Journal of Police Medicine

Winter 2017; Vol. 5, No. 5: 371-378

Original Article

The Effectiveness of Individualized Reality Therapy on Major Depression Patients with Suicide Attempt History

Received: 31 March 2016 **Revised:** 17 September 2016 **Accepted:** 2 December 2016

Mastureh Sedaghat[1*]
Ali Sahebi[2]
Shohreh ShahabiMoghaddam[2*]

[1] Ph.D. Director of the Department of Psychology, Islamic Azad University Semnan, Iran.

[2] Ph.D. Coach, founder, and chairman of the Institute William Glasser (Entekhaab institution), Tehran, Iran.

[3] NAJA Imam Sajjad hospital, Tehran, Iran. Master's student in clinical psychology, Islamic Azad University Semnan, Iran.

ABSTRACT

Background: This study aimed to investigate the effectiveness of reality therapy on cases with major depression and suicide attempt.

Materials and Methods: The methodology of this research study was quasi-experimental with pre-test and post-test. For the sake of this study, available sample of 14 patients diagnosed with major depression who have had at least one suicidal attempt were selected from NAJA Imam Sajjad hospital and divided randomly into two groups of test and control, with seven cases in each group. Research procedure was a clinical trial. Patients were assessed using Beck Depression Inventory (BDI- II). The test group underwent five sessions of reality therapy. The control group only received drug therapy. In the end, both groups filled up the Beck Depression Inventory once again. After data collection and control for pre-test, data analysis was performed using descriptive and inferential statistical index and compared using single variable ANCOVA.

Results: The results showed that, although both reality therapy and drug therapy had an impact on reducing depression, but reality therapy was more effective, so that the recovery index for depression variables had a lower average in reality therapy group compared with drug therapy group; and reality therapy in comparison with drug therapy had statistically larger effect on reducing depression of suicidal attempts at the significant level of ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the results of this study, it is suggested that the intervention of reality therapy treatment be used to reduce depression of the individuals with suicide attempt.

Key words: reality therapy, drug therapy, depression, suicide

[*] **Corresponding Author:**
Shohreh ShahabiMoghaddam
Tel: (021)71945396
Email: shahabi@gmail.com

زمستان ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۵- صفحات ۳۷۸-۳۷۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه موردی بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارای سابقه اقدام به خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۲ فروردین ۱۳۹۵ **تاریخ اصلاح:** ۲۷ شهریور ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ آذر ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه موردی بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی و سابقه اقدام به خودکشی انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: 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؛ روش کار از نوع کار آزمایی بالینی بود. بیماران به‌وسیله پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) مورد سنجش قرار گرفتند. به گروه آزمایش پنج جلسه مداخله واقعیت‌درمانی ارائه گردید؛ گروه کنترل تنها دارو دریافت کردند. در پایان مجدداً هردو گروه پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل کردند. پس از گردآوری داده‌ها و با کنترل پیش‌آزمون تجزیه‌وتحلیل آن‌ها به‌صورت توصیفی و استنباطی با استفاده از شاخص آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره مقایسه گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند اگرچه واقعیت‌درمانی و دارودرمانی در کاهش افسردگی تأثیر داشتند، ولیکن واقعیت‌درمانی مؤثرتر بوده است؛ به‌گونه‌ای که شاخص بهبودی برای متغیرهای افسردگی در گروه واقعیت‌درمانی میانگین کمتری از گروه دارو درمانی داشتند، و واقعیت‌درمانی به نسبت دارودرمانی با سطح معناداری ($p<۰.۰۰۵$) بر کاهش افسردگی افرادی که اقدام به خودکشی داشتند تأثیر بیشتری نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود از روش درمانی مداخله‌ای واقعیت‌درمانی برای کاهش افسردگی افرادی که اقدام به خودکشی دارند، استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، دارودرمانی، افسردگی اساسی، سابقه اقدام به خودکشی

مستوره صداقت[۱]
علی صاحبی[۲]
شهره شهابی مقدم*[۳]

۱ مدیر گروه دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، ایران.

۲ مربی ارشد، بنیان‌گذار و رئیس موسسه ویلیام گلسر (موسسه انتخاب)، تهران، ایران.

۳ بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، ایران.

* **نویسنده مسئول:**
شهره شهابی مقدم
تلفن: ۷۱۹۴۵۳۹۶(۰۲۱)
پست الکترونیک:
shahabi@gmail.com

مقدمه

افسردگی بیماری بسیار شایع عصر ماست و در تمامی جهان روندی فزاینده دارد. افسردگی اختلالی است که بر تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد. پیش‌ازاین عقیده بر این بود که «تمام آن در سر شماست» و اگر واقعاً تلاش کنید می‌توانید خود را از آن رها کنید. گاهی اوقات یک زندگی پراسترس محرکی برای افسردگی می‌شود. در سایر موارد به نظر می‌رسد که افسردگی بدون یک علت تعیین‌شده مشخص و به‌طور خود به خودی روی می‌دهد [۱]. آمار و ارقام منتشرشده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌نماید. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آن‌ها را اختلالات خفیف روانی، هم چون افسردگی و اضطراب، تشکیل می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲). فرد افسرده ممکن است انزوا، دوری‌گزینی

Journal of Police Medicine
Winter 2017; Vol. 5, No. 5: 371-378

و حتی خشم را نشان دهد. فرد افسرده ازآنجاکه ممکن است به دلیل خلق پایینی که دارد دست به خودکشی نیز بزند. همان‌طور که آمارها نشان می‌دهند خودکشی با خلق افسرده رابطه قوی نشان داده است و در بسیاری از افراد افسرده منجر به خودکشی شده است [۲]. افکار خودکشی در ۶۰ درصد بیماران افسرده وجود دارد و ۱۵ درصد خودکشی می‌کنند [۳]. خودکشی[1] به‌عنوان یک رفتار، مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد و به گفته اشنادیمن «خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسئله تعیین‌شده، این عمل را بهترین راه‌حل تصور می‌کند». بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملّی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی تلاشی آگاهانه به‌منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند [۴].

در روان‌شناسی رویکردهای مختلفی مانند «رفتاردرمانی»، «شناخت درمانی»، «روان تحلیل‌گری» و غیره در حوزه تغییر رفتار فعال هستند. رفتاردرمانی، به تغییر رفتار از طریق اصول یادگیری می‌پردازد و شناخت‌درمانی به تغییر رفتار فردی و بهبود وضعیت بهداشت روانی وی از منفی به مثبت با استفاده از اصول برگرفته از علوم و تئوری شناختی می‌پردازد [۵]. «واقعیت‌درمانی[2]» نیز رویکردی همانند سایر رویکردهای روان‌شناسی است برای تغییر رفتار که در وهله نخست هدف آن درمان افراد روانی، و سپس در فرایند گسترش، کمک به تغییر رفتار مراجعین، دانش‌آموزان و سایر افراد می‌باشد [۶]. «واقعیت‌درمانی» یک روش مشاوره و روان‌درمانی است که ویلیام گلسر[3] روان‌پزشک به‌نام آن را بنیان‌گذاری کرده است. واقعیت‌درمانی به مردم کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راه‌حل‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند [۷]، واقعیت‌درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی، که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره فرد تأکید می‌شود. رویکرد گلسر، آمیزه منحصربه‌فردی از فلسفه وجودی و شیوه‌های رفتاری است که به روش‌های خودگردانی رفتاردرمان‌گران شباهت دارد [۷]. به نظر گلسر، انسان‌ها افسرده نمی‌شوند بلکه افسردگی را انتخاب کرده و رفتار افسردگی را نشان می‌دهند. درگیر شدن در یک عمل فعالانه به انسان‌ها کمک می‌کند رفتارهای افسرده و احساس بدبختی آن‌ها جای خود را به احساس کنترل بدهد که با احساس مثبت‌تر، افکار مثبت‌تر و آرامش جسمی بیشتر همراه است [۸]. افسردگی کردن نوعی درخواست کمک بدون التماس است. احتمالاً این راه قوی‌ترین شیوه ارسال پیام «کمکم کن» به دیگران است و چون یک رفتار کنترل‌کننده قوی است بسیاری از مردم به‌رغم درد و رنج شدید این کار، انتخابش می‌کنند تا به‌واسطه آن دیگران را تحت کنترل خود قرار دهند. نقش رنج و عذاب، مشروعیت بخشیدن به درخواست کمک ماست. ازاین‌رو در بسیاری از مواقع برای دریافت کمکی که تاکنون به هیچ طریق دیگری دریافت نکرده‌ایم، حاضریم افسردگی کردن را انتخاب کنیم [۹]. آگاهی از این مسئله که «افسردگی کردن» یک انتخاب است، فرد را متوجه می‌سازد که او موقعیت انتخاب‌های دیگر را نیز دارد و احتمالاً می‌تواند کاری متفاوت و مفیدتر هم انجام دهد [۱۰].

آنچه از هنگام تولد تا مرگ از ما سر میزند *رفتار* است، در واقعیت‌درمانی به‌جای استفاده از صفات و اسامی برای شکوه و شکایت (آن‌گونه که اکثر ما بیان می‌کنیم) از افعال استفاده می‌کنیم. این تغییر و جایگزینی بسیار مهم است چون نه‌تنها به ما می‌آموزد آنچه از آن شکایت می‌کنیم را خودمان انتخاب کرده‌ایم، بلکه می‌توانیم یاد بگیریم به انتخاب‌های بهتری دست بزنیم و بر مشکلات و شکایات فائق آییم [۹]. تأکید بر مفهوم «انتخاب» تا جایی است که گلسر از اصطلاحاتی نظیر «عصبانی بودن» یا «افسردگی کردن» استفاده می‌کند. در تئوری انتخاب، رفتار بیش از آن‌که پاسخی به تحریکات و عوامل بیرونی باشد، تلاش انسان‌ها برای کنترل جهان پیرامون جهت رفع نیازهایشان تلقی می‌شود و «رفتار کلی» چیزی بیش از اداره کردن یا انجام دادن یک عمل است. *وقتی می‌خواهیم انتخاب رفتارهای دردناک مثل افسردگی را متوقف کنیم سه گزینه داریم: ۱- تغییر خواسته‌ها؛ ۲- تغییر اعمالی که انجام می‌دهیم؛ ۳- تغییر هردو.* افسردگی هم مانند همه رفتارهای ما یک انتخاب است، البته مثل راه رفتن و حرف زدن یک انتخاب مستقیم نیست ولی وقتی مفهوم *رفتار کلی* را خوب درک می‌کنیم، آنگاه متوجه می‌شوید تمام احساسات ما، اعم از احساسات خوشایند و ناخوشایند، یک انتخاب غیرمستقیم است [۹ و ۱۱].

احدی و یوسفی لویه در مطالعه‌ای کارآمدی و مداخله عقلانی-هیجانی-رفتاری گروهی را با واقعیت‌درمانی گروهی، درافزایش سلامت عمومی دانشجویان دختر مقایسه کردند. در این مطالعه پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شد. نتایج این پژوهش مداخله‌ای و آزمایشی، نتایج نشان داد که مداخله‌های عقلانی- هیجانی- رفتاری و واقعیت‌درمانی هر دو در افزایش سلامت عمومی

[1] Suicide
[2] Reality Therapy
[3] William Glasser

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۵- صفحات ۳۷۸-۳۷۱

کارآمدند و از این لحاظ تفاوتی با یکدیگر ندارند [۱۲]. یافته‌های پژوهشی که توسط غلامی حیدرآباد، نوابی نژاد، شفیع‌آبادی و دلاور در بررسی مقایسه تأثیر مشاوره گروهی با دو رویکرد واقعیت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت‌نگری بر افزایش سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا شهر تهران انجام شد، نشان داد که مشاوره گروهی با دو رویکرد واقعیت‌درمانی و مثبت نگری بر افزایش سخت رویی مادران تاثیرداشته است؛ همچنین بین این دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت [۱۳]. گوردون[4](۲۰۰۸)؛ افسردگی مضاعف در بیماران سرپایی بزرگ‌سال و ناامیدی را به‌عنوان یک ویژگی در این بیماران مورد بررسی قرار داد. نمونه موردمطالعه وی ۵۴ بیمار سرپایی مسن سایکوتیک بودند که تحت یک مصاحبه بالینی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بیماران افسرده مضاعف، سطوح بالاتری از ناامیدی را نشان می‌دهند درحالی‌که افراد با افسردگی اساسی یا دیس‌تایمی[5] منفرد، سطوح میانه (متوسطی) از ناامیدی را نشان می‌دهند [۱۴]. پژوهشی که توسط ریدر[6](۲۰۱۱) بر روی دانش‌آموزان انجام شد نشان داد که واقعیت‌درمانی با کاهش علائم افسردگی، افزایش عزت‌نفس و افزایش احساس ارزشمندی همراه است [۱۵].

گرچه افسردگی در بسیاری از مواقع نشان‌دهنده یک حالت است تا یک بیماری ولی عقیده بر این است که حدود ۱۰ تا هشت درصد جمعیت بالای ده سال در ایران مبتلا به درجه‌ای از افسردگی با افکار خودکشی هستند که نیاز به درمان دارند [۱]. در مرور پیشینه پژوهشی، کمتر پژوهشی یافت شد که به بررسی مستقیم واقعیت‌درمانی بر افراد دارای اختلال افسردگی منجر به خودکشی بپردازد لذا پژوهش حاضر اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی به شیوه موردی بر افراد افسرده و دارای اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار داد. بنابراین سؤال پژوهش حاضر به‌قرار زیر است: آیا رویکرد واقعیت‌درمانی به شیوه موردی بر افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اقدام به خودکشی تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

شیوه پژوهش انجام‌شده از نوع *نیمه تجربی-مداخله‌ای* با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. یک گروه برای اجرای مشاوره واقعیت‌درمانی و گروه دیگر به‌عنوان گواه (کنترل) بدون مداخله مشاوره انتخاب شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از افراد بستری در بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا که واجد شرایط تشخیص افسردگی اساسی توسط مصاحبه تشخیصی هستند و پیشینه اقدام به خودکشی دارد. نمونه آماری این پژوهش به روش *نمونه در دسترس* بود. تعداد ۱۴ نفر انتخاب‌شدند و با روش تصادفی در دو گروه هفت نفری آزمایش و گواه جاگذاری شدند. ملاک ورود به تحقیق دارا بودن ملاک‌های افسردگی اساسی با اقدام به خودکشی است که پس از مصاحبه بالینی بر اساس DSM-V توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس تشخیص اختلال افسردگی اساسی تأیید شده باشد؛ و ملاک خروج عدم وجود گزارش اقدام به خودکشی در شرح‌حال فرد افسرده بود. طرح این پژوهش به‌صورت یک‌سویه کور بود که توسط پژوهش‌گر در تمام مراحل رعایت شد در ابتدا به آزمودنی‌های هر دو گروه پرسش‌نامه میزان سنجش افسردگی بک[7](BDI-II) ارائه شد. گروه کنترل فقط دارو دریافت کردند و واقعیت‌درمانی برای آنان اجرا نشد. برای گروه آزمایش علاوه بر دارودرمانی، پنج جلسه رویکرد واقعیت‌درمانی (مداخله) یک تا دو بار در هفته اجرا شد. سپس از افراد هر دو گروه در هنگام ترخیص مجدداً سنجش میزان افسردگی توسط پرسش‌نامه انجام گرفت. همچنین در مورد قوانین شرکت در پژوهش از قبیل رازداری، رعایت نظم و حضور منظم در جلسات درمان به افراد توضیح داده شد و روند کلی جلسات برای آن‌ها تشریح شد. پس از اتمام طرح پژوهشی به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، واقعیت‌درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. لازم به ذکر است افراد به‌صورت گروهی مورد مداخله قرار نگرفتند، بلکه به‌صورت *فردی* برای آنان واقعیت‌درمانی اجرا شد. مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی پنج جلسه‌ای تئوری انتخاب (واقعیت‌درمانی)[8] [۱۶ و ۹] به صورتی که در جدول ۱ آمده است، اجرا شد.

جدول ۱: پروتکل درمانی تئوری انتخاب

جلسه اوّل	برقراری رابطه: اعتمادسازی، دوستانه، منصفانه، قاطعانه
جلسه دوّم	بررسی دنیای مطلوب یا جهان کیفی فرد (نقب زدن به دنیای مطلوب)
جلسه سوم	شناسایی دنیای ادراک، بررسی خواسته‌ها، بررسی نیازها معرفی پنج نیاز اساسی و شناخت نیمرخ نیازها (پنج نیاز اساسی)
جلسه چهارم	بررسی رفتارها، فرد چه رفتارهایی انجام می‌دهد؟ آیا این رفتارها او را به جلو برده‌اند؟ چه رفتار عادی دیگری می‌تواند بکند؟ آموزش ماشین رفتار
جلسه پنجم	طرح SMART (طرح و برنامه‌ریزی هوشمندانه تا بتواند به آن چیزی که می‌خواهد برسد.)

[4] Gordon
[5] Dysthymia
[6] Reeder

[7] The Beck Depression Inventory
[8] پروتکل درمانی طی یک دوره آموزش سه ماهه تئوری انتخاب زیر نظر دکتر صاحبی تدوین شده است.

Journal of Police Medicine
Winter 2017; Vol. 5, No. 5: 371-378

ابزار پژوهش و اعتبار و روایی آن: در این پژوهش از پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) که شامل ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای است استفاده شده است. پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. به‌این‌ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای.تی.بک[9]، وارد مندلسون[10]، موک[11] و ارباف[12] معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. در این فرم تجدید نظرشده، به‌منظور انعکاس نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر داده شد [۱۷]. به علت اهمیت این ابزار در تشخیص و مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهم‌ترین این پژوهش‌ها می‌توان به فرا تحلیلی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط ای.تی.بک، استیر و گاربین انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه باز آزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰,۴۸ تا ۰,۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار باز آزمایی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را ۰,۹۳ به دست آوردند. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰,۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر ازجمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، قابل‌قبول گزارش‌شد و از ۰,۷۰ تا ۰,۹۰ متغیر بوده است [۱۸].

اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر: این پرسش‌نامه به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته‌شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه‌شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خود سنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند [۱۹]. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند.

[9] A. T. Beck
[10] Ward Mendelson
[11] Mock
[12] Erbaugh

آن‌ها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع‌کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: صفر تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی؛ ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط؛ ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف؛ ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید [۱۶].

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌شوند. در بخش توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و غیره) و در بخش استنباطی با توجه به این‌که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه است، جهت کنترل متغیرهای خطا از *تحلیل کوواریانس*[13] *تک متغیری* استفاده‌شده است. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندار نمرات به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه افسردگی بک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری‌های انجام‌شده را نشان می‌دهد. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه افسردگی بک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه‌شده است؛ در گروه واقعیت‌درمانی می‌بینیم میانگین نمرات بعد از اجرای متغیر مستقل؛ در پس‌آزمون بیش از گروه دارودرمانی کاهش یافته است. درنتیجه میزان افسردگی نسبت به گروه گواه کاهش چشم‌گیری داشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی بک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
واقعیت‌درمانی	۳۸,۷۰	۳,۵۴	۱۰	۶,۶۰
دارودرمانی	۳۹,۱۴	۷,۹۰	۲۵,۵۷	۳,۰۴

برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. هر تحلیل و روش آماری برای خود پیش‌فرض‌هایی دارد که برخی عمومی و برخی نیز خاص همان روش موردنظر هستند. در این بخش در ابتدا مهم‌ترین پیش‌فرض‌هایی که برای تحلیل کوواریانس موردنیاز است بررسی شد. سپس به تحلیل استنباطی سؤال مطرح‌شده در این پژوهش پرداخته شد. این پیش‌فرض‌ها در مراحل زیر گزارش شده است.

[13] Covariance

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۵- دوره ۵- شماره ۵- صفحات ۳۷۸-۳۷۱

به‌منظور بررسی این مفروضه از آزمون لوین (فرض یکسانی واریانس‌ها) استفاده می‌گردد. که نتایج آزمون لوین در جدول ۳ گزارش می‌شود. با توجه به جدول ۳، و این‌که مقدار F در سطح ۰،۰۵ معنادار نشد پس فرض صفر مبنی بر برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود. (این دو گروه شبیه هم هستند).

جدول ۳: آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های

Sig	df2	df1	F
۰،۸	۱۲	۱	۰،۰۷

آزمون کالموگروف اسمیرنوف جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده ها استفاده شد. جدول ۴، نتایج نشان داد که در دو سطح آزمون؛ توزیع داده‌ها طبیعی است، زیرا در هیچ‌کدام معنادار نبود (p>۰،۰۵) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع تأیید شد. هم‌چنین با توجه به مقادیر (Sig=۰،۹۸ و F=۰،۲۳) به‌دست‌آمده برای تعامل گروه پیش‌آزمون در سطح پس‌آزمون، این تعامل معنادار نبوده (p>۰،۰۵) پس نتیجه گرفته شد پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیونی رعایت شده است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها و با توجه به وجود متغیر مستقل (گروه آزمایش و گروه گواه)، متغیر وابسته (نمرات پرسش‌نامه بک) و مداخله بودن پژوهش، آزمون تحلیل کوواریانس را اجرا شد.

جدول ۴: آزمون کالموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع

پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig	میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig
۳۸،۹	۵،۹	۰،۹۸	۱۷،۸	۹،۵	۰،۶۰

نتایج نهایی تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۵ ارایه شده‌اند. با توجه به جدول ۵، درمی‌یابیم که تفاوت میانگین‌ها در دو گروه دارودرمانی و واقعیت‌درمانی با حذف اثرات پیش‌آزمون، در سطح پس‌آزمون ((p>۰،۰۵)، (۱ و F(۲۴) معنادار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی افرادی که اقدام به خودکشی داشتند، تأثیر بیشتری داشته بود که این موضوع مؤید فرضیه شد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰،۴۹ است، یعنی ۴۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی بک مربوط به تأثیر واقعیت‌درمانی بود. توان آزمون برابر با ۰،۹۹ است، یعنی اگر این تحقیق ۱۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۴۹ مرتبه ممکن است فرضیه صفر به‌اشتباه تأیید شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش مداخله واقعیت‌درمانی پس از انجام بررسی داده‌ها و تفاوت میانگین‌ها در دو گروه دارودرمانی و واقعیت‌درمانی با حذف اثرات پیش‌آزمون، در سطح پس‌آزمون معنادار بود. بنابراین واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی افراد افسرده که اقدام به خودکشی داشتند، به نسبت دارودرمانی تأثیر بیشتری داشت؛ با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی در کاهش افسردگی، و همچنین کاهش افکار و احتمال اقدام به خودکشی کاربرد دارد. بسیاری به‌جای پذیرفتن این واقعیت که با رفتـار مسئولانه‌تر می‌توان مسائل خود را حل کرد، ترجیح می‌دهند خودکشی کنند. برنامه درمان، زمانی مؤثر خواهد بود که مراجع یا بیمار بتواند از انکار واقعیت دست بردارد و به این شناخت برسد که نه‌تنها در واقعیت وجود بلکه تنها در گستره آن می‌توان نیازهای خود را ارضا کرد [۲۰]. یافته‌های این پژوهش را می‌توان هم‌راستای پژوهش مواسات (۱۳۹۲)، رحیمی دوآب (۱۳۹۳)، حسن توزنده جانی و حبیبه سلطان‌زاده مزرجی (۱۳۹۳)، دانست. پژوهش مواسات (۱۳۹۲)، که با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی به شیوه موردی بر اضطراب و افسردگی و عزت‌نفس جوانان مبتلا به صرع انجام شده بود، با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک، اضطراب بک و عزت‌نفس کوپر اسمیت بیماران را موردسنجش قرار داد. پس از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نتایج نشان داد که هردو درمان در کاهش افسردگی و اضطراب تأثیر داشته است ولیکن واقعیت‌درمانی ۷۴ درصد و اصالت وجود ۵۶،۵ درصد، واقعیت‌درمانی با شاخص بهبودی ۲۴،۵ معنادار و مؤثرتر از درمان اصالت وجودی بود [۲۱]. رحیمی دوآب (۱۳۹۳)، در مطالعه خود به اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی در بهبود افسردگی و کارکردهای عصب روان‌شناختی زنان افسرده با سابقه اقدام به خودکشی در شهر مشهد پرداخت. این پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی و بهبود کنش‌های

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تک متغیری

منبع	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	F	Sig	ضریب اتا	توان آزمون
پس‌آزمون	۱۵،۵۷	۱	۲۴،۲۶	۰،۰۰۱	۰،۴۹	۰،۹۹

Journal of Police Medicine
Winter 2017; Vol. 5, No. 5: 371-378

عصب روان‌شناختی دارد [۲۲]. حسن توزنده جانی و حبیبه سلطان‌زاده مزرجی (۱۳۹۳)، در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افسردگی در زنان نابارور قبل از درمان، نشان دادند که واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی زنان نابارور تأثیرگذار است [۲۳]. کیم[14] [۲۴]، پرینزلا[15] [۲۵]، ریدر[16] [۱۵]، ترنر[17] [۲۶]، خالقی عباس‌آبادی [۲۷]، آقایی [۲۸]، غلامی حیدرآباد، نوابی نژاد، شفیع‌آبادی، دلاور [۱۳]، عبادی، بهادری و میرزایی [۲۹]، به اثربخشی واقعیت‌درمانی تأکید دارند. شاید بارزترین و مهم‌ترین جنبه واقعیت‌درمانی، که آن را از دیگر روش‌ها مشابه جدا می‌کند، این باشد که در واقعیت‌درمانی، مشاوره به‌طور عمده یک موقعیت آموزشی-تربیتی است. گلسر روش درمانی خود را به‌عنوان یک فرآیند آموزشی و نه صرفاً درمانی در نظر می‌گیرد [۳۰]. زارب معتقد است واقعیت‌درمانی نوعی درمان است که کاربرد آن برای تمام افرادی که دچار مشکل هستند امکان‌پذیر است. عدم انکار واقعیت، مسئولیت‌پذیری[18] و بر این اساس، برنامه‌ریزی جهت دست‌یابی به اهداف، از اصلی‌ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است [۳۱]. واقعیت‌درمانی، نظامی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند زندگی خود را مؤثرتر کنترل کنند. در این درمان عمدتاً به افراد کمک می‌شود و گاهی آموزش داده می‌شود تا هنگام رابطه برقرار کردن با افرادی که در زندگی خود به آن‌ها نیاز دارند، تصمیمات مؤثرتری بگیرند [۳۲].

اگرچه در درمان مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی با رویکرد رفتاری پژوهش‌های زیادی صورت پذیرفته است؛ و البته نتیجه‌های مختلفی از اثربخشی آن‌ها به‌دست‌آمده است؛ ولیکن پژوهشی که مختص به افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی باشد اندک صورت گرفته است. در ذیل چند نمونه از پژوهش‌های شناختی رفتاری با نتایج مختلف آورده می‌شود. در حیطه درمان‌های شناختی رفتاری ماکرودیمیتریس مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ انجام دادند که در نتیجه آن اضطراب و افسردگی بیماران به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده بود. در مطالعه دیگر داویس، با به‌کارگیری درمان شناختی-رفتاری کاهش چشم‌گیری را در افسردگی آن‌ها بر اساس مقیاس بک مشاهده کرد [۳۳]. در حالی‌که پس از ارائه درمان شناختی و رفتاری هیچ‌گونه بهبودی بر اساس مقیاس‌های افسردگی بک و ام.پی.آی مشاهده نشد [۳۴]. کاملاً مشهود است این حیطه نیازمند پژوهش‌های بیشتری است تا در آینده نزدیک شاهد به‌کارگیری کارآمدترین مداخلات روان‌شناختی برای افراد مبتلا به افسردگی اساسی باشیم و پیش‌گیری اقدام به خودکشی به عمل آید. از محدودیت‌های این پژوهش باید به این مورد اشاره کرد که اگرچه تمام آزمودنی‌ها در طبقه افسردگی اساسی قرار داشتند، ولیکن ملاک دقیقی برای تمایز گروه دوقطبی‌ها وجود نداشت و تعیین این تمایز خارج از توان پژوهش‌گر بود. محدود بودن تعداد افراد مبتلا به افسردگی اساسی همزمان با اقدام به خودکشی و عدم دسترسی به نمونه وسیع‌تر باعث شد که پژوهش‌گر نتواند اثربخشی این روش درمانی را با روش‌های مداخله دیگر مورد مقایسه قرار دهد.

[14] Kim
[15] Pyrinzla
[16] Reeder
[17] Turner
[18] Responsibility

تشکر و قدردانی

از تمامی سروران و بزرگان، به‌خصوص افراد بستری در بیمارستان امام سجاد (ع) که مرا در این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود. و همچنین تشکر ویژه از استاد مشاورم که پا به‌پای این پژوهش با من بود.

منابع

1. Davidian H. Diagnosis and treatment of depression in Iranian culture. Tehran: Farhangestan Olum Pezeshki. 2007. (Persian)
2. Najarian B, Asgharimoghaddam MA, Dehghani M. Persian translation of Irwin Sarason and Barbara Sarason's Abnormal Psychology: the problems of maladaptive behavior. Tehran: Roshd publication. 2004. (Persian)
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
4. Azar M, Noohi S. Suicide. Tehran: Arjomand publication. 2015. (Persian)
5. Burns D. Feeling good: the new mood therapy Persian translation by GharachehDaghi, M. Tehran: Baraye Farda, 2012.
6. Glasser W. Counseling with choice theory: the new reality therapy. New York: Harper Collins Publisher. 2013.
7. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Brooks Cole; 2009.
8. Shafiabadi A, Nasseri Gh. Theories of counseling and psychotherapy. Tehran: Tehran University Publishing Center, 2007. (Persian)
9. Glasser W, Breggin PR. Counseling with choice theory. New York: Quill. 2001.
10. Sahebi A. Choice theory and reality therapy (part I). Roshd Education, School Counselor Quarterly. 2012;27:4-11. (Persian)
11. Glasser W. Reality therapy in Action. New York: Harper Collins, 1999.
12. Ahadi H. YousefiLoya M, Salehi M, Ahmadi I. Comparison of the efficacy of rational-emotional-

behavioral group interventions with reality therapy in improving female students' public health. Psychological Research Quarterly. 2009;1(2):1-16. (Persian)
13. Gholami Heidarabadi Z, Navabinejad S, ShafiAbadi A, Delavar A. Effectiveness of group consultation with two approaches: reality therapy and positivism to increase tirelessness of mothers who have blind children. Educational administration research quarterly. 2013;4(15):57-76. (Persian)
14. Bavari I. The causal relationship between optimism, humor, mental health and hope. Thesis for MA in psychology, Science and Research University of Khuzestan, 2008. (Persian)
15. Reeder SD, Culbreth JR, Wierzalis EA, Harris HL, Flowers CP, Cooke NL. Choice theory: An investigation of the treatment effects of a choice theory protocol on students identified as having a behavioral or emotional disability on measures of anxiety, depression, locus of control and self-esteem. 2011. Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Charlotte.
16. Sahabi A. Persian translation of William Glasser's Reality therapy. Tehran: Sayeh Sokhan Publishing, 2012. (Persian)
17. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. John Wiley & Sons; 2009.
18. Azkhosh, M. Use of Psychiatric Tests and Clinical Diagnosis. 3rd Edition, Tehran: Ravan, 2008;224-226. (Persian)
19. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical psychology review. 1988 Dec 31;8(1):77-100.
20. Sahabi A. Persian translation of William Glasser's Reality therapy. Tehran: Sayeh Sokhan; 2012.
21.Movasat R. Comparison of the effectiveness of reality therapy and existential treatment on anxiety, depression and self-esteem of young people with epilepsy. Master's thesis in clinical psychology. Mashhad: Ferdowsi University; 2013. (Persian)
22.RahimiDoab M. The effectiveness of reality therapy in depression and neuropsychological functions in depressed women with a history of suicide attempt. Master's thesis in clinical psychology. Mashhad: Ferdowsi University; 2014. (Persian)
23.Toozandehjani H, SoltanzadehMezerj H. Efficacy of group reality therapy on depression in infertile women before treatment with assisted reproductive techniques IUI. J Res Behave Sci 2014;12(2). (Persian)
24. Kim J. Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. Taehan Kanho Hakhoe chi. 2005 Dec;35(8):1485-92.
25. Prenzlau S. Using Reality Therapy to Reduce PTSD-Related Symptoms. International journal of reality therapy. 2006 May 1;25(2).
26. Gorbanalipour M, Najafi M, Alirezalo Z, Nasimi M. The Effectiveness of Reality Therapy on Happiness and Hope in Divorced Women. Family counseling and psychotherapy. 2014; 4(2):297-317. (Persian)
27. KhaleghiAbbasAbad S. Evaluation of the effectiveness of group reality therapy method on increasing happiness and mental health. Master's thesis in counseling. Tehran: Shahid Beheshti University, 2009. (Persian)
28. Rashidi Z, Aghai Jashughani A. Effect of reality therapy on increasing hope, mental health, and fertility rate of donation oocyte receiver women. Doctoral thesis in consultation. Isfahan: Islamic Azad University Khorasegan Unit; 2009. [Persian]
29. Ebadi P, Bahari F, Mirzaei HR. The effectiveness of reality therapy on the hope of breast cancer patients. Iranian quarterly journal of breast disease. 2013;6(2):26-34. (Persian)
30. Sahebi A. Choice theory and reality therapy (part II). Roshd Education, School Counselor Quarterly. 2012;27:4-11. (Persian)
31. KhodayariFard M. The effectiveness of cognitive-behaviour therapy combined with pharmacological treatment in treatment of schizophrenia (case study). Journal of psychology and education. 2003;33(1):77-102. (Persian)
32. SeyedMohammadi, Y. Persian translation of Gerald Corey's Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 12th Ed. Tehran: Arasbaraan; 2014. (Persian)
33. Davis GR, Armstrong HE, Donovan DM, Temkin NR. Cognitive-behavioral treatment of depressed affect among epileptics: Preliminary findings. Journal of clinical psychology. 1984 Jul 1;40(4):930-5.
34. Tan SY, Bruni J. Cognitive-Behavior Therapy with Adult Patients with Epilepsy: A Controlled Outcome Study. Epilepsia. 1986 Jun 1;27(3):225-33.