱	۱۰۸۲/۸۰	۳۴/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
بین‌گروهی	۲۴۱۷/۶۶	۱	۲۴۱۷/۶۶	۷۷/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
درون‌گروهی	۸۴۱/۸۷	۲۷	۳۱/۱۸			
کل	۵۴۴۵/۵۰	۲۹				

SS = مجموع مجذورات، DF = درجه‌ی آزادی، MS = میانگین مربعات، F = مقدار اف و P = سطح معنی‌داری، η^2 = مجذور تفکیکی انا

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، واقعیت‌درمانی بر میزان افسردگی زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری دارد ($F = ۷۷/۵۴$ و $P = ۰/۰۰۰۱$). بررسی میانگین‌های موجود در جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش در اجرای پس‌آزمون، پایین‌تر از میانگین نمرات افسردگی گروه گواه است. به عبارت دیگر مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی موجب کاهش افسردگی زنان سرپرست خانوار می‌شود. بررسی مجذور تفکیکی آنها نیز حاکی از آن بود که متغیر مستقل، ۷۴ درصد از واریانس افسردگی زنان سرپرست خانوار را تبیین می‌کند. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که در بخش یافته‌ها ملاحظه شد، مداخله آموزشی مبتنی بر واقعیت‌درمانی افسردگی زنان سرپرست خانوار را کاهش می‌دهد که این یافته هم با مبانی نظری واقعیت‌درمانی و هم با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. تأکید اصلی واقعیت‌درمانی بر تقویت پذیرش مسئولیت در مراجعان و ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی آن‌ها به ویژه نیاز

به عشق و احساس تعلق و احساس احترام و شایستگی است (صاحبی و سلطانفر، ۱۳۹۴: ۱۲-۳۰). این در حالیست که انتقال سرپرستی از شوهر به زن از یک طرف روند عادی زندگی زنان را مختل نموده و وظایف و مسئولیت‌هایی که قبلاً به اشتراک گذاشته می‌شد و یا حتی برخی وظایف نظیر نان‌آوری که در جوامع مردسالار قبلاً بر عهده مرد خانواده بوده، اکنون به کلی به زن منتقل می‌شود. بنابراین زنان فاقد همسر ناچارند مسئولیت امور زندگی خویش را بیشتر از قبل متقبل شده و حتی وظایف و نقش‌هایی که به طور معمول بر عهده مردان است را بر عهده گیرند (هرست، ۲۰۱۲). از طرف دیگر زندگی مشترک اصلی‌ترین مکان ارضای نیازهایی چون عشق و تعلق و احترام است و از دست دادن همسر، می‌تواند موجب ناکامی زنان در ارضای نیازهای روان‌شناختی زنان شود. به همین دلیل زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب‌های روحی نظیر اختلال استرس پس از ضربه، اضطراب، افسردگی، شادکامی پایین، استرس بالا، علایم سایکوتیک و سوء مصرف دارو هستند (جیسمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ ایفچر و زرغامی، ۲۰۰۴؛ استیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک‌لانهمان، ۲۰۰۹؛ حییب، ۲۰۱۰؛ کونل و همکاران، ۲۰۱۲؛ لی‌هان و جون، ۲۰۱۳). علاوه بر این زارع، اگویار و فایبی و احمدی (۲۰۱۷) در یک بررسی کیفی بر روی زنان مطلقه دریافته‌اند که تهدید هویت یکی از اصلی‌ترین آسیب‌هایی است که زنان مطلقه با آن مواجه هستند که در سه طبقه کلی، احساس ننگ، شوک جدایی و تعارض در خصوص ازدواج مجدد قابل دسته‌بندی هستند. بر این اساس به نظر می‌رسد، آموزش واقعیت‌درمانی هماهنگی زیادی با وضعیت زنان سرپرست خانوار دارد و می‌تواند شیوه‌ای اثربخش برای کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار تلقی شود.

با وجود آنکه تاکنون پژوهش‌چندانی در خصوص تأثیر مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار انجام نشده است، اما پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی واقعیت‌درمانی در کاهش افسردگی دیگر گروه‌هاست. به عنوان مثال پژوهش‌های انجام شده توسط سرابی و همکاران (۱۳۹۸) در خصوص تأثیر واقعیت‌درمانی بر عزت نفس زوج‌های سالمند مبتلا به افسردگی، پژوهش کشاورز و رضوی (۱۳۹۵) در خصوص اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی به صورت گروهی بر افسردگی مادران و پژوهش صداقت و همکاران (۱۳۹۵) در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی در افراد مبتلا به افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی را می‌توان همسو با پژوهش حاضر در نظر گرفت.

علاوه بر این شفیع‌آبادی و غلامحسین قشقایی (۱۳۹۰) در پژوهشی که بر روی گروهی ۸۰ نفره از زنان سرپرست خانوار انجام داده‌اند، نشان داده‌اند که رویکرد واقعیت‌درمانی بر تغییر هویت زنان سرپرست خانوار مؤثر است. قربانعلی‌پور، نجفی، علیرضالو و نسیمی (۱۳۹۳) به

بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و امیدواری زنان مطلقه پرداخته و نشان داده‌اند که مداخله آموزشی مبتنی بر واقعیت‌درمانی اثربخش است و می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش شادکامی و امیدواری زنان مطلقه مورد استفاده قرار گیرد. همچنین سودانی، کریمی و شیرالی‌نیا (۱۳۹۵) نشان داده‌اند که مشاوره با تأکید بر نظریه انتخاب می‌تواند به کاهش طلاق عاطفی در زوجین بیانجامد.

در رابطه با مکانیسم‌هایی که از طریق آن واقعیت‌درمانی موجب کاهش افسردگی زنان سرپرست خانواده می‌شود، می‌توان به مواردی چند اشاره کرد: تغییر فاحش سبک زندگی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه هستند، ارضای نیازهای روان‌شناختی را مختل نموده و موجب ناکامی آن‌ها می‌شود. واقعیت‌درمانی موجب شناساندن این نیازها شده و زمینه‌ای برای ارضای این نیازها فراهم می‌کند. از طرف دیگر افراد پس از طی دوره آموزشی قادرند روابط اثربخش‌تری در محیط زندگی و اجتماع برقرار کرده و فعالانه به ارضای نیازهای روان‌شناختی خود بپردازند. پس از آشنایی با آموزه‌های واقعیت‌درمانی افراد به مسئولیت خود در تأمین و ارضای نیازهای اساسی خود پی برده و به جای آنکه روش‌های ناکارآمد (نظیر افسردگی) را جهت گریز از مسئولیت انتخاب کنند، سررشته امور زندگی خود را به دست می‌گیرند. آموزش واقعیت‌درمانی مکان کنترل را از بیرونی به درونی تغییر می‌دهد و موجب می‌شود افراد دستیابی به موفقیت و زندگی بامعنا و رضایت‌بخش را پیامد فعالیت‌های هدفمندانه و سازنده خود تلقی کرده و کمتر بر نقش منابع غیر قابل کنترل (نظیر دیگران، گذشته، شرایط و موقعیت) تأکید کنند.

از دیگر دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی، 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 (قربانعلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). علاوه بر این بازسازی هویت زنان سرپرست خانوار و تغییر هویت ناموفق به هویت موفق می‌تواند یکی دیگر از دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی باشد. بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی، افرادی که دارای هویت ناموفق هستند، از احساس تنهایی و بی‌ارزشی رنج می‌برند و واقعیت را انکار می‌کنند. آن‌ها دچار ناخشنودی از زندگی، اضطراب، افسردگی و عدم احساس مسئولیت می‌شوند. زنان سرپرست خانوار، به دلایلی نظیر فوت همسر، طلاق، اعتیاد، از کار افتادگی، زندانی شدن همسر و نظایر آن در معرض مشکلات و مسائل مختلفی قرار دارند که به نظر می‌رسد می‌تواند موجب شکل‌گیری هویت ناموفق در آن‌ها شود. بنابراین به کارگیری واقعیت‌درمانی می‌تواند موجب بازسازی هویت موفق در این زنان شود (شفیع‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۰) و بنابراین موجب کاهش افسردگی زنان سرپرست خانوار شود.

با توجه به اینکه واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان سرپرست خانوار تأثیر داشت، پیشنهاد می‌شود، متولیان امور خانواده (نظیر بهزیستی، آموزش و پرورش و دادگستری) آموزش این روش درمانی به مشاوران خانواده را مورد توجه قرار دهند و به صورت گروهی یا فردی توسط مشاوران در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر، نظیر زنان سرپرست خانوار اجرا شود.

References

Askhani Akbarinejad, H; Etemadi, Ahmad; Nasir Nejad, Fariba (2013). The effectiveness of group reality therapy on women's anxiety. Psychological studies. V (10), N(2), [In persian].

Afshani, A; Fatehi, E (2015). Empowerment of women heads of households and related socio-cultural factors: A study of women under the auspices of the Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz. Women and Society (Sociology of Former Women). Seventh Year, N. 3 (27) , [In persian].

ISNA, Iranian Students News Agency

Bakhtiari A , Mohebbi, F (2006). Government and women heads of households. Strategic Studies of Women, N(34) , [In persian].

Pasha, Gh , Amini, S (2008). The effect of reality therapy on life expectancy and anxiety of martyrs' wives. New findings in psychology (social psychology). V(3), N(9).

Khazan, K; Younesi, J; Foroughan, M , Saadati, H (2015). The effectiveness of teaching reality therapy concepts on the happiness of elderly men in Ardabil. Elderly Journal, V(10), N(3) , [In persian].

Khosravi Z (2001). Evaluation of Psycho-Social Injuries of Women Heads of Household, Al-Zahra University Humanities Quarterly, V(11), Number(3) , [In persian].

Dobson, Kate S , Mohammadkhani, P (2007). Psychometric coordinates of the Beck Two Depression Inventory in a large sample of people with major depressive disorder. Rehabilitation, V(8), Special Issue Number (29) , [In persian].

Rajabi, Gh , Karjoo Kasmaei, S (2012). Adequacy of psychometric indices Persian version of Beck Depression Inventory Second Edition. Educational measurement. V(3), N(10) ,[In persion].

Serial, F, Hamzhepour, T (2015). The effectiveness of reality therapy on psychological well-being, resilience and life expectancy of women with addicted spouses, Master Thesis, Aza Islamic University of Rasht,[In persion].

Saghaeian, A; Eskandari, M; Bahmani, Bahman and Asgari, Ali (2015). The effectiveness of group reality therapy on the psychological well-being of female-headed households. The Second National Conference and the First International Conference on New Research in the Humanities,[In persion].

Shafiabadi, A; Delavar, A, Sadrposhan, N (2005). The effect of reality group therapy on reducing anxiety in female adolescent students. Knowledge and research in psychology. Issue 25,[In persion].

Sahebi, Ali, Sultanfar, Atefeh (2015). Invitation to take responsibility for the step-by-step process of reality therapy, first edition, Tehran, Nun va Ghalam Publishing,[In persion].

Honesty, h; Sahebi, A ,Shahabi Moghadam, Sh (2015). The effectiveness of case-based reality therapy on people with major depression with a history of suicide attempt. Journal of Disciplinary Medicine. Volume 5, Number 5,[In persion].

Qamari K, Hussein; Rezaei Sharif, A; Ismaili Ghazi Volvi, Fariba (2015). The effectiveness of cognitive-metaphorical behavior therapy on depression and resilience of divorced women. Social Assistance Quarterly. Volume 5, Number (1) ,[In persion].

Keshavarz, H ,Razavi, V(2016). The effectiveness of group reality therapy on depression in mothers of elementary school students in Yazd. Fourth National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies, Tehran, Mehr Arvand Institute of Higher Education, Center for Strategies for Achieving Sustainable Developmen,[In persion].

Momeni, Kh; Hosseini, H; Akbari, M; Karami, S (2013). The role of personality traits and resilience in predicting nurses' psychological well-being. *Journal of Behavioral Sciences*. V(7) ,N(4) ,[In persian].

Anderia A.(2002) College student and depression pilot initiative. *National Mental Health Association*. 24(30),4-5

Bhargava, Ruchi. (2013) .The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. *Clinical Case Studies*. 12(5), 388-396.

Butler R(2002). Depressive disorder. *American Family Physician*. 65(7),2014-2017.

Cheeseman, S, Ferguson, C, Cohen, L. (2011). The Experience of Single Mothers: Community and Other External Influences Relating to Resilience. *The Australian Community Psychologist* , 23, No 2.32-49.

Chiu ,Hsiao-Yean; Chen, Pin-Yuan; Chen, Yu-Ting; Huang, Hui-Chuan(2018). Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.86 , 20-28

Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*, New York: Harper Collins.

Kudang, R.; Mustaffa, M.S; Sabil, S; Khan, A; Yahya, F. (2019). Coping styles in group reality therapy among cardiac women patients with depression. *Indian Journal of Public Health Research and Development*. Volume 10, Issue 4, 1377-1381.

Lavar D.(۲۰۰۲) Late life Depression. *Geriatrics* . ۵۱(۲), 198-210.

Law ,Fang Mei & Guo ,Gwo Jen(2014) The Impact of Reality Therapy on Self-Efficacy for Substance-Involved Female Offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Volume: 59 issue: 6, 631-653 .

Law, F.M., & Guo, G. J. (۲۰۱۴). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, ۵۸, .۶۷۲-۶۹۶

Lawrence, D. H. (2004). The effects of reality therapy group counseling on the self-determination of persons with developmental disabilities. *International Journal of Reality Therapy*, 23(2) , 9-15.

Loyd, B. D. (2005). The effects of reality therapy/choice theory principles on high school students' perception of needs satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy*, 25(1) , 5-9.

Mason, Cynthia Palmer and Duba, Jill D. (2009). Using Reality Therapy in Schools: It's Potential Impact on the Effectiveness of the ASCA National Model. *International Journal of Reality Therapy*, 29 (2) , 5-12

Mason, Dr. Cynthia Palmer and Duba, Dr. Jill D (2009). Using Reality Therapy in Schools: Its Potential Impact on the Effectiveness of the ASCA National Model. *International Journal of Reality Therapy*, 29 (2) , 5-12.

Massah, Omid; Farmani, Fardin ; Karimi, Reza; Karami, Hourieh ; Hoseini, Fatemeh ؛ Farhoudian, Ali (2015) . Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress. *Iranian Rehabilitation Journal*, Vol. 13, No. 23, 44-50.

**Evaluating the effectiveness of reality therapy on depression of
Female-headed households in Shiraz in 2019**

Ladan moein

Ali hosseini

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of reality therapy on depression of female-headed households in Shiraz in 2019. In this study, experimental design with pre-test and post-test including control group was used. The statistical population of this study was female-headed households referred to Imam Khomeini Relief Committee in Shiraz in year 2019. Based on purposive sampling method, 30 of them with high score of Beck depression questionnaire and low resiliency score were selected. They were randomly allocated to control and experimental groups. Both groups completed Beck depression questionnaire before intervention. The experimental group received the reality therapy training package in eight sessions. Depression questionnaire was again completed by both groups. the results of covariance analysis indicated that reality-based intervention reduced depression in female-headed households.

Keywords: Reality Therapy, Depression, female-headed households, Imam Khomeini Relief Committee

-
- 1- Assistant Professor, Department of Counseling and Guidance, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran. (Author)
 - 2- Master, Counseling Department, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.