

# The Effectiveness of Group Reality Therapy with Islamic Teachings on Reducing Determinism and Depressive Symptoms and Increasing Psychological Well-being in Depressed People

Narges Nazarpour<sup>1</sup> , Farideh Hosseinsabet<sup>2\*</sup> , Mahdi Khanjani<sup>2</sup> 

1- General Psychology Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Clinical & General Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Dr. Farideh Hosseinsabet; Email: [hosseinsabet@atu.ac.ir](mailto:hosseinsabet@atu.ac.ir)

## Article Info

Received: Oct 8, 2022

Received in revised form:

Dec 11, 2022

Accepted: Jan 18, 2023

Available Online: Mar 20, 2024

## Keywords:

Choice theory

Determinism

Depression

Psychological well-being

Reality therapy



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39670>

## Abstract

**Background and Objective:** Depression is one of the most common psychological disorders and a general problem of human life, and is prevalent in almost all countries and cultures. According to the emphasis put in the new research on the use of cultural-religious factors, in the Iranian-Islamic culture, in addition to the scientific principles of Reality Therapy, we can also draw on Islamic teachings to treat depression. For this reason, this research aims to determine the effectiveness of group reality therapy along with Islamic teachings on reducing depression symptoms, deterministic beliefs, and increasing psychological well-being in depressed women.

**Methods:** This is a quasi-experimental study with a pretest posttest control group design and a 40-day follow-up period. Depressed women referring to Tehran's Nedaye Aramesh-e-Ravan Clinic in the summer of 2021 as the statistical population, out of whom 32 were selected using the purposeful sampling method. Then, they were randomly placed in two experimental and control with 16 participants in each group. To collect data, Becket al.'s Depression Questionnaire and (BDI-II), the scale of "psychological well-being" by Ryff and Keyes, and the scale of "free will and determinism" (FAD) by Paulhas and Margeson were used, and the subjects of the experimental group attended 8 90-minute group reality therapy sessions with Islamic teachings. The data obtained from the research were analyzed by multivariate covariance analysis. In the present study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

**Results:** The findings showed that Group Reality Therapy, along with Islamic teachings, has a significant effect on reducing symptoms of depression and determinism and increasing psychological well-being ( $P < 0.05$ ). The amount of this effect according to the relative eta square (effect size) in the follow-up period is as follows: 42% of the changes in free will, 60% of the changes in depression, 26% of the changes in self-acceptance, 30% of the changes in positive relations, 29% of the changes in autonomy and 28% of the changes in environmental mastery in the post-exam phase comes from the difference between the test and control groups.

**Conclusion:** The present study showed that Group Reality Therapy along with Islamic teachings can be effective in improving depression symptoms, reducing determinism and increasing psychological well-being in depressed people.

**Please cite this article as:** Nazarpour N, Hosseinsabet F, Khanjani M. The Effectiveness of Group Reality Therapy with Islamic Teachings on Reducing Determinism and Depressive Symptoms and Increasing Psychological Well-being in Depressed People. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):1-20. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39670>

## Summary

### Background and Objective

Depression is a potentially life-threatening disorder that affects hundreds of millions of people worldwide. Among the influential beliefs in depressed individuals are fatalistic beliefs about destiny (5). Studies have shown that individuals who have a stronger belief in determinism exhibit more depressive symptoms (5). Furthermore, one of the secondary effects of deterministic beliefs is a reduction in psychological well-being (15, 19). Psychological well-being consists of six components: purposeful life, positive relationships with others, personal growth, self-acceptance, autonomy, and mastery over the environment, with an emphasis on will-based beliefs.

Reality Therapy is a form of psychotherapy based on the theory of choice. It considers human behavior as choice-based and aimed at satisfying needs. This therapeutic approach primarily focuses on helping individuals identify and replace deterministic beliefs, which contribute to their continued depression, with effective and responsible choices. Therefore, it appears to be the best available treatment for reducing deterministic beliefs in individuals. On the other hand, one of the influential factors in depression, which also plays a significant role in the selection and effectiveness of treatment methods, is individuals' religious and spiritual beliefs (26). Religious beliefs, considering their impact on the selection of coping strategies, can lead to a reduction in depressive symptoms and an acceleration of depression recovery (27).

Depressed individuals are more likely to believe that deterministic factors will influence their behavior. Therefore, despite the emphasis on the concept of internal control (24), the theory of choice can be used to reduce deterministic beliefs and, consequently, improve the symptoms of depression. Additionally, addressing religious concepts related to determinism is important for Iranian clients, as many deterministic beliefs are intertwined with religious concepts. For this reason, the present study seeks to answer the question of whether Group Reality Therapy accompanied by Islamic teachings can be effective in reducing determinism, depressive symptoms, and enhancing psychological well-being in depressed individuals.

### Methods

**Compliance with ethical guidelines:** Adhering to research ethics principles: In the present study, the Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat

(*i.e.*, Research on Religion & Health)

This work is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

researchers tried to respect ethical considerations such as confidentiality of participants', voluntary participation in the study, and the right to withdraw from the study. The current research employed a quasi-experimental design (pre-test, post-test control group design with a 40-day follow-up period). The statistical population of the study consisted of depressed women who sought treatment at the Nedaye Aramesh-e-Ravan Clinic in Tehran during the summer of 2021. To conduct this study, Beck Depression Inventory was administered to a group of depressed women who expressed their willingness to participate. Out of the individuals who scored in the range of moderate-severe to severe depression on the current questionnaire and clinical interviews, 32 were selected as the sample and randomly assigned to the experimental and control groups. To collect data, the scale of "psychological well-being" by Ryff and Keyes, the scale of "free will and determinism" (FAD) and Beck Depression Inventory were used. Then, an eight-session protocol of Group Reality Therapy accompanied by Islamic teachings was implemented for the individuals in the experimental group.

### Results

The findings of this study demonstrated that the scores of free will significantly increased in the experimental group, and these changes were maintained over time. However, the mentioned therapeutic protocol did not have a significant effect on the fatalism component. Furthermore, the current treatment method was effective in reducing the depression of individuals in the experimental group, and these changes remained stable over time. Additionally, this approach led to increased psychological well-being and an increase in some components, including self-acceptance, positive relationships, autonomy, and mastery over the environment, and these changes also remained stable over time.

### Conclusion

The findings related to the first hypothesis of the study indicated that the posttest and follow-up scores of the experimental group in free will were significantly higher than the control group. This finding is consistent with the results of many studies (40, 41). However, in terms of the impact on the fatalism component, it contradicts the findings of the study by Bin and Jiang (18). It should be emphasized that in addition to Reality Therapy, this study incorporated Islamic teachings and provided education on free will and fatalism from an Islamic perspective. The Shia perspective

on the concept of free will and determinism is a nuanced and moderate one, neither advocating absolute determinism nor absolute free will. This indicates that individuals who adhere to Shia thinking believe in God's will and fatalism giving high scores on the fatalism questions of the FAD test, which is valid and plausible.

The findings related to the second hypothesis of the study indicated that the posttest and follow-up scores of the experimental group in depression were significantly lower than the control group. This finding is consistent with the results of the studies by Kim and Hyun (37), Sedaghat *et al.* (38), and Keshavarz and Razavi (39), all of which confirmed the effect of Reality Therapy on reducing depression.

The findings concerning the third hypothesis of the study indicated that the total score related to psychological well-being and the components of self-acceptance, autonomy, mastery over the environment, and the follow-up score of positive relationships with others were significantly higher in the experimental group than the control group. This finding is consistent with the results of the studies by Lojk *et al.* (32), Mahmoodian *et al.* (34), Kamsari *et al.* (35), and, which confirmed the effect of Reality Therapy on increasing psychological well-being.

In this study, individuals with depression were taught through the theory of choice to change the aspects of life that are changeable and accept the aspects that are unchangeable. They were encouraged to take responsibility for their lives, improve their conditions by focusing on their capabilities, and this led to a reduction in fatalism and depressive symptoms, as well as an increase in psychological well-being. The combination of Reality Therapy with Islamic teachings also helped correct fatalistic beliefs related to God and destiny and increased belief in free will among these individuals.

### Acknowledgements

We would like to thank all those who helped the authors in conducting this study.

### Ethical considerations

According to the authors, the present article is obtained from the master's thesis of the first author approved by the Research Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University with the ethics code [IR.ATU.REC.1400.035](https://doi.org/10.21860/IR.ATU.REC.1400.035).

### Funding

According to the authors, this study had no sponsors and was carried out at the authors' personal expense.

### Conflict of interest

The authors of this article reported no conflict of interest.

### Authors' contribution

Writing the article: first author; Providing advice on methodology and on writing the article: second author; Providing advice on data analysis and on writing the discussion section: third author.

## تأثير العلاج بالواقع الجماعي من منظور التعاليم الإسلامية على تقليص النظرية الجبرية وعلامات الإكتئاب وتعزيز الصحة النفسية لدى الأفراد المصابين بالإكتئاب

نرجس نظربور<sup>١</sup>، فريدة حسين ثابت<sup>٢</sup>، مهدي خانجاني<sup>٢</sup>

١- قسم علم النفس العام، جامعة العلامة الطباطبائي، طهران، إيران.

٢- قسم علم النفس السريري العام، جامعة العلامة الطباطبائي، طهران، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة فريدة حسين ثابت؛ البريد الإلكتروني: [hoseinsabet@atu.ac.ir](mailto:hoseinsabet@atu.ac.ir)

### الملخص

خلفية البحث وأهدافه: أصبح مرض الإكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وأكبر التحديات في النفسية في حياة الإنسان. فقد نشهده متفشياً في معظم البلدان والثقافات. ونظراً لتأكيد الدراسات الحديثة على الركون إلى المكونات الثقافية/العقائدية، كالثقافة الإيرانية الإسلامية، يمكن إلى جانب الاستفادة من النتائج العلمية والعلاج بالواقع، أن نعتد على التعاليم الإسلامية لعلاج هذا المرض النفسي. لهذا، تسعى هذه الدراسة لمعرفة مدى تأثير العلاج بالواقع الجماعي والنظر إليه من منظور التعاليم الإسلامية، على تقليص حدة الكآبة، والنزعة الجبرية، وانعكاس هذه النظرة على تعزيز الصحة النفسية ورفع مستوى الأداء النفسي لدى النساء اللاهي يعانين من هذه المعضلة النفسية.

منهجية البحث: اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، ومنهجية ماقبل الإختبار - مابعد، مع المجموعة الضابطة. كما استغرقت فترة الإختبار ٤٠ يوماً. اما الجمعية الإحصائية فقد شملت النساء اللاهي زن مصح "نداء آرامش" النفسي في طهران في صيف ٢٠٢٠م وقد اختبرت ٣٢ من بينهن عبر أخذ العينات الهادفة وأخذ العينات العشوائية وتقسيم المشاركات إلى مجموعتين: المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، وكان قوام كل مجموعة ١٦ امرأة. ولجمع المعطيات اعتمدت الدراسة على استبيان الكآبة ل بك والزملاء، ومقاس الصحة النفسية لريف وكيز، ومقاس الإرادة الحرة والنزعة الجبرية لدى بالهاس ومارجسون. فقد شاركت النساء ثمان جلسات استغرقت كل جلسة ٩٠ دقيقة وخضعن فيها للعلاج بالواقع الجماعي من منظور التعاليم الإسلامية. بعدها قام الباحثون بتحليل المعطيات عبر معامل الارتباط متعددة المتغيرات. يُذكر أنه قد تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: أظهرت النتائج أنّ العلاج بالواقع الجماعي من منظور التعاليم الإسلامية يمكن أن يؤدي إلى تقليص علائم الكآبة ويقلص النزعة الجبرية ويعزز من جانب آخر الصحة النفسية. قد شهدت الدراسة تأثيراً ذات دلالة إحصائية واضحة في هذا المجال يمكن التعبير عنها كالتالي: ( $P < 0.05$ ). وكانت درجة هذا التأثير نظراً للمربع النسبي (درجة الأثر) في مرحلة العلاج بنسبة ٤٢% لمتغير الإرادة الحرة ٦٠% لتأثير الكآبة ٢٦% لتأثير الثقة بالنفس ٣٠% لتأثير العلاقة الإيجابية ٢٩% و ٢٨% لتأثير الإستقلال. كما توصلت الدراسة إلى أنّ اختلاف السيطرة على النفس في مرحلة ماقبل الإختبار ناجم عن الإختلاف الملحوظ بين مجموعة الإختبار والمجموعة الضابطة.

الاستنتاج: أظهرت النتائج أنّ العلاج بالواقع الجماعي من منظور التعاليم الإسلامية، يمكن أن يؤثر في تحسين مستوى أداء الفرد ويقلص درجات الكآبة، والنزعة الجبرية، ويعزز الصحة النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من الكآبة.

### معلومات المادة

الوصول: ١١ ربيع الأول ١٤٤٤

وصول النص النهائي: ١٦ جمادى الأول ١٤٤٤

القبول: ٢٥ جمادى الثاني ١٤٤٤

النشر الإلكتروني: ٩ رمضان ١٤٤٥

### الكلمات الرئيسية:

الصحة النفسية

العلاج بالواقع

الكآبة

النزعة الجبرية

نظرية الإختبار

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Nazarpour N, Hosseinsabet F, Khanjani M. The Effectiveness of Group Reality Therapy with Islamic Teachings on Reducing Determinism and Depressive Symptoms and Increasing Psychological Well-being in Depressed People. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):1-20. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39670>

# اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش جبرگرایی و علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده

نرگس نظریور<sup>۱</sup>، فریده حسین ثابت<sup>۲\*</sup>، مهدی خانجانی<sup>۲</sup>

۱- گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

\*مکاتبات خطاب به دکتر فریده حسین ثابت؛ رایانامه: [hoseinsabet@atu.ac.ir](mailto:hoseinsabet@atu.ac.ir)

## اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۶ مهر ۱۴۰۱

دریافت متن نهایی: ۲۰ آذر ۱۴۰۱

پذیرش: ۲۸ دی ۱۴۰۱

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۳

## واژگان کلیدی:

افسردگی

بهزیستی روان‌شناختی

جبرگرایی

نظریه انتخاب

واقعیت‌درمانی

## چکیده

**سابقه و هدف:** امروزه افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناسی و معضل عمومی زندگی بشر محسوب می‌گردد و تقریباً در همه کشورهای فرهنگ‌ها دیده می‌شود. با توجه به تأکید پژوهش‌های جدید بر استفاده از عامل‌های فرهنگی - اعتقادی، در فرهنگ ایرانی - اسلامی ما می‌توان برای درمان اختلال افسردگی در کنار اصول علمی واقعیت‌درمانی از آموزه‌های اسلامی هم کمک گرفت. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش علائم افسردگی، اعتقادات جبرگرایی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در زنان افسرده بوده است.

**روش کار:** این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۰ روزه صورت گرفته است. جامعه آماری زنان افسرده مراجعه‌کننده به درمانگاه ندای آرامش روان تهران در تابستان سال ۱۴۰۰ بودند که از میان آنان ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه افسردگی بک و همکاران، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز و مقیاس اراده آزاد و جبرگرایی پالهاس و مارچسون استفاده شد و افراد گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی شرکت کردند. داده‌های به دست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش علائم افسردگی و جبرگرایی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معناداری داشت ( $P < 0/05$ ). مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی اتا (اندازه اثر) در دوره پیگیری بدین صورت بود که ۴۲٪ تغییرات اراده آزاد، ۶۰٪ تغییرات افسردگی، ۲۶٪ تغییرات پذیرش خود، ۳۰٪ تغییرات ارتباط مثبت، ۲۹٪ تغییرات استقلال و ۲۸٪ تغییرات تسلط بر محیط در مرحله پس‌آزمون از تفاوت گروه‌های آزمون و کنترل ناشی می‌شد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی می‌تواند برای بهبود علائم افسردگی، کاهش جبرگرایی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد افسرده مؤثر باشد.

استناد مقاله به این صورت است:

Nazarpour N, Hosseinsabet F, Khanjani M. The Effectiveness of Group Reality Therapy with Islamic Teachings on Reducing Determinism and Depressive Symptoms and Increasing Psychological Well-being in Depressed People. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(1):1-20. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i1.39670>

## مقدمه

افسردگی یک اختلال بالقوه تهدیدکننده زندگی است که صدها میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال می‌تواند در هر سنی از دوران کودکی تا اواخر عمر رخ دهد. افسردگی موجب ناراحتی شدید و اختلال در زندگی می‌شود و در صورت درمان‌نشدن می‌تواند کشنده باشد (۱). بررسی‌های همه‌گیرشناسی در جمعیت عمومی شیوع افسردگی را در طول عمر بین ۱۰ تا ۱۵٪ برآورد کرده است (۲). افسردگی از جمله اختلال‌های خلقی است و آن را می‌توان شیوه دید فرد از خود، دیگران و دنیا تعریف کرد (۳). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان دو برابر بیشتر از مردان افسرده می‌شوند (۴). شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر افسردگی وظیفه‌ای حیاتی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی است تا به محققان و پزشکان کمک کند که روش‌های مؤثرتری برای مقابله با افسردگی ایجاد کنند (۵). در پژوهش‌های پیشین عوامل روان‌شناختی متعددی شناسایی شده است که می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند؛ مانند سطوح حمایت اجتماعی (۶)، درماندگی آموخته‌شده (۷) و سوگیری در شناخت و باورها (۸). باورهای جبرگرایانه نسبت به سرنوشت از باورهای مؤثر در بروز افسردگی است (۵). به عقیده کین<sup>۱</sup> (۹) و لیبِت<sup>۲</sup> (۱۰) بحث اراده آزاد - جبرگرایی موضوعی اساسی در علم است. به‌علاوه اعتقاد افراد عادی به این مفاهیم فلسفی ممکن است تأثیر اساسی در هدایت افکار و رفتارهای افراد نیز داشته باشد (۱۱، ۱۲). جبرگرایی سرنوشت‌گرایانه یکی از این باورهای مهم افراد عادی است. جبرگرایی سرنوشت‌گرایانه که جبرگرایی نیز خوانده می‌شود، به این صورت تعریف می‌شود: «آینده قبلاً توسط سرنوشت تعیین شده است و رفتارهای ما هیچ تأثیری بر آنچه اتفاق می‌افتد، ندارند» (۱۳). مطالعات پیشین نشان داده است افرادی که به جبرگرایی سرنوشت‌گرایانه اعتقاد بیشتری دارند، علائم افسردگی بیشتری نشان می‌دهند (۵). برای نمونه پژوهشی نشان داده است که باورهای جبرگرایی با رفتار خودکشی مرتبط است (۱۴) و همچنین میزان بالاتر باورهای جبرگرایانه با بهزیستی روانی پایین‌تر در ارتباط است (۱۵). در پژوهشی دیگر با بررسی نمونه بزرگی از نوجوانان آمریکایی (شامل ۵۴۲۳ نفر) نشان داده شده است که چنانچه جبرگرایی

را افزایش دهند احتمال بروز افسردگی افزایش می‌یابد (۱۶). در پژوهشی که درباره نوجوانان چینی انجام شده، نیز مشخص شده است که جبرگرایی سرنوشت‌گرایانه موضوعی مهم و پیش‌بینی‌کننده افسردگی در نوجوانان است (۵). لی و وانگ<sup>۳</sup> در پژوهش خود به بررسی روابط بین دو باور زیربنایی (باور به اراده آزاد و جبرگرایی)، جست‌وجوی معنا و علائم افسردگی پرداخته‌اند و نتایج پژوهش آنان نشان داده است که اعتقاد به اراده آزاد و جبرگرایی به ترتیب هر یک به‌طور منحصر به فرد ارتباط منفی و مثبت با علائم افسردگی دارند (۱۷). زوو<sup>۴</sup> و همکاران پیشنهاد می‌کنند که رابطه بین افسردگی و جبرگرایی به احتمال قوی جهانی است و در اقوام و فرهنگ‌های مختلف می‌تواند وجود داشته باشد (۱۸).

همان‌طور که ذکر شد، یکی از تأثیرات ثانویه باورهای جبرگرایانه می‌تواند کاهش بهزیستی روان‌شناختی در افراد باشد (۱۵، ۱۹). در پی شکل‌گیری نظریه‌های روان‌شناسی مثبت که برای سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید دارد؛ گروهی از روان‌شناسان به‌جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند. زیرا بر این باور بوده‌اند که این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (۲۰). طبق نظر ریف و کیز<sup>۵</sup> سازه بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (۲۱). بنابراین، از دیدگاه بهزیستی روان‌شناختی، شاخص سلامتی نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود.

با توجه به اینکه پیامدهای ناشی از افسردگی به از بین رفتن بهزیستی شخصی<sup>۶</sup> بیماران محدود نمی‌شود و به خانواده، جامعه، روابط شخصی و نظام سلامت روان گسترش می‌یابد؛ به همین دلیل انتخاب شیوه درمانی مناسب و شناسایی عوامل تأثیرگذار بر اثربخشی این روش‌های درمانی اهمیت بسیاری دارد (۲۲). واقعیت‌درمانی<sup>۷</sup> یک روش مشاوره و روان‌درمانی است که ویلیام گلاسر<sup>۸</sup> روان‌پزشک آن را بنیان‌گذاری کرده است. واقعیت‌درمانی به مردم کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها و ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که برای رسیدن به نیازهایشان به آنان کمک می‌کند

<sup>3</sup> Li & Wong

<sup>4</sup> Zuo

<sup>5</sup> Ryff and Keyes

<sup>6</sup> Individual Wellbeing

<sup>7</sup> Reality Therapy

<sup>8</sup> William Glasser

<sup>1</sup> Kane

<sup>2</sup> Libet

است (۴۰، ۴۱) که با موضوع جبرگرایی به‌طور مستقیم در ارتباط است.

همان‌طور که در پژوهش‌ها نشان داده شده است، افرادی که افسرده هستند و بهزیستی روانی پایینی دارند، به میزان بیشتری معتقد به انواع مختلف جبر هستند و بیشتر معتقدند که این عوامل در رفتارشان مؤثر خواهد بود. عواملی که بسیاری از آنها مرتبط با اعتقادات مذهبی نادرست و ظاهربینانه است. مسائلی مانند اینکه قضا و قدر و قسمت سرنوشت ما را تعیین کرده است و تلاش ما برای تغییر این شرایط تفاوتی ایجاد نخواهد کرد. بنابراین از نظریه انتخاب با وجود تأکیدهایی که بر مفهوم کنترل درونی دارد (۲۴) می‌توان برای کاهش اعتقادات جبرگرایی و در نتیجه بهبود نشانگان افسردگی استفاده کرد؛ امری که در پژوهش‌های پیشین به بررسی علمی آن پرداخته نشده است. به‌علاوه در جامعه فعلی ایران افراد بسیاری هستند که نگرش‌های جبرگرایانه را به مفاهیم دینی و مذهبی مانند قضا و قدر گره می‌زنند؛ درحالی‌که ادراک درستی از ماهیت فلسفی صحیح این مفاهیم ندارند. بنابراین، پرداختن به مفاهیم دینی مرتبط با جبر برای مراجعان ایرانی امری مهم به نظر می‌رسد. به همین دلیل پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بوده است که آیا واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی می‌تواند بر کاهش جبرگرایی و علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده مؤثر باشد؟

### روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: ابتدا به تمامی آزمودنی‌ها اهداف کلی و رعایت اصول رازداری توضیح داده شد و آنان با امضای فرم‌های رضایت آگاهانه کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبایی وارد پژوهش شدند. پژوهشگران در این پژوهش تلاش کردند اصول اخلاقی پژوهش مانند محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان و تمایل به شرکت در پژوهش و اختیار خروج از آن را رعایت نمایند.

روش پژوهش حاضر تجربی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۰ روزه است. این پژوهش به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها کمی و به لحاظ نوع هدف کاربردی؛ و از نوع مقایسه گروه‌های مستقل است. جامعه آماری پژوهش زنان افسرده‌ای بودند که در طول تابستان سال ۱۴۰۰ به کلینیک ندای آرامش روان تهران مراجعه کرده بودند. برای انتخاب افراد نمونه با استفاده از روش

(۲۳). واقعیت‌درمانی که نظریه زیربنایی آن نظریه انتخاب نامیده می‌شود، رفتار انسان را انتخابی می‌داند که برای ارضای نیاز ایجاد شده است. رفتار هر فرد، صرف نظر از پیشینه فرهنگی، از این نیازها یا محرک‌های ژنتیکی سرچشمه می‌گیرد (۲۴). هدف اصلی واقعیت‌درمانی ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است؛ زیرا رفتار غیرمسئولانه موجب ناراحتی و بروز اختلالات روانی در فرد می‌شود (۲۵). این روش درمانی با تأکید اساسی بر انتخاب‌های مؤثر و مسئولانه به افراد کمک می‌کند تا باورهای جبرگرایانه‌ای را که منجر به زنجیر شدن آنان در ادامه افسردگی می‌شود، شناسایی و جایگزین کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد بهترین درمان موجود برای کاهش باورهای جبرگرایانه در افراد باشد. برنامه درمانی بالینی در این رویکرد مبتنی بر روش چهارمرحله‌ای است که به اختصار WDEP خوانده می‌شود و شامل چهار مرحله بیان خواسته، بیان کارهای گذشته برای رسیدن به خواسته، خودارزیابی در بیان مفیدبودن روش‌های پیشین و برنامه‌ریزی برای آینده است (۲۴).

یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر افسردگی که در انتخاب و اثربخشی شیوه‌های درمانی نیز نقش مهمی ایفا می‌کند، باورهای دینی و معنوی افراد است (۲۶). به عقیده مورفی<sup>۱</sup> و همکاران باورهای دینی افراد با توجه به نقشی که در انتخاب شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر دارد، می‌تواند به کاهش بروز نشانه‌های افسردگی و افزایش سرعت بهبودی افسردگی منجر شود (۲۷). پژوهش‌های مختلف نشان داده است که بین افسردگی و باورهای دینی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (۲۸، ۲۹). با این حال، به عقیده پارگامنت<sup>۲</sup> آنچه باید به آن توجه کرد نوع ادراک افراد از مفاهیم دینی است (۳۰). همچنین ویلیامز<sup>۳</sup> بیان می‌کند که تجربیات قبلی مراجعان درباره دین و معنویت را باید برای انتخاب طرح درمانی مناسب در نظر داشت و نیز روش درمانی مناسب برای افراد دین‌دار باید متفاوت باشد (۳۱).

پژوهش‌های پیشین بیانگر تأثیر واقعیت‌درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی (۳۲-۳۶) و کاهش علائم افسردگی است (۳۷-۳۹). همچنین اثربخشی این رویکرد درمانی بر تغییر منبع کنترل بیرونی به درونی در پژوهش‌ها تأیید شده

<sup>۱</sup> Want, Doing, Self Evaluation, Plan

<sup>۲</sup> Murphy

<sup>۳</sup> Pargament

<sup>۴</sup> Williams

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دادن توضیحات لازم به آزمودنی‌ها، هر دو گروه به پرسش‌نامهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۳</sup> و ارادهٔ آزاد و جبرگرایی<sup>۴</sup> پاسخ دادند. پژوهشگر برای افرادی که در گروه آزمایش قرار گرفتند به مدت هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و بر اساس شیوه‌نامه، واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی را اجرا کرد. جلسهٔ اول با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در کلینیک به صورت حضوری برگزار شد و سایر جلسات به صورت برخط در فضای بیگ بلو باتن<sup>۵</sup> که فضایی تعاملی و مناسب گروه‌درمانی است اجرا شد. یادآوری این نکته لازم است که دو نفر از افراد گروه نمونه (یک نفر از گروه آزمایش به دلیل انصراف از درمان و یک نفر از گروه کنترل به دلیل همکاری نکردن) در مرحلهٔ پس‌آزمون افت داشتند. بلافاصله پس از انجام مداخله و سپس ۴۰ روز بعد از زمان مداخله به عنوان دورهٔ پیگیری مجدداً پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، بهزیستی روان‌شناختی ریف و ارادهٔ آزاد و جبرگرایی برای هر دو گروه اجرا شد. ارزیاب و مداخله‌گر در پژوهش حاضر یک نفر بودند و به دلیل اینکه آزمودنی‌ها نسبت به اینکه در گروه‌درمانی افسردگی شرکت می‌کنند آگاهی داشتند، کورسازی صورت نگرفت.

در ادامه و برای روشن شدن مطلب، خلاصه‌ای از جلسات در قالب جدول شمارهٔ ۱، به همراه عنوان، اهداف و شرح فعالیت‌های هر جلسه آورده شده است. زیربنای اصلی شیوه‌نامهٔ حاضر برگرفته از پژوهش ووبولدینگ<sup>۶</sup> و همکاران (۲۴) با عنوان به‌کارگیری نظام WDEP واقعیت‌درمانی برای حمایت از برنامهٔ درمانی با محوریت فردی است. همان‌طور که پژوهشگران در این پژوهش ذکر کرده‌اند، واقعیت‌درمانی ماهیتی منعطف دارد و می‌تواند بر اساس فرهنگ، نیازهای مراجع و نظر درمانگر تغییراتی در روند جلسات داشته باشد. بنابراین، در پژوهش حاضر علاوه بر آموزش‌های اصلی نظریهٔ انتخاب که زیربنای واقعیت‌درمانی است، از آموزش مفاهیم دینی دربارهٔ جبر و اختیار نیز در جلسهٔ آخر استفاده شد.

در این پژوهش از سه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، افسردگی بک و ارادهٔ آزاد و جبرگرایی استفاده شد.

۱) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (فرم کوتاه‌شدهٔ ۱۸ سؤالی):

نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس تعداد حجم نمونه در پژوهش‌های مشابه، از میان افراد ذکرشده، ۳۲ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، به‌گونه‌ای که در هر گروه ۱۶ نفر قرار گیرند، جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود: از مراجعه به کلینیک جهت دریافت درمان، جنسیت زن، سن ۲۰ تا ۵۰، تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس، میزان افسردگی متوسط - شدید (نمرات ۱۹ تا ۲۹) یا شدید (نمرات ۳۰ تا ۶۳) بر اساس آزمون افسردگی بک<sup>۱</sup> و همچنین دریافت تشخیص افسردگی اساسی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم<sup>۲</sup>، دریافت نکردن نوع دیگری از مداخلات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی و تمایل به شرکت در پژوهش بر اساس رضایت آگاهانهٔ منشور اخلاقی. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش دریافت هم‌زمان نوع دیگری از روان‌درمانی یا دارودرمانی یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

برای اجرای پژوهش حاضر ابتدا از تعدادی از زنان افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک ندای آرامش روان تهران که مایل به شرکت در پژوهش بودند، آزمون افسردگی بک به عنوان غربال اولیه گرفته شد. افرادی که در پرسش‌نامهٔ حاضر نمرات بالای ۱۹ کسب کرده بودند، یعنی شدت افسردگی‌شان متوسط - شدید یا شدید بود با استفاده از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته ارزیابی شدند. در نهایت ۳۲ نفر از افرادی که بر اساس نظر روان‌شناس بالینی و همچنین مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم و با داشتن پنج مورد یا بیشتر از مواردی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ذکر شده است، تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کردند، گروه نمونه در نظر گرفته و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند.

یادآوری این نکته لازم است که یک روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد از دانشگاه علامه طباطبایی زیر نظر استادان راهنما و مشاور مصاحبهٔ بالینی ذکرشده را انجام داد. همچنین نویسندهٔ مسئول پژوهش حاضر که درمانگر این گروه‌درمانی بود مدرک بین‌المللی واقعیت‌درمانی از مؤسسهٔ ویلیام گلاسر و همچنین مدارک متعدد در حوزهٔ واقعیت‌درمانی از انجمن روان‌شناسی تربیتی ایران دارد.

<sup>۳</sup>) Ryff Psychological well-being Questionnaire

<sup>۴</sup>) FAD

<sup>۵</sup>) Big Blue Button

<sup>۶</sup>) Wubbolding

<sup>۱</sup>) Beck depression test (BDI-II)

<sup>۲</sup>) DSM-5



ریف و کیز<sup>۱</sup> (۲۱) این مقیاس را بر پایه تعریف مفهومی ابعاد مختلف الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف (۴۲) که در اواخر دهه ۸۰ میلادی گسترش داده شده بود، طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه با هدف بررسی گویه‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی در افراد پاسخ‌دهنده طراحی شده است. مقیاس حاضر ۱۸ گویه دارد و بر اساس لیگرت شش‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. مقیاس مذکور شش مؤلفه دارد و برای هر مؤلفه سه سؤال و یک نمره کل در نظر گرفته شده است (۴۳). فرم ۱۸ سؤالی این مقیاس یک متغیر چندبُعدی است که شش مؤلفه دارد (شامل: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری یا استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی). چون تمامی این مؤلفه‌ها با اهداف پژوهش حاضر همسو است به صورت تک‌به‌تک در دو گروه آزمایشی و کنترل بررسی شد. خانجانی و همکاران این مقیاس را برای دانشجویان دختر و پسر ایرانی بررسی روان‌سنجی کرده‌اند و نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک‌گروهی نشان داده است که در کل نمونه و در دو جنس الگوی شش‌عاملی این مقیاس برازش خوبی دارد. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل ذکر شده به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده است (۴۴). همچنین در این پژوهش به صورت جداگانه آلفای کرونباخ گروه نمونه برای مؤلفه‌های این پرسش‌نامه محاسبه شد و برای مؤلفه پذیرش خود ۰/۶۹، ارتباط مثبت ۰/۷۵، استقلال ۰/۷۹، تسلط بر محیط ۰/۷۱، زندگی هدفمند ۰/۷۸، رشد فردی ۰/۸۱ و برای نمره کل بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۹ به دست آمد که پایایی مناسبی را نشان می‌دهد.

**۲) مقیاس افسردگی بک:** این مقیاس ۲۱ سؤالی یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. پرسش‌نامه افسردگی بک از گونه آزمون‌های خودسنجی است و آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی همچون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و از خود بی‌بازی هستند. کمینه نمره در این آزمون ۰ و بیشینه آن ۶۳ است. با

<sup>۱) Ryff and Keyes</sup>

جمع‌کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره او به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن اندازه کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۹= هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۰ تا ۱۸= افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹= افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰ تا ۶۳= افسردگی شدید. این پرسش‌نامه در بیشتر کشورها و فرهنگ‌ها به کار رفته و روایی و پایایی آن پذیرفته شده است. برای نمونه جفرسون<sup>۲</sup> و همکاران آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۴۵) و همچنین آلتو<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه دیگری همبستگی آن را با پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۴</sup> ۰/۶۷ نشان داده‌اند (۴۶). در ایران نیز حمیدی و همکاران در پژوهشی روایی و پایایی این آزمون را بررسی کرده‌اند و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و ثبات داخلی آزمون را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آورده‌اند (۴۷). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در گروه نمونه پژوهش به صورت جداگانه اخذ شد و نتیجه ۰/۸۳ به دست آمد که پایایی مناسبی را نشان می‌دهد.

**۳) مقیاس اراده آزاد و جبرگرایی:** پالهاس و مارجسون<sup>۵</sup> این مقیاس را در دانشگاه ونکوور کانادا طراحی کرده‌اند و در مجله ارزیابی شخصیت مقیاسی که می‌تواند اعتقادات مخفی افراد را درباره اراده آزاد بسنجد، معرفی شده است (۱۳). مقیاس حاضر تفاوت‌های افراد را در اعتقاد به اراده آزاد و جبرگرایی می‌سنجد و ۲۸ سؤال دارد که با استفاده از لیگرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس چهار بُعد یا زیرمقیاس دارد شامل: ۱) تقدیرگرایی به معنای ناتوانی شخص در کنترل سرنوشت خود؛ ۲) تأیید گزاره‌های علمی که تأکید می‌کنند رفتار ما صرفاً با مسائل ژنتیکی یا محیطی هدایت می‌شود؛ ۳) این اعتقاد که بخت و تصادف زندگی افراد را می‌سازد و ۴) اعتقاد به اراده آزاد مربوط به توانایی‌های افراد برای تصمیم‌گیری و کنترل رفتار شخصی و پیامدها که بر مسئولیت شخصی تأکید می‌کند. البته برای این پژوهش فقط از دو مؤلفه مرتبط با موضوع یعنی مؤلفه‌های اراده آزاد و سرنوشت‌گرایی استفاده شد. در پژوهش‌ها آلفای کرونباخ مؤلفه اراده آزاد ۰/۷۰ و مؤلفه جبرگرایی ۰/۸۲ برآورد شده است (۱۳). همچنین به صورت جداگانه آلفای کرونباخ گروه نمونه برای این

<sup>۲) Jefferson</sup>

<sup>۳) Aalto</sup>

<sup>۴) General Health Questionnaire (GHQ)</sup>

<sup>۵) Paulhus and Margesson</sup>

اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های آماری فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

پرسش‌نامه محاسبه شد و برای مؤلفه اراده آزاد ۰/۶۷ و برای مؤلفه سرنوشت‌گرایی ۰/۷۳ به دست آمد که پایایی مناسبی به نظر می‌رسد. پس از طی شدن هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری ابتدا

جدول ۱) محتوای جلسات واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی (شیوه‌نامه)، جزئیات، روش‌ها و اقدامات تفصیلی مربوط به جلسات درمانی پژوهش

عنوان	شرح جلسه	هدف	تکلیف خانگی
جلسه اول	در این جلسه افراد با یکدیگر و با روان‌شناس آشنا شدند و ارتباط برقرار کردند. ابتدا قوانین گروه‌درمانی از جمله رازداری، داوطلبانه‌بودن، قضاوت‌نکردن دیگری، تمسخر یا سرزنش‌نکردن دیگری و قوانین مربوط به جلسات برخط برای افراد توضیح داده شد. سپس روان‌شناس به‌طور مختصر معرفی شد و از همه اعضا درخواست شد به‌مدت ۵ دقیقه خود را معرفی و داستان زندگی‌شان را که منجر به افسردگی شده است، تعریف کنند.	ارتباط‌گیری با افراد و شنیدن داستان زندگی آنان و ایجاد همدلی و احساس تنها نبودن با وجود مشکلات	از افراد خواسته شد که با دقت خواسته‌های اصلی زندگی خود را بنویسند و ذکر کنند که تا کنون برای رسیدن به این خواسته‌ها چه کارهایی انجام داده‌اند؟ (تأکید بر مرحله اول و دوم واقعیت‌درمانی: خواسته و اعمال)
جلسه دوم	ابتدای جلسه از همه افراد خواسته شد که به راهکارهایی که برای رسیدن به خواسته‌های خود انجام داده‌اند درصد بدهند که هر کدام از راهکارها تا چه حد موجب شده است که به خواسته خود نزدیک شوند (مرحله سوم واقعیت‌درمانی: خودارزیابی). سپس روان‌شناس با استفاده از ۹ سؤال مهم و چالشی خودارزیابی، افراد را متوجه ساخت که تا کنون درحقیقت هیچ کار مفید و مؤثری برای رسیدن به خواسته‌هایشان انجام ندهاند و این خودشان هستند که باید برای رفع مشکلاتشان و رسیدن به خواسته‌هایشان تلاش کنند.	تشنه‌کردن افراد نسبت به درمان و ایجاد انگیزه تغییر در مخاطبان افسرده	از افراد خواسته شد که جلو خواسته‌های ذکرشده در تکلیف جلسه قبلی بنویسند که چه کارهای دیگری می‌توانستند برای رسیدن به خواسته خود انجام بدهند که تا کنون انجام ندهاده‌اند؟ (مرحله چهارم واقعیت‌درمانی: برنامه‌ریزی برای آینده). ضمناً به افراد آزمون شخصیت‌شناسی مبتنی بر نیازها داده شد و از آنان خواسته شد که خود و همسرانشان به این آزمون پاسخ دهند.
جلسه سوم	در این جلسه ابتدا نحوه نمره‌گذاری آزمون نیازها به افراد توضیح داده شد. سپس هر کدام از پنج نیاز و نحوه ارضای صحیح و مؤثر آنها به افراد ارائه شد و در آخر ارتباط ارضای نیازها با رضایت از زندگی و شادمانی به افراد توضیح داده شد.	معرفی نیازهای پنج‌گانه و ارتباط ارضای نیازها در بروز رضایت از زندگی	از افراد خواسته شد که پنج نیاز خود را بنویسند و راجع به این نکته بیندیشند که کدام نیازهایشان ارضا نشده است که اکنون احساس افسردگی می‌کنند و برای ارضای بهتر آن نیاز راهکار بدهند.
جلسه چهارم	در این جلسه توضیح داده شد که هر آنچه از فردی سر می‌زند یک رفتار است؛ بنابراین هدفمند است و در جهت ارضای یک یا چند نیاز اساسی است و همه رفتارهای ما شامل چهار مؤلفه فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی است و این نکته هم با مثال‌های متعدد توضیح داده شد که دیگران صرفاً به ما اطلاعات می‌دهند و این ما هستیم که رفتار و تفسیر موردنظر خود را انتخاب می‌کنیم.	آشنایی با خواسته، فکر و عمل و ارتباط بین فکر و عمل با احساس و فیزیولوژی	از افراد خواسته شد که یک جدول سه‌ستونه ایجاد کنند و در آن خواسته خود و فکر و عمل مناسب با آن را یادداشت کنند تا به افکار و اعمال بهتری برای رسیدن به خواسته دست یابند.
جلسه پنجم	در این جلسه به‌طور مفصل و با استفاده از سؤالات چالشی با افکار خودتخریبی، خودسرزنشگری و خودانتقادی افراد مقابله شد. به افراد کمک شد تا خود	افزایش حس ارزشمندی و اعتماد به نفس در افراد	به افراد گفته شد برای بهبود احساسات و حال روحی خود قول‌هایی به خودشان بدهند و سعی کنند حتماً تا جلسه آینده

عنوان	شرح جلسه	هدف	تکلیف خانگی
	را ارزشمند و گرامی بدانند و نگاه اسلامی راجع به عزت نفس افراد در جلسه ذکر شد و مهم‌ترین راهکار افزایش اعتماد به نفس یعنی اهمیت و بالابردن تعهد به خود به افراد توضیح داده شد.		آنها را انجام بدهند و احساس اعتماد به نفس کسب کنند.
جلسه ششم	آموزش دنیای ادراکی و تأثیر تفسیر ما از شرایط بیرونی بر بروز رفتارها	آموزش دنیای ادراکی و تأثیر تفسیر ما از شرایط بیرونی بر بروز رفتارها و آموزش خطاهای شناختی و نحوه اصلاح آنها	از افراد خواسته شد خطاهای شناختی‌ای را که بیشتر در افکارشان تکرار می‌شود یادداشت کنند و برای مقابله با این افکار راهکار بدهند.
جلسه هفتم	تأثیر گذشته بر رفتارهای فعلی و سپس مقدمه موضوع جبر و اختیار (بخش ۱)	در این جلسه ابتدا از طریق پرسشگری و خودارزیابی به افراد توضیح داده شد که رفتارهایشان از طریق انتخاب شخصی رخ می‌دهد. ما محصول گذشته هستیم؛ اما محصور در گذشته نیستیم و سپس از طریق توضیح تفاوت خودسرنزنی‌گری با خودارزیابی به افراد کمک شد افکار مربوط به گذشته را کنار بگذارند. پس از آن مقدمه‌ای از سؤالات مربوط به جبر و اختیار، قضا و قدر و تدبیر خداوند به افراد گفته شد.	از افراد خواسته شد تا سؤالات چالشی خود و پاسخ‌های احتمالی‌شان را در حیطه قضا و قدر و جبر و اختیار یادداشت کنند.
جلسه هشتم	جبر و اختیار و تدبیر خداوند (بخش ۲)	در این جلسه به سؤالات چالشی جلسه گذشته بر اساس نگاه اسلامی و دیدگاه شهید مطهری در دو کتاب عدل الهی و انسان و سرنوشت پاسخ داده شد و حدود مسئولیت انسان در بروز رفتار برای آنان شرح داده شد.	از افراد خواسته شد تا به سؤالات چالشی ذکرشده فکر کنند و ارتباط آنها را با زندگی روزمره خود یادداشت کنند و درنهایت از آنان خواسته شد تغییرات روحی‌ای که در این دوره برایشان ایجاد شده بود، یادداشت کنند.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی

روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش

متغیر	مراحل آزمون	آزمایش		کنترل
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۷/۸۷	۳/۰۶	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۱۲/۴۰	۳/۱۵	۳/۵۴
	پیگیری	۱۲/۰۷	۲/۷۳	۲/۹۲
ارتباط مثبت	پیش‌آزمون	۱۰/۲۷	۴/۱۱	۴/۱۴
	پس‌آزمون	۱۳/۰۷	۳/۸۲	۳/۴۱
	پیگیری	۱۳/۳۳	۳/۰۱	۳/۵۸
استقلال	پیش‌آزمون	۱۰/۴۰	۲/۱۹	۲/۹۵
	پس‌آزمون	۱۱/۸۷	۲/۱۰	۲/۵۰
	پیگیری	۱۲/۰۰	۲/۹۵	۲/۵۰
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۱۱/۰۰	۲/۲۶	۲/۶۴
	پس‌آزمون	۱۴/۷۳	۲/۰۵	۳/۰۳
	پیگیری	۱۴/۱۳	۲/۰۶	۲/۱۶
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۱۱/۲۷	۳/۴۹	۲/۹۳

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش زنان دارای تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس، سن ۲۰ تا ۵۰ و با افسردگی متوسط تا شدید بودند. ابتدا به جهت هم‌تاسازی گروه آزمایشی و کنترل، هر دو گروه از جهت شدت افسردگی و سن با استفاده از آزمون تی استوننت مستقل<sup>۱</sup> بررسی شدند و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین برای بررسی وجود تفاوت معنادار در میزان تحصیلات دو گروه از آزمون خی دو<sup>۲</sup> استفاده شد که تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داده نشد. در سطح آمار توصیفی با توجه به چندمتغیری بودن پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های پژوهش در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه متغیر به صورت جداگانه در جدول‌های شماره ۲ تا ۴ نشان داده شده است.

<sup>۱</sup> Two independent sample (t test)

<sup>۲</sup> Chi-squared test

پژوهش و همگنی واریانس‌ها) بررسی شود (۴۸). فرض استقلال مشاهدات در این پژوهش برقرار بود؛ زیرا پاسخ‌های آزمودنی‌ها به سؤالات تحت تأثیر آزمودنی‌های دیگر نبود. به‌منظور بررسی طبیعی بودن متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک<sup>۱</sup> استفاده شد. آزمون طبیعی بودن داده‌ها نیز برای هر دو گروه صورت گرفت. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن، جبرگرایی و ابعاد آن و افسردگی در دو گروه تحقیق همگی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، پس فرض صفر رد نمی‌شود. بنابراین، این پیش‌فرض آزمون کوواریانس تأیید می‌شود. پیش‌فرض سوم آزمون کوواریانس همگنی واریانس‌های گروه‌ها است. برای آزمون این پیش‌فرض با استفاده از نرم‌افزار SPSS آزمون لوین<sup>۲</sup> انجام شد. با توجه به نتایج این آزمون، مشاهده شد که چون مقدار معناداری آزمون لوین در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن، جبرگرایی و ابعاد آن و افسردگی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برای انجام تحلیل نهایی برقرار است. در ادامه با توجه به نتایج حاصل از مفروضات زیربنایی تحلیل کوواریانس به بررسی فرضیه‌های پژوهش و تجزیه و تحلیل مشاهدات پرداخته شد.

**فرضیه اول:** واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی منجر به کاهش جبرگرایی افراد افسرده می‌شود: ابتدا به جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس<sup>۳</sup> از آزمون باکس<sup>۴</sup> استفاده شد. نتایج این آزمون نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است ( $P > 0/05$ ) و  $F=0/99$ ) و ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها یکسان بود؛ بنابراین در خروجی آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آماره‌های شاخص لامبدای ویلکز<sup>۵</sup> بررسی شد. مقدار آزمون اثر لامبدای ویلکز بیانگر این است که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ جبرگرایی معنی‌دار است ( $P < 0/05$ )،  $F(23 و 4) = 5/00$ . بنابراین می‌توان گفت که حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری، پس از تعدیل تفاوت‌های مربوط به متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (شیوه‌نامه درمانی) تأثیر پذیرفته است. بر این اساس، می‌توان

متغیر	مراحل آزمون	آزمایش		کنترل	
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
رشد فردی	پس‌آزمون	۱۲/۲۰	۳/۲۱	۱۰/۸۰	۲/۵۱
	پیگیری	۱۱/۷۳	۲/۰۵	۱۱/۱۳	۱/۵۹
	پیش‌آزمون	۱۳/۸۰	۲/۱۱	۱۲/۴۷	۳/۳۳
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۱۳/۰۷	۱/۳۳	۱۲/۳۳	۱/۸۷
	پیگیری	۱۲/۹۳	۲/۳۱	۱۱/۹۳	۲/۳۴
	پیش‌آزمون	۶۴/۶۰	۱۰/۲۹	۶۳/۵۳	۹/۰۳
	پس‌آزمون	۷۷/۳۳	۹/۵۶	۶۳/۶۷	۸/۶۴
	پیگیری	۷۶/۲۰	۷/۵۹	۶۳/۷۳	۷/۵۸

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات جبرگرایی در گروه‌های پژوهش

متغیر	مراحل آزمون	آزمایش		کنترل	
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
اراده آزاد	پس‌آزمون	۲۷/۲۴	۵/۴۱	۲۲/۷۳	۳/۹۵
	پیگیری	۲۸/۰۷	۳/۸۷	۲۳/۰۷	۴/۷۵
	پیش‌آزمون	۲۸/۸۷	۳/۳۱	۲۲/۲۰	۵/۲۹
سرنوشت‌گرایی	پس‌آزمون	۱۱/۲۷	۳/۸۲	۱۰/۸۷	۴/۰۸
	پیگیری	۱۰/۰۷	۲/۷۸	۱۰/۹۳	۳/۷۳
	پیگیری	۹/۸۷	۳/۴۲	۱۱/۳۳	۳/۸۱

جدول ۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در گروه‌های پژوهش

متغیر	مراحل آزمون	آزمایش		کنترل	
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پس‌آزمون	۳۴/۴۷	۸/۴۸	۳۴/۸۷	۱۰/۱۴
	پیگیری	۱۳/۴۷	۷/۷۳	۳۲/۲۷	۱۰/۲۹
	پیش‌آزمون	۱۴/۴۷	۶/۵۲	۳۲/۸۷	۱۰/۶۶

همان‌طور که در جدول‌های ۲ تا ۴ مشاهده می‌شود، مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون عملکرد بهتری داشتند و نمرات بهزیستی روان‌شناختی آنان افزایش و میزان افسردگی و جبرگرایی آنان در اثر برنامه درمانی کاهش یافت. جهت بررسی معناداری آماری این مقدار تفاوت از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

پیش از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا باید پیش‌فرض‌های این آزمون (استقلال مشاهدات، طبیعی بودن متغیرهای

<sup>1</sup>) Shapiro-Wilk

<sup>2</sup>) Levene's test

<sup>3</sup>) Variance-Covariance Matrix

<sup>4</sup>) Box's M test

<sup>5</sup>) Wilks Lambda

داشته. در ادامه به منظور مشخص نمودن تفاوت‌ها، نتایج اثرات جبرگرایی) دست‌کم در یکی از مراحل تفاوت معناداری وجود

نتیجه گرفت که بین دو گروه در متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های جبرگرایی) دست‌کم در یکی از مراحل تفاوت معناداری وجود

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری جبرگرایی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مرحله پس‌آزمون							
اراده آزاد	اثر گروه	۱۲۵/۱۵	۱	۱۲۵/۱۵	۱۰/۵۰	۰/۰۰۳	۰/۲۸
	اثر خطا	۳۰۹/۸۱	۲۶	۱۱/۹۱			
سرنوشت‌گرایی	اثر گروه	۶/۱۸	۱	۶/۱۸	۰/۸۰	۰/۳۷	۰/۰۳
	اثر خطا	۱۹۹/۱۶	۲۶	۷/۶۶			
مرحله پیگیری							
اراده آزاد	اثر گروه	۲۴۵/۱۸	۱	۱۸/۲۴۵	۱۹/۴۱	۰/۰۰۰	۴۲/۰
	اثر خطا	۳۲۸/۴۳	۲۶	۱۲/۶۳			
سرنوشت‌گرایی	اثر گروه	۲۲/۵۲	۱	۲۲/۵۲	۲/۵۰	۰/۱۲	۰/۸
	اثر خطا	۲۳۴/۱۹	۲۶	۹/۰۰۸			

مجموع مجذورات = SS، درجه آزادی = DF، میانگین مجذورات = MS، سطح معناداری = P، اندازه اثر =  $\eta$

پایدار مانده است؛ اما شیوه‌نامه درمانی ذکر شده بر روی مؤلفه سرنوشت‌گرایی تأثیر معناداری ایجاد نکرده است.

**فرضیه دوم:** واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی منجر به کاهش علائم افسردگی افراد افسرده می‌شود: ابتدا به جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مجدداً از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است ( $F=۱/۱۳$  و  $P>۰/۰۵$ ) و ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها یکسان بود؛ بنابراین در خروجی آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آماره‌های شاخص لامبدای ویلکز بررسی شد. مقدار آزمون اثر لامبدای ویلکز بیانگر این است که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ افسردگی معنی‌دار بود ( $۰/۶۳ =$  اندازه اثر،  $P<۰/۰۵$ ،  $F(۲۶ و ۲) = ۲۲/۹۲$ )؛ بنابراین می‌توان گفت دست‌کم در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری، پس از تعدیل تفاوت‌های مربوط به متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (روش آموزشی) تأثیر پذیرفته است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه، در افسردگی دست‌کم در یکی از مراحل تفاوت معناداری وجود داشت. در ادامه به منظور مشخص نمودن تفاوت‌ها، نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها ارائه شده است.

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پس‌آزمون اراده آزاد پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $۰/۲۸ =$  اندازه اثر،  $P<۰/۰۵$ ،  $F(۱ و ۲۶) = ۱۰/۵۰$ )؛ به این معنا که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در اراده آزاد به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. بر این اساس، می‌توان گفت آموزش واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی به‌طور معناداری موجب افزایش اراده آزاد در مرحله پس‌آزمون شده است. مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی انا (اندازه اثر) بدین صورت است که ۲۸٪ تغییرات اراده آزاد در مرحله پس‌آزمون از تفاوت گروه‌های آزمایشی و کنترل ناشی می‌شود. همچنین مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی انا (اندازه اثر) در دوره پیگیری بدین صورت است که ۴۲٪ تغییرات اراده آزاد در مرحله پس‌آزمون از تفاوت گروه‌های آزمون و کنترل ناشی می‌شود. همچنین، نتایج مندرج در این جدول نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سرنوشت‌گرایی ( $۰/۰۳ =$  اندازه اثر،  $P>۰/۰۵$ ،  $F(۱ و ۲۶) = ۰/۸۰$ ) و پیگیری سرنوشت‌گرایی ( $۰/۰۸ =$  اندازه اثر،  $P>۰/۰۵$ ،  $F(۲۶ و ۱) = ۲/۵۰$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. در نتیجه، می‌توان گفت که نمرات اراده آزاد در افراد گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است و تغییرات این متغیر به مرور زمان

جدول ۶) نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مرحله پس‌آزمون						
اثر گروه	۲۵۸۶/۵۲	۱	۲۵۸۶/۵۲	۴۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
اثر خطا	۱۵۴۷/۸۸	۲۷	۵۷/۳۲			
مرحله پیگیری						
اثر گروه	۲۴۸۵/۳۶	۱	۲۴۸۵/۳۶	۴۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
اثر خطا	۱۶۲۷/۷۹	۲۷	۶۰/۲۸			

می‌شود: برای بررسی معنی‌داری این فرضیه هم دوباره ابتدا به‌منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس بود ( $P > 0.05$ ):  $F = 1.02$  و ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها یکسان بود؛ بنابراین در خروجی آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آماره‌های شاخص لامبدای ویلکز بررسی شد. مقدار آزمون اثر لامبدای ویلکز بیانگر این است که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ )،  $F = 12.33$ ،  $P < 0.05$  و  $F = 12$ ؛ بنابراین می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری، پس از تعدیل تفاوت‌های مربوط به متغیر همپراش (پیش‌آزمون)، ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (شیوه‌نامه درمانی) تأثیر پذیرفته است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه در متغیرهای وابسته (بهزیستی روان‌شناختی) دست‌کم در یکی از مراحل تفاوت معناداری وجود داشت. در ادامه به‌منظور مشخص‌نمودن تفاوت‌ها نتایج اثرات بین‌آزمودنی‌ها ارائه شده است:

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.05$ )،  $F = 45.11$  و  $F = 27$ ؛ به این معنا که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در افسردگی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود. بر این اساس، می‌توان گفت که آموزش واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی در مرحله پس‌آزمون شده است. مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی اتا (اندازه اثر) بدین صورت است که ۶۲٪ تغییرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون از تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل ناشی می‌شد. همچنین مقدار این تأثیر در مرحله پیگیری با توجه به مجذور نسبی اتا (اندازه اثر) بدین صورت بود که ۶۰٪ تغییرات افسردگی در مرحله پیگیری از تفاوت گروه‌های آزمایشی و کنترل ناشی می‌شد. در نتیجه، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی در کاهش افسردگی افراد گروه آزمایشی مؤثر بوده و این تغییرات به مرور زمان پایدار مانده است.

**فرضیه سوم:** واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی افراد افسرده

جدول ۷) نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پذیرش خود	۱۳۲/۶۶	۱	۱۳۲/۶۶	۲۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴	
ارتباط مثبت	۲۲/۶۹	۱	۲۲/۶۹	۳/۱۸	۰/۰۸	۰/۱۲	
استقلال	۱۸/۴۱	۱	۱۸/۴۱	۵/۹۳	۰/۰۲	۰/۲۱	
تسلط بر محیط	۹۰/۱۶	۱	۹۰/۱۶	۱۵/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲	
زندگی هدفمند	۵/۲۸	۱	۵/۲۸	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۳	
رشد فردی	۱/۳۶	۱	۱/۳۶	۰/۵۶	۰/۴۶	۰/۰۲	
بهزیستی روان‌شناختی	۱۲۵۲/۷۶	۱	۱۲۵۲/۷۶	۲۹/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۵۲	

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
	پذیرش خود	۱۰۸/۸۷	۲۲	۴/۹۴			
	ارتباط مثبت	۱۵۶/۵۶	۲۲	۷/۱۱			
	استقلال	۶۸/۲۲	۲۲	۳/۱۰			
اثر خطا	تسلط بر محیط	۱۲۴/۲۲	۲۲	۵/۶۴			
	زندگی هدفمند	۱۴۷/۸۴	۲۲	۶/۷۲			
	رشد فردی	۵۰/۳۰	۲۲	۲/۴۲			
	بهبودی روان‌شناختی	۱۱۲۷/۶۷	۲۷	۴۱/۷۶			

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات پس‌آزمون پذیرش خود (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 26/80$ )، پس‌آزمون استقلال (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 5/93$ ) و پس‌آزمون تسلط بر محیط (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 15/96$ ) و پس‌آزمون بهبودی روان‌شناختی (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 29/99$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. بر این اساس، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی به‌طور معناداری موجب افزایش نمره کل بهبودی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شامل پذیرش خود، استقلال و تسلط بر محیط در مرحله پس‌آزمون شده است. مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی اتا (اندازه اثر) بدین صورت بود که ۵۴٪ تغییرات در پذیرش خود، ۲۱٪ تغییرات استقلال و ۴۲٪ تغییرات تسلط بر محیط در مرحله پس‌آزمون از تفاوت گروه‌های آزمون و کنترل ناشی می‌شد.

جدول ۸) نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پیگیری بهبودی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
	پذیرش خود	۵۴/۶۶	۱	۵۴/۶۶	۷/۹۸	۰/۰۱	۰/۲۶۶
	ارتباط مثبت	۵۲/۳۵	۱	۵۲/۳۵	۹/۶۳	۰/۰۰۵	۰/۳۰۴
	استقلال	۶۲/۰۵	۱	۶۲/۰۵	۹/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۲۹۶
اثر گروه	تسلط بر محیط	۴۹/۱۹	۱	۴۹/۱۹	۸/۹۵	۰/۰۰۷	۰/۲۸۹
	زندگی هدفمند	۳/۱۴	۱	۳/۱۴	۱/۳۹	۰/۲۵	۰/۰۶۰
	رشد فردی	۲/۹۶	۱	۲/۹۶	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۰۲۱
	بهبودی روان‌شناختی	۱۰۷۵/۶۴	۱	۱۰۷۵/۶۴	۲۶/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۴۹
	پذیرش خود	۱۵۰/۶۲	۲۲	۶/۸۴			
	ارتباط مثبت	۱۱۹/۵۷	۲۲	۵/۴۳			
	استقلال	۱۴۷/۵۹	۲۲	۶/۷۰			
اثر خطا	تسلط بر محیط	۱۲۰/۸۱	۲۲	۵/۴۹			
	زندگی هدفمند	۴۹/۶۷	۲۲	۲/۲۵			
	رشد فردی	۱۳۶/۳۶	۲۲	۶/۱۹			
	بهبودی روان‌شناختی	۱۱۰۰/۴۹۴	۲۷	۴۰/۷۵۹			

بر اساس نتایج جدول شماره ۸، بین میانگین نمرات پیگیری پذیرش خود (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 7/98$ )، پیگیری ارتباط مثبت (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 9/63$ )، پیگیری استقلال (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 26/80$ )، پیگیری تسلط بر محیط (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 15/96$ ) و پیگیری بهبودی روان‌شناختی (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 29/99$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت.

بر اساس نتایج جدول شماره ۸، بین میانگین نمرات پیگیری پذیرش خود (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 7/98$ )، پیگیری ارتباط مثبت (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 9/63$ )، پیگیری استقلال (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 26/80$ )، پیگیری تسلط بر محیط (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 15/96$ ) و پیگیری بهبودی روان‌شناختی (اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(22, 1) = 29/99$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت.

زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در اراده آزاد به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. می‌توان گفت که این یافته به‌نوعی با نتایج پژوهش امیری و همکاران (۴۰) و زویداوی و صفرزاده (۴۱) همسو است که از تأثیر واقعیت‌درمانی گروهی بر منبع کنترل درونی (باور به اراده آزاد) حکایت دارد. همچنین، این یافته با نتایج پژوهش رابرتز<sup>۱</sup> و همکاران (۱۶)، ژاو و همکاران (۵) و ژو و ژانگ<sup>۲</sup> (۱۸) نیز که رابطه افسردگی و جبرگرایی را نشان می‌دهد، همسو است؛ اما به لحاظ تأثیر بر مؤلفه سرنوشت‌گرایی با نتایج پژوهش بین و ژیانگ (۱۸) ناهمسو است. همان‌طور که ذکر شد، گروه‌درمانی حاضر در افزایش اراده آزاد به‌طور مشخصی مؤثر بود اما بر کاهش سرنوشت‌گرایی تأثیری نداشت.

نکته‌ای که باید تأکید شود این است که پژوهش حاضر علاوه بر واقعیت‌درمانی، همراه با آموزه‌های اسلامی است و جبر و اختیار را از منظر اسلامی به افراد آموزش داده است. نگاه شیعی به مفهوم جبر و اختیار نگاهی بینابینی است. یعنی نه جبر مطلق نه اختیار مطلق؛ و این نکته بیانگر این است که افراد معتقد به تفکر شیعی به اراده خداوندی، تقدیر و قضا و قدر معتقدند؛ بنابراین، به سؤالات سرنوشت‌گرایی آزمون اراده آزاد و جبرگرایی نمرات بالایی داده‌اند که کاملاً صحیح و محتمل است. اما مهم این است که این قضا و قدر الهی نقشی در اراده آزاد انسان ندارد و هر فردی مسئول انتخاب‌های خود است و باید روز به روز کیفیت زندگی خود را بهبود ببخشد. این مفهوم بیانگر همان مؤلفه اراده آزاد در آزمون اراده آزاد و جبرگرایی است که اتفاقاً در پژوهش حاضر، نمرات گروه آزمودنی در پس‌آزمون و پیگیری افزایش چشمگیری نشان داده است.

یافته‌های حاصل از فرضیه دوم پژوهش بیانگر این است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در افسردگی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های صداقت و همکاران (۳۸)، کشاورز و رضوی (۳۹) و کیم و هیون<sup>۳</sup> (۳۷) همسو است که در تمامی آنها تأثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی تأیید شده است.

$P < 0.05$ ،  $F(1 و 22) = 9/25$ ، پیگیری تسلط بر محیط  $(0/28 =$  اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(1 و 22) = 8/95$ ) و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی  $(0/49 =$  اندازه اثر،  $P < 0.05$ ،  $F(1 و 22) = 26/39$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت؛ به این معنا که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش در بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شامل پذیرش خود، استقلال و تسلط بر محیط به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود؛ اما بین میانگین نمرات پیگیری زندگی هدفمند  $(1/06 =$  اندازه اثر،  $P > 0.05$ ،  $F(1 و 22) = 1/39$ ) و پیگیری رشد فردی  $(0/02 =$  اندازه اثر،  $P > 0.05$ ،  $F(1 و 22) = 0/47$ ) پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. بر این اساس، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی به‌طور معناداری موجب افزایش نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت، استقلال و تسلط بر محیط در مرحله پیگیری شده است. مقدار این تأثیر با توجه به مجذور نسبی اتا (اندازه اثر) بدین صورت بود که  $0.26$  تغییرات در پذیرش خود،  $0.30$  تغییرات ارتباط مثبت،  $0.29$  تغییرات استقلال و  $0.28$  تغییرات تسلط بر محیط در مرحله پیگیری از تفاوت گروه‌های آزمون و کنترل ناشی می‌شد. در نتیجه، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و برخی مؤلفه‌ها شامل پذیرش خود، ارتباط مثبت، استقلال و تسلط بر محیط شده است و این تغییرات به مرور زمان پایدار مانده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش جبرگرایی و علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده صورت گرفته است. یافته‌های نهایی نشان داده است که این روش درمانی می‌تواند بر کاهش افسردگی و افزایش اعتقاد به اراده آزاد مؤثر باشد و منجر به افزایش نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و نیز مؤلفه‌های پذیرش خود، استقلال و تسلط بر محیط در افراد افسرده گردد.

یافته‌های حاصل از فرضیه اول پژوهش که به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش جبرگرایی افراد افسرده پرداخته، بیانگر این است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری باور به اراده آزاد پس از

<sup>1</sup>) Roberts

<sup>2</sup>) Zuo & Zhang

<sup>3</sup>) Kim and Hyun



### محدودیت‌های پژوهش

در اجرای پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله اینکه: برای سنجش جبرگرایی پرسش‌نامه هنجار شده با روایی و پایایی برای جامعه ایرانی وجود نداشت و در نتیجه از ترجمه پرسش‌نامه جبرگرایی و اراده آزاد استفاده شد. به علاوه پژوهش حاضر درباره زنان افسرده شهر تهران انجام شده و نمونه این پژوهش به مراجعان یک کلینیک در تهران محدود بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به شرایط خاص ناشی از بیماری کووید ۱۹ دسترسی به این آزمودنی‌ها با دشواری‌هایی همراه بود و صرفاً جلسه اول به صورت حضوری و با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی اجرا شد و سایر جلسات به صورت مجازی اما با تعامل گسترده با افراد برگزار شد. در نهایت در این پژوهش از آموزه‌های اسلامی استفاده شد. به نظر می‌رسد یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از این شیوه‌نامه درمانی برای افراد بدون باورهای دینی باشد. در واقع شیوه‌نامه واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی برای افرادی که مسلمان شیعه هستند بسیار قابل استفاده خواهد بود؛ اما برای سایر گروه‌ها یا افراد لائیک باید صرفاً از شیوه‌نامه واقعیت‌درمانی اصلی استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام ندادن مصاحبه ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری، یکی بودن ارزیاب و مداخله‌گر، افزودن دو جلسه آموزه‌های اسلامی بدون پیشینه استانداردسازی محتوا و همچنین استفاده از شیوه‌نامه مداخله که در جمعیت ایرانی بررسی نشده است، اشاره کرد.

### پیشنهاد‌های پژوهش

به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود: (۱) در مطالعات بعدی جهت همگرایی و انسجام اطلاعات، تغییرات آزمودنی‌ها از طریق مصاحبه ساختاریافته، مشاهدات بالینی و گزارش‌های خانواده بررسی شود؛ (۲) پرسش‌نامه جبرگرایی و اراده آزاد برای جامعه ایرانی هنجار و روایی و پایایی آن تعیین شود؛ (۳) ارزیاب و مداخله‌گر افرادی جداگانه باشند؛ (۴) شیوه‌نامه واقعیت‌درمانی همراه با آموزه‌های اسلامی استانداردسازی شود؛ (۵) از شیوه‌نامه حاضر برای سایر گروه‌ها و افراد از جمله مردان، ساکنان سایر شهرها و افراد با تحصیلات متفاوت‌تر استفاده کنند؛ (۶) شیوه‌نامه ذکر شده در این پژوهش برای درمان سایر اختلالات روانی از جمله وسواس، اضطراب و اسکیزوفرنی

یافته‌های حاصل از فرضیه سوم پژوهش بیانگر این است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و همچنین مؤلفه‌های پذیرش خود، استقلال و تسلط بر محیط و نمرات پیگیری مؤلفه روابط مثبت با دیگران، پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و میزان این مؤلفه‌ها در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه کنترل بالاتر بود؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و رشد فردی و نمرات پیگیری زندگی هدفمند و رشد فردی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمودیان و همکاران (۳۴)، کمساری و همکاران (۳۵)، نعمتی (۳۳)، عارفی و گنجوری (۳۶) و لوکی<sup>۱</sup> و همکاران (۳۲) همسو است که در آنها تأثیر واقعیت‌درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی تأیید شده است.

از میان تمامی ۱۵ شرکت‌کننده در گروه‌درمانی که همگی افراد با میزان افسردگی متوسط تا شدید بودند ۱۴ نفر بهبودی قابل توجهی داشتند و حتی ۹ نفر به حد طبیعی رسیدند. در تبیین کلی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و اراده آزاد و کاهش افسردگی می‌توان به دیدگاه واقع‌بینانه واقعیت‌درمانی اشاره کرد. بر اساس این دیدگاه زندگی پر از درد است، اهمیتی ندارد که زندگی ما چقدر خوب بگذرد، به‌رحال همراه با درد زیادی خواهد بود، ما انسان‌ها همگی احساسات دردناک زیادی داریم که ناشی از بودن ما به‌عنوان یک انسان و محدودیت‌های زندگی ما است. در پژوهش حاضر با کمک آموزش نظری انتخاب به افراد افسرده آموزش داده شد که آن دسته از واقعیات زندگی را که برای آنان قابل تغییر است تغییر دهند و آن دسته از واقعیات را که برایشان قابل تغییر نیست بپذیرند. مسئولیت زندگی خویش را بر عهده بگیرند و با تمرکز بر توانمندی‌های خود شرایط زندگی را بهبود بخشند و همین موضوع منجر به کاهش جبرگرایی و علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در این افراد شده است. از سویی، همراهی واقعیت‌درمانی با آموزه‌های اسلامی منجر به اصلاح باورهای جبرگرایی مرتبط با خدا و سرنوشت و همچنین افزایش باور به اراده آزاد در این افراد شده است. اما به‌رحال باید دقت داشت که شیوه‌نامه اجرا شده در این پژوهش استانداردسازی نشده و بهتر است چنین شیوه‌نامه‌هایی که با فرهنگ ایرانی - اسلامی ما همسویی بیشتری دارد، استانداردسازی شود.

<sup>۱</sup>Lojik

2011;7(Suppl 1):3.

3. Park S-C, Kim D. The centrality of depression and anxiety symptoms in major depressive disorder determined using a network analysis. *Journal of affective disorders*. 2020;271:19-26.

4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

5. Fu J, Zhao Y, Feng X, Wang Y, Yu Z, Hua L, et al. How is fatalistic determinism linked to depression? The mediating role of self-control and resilience. *Personality and Individual Differences*. 2021; 180: 110992.

6. Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, Aycock C, Coyle S. A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*. 2016;142 (10):1017.

7. Maier SF, Seligman ME. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological review*. 2016;123(4):349.

8. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:285.

9. Kane R. The significance of free will: Oxford University Press on Demand; 1998.

10. Libet B. Do we have free will? *Journal of consciousness studies*. 1999;6(8-9):47-57.

11. Baumeister RF. Free will in scientific psychology. *Perspectives on psychological science*. 2008;3(1):14-9.

12. Keller J. In genes we trust: the biological component of psychological essentialism and its relationship to mechanisms of motivated social cognition. *Journal of personality and social psychology*. 2005;88(4):686.

13. Paulhus DL, Carey JM. The FAD-Plus: Measuring lay beliefs regarding free will and related constructs. *Journal of personality assessment*. 2011;93(1):96-104.

14. Jamieson PE, Romer D. Unrealistic fatalism in US youth ages 14 to 22: Prevalence and characteristics. *Journal of Adolescent Health*. 2008;42(2):154-60.

15. Díaz D, Blanco A, Bajo M, Stavradi M. Fatalism and well-being across hispanic cultures: the social fatalism scales (SFS). *Social Indicators Research*. 2015;124(3):929-45.

16. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Fatalism and risk of adolescent depression. *Psychiatry*. 2000; 63(3):239-52.

17. Li PJ, Wong YJ. Beliefs in free will versus determinism: Search for meaning mediates the life scheme-depressive symptom link. *Journal of Humanistic Psychology*. 2020: 0022167820933719.

استفاده شود؛ ۷) واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی به‌عنوان یک برنامه آموزشی استاندارد در حوزه‌های مختلف اعم از مدارس و مراکز مشاوره به کار گرفته شود و ۸) با توجه به اینکه بر اساس نتایج پژوهش حاضر واقعیت‌درمانی گروهی همراه با آموزه‌های اسلامی منجر به بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد افسرده می‌شود؛ درمانگران به‌ویژه متخصصانی که در زمینه افسردگی فعالیت می‌کنند از این روش درمانی در درمان افراد افسرده استفاده کنند.

### قدردانی

از همه مراجعان عزیزی که در تدوین این اثر با مؤلفان همراهی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

### ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مؤلف اول در دانشگاه علامه طباطبایی با عنوان «اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب همراه با آموزه‌های اسلامی بر کاهش جبرگرایی و علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده» است که کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علامه طباطبایی با کد [IR.ATU.REC.1400.035](http://IR.ATU.REC.1400.035) آن را تأیید کرده است.

### حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان انجام شده است.

### تضاد منافع

مؤلفان مقاله تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### مشارکت مؤلفان

نگارش متن مقاله: مؤلف اول؛ راهنمایی در نگارش مقاله و روش کار: مؤلف دوم و مشاوره در تحلیل داده‌ها و بحث پژوهش: مؤلف سوم.

### References

1. Brigitta B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
2. Lépine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*.

18. Zuo B, Zhang X, Wen F-f, Zhao Y. The influence of stressful life events on depression among Chinese university students: Multiple mediating roles of fatalism and core self-evaluations. *Journal of Affective Disorders*. 2020;260:84-90.
19. Zhang JW, Howell RT, Stolarski M. Comparing three methods to measure a balanced time perspective: The relationship between a balanced time perspective and subjective well-being. *Journal of Happiness studies*. 2013;14(1):169-84.
20. Ryff CD, Singer BH, Dienberg Love G. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 2004;359(1449):1383-94.
21. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(4):719.
22. Moore RG, Garland A. *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*: John Wiley & Sons; 2004.
23. Wubbolding RE, Brickell J, Imhof L, Kim RI-z, Lojk L, Al-Rashidi B. Reality therapy: A global perspective. *International Journal for the advancement of counselling*. 2004;26(3):219-28.
24. Wubbolding RE, Casstevens WJ, Fulkerson MH. Using the WDEP system of Reality Therapy to support person-centered treatment planning. *Journal of Counseling & Development*. 2017;95(4):472-7.
25. Shafi Abadi A, Naseri Gh. *Nazariyehaye Ravandarmani va Moshavere*. Tehran: Markaze Nashre Daneshgahi; 2022. (Full Text in Persian)
26. Hook JN, Worthington Jr EL, Davis DE, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*. 2010;66(1):46-72.
27. Murphy PE, Ciarrocchi JW, Piedmont RL, Cheston S, Peyrot M, Fitchett G. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(6):1102.
28. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral psychology*. 2008;56(5):521-32.
29. Hodges S. Mental health, depression, and dimensions of spirituality and religion. *Journal of Adult Development*. 2002;9(2):109-15.
30. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, et al. God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*. 1990;18(6):793-824.
31. Williams V. *Exploring religion and spirituality in psychological therapy*: University of Leicester; 2017.
32. Lojk L, Butorac D, Posavec M, Maras T, Kranželić V, Baković A. Reality therapy training efficiency in helping participants to better their relationships and improve their psychological wellbeing. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 2018; 37(2):111-21.
33. Nemati Sogolitappeh F. Comparison of the effectiveness of training of reality and spirituality on psychological well-being among students. *Journal of Research and Health*. 2018;8(5):473-82. (Full Text in Persian)
34. Mahmoodian L, Zanganeh Motlagh F, Dehstani M. The Effectiveness of "Reality Therapy" on Marital Disaffection and Psychological Welfare of Married Women. *Journal of Health Promotion Management*. 2021;10(4):96-107. (Full Text in Persian)
35. Kamsari F, Ghadami M, Keshavarzafshar H, Ahghar G. Comprehensive the effects of adlerian group counseling and reality therapy grouping on well-being in students of middle school in tehran city. *The Journal Of Psychological Science*. 2021;20(101):691-700. (Full Text in Persian)
36. Arefi M, Ganjooi M. Effectiveness of Reality Therapy Training on Psychological Well-Being of Deaf Students. *Quarterly Journal of Social Work*. 2017;6(1):21-8. (Full Text in Persian)
37. Kim J, Hyun MS. The effects of a reality therapy program for the elderly with depressive disorder. *Journal of East-West Nursing Research*. 2016; 22(2): 96-103.
38. Sedaghat M, Sahebi A, Shahabi Moghaddam S. The Effectiveness of Individualized Reality Therapy on Major Depression Patients with Suicide Attempt History. *Journal of Police Medicine*. 2017;5(5):371-8. (Full Text in Persian)
39. Keshavarz H, Razavi V. The effectiveness of group Reality Therapy on the depression of mothers of primary school students in Yazd city. The fourth national conference on sustainable development in educational sciences and psychology, social and cultural studies: undefined; 2016. (Full Text in Persian)
40. Amiri M, Mohammadian Sherbaf H, Kimiaei A. The effectiveness of group reality therapy approach on the source of control and coping strategies. *Thought and behavior in clinical psychology*. 2012;24. (Full Text in Persian)
41. Zweidawi J, Safarzadeh S. Effectiveness of group reality therapy on social well-being, life expectancy and locus of control in women with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*. 2021;8(6):106-17. (Full Text in Persian)

42. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989; 57(6):1069.

43. Sefidi F, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *Journal of Inflammatory Diseases*. 2012; 16(1):65-71.

44. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36.

45. Jefferson AL, Powers DV, Pope M. Beck depression inventory-II (BDI-II) and the geriatric depression scale (GDS) in older women. *Clinical gerontologist*. 2001;22(3-4):3-12.

46. Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry research*. 2012;197(1-2):163-71.

47. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22(1):189-98. (Full Text in Persian)

48. Gamst G, Meyers LS, Guarino A. *Analysis of variance designs: A conceptual and computational approach with SPSS and SAS*: Cambridge University Press; 2008 .

