

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۲/۱۴  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۷/۰۲

دست آوردهای روان‌شناختی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۷  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۲  
صص: ۷۲-۵۵

## کاربست تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی

فرح نادری\*

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین میزان تأثیر کاربردی تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی شهر اهواز بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه افکار خودآیند کندال و هولون، مقیاس سنجش افکار خودکشی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. مداخله تئوری انتخاب در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، روی گروه آزمایشی اجرا گردید و پس از پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد، و پیگیری پس از یک ماه به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد، تئوری انتخاب باعث کاهش افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایشی شد. این نتایج بعد از یک ماه نیز پایدار بود.

کلید واژگان: تئوری انتخاب، افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی، کیفیت زندگی

### مقدمه

\* دانشیار، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

[nmafrah@yahoo.com](mailto:nmafrah@yahoo.com)

افسردگی<sup>۱</sup>، غم‌انگیزترین بیماری است و تشخیص زود هنگام آن از مهم‌ترین اولویت‌های بهداشت در سطح جهانی می‌باشد (Gundela, Pedersen, Munk-Olsen & Dalsgaard, 2018). The World Health Organization (2017) افسردگی را به ویژه در بزرگسالان و جوانان بسیار مهم تلقی کرده و پرداختن به این اختلال روانی را برای روز جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷ شعار خود اعلام نموده است. افسردگی علاوه بر جنبه‌های ژنتیکی اکثراً با عوامل اجتماعی و روانی ناشی از وقایع محیطی همراه بوده است (Sadock, Sadock & Kaplan, 2009). اختلال افسردگی بیماری مزمن پیچیده‌ای است که مشخصه آن دوره‌های تکرار شونده افسردگی می‌باشد (Akiskal, 2009). افراد افسرده نواقصی را در پردازش اطلاعات دارا هستند که منجر به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل آن‌ها به ایجاد و حفظ افسردگی، در هنگام رویارویی با تجارب و وقایع تنش‌زای زندگی می‌شود. همچنین طبق نظریه‌های شناختی در مورد افسردگی، افرادی که الگوهای شناختی سازش نیافته دارند نسبت به ابتلا به افسردگی بسیار آسیب‌پذیر هستند، زیرا آن‌ها اطلاعات را درباره‌ی خود و تجارب‌شان به صورت منفی پردازش می‌کنند (Kalu, Sexton, Loo & Ebmeier, 2012). در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی افکارخودآیند منفی<sup>۲</sup> رشد بالایی دارد. افکارخودآیند منفی از عوامل مؤثر در وضعیت خلقی هستند. افکارخودآیند منفی شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کند و باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند، وضعیت سلامت روانی را به مخاطره می‌اندازند و احتمال خودکشی را افزایش می‌دهد (Laursen, Musliner, Benros, Vestergaard, Munk-). Olsen, 2016). افکارخودآیند منفی، افکاری هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های منفی مربوط می‌شوند (Zaman-zadeh, 2013).

Giy (2014) طی تحقیقی روی افراد مبتلا به افسردگی نشان داد، افرادی که دارای باورهای منفی بالاتری هستند سطح سلامت روان پایینی دارند. Salehi (2015) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که اثر بخشی تئوری انتخاب پس از ۸ جلسه می‌تواند افکار خودآیند منفی بیماران افسرده را کاهش دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افکارخودآیند منفی سبب تداوم نگرانی می‌شوند (Pour-Namdar, Saeidi & Mohammad-pour, 2011). این افکارخودآیند

---

1- depression

2- negative automatic thoughts

منفی مسبب اختلالاتی می‌شوند که سبک تفکر و سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بی‌اختیار به تأکید و تقویت پاسخ‌های هیجانی می‌انجامد که بیشتر از همه ناشی از نشخوار فکری و نگرانی است (Scragg, 2014). Stone, Sood and Brin (2015) به بررسی اثربخشی تئوری انتخاب بر باورهای منفی و اضطراب افراد افسرده پرداختند. نتایج نشان داد باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی و اضطراب به میزان چشمگیری کاهش یافته و این کاهش به دلیل اجرای تئوری انتخاب بود. Demisan, Lasu and Hegadoren (2014) طی پژوهشی به تأثیر تئوری انتخاب بر تنظیم هیجانی و افکار خودآیند منفی روی نمونه زنان متأهل پرداختند. نتایج نشان داد که رویکرد تئوری انتخاب بر افزایش تنظیم هیجانی و کاهش افکار خودآیند منفی اثربخش است. همچنین نتایج پژوهش‌های (Daniberger, 2015) و (Veen, Halk, Faner and Jeer, 2014) نشان داد که کاربست تئوری انتخاب بر کاهش افکار خودآیند منفی اثربخش است.

در افراد افسرده کارکردهای بدنی و شناختی دچار اختلال می‌شود. این افراد توانایی پایینی در میزان استفاده از منابع شناختی برای انجام تکالیف دارند و به دلیل ناتوانی آسیب عمدی<sup>۱</sup> به خود می‌زنند (Zareaa & Nahravanian, 2015). بر مبنای تعریف مرکز مطالعات "انستیتو ملی بهداشت روانی"<sup>۲</sup> آمریکا، آسیب عمدی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (Ferench, 2014). نشانه‌های بالینی افسردگی چنانچه برطرف نشود ممکن است فرد را دچار چالش‌های متعددی کند و روابط فردی - اجتماعی و سازگاری‌های فردی - اجتماعی وی را مختل سازد و در نهایت در روابط، موجب اختلال می‌شود و فرد به خود آسیب عمدی وارد می‌نماید (Hassan-zadeh Zahraei, Fahami, Yazdani, Ahmadi & Bashar-dousot, 2014). غمگینی و دل‌مردگی برجسته‌ترین علامت هیجانی در افسردگی است که منجر به آسیب رساندن عمدی به خود می‌گردد. شخص افسرده ناامید و غمگین است، اغلب گریه و زاری می‌کند و ممکن است به فکر خودکشی بیفتد. از دست دادن لذت یا خشنودی از زندگی نیز به همین اندازه برای وی شایع است. فعالیت‌های که قبلاً موجب رضایت او می‌شد اکنون

1- cogitationes suicide

2- The National Institute of Mental Health (NIMH)

کسل‌کننده و غیر لذت بخش می‌شود (Entezari, 2014). (Pildsen, 2014) در تحقیقی به تأثیر تئوری انتخاب بر نشخوارفکری و آسیب عمدی زنان افسرده پرداخت. نتایج نشان داد که تئوری انتخاب سبب کاهش نشخوارفکری و آسیب عمدی زنان افسرده گروه آزمایشی شد. همچنین (Divid and Milesi, 2014) و (Jorj, 2014) به نتایج مشابهی دست پیدا کردند. تأثیرهای نامطلوب افسردگی میزان کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی به معنای توانایی فرد در انجام رضایتمندانه امور زندگی تعریف شده است که دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌ها و عوامل بدنی و روانی را در بر می‌گیرد (Jones & Rose, 2005, cited in Jab-Amali, Neshat Dousat, Kajbaf & Molavi, 2014). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است (Bonomi, Patric & Bushnell, 2010).

بروز دوره‌های مکرر افسردگی برحیطه‌های مختلف زندگی، افکار منفی، آسیب‌پذیری و کیفیت زندگی فرد از جمله شرایط اجتماعی، شغلی، عملکردی و احساس خوب بودن وی تأثیر می‌گذارد (Vojta, Kinoshian, Glick, Altshuler & Bauer, 2010). در افراد افسرده سازه‌های ناکارآمد و متعاقب آن، نگرش‌های ناکارآمد منفی این افراد باعث افت شدیدی در کیفیت زندگی آنان می‌شود (Zareaa & Nahravanian, 2015). کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی مبتنی بر ارزش‌ها و تمایلات در ارتباط با میزان رضایت‌مندی از زندگی می‌باشد. این سازه تحت شرایط پرچالش اختلال خلقی متزلزل می‌گردد (Taylor, 2011). برخی از افراد قادرند خودشان را با شرایط محیطی جدید وفق دهند و با انتخاب رویکرد انعطاف‌پذیرانه در برابر تغییرات، موفقیت‌های شناختی خود را ارتقا بخشند و برخی ممکن است دچار مشکلات شناختی شوند که بر عملکرد آن‌ها تأثیر بگذارد. اما با توجه به مشکلات اجتماعی، شناختی و هیجانی، افرادی که مبتلا به افسردگی هستند با چالش‌های متعددی روبرو می‌شوند که آنها را گاهی دچار اختلال‌های روان‌شناختی می‌کند (Kalu, et al., 2011). در چند دهه گذشته پژوهشگران دریافتند که رابطه معنی‌داری بین حل مشکل و ارزیابی‌های مختلف از سازگاری وجود دارد. به عنوان نمونه، مهارت‌های ضعیف در حل مسئله با مشکلات شناختی، عاطفی، رفتاری و میزان بالایی از نشانه‌های آسیب روانی رابطه دارد (Chang et al. 2007 cited in Koraei, Soudani, 2011).

(Mehrabizadeh Honarmand, Maktabi & 2015). Parker (2014) در پژوهشی که روی افراد افسرده انجام داد به این نتیجه رسید که رویکرد تئوری انتخاب موجب افزایش کیفیت زندگی افراد افسرده می‌شود. در تحقیقات (Lolen (2012), Miler, Lediner and Dalsir (2012), Warden (2012), Gros (2014) و Neson (2015) نتایج نشان داد که رویکرد تئوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی اثربخش است. برای کاهش افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی استفاده مناسب از مکانیسم‌های مقابله درمان‌های غیر دارویی می‌تواند تأثیرات شگرفی بر میزان مشکلات‌شان داشته باشد. یکی از این درمان‌ها کار بست تئوری انتخاب است (Wubboking, 2013).

Glasser (1998, cited in Ahmadi, 2015) تئوری انتخاب را تحت عنوان چرخه مشاوره مطرح می‌کند که از محیط مشاوره و روش‌های اختصاصی تشکیل می‌شود، روشی که منتهی به تغییر رفتار می‌شود. اساس «تئوری انتخاب» بر این اصل استوار است که تمامی انسان‌ها به سبب وجود پنج نیاز ژنتیک: بقا، عشق و احساس تعلق خاطر، قدرت، آزادی و تفریح، برانگیخته می‌شوند. تئوری انتخاب یک نظام کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه‌ایی که جهت زندگی افراد را تعیین می‌کند را تشریح می‌کند (Wubboking, 2013). درمانگران تئوری انتخاب معتقدند که افراد رفتارهای خود را به عنوان راهی برای حل کردن ناکامی ناشی از رابطه ناخوشایند انتخاب کرده‌اند (Corey, 1937 translated by Sayad Mohammadi, 2006). Kim (2010) طی مطالعه‌ای گزارش نمود که کاربست تئوری انتخاب رویکرد درمانی مناسبی در جهت کاهش اختلالات است.

افراد مبتلا به افسردگی به دلیل مشکلات هیجانی و رفتاری که دارا می‌باشند از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند و افکار خودآیند منفی بالایی دارند که سبب آسیب عمدی به خود می‌شوند و از طرفی مداخله‌های فعال و درمانی مناسب برای تعدیل مشکلات‌شان می‌تواند بسیار با ارزش باشد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین میزان تأثیر کاربست تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر اهواز می‌باشد. بنابراین، در راستای تحقق هدف مورد نظر این سؤال مطرح است، آیا کاربست تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این طرح ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس بعد از جلسات مداخله روی گروه آزمایشی، پس‌آزمونی از هر دو گروه گرفته شد. بعد از یک ماه آزمون پیگیری برای ارزیابی میزان تأثیر مداخله انجام پذیرفت. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از کلیه افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به دو کلینیک درمانی شهر اهواز که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ اعلام آمادگی برای همکاری نمودند، بود. از بین جامعه مذکور ۳۰ نفر از زنان و مردانی که نمره ۱۷ به بالا، که ملاک تشخیص افسردگی و نیازمند درمان بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب و به گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود افراد به نمونه شامل: ابتلا به افسردگی حداقل به مدت ۶ ماه، رضایت آزمودنی به ادامه همکاری و گرفتن نمره ملاک بود.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افکار خودآیند<sup>۱</sup>: این پرسشنامه به وسیله Hollon and Kendall (1998) به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال است. نمره‌های بالای ۷۰ نشان دهنده‌ی افکار خودآیند منفی در افراد است که طیف تعادل روان‌شناختی افراد را برهم می‌زند. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد. Wilshire<sup>۲</sup> روایی پرسشنامه را از طریق همبسته کردن با پرسشنامه نشخوارگری ۰/۴۱ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش کرد و پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرد که نشان از روایی و پایایی<sup>۳</sup> پرسشنامه داشت (Tabatabaei, 2011). (Tabatabaei (2011) پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۸۸ و ۰/۸۹ گزارش کرد. همچنین روایی پرسشنامه را از طریق ضریب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا ۴ هفته ای بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ گزارش کرد، که کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و نشان از روایی بالای پرسشنامه دارد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

1- Automatic Thoughts Questionnaire-30 (ATQ-30)

2- validity

3- reliability

**مقیاس سنجش افکار خودکشی بک<sup>۱</sup>:** مقیاس افکار خودکشی Beck یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی می‌باشد. این مقیاس به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است. نحوه نمره‌گذاری مقیاس به صورت ۰ تا ۳ می‌باشد (Asgari, Heydari and Naderi, 2011). Divid and Milesi (2014) پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۶ به دست آوردند و نیز برای روایی مقیاس، آن را با پرسشنامه افسردگی بک همبسته کردند که ضریب همبستگی ۰/۴۵ در سطح ۰/۰۱ نشان داد که مقیاس روایی بالایی دارد. (Asgari (2012) در پژوهشی روایی مقیاس را از طریق همبسته نمودن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۵۳ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش نمودند که نشان از روایی بالای مقیاس داشت. هم‌چنین، پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمود. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۲</sup>:** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰) در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده است. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد و با استفاده از مقیاس لیکرت بین صفر تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. امتیاز کل از ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد و نمره‌های بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد. (William (2008, cited in Sargol, 2011) ضریب روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه سلامت روان ۰/۴۲ و ضریب پایایی را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرد. (Sargol (2011 پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آورد که نشان از همسانی درونی بالای پرسشنامه داشت. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به دست آمد.

## روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان و کسب اجازه برای انجام پژوهش، ابتدا جهت ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، فرم رضایت‌نامه تکمیل گردید. سپس پروتکل درمانی بر اساس بسته

1- Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)

2- WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQoL-BREF)

تئوری انتخاب (Glasser (1998) تهیه شد. انتخاب آزمودنی‌ها از طریق مصاحبه‌ی بالینی توسط روان‌شناس بر پایه‌ی معیارهای تشخیصی DSM-5<sup>۱</sup> صورت گرفت. افراد دارای علایم افسردگی و نمره‌ی ۱۷ به بالا (بر اساس پرسشنامه تشخیص افسردگی بک) انتخاب شدند. آزمودنی‌ها ابتدا در پیش‌آزمون، به پرسشنامه‌های افکارخودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی پاسخ دادند. سپس مداخله کاربست تئوری انتخاب در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. بعد از اتمام دوره‌ی مداخله، از آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد. همچنین بعد از یک ماه آزمون پیگیری صورت پذیرفت. لازم به ذکر است که گروه گواه که در حال انتظار بود، پس از پایان پیگیری به منظور بهره‌وری از اثربخشی مداخله در معرض کاربست تئوری انتخاب قرار گرفت.

جدول ۱.

شرح جلسات کاربست تئوری انتخاب

نوبت جلسه	شرح جلسات
اول	آشنایی اعضا با مفهوم تئوری انتخاب و درگیری عاطفی با اعضا گروه، بیان قوانین مشاوره گروهی، بیان هدف تشکیل جلسات، توضیح درباره ارزیابی از خود و یکدیگر، نیازها و خواسته‌هایشان از یکدیگر
دوم	آشنایی اعضا با هویت خود و انواع هویت و ویژگی‌های هویت موفق و هویت شکست و بررسی تکلیف جلسه قبل و بررسی عذر و بهانه‌ها برای رفتارهای غیرمسئولانه و دادن اطلاعاتی درباره چگونگی افزایش کیفیت زندگی
سوم	آشنایی اعضا با چگونگی پذیرش مسئولیت رفتارهای خود و آشنایی اعضا با اهمیت و ضرورت مسئولیت
چهارم	آشنایی با آسیب‌های عمدی به خود از دیدگاه تئوری انتخاب و آموزش مهارت تن آرامی برای سلامت روان
پنجم	آشنایی اعضا با نیازهای اساسی و موثر در زندگی واقعی و تأثیر نیازهای اساسی در زندگی و توانایی آنان در انتخاب بهترین شیوه جهت دستیابی به نیازهای اساسی
ششم	آشنایی اعضا با چگونگی طرح ریزی حل مشکل و برنامه ریزی جهت زندگی فعلی و در حال حاضر خود
هفتم	آشنایی اعضا با شیوه تعهد نسبت به انجام و عمل کردن طرح و برنامه‌های صورت گرفته
هشتم	آشنایی اعضا با چگونگی عدم پذیرش عذر و بهانه در خصوص اجرای طرح‌ها و برنامه‌های انتخاب شده



## یافته‌ها

جدول ۲.

میانگین و انحراف معیار نمره های افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
افکار خودآیند منفی	پیش آزمون	آزمایشی	۱۱۳/۸۶	۱۶/۴۰
		کنترل	۱۱۱/۴۶	۹/۱۱
	پس آزمون	آزمایشی	۶۳/۶۰	۹/۵۹
		کنترل	۱۱۴/۱۳	۴/۵۳
	پیگیری	آزمایشی	۶۴/۶۶	۸/۵۹
		کنترل	۱۱۹/۰۶	۱۱/۰۱
آسیب عمدی	پیش آزمون	آزمایشی	۴۳/۶۶	۳/۲۹
		کنترل	۴۵/۸۰	۵/۷۷
	پس آزمون	آزمایشی	۱۶/۶۰	۴/۹۲
		کنترل	۴۲/۱۰	۴/۵۳
	پیگیری	آزمایشی	۱۲/۸۶	۲/۰۹
		کنترل	۴۱/۶۶	۴/۲۷
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایشی	۴۸/۸۶	۱۴/۴۲
		کنترل	۴۹/۶۰	۹/۷۰
	پس آزمون	آزمایشی	۸۶/۰۶	۹/۶۸
		کنترل	۴۶/۷۳	۹/۲۳
	پیگیری	آزمایشی	۸۴/۲۰	۲۰/۰۶
		کنترل	۴۵/۴۰	۸/۷۲

همان گونه که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، تفاوت نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی حاکی از کاهش افکار خودآیند منفی و آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی است.

برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی تحلیل کواریانس را برآورده می‌کنند، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، نشان داد که متغیر افکار خودآیند منفی برابر با  $F= ۱/۲۴$  و  $p \geq ۰/۴۷$ ، آسیب عمدی ( $F= ۱/۰۸$  و  $p \geq ۰/۵۳$ ) و کیفیت زندگی ( $F= ۲/۳۷$ ) به

دست آمد. به عبارتی مقدار  $F$  تعامل برای متغیرهای افکار خودآیند منفی، آسیب عمده‌ی و کیفیت زندگی معنی‌دار نیست. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود. همچنین، برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر به دست آمده در متغیر افکار خودآیند منفی برابر با ( $F= 1/93$  و  $p \geq 0/39$ )، برای آسیب عمده‌ی ( $F= 0/05$  و  $p \geq 0/82$ ) و کیفیت زندگی ( $F= 0/03$  و  $p \geq 0/84$ ) به دست آمد، که معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود یعنی پیش فرض واریانس نمره‌ها در دو گروه آزمایشی و گواه تأیید گردید.

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی داده‌های حاصل از دو گروه شرکت‌کنندگان، در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افکار خودآیند منفی، آسیب عمده‌ی و کیفیت زندگی دو گروه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۶	۳	۲۳	۲۰۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۳	۲۳	۲۰۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲۶/۰۶	۳	۲۳	۲۰۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۶/۲۴	۳	۲۳	۲۰۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱

همان طوری که در جدول شماره ۳ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایشی و گروه گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افکار خودآیند منفی، آسیب عمده‌ی و کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=201/20$  و  $p < 0/001$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد سه تحلیل کواریانس یک راهه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارایه شده است.

همان طوری که در جدول شماره ۴ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین افراد دارای افسردگی گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ افکار خودآیند منفی ( $F=326/75$ )، آسیب عمده‌ی

( $F=232/25$ ) و کیفیت زندگی ( $F=130/69$ ) تفاوت معنی‌داری در سطح  $p<0/001$  وجود دارد. بنابراین، کاربست تئوری انتخاب موجب کاهش افکار خودآیند منفی و آسیب عمدی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شد. به علاوه، مداخله کیفیت زندگی افراد گروه آزمایشی را افزایش داد.

#### جدول ۴.

نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
افکار خودآیند منفی	۱۹۶۳/۵۶	۱	۱۹۶۳/۵۶	۳۲۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
آسیب عمدی	۴۸۱۶/۴۶	۱	۴۸۱۶/۴۶	۲۳۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
کیفیت زندگی	۱۱۴۶۶/۰۴	۱	۱۱۴۶۶/۰۴	۱۳۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱

#### جدول ۵.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پیگیری افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر بیلابی	۰/۹۶	۳	۲۳	۲۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۳	۲۳	۲۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲۹/۲۴	۳	۲۳	۲۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۹/۲۴	۳	۲۳	۲۲۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

همان طوری که در جدول شماره ۵ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین افراد دارای افسردگی گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افکار خودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی) در دوره پیگیری یک ماهه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F= 224/20$  و  $p<0/001$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول ۶.

نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیگیری افکارخودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
افکارخودآیند منفی	۲۲۱۰۷/۶۰	۱	۲۲۱۰۷/۶۰	۲۲۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
آسیب عمدی	۶۶۱۳/۵۳	۱	۶۶۱۳/۵۳	۶۸۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
کیفیت زندگی	۱۱۵۳/۵۵	۱	۱۱۵۳/۵۵	۴۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱

همان طوری که در جدول شماره ۶ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین افراد داری افسردگی گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ افکارخودآیند منفی ( $F=۲۲۸/۵۳$  و  $p < ۰/۰۰۱$ )، آسیب عمدی ( $F=۶۸۷/۸۵$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) و کیفیت زندگی ( $F=۴۶/۱۶$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، کاربست تئوری انتخاب در دوره پیگیری یک ماهه با توجه به میانگین‌ها، موجب تداوم کاهش افکارخودآیند منفی، آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی افراد دارای افسردگی گروه آزمایشی شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش که تعیین میزان تأثیر کاربست تئوری انتخاب بر افکارخودآیند منفی، آسیب عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی بود؛ به نتایج آماری فرضیه‌ها و تبیین آنها پرداخته می‌شود: نتایج نشان داد که کاربست تئوری انتخاب موجب کاهش افکارخودآیند منفی، آسیب عمدی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایشی شد. این نتایج با تحقیقات Stone, Scragg (2014), Salehi (2015), Giy (2014), Sood and Brin (2015), Daniberger (2015), Veen (2014), Halk, et al (2014), Divid and Milesi (2014), Jorj (2014), Miler, Lediner and Dalsir (2012), Lolen (2012), Warden (2012), Gros (2014), Neson (2015) هم‌خوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گزارش نمود که: به طور کلی تئوری انتخاب توضیح می‌دهد که افراد چرا و چگونه رفتار می‌کنند. هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند دست به رفتار می‌زنند؛ یعنی رفتار و عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید بدان وسیله نیازشان را برآورده کنند. چنانچه

فرد برای ارضای نیازهایش روش‌های مؤثر را پیدا نکند دست به رفتارهای گوناگون می‌زند که در روان‌شناسی به این رفتارهای ناکارآمد و نامؤثر برجسب بیماری می‌زنند: افسرده، مضطرب، منزوی و ... (Glasser (1998 معتقد است، ناکامی در برآوردن نیازهای اساسی یک تجربه عمومی و همگانی است؛ چرا که واقعیت همیشه با ما هماهنگ و هم‌نوا نیست. اما برخی از افراد هنگامی که در برآوردن نیازهایشان ناکام می‌شوند به جای پذیرفتن مسئولیت و جستجوی راه‌های مؤثر دیگر برای ارضای نیازهای خود و انجام عمل مسئولانه برای تأمین آنها مسئولیت‌گریزانه رفتار می‌کنند و دیگران را مسئول ناکامی خود می‌دانند. اگر فردی مسئولیت‌گریز باشد با انکار واقعیت و سرزنش عوامل بیرونی و مقصر قلمداد کردن شرایط و دیگران ممکن است به افسردگی روی بیاورد، و به سرزنش خود، یا دیگران، یا شرایط ادامه می‌دهد و تسلیم آن می‌شود. تئوری انتخاب توضیح می‌دهد که این رفتار افسردگی‌کردن، هم نوعی رفتار انتخاب شده است که فرد برای حل مشکل کنونی‌اش آن را برگزیده است ولی رفتاری نامؤثر است؛ چرا که مشکل را حل نمی‌کند. در صورتی که اگر فرد شرایط موجود را بپذیرد و سعی کند با مسئولیت‌پذیری بیشتر راه حل بهتر و مؤثرتری را جستجو کند حتماً احساس خوبی پیدا خواهد کرد و شرایط زندگی خود را بهبود خواهد بخشید.

افراد مبتلا به افسردگی به دلیل نوع بیماری افکار خودآیند منفی زیادی دارند. مداخله تئوری انتخاب به دلیل اینکه فرد در این نوع درمان رابطه‌ی هم‌دل و حمایت‌کننده را تجربه می‌کند، استانداردهای وضع شده برای خود و دیگران را مجدداً سازماندهی می‌نماید و نیز بر کاهش نشخوار افکار منفی، تجسمات و نگرش ناکارآمد که با افکار خودآیند منفی مرتبط‌اند اثر می‌گذارد. (Glasser, 2001) اظهار داشت که ایجاد یک رابطه مبتنی بر نظریه انتخاب بین مشاور و مراجع نقطه عطفی در کاهش مشکلات بیماران است. کار بست تئوری انتخاب در پژوهش حاضر، از طریق ایجاد رابطه و نیز ایجاد تغییر در افکار، محتوای افکار خودآیند افراد را تغییر و تعدیل کرد. این نوع درمان با اصلاح برنامه‌های شناختی این افراد از طریق سازماندهی فرآیند افکار، واکنش‌های منفی به دلیل ناکامی و نوع بیماری، مشکلات هیجانی، نگرانی‌های همراه با اضطراب، اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر که موجب تداوم افکار خودآیند منفی می‌شود را کاهش داد. در نتیجه می‌توان گفت تئوری انتخاب بر کاهش افکار خودآیند منفی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر بود. مداخله کاربست تئوری انتخاب سبب

افزایش تعاملات فردی و اجتماعی افراد با اعضا خانواده شد و سبب گردید این افراد تعاملات بیشتری با محیط خود برقرار سازند و در روند درمان با تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری، افرادی که تمایل به آسیب رساندن عمدی به خود را داشتند، فشارهای روانی کمتری درباره وضعیت روانی خود ادراک کنند. میزان سرخوردگی و شکست در برابر افکار منفی کاهش یافت و افراد تمایلی کمتری به آسیب رسانی عمدی به خود را نشان دادند. ایجاد توانایی انتخاب از بین گزینه‌های مختلفی که متناسب‌تر بود، باعث شد که افراد تجارب ذهنی منفی مانند افکار خودکشی و خودسرزنش‌گری را تجربه نکنند و در نهایت این افراد غم، اندوه، نگرانی و فقدان علاقه که زیربنای آسیب عمدی به خود می‌شود را کنترل نمایند. در تحلیل نهائی این تغییرها به ارتقاء کیفیت زندگی افراد می‌انجامد. 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 (Glasser, 1998).

بی‌تردید خلق افسرده اثرهای منفی روان‌شناختی و اجتماعی بر افراد دارد و چالش‌های اجتماعی - شناختی را موجب می‌گردد که باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. مداخله تئوری انتخاب در این افراد با ارائه برنامه‌ریزی برای عملکرد بهتر، و نیز تعهد نسبت به برنامه‌ها، موجب شد افراد دریابند چه کارهایی باید انجام دهند. پیگیری این موضوع سبب شد از هم گسیختگی افراد کاهش پیدا کند. این روش به دلیل اینکه در آن برنامه‌ریزی انتخاب وجود دارد، باعث افزایش میزان افزایش توانایی نظارت بر احساسات خود و همچنین شناسایی توانایی‌های شخصی در برخورد با هیجان‌های منفی می‌شود. در تئوری انتخاب افراد با پذیرفتن هر گونه عذر و بهانه درباره تعهدات خود، در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا و با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم، سطح توانایی ارزیابی شرایط و انتخاب بهترین راهکارها را پیدا می‌کنند. در جریان مداخله افراد فرا گرفتند تا سطح کیفیت و انسجام خود را با افزایش تعهد نسبت به اجرای برنامه‌ها حفظ نمایند. همچنین، کاربست تئوری انتخاب، موجب شد تا بر مبنای اصول تئوری انتخاب و با ارزیابی، طرح و برنامه‌ریزی افراد مبتلا به افسردگی در فرایند زندگی، احساس ارزشمندی بیشتری ادراک کنند. خودسنجی، برنامه‌ریزی برای عمل و احساس تعهد نسبت به دنبال کردن برنامه که محور فرایند کاربست تئوری انتخاب می‌باشد موجب گردید جستجوی درونی احساس‌ها، شناخت‌ها تقویت شود و افراد به این نتیجه برسند

که رفتار کنونی آنها کارساز نیست. احساس مسئولیت بیشتر و خودارزشی در این افراد تقویت شود و نیز کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی رشد یابد و در آخر باید اضافه کرد مهم‌ترین مفهوم تئوری انتخاب با پذیرش این ادعاست که اعمال و افکار که انتخاب می‌کنیم، تأثیر زیادی بر سلامت روان دارند. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مصرف داروهای تجویز شده برای افراد دارای افسردگی بود که محقق کنترلی بر آن نداشت. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده کاربست تئوری انتخاب در افراد دارای افسردگی که تحت درمان دارو نیستند، بررسی شود.

## References

- Ahmadi, F. (2015). The Efficacy of Reality Therapy on Suicide Rate and Quality of Life in Depressed Female; M. A. Dissertation; Samnan Branch, Islamic Azad University, [Persian]
- Akiskal, H. S. (2009). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (suppl. 1), 4-14.
- Asgari, P., Heydari, A., & Naderi, F. (2011). Manual of Psychological Tests Battery. Published by Ahvaz Branch, Islamic Azad University. [Persian]
- Asghari, M. (2012). Comparison of General Health, Locus of Control, Promotion Motivation and Suicide Ideations in Type A and B Personality Adolescent, M. A. Dissertation, Fars Science and Research Branch University. [Persian]
- Bonomi, A., Patric, D., & Bushnell, D. (2010). Validation of the United States Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrumal. *Jornal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12.
- Chang, E. C., Sanna, L. J., Riley, M., Thornburg, A. M., Zumber, M., & Edwards, M. C. (2007). Relations between problem solving styles and psychological adjustment in young adults: Is stress a mediating variable? *Personality and Individual Differences*, 42, 135-144.
- Corey, G. (1937). Theory and practice of consuling and psychotherapy (9 th ed.). Translated by: Y. S. Mohammadi (2006). Tehran: Arasbaran Publication. [Persian]
- Daniberger, R. (2015). The effect of reality therapy on the irrational beliefs and self\_dissociation in disorder depression. *Journal of Personality*, 41, 139-154.

- Demisan, D., Lasiu, K., & Hegadoren, M. (2004). The effects of choice theory on emotion regulation and negative thoughts, resilience to mood in women. *Biological Research for Nursing*, 9, 147-160.
- Divid, A., & Milesi, H. (2014). The efficacy of reality therapy on obsessive rumination and cogitationes suicide of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 123-136.
- Entezari, M. (2014). The Effectiveness of ACT on Depression and Life Quality in University Sudents M. A. Dissertation, Central Tehran Branch, Islamic Azad University. [Persian]
- Ferench, M. (2014). The relationship between of self-compassion and acceptance, mental health with suicide in students. *Journal of Applied Psychology*, 86, 400-418.
- Giy, K. (2014). The relationshin between emotional intelligenc with meta cognitive belief and mental health of students. *International Journal of Stress*, 59 (1), 90-110.
- Glasser, W. (1998). Choice Theory: A new Psychology of Personal Freedom, Translated By: Ali Sahebi (2017), Tehran: Sayeh Sokhan Publication. [Persian]
- Glasser, W. (2001). Fibromyalgia—hope from a completely new perspective. Chatsworth, CA: William Glasser, Inc.
- Gros, F. (2014). The effect of choice theory on the quality of life in depression. *Journal of Health*. 23, 113-124.
- Gundela, L. K., Pedersen, C. B., Munk-Olsen, T., & Dalgaard, S. (2018). Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression – A nationwide prospective cohort study; *Journal of Affective Disorders*, 227 56-64.
- Halk, K., Faner, H., & Jaer, F. (2014). The effect of realitv therany on the adversitv quotient and negative automatic thoughts. *Journal of Advanced Academics*. 20 (1), 155-163.
- Hassan-zadeh Zahraei, R., Fahami, F., Yazdani, R., Ahmadi, Z., & Bashardousot, N. (2014). Midwife Supporting Role in Depression Preventing. *Ghazvin Journal of Medical Sciences and Health –Treatment Services*, 7 (25), 35-46. [Persian]
- Hollon, S. D., & Kendall, P. (1980). Develonment of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognition Therapy and Research*. 4, 383-395.
- Jab-Amali, Sh., Neshat Dousat, H. T., Kajbaf, M. B., & Molavi, H. (2014). The effectiveness of islamic psychotherapy on quality of life and anxiety in individual suffering general anxiety disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 21 (2), 1-18. (DOI): 10.22055/psy.2016.12316; www.http://psychac.scu.ac.ir [Persian]
- Jones, C. J., & Rose, D. (2005). Physical activity instruction of older adults. *Human Kinetics*, 4, 30.
- Jorj, A. (2014). The effect of reality therapy on the resilience and obsessive



- rumination of cogitationes suicide. *Behavior Research and Therapy*, 40, 773-787.
- Kalu, U., Sexton, C., Loo, C., & Ebmeier, K. (2012). Transcranial direct current stimulation in the treatment of major depression: A meta-analysis. *Psychol Med*, 42 (09), 800-1791.
- Kim, U. (2010). "The effect of a R/T group counseling program on the internet addiction level and self-esteem of internet addiction university students", *International Journal of Reality Therapy*, XXVII, 2.
- Korae, S., Soudani, M., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Maktabi, G. H. (2015). The effectiveness of emotional intelligence training on family problem solving skills in married students, *Journal of Psychological Achievements*, 21 (2), 189-208. www.http://psychac.scu.ac.ir [Persian]
- Laursen, T. M., Musliner, K. L., Benros, M. E., Vestergaard, M., Munk-Olsen, T., (2016). Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 193, 203–207.
- Lolen, D. (2012). The effects of choice theory on the resiliency and quality of life. *Behavior Therapy*, 54, 157-167.
- Miler, A., Lediner, S., & Dalsir, H. (2012). The efficacy of reality therapy on emotion regulation and quality of life in depression. *Journal of Psychology*, 10, 150- 161.
- Neson, R. (2015). The effect of reality therapy on quality of life, and depression of bipolar disorder patients. *Journal of Personality Assessment*, 63 (2), 262-274.
- Parker, D. (2014). The effect of choice theory on of quality of life: A mediation analysis. *Behavior Res Therapy*, 46, 487-495.
- Pildsen, S. (2014). The efficacy of reality therapy on obsessive rumination and cogitationes suicide of depression. *Behavior Res Therapy*, 46, 487-495.
- Pour-Namdaran, F., Saeidi, Z., & Mohammad-pour, M. (2011). Comparing emotional exhaustion and rumination in patient suffering from cancer and normal individuals, *Journal of Clinical Psychiatry*, 12 (3), 71-87. [Persian]
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2009). Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 66-100.
- Salehi, N. (2015). The Efficacy of Choice Theory on Negative Automatic Thoughts of Depressed Individuals; M. A. Dissertation; Tehran Branch, Islamic Azad University. [Persian]
- Sargol, R. (2011). The Association of Addiction with Marital Dissatisfaction and Couple Quality of Life; M. A. Dissertation; Tehran Branch, Islamic Azad University. [Persian]
- Scragg, P. (2014). Meta cognitive therapy developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & University Collage, London.

- Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (2015). The reality therapy for meta cognitive belief and anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 323-334.
- Tabatabaei, F. (2011). The Comparison of Perceived Stress and Negative Automatic Thoughts in Addicted and Non-addicted Individuals, M. A. Dissertation, Mash-had Ferdosi University. [Persian]
- Taylor, E. (2011). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, 18, 800-839.
- The World Health Organization. (2017). <https://www.who.int/mental health/management/depression/en/> ; retrived on wed.28/11/2018
- Veen, S. (2014). The effect of choice theory on the adversity quotient and negative automatic thoughts of disorder depression. *Journal of Applied Psychology*, 51, 355-376.
- Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L., & Bauer, M. (2010). Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 42, 190-5.
- Warden, I. (2012). The effect of reality therapy on the sleep quality of life and chronic insomnia and rumination of woman depression. *Journal of Applied Psychology*, 63 (3), 400-409.
- Wubbolding, E. (2013). The evolution of psychotherapy: A Conference of Inner Control, *International Journal of Reality Therapy*, XXIV, 2.
- Zaman-zadeh, M. (2013). The Relationship of Spiritual Intelligence, Meta-cognition Beliefs and Psychological Well-being of Nurses in Ahwaz City; M. A. Dissertation, Khouzestan Sciences and Research Branch, Islamic Azad University. [Persian]
- Zareaa, H., & Nahravanian, P. (2015). Examining the effectiveness of attention skills training on visual searching and vigilance in children and adults. *Quarterly of Cognitive Sciences Novels*, 3 (4), 11-14. [Persian]

