

اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد پر خاشگر

سیده مریم مشیریان فراچی^۱، سیدمحمد مهدی مشیریان فراچی^۲، حمیدرضا آقا محمدیان^۳، زهره سپهری شاملو^{۴*}، شعر باف^{۳*}

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
* نویسنده مسئول: حمیدرضا آقا محمدیان شعر باف، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: aghamohammadian@um.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۱۰

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلاتی که در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، پر خاشگری می باشد که بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. یکی از سؤال های اساسی این است که چگونه می توان پر خاشگری را کاهش داد. بر همین اساس، هدف مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی افراد پر خاشگر بود.

روش کار: این مطالعه یک طرح شبه آزمایشی با پیش-پس آزمون دارای گروه کنترل بود. شرکت کنندگان در دو گروه جایگزین شدند، گروه آزمایش ده جلسه واقعیت درمانی دریافت کرد ولی گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه پر خاشگری AQ بودند.

یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که در گروه مداخله کیفیت زندگی افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل دارد و همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون برای متغیرهای ارتباطات اجتماعی و روحی روانی از زیر مقیاس های کیفیت زندگی تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد.

نتیجه گیری: طبق نتایج به دست آمده می توان بیان کرد که واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر روی افراد پر خاشگری، به دلیل تأکیدی بر کنترل درونی، بهبود ارتباطات و ارضا مؤثر نیازها دارد می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی گردد.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، کیفیت زندگی، پر خاشگری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سو تحت تأثیر عوامل زیست شناختی و ژنتیک و از سوی دیگر عوامل موقعیتی و روانشناختی در استقرار آن نقش عمده ای بازی می کنند. بارون و ریچاردسون (۳)، در تعریف پر خاشگری نشان داده اند که، هدف این گونه رفتارها تخریب و آسیب رسانی به یک موجود زنده و اموال اوست. رفتاری که سبب بروز واکنش های دفاعی و اجتنابی از سوی قربانی می شود.

در انسان ها پر خاشگری زمانی رخ می دهد که تعامل بین تکانه و کنترل درونی بر هم بخورد. بدین نحو که تضادهای ناشی از روابط بین فردی و اختلالات ارگانیک یا عصبی با افزایش تولید تکانه ها و عدم ثبات روانی و عدم تأثیر مهار کننده شیمیایی با کاستن از کنترل درونی این تعامل را بر هم زده و موجبات ایجاد پر خاشگری را فراهم می کند (۴). برخی

هیجانان یک ویژگی اساسی در هر مدل روانشناختی ذهن انسان می باشد، همه انسان ها برخوردار از هیجانان هستند (۱). انسان ها احتیاج دارند هیجانان خود را بشناسند و مناسب با موقعیت و شرایط آن را کنترل کنند، در واقع یکی از مهم ترین قابلیت های انسان، توانایی تنظیم و سازگاری هیجان ها مناسب با الزامات موقعیت های خاص می باشد (۲). انسان ها برخوردار از هیجانان متعددی هستند، سه هیجان پایه و اساسی شامل: ناراحتی، ترس و خشم می باشد، عدم کنترل مناسب این هیجانان باعث محدودیت در حالت های شناختی، ادراکی و عملکردی فرد می شود و در صورت عدم تنظیم تبدیل به حالت افراطی می شود، مثلاً عدم کنترل مناسب خشم منجر به رفتار پر خاشگری می شود (۱). پر خاشگری مفهوم بسیار پیچیده ای است. این رفتار از یک

حاکمی از آن است که واقعیت درمانی در درمان بیماران روانی شدید و مزمن دارای سابقه وابستگی به مصرف مواد (۱۲)، کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به PTSD (۱۴)، کاهش اعتیاد و افزایش عزت نفس (۱۵)، بهبود ادراک خود و خودپنداره معتادان و زندانیان (۱۶) انگیزه تغییر، امیدواری و کیفیت زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد (۱۳)، بهبود رفتارهای ناسازگار و کاهش پرخاشگری (۱۷) مؤثر واقع شده است.

با توجه به تحقیقات انجام شده در مهم بودن پدیده پرخاشگری و با توجه به اینکه تقریباً ۲۰ درصد از دانشجویان رفتارهای پرخاشگرانه دارند (۱۸)، و یکی از علل عمده مراجعات دانشجویان به مراکز مشاوره، رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها در روابط بین فردی و تأثیر نامطلوب آن بر تمامی جنبه‌های زندگی می‌باشد و با عنایت به اینکه پژوهشگران در داخل کشور، به مطالعه‌ای در خصوص تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش پرخاشگری و کیفیت زندگی برخوردند لذا پژوهش حاضر به دلیل فراهم آوردن دانش و شناخت لازم در این خصوص و با امید به اینکه نتایج حاصل از تحقیق بتواند در جهت کاهش عوارض روانی پرخاشگری بر کیفیت زندگی رهاکار مناسبی در مداخلات روانشناختی ارائه دهد، حائز اهمیت می‌باشد.

روش کار

این پژوهش در چارچوب یک روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. روش نمونه گیری در دسترس می‌باشد و برای بدست آوردن نمونه مورد نیاز، فراخوانی در دانشکده‌های مختلف دانشگاه فردوسی مشهد جهت انجام این پژوهش اعلام گردید و بر روی افرادی که اعلام آمادگی کرده بودند، پرسشنامه پرخاشگری AQ اجرا شد. افرادی که نمره بدست آمده آنها مساوی یا بالاتر از میانگین پرسشنامه بوده است جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. حجم نمونه ۲۴ نفر بود که به روش تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل: بدست آوردن نمره بالاتر یا مساوی از میانگین در پرسشنامه پرخاشگری AQ، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال. تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. وضعیت اقتصادی در حد متوسط، مجرد و بومی، جنسیت مؤنث. معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری فرد، وقوع حادثه‌ای ناگوار که منجر به مشکلات روانشناختی شود.

در این پژوهش آزمودنی‌ها در دو گروه قرار گرفتند: گروه اول، گروه آزمایش و گروه دوم گروه کنترل بود. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، ۱/۵ ساعته مورد مداخله با واقعیت درمانی گروهی قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل از شروع جلسات درمانی هر دو گروه از نظر متغیر کیفیت زندگی مورد سنجش قرار گرفتند و در پایان جلسات درمانی بعد از ۲ ماه، از هر ۲ گروه مجدداً پس آزمون به عمل آمد. خلاصه‌ای از ساختار جلسات واقعیت درمانی به شیوه گروهی در جدول ۱ آمده است.

از مشکلات جدی اجتماعی، مانند کودک آزاری، همسر آزاری و اشکال مختلف کشمکش بین گروهی به روشنی ریشه در خشم و ناتوانی در مهار برانگیختگی خشم دارد (۵). رفتار پرخاشگرانه در تمامی جنبه‌های زندگی فرد اثر نامطلوب دارد و باعث کاهش سلامت عمومی و همچنین پدیدار شدن مشکلات عمده در مسیر طبیعی زندگی انسان می‌شود، بطوری که در بعضی مواقع تداوم زندگی مطلوب و بهنجار را برای افراد غیر ممکن می‌سازد و باعث بروز مسائل روان شناختی، بین فردی، فرهنگی و اجتماعی، جسمانی و اقتصادی و... می‌شود و بطور کلی بر کل کیفیت زندگی افراد تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (۶).

کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می‌رود. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روانشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران را تأیید کرده‌اند (۷). طیف وسیعی از درمان‌های روان شناختی شامل درمان‌های شناختی رفتاری، مدیریت استرس، پس‌خوراند زیستی، روان درمانی حمایتی، کنترل خشم، بازسازی شناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان اثربخش بوده‌اند (۸). شن و همکاران (۹) مدل‌های پیش آگهی را برای پیش بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران قلبی که برنامه توان بخشی را دنبال می‌کردند، ابداع کردند و به این نتیجه رسیدند که خصوصیت به طور مستقیم روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و به صورت غیر مستقیم روی افسردگی تأثیر می‌گذارد.

باتوجه به اهمیت مقوله پرخاشگری و تأثیر آن بر تمامی جنبه‌های زندگی و کیفیت زندگی افراد در ۳ دهه گذشته تلاش‌های پژوهشگران و درمانگران به معرفی درمان‌های اثر بخش و رهاکارهای مختلفی در جهت کاهش پرخاشگری بوده است. بعضی از تحقیقات تأثیر سودمند اعتقاد به منبع درونی کنترل را روی سازگاری و بهزیستی بیماران و افراد پرخاشگر گزارش کردند (۱۰). اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش پذیرش و حفظ بهزیستی در طول درماندگی و افزایش جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی شده که به طور کلی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (۱۱). واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب به عنوان یک روان‌شناسی کنترل درونی، نقطه مقابل روان‌شناسی کنترل بیرونی است و آموزه اصلی این نظریه این است که ما انسان‌ها بیش از آنچه تصور می‌کنیم بر زندگی خود تسلط داریم ولی متأسفانه بخش زیادی از این کنترل‌ها غیر مؤثر و ناکارآمدند و یاد نگرفته‌ایم که انتخاب‌های مؤثر داشته باشیم. گلاس به عنوان نظریه پرداز این رویکرد معتقد است که رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و کاملاً در مورد مشکلات هیجانی، رفتاری و حتی جسمانی‌مان مسئولیم، به همین دلیل او از افعالی مانند گرفتاری، افسردگی و عصبانیت (گری) برای توصیف مشکلات افراد استفاده می‌کند (۱۲). مهم‌ترین نقطه قوت واقعیت درمانی نسبت به درمان‌ها دیگر تأکید بر کنترل درونی می‌باشد و کاربرد واقعیت درمانی درباره سلامت روانی به عنوان یک عامل پیش گیری و تأکید بر نقاط قوت به جای نقاط ضعف است. اساس فلسفی این رویکرد که دیدی مثبت دارد بر مسئولیت شخصی و علاقه بشری تأکید می‌کند (۱۲).

پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه تئوری انتخاب و واقعیت درمانی مؤثر بودن این درمان را در انواع اختلالات تأیید می‌کند. پژوهش‌ها

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و مقدمه، معرفی و هدف گروه و تعداد جلسات، معرفی اعضا به هم و بیان انتظاراتشان از یکدیگر، بیان قواعد گروه. توضیح نیازهای ژنتیکی، انجام تست نیازها و آشنایی اعضا با نیازهای ژنتیکی‌شان. بررسی اهمیت برآوردن نیازها، توضیح اینکه رفتارهای پرخاشگرانه به عنوان راهی ناکارآمد برای ارضای برخی نیازها است	از اعضا خواسته شد که بر روی یک برگه لیستی از ۳ خواسته مهم خود در زندگی را بنویسند؛ ما چگونه با هم تفاوت داریم و از چه نظری به هم شبیه هستیم؟ اعضا بیان کنند که چگونه نیازهای اساسی‌شان بر آورده می‌شود
دوم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح درباره چگونگی انتخاب رفتارهای ناکارآمد مانند پرخاشگری در برخی موقعیت‌ها و پاسخ به سؤال "چرایی و چگونگی" درمورد گرایش به چنین رفتارهایی.	چه مقدار از آنچه را که اعضا در زندگی خود می‌خواهند هم اکنون از آن برخوردارند؟ و مشخص کردن میزان اهمیت آنها در یک پیوستار ۱ تا ۱۰۰ که چه میزان است
سوم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مؤلفه آن (فکر، عمل، فیزیولوژی و احساس)، آموزش ماشین رفتار در انسان، توضیح پرخاشگری به عنوان یک رفتار کلی.	اعضا باید مؤلفه‌های رفتارهای پرخاشگرانه را توضیح دهند.
چهارم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. کمک به اعضا برای شناخت رفتار و احساس کنونی‌شان، بیان مفهوم کنترل درونی و بیرونی، توضیح رفتار پرخاشگرانه به عنوان یک انتخاب درونی و ارزیابی توانایی کنترل خویشتن و تقویت جنبه‌های مثبت خود. مشخص کردن اینکه چه کسی راننده ماشین رفتارشان است.	آیا رفتار انسان تحت کنترل بیرونی است یا درونی و تهیه فهرستی از رفتارهای تحت کنترل بیرونی و درونی؟ اعضا برای بدست آوردن آنچه که می‌خواهند چه کرده‌اند؟ وقتی چیزی را که می‌خواهند به دست نمی‌آورند چه پیش می‌آید؟
پنجم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توصیف و بیان جهان کیفی و جهان واقعی، راهکارها در خصوص تغییر دنیای کیفی	آیا جاده‌ای که در آن حرکت می‌کردند آنها را به جایی که دوست دارند می‌برد؟ آیا برای رانندگی در جاده زندگی نقشه راه را به همراه دارند؟
ششم	بازخورد از جلسه قبل، توضیح تفاوت بین رفتار کارآمد و ناکارآمد، توضیح مسئولانه بودن و واقع‌گرا بودن در خصوص رفتار کارآمد، آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها.	آیا کارهایی که برای رسیدن خواسته‌هایشان انجام داده‌اند تا حالا مؤثر بوده است؟
هفتم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح اینکه عذر و بهانه راه دستیابی به اهدافمان نیست. آموزش هفت رفتار مخرب و هفت رفتار مؤثر برای ارضا نیازها.	زمانی که برای کاری قول داده‌اند انجام دهند آن را به سرانجام نمی‌رسانند بهانه می‌آورند؟ تصویری که از جهان کیفی‌شان از خود و آنچه که در زندگی می‌خواهند واقع‌گرایانه است؟ راه‌های دیگر برای رسیدن به خواسته چیست؟
هشتم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. مشخص کردن راه‌ها رسیدن به خواسته‌ها از زبان خود اعضا. توضیح در خصوص راه حل کارآمد و ناکارآمد با در نظر گرفتن دو ویژگی واقع‌گرا بودن و مسئولانه بودن.	بررسی این موضوع که آیا راه‌های مشخص شده کارآمد بوده‌اند.
نهم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح در مورد اینکه برای رسیدن به هدف باید برنامه داشت. مشخص کردن برنامه رسیدن به راه حل‌های اعضا. معرفی ویژگی‌های برنامه. طرح و برنامه ریزی باید SMART باشد. (Specific، Measurable، قابل اندازه‌گیری، attainable، قابل دستیابی، Realistic، واقع‌گرایانه، time-framed، زمان مشخص).	نوشتن برنامه به صورت کتبی با ویژگی SMART بودن برنامه
دهم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. آشنایی با مساله تعهد، گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای برنامه، نپذیرفتن عذر و بهانه. آموزش و توضیح هدف در زندگی و لزوم داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به هدف. و تاکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا	

کوتاه این پرسشنامه (WHO - QOLI - BREF) از ۲۶ ماده تشکیل شده است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال (به ترتیب دارای ۷، ۳، ۶ و ۸ سؤال می‌باشد) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران نجات و همکاران

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه پرخاشگری بود. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (۱۹). فرم

یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش، دختران دانشجویی که در گروه کنترل ۷ نفر آن‌ها دانشجوی کارشناسی و ۵ نفر کارشناسی ارشد با میانگین سنی ۲۲/۵۸ (انحراف معیار، ۲/۱۵) بودند. همچنین در گروه آزمایش ۸ نفر دانشجوی کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد با میانگین سنی ۲۲/۰۸ (انحراف معیار، ۲/۱۹) بودند (جدول ۲).

جدول ۳ نشان دهنده شاخص‌های توصیفی مقیاس کیفیت زندگی در گروه کنترل و آزمایش با در نظر گرفتن پیش-پس آزمون است. همانطور که مشاهده می‌کنید میانگین نمره کل کیفیت زندگی در پیش آزمون گروه کنترل ۷۸/۳۳ است و در پس آزمون ۸۰/۰۰ می‌باشد. و میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۷۶/۶۶ و در پس آزمون ۹۰/۲۵ می‌باشد.

(۲۰) این مقیاس را بر روی ۱۱۶۷ نفر نرم کردند. پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را پس از ۲ هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه پرخاشگری در سال ۱۹۹۲ م، پرسشنامه پرخاشگری را آرنولد اچ. باس و مارک پری تدوین کرده‌اند، که چهار جنبه از پرخاشگری را می‌سنجند. AQ حاوی ۲۹ ماده است که ابعاد چهار گانه پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری با نمره کل سؤال‌ها میزان پرخاشگری کلی را می‌سنجد و نمره‌های خرده مقیاس‌های آن تجلی‌های گوناگون پرخاشگری را نشان می‌دهد. اعتبار پرسشنامه پرخاشگری در آلفای کرونباخ ۰/۸۹، بازآزمایی ۰/۷۸، و تنصیف ۰/۷۳ می‌باشد. روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های آن با یکدیگر ۰/۳۷ و محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های آن با کل پرسشنامه ۰/۷۸ است (۲۱).

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیر کیفیت زندگی در پیش آزمون

کنترل	سلامت جسمی	روحي روانی	ارتباطات اجتماعی	محیطی	کیفیت زندگی کل
پیش آزمون	۳/۴۹۳ ± ۲۳/۲۵	۲/۷۴۱ ± ۱۹/۶۶	۱/۵۰۵ ± ۱۰/۲۵	۳/۲۴۲ ± ۲۵/۱۶۶	۶/۸۹۳ ± ۷۸/۳۳
پس آزمون	۳/۶۴۶ ± ۲۳/۷۵	۳/۰۶۰ ± ۲۰/۵۰	۱/۵۰۵ ± ۱۰/۴۱۶	۳/۴۴۶ ± ۲۵/۳۳	۸/۶۳۳ ± ۸۰/۰۰
آزمایش					
پیش آزمون	۲/۸۹۵ ± ۲۴/۲۵	۳/۱۶۲ ± ۱۹/۰۰	۲/۳۰۱ ± ۹/۲۵	۳/۲۱۴ ± ۲۴/۱۶	۷/۷۶۱ ± ۷۶/۶۶
پس آزمون	۳/۰۸۸ ± ۲۴/۹۱	۳/۱۰۷ ± ۲۵/۷۵	۱/۵۵۷ ± ۱۳/۶۶	۳/۳۴۲ ± ۲۵/۹۱	۷/۰۷۲ ± ۹۰/۲۵

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف استاندارد آمده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین‌های مقیاس‌های کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۶	۱۰۵۰/۶۱۸	۳	۰/۰۰۴	-

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی (زیرمقیاس‌ها و کیفیت زندگی کل)

معنی داری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	سلامت جسمی
۰/۵۴۳	۰/۶۰۱	۰/۴۴۰	۱	۰/۴۴۰	روحي روانی
۰/۰۰۰	۲۳/۹۴۳	۱۰۸/۱۲۰	۱	۱۰۸/۱۲۰	ارتباطات اجتماعی
۰/۰۰۰	۶۰/۶۰۰	۵۹/۷۹۸	۱	۵۹/۷۹۸	محیطی
۰/۱۲۸	۲/۶۷۲	۶/۶۳۱	۱	۶/۶۳۱	کیفیت زندگی کلی
۰/۰۰۰	۲۳/۸۶۴	۴۰۱/۷۰۷	۱	۴۰۱/۷۰۷	

نتایج در **جدول ۴** ارائه گردیده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، نتایج پس آزمون برای همه متغیرهای مورد بررسی به جز متغیر سلامت جسمی و قلمرو محیطی، در بین گروه‌های مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای روحی روانی، ارتباطات اجتماعی، کیفیت زندگی کل متفاوت است.

قبل از انجام آزمون کواریانس مفروضات آزمون توسط آزمون لون بررسی شد و نتایج آزمون لون نشان داد مفروضات برای انجام آزمون کواریانس برقرار می‌باشد. در اینجا پیش آزمون بعنوان کوریت در نظر گرفته شده است. نتایج آزمون کواریانس نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون گروه‌ها تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/05$). به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته بین گروه‌ها مورد مطالعه تفاوت وجود دارد از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

علمی از رفتار انسان و بهبود کیفیت زندگی از طریق آموزش تئوری انتخاب و کاربست‌های گوناگون آن در عرصه سلامت و بهزیستی فردی، خانواده و مسائل سازمانی - اداری است (۲۵). مشیران فراخی و همکاران اعتقاد دارند تئوری انتخاب می‌تواند جایگزین روانشناسی کنترل بیرونی و محیط‌گرا نسبت به رفتارهای و افکار شود. مسئولیت پذیری، روابط مطلوب و ارضای اخلاقی نیازها یک عامل اساسی در تأمین رضایت و کیفیت زندگی می‌باشد و می‌تواند باعث سلامت روانی فرد و جامعه شود (۲۶، ۲۷). همانطور که نتایج این پژوهش نیز حاکی از تأثیر واقعیت‌درمانی بر کیفیت زندگی، کیفیت در روابط اجتماعی و روانی فرد بود، اما در کیفیت محیطی و جسمانی اثر معناداری نداشته، بر همین اساس تأکید روانشناسی کنترل درونی بیشتر آشکار می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های پژوهش که با در نظر گرفتن واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب شده بود، طی ده جلسه درمان، بر کیفیت زندگی اثر معناداری داشته و موجب افزایش آن شده است. معمولاً هر پژوهشی با توجه به شرایط و امکاناتی که در آن اجرا شده است، دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند گستره تعمیم پذیری آن به کل جامعه مورد نظر را کاهش دهد. پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را تا حدودی کاهش دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد: حجم کم نمونه، تک جنسیتی بودن افراد مورد بررسی، نبودن پیگیری در متغیر پژوهش.

نتایج این پژوهش می‌تواند مورد توجه درمانگران و متخصصین تعلیم و تربیت قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، آموزش گروهی تئوری انتخاب بر نمونه وسیع‌تری از افراد پرخاشگر غیر دانشجوی، جنسیت مذکر در جهت افزایش کیفیت زندگی والدین افراد پرخاشگر مد نظر قرار بگیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. این پژوهش هیچگونه حمایت مالی از سازمان‌ها نداشته است و تماماً با هزینه شخصی صورت گرفته است. از کلیه عزیزانی که بعنوان داوطلب در پژوهش شرکت داشته‌اند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله ندارند.

References

- Gross JJ, Barrett LF. Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emot Rev.* 2011;3(1):8-16. DOI: [10.1177/1754073910380974](https://doi.org/10.1177/1754073910380974) PMID: [21479078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21479078/)
- Berger Kathleen S. The develop minting childhood and adolescence. 7th ed. USA: Worth publisher; 2006.
- Baron RA, Richardson DR. Human Aggression. New York: Plenum Press; 1994.

نتایج به دست آمده از این پژوهش فرضیه پژوهش را مبتنی بر اینکه آموزش تئوری انتخاب به شیوه گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود را تأیید کرده است و نشان داد که نتایج همسو با نتایج، صادقی و همکاران (۵)، حسینیان و همکاران (۲۲) و حکم‌آبادی (۱۳) بوده است و با نتایج رحیمی نیت (۱۸) ناهمسو می‌باشد. نتیجه پژوهش کیم (۱۶) نشان داد که از طرفی ارضای نیازهای بنیادین گلاسر، موجب افزایش سازگاری اجتماعی می‌شود و از طرف دیگر ماجد و همکاران معتقدند (۲۳) که پژوهش‌های انجام شده در سال‌های اخیر، تأمین این نیازها را راهی برای بهبود کیفیت زندگی می‌دانند. به عنوان مثال، حکم‌آبادی (۱۳) در پژوهش خود نشان داد واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی شود، که این مطالعه با نتایج حکم‌آبادی همسو است. از طرفی مطالعه حسن زاده، تولیتی، حسینی و داودی (۲۴) نشان دادند منبع کنترل دونی با بهداشت و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد. بر همین اساس می‌توان گفت آموزش و مداخلات با رویکرد روانشناسی کنترل درونی مثل تئوری انتخاب می‌تواند افزایش دهنده کیفیت زندگی باشد.

طی سال‌های اخیر در تحقیقات حوزه بهداشتی به طور فزاینده‌ای از کیفیت زندگی به عنوان معیار تأثیر برنامه‌های بهداشتی استفاده می‌گردد به طوری که امروزه یکی از اهداف برنامه‌های مراقبت، بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (۲۰). باتوجه به نفوذ روزافزون رفتار پرخاشگری در زندگی اجتماعی مردم و به استثناء تأثیر نامطلوب این گونه رفتارها بر سلامت عمومی و مشکلات عمده‌ای که در سیر طبیعی زندگی انسان ایجاد می‌کند، بطوری که در بعضی مواقع تداوم زندگی مطلوب و بهنجار را برای افراد غیر ممکن می‌سازد و باعث بروز مسائل روان‌شناختی، بین فردی، فرهنگی و اجتماعی، جسمانی و اقتصادی و... می‌شود و بطور کلی بر کل کیفیت زندگی افراد تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (۶).

استفاده از نظریه انتخاب، به عنوان مداخله‌ای که می‌تواند باعث افزایش کنترل درونی و مسئولیت پذیری شود و افراد بتوانند به گونه مؤثر نیازهای خود را ارضا کنند به طوری که به نیازهای دیگران آسیب وارد نشود، نه تنها می‌تواند باعث کاهش مشکلات سازگاری مانند پرخاشگری شود بلکه تأثیری گسترده بر جنبه‌های مختلف زندگی دارد و می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش پذیرش و حفظ بهزیستی در طول درماندگی و افزایش جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی شده که به طور کلی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (۱۱). از رسالت‌های اساسی تئوری انتخاب هم به عنوان روانشناسی کنترل درونی به دست دادن فهمی درست و

- Sadok B, Sadok V. [Summary of Clinical Psychiatry and Behavioral Sciences translated by Rezaee F.]. Tehran: Arjmand Publications; 2007.
- Sadeghi A, Ahmadi SA, Abed M. [Effectiveness of a group anger management training, rational manner - behavior - emotional, reducing aggression]. *J Psychol.* 2002;6(1):62-56.

6. Rudic G. Cognitive outcomes and predictive factors in neurological disorders. *J Neurol*. 2001;5:41-21.
7. Lash JP, Wang X, Greene T, Gadegbeku CA, Hall Y, Jones K, et al. Quality of life in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension: effects of blood pressure management. *Am J Kidney Dis*. 2006;47(6):956-64. DOI: [10.1053/j.ajkd.2006.02.175](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.02.175) PMID: [16731290](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16731290/)
8. Davison GC, Neal JM, Kring AM. [Abnormal psychology Translated by Dehestani M.]. Tehran Virayesh; 2004. p. 293-304.
9. Shen BJ, Myers HF, McCreary CP. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality-of-life outcomes. *J Psychosom Res*. 2006;60(1):3-11. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2005.06.069](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.069) PMID: [16380304](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16380304/)
10. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse*. 2005;40(12):1765-76. PMID: [16419555](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16419555/)
11. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques. USA: John Wiley & Sons; 2015.
12. Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychol*. 1993;12(1):16-23. PMID: [8462494](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8462494/)
13. Hokmabadi MA. [Effectiveness of grouply new reality therapy based on choice theory on motivation for change, Hopefulness and quality of life in substance abusers]. Semnan Semnan University; 2013.
14. Prenzlau S. Using Reality Therapy to Reduce PTSD-Related Symptoms. *Int J Real Ther*. 2006;25(2).
15. Kim JU. The Effect of a R/T Group Counseling Program on The in Trent Addiction Level and Self-esteem of Internet Addiction university students. *Int J Real Ther*. 2008.
16. Kim KH. The Effect of a Reality Program on the Responsibility for Elementary School Children in Korea. *Int J Real Ther*. 2002;22(1).
17. Shillingford M, Edwards OW. Application of Choice Theory with a Student Whose Parent is Incarcerated: A Qualitative Case Study. *Int J Real Ther*. 2008;28(1).
18. Rahimi Niyat M. [The effects of reality therapy in reducing depression and improving quality of life for orphaned adolescents in Mashhad]. Ferdowsi: Ferdowsi University; 2013.
19. World health organization. WHO – QOL – GRUP What is quality of life? 1998;17:354 – 6.
20. Nejat S, Abdolapoor A, Salimi Y, Shoostari Z. [Quality of life and its influencing factors in Bukan city government staff]. *Urmia Med J*. 2010;8:40-56.
21. Mohammadi N. [A preliminary study of psychometric questionnaires aggressive bass – Perry]. *J Human Soci Sci Shiraz Univ*. 2006;25(4).
22. Hoseynian S, Tabatabae SH, Razaee F. [The effectiveness of supportive psychotherapy detoxified addicted to improve the quality of life]. *J Psychol Res*. 2010;2(7):50-61.
23. Majeed Z, van Wijngaarden E, Dolan JG, Shah KN. Depression partially mediated the relationship between basic psychological needs and quality of life among people living with HIV. *AIDS Care*. 2017:1-5. DOI: [10.1080/09540121.2017.1300627](https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1300627) PMID: [28278562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28278562/)
24. Hassanzadeh R, Toliati M, Hosseini H, Davari F. Relationship between health locus of control and health behaviors. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2006;12(3):277-81.
25. Glasser V. [Reality Therapy Translate by Sahebi A.]. Tehran: Saye sokhan; 2012.
26. Moshirian Farahi SMM, Asghari Ebrahimabad MJ, Moshirian Farahi SM, Hokm Abadi ME. [Choice theory and effective learning]. *Int J Psychol Behav Res*. 2014;1(4):325-8.
27. Moshirian Farahi SMM, editor [Morality education based on Glasser's choice theory]. The fifth national conference on religious education philosophy and moral; 2014; Kerman, Iran.

The Effectiveness of Group Reality Therapy Based on Choice Theory on Quality of Life in People with Aggression

Seyedeh Maryam Moshirian Farahi ¹, Seyed Mohammad Mahdi Moshirian Farahi ², Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf ^{3,*}, Zohreh Sepehri Shamloo ⁴

¹ PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

² MSc Student of General Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³ Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

* **Corresponding author:** Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf, Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: aghamohammadian@um.ac.ir

Received: 01 Nov 2015

Accepted: 29 Jan 2017

Abstract

Introduction: One problem that has recently gained growing attention in the society is aggression, as it can significantly affect the quality of life. In this regard, a major concern is how to curb aggression. Accordingly, the primary goal of this study was to investigate the effectiveness of group reality therapy based on choice theory on quality of life in aggressive people.

Methods: It was a quasi-experimental study with a pre/post-test design and a control group. Participants were assigned to two groups. The experimental group had 10 sessions of reality therapy, while the control group did not receive any instruction in this regard. The main research instruments were quality of life inventory and aggression questionnaire (AQ).

Results: The results of data analysis showed a significant increase in the quality of life of subjects in the intervention group compared to the control group. In addition, the results of ANCOVA showed that controlling the pre-test and post-test results for variables of social and psychological communication as subscales of quality of life, made a significant difference between the two groups.

Conclusions: According to the results, it could be concluded that group reality therapy, due to its emphasis on internal locus of control, improved communication and effective satisfaction of needs, which can enhance quality of life in people with aggression.

Keywords: Reality Therapy; Quality of Life; Aggression