

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

## صمیمیت زناشویی

امیر قربان پور لقمجانی<sup>۱</sup>، سجاد رضائی<sup>۲</sup>، فروغ پورمحمدی<sup>۳</sup>

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 ۵۴۵-۵۶۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱

### 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 آموزش و پرورش 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 ( $n=12$ ) و آزمایش ( $n=12$ ) به‌طور تصادفی 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 ( $P<0/0001$ ) و از میزان بی‌ثباتی ازدواج (تمایل به طلاق) در آن‌ها کاسته ( $P<0/0001$ ) 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 در نتیجه تحکیم و انسجام بیشتر ساختار خانواده باشیم.

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

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰

## مقدمه

ازدواج به عنوان یکی از مهم ترین و اساسی ترین روابط انسانی تعریف شده است زیرا ساختار اولیه برای ایجاد روابط خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می کند. افراد وقتی ازدواج می کنند شادتر و سالم تر هستند. در عین حال آمارها نشان می دهند که رضایت زناشویی به راحتی به دست نمی آید (روزن-گراندون<sup>۱</sup> و همکاران به نقل از فلورز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). تقریباً همه ی زوجینی که ازدواج می کنند در ابتدای زندگی شان سطح بالایی از رضایت زناشویی<sup>۳</sup> را گزارش می کنند. با این وجود رضایت از رابطه در طی زمان و در میان خیلی از زوجین کاهش می یابد (برادبری، ۱۹۹۸؛ به نقل از هالفورد<sup>۴</sup>، ۱۳۸۷). امروزه میزان زیادی از ناپهنجارهای روان شناختی و مشکلات بهداشت روانی ناشی از ارتباط های مختل، تعارض ها و کشمکش های درون خانواده و ناتوانی در حل مسائل خانوادگی است (خمسه، ۱۳۸۷). معتبرترین شاخص آشفستگی زناشویی<sup>۵</sup> طلاق است (هالفورد، ۱۳۸۷). خانواده ایرانی نیز در چند دهه اخیر به نظر می رسد که با جابه جایی نقش و گاه با اغتشاش نقش مواجه بوده است. عدم برخورداری خانواده ها از مهارت های لازم منجر به مشکلات و در نتیجه طلاق می گردد (عامری، ۱۳۸۲). زوجین قبل از اینکه در مسیر طلاق و فسخ رابطه زناشویی قرار بگیرند دچار بی ثباتی در ازدواج می شوند و طلاق آخرین مرحله از این چرخه محسوب می شود. لذا انجام تحقیقات مختلف پیرامون رضایت زناشویی و ثبات ازدواج به منظور طراحی مداخلات درمانی پیرامون ازدواج یک گام ضروری است (گاتمن، کون، کرر و سوانسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). ازدواج های با ثبات، آنهایی اند که زوجین در آن طرحی برای طلاق ندارند. وقتی صحبت از ثبات زناشویی می شود منظور یک رابطه دونفره است. در مقابل بی ثباتی ازدواج به عنوان حالتی که در آن زوجین به طلاق تمایل دارند تعریف می شود که مشخصه آن افکار و اقداماتی است که نتیجه اش جدایی و فسخ رابطه زناشویی است (اوسوروه<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بوث و همکاران (۱۹۸۳) بی ثباتی ازدواج را این گونه تعریف کردند: حالات شناختی، عاطفی که در کنار اقداماتی عملی به منظور پایان دادن به رابطه انجام می شوند و زوجین به حالتی رسیده اند که دیگر مثل گذشته یک زوج نیستند و این رابطه دونفره از هم پاشیده شده است. در واقع زوجین به جدایی و طلاق می اندیشند و کارهایی را برای عملی کردن این فکر انجام می دهند (به نقل از یه<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

سازه های مختلفی از جمله متغیرهای جمعیت شناختی (مذهب، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، نژاد، سن و...)، مشکلات اقتصادی، انتقال های بین نسلی (طلاق والدینی)، روابط جنسی قبل ازدواج، داشتن فرزند از روابط قبلی، تعاملات مثبت و شبکه های حمایت اجتماعی با ثبات زناشویی ارتباط دارند (هارمن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). بی ثباتی ازدواج یک پدیده جهانی است و عوامل متعددی آن را ایجاد می کند. یافته ها نشان داد که عوامل مالی، مذهبی، جنسی، خانوادگی، رفتاری و اجتماعی ثبات یا بی ثباتی 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

می‌سازد (مسیور و دیمکپا<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

از جمله 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) از جمله عوامل مؤثر بر بی‌ثباتی ازدواج است که هر دوی این موارد جزء مؤلفه‌های صمیمیت زناشویی‌اند. یافتن یک معشوق و داشتن یک رابطهٔ پر دوام صمیمی با او یکی از اهداف مهم هر انسان است. بر اساس نظریهٔ عشق استرنبرگ<sup>۳</sup> (۱۹۸۶)، عشق تشکیل شده از صمیمیت، تعهد و شور و شهوت (کسلر<sup>۴</sup>، 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 پیش‌بینی‌کنندهٔ تعارضات و رضایتمندی زناشویی است (پاتریک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). صمیمیت عاطفی زوجین، در کنار صمیمیت جنسی، اثرگذاری مثبت و چشمگیری بر رضایت زناشویی زوجین دارد (دندورانت<sup>۶</sup>، 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 از جمله 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<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

وندن بروک<sup>۸</sup> 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 از نظر شناختی، عاطفی و انجام امور) و یک بعد آن هم 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<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). جنبه‌های جنسی و عاطفی صمیمیت زناشویی، در روابط عاشقانه، جزء همبسته‌های مهم رضایت زناشویی است (یوو<sup>۱۰</sup> 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. در واقع 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

اجتماعی (پاشا<sup>۱</sup> 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 از جمله شیوه‌های ارتقای صمیمیت زوجین محسوب می‌شود (کاردان سورکی<sup>۲</sup> 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-لیگنییرس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) که ارتباط مستقیمی با بی‌ثباتی ازدواج<sup>۴</sup> 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 ازدست‌رفته زوجین ترمیم شود و با توانمند شدن و غنی شدن رابطه 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 مهارنشده، 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 بر نمی‌آید و یا اینکه عوامل اثرگذار بر رابطه‌شان، در دست آن‌ها نیست. همچنین برخی از زوجین با این استدلال که مشکلات زندگی‌شان به طرف مقابل برمی‌گردد و ریشه 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 نظریه واقعیت‌درمانی است که بعدها به نظریه انتخاب تغییر نام یافت. این رویکرد از جمله 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 بالا آمده است صمیمیت و ارتباط مؤثر و محترمانه نقش قابل توجهی در پیشگیری از بی‌ثباتی و طلاق زوجین دارد و از جمله مؤلفه‌های ضروری برای ایجاد صمیمیت و ارتباط مؤثر، توجه به نیازها و رفع آن‌هاست (یانگ و همکاران، ۲۰۰۹) که این مقوله نیز در نظریه انتخاب به‌خوبی مورد توجه قرار گرفته است.

این رویکرد معتقد است که انسان‌ها به‌صورت لوح سفید به دنیا نیامده‌اند که نیروهای پیرامونی آن‌ها را صاحب‌انگیزه 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. وقتی که 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-Lignièrès

4. Marriage Instability

بگیرند که چگونه نیازهای خود را به صورت سالم و مسئولانه ارضاء کنند، آن وقت در موضع بهتری برای ایجاد روابط قوی قرار می گیرند. شکست در ارضای این پنج نیاز به تضاد و درد منجر می شود (کوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). اکثر مشکلات روانی، محصول عدم ارضای نیازها می باشد (شارف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس این نظریه، شخصیت انسان تا حدودی هنگام تولد تعیین می شود. نیازهای پنجگانه اولیه به آن چیزی منجر می شوند که در این نظریه رفتار کلی نام نهاده شده است. این نظریه معتقد است که مردم می توانند نحوه عمل و تفکر خود را کنترل کنند که بر چگونگی احساس آن ها اثر می گذارد (نوابی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). چون رفتار گذشته فرد را نمی توان تغییر داد باید بر رفتار فعلی او تمرکز نمود. در این رویکرد بر رفتار مراجع بیش از هیجان ها، احساس ها و نگرش های او تأکید می شود؛ زیرا کنترل کردن رفتار فرد، ساده تر و عملی تر از کنترل کردن هیجان ها، احساس ها و نگرش های اوست (ساعتچی، ۱۳۸۳). تمامی کارهایی که انسان از لحظه ی تولد تا مرگ انجام می دهد با چند مورد استثناء، انتخاب شده اند. همیشه هر رفتار کاملی (کلی) نهایت تلاش انسان برای به دست آوردن چیزی است که می خواهد با آن نیازهای خود را ارضاء نماید. رفتار کامل به فرد می آموزد که تمامی رفتارها از چهارعنصر جدانشدنی تشکیل می شوند که عبارت اند از عمل کردن، فکر کردن، احساس کردن و فیزیولوژی. رفتارهای فرد از درون سرچشمه می گیرند بنابراین انسان سرنوشت خود را انتخاب می کند. اگر انسان تمام کارهایی را که انجام می دهد انتخاب می کند پس باید مسئول آنچه انتخاب می کند نیز باشد. نظریه واقعیت درمانی روی مسئولیت انتخاب کردن تمرکز می کند (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 انگیزش های ناهشیار تأکید نمی کند. واقعیت درمانگران معتقدند که افراد مسئول زندگی خود و کنترل اعمال، احساسات و افکار خود هستند (نوابی نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). آن ها دیدگاه جبری را درباره ی انسان مردود می شمارند و فرد را قربانی تأثیر محیط و وراثت نمی دانند؛ اما درعین حال به تأثیر محیط و وراثت روی فرد اعتقاد دارند. چون مسئولیت اعمال و رفتارهای فرد را به عهده خویش می دانند از این روی فرد در نهایت مسئول تحقق نفس خویش و تعیین کننده نوع هویتش می دانند (شفیع آبادی، ناصری، ۱۳۸۳).

هدف درمان این است که شخص رفتار مسئولانه ای داشته باشد. معنی مسئولانه عمل کردن آن است که شخص نیازهای خود را ارضاء کند و این اقدام را به شیوه ای انجام دهد که دیگران را از ارضای نیازهایشان محروم نکند. فرد مسئول می داند از زندگی چه می خواهد و برای ارضای نیازهای خود و دستیابی به هدف هایش، برنامه ای مسئولانه تهیه و اجرا می کند (ساعتچی، ۱۳۸۳). این نظریه مسئولیت را به عنوان توانایی فرد برای تأمین نیازهایش تعریف می کند. واقعیت درمانگران مسئولیت را معادل سلامت روانی می دانند (شیلینگ<sup>۳</sup>، ۱۳۸۳).

این نظریه معتقد است که انسان ها نیازهایشان را مستقیم ارضاء نمی کنند. آنچه انسان انجام می دهد این است که هر کاری را که انجام می دهد و باعث می شود احساس خیلی خوبی داشته باشد را حفظ می کند. انسان این دانش را در محل خاصی از مغزش ذخیره

1. Corey

2. Sharf

3. Shilling

می‌کند که دنیای کیفی نامیده می‌شود. این دنیای کیفی در کانون زندگی انسان قرار دارد. این دنیای ذهنی، جایی است که انسان دوست دارد در صورتی که 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 می‌زند (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 در واقع 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 هنگامی که رفتارش نادرست است خود را ارزیابی کند و هنگامی که رفتارش درست است به خود افتخار کند (یائو<sup>۱</sup> 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 مرادۀ 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. به‌عنوان مثال زارعی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مشاوره گروهی به شیوه نظریه 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 نظریه انتخاب گلاسر بر تعهد اجتماعی زوجین اثرگذار است.

نگاهی به تحقیقات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که اگرچه اثربخشی نظریه 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. به‌عنوان مثال یک تحقیق توسط زارعی و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی این رویکرد را روی صمیمیت زناشویی زنان متأهل و تحقیق دیگر توسط رجمند 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 مقوله ثبات در ازدواج و نقش بی‌ثباتی در میزان طلاق زوجین، بررسی‌ها نشان داد که تنها یک کار مقایسه‌ای توسط نظری و همکاران (۱۳۸۹) در مورد رابطه سبک‌های دل‌بستگی با بی‌ثباتی ازدواج

<sup>۱</sup>. Yao

در زنان و مردان متأهل در ایران انجام شده است و علیرغم کارآمدی این رویکرد که در تحقیقات گذشته نیز به آن اشاره شده هیچ تحقیقی تأثیر واقعیت درمانی را روی بی‌ثباتی ازدواج بررسی نکرده است. به همین دلیل تحقیق حاضر به منظور بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گلاسر بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی انجام شده 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 آموزش و پرورش شهر مشهد بودند که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ 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 ثبت‌نام‌کننده ۲۴ زوج واجد معیارهای ذیل تشخیص داده شدند و به شیوه تصادفی به دو گروه کنترل ( $n=12$ ) و آزمایش ( $n=12$ ) تقسیم شدند. تلاش شد این دو گروه به لحاظ سن، مقطع تحصیلی، طول مدت ازدواج تفاوت قابل ملاحظه‌ای 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 انجام شده توسط روان‌پزشک یا روانشناس بالینی مرکز) ۴- اختلال جسمانی جدی و اعتیاد نداشته باشد ۵- سطح تحصیلات سیکل به بالا باشد ۶- هر دو زوج با رضایت آگاهانه حاضر به همکاری تا پایان دوره درمان باشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه عنوان شد. به منظور 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. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های مختلف آمار توصیفی مانند توزیع‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده است. در قسمت آمار استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) پس از کنترل مقادیر پیش‌آزمون به منظور پاسخگویی به فرضیه‌ها استفاده شد. نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS جهت پردازش داده‌ها به کار رفت. در جدول ۱ پروتکل برنامه آموزشی واقعیت درمانی ارائه شده است که برنامه مداخلاتی بر آن اساس اجرا شد. جلسات هفته‌ای یک‌بار به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد.

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 نظریه انتخاب گلاسر، بیان چرایی و چگونگی بروز رفتار از سوی فرد با توضیح مبسوط رفتار کلی با مؤلفه‌های چهارگانه آن (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) با ذکر مثال‌ها
۳	معرفی فرمول WDEP و ابول‌دینگ 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 عادت جایگزین مبتنی بر کنترل درونی در برقراری ارتباط مؤثر زناشویی
۴	توضیح نیازهای بنیادین پنج‌گانه انسان از جمله بقاء، عشق و تعلق، آزادی، پیشرفت و تفریح، کمک به اعضاء برای شناسایی نیمرخ نیازهای خود و همسر و چگونگی ایجاد شدن تعارض در نتیجه ناهمخوانی نیازها، مشخص ساختن نوع تداخل نیازها که باعث تعارض می‌شود و مشخص سازی نقش ارضای انواع نیازها در ایجاد صمیمیت زناشویی
۵	آموزش کنترل بر رفتارها با تمرکز بر مؤلفه رفتاری و فکری رفتار کلی با استفاده از استعاره ماشین و چمدان گلاسر، مشخص سازی مفهوم کنترل درونی و بیرونی، تأکید بر قبول مسئولیت در مورد رفتارهای تحت کنترل فعلی مان، مواجه شدن 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 قابل دسترس با توجه به دنیای کیفی.
۷	آموزش اصول ده‌گانه نظریه 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 در نتیجه نیل به اهداف.
۸	مرور جلسات قبلی، بررسی تکالیف و بازخوردها، جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون و پایان جلسات

**مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون<sup>۱</sup>:** 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 تدوین شده است. صمیمیت، توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف شده و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خودگذشتگی، خرسندی و رضایت را شامل می‌شود. احساسی است مبنی بر اینکه رابطه مهم، باز، توأم با عزت، همبستگی و تعهد متقابل است. نمره آزمودنی در مقیاس صمیمیت، از طریق جمع نمرات سؤالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه 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.

<sup>۱</sup>. Marital Intimacy Scale of Walker & Thompson

شاخص بی‌ثباتی ازدواج ادواردز<sup>۱</sup> 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 تدوین شده 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 محاسبه ضریب اعتبار این ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده نمود. او از ضریب همبستگی بین دو نیمه 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 یاری‌پور (۱۳۷۹) برای ارزیابی محتوای شاخص بی‌ثباتی ازدواج از نظرت چندین تن از اساتید متخصص استفاده شد که جملگی بر روایی سؤالات آزمون صحه 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 تا ۴۴ 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. از نظر 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. از نظر 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 نرمالیت نمونه‌های زیر ۵۰ نفر توصیه شده است (تاپاچنیک و فیدل<sup>۲</sup>، 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 مجزا 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

با توجه به نتایج جدول ۴- می توان برداشت نمود که مفروضه ی یکسانی واریانس خطا برای هر دو متغیر صمیمیت زناشویی و بی ثباتی ازدواج مورد تأیید قرار می گیرد ( $P > 0/05$ ). در جدول ۴- نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون با پس آزمون نمرات صمیمیت زناشویی و بی ثباتی ازدواج گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای تعیین نرمال بودن متغیرهای صمیمیت زناشویی و

بی ثباتی ازدواج در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک جنسیت و دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	Z	انحراف استاندارد	میانگین	مرحله	گروه	جنسیت	متغیر
۰/۴۲۸	۰/۸۷۵	۱/۶۹	۳/۱۶	پیش آزمون	آزمایش	مرد	صمیمیت زناشویی
۰/۴۹۶	۰/۸۳۰	۱/۳۴	۵/۰۰	پس آزمون			
۰/۱۱۰	۱/۲۰۵	۰/۹۰	۳/۴۱	پیش آزمون	آزمایش	زن	
۰/۲۳۴	۱/۰۳۵	۰/۷۹	۴/۹۱	پس آزمون			
۰/۴۵۸	۰/۸۳۳	۱/۱۳	۳/۲۵	پیش آزمون		مرد	صمیمیت زناشویی
۰/۳۶۱	۰/۹۳۸	۱/۱۵	۳/۳۳	پس آزمون	کنترل		
۰/۱۱۴	۱/۱۱۲	۱/۱۳	۳/۹۶	پیش آزمون		زن	
۰/۱۹۸	۱/۴۶۷	۰/۷۷	۳/۰۹	پس آزمون	کنترل		
۰/۳۳۸	۰/۹۴۲	۱/۱۳	۴/۷۵	پیش آزمون	آزمایش	مرد	بی ثباتی ازدواج
۰/۰۹	۱/۰۹۵	۰/۹۳	۳/۱۶	پس آزمون			
۰/۳۳۸	۰/۹۴۱	۱/۶۷	۴/۰۸	پیش آزمون	آزمایش	زن	
۰/۴۹۷	۰/۸۲۹	۱/۵۶	۲/۴۱	پس آزمون			
۰/۴۹۲	۰/۸۵۱	۱/۳۸	۴/۵۰	پیش آزمون		مرد	بی ثباتی ازدواج
۰/۱۱۸	۱/۱۱۶	۱/۱۶	۴/۴۱	پس آزمون	کنترل		
۰/۴۹۱	۰/۸۳۹	۱/۷۸	۴/۶۱	پیش آزمون		زن	
۰/۳۷۹	۰/۹۲۸	۱/۴۴	۴/۳۲	پس آزمون	کنترل		

با توجه به جدول ۲ و ۴ در متغیر صمیمیت زناشویی، تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پس آزمون معنی دار می باشد ( $F = 85/516, P < 0/0001$ ). برای بررسی بیشتر این تفاوت در نمودار ۱- نمرات صمیمیت زناشویی گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. علاوه بر آن نتایج همین جداول نشان داد تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پس آزمون متغیر بی ثباتی ازدواج معنی دار می باشد ( $F = 74/929, P < 0/0001$ ). برای بررسی بیشتر این تفاوت در نمودار ۲- نمرات بی ثباتی ازدواج گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. مجموعاً با توجه به نتایج جدول ۲- تأثیر آموزش گروهی واقعیت درمانی بر صمیمیت زناشویی و بی ثباتی ازدواج در سطح  $0/0001$  معنی دار است؛ بدین

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

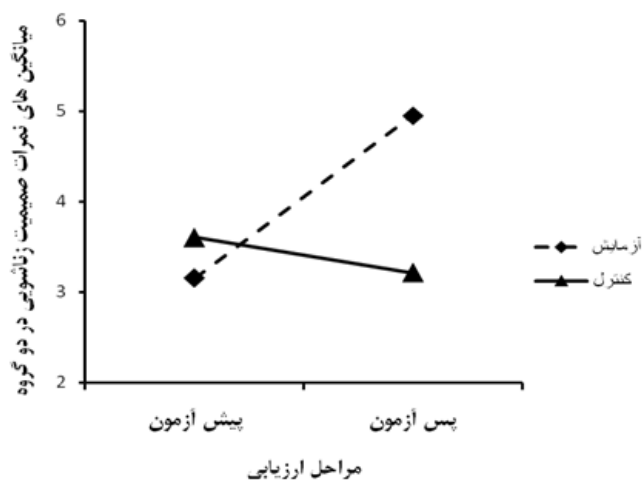
جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی یکسانی واریانس خطای متغیرهای صمیمیت

زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج

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

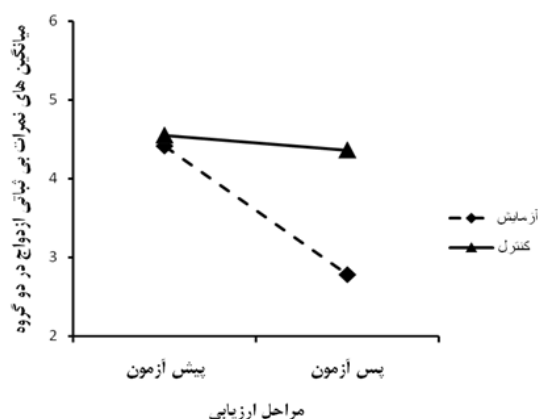
جدول ۴. نتایج دو تحلیل کوواریانس تک متغیره مجزا روی نمرات صمیمیت زناشویی و بی‌ثباتی ازدواج

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 صمیمیت زناشویی در دو گروه

آزمایش و کنترل



نمودار ۲. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون بی ثباتی ازدواج در دو گروه آزمایش و

کنترل

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی بر صمیمیت زناشویی و بی ثباتی ازدواج در زوجین مراجعه کننده به مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده آموزش و پرورش شهر مشهد انجام شد. یافته ها نشان داد که این برنامه آموزشی بر هر دو متغیر وابسته تأثیر قابل توجهی گذاشته است. در رابطه با فرضیه اول، یافته ها نشان داد آموزش گروهی نظریه 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 مشاوره گروهی به شیوه انتخاب، بر صمیمیت زناشویی و کاهش تعارض زناشویی زنان متأهل و همچنین صمیمیت زناشویی و مهارت های حل مسئله زوجین اثربخش است. در تبیین این یافته می توان گفت رفتارهای منفی در قالب مقابله به مثل های منفی، کمبود صمیمیت و فعالیت های مثبت مشترک، ارتباطات و حل تعارض ضعیف، ایفای نقش های نامناسب و عدم رضایتمندی جنسی از جمله ویژگی های زوجین آشفته و مشکل دار است (هالفورد، ۱۳۸۷) که می تواند فقدان صمیمیت و بی ثباتی را باعث شوند. از طرفی بهبود و ارتقای مهارت های ارتباطی، حل مسأله، خودافشایی و مهارت های پاسخ دهی همدلانه و آموزش روابط جنسی به عنوان یکی از نیازهای اصلی انسان، جمله شیوه های ارتقای صمیمیت زوجین محسوب می شود (کاردان سورکی و همکاران، ۲۰۱۶).

تمرکز این رویکرد بر انتخاب رفتارهای آگاهانه و مسئولانه در جهت ارضای نیازها است. در نظریه انتخاب با تمرکز بر مؤلفه رفتاری رفتار کلی، بر این نکته تأکید می شود که آغاز تغییر با انجام رفتارهای آگاهانه متفاوت همراه است. چراکه خود فرد رفتار خود را انتخاب می کند و با تغییر رفتارهای خود، افکار، احساسات و حالات فیزیولوژیک اش تغییر می کند. در واقع با توجه به استعاره ماشین، اگر زوجین رفتارهای جدید مثبت را انتخاب کنند به احتمال زیاد احساسات مثبت نیز در رابطه آن ها ایجاد خواهد شد و در نتیجه سبک ارتباطات آن ها با هم مطلوب و غیر کنترل گرانه خواهد شد. در همین رابطه تحقیق جابری و همکاران (۱۳۹۴)

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 از جمله پیش‌بینی کننده‌های مهم صمیمیت زناشویی محسوب می‌شوند. نظریه 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. در واقع 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 به حق انتخاب و قدرت انتخاب خود پی خواهد برد و می‌تواند رفتارهای جدیدتر و مطلوب‌تری را انتخاب کند و به گونه‌ای 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 در واقع دل‌زدگی و عدم تنوع زناشویی کم می‌شود؛ زیرا یکی از راه‌های کاهش دل‌زدگی، انجام کارها و رفتارهای تازه و مشارکتی و غیره منتظره زوجین برای همدیگر است (پاینز، ۱۳۸۳) که می‌توان این نکته را در همان مقوله نیاز به سرگرمی و تفریح گلاسر گنجانید. در نتیجه 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). از جمله مفاهیم پایه‌ای نظریه 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. در واقع افراد در این نظریه می‌آموزند که نیازهای خود را مسئولانه ارضاء کنند که در نتیجه آن هر یک از زوجین به احساس رضایت خواهد رسید؛ زیرا افراد برای ارضای نیازهای بنیادین خود ازدواج می‌کنند و اگر همسران انتظارات متفاوت و غیرواقع‌بینانه‌ای درباره نحوه ارضای نیازهای اساسی از جمله نیاز جنسی داشته باشند یا اینکه شدت نیازهایشان متفاوت باشد، رابطه و رضایت زناشویی‌شان دچار مشکل می‌شود (میرزانی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین زوجین اگر نتوانند نیازهایشان را به درستی ارضاء کنند، رفتارهای ناراضی‌بخش و

غیر انطباقی را انتخاب خواهند کرد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۵). تحقیق خلیلی و همکاران (۱۳۹۵)، برنا و همکاران (۱۳۹۲)، میرزانی و همکاران (۱۳۹۷)، زارعی و همکاران (۲۰۱۷) و رجماند و خسروی (۲۰۱۷) نشان داد که رویکرد گلاسر از طریق تأثیرگذاری بر روش‌ها و نحوه 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) به نحوی که 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 نظریه تبادل اجتماعی (ردموند، ۲۰۱۵) همسو است. در نظریه گلاسر بر تعهد و مسئولیت‌پذیری تأکید می‌شود و هیچ عذر و بهانه‌ای 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 به جای واری 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 در نتیجه 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 فرضیه 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<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷) و زوجینی که هنگام به وجود آمدن تعارضات، از شیوه‌های انطباقی حل تعارض از جمله 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)، میرزانی 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 (نظریه انتخاب) تعارضات زناشویی را کاهش داده است. تعارضات زناشویی وضعیتی است که در آن افراد دخیل در یک رابطه، در تحقق و ارضای نیازها و رغبت‌های شان دچار مشکل می‌شوند و هر کدام از طرفین دخالت طرف دیگر را در تحقق اهداف و نیازهای خود تجربه می‌کند (گتوک، ۲۰۱۲).

<sup>۱</sup>. Njoroge

یکی از شاخص های زوجین آشفته و مشکل دار که آن ها را به سمت طلاق سوق می دهد ناتوانی در حل و فصل تعارضات است (هالفورد، ۱۳۸۷). تحقیق حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که شیوه های حل تعارض سازنده که از خانواده اصلی زوجین کسب می شود بر صمیمیت زناشویی زوجین اثرگذار است. یکی از علل ایجاد شدن تعارض ها، تداخل نیازها و رغبت هاست (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 در نتیجه ثبات ازدواج می شود (مارگلیش و همکاران، ۲۰۱۷). سطوح بالای رضایت مندی جنسی به افزایش کیفیت زندگی زناشویی می انجامد که نتیجه اش کاهش بی ثباتی در ازدواج در گذر زمان است (یه و همکاران، ۲۰۰۶). همان طور که در فرضیه یک هم اشاره شد در رویکرد واقعیت درمانی بر ارضای مسئولانه نیازها تأکید می شود به گونه ای که ارضای نیاز یکی از زوجین ارضای نیاز دیگری را محدود نسازد و تمامی تلاش های زندگی معطوف رفع نیازهاست. مشکلات و تعارضات وقتی ایجاد می شوند که همسران، انتظارات غیر واقعی و متفاوتی پیرامون نیازهای خود و شیوه های ارضای آن ها داشته باشند یا اینکه شدت نیازهایشان باهم همخوان نباشد. در این نظریه افراد می آموزند که نیازهای خود را بشناسند، تلاش کنند که نیازهای خود و همسر را ارضاء کنند در نتیجه از بروز تعارض در این زمینه پیش گیری می شود.

یکی دیگر از علل حل نشدن تعارضات پافشاری هر کدام از زوجین بر فکر و عقیده 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. نظریه واقعیت درمانی با تمرکز بر انتخاب آگاهانه رفتار توسط فرد، باعث افزایش کنترل درونی و مسئولیت پذیری می شود. تحقیق امیری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که رویکرد واقعیت درمانی باعث افزایش کنترل درونی افراد بر رفتار خود شده است. براین - زمان (۲۰۱۰) نیز در تحقیق خود نشان داد که نظریه انتخاب باعث کنترل بیشتر افراد بر زندگی خویش شده است. اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می شود؛ زیرا فرد می تواند آگاهانه رفتارهای مناسب جهت بهبود وضعیت زناشویی خود را انتخاب کند.

یکی از فن هایی که در این نظریه آموزش داده می شود تکنیک WDEP است که فرد از طریق ارزیابی رفتارهای خود، مواردی که او را به هدف زندگی زناشویی نمی رساند حذف و با انتخاب رفتارهای منطقی و مطلوب به سمت اهداف مطلوب زندگی پیش می رود. 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 رابطه ای منفی وجود دارد. وقتی زوجین در اثر تعارضات شدید و حل نشده در مسیر انحلال زناشویی قرار می گیرند و به بن بست می خورند، در شرایطی به سر می برند که سرنوشت زندگی خویش را از کنترل خویش خارج دانسته و لذا فکر می کنند دیگر راهی برای حل مشکلات و تعارضات وجود ندارد. از طرفی هیچ کدام 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 نمی بینند و احتمالاً

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)، قربانعلی پور و همکاران (۱۳۹۳)، جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۶) و حکم آبادی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده‌اند که رویکرد واقعیت درمانی باعث افزایش امیدواری در افراد می‌شود. نتیجه افزایش امید، حرکت به سمت تغییر رفتاری و بهبود رابطه زناشویی است. لذا زوجین در قبال یکدیگر به شکل مقابله به مثل پاسخ نخواهند داد و در نتیجه از تشدید و تزیاد 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 رابطه زناشویی بر ثبات ازدواج و زناشویی تأثیر مثبت دارد. چرا که بهبود ارتباطات مثبت و کنترل بر افکار خود، می‌تواند از افتادن زوجین در ورطه بدبینی و منفی بافی جلوگیری کند و در نتیجه از حجم تعارضات کم کند (هراتیان و همکاران، ۱۳۹۴).

نکته مهم دیگری که پیرامون حل تعارض می‌توان گفت این است که در نظریه 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. در نتیجه 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 در نتیجه تاب‌آوری‌شان افزایش خواهد یافت. رضانی 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 تاب‌آوری، 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، تاب‌آوری زنان مطلقه را افزایش داده است. واقعیت درمانی (نظریه 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 پیش‌رو را به‌منظور ارضای نیازهای خویش دارند. پذیرش مشکلات و روبه‌رو شدن با آن‌ها و فرار نکردن از موقعیت باعث افزایش تحمل و تاب‌آوری افراد می‌شود. مسلماً کنترل درونی بر رفتار و افکار می‌تواند تحمل و صبر و تاب‌آوری زوجین را افزایش دهد و در نتیجه حل و فصل تعارضات بهتر صورت می‌پذیرد. از جمله 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

هستند به عنوان نمونه انتخاب کنند. همچنین نقش تعدیل گرانه جنسیت ارزیابی شود. بعلاوه پیشنهاد می شود 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 می تواند به تبیین بهتر یافته های تحقیق کمک کند. همچنین انجام تحقیق در فرهنگ های مختلف می تواند به تعمیم یافته ها اعتبار بیشتری ببخشد.

در مجموع می توان گفت که واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، با افزایش مسئولیت پذیری 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 آن ها، ایجاد امیدواری نسبت به آینده و ایجاد تاب آوری نسبت به مشکلات و تعارضات زناشویی و پذیرش مشکلات به زوجین کمک می کند تا در مسیر افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش بی ثباتی 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 می کنیم.

### 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، ۲۳(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؛ آقامحمدیان شعری، 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 شعری، 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.
- ثنائی، ب؛ علاقبند، س؛ فلاحتی، ش؛ هومن، ع. (۱۳۸۷). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت، چاپ دوم.

- جابری، س؛ اعتمادی، ع؛ احمدی، س.ا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی با صمیمیت زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۵(۲)، ۱۴۳-۱۵۲.
- جاماسیان مبارکه، آ؛ دوکانه ای فرد، فر. (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹)، ۲۳۷-۲۶۲.
- حیدرنیا، ا؛ نظری، ع؛ سلیمانان، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه پیشگیری و بهبود رابطه بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجها. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴(۱۵)، ۶۱-۷۸.
- حسینی، س؛ نظری، ع؛ رسولی، م؛ شاکرمی، م؛ حسینی، س. (۱۳۹۳). رابطه‌ی سلامت خانواده‌ی اصلی با صمیمیت زناشویی: بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های حل تعارض سازنده و غیر سازنده. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی 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 سوء مصرف کنندگان مواد. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵(۸)، ۷۵۲-۷۵۹.
- حبیبی، ک؛ علی محمدزاده، خ؛ حاجتی، ح. (۱۳۹۶). تأثیر "واقعیت درمانی گروهی" بر سازگاری همسران جانبازان دچار اختلال تش پس از سانحه. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۶(۶)، ۱-۷.
- خمسه، ا. (۱۳۸۷). آموزش قبل از ازدواج: راهنمای عملی زوج‌های جوان، تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء، چاپ سوم.
- خدادادی سنگده، ج؛ حاجی زاده، ط؛ آموستی، ف؛ رضایی، م. (۱۳۹۵). پیش‌بینی دلزدگی زناشویی بر اساس سلامت عمومی و صمیمیت زناشویی در پرستاران. مراقبت‌های 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 روان‌پرستاری، ۶(۱)، ۳۴-۴۱.
- رضایی، خ؛ احتشامی، ف. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری بیماران ام‌اس. فصلنامه دستاوردهای روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱(۱)، ۷۷-۹۲.
- ساعتچی، م (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: نشر ویرایش، چاپ دوم.
- سعادت‌شاه‌میر؛ ا؛ نجمی، م؛ حق‌شناس رضائیه، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر مسئولیت‌پذیری و دلزدگی زناشویی در دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد. فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۲، شماره ویژه بهار، ۶۵۳-۶۶۹.
- سالاری فر، 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.
- شفیق‌آبادی، ع؛ ناصری، غ. (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، چاپ دهم.
- شیلینگ، ل. (۱۳۸۳). دیدگاه‌های مشاوره، ترجمه خدیجه آرین، تهران: انتشارات اطلاعات، چاپ چهارم.

- طلائیان، ر، زهراکار، ک. (۱۳۹۴). بررسی التزام عملی به اعتقادات اسلامی و سبک های ادارهٔ تعارض زناشویی به عنوان عوامل پیش بینی کنندهٔ طلاق. *روان شناسی و دین*، ۸(۴)، ۱۰۷-۱۲۶.
- عباسی، ح؛ احمدی، س.؛ فاتحی زاده، م؛ بهرامی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعهد اجتماعی زوجین. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۲)، ۳-۱۰.
- عباسی، ح؛ احمدی، س.؛ 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.
- قربانعلی پور، 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.
- میرزانیان، ز؛ نیکنام شربانی، ا؛ حیاتی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۱)، ۶۱-۸۱.
- نوابی نژاد، 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 بی ثباتی 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، مزده؛ جعفری، فروغ. تهران: انتشارات فرا روان، چاپ دوم.
- هراتیان، ع؛ جان بزرگی، م؛ آگاه هریس، م. (۱۳۹۴). رابطه پایبندی مذهبی و تعارض زناشویی و تفاوت آن ها در میان زوجین. *پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۲(۵)، ۱۰۱-۱۱۷.
- یاری پور، ع. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر طرح مداخلات مشاوره خانواده بر میزان ثبت طلاق در محاکم دادگستری شهر قم. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- یوسفی کیا، م؛ خوش کنش، ا؛ فلاح زاده، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و ناامیدی در زنان مبتلا به ام اس. *ارمغان دانش*، ۲۳(۳).

- 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-Zlomisljic, 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.

- 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](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.