مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی

امیر قربان‌پور لفمجانی[1]، سجاد رضائی[2]، فروغ پورمحمدی[3]

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
۳. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، قائن، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۵۶۵-۵۴۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی در زوجین انجام شد. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زوج‌های متأهل مراجعه‌کننده به مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده آموزش‌وپرورش شهر مشهد بودند که از بین آن‌ها ۲۴ زوج انتخاب شدند و پس از پاسخ به مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۲۰۰۰) و شاخص بی‌ثباتی ازدواج ادواردز، جانسون و بوث (۱۹۸۰) در دو گروه کنترل (n=۱۲) و آزمایش (n=۱۲) به‌طورتصادفی گمارش شدند. سپس گروه آزمایش در جلسات آموزشی شرکت داده شد. داده‌های به‌دست‌آمده از طریق کوواریانس تک متغیره، با نرم‌افزار SPSS پردازش شدند. نتایج نشان داد آموزش گروهی واقعیت درمانی میزان صمیمیت زوجین را افزایش (P<۰/۰۰۰۱) و از میزان بی‌ثباتی ازدواج (تمایل به طلاق) در آن‌ها کاسته (P<۰/۰۰۰۱) است. لذا با توجه به این یافته‌ها می‌توان انتظار داشت با اجرای این مداخله در مراکز مشاوره زوجین و دادگاه‌های خانواده شاهد افزایش صمیمت زناشویی و کاهش میل به طلاق و درنتیجه تحکیم و انسجام بیشتر ساختار خانواده باشیم.

کلیدواژه: واقعیت درمانی، صمیمیت زناشویی، بی‌ثباتی ازدواج، طلاق.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

ازدواج به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین روابط انسانی تعریف‌شده است زیرا ساختار اولیه برای ایجاد روابط خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌کند. افراد وقتی ازدواج می‌کنند شادتر و سالم‌تر هستند. درعین‌حال آمارها نشان می‌دهند که رضایت زناشویی به‌راحتی به دست نمی‌آید (روزن-گراندون[1] و همکاران به نقل از فلورز[2]، ۲۰۰۸). تقریباهمه‌ی زوجینی که ازدواج می‌کنند در ابتدای زندگی‌شان سطح بالایی از رضایت زناشویی[3] را گزارش می‌کنند. بااین‌وجود رضایت از رابطه در طی زمان و در میان خیلی از زوجین کاهش می‌یابد (برادبری، ۱۹۹۸؛ به نقل از هالفورد[4]، ۱۳۸۷). امروزه میزان زیادی از نابهنجارهای روان‌شناختی و مشکلات بهداشت روانی ناشی از ارتباط‌های مختل، تعارض‌ها و کشمکش‌های درون خانواده و ناتوانی در حل مسائل خانوادگی است (خمسه، ۱۳۸۷). معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی[5] طلاق است (هالفورد، ۱۳۸۷). خانوادهٔ ایرانی نیز در چند دههٔ اخیر به نظر می‌رسد که با جابه‌جایی نقش و گاه با اغتشاش نقش مواجه بوده است. عدم برخورداری خانواده‌ها از مهارت‌های لازم منجر به مشکلات و درنتیجه طلاق می‌گردد (عامری، ۱۳۸۲). زوجین قبل از اینکه در مسیر طلاق و فسخ رابطه زناشویی قرار بگیرند دچار بی‌ثباتی در ازدواج می‌شوند و طلاق آخرین مرحله از این چرخه محسوب می‌شود. لذا انجام تحقیقات مختلف پیرامون رضایت زناشویی و ثبات ازدواج به‌منظور طراحی مداخلات درمانی پیرامون ازدواج یک گام ضروری است (گاتمن، کون، کرر و سوانسون[6]، ۱۹۹۸). ازدواج‌های با ثبات، آن‌هایی‌اند که زوجین در آن طرحی برای طلاق ندارند. وقتی صحبت از ثبات زناشویی می‌شود منظور یک رابطهٔ دونفره است. در مقابل بی‌ثباتی ازدواج به‌عنوان حالتی که در آن زوجین به طلاق تمایل دارند تعریف می‌شود که مشخصهٔ آن افکار و اقداماتی است که نتیجه‌اش جدایی و فسخ رابطهٔ زناشویی است (اوسوروه[7] و همکاران، ۲۰۱۰). بوث و همکاران (۱۹۸۳) بی‌ثباتی ازدواج را این‌گونه تعریف کردند: حالات شناختی، عاطفی که در کنار اقداماتی عملی به‌منظور پایان دادن به رابطه انجام می‌شوند و زوجین به حالتی رسیده‌اند که دیگر مثل گذشته یک زوج نیستند و این رابطهٔ دونفره ازهم‌پاشیده شده است. درواقع زوجین به جدایی و طلاق می‌اندیشند و کارهایی را برای عملی کردن این فکر انجام می‌دهند (به نقل از یه[8] و همکاران، ۲۰۰۶).

سازه‌های مختلفی ازجمله متغیرهای جمعیت شناختی (مذهب، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، نژاد، سن و...)، مشکلات اقتصادی، انتقال‌های بین نسلی (طلاق والدینی)، روابط جنسی قبل ازدواج، داشتن فرزند از روابط قبلی، تعاملات مثبت و شبکه‌های حمایت اجتماعی با ثبات زناشویی ارتباط دارند (هارمن[9]، ۲۰۰۵). بی‌ثباتی ازدواج یک پدیدهٔ جهانی است و عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کند. یافته‌ها نشان داد که عوامل مالی، مذهبی، جنسی، خانوادگی، رفتاری و اجتماعی ثبات یا بی‌ثباتی ازدواج را متأثر

1. Rozen-Grandon
2. Flores
3. Marital Satisfaction
4. Halford
5. Marital Distress
6. Gottman, Coan, Carrere & Swanson
7. Usoroh
8. Yeh
9. Harman

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

می‌سازد (مسیور و دیمکپا[1]، ۲۰۱۲). تحقیقات مستندی نشان داده‌اند که ثبات زناشویی اثرات خوبی بر بهزیستی و سلامت روان‌شناختی زوجین دارد. بین رضایت زناشویی و ثبات زناشویی رابطه وجود دارد (مارگلیش[2] و همکاران، ۲۰۱۷).

ازجمله عواملی که می‌تواند زمینه‌ساز بی‌ثباتی ازدواج و نهایتاً طلاق زوجین باشد فقدان صمیمیت است زیرا همان‌طور که تحقیقات نشان داده‌اند تعاملات رفتاری منفی (هارمن، ۲۰۰۵) و ابراز عواطف منفی (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۸) ازجمله عوامل مؤثر بر بی‌ثباتی ازدواج است که هر دوی این موارد جزء مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی‌اند. یافتن یک معشوق و داشتن یک رابطهٔ پردوام صمیمی با او یکی از اهداف مهم هر انسان است. بر اساس نظریهٔ عشق استرنبرگ[3] (۱۹۸۶)، عشق تشکیل‌شده از صمیمیت، تعهد و شور و شهوت (کسلر[4]، ۲۰۱۵). فقدان صمیمیت و اجتناب از نشان دادن روابط صمیمانه در زندگی زناشویی، منجر به اضمحلال زندگی خانوادگی خواهد شد (زارعی و همکاران، ۲۰۱۷). صمیمیت یکی از متغیرهای کلیدی پیش‌بینی کنندهٔ تعارضات و رضایتمندی زناشویی است (پاتریک[5] و همکاران، ۲۰۰۷). صمیمیت عاطفی زوجین، در کنار صمیمیت جنسی، اثرگذاری مثبت و چشمگیری بر رضایت زناشویی زوجین دارد (دندورانت[6]، ۲۰۱۳). تعاملات منفی در قالب مقابله‌به‌مثل‌های منفی، کمبود صمیمیت و فعالیت‌های مثبت مشترک، ارتباطات و حل تعارض ضعیف، ایفای نقش‌های نامناسب و عدم رضایتمندی جنسی ازجمله ویژگی‌های زوجین آشفته و مشکل‌دار است (هالفورد، ۱۳۸۷). اگرچه تعاریف متعددی پیرامون صمیمیت وجود دارد اما بیشتر آن‌ها روی وابستگی متقابل رفتاری، ارضای نیازها و دلبستگی عاطفی زوجین به یکدیگر تأکید می‌کنند؛ بنابراین زوجینی که بر ارتقای قابلیت‌های خود جهت ارضای نیازهای یکدیگر و انجام کارهای مشترک تمرکز می‌کنند، زوجین صمیمی‌ای خواهند بود (یانگ[7] و همکاران، ۲۰۰۹). وندن بروک[8] و همکاران (۱۹۹۵) یک مدل چندوجهی از صمیمیت را ارائه کردند که بر آن اساس، صمیمیت ۶ بعد دارد. دو بعد آن به سطح فردی (اصالت و گشودگی)، سه بعد آن به رابطهٔ بین زوج (اتکاء به هم ازنظر شناختی، عاطفی و انجام امور) و یک بعد آن‌هم به سطح شبکه یا گروه اجتماعی (منحصربه‌فرد بودن روابط اجتماعی) برمی‌گردد. همچنین تحقیق نشان داد که میزان صمیمیت زناشویی و خودافشایی در رابطه تعیین‌کنندهٔ رضایت زناشویی است (مروس–اوکین[9] و همکاران، ۱۹۹۱). جنبه‌های جنسی و عاطفی صمیمیت زناشویی، در روابط عاشقانه، جزء همبسته‌های مهم رضایت زناشویی است (یوو[10] و همکاران، ۲۰۱۴). صمیمیت زناشویی وقتی حاصل می‌شود که همسران ایده‌ها، عواطف و خواسته‌هایشان را با یکدیگر مطرح کنند. صمیمیت زناشویی یک نیاز انسانی است. درواقع صمیمیت، تعاملی است از ابعاد درونی ارتباطات عاطفی، فکری، روحی، جنسی، جسمی، معنوی، زیبایی‌شناختی و

1. Maciver & Dimkpa
2. Margelisch
3. Sternberg
4. Kessler
5. Patrick
6. Dandurand
7. Young
8. Van den Broucke
9. Merves-Okin
10. Yoo

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

اجتماعی (پاشا[1] و همکاران، ۲۰۱۷). بهبود و ارتقای مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، خودافشایی و مهارت‌های پاسخ‌دهی همدلانه و آموزش روابط جنسی و استفاده از رویکردهای مشاوره‌ای در قالب بافت فرهنگی و مذهبی یک اجتماع ازجمله شیوه‌های ارتقای صمیمیت زوجین محسوب می‌شود (کاردان سورکی[2] و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به افزایش آمار طلاق در کشور و نقش مهم صمیمیت زناشویی در افزایش رضایتمندی جنسی زوجین (رضایی فر و همکاران، ۱۳۹۷) و رضایت زناشویی آن‌ها (دندورانت، ۲۰۱۳) و فقدان صمیمیت در ایجاد دل‌زدگی زناشویی (خدادادی سنگده و همکاران، ۱۳۹۴) و خیانت زناشویی (روکاخ، فیلیبرت-لیگنیرس[3]، ۲۰۱۵) که ارتباط مستقیمی با بی‌ثباتی ازدواج[4] و نهایتاً طلاق دارند ضروری است تا برنامه‌های آموزشی مؤثر بر افزایش صمیمیت در زوجین و کاهش بی‌ثباتی ازدواج مورد توجه قرار گیرد تا با تمرکز بر عوامل کلیدی مؤثر بر سازگاری و رضایت مندی زوجین، نارضایتی‌ها و صمیمیت‌های ازدست‌رفتهٔ زوجین ترمیم شود و با توانمند شدن و غنی شدن رابطهٔ آن‌ها، از احتمال طلاق زوجین کاسته شود و بر ثبات رابطه و ازدواجشان افزوده شود. بسیاری از زوجین وقتی در وضعیت بی‌ثباتی زندگی زناشویی و تعارض و آشفتگی قرار می‌گیرند، به این جمع‌بندی می‌رسند که رویدادهای زندگی مهارنشدنی، مبهم و غیرقابل‌پیش‌بینی و خارج از کنترل هستند (سالاری‌فر، پوراعتماد، ۱۳۹۰). لذا برای تغییر وضعیت کار خاصی انجام نمی‌دهند زیرا معتقدند که کاری از دست شان برنمی‌آید و یا اینکه عوامل اثرگذار بر رابطه‌شان، در دست آن‌ها نیست. همچنین برخی از زوجین با این استدلال که مشکلات زندگی‌شان به‌طرف مقابل برمی‌گردد و ریشهٔ این مشکلات نیز شخصیتی و غیرقابل تغییر است برای احیای رابطه کاری انجام نمی‌دهند و مسئولیت تغییر رابطه را بر دوش طرف مقابل می‌اندازند. یکی از رویکردهایی که این باور را به چالش می‌کشد نظریهٔ واقعیت درمانی است که بعدها به نظریهٔ انتخاب تغییر نام یافت. این رویکرد ازجمله شیوه‌هایی است که به شکل گروهی نیز اجرا می‌شود (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۶) و معتقد است که افراد بر رفتارهای خودکنترل دارند و لذا مسئول تغییر رفتار خود هستند. این خود افراد هستند که با انتخاب رفتاری که منتهی به رفع نیاز آن‌ها می‌شود مسئول تغییر رفتار خود قلمداد می‌شوند. همچنین همان‌طور که در مطالب بالاآمده است صمیمیت و ارتباط مؤثر و محترمانه نقش قابل‌توجهی در پیشگیری از بی‌ثباتی و طلاق زوجین دارد و ازجمله مؤلفه‌های ضروری برای ایجاد صمیمیت و ارتباط مؤثر، توجه به نیازها و رفع آن‌هاست (یانگ و همکاران، ۲۰۰۹) که این مقوله نیز در نظریهٔ انتخاب به‌خوبی مورد توجه قرارگرفته است.

این رویکرد معتقد است که انسان‌ها به‌صورت لوح سفید به دنیا نیامده‌اند که نیروهای پیرامونی آن‌ها را صاحب انگیزه کنند و برانگیزانند. انسان‌ها با پنج نیاز ژنتیکی به دنیا می‌آیند که عبارت‌اند از بقاء، عشق و تعلق، قدرت یا پیشرفت، آزادی یا استقلال و تفریح. این نظریه معتقد است که نیاز به محبت کردن و متعلق بودن، نیاز نخستین است زیرا انسان برای ارضا کردن سایر نیازها به افراد دیگر محتاج است. وقتی‌که انسان احساس بدی دارد یک یا چند تا از این پنج نیاز ارضاء نشده‌اند. اگر افراد در سنین اولیه یاد

[1]. Pasha
[2]. Kardan-Souraki
[3]. Rokach & Philibert-Lignières
[4]. Marriage Instability

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

بگیرند که چگونه نیازهای خود را به‌صورت سالم و مسئولانه ارضاء کنند، آن‌وقت در موضع بهتری برای ایجاد روابط قوی قرار می‌گیرند. شکست در ارضای این پنج نیاز به تضاد و درد منجر می‌شود (کوری[1]، ۲۰۰۹). اکثر مشکلات روانی، محصول عدم ارضای نیازها می‌باشد (شارف[2]، ۲۰۱۲). بر اساس این نظریه، شخصیت انسان تا حدودی هنگام تولد تعیین می‌شود. نیازهای پنجگانهٔ اولیه به آن چیزی منجر می‌شوند که در این نظریه رفتار کلی نام نهاده شده است. این نظریه معتقد است که مردم می‌توانند نحوهٔ عمل و تفکر خود را کنترل کنند که بر چگونگی احساس آن‌ها اثر می‌گذارد (نوابی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). چون رفتار گذشتهٔ فرد را نمی‌توان تغییر داد باید بر رفتار فعلی او تمرکز نمود. در این رویکرد بر رفتار مراجع بیش از هیجان‌ها، احساس‌ها و نگرش‌های او تأکید می‌شود؛ زیرا کنترل‌کردن رفتار فرد، ساده‌تر و عملی‌تر از کنترل‌کردن هیجان‌ها، احساس‌ها و نگرش‌های اوست (ساعتچی، ۱۳۸۳). تمامی کارهایی که انسان از لحظه‌ی تولد تا مرگ انجام می‌دهد با چند مورد استثناء، انتخاب‌شده‌اند. همیشه هر رفتار کاملی (کلی) نهایت تلاش انسان برای به دست آوردن چیزی است که می‌خواهد با آن نیازهای خود را ارضاء نماید. رفتار کامل به فرد می‌آموزد که تمامی رفتارها از چهارعنصر جدانشدنی تشکیل می‌شوند که عبارت‌اند از عمل کردن، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی. رفتارهای فرد از درون سرچشمه می‌گیرند بنابراین انسان سرنوشت خود را انتخاب می‌کند. اگر انسان تمام‌کارهایی را که انجام می‌دهد انتخاب می‌کند پس باید مسئول آنچه انتخاب می‌کند نیز باشد. نظریه واقعیت درمانی روی مسئولیتِ انتخاب کردن تمرکز می‌کند (کوری، ۲۰۰۹). مردم بر روی رفتار خودشان کنترل دارند پس مسئول هستند؛ بنابراین تأکید این رویکرد بر رفتار است و بر نگرش، بینش، احساسات، گذشته و انگیزش‌های ناهشیار تأکید نمی‌کند. واقعیت درمانگران معتقدند که افراد مسئول زندگی خود و کنترل اعمال، احساسات و افکار خود هستند (نوابی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). آن‌ها دیدگاه جبری را درباره‌ی انسان مردود می‌شمارند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی‌دانند؛ اما درعین‌حال به تأثیر محیط و وراثت روی فرد اعتقاددارند. چون مسئولیت اعمال و رفتارهای فرد را به عهده خویش می‌دانند ازاین‌روی فرد درنهایت مسئول تحقق نفس خویش و تعیین‌کننده نوع هویتش می‌دانند (شفیع‌آبادی، ناصری، ۱۳۸۳).

هدف درمان این است که شخص رفتار مسئولانه‌ای داشته باشد. معنی مسئولانه عمل کردن آن است که شخص نیازهای خود را ارضاء کند و این اقدام را به شیوه‌ای انجام دهد که دیگران را از ارضای نیازهایشان محروم نکند. فرد مسئول می‌داند از زندگی چه می‌خواهد و برای ارضای نیازهای خود و دستیابی به هدف‌هایش، برنامه‌ای مسئولانه تهیه و اجرا می‌کند (ساعتچی، ۱۳۸۳). این نظریه مسئولیت را به‌عنوان توانایی فرد برای تأمین نیازهایش تعریف می‌کند. واقعیت درمانگران مسئولیت را معادل سلامت روانی می‌دانند (شیلینگ[3]، ۱۳۸۳).

این نظریه معتقد است که انسان‌ها نیازهایشان را مستقیم ارضاء نمی‌کنند. آنچه انسان انجام می‌دهد این است که هر کاری را که انجام می‌دهد و باعث می‌شود احساس خیلی خوبی داشته باشد را حفظ می‌کند. انسان این دانش را در محل خاصی از مغزش ذخیره

[1]. Corey
[2]. Sharf
[3]. Shilling

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

می‌کند که دنیای کیفی نامیده می‌شود. این دنیای کیفی در کانون زندگی انسان قرار دارد. این دنیای ذهنی، جایی است که انسان‌دوست دارد درصورتی‌که بتواند در آن زندگی کند. این دنیا مبتنی بر نیازهای افراد است (کوری، ۲۰۰۹). دنیای کیفی، دیدگاه فرد در مورد دنیایی است که همه نیازهای فرد در آن ارضاء شده است. تضاد بین دنیای کیفی و واقعیت، باعث ایجاد مشکل برای فرد می‌شود (نوابی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). انسان‌ها به‌هیچ‌وجه در دنیای واقعی زندگی نمی‌کنند بلکه ادراک‌هایی از واقعیت دارند. انسان‌ها نمی‌توانند واقعیت را بشناسند. ادراکات مردم از واقعیت باهم فرق دارد. لذا ما می‌توانیم پیرامون ادراکاتمان از واقعیت باهم بحث کنیم و نه خود واقعیت. رفتار انسان را ادراکات وی از واقعیت رقم می‌زنند (شارف، ۲۰۱۲). این رویکرد معتقد است که عمل مغز آن است که ادراک‌هایی را در رابطه با آنچه از محیط خواسته می‌شود حاصل کند. به‌بیان‌دیگر آدمی آنچه را ادراک می‌کند و نه آنچه را که درواقع وجود دارد و انجام می‌دهد کنترل می‌کند (ساعتچی، ۱۳۸۳). برای اینکه فرد احساس ارزشمندی کند باید یاد بگیرد رفتاری مثبت، خوشایند و مطابق با معیارهای پذیرفته‌شده از خود نشان دهد و باید یاد بگیرد هنگامی‌که رفتارش نادرست است خود را ارزیابی کند و هنگامی‌که رفتارش درست است به خود افتخار کند (یائو[1] و همکاران، ۲۰۱۷). اگر افراد رفتار خود را ارزیابی نکنند، زمانی هم که پائین تر از حد معیار خود یا آنچه انتظار می‌رود رفتار کنند، به دنبال بهبود رفتار نخواهند بود؛ بنابراین نیاز به ارزشمند بودن در انسان برآورده نخواهد شد و همانند زمانی که در مراودهٔ عشق و محبت ناکام شود، دچار رنج خواهیم شد. اخلاقیات، معیارها، ارزش‌ها یا انجام رفتار درست و نادرست شرط لازم و اصلی برآورده شدن نیاز مربوط به احساس ارزشمندی است و در واقعیت درمانی نیز توجه به این موضوع ضروری است (توسلی و همکاران، ۱۳۹۷).

در سال‌های اخیر تحقیقات مختلفی اثربخشی این شیوه را در حیطه‌های مرتبط با خانواده و ازدواج مورد بررسی قرار داده‌اند. به‌عنوان‌مثال زارعی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مشاورهٔ گروهی به شیوهٔ نظریهٔ انتخاب، باعث افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل می‌شود. دیزجامی و خرامین (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان دادند که واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی زنان اثربخش است. نادری و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که رویکرد گلاسر بر کیفیت زندگی و تعارضات زناشویی همسران افراد معتاد اثربخش است. عباسی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که نظریهٔ انتخاب گلاسر بر تعهد اجتماعی زوجین اثرگذار است.

نگاهی به تحقیقات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که اگرچه اثربخشی نظریهٔ انتخاب گلاسر در رابطه با متغیرهای مختلف مرتبط با ازدواج و خانواده سنجیده شده اما تحقیقات اندکی در زمینه صمیمیت زوجین انجام‌شده است و بیشتر تحقیقات روی زنان به‌تنهایی انجام‌شده است. به‌عنوان‌مثال یک تحقیق توسط زارعی و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی این رویکرد را روی صمیمیت زناشویی زنان متأهل و تحقیق دیگر توسط رجامند و خسروی (۲۰۱۷) اثربخشی این رویکرد را بر مهارت‌های حل مسأله و صمیمیت زناشویی زوجین اصفهان بررسی کرده است. از طرف دیگر با توجه به اهمیت مقولهٔ ثبات در ازدواج و نقش بی‌ثباتی در میزان طلاق زوجین، بررسی ها نشان داد که تنها یک کار مقایسه‌ای توسط نظری و همکاران (۱۳۸۹) در مورد رابطهٔ سبک‌های دلبستگی با بی‌ثباتی ازدواج

[1]. Yao

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

در زنان و مردان متأهل در ایران انجام‌شده است و علیرغم کارآمدی این رویکرد که در تحقیقات گذشته نیز به آن اشاره‌شده هیچ تحقیقی تأثیر واقعیت درمانی را روی بی‌ثباتی ازدواج بررسی نکرده است. به همین دلیل تحقیق حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گلاسر بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی انجام‌شده است.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده آموزش‌وپرورش شهر مشهد بودند که در پائیز و زمستان سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ جهت مشاوره به این مراکز مراجعه کرده‌اند. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۲۴ زوج از تمامی زوجینی بودند که برای مشاوره به کلینیک راهنمایی و مشاوره خانواده (پیوند) مشهد مراجعه نموده‌اند و به شیوه در دسترس انتخاب شدند.

ابتدا از طریق نصب اطلاعیه در مرکز مشاوره پیوند مشهد، تشکیل جلسات آموزشی بر اساس نظریه انتخاب برای افزایش صمیمیت زوجین و کاهش طلاق به اطلاع مراجعان رسانده شد. سپس از بین زوجین مراجعه‌کننده به مرکز، از آن‌هایی که تمایل به شرکت در جلسات مداخله را داشتند، ثبت‌نام به عمل آمد. از بین افراد ثبت‌نام کننده ۲۴ زوج واجد معیارهای ذیل تشخیص داده شدند و به شیوهٔ تصادفی به دو گروه کنترل (n=۱۲) و آزمایش (n=۱۲) تقسیم شدند. تلاش شد این دو گروه به لحاظ سن، مقطع تحصیلی، طول مدت ازدواج تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای نداشته و همتا باشند. معیارهای ورود در پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداقل دو سال از ازدواجشان گذشته باشد،۲- سابقه طلاق نداشته باشند ۳- اختلال روان‌پزشکی جدی نداشته باشد (بر اساس مصاحبه بالینی انجام‌شده توسط روان‌پزشک یا روانشناس بالینی مرکز) ۴- اختلال جسمانی جدی و اعتیاد نداشته باشد ۵- سطح تحصیلات سیکل به بالا باشد۶- هر دو زوج با رضایت آگاهانه حاضر به همکاری تا پایان دورهٔ درمان باشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه عنوان شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف تشکیل گروه برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و شرکت در گروه داوطلبانه بود. به اعضاء گفته شد که اسامی آن‌ها و محتوای پرسشنامه‌های آن‌ها، محرمانه باقی خواهد ماند. سپس گروه آزمایش در جلسات آموزشی شرکت داده شدند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های مختلف آمار توصیفی مانند توزیع‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده‌شده است. در قسمت آمار استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) پس از کنترل مقادیر پیش‌آزمون به‌منظور پاسخگویی به فرضیه‌ها استفاده شد. نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS جهت پردازش داده‌ها به کار رفت. در جدول ۱ پروتکل برنامهٔ آموزشی واقعیت درمانی ارائه‌شده است که برنامه مداخلاتی بر آن اساس اجرا شد. جلسات هفته‌ای یک‌بار به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۱. پروتکل برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر واقعیت درمانی

جلسات	هدف
۱	سلام و احوال‌پرسی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین حاکم بر جلسات، برقراری رابطه عاطفی بین اعضاء و درمانگر، بررسی و شناخت اهداف اعضاء از شرکت در جلسات
۲	آموزش مفاهیم نظریهٔ انتخاب گلاسر، بیان چرایی و چگونگی بروز رفتار از سوی فرد با توضیح مبسوط رفتار کلی با مؤلفه‌های چهارگانهٔ آن (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) با ذکر مثال‌ها
۳	معرفی فرمول WDEP وابولدینگ و توضیح به افراد مبنی بر اینکه هر رفتاری معطوف به هدف و نیازی است، می‌توان با ارزیابی تعیین نمود که کدام رفتار ما را به اهداف و خواسته‌مان می‌رساند. آموزش هفت عادت مخرب مبتنی بر کنترل بیرونی و هفت عادات جایگزین مبتنی بر کنترل درونی در برقراری ارتباط مؤثر زناشویی
۴	توضیح نیازهای بنیادین پنج‌گانهٔ انسان ازجمله بقاء، عشق و تعلق، آزادی، پیشرفت و تفریح، کمک به اعضاء برای شناسایی نیمرخ نیازهای خود و همسر و چگونگی ایجاد شدن تعارض درنتیجهٔ ناهمخوانی نیازها، مشخص ساختن نوع تداخل نیازها که باعث تعارض می‌شود و مشخص‌سازی نقش ارضای انواع نیازها در ایجاد صمیمیت زناشویی
۵	آموزش کنترل بر رفتارها با تمرکز بر مؤلفهٔ رفتاری و فکریِ رفتار کلی با استفاده از استعارهٔ ماشین و چمدان گلاسر، مشخص‌سازی مفهوم کنترل درونی و بیرونی، تأکید بر قبول مسئولیت در مورد رفتارهای تحت کنترل فعلی‌مان، مواجه‌شدن با واقعیت مسائل و پذیرش مشکلات به‌عنوان قسمتی از زندگی، آموزش به اعضاء برای تغییر تفکر قربانی بودن و تمرکز بر حال زیرا گذشته و آینده هم نیامده است.
۶	آموزش مبحث دنیای کیفی به اعضاء، توجه به ارضای نیازهای اساسی با توجه به تصاویر واقع‌گرایانه، انتخاب‌های نزدیک به دنیای کیفی، شناخت دنیای کیفی و عکس‌های درون آن، سنجش کیفی دنیای خود، شناخت دنیای کیفی همسر و عکس‌های درون آن، چگونگی راه‌یابی به دنیای کیفی همسر و درک دنیای کیفی همسر، تنظیم اهداف واقع بینانه و قابل‌دسترس با توجه به دینای کیفی.
۷	آموزش اصول ده‌گانهٔ نظریهٔ انتخاب، تأکید مجدد بر مسئولیت‌پذیری در قبال رفتارهای خود، برنامه‌ریزی برای رفتار مسئولانه، قضاوت ارزشی پیرامون درستی و نادرستی رفتار ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی اعضاء به حس ارزشمندی و محبت و نیل به هویت موفق درنتیجهٔ نیل به اهداف.
۸	مرور جلسات قبلی، بررسی تکالیف و بازخوردها، جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون و پایان جلسات

مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون[1]: برای سنجش صمیمیت زوجین از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۲۰۰۰) استفاده شد. مقیاس صمیمیت یک ابزار ۱۷ سؤالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین‌شده است. صمیمیت، توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف‌شده و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، ازخودگذشتگی، خرسندی و رضایت را شامل می‌شود. احساسی است مبنی براینکه رابطه مهم، باز، توأم باعزت، همبستگی و تعهد متقابل است. نمرهٔ آزمودنی در مقیاس صمیمیت، از طریق جمع نمرات سؤالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنهٔ نمرات بین ۱ تا۷ است که نمرهٔ بالاتر نشانهٔ صمیمیت بیشتر است. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است (ثنائی و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ محاسبه شد.

[1]. Marital Intimacy Scale of Walker & Thompson

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

شاخص بی‌ثباتی ازدواج ادواردز[1] و همکاران: برای سنجش میزان و احتمال طلاق از شاخص بی‌ثباتی ازدواج ادواردز و همکاران (۱۹۸۰) استفاده شد. شاخص بی‌ثباتی ازدواج یک ابزار ۱۴ سؤالی است که برای اندازه‌گیری عدم ثبات زناشویی و خصوصاً مستعد طلاق بودن تدوین‌شده است. شاخص بی‌ثباتی ازدواج را می‌توان با استفاده از دستور نمره‌گذاری آن به سهولت روی خود ابزار نمره داد. تعداد پاسخ‌های مستعد طلاق بودن جمع می‌شود و در پایین صفحه ثبت می‌گردد، جایی که رقم هم‌تراز احتمال طلاق نیز آمده است. شاخص بی‌ثباتی ازدواج با ضریب آلفای ۰/۹۳ از یک همسانی درونی عالی برخوردار است. در ایران یاری‌پور (۱۳۷۹) برای محاسبهٔ ضریب اعتبار این ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده نمود. او از ضریب همبستگی بین دونیمه را برای ارزیابی قابلیت اعتماد آزمون استفاده نمود و این ضریب برای گروه آزمایشی ۰/۸۲، برای گروه گواه ۰/۶۱ و برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش یاری پور (۱۳۷۹) برای ارزیابی محتوای شاخص بی‌ثباتی ازدواج ازنظرت چندین تن از اساتید متخصص استفاده شد که جملگی بر روایی سؤالات آزمون صحّه گذاشتند (ثنائی و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

یافته‌ها

۲۴ زوج دارای مشکلات زناشویی در این مطالعه شرکت نمودند که ۱۲ نفر آن‌ها مرد و ۱۲ نفر زن بودند. میانگین سنی مردان گروه آزمایش ۶/۴۹ ±۳۳/۶۶ که در دامنه ۲۲ تا۴۴ سال بودند و میانگین سنی مردان گروه کنترل ۳/۹۴± ۳۰/۰۸ بودند که در دامنه ۲۵ تا ۳۹ سال سن داشتند. همچنین میانگین سنی زنان گروه آزمایش ۴/۰۰ ± ۲۸/۷۵ بود که در دامنه ۲۴ تا ۳۷ سن داشتند و میانگین سنی زنان گروه کنترل ۵/۰۰ ± ۲۸/۵۰ بود که در دامنه ۲۱ تا ۳۶ سال سن داشتند. ازنظر سنی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین طول مدت ازدواج گروه آزمایش ۲/۵۴ ± ۱۰/۰۳ و برای گروه کنترل ۵/۳۱ ± ۱۲/۱۸ بود. ازنظر وضعیت تحصیلی، تمامی نمونه‌ها دارای تحصیلات دیپلم به‌استثنای یک نفر دارای تحصیلات سیکل بود در گروه آزمایش قرار گرفت. جدول-۲ شاخص‌های آمار توصیفی و وضعیت نرمال بودن داده‌ها را با استفاده از آماره Z آزمون شاپیرو-ویلک نشان می‌دهند. استفاده از آزمون اخیر برای تعیین نرمالیته نمونه‌های زیر ۵۰ نفر توصیه‌شده است (تاپاچنیک و فیدل[2]، ۲۰۰۷).

نتایج آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک نشان داد مقادیر تمامی متغیرهای وابسته از توزیع نرمال تبعیت می‌کند؛ بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است و جهت تحلیل فرضیات پژوهش می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس استفاده کرد. پیش از اجرای دو تحلیل کوواریانس تک متغیره مجزّا روی نمرات صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج، پیش‌فرض یکسانی واریانس خطا توسط آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت (جدول-۳).

[1]. Marital Instability Index of Edwards
[2]. Tabachnick & Fidell

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

با توجه به نتایج جدول-۴ می‌توان برداشت نمود که مفروضه‌ی یکسانی واریانس خطا برای هر دو متغیر صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج مورد تائید قرار می‌گیرد (P>۰/۰۵). در جدول-۴ نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون نمرات صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج گزارش‌شده است.

جدول۲. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای تعیین نرمال بودن متغیرهای صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک جنسیت و دو گروه آزمایش و کنترل

	متغیّر	جنسیت	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	Z	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی		مرد	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۱۶	۱/۶۹	۰/۸۷۵	۰/۴۲۸
				پس‌آزمون	۵/۰۰	۱/۳۴	۰/۸۳۰	۰/۴۹۶
		زن	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۴۱	۰/۹۰	۱/۲۰۵	۰/۱۱۰
				پس‌آزمون	۴/۹۱	۰/۷۹	۱/۰۳۵	۰/۲۳۴
صمیمیت زناشویی		مرد	کنترل	پیش‌آزمون	۳/۲۵	۱/۱۳	۰/۷۳۳	۰/۴۵۸
				پس‌آزمون	۳/۳۳	۱/۱۵	۰/۹۳۸	۰/۳۶۱
		زن	کنترل	پیش‌آزمون	۳/۹۶	۱/۱۳	۱/۱۱۲	۰/۱۱۴
				پس‌آزمون	۳/۰۹	۰/۷۷	۱/۴۶۷	۰/۱۹۸
بی‌ثباتی ازدواج		مرد	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۷۵	۱/۱۳	۰/۹۴۲	۰/۳۳۸
				پس‌آزمون	۳/۱۶	۰/۹۳	۱/۰۹۵	۰/۰۹
		زن	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۰۸	۱/۶۷	۰/۹۴۱	۰/۳۳۸
				پس‌آزمون	۲/۴۱	۱/۵۶	۰/۸۲۹	۰/۴۹۷
بی‌ثباتی ازدواج		مرد	کنترل	پیش‌آزمون	۴/۵۰	۱/۳۸	۰/۸۵۱	۰/۴۹۲
				پس‌آزمون	۴/۴۱	۱/۱۶	۱/۱۱۶	۰/۱۱۸
		زن	کنترل	پیش‌آزمون	۴/۶۱	۱/۷۸	۰/۷۳۹	۰/۴۹۱
				پس‌آزمون	۴/۳۲	۱/۴۴	۰/۹۲۸	۰/۳۷۹

با توجه به جدول ۲ و ۴ در متغیر صمیمت زناشویی، تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد (F =۸۵/۵۱۶ , P<۰/۰۰۰۱). برای بررسی بیشتر این تفاوت در نمودار-۱ نمرات صمیمت زناشویی گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده‌شده است. علاوه بر آن نتایج همین جداول نشان داد تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پس‌آزمون متغیر بی‌ثباتی ازدواج معنی‌دار می‌باشد (F =۷۴/۹۲۹ , P<۰/۰۰۰۱). برای بررسی بیشتر این تفاوت در نمودار-۲ نمرات بی‌ثباتی ازدواج گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده‌شده است. مجموعاً با توجه به نتایج جدول-۲ تأثیر آموزش گروهی واقعیت درمانی بر صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است؛ بدین

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

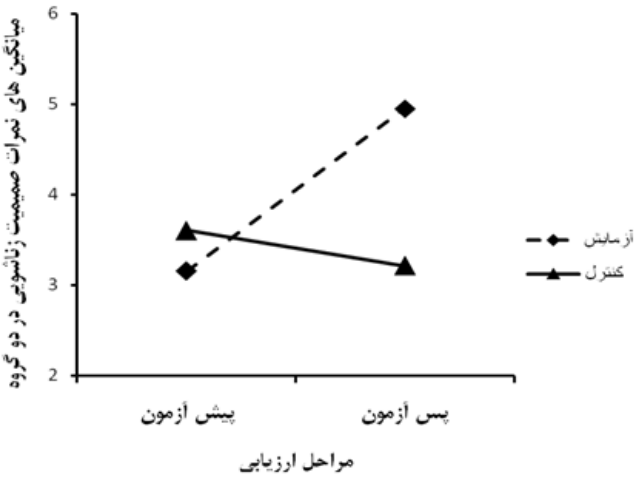
مفهوم که می‌توان فرضیه صفر را در سطح اطمینان ۹۹ درصد رد کرد و پذیرفت که آموزش گروهی مذکور منجر به افزایش صمیمت زناشویی و از سوی دیگر کاهش بی‌ثباتی ازدواج زوجین دچار مشکلات زناشویی شده است.

جدول۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی یکسانی واریانس خطای متغیرهای صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج

متغیّر وابسته	F	DF1	DF2	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	۰/۶۷۰	۱	۲۲	۰/۴۱۷
بی‌ثباتی ازدواج	۰/۰۰۴	۱	۲۲	۰/۹۴۸

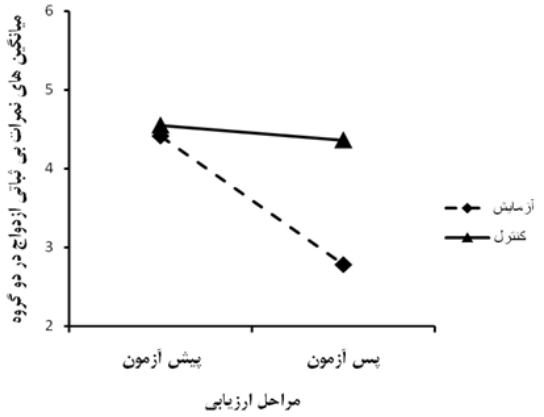
جدول ۴. نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیره مجزا روی نمرات صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج

منبع	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون صمیمیت زناشویی	۳۲/۱۹۹	۹۰/۰۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۷
گروه	۳۰/۵۸۲	۸۵/۵۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۵
خطا	۰/۳۵۸			
پیش‌آزمون بی‌ثباتی ازدواج	۶۰/۲۳۳	۱۵۴/۳۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۴
گروه	۲۹/۲۳۷	۷۴/۹۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۵
خطا	۰/۳۹۰			



نمودار ۱. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون صمیمت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]



نمودار۲. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌ثباتی ازدواج در دو گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی بر صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده آموزش‌وپرورش شهر مشهد انجام شد. یافته‌ها نشان داد که این برنامهٔ آموزشی بر هر دو متغیر وابسته تأثیر قابل‌توجهی گذاشته است. در رابطه با فرضیهٔ اول، یافته‌ها نشان داد آموزش گروهی نظریهٔ انتخاب گلاسر صمیمیت زناشویی را افزایش داده است. این یافته با تحقیق زارعی و همکاران (۲۰۱۷) و رجامند و خسروی (۲۰۱۷) همسو است. این تحقیقات نشان دادند که مشاورهٔ گروهی به شیوهٔ انتخاب، بر صمیمیت زناشویی و کاهش تعارض زناشویی زنان متأهل و همچنین صمیمیت زناشویی و مهارت‌های حل مسئلهٔ زوجین اثربخش است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رفتارهای منفی در قالب مقابله‌به‌مثل‌های منفی، کمبود صمیمیت و فعالیت‌های مثبت مشترک، ارتباطات و حل تعارض ضعیف، ایفای نقش‌های نامناسب و عدم رضایتمندی جنسی ازجمله ویژگی‌های زوجین آشفته و مشکل‌دار است (هالفورد، ۱۳۸۷) که می‌تواند فقدان صمیمیت و بی‌ثباتی را باعث شوند. از طرفی بهبود و ارتقای مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، خودافشایی و مهارت‌های پاسخ‌دهی همدلانه و آموزش روابط جنسی به‌عنوان یکی از نیازهای اصلی انسان، جمله شیوه‌های ارتقای صمیمیت زوجین محسوب می‌شود (کاردان سورکی و همکاران، ۲۰۱۶).

تمرکز این رویکرد بر انتخاب رفتارهای آگاهانه و مسئولانه در جهت ارضای نیازها است. در نظریهٔ انتخاب با تمرکز بر مؤلفهٔ رفتاریِ رفتار کلی، بر این نکته تأکید می‌شود که آغاز تغییر با انجام رفتارهای آگاهانهٔ متفاوت همراه است. چراکه خود فرد رفتار خود را انتخاب می‌کند و با تغییر رفتارهای خود، افکار، احساسات و حالات فیزیولوژیک اش تغییر می‌کند. درواقع با توجه به استعارهٔ ماشین، اگر زوجین رفتارهای جدید مثبت را انتخاب کنند به‌احتمال‌زیاد احساسات مثبت نیز در رابطهٔ آن‌ها ایجاد خواهد شد و درنتیجه سبک ارتباطات آن‌ها باهم مطلوب و غیر کنترل گرانه خواهد شد. در همین رابطه تحقیق جابری و همکاران (۱۳۹۴)

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

نشان دادند که بین مهارت‌های ارتباطی و صمیمیت زناشویی رابطه وجود دارد. فرمانی شهرضا و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند که بین الگوهای ارتباطی مثبت و سازنده و همدم طلبی با صمیمیت زناشویی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد؛ یعنی زوجینی که تمایل دارند در کنار یکدیگر بنشینند و باهم گفتگو کنند صمیمیت زناشویی‌شان بیشتر است. حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان دادند بهبود رفتارهای زوجین و ارتباط آن‌ها باهم صمیمیت زناشویی را افزایش می‌دهد. جابری و همکاران (۱۳۹۳) نیز در تحقیق خود نشان دادند که الگوهای ارتباطی و مهارت‌های ارتباطی ازجمله پیش‌بینی کننده های مهم صمیمیت زناشویی محسوب می‌شوند. نظریهٔ گلاسر با توضیح مفهوم رفتار کلی، به زوجین آموزش می‌دهد که هر چیزی که از انسان سر می‌زند یک رفتار است و افراد خودشان رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند. درواقع بهترین راه درمان مشکلات زناشویی، تغییر رفتار از طریق انتخاب اعمال رفتاری مفید و سازنده است که می‌تواند وضعیت ارتباطی و صمیمیت زوجین را تغییر دهد. وقتی فرد متوجه شود که هر رفتاری را خودش انتخاب می‌کند لذا به‌حق انتخاب و قدرت انتخاب خود پی خواهد برد و می‌تواند رفتارهای جدیدتر و مطلوب‌تری را انتخاب کند و به‌گونه‌ای سازنده‌تر در جهت ارتقای صمیمیت زناشویی خود در قالب انجام رفتارها و تعاملات مثبت‌تر و مطلوب‌تر گام برمی‌دارد. وقتی زوجین رفتارهای جدید و مطلوب را آگاهانه انتخاب کنند و الگوهای ارتباطی‌شان ارتقا یابد، ازدواج از یکنواختی بیرون می‌آید و درواقع دل‌زدگی و عدم تنوع زناشویی کم می‌شود؛ زیرا یکی از راه‌های کاهش دل‌زدگی، انجام کارها و رفتارهای تازه و مشارکتی و غیره منتظرهٔ زوجین برای همدیگر است (پاینز، ۱۳۸۳) که می‌توان این نکته را در همان مقولهٔ نیاز به سرگرمی و تفریح گلاسر گنجانید. درنتیجه با کاهش دل‌زدگی زوجین که تابع رفتارهای مطلوب مشترک آن‌ها است میزان صمیمیت افزایش می‌یابد. در همین زمینه تحقیقات سعادتی شاه‌میر و همکاران (۱۳۹۷) و امیری و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که رویکرد گلاسر باعث کاهش دل‌زدگی در زوجین شده است و این نکته نیز می‌تواند عامل دیگری در تبیین این فرضیه باشد.

همچنین تحقیقات نشان داده است که رضایت مندی به طور کلی و نیز رضایتمندی جنسی یکی از مؤلفه‌های اصلی ارتقای صمیمیت زناشویی است. صمیمیت عاطفی زوجین، در کنار صمیمیت جنسی، اثرگذاری مثبت و چشمگیری بر رضایت زناشویی زوجین دارد (دندورانت، ۲۰۱۳) و زوجینی که بر ارتقای قابلیت‌های خود جهت ارضای نیازهای یکدیگر و انجام کارهای مشترک تمرکز می‌کنند، زوجین صمیمی‌ای خواهند بود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۹). ازجمله مفاهیم پایه‌ای نظریهٔ واقعیت درمانی، معرفی نیازهای بنیادین انسانی است. این نظریه معتقد است که همیشه هر رفتار کاملی (کلی) نهایت تلاش ما برای به دست آوردن چیزی است که می‌خواهیم با آن نیازهای خود را ارضاء کنیم (کوری، ۲۰۰۹). این رویکرد به زوجین کمک می‌کند تا انواع نیازهای خود را بشناسند و در چهارچوبی مناسب به دنبال ارضای نیازهای خود باشند بدون اینکه ارضای این نیازها را در همسر خود محدود کنند. درواقع افراد در این نظریه می‌آموزند که نیازهای خود را مسئولانه ارضاء کنند که درنتیجهٔ آن هر یک از زوجین به احساس رضایت خواهد رسید؛ زیرا افراد برای ارضای نیازهای بنیادین خود ازدواج می‌کنند و اگر همسران انتظارهای متفاوت و غیرواقع‌بینانه‌ای دربارهٔ نحوهٔ ارضای نیازهای اساسی ازجمله نیاز جنسی داشته باشند یا اینکه شدت نیازهایشان متفاوت باشد، رابطه و رضایت زناشویی‌شان دچار مشکل می‌شود (میرزانیا و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین زوجین اگر نتوانند نیازهایشان را به‌درستی ارضاء کنند، رفتارهای نارضایت‌بخش و

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

غیر انطباقی را انتخاب خواهند کرد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۵). تحقیق خلیلی و همکاران (۱۳۹۵)، برنا و همکاران (۱۳۹۲)، میرزانیا و همکاران (۱۳۹۷)، زارعی و همکاران (۲۰۱۷) و رجامند و خسروی (۲۰۱۷) نشان داد که رویکرد گلاسر از طریق تأثیرگذاری بر روش‌ها و نحوهٔ ارضای نیاز زوجین، رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین را ارتقاء داده است. چراکه یکی از شاخصه‌های اصلی یک ازدواج خوب و صمیمی و پردوام، ارضای نیازهای اساسی زوجین است (اکبری امرغان و عبد یوسفخانی، ۱۳۹۴). از طرفی صمیمیت زوجین با تعهد آن‌ها به زندگی زناشویی همبستگی دارد است (گلدبرگ، ۲۰۱۶؛ به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۵) به‌نحوی‌که اگر صمیمیت زوجین افزایش یابد آن‌ها تلاش بیشتری برای حفظ این رابطه انجام خواهند داد. چراکه حفظ پاداش و جنبه‌های مثبت در یک رابطه، خودش برای زوجین تقویت‌کننده است و این نکته با نظریهٔ تبادل اجتماعی (ردموند، ۲۰۱۵) همسو است. در نظریهٔ گلاسر بر تعهد و مسئولیت‌پذیری تأکید می‌شود و هیچ عذر و بهانه ای از زوجین درگیر در رابطه پذیرفته نمی‌شود. در این نظریه اعتقاد بر این است که چون هر فردی رفتار خود را انتخاب می‌کند بنابراین نسبت به آن مسئول است و متعهد و لذا جایی برای فرافکنی و مقصر قلمداد نمودن دیگران به خاطر مشکلات وجود ندارد. امانی (۱۳۹۴) در تحقیق خود نشان داد که واقعیت درمانی گروهی گلاسر تعهد زناشویی زوجین را بهبود می‌دهد. عباسی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در تحقیق خود نشان دادند که واقعیت درمانی گلاسر بر تعهد اجتماعی زوجین اثرگذار است. وقتی زوجین به این باور برسند که کنترل رفتارشان در اختیار خودشان است و هرکسی باید برای بهبود زندگی زناشویی خود تلاش کند و به آن عمل کند لذا روابط زناشویی‌شان بهبود خواهد یافت. چراکه همسران می‌آموزند به‌جای وارسی رفتار طرف مقابل و یا تلاش برای کنترل و تغییر رفتار او، بر خود تمرکز کند و نقش خود را در کاهش صمیمیت بررسی کند و با تغییر رفتار خود به افزایش صمیمیت زناشویی کمک کند. همین تمرکز بر خود و مسئولیت خود در تغییر رفتارها باعث مسئولیت‌پذیری زوجین و درنتیجه تعهد آن‌ها به ازدواج خواهد شد. زوجینی که به ازدواج خویش متعهد باشند از هیچ کوششی برای تغییر اوضاع دریغ نخواهند کرد.

در رابطه با فرضیهٔ دوم، یافته‌ها نشان داد که این رویکرد بی‌ثباتی در ازدواج را کاهش داده است. از آنجائی که شیوه‌های حل تعارض با ثبات زناشویی رابطه دارد (انجورج[1]، ۲۰۱۷) و زوجینی که هنگام به وجود آمدن تعارضات، از شیوه‌های انطباقی حل تعارض ازجمله اجتناب، مصالحه، مدارا و همکاری برای حل تعارضات خویش استفاده می‌کنند از رفتن به سمت طلاق و جدایی که نهایت بی‌ثباتی است جلوگیری کرده‌اند (طلائیان و زهراکار، ۱۳۹۳) بنابراین می‌توان تحقیقاتی که اثربخشی رویکرد گلاسر را بر کاهش تعارضات زناشویی بررسی کرده‌اند به نوعی با تحقیق حاضر همسو دانست. با این اوصاف تحقیقات آقایوسفی و همکاران (۱۳۹۵)، میرزانیا و همکاران (۱۳۹۷)، امیری و همکاران (۱۳۹۶)، یوسفی‌کیا و همکاران (۱۳۹۷) و نادری و همکاران (۲۰۱۵) با یافته‌های تحقیق حاضر همسو هستند. تمامی این تحقیقات نشان دادند که رویکرد واقعیت درمانی (نظریهٔ انتخاب) تعارضات زناشویی را کاهش داده است. تعارض زناشویی وضعیتی است که در آن افراد دخیل در یک رابطه، در تحقق و ارضای نیازها و رغبت های شان دچار مشکل می‌شوند و هر کدام از طرفین دخالت طرف دیگر را در تحقق اهداف و نیازهای خود تجربه می‌کند (گئوک، ۲۰۱۲).

[1]. Njoroge

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

یکی از شاخص های زوجین آشفته و مشکل‌دار که آن‌ها را به سمت طلاق سوق می‌دهد ناتوانی در حل‌وفصل تعارضات است (هالفورد، ۱۳۸۷). تحقیق حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که شیوه‌های حل تعارض سازنده که از خانوادهٔ اصلی زوجین کسب می‌شود بر صمیمت زناشویی زوجین اثرگذار است. یکی از علل ایجاد شدن تعارض‌ها، تداخل نیازها و رغبت‌هاست (گئوک، ۲۰۱۲). یکی از این نیازها که نقش محوری در ثبات زناشویی و ازدواج دارد نیازهای جنسی است. ارضای درست این نیاز باعث رضایت زناشویی و درنتیجه ثبات ازدواج می‌شود (مارگلیش و همکاران، ۲۰۱۷). سطوح بالای رضایت مندی جنسی به افزایش کیفیت زندگی زناشویی می‌انجامد که نتیجه‌اش کاهش بی‌ثباتی در ازدواج درگذر زمان است (یه و همکاران، ۲۰۰۶). همان‌طور که در فرضیهٔ یک هم اشاره شد در رویکرد واقعیت درمانی بر ارضای مسئولانهٔ نیازها تأکید می‌شود به‌گونه‌ای که ارضای نیاز یکی از زوجین ارضای نیاز دیگری را محدود نسازد و تمامی تلاش‌های زندگی معطوف رفع نیازهاست. مشکلات و تعارضات وقتی ایجاد می‌شوند که همسران، انتظارات غیرواقعی و متفاوتی پیرامون نیازهای خود و شیوه‌های ارضای آن‌ها داشته باشند یا اینکه شدت نیازهایشان باهم همخوان نباشد. در این نظریه افراد می‌آموزند که نیازهای خود را بشناسند، تلاش کنند که نیازهای خود و همسر را ارضاء کنند درنتیجه از بروز تعارض در این زمینه پیش‌گیری می‌شود.

یکی دیگر از علل حل نشدن تعارضات پافشاری هر کدام از زوجین بر فکر و عقیدهٔ خویش و کوتاه نیامدن در مورد مسائل و مشکلات و فرافکنی و نسبت دادن علت مشکلات به یکدیگر است. اگر زوجین بتوانند نقش و مسئولیت خود را در مسائل و مشکلات بپذیرند و تغییر را از خود شروع کنند قطعاً با تعارضات کمتری مواجه خواهند شد؛ زیرا هر یک از زوجین بیشتر از آنکه بر دیگری کنترل داشته باشد بر رفتارها و عواطف و احساسات خویش کنترل دارد. نظریهٔ واقعیت درمانی با تمرکز بر انتخاب آگاهانهٔ رفتار توسط فرد، باعث افزایش کنترل درونی و مسئولیت‌پذیری می‌شود. تحقیق امیری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که رویکرد واقعیت درمانی باعث افزایش کنترل درونی افراد بر رفتار خود شده است. برایان- زمان (۲۰۱۰) نیز در تحقیق خود نشان داد که نظریهٔ انتخاب باعث کنترل بیشتر افراد بر زندگی خویش شده است. اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود؛ زیرا فرد می‌تواند آگاهانه رفتارهای مناسب جهت بهبود وضعیت زناشویی خود را انتخاب کند.

یکی از فن هایی که در این نظریه آموزش داده می‌شود تکنیک WDEP است که فرد از طریق ارزیابی رفتارهای خود، مواردی که او را به هدف زندگی زناشویی نمی‌رساند حذف و با انتخاب رفتارهای منطقی و مطلوب به سمت اهداف مطلوب زندگی پیش می‌رود. اوسوره و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان دادند که بین سبک های ارتباطی و ثبات در ازدواج رابطه وجود دارد. هارمن (۲۰۰۵) نیز نشان داد که بین تعاملات رفتاری منفی و ثبات زناشویی رابطه‌ای منفی وجود دارد. وقتی زوجین در اثر تعارضات شدید و حل‌نشده در مسیر انحلال زناشویی قرار می‌گیرند و به بن‌بست می‌خورند، در شرایطی به سر می‌برند که سرنوشت زندگی خویش را از کنترل خویش خارج دانسته و لذا فکر می‌کنند دیگر راهی برای حل مشکلات و تعارضات وجود ندارد. از طرفی هیچ‌کدام از طرفین حاضر نیست سهم خود را در بروز وضعیت فعلی بپذیرد و سعی در فرافکنی شرایط حاضر به سمت طرف مقابل دارد. لذا ناامیدی بر طرفین مستولی خواهد شد زیرا از تغییر وضعیت مأیوس شده و کنترل زندگی را در دست خویش نمی‌بینند و احتمالاً

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

منتظر تغییر اوضاع توسط عوامل بیرونی خواهند ماند؛ اما رویکرد واقعیت درمانی با تأکید بر انتخاب رفتار و کنترل مسئولانه بر انتخاب رفتارهای معطوف به هدف، امیدواری را در افراد ایجاد می‌کند و آنان را به تغییر رفتار جهت تغییر وضعیت ترغیب می‌کند؛ زیرا در این وضع دیگر زوجین منتظر شروع تغییر از سوی طرف مقابل نمی‌ماند بلکه تغییر را از خود شروع می‌کنند زیرا کنترل وی بر خودش بیشتر است از کنترل بر رفتار همسرش.

تحقیقات سلیمانی و بابایی (۱۳۹۵)، قربانعلی‌پور و همکاران (۱۳۹۳)، جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای‌فرد (۱۳۹۶) و حکم آبادی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که رویکرد واقعیت درمانی باعث افزایش امیدواری در افراد می‌شود. نتیجهٔ افزایش امید، حرکت به سمت تغییر رفتاری و بهبود رابطهٔ زناشویی است. لذا زوجین در قبال یکدیگر به شکل مقابله به‌مثل پاسخ نخواهند داد و درنتیجه از تشدید و تزاید رفتارهای منفی جلوگیری خواهد شد و همین امر منجر به نزدیکی آن‌ها نسبت به هم و تداوم و بقای ازدواج خواهد شد (دا فونسکا، ۲۰۱۷). بارتولیک-ازلومیسلیک (۱۹۹۶) نشان داد که کیفیت رابطهٔ زناشویی بر ثبات ازدواج و زناشویی تأثیر مثبت دارد. چرا که بهبود ارتباطات مثبت و کنترل بر افکار خود، می‌تواند از افتادن زوجین در ورطهٔ بدبینی و منفی بافی جلوگیری کند و درنتیجه از حجم تعارضات کم کند (هراتیان و همکاران، ۱۳۹۴).

نکتهٔ مهم دیگری که پیرامون حل تعارض می‌توان گفت این است که در نظریهٔ واقعیت درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که به جای انکار یا فرار از موقعیت پیش‌آمده، واقعیت تعارضات و مشکلات زناشویی را بپذیرند و آگاه شوند که اگرچه شاید در برخی مواقع نقشی در ایجاد شدن برخی مشکلات نداشته‌اند اما هر دو طرف در تغییر اوضاع نقشی فعال می‌توانند ایفاء کنند. درنتیجهٔ پذیرش این دیدگاه، تحمل و صبر و به تعبیری تاب‌آوری زوجین افزایش پیدا می‌کند. در این رویکرد افراد یاد می‌گیرند که رفتارها و افکار خود را ارزیابی کنند و رفتارها یا افکاری را انتخاب کنند که به آن‌ها در نیل به اهدافشان کمک می‌کند. طبعاً چنین انتخاب‌گری‌ای که ناشی از کنترل درونی افراد است، به افراد این قدرت را می‌دهد که با مشکلات روبه‌رو شوند، بر سختی‌ها غلبه کنند و درنتیجه تاب‌آوری‌شان افزایش خواهد یافت. رمضانی و احتشامی (۱۳۹۴) در تحقیق خود نشان داد که واقعیت درمانی گروهی تاب‌آوری بیماران را افزایش داده است. جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۶) نیز در تحقیق خود نشان دادند که رویکرد واقعیت درمانی تاب آوری، امید به زندگی و کیفیت زندگی زنان نابارور را افزایش داده است. باری و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان دادند که رویکرد واقعیت درمانی، تاب آوری زنان مطلقه را افزایش داده است. واقعیت درمانی (نظریهٔ انتخاب) به افراد کمک می‌کند تا بر انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشند. این نظریه معتقد است که افراد مسئول، زندگی خویش، اعمال، افکار و احساسات خویش هستند. افراد توان کنترل رفتارها و پدیده‌های پیش رو را به‌منظور ارضای نیازهای خویش دارند. پذیرش مشکلات و روبه‌رو شدن با آن‌ها و فرار نکردن از موقعیت باعث افزایش تحمل و تاب آوری افراد می‌شود. مسلماً کنترل درونی بر رفتار و افکار می‌تواند توان تحمل و صبر و تاب آوری زوجین را افزایش دهد و درنتیجه حل‌وفصل تعارضات بهتر صورت می‌پذیرد. ازجمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به در دسترس بودن نمونه اشاره کرد. بهتر است در تحقیقات آتی، پژوهشگران، زوجین دارای مشکلات زناشویی را با ابزارهای معتبر درجه‌بندی کنند و آن‌هایی را که از یک نقطه برش مشخص دارای مشکلات بیشتری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

هستند به‌عنوان نمونه انتخاب کنند. همچنین نقش تعدیل‌گرانه جنسیت ارزیابی شود. بعلاوه پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی جلسات ارزیابی پیگیری را برای تعیین اثرات بلند مدت این درمان در دستور کار خود قرار دهند. لذا انجام تحقیقات دیگر به انضمام آزمون های پیگیری در این زمینه می‌تواند به تبیین بهتر یافته‌های تحقیق کمک کند. همچنین انجام تحقیق در فرهنگ های مختلف می‌تواند به تعمیم یافته‌ها اعتبار بیشتری ببخشد.

در مجموع می‌توان گفت که واقعیت درمانی مبتنی بر نظریهٔ انتخاب، با افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد زوجین نسبت به زندگی، آگاه نمودن زوجین نسبت به کنترل بر رفتارها و تعاملات بین فردی، شناسایی نیازها و کمک به ارضای صحیح آن‌ها، ایجاد امیدواری نسبت به آینده و ایجاد تاب آوری نسبت به مشکلات و تعارضات زناشویی و پذیرش مشکلات به زوجین کمک می‌کند تا در مسیر افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش بی‌ثباتی ازدواج شان قدم بردارند.

قدردانی

در پایان از تمامی زوجینی که با حضور خود در برنامه های آموزشی به اجرای این پژوهش کمک کردند سپاسگزاری می‌کنیم.

منابع

- اکبری امرغان، ح؛ عبدیوسفخانی، ز. (۱۳۹۴). رابطه بین پایبندی مذهبی و رضایت از زندگی، *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهشنامه تربیتی*، ۱۰(۴۳)، ۳۷-۴۸.
- امانی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر عزت نفس و تعهد زناشویی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۵(۲)، ۱-۲۳.
- آقایوسفی، ع؛ فتحی آشتیانی، ع؛ علی اکبری، م؛ ایمانی فر، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی. *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۲)، ۱-۲۰.
- امیری، ا؛ جمهری، ف؛ باقری، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی خانواده درمانی به روش واقعیت درمانی بر ابعاد اجتماعی تعارضات و دل‌زدگی زناشویی زوجین. *مجله روان شناسی اجتماعی*، ۱۲(۴۵)، ۴۵-۵۴.
- امیری، م؛ آقامحدیان شعرباف، ح؛ کیمیایی، س.ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روانشناسی کاربردی)*، ۶(۲۴)، ۵۹-۶۸.
- برنا، م؛ حسن آبادی، ح؛ قنبری هاشم آبادی، ب. (۱۳۹۴) مقایسه اثر بخشی زوج درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان- مدار و واقعیت درمانی بر رضایت مندی زناشویی زوجین. *روان شناسی بالینی*، ۷(۴)، ۳۷-۴۴.
- پاینز، ا. (۱۳۸۳). *چه کنیم عشق رویایی به دل‌زدگی نینجامد*، ترجمه فاطمه شاداب، تهران: انتشارات ققنوس، چاپ اول.
- توسلی، ز؛ آقامحمدیان شعرباف، ح؛ سپهری شاملو، ز؛ شهسواری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نشانگان ضربه عشق و عملکرد کلی افراد شکست خورده عاطفی. *نشریه روان شناسی کاربردی*، ۱۲(۱)، ۸۳-۱۰۲.
- ثنایی، ب؛ علاقبند، س؛ فلاحتی، ش؛ هومن، ع. (۱۳۸۷). *مقیاس سنجش خانواده و ازدواج*، تهران: انتشارات بعثت، چاپ دوم.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- جابری، س؛ اعتمادی، ع؛ احمدی، س.ا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی با صمیمیت زناشویی. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۵(۲)، ۱۴۳-۱۵۲.
- جاماسیان مبارکه، آ؛ دوکانه ای فرد، فر. (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۹)، ۲۳۷-۲۶۲.
- حیدرنیا، ا؛ نظری، ع؛ سلیمانیان، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه پیشگیری و بهبود رابطه بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجها. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۴(۱۵)، ۶۱-۷۸.
- حسینی، س؛ نظری، ع؛ رسولی، م؛ شاکرمی، م؛ حسینی، س. (۱۳۹۳). رابطه ی سلامت خانواده ی اصلی با صمیمیت زناشویی: بررسی نقش واسطه ای سبک های حل تعارض سازنده و غیر سازنده. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۸(۳۲)، ۶۷-۷۶.
- حکم‌آبادی، م؛ رضایی، ع؛ اصغری ابراهیم‌آباد، م؛ سلامت، ع. (۱۳۹۳). تأثیر واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری سوءمصرف کنندگان مواد. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵(۸)، ۷۵۲-۷۵۹.
- حبیبی، ک؛ علی محمدزاده، خ؛ حجتی، ح. (۱۳۹۶). تأثیر "واقعیت درمانی گروهی" بر سازگاری همسران جانبازان دچار اختلال تنش پس از سانحه. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۶(۶)، ۱-۷.
- خمسه، ا. (۱۳۸۷). *آموزش قبل از ازدواج: راهنمای عملی زوج های جوان*، تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء، چاپ سوم.
- خدادادی سنگده، ج؛ حاجی زاده، ط؛ آموستی، ف؛ رضایی، م. (۱۳۹۵). پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس سلامت عمومی و صمیمیت زناشویی در پرستاران. *مراقبت های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*، ۶(۲)، ۴۵-۵۳.
- دیزجامی، ف؛ خرامین، ش. (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی زنان. *ارمغان دانش*، ۲۱(۲)، ۱۸۷-۱۹۹.
- رضایی فر، ن؛ دوستی، ی؛ میرزائیان، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۱)، ۳۴-۴۱.
- رمضانی، خ؛ احتشامی، ف. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری بیماران ام اس. *فصلنامه دستاوردهای روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۱)، ۷۷-۹۲.
- ساعتچی، م (۱۳۸۳). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*، تهران: نشر ویرایش، چاپ دوم.
- سعادتی شاه‌میر؛ ا؛ نجمی، م؛ حق شناس رضائیه، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر مسئولیت‌پذیری و دل‌زدگی زناشویی در دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد. *فصلنامه پژوهش در نظام های آموزشی*، ۱۲، شماره ویژه بهار، ۶۵۳-۶۶۹.
- سالاری‌فر، م؛ پوراعتماد، ح. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. *یافته*، ۱۳(۵)، ۲۹-۳۸.
- سلیمانی، ا؛ بابایی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اضطراب و امیدواری افراد وابسته به مواد در حین ترک. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۳۰-۱۵۷.
- شفیع‌آبادی، ع؛ ناصری، غ. (۱۳۸۳). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، چاپ دهم.
- شیلینگ، ل. (۱۳۸۳). *دیدگاه های مشاوره*، ترجمه خدیجه آرین، تهران: انتشارات اطلاعات، چاپ چهارم.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- طلائیان، ر، زهراکار، ک. (۱۳۹۴).بررسی التزام عملی به اعتقادات اسلامی و سبک های ادارهٔ تعارض زناشویی به‌عنوان عوامل پیش بینی کنندهٔ طلاق. *روان شناسی و دین*، ۸(۴)، ۱۰۷-۱۲۶.
- عباسی، ح؛ احمدی، س.ا؛ فاتحی زاده، م؛ بهرامی، ف. (۱۳۹۶) اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعهد اجتماعی زوجین. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۲)، ۳-۱۰.
- عباسی، ح؛ احمدی، س.ا؛ فاتحی زاده، م؛ بهرامی، ف. (۱۳۹۵) تأثیر واقعیت درمانی گلاسر بر تعهد شخصی زوجین. *دو فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۲(۱)، ۳۹-۵۳.
- عامری، ف. (۱۳۸۲). *اثربخشی آموزش مداخلات خانواده درمانی راهبردی بر کاهش مشکلات زناشویی*، رساله دکتری، دانشگاه الزهرا.
- فرمانی شهرضا، ش؛ رسولی، م؛ قائدنیای جهرمی، ع. (۱۳۹۳). رابطه بین صمیمیت زناشویی، الگوهای ارتباط زناشویی و همدم طلبی-دوری گزینی کارکنان متأهل دانشگاه خوارزمی. *دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴(۲)، ۴۴۷-۴۷۲.
- قربانعلی‌پور، م؛ نجفی، م؛ علیرضالو، ز؛ نسیمی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه. *دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*،۴(۲)، ۲۹۷-۳۱۷.
- میرزانیا، ز؛ نیکنام شربیانی، ا؛ حیاتی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب برافزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۱)، ۶۱-۸۱
- نوابی‌نژاد، ش؛ شفیع آبادی، ع؛ اژه ای، ج؛ احقر، ق؛ زارع بهرام آبادی، م. (۱۳۹۴). *مقدمات راهنمایی و مشاوره*، تهران، انتشارات سمت، چاپ اول.
- نظری، ع؛ صاحبدل، ح؛ اسدی، م. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین سبک های دلبستگی و میزان بی‌ثباتی ازدواج در زنان و مردان متأهل. *زن و مطالعات خانواده*، ۲(۸)، ۱۱۵-۱۲۵.
- هالفورد، ک. (۱۳۸۷). *زوج درمانی کوتاه مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان*، ترجمهٔ تبریزی، مصطفی؛ کاردانی، مژده؛ جعفری، فروغ. تهران: انتشارات فرا روان، چاپ دوم.
- هراتیان، ع؛ جان بزرگی، م؛ آگاه‌هریس، م. (۱۳۹۴). رابطه پایبندی مذهبی و تعارض زناشویی و تفاوت آن‌ها در میان زوجین. *پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۲(۵)، ۱۰۱-۱۱۷.
- یاری‌پور، ع. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر طرح مداخلات مشاوره خانواده بر میزان ثبت طلاق در محاکم دادگستری شهر قم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی‌رودهن.
- یوسفی‌کیا، م؛ خوش‌کنش، ا؛ فلاح‌زاده، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس. *ارمغان دانش*، ۲۳(۳).

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Bari, N. S., Majid Bhrinian, S. A., Azargon, H., & Abedi, H. (2013). The effectiveness of reality therapy on resiliency of divorced women in Neyshabour city. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 6 (5), 607-611
- Bartolic-Zlomislic, S. (1996). *Predicting marital instability: an empirical test of competing models* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Bryan Zeman, B. A. (2010). Beyond choice theory: using language to take effective control of your life. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 30(1), 36-40.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Eighth Edition, Belmont: Thomson Brooks/Cole, a part of The Thomson Corporation.
- Da Fonsêca, P. N., de Jesus Lopes, B., da Silva Gusmão, E. É., Pessoa, V. S. A., & et al.. (2017) Marital Forgiveness: An Explanation Based on Human Values. *Trends in Psychology*, 25(4):1927-1940.
- Dandurand, C. (2013). *Jealousy, intimacy, and couple satisfaction: A romantic attachment perspective*. (Doctoral dissertation, University of Ottawa).
- Flores, M. J. (2008). *Marital Conflict and Marital Satisfaction among Latina Mothers: A Comparison of Participants in an Early Intervention Program and Non-participants* (Doctoral dissertation, University of North Texas).
- Geok, L. (2012). A study of marital conflict on measures of social support and mental health. *Sunway Academic Journal*, 90-104.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 5-22.
- Harman, A. L. A. (2005). *Correlates of Marital Stability in Utah*. (Master of Science. UTAH State University).
- Kardan-Souraki, M., Hamzehgardeshi, Z., Asadpour, I., Mohammadpour, R. A., & et al. (2016). A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. *Global Journal of health science*, 8(8), 74.
- Kessler, M. (2015). *The Importance of Commitment in Intimate Relationships and How to Strengthen It* (Doctoral dissertation, University of Zurich).
- Maciver, J. E., & Dimkpa, D. I. (2012). Factors influencing marital stability. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3(1), 437-442.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & mental health*, 21(4), 389-398.
- Merves-Okin, L., Amidon, E., & Bernt, F. (1991). Perceptions of intimacy in marriage: A study of married couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(2), 110-118.
- Naderi, H., Feghhi, H., Moradyan sarabi, H., Yoosefi Joibari., & et al. (2015). The efficiency of reality therapy instruction upon the rate of life's qualification and marital conflicts of addicted spouses. *J UMP Soc Sci Technol Manag*, 3(3), 531-5.
- Njoroge, S. (2017). The Influence of Regulated Marital Conflict Resolution Styles on Marital Stability in Kiambu County, Kenya. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(29), 240-253.
- Pasha, H., Basirat, Z., Esmailzadeh, S., Faramarzi, M., & et al. (2017). Marital Intimacy and Predictive Factors among Infertile Women in Northern Iran. *Journal of clinical and diagnostic research*. JCDR, 11(5), QC13–QC17.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The family Journal*, 15(4), 359-367.
- Rajamand, S., Khosravi, M. (2017). The Impact of Reality Therapy approach on Problem Solving Skills and Marital Intimacy among Couples in Isfahan, *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 7(4), 107-109.
- Redmond, M. V. (2015). Social Exchange Theory. *English Technical Reports and White Papers.* 5. https://lib.dr.iastate.edu/engl_reports/5.
- Rokach, A., & Philibert-Lignières, G. (2015). Intimacy, loneliness & infidelity. *The Open Psychology Journal*, 8(1), 71-77.
- Sharf. Richard, S. (2012). Theories of Psychotherapy and Counseling Concepts and Cases. 5th Edition. Belmont, CA 94002.USA. *A division of Cengage Learning, Inc* .20 Davis Drive.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Usoroh, C., Ekot, M., & Inyang, E. S. (2010). Spousal communication styles and marital stability among civil servants in Akwa Ibom state. *Journal of Home Economics Research*, 13, 74-84.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 217-233.
- Yao, Y. W., Chen, P. R., Chiang-shan, R. L., Hare, T. A., Li, S., Zhang, J. T., ... & Fang, X. Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease Intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210-216.
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of family psychology*, 20(2), 339.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293.
- Young, T. L., Negash, S. M., & Long, R. M. (2009). Enhancing sexual desire and intimacy via the metaphor of a problem child: Utilizing structural-strategic family therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 35(5), 402-417.
- Zarei, E., Borumand, R., Sadeghifard, M., Najarpourian, S., & et al. (2017). Effectiveness of group counseling based on choice theory on increasing intimacy and marital satisfaction and reducing marital conflicts in married women. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*, 21(4), 250-259.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]