

## بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر ارتقاء روابط زناشویی زوجین

### خدیجه پژوهشی نیا<sup>۱</sup>، آرزبتا گلستانیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات بوشهر

<sup>۲</sup> دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات بوشهر

#### چکیده

ازدواج و انتخاب همسر یکی از مهمترین رویدادهای زندگی انسان محسوب میشود که نه تنها بر سلامت جسمی بلکه بر سلامت روانی فرد نیز تأثیر میگذارد و به طور قطع هر مشکلی برای خانواده اتفاق بیافتد؛ ضرر آن متوجه کل ساختار و نظام ارزشی، فرهنگی جامعه خواهد بود. هدف از این پژوهش نیمه آزمایشی بررسی اثر بخشی رویکرد درمانی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی بود 25 نفر آزمودنی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و به صورت فراخوان به کلینیک درمانی مراجعه کرده بودند، با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بود. ابزار سنجش، پرسش نامه 54 پرسشی تعارض های زناشویی ثنایی و پرسش نامه بهزیستی اجتماعی صفاری نیا بود. نتایج نشان داد که واقعیت درمانی به شیوه گروهی می تواند به عنوان درمان موثری در افزایش تعهد زناشویی و عزت نفس زوجین به کار برده شود. مقدمه در میان تعاملات گوناگون تعهد مهم ترین جنبه کیفی یک رابطه است. هر فرد در طول زندگی خود متعهد به امور مختلفی می شود. یکی از ویژگی های ازدواج های موفق و طولانی مدت وجود تعهد زناشویی است. هم چنین، با وجود آن که مداخله واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی آزمودنی ها اثر بخشی نداشت، اما بر دو زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی، اثربخشی معنادار داشت.

واژه های کلیدی: واقعیت درمانی، روابط زناشویی، بهزیستی اجتماعی.

## ۱. مقدمه

ازدواج یک سنت دیرینه اجتماعی است که از زمانهای بسیار قدیم، بلکه از آغاز زندگی بشر مرسوم بوده است. پیمانی است مقدس که در بین تمام اقوام و ملل، مذهبی و غیر مذهبی و در تمام اعصار و امکانه وجود داشته است. ازدواج برای انسانها یک نیاز طبیعی است که از آفرینش ویژه آنها سرچشمه می‌گیرد (امینی ۱۳۷۴). در جوامع سنتی به ویژه جوامعی که با زیربنای اخلاقی محکم شکل گرفته اند، ازدواج به عنوان یک واقعه مهم حیاتی محسوب می‌شود و بسیاری از جوانان یکی از ایده آل‌های خود را در تشکیل خانواده می‌بینند. در واقع هم، آغاز زندگی مشترک و قبول مسئولیت اداره خانواده یک رویداد مهم حیاتی است، زیرا ازدواج و گزینش همسر از مهمترین شاخصهای تحرک اجتماعی در هر جامعه است (احمدی موحد ۱۳۸۷). اغلب زوجها آگاهند که ازدواج با بحرانهای دایمی سر و کار دارد و می‌دانند ۴۰ تا ۵۵ درصد زندگیمهای زناشویی احتمالاً به طلاق و جدایی می‌انجامد. اغلب آنها در آغاز معتقدند که روابط آنان متفاوت از دیگران است و عشق عمیق و خوشبختی آنها پشتوانه زندگی مشترک آنان خواهد بود؛ اما دیر یا زود اغلب این زوجها می‌بینند که برای برخورد با مسایل و تضادهایی که به تدریج در زندگی مشترکشان ریشه می‌دواند، از آمادگیهای لازم بی‌بهره اند. برداشتهای آرمان‌گرایانه‌جراید از ازدواج، زوجها را برای برخورد مؤثر و پیروزمندانه با دلسردی و افسردگی و اصطکاک، آماده نمی‌کند (بک، ترجمه قراچه داغی ۱۳۸۵). از عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی می‌توان سن، جنس، درآمد، فرهنگ، حقوق مدنی و سیاسی، نژاد، برابری، همگنی و تجانس فره‌نگی، معنویت، شادی، خوش‌بینی، خویشتن‌پذیری، معنا داری، احساس انسجام یا بهم پیوستگی را نام برد (کهنکی ۱۳۸۴).

تعهد در روابط زناشویی مفهوم ویژه‌ای دارد و تا کنون تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است. قدیمی‌ترین تعریف متعلق به دین و اسپانیر است که تعهد زناشویی به عنوان "تمایل پایدار زوجین برای حفظ و تداوم ازدواج تعریف شده است". در مدل سه وجهی عشق استرنبرگ سومین رأس مثلث، تعهد است که به تصمیم‌گیری زوجین در مورد اقامت کردن و در کنار همدیگر بودن اشاره دارد (مولید، ۱۳۹۱). تعهد زناشویی را می‌توان احساس تداومی که در جاذبه و محدودیت‌ها پیدا می‌شود تعریف کرد (نلسون و همکاران، ۲۰۱۱). تعهد ماهیت وابستگی فرد در رابطه را نشان می‌دهد؛ این که فرد در رابطه چقدر احساس امنیت می‌کند و تا چه حد احساس می‌کند که رابطه دراز مدت ارزشمند است. جانسون، تعهد زناشویی را شامل سه بعد تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری می‌داند (شاکرمی، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۳). تعهد شخصی، به معنای علاقه و تمایل فرد برای تداوم رابطه زناشویی است. این تعهد منعکس‌کننده تلقی‌های فرد نسبت به شریک زندگی و رابطه‌اش و همین‌طور میزان اهمیت رابطه برای هویت فرد است (شاکرمی و همکاران، ۱۳۹۳). بعد دیگر تعهد زناشویی، تعهد اخلاقی است که نشان‌دهنده میزان احساس تعهد فرد به ادامه رابطه است. ارزشها و باورهای بنیادین فرد در باره مسیر رفتار صحیح در رابطه، بر محوریت تعهد اخلاقی قرار دارد (نلسون و همکاران، ۲۰۱۱). تعهد ساختاری به این معناست که فرد احساس می‌کند به دلیل عوامل خارجی باید در رابطه باقی بماند (تانگ و کوران، ۲۰۱۲). هم تعهد نسبت به همسر و هم تعهد نسبت به نهاد ازدواج برای موفقیت یک ازدواج مهم می‌باشد (لامبرت و دولاهیت، ۲۰۰۸). هر ازدواج موفق حاوی سه رکن اساسی تعهد، جاذبه و تفاهم است که در این بین تعهد زناشویی قویترین و پایدارترین عامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت و ثبات زناشویی است (موسکو، ۲۰۰۹). سطوح بالای تعهد زناشویی با ابراز عشق بیشتر، سازگاری و ثبات زناشویی بالاتر، مهارتهای حل مسأله مناسبتر و رضایت زناشویی رابطه دارد (زارعی و حسینقلی، ۱۳۹۲) و سطوح پایین آن با دلزدگی زناشویی رابطه دارد (اسدی، فتح‌آبادی و شریفی، ۱۳۹۲)؛ اما کیفیت روابط زناشویی چنان با کل شخصیت در هم آمیخته است که در نظرگرفتن آن به عنوان پدیده‌ای مستقل از عوامل روانی-اجتماعی غیرممکن است (لی، سان و چائو، ۲۰۰۱).

واقعیت‌درمانی از روش‌های عملگراییانه‌ای مانند آموزش دادن، تایید، شوخ‌طبعی، مواجهه، پرسیدن، نقش‌بازی کردن و بازخورد استفاده می‌کند. واقعیت‌درمانی یک چرخه مشاوره‌ای است که شامل ایجاد یک محیط مشاوره‌ای کارآمد و اجرای روش‌هایی ویژه است که واقعیت‌درمانی تاکید می‌کند که ارتباطات ناسالم نتیجه رفتار نامطلوب است. واقعیت‌درمانی بر تمرکز مراجع بر رفتارش تاکید دارد و از سرزنش کردن مراجع خودداری می‌کند (بردلی، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، بهزیستی

اجتماعی، به عنوان یکی از مهم ترین زیرمجموعه های بهزیستی و سلامتی، شامل ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه های اجتماعی و حمایت اجتماعی است. احساس داشتن یک نقش اجتماعی و هویت، یکی از جنبه های مهم بهزیستی اجتماعی است (آلبرت، ۲۰۱۲).

ازدواج یکی از مهمترین رویدادهای زندگی انسان محسوب می شود. ازدواج نه تنها در سلامت جسمی و روانی فرد مؤثر است، بلکه نقش مهمی را در ورود انسان به دوره بزرگسالی برعهده دارد (موسوی، ۱۳۸۶). در زمینه پژوهش های واقعیت درمانی؛ نبود پژوهش های عمیق و کنترل شده در مورد روش واقعیت درمانی، بزرگ ترین نقطه ضعف این رویکرد بوده است. بیش تر مقاله ها و مطالبی که درباره واقعیت درمانی نوشته شده اند، به نقل داستان و رمان شبیه است (لیتواک، ۲۰۰۷). در زمینه ازدواج و خانواده، تنها دوبا و همکاران (بریتزمن و همکاران، ۲۰۰۹) یک طرح درمانی را بر اساس واقعیت درمانی برای تعارض های زناشویی و خانواده ارائه کرده اند و به صورت موردپژوهی و بر اساس طرح خود، به مداخله درمانی یک خانواده پرداخته اند. تا کنون هیچ پژوهش مداخله ای کنترل شده در زمینه درمان تعارض های زناشویی با روش واقعیت درمانی مشاهده نشده است. با وجود آن که هنوز رویکرد واقعیت درمانی در کتاب های خانواده درمانی های دانشگاهی وارد نشده است؟ بسیاری از تحقیق ها نشان می دهند که واقعیت درمانی نقش مهمی در افزایش سلامت روانی در زوجین دارد. واقعیت درمانی به انسان ها کمک می کند روی رفتار و انتخاب های خود تسلط و کنترل داشته باشند این روش مشاوره گروهی بر نظریه کنترل مبتنی است و فرض را بر این می گذارد که مردم مسئول زندگی خویش و اعمال، احساس ها و رفتارهایشان هستند. راز حل کردن مشکلات عزت نفس این نیست که به افراد ناسازگار اطمینان داده شود که رو به را هستند. هم چنین، هنوز هیچ پژوهشی که به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی در بهزیستی اجتماعی توجه کند، مشاهده نشده است. این پژوهش به بررسی این موضوع پرداخته است و تلاش دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا یک روش درمانی مانند واقعیت درمانی می تواند باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی مراجعان شود؟

## ۲. واقعیت درمانی چیست؟

واقعیت درمانی یک روش مشاوره و روان درمانی است که ویلیام گلاسر روانپزشک آن را برای درمانگران، مشاوران و سایر افراد بنیانگذاری کرده است (اسماعیلی فر، شیخی، جعفرپور، ۲۰۱۳). واقعیت درمانی گلاسر از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود (قربانعلی پور، نجفی، علیرضالو، نسیمی، ۱۳۹۳). در واقعیت درمانی بر مفاهیمی چون، کنترل، مسئولیت پذیری و انتخاب تاکید می شود که می تواند بر راهبردهای کنارآیی و منبع کنترل افراد تاثیر بگذارد (امیری، آقا محمدیان شعرباف، کیمیایی، ۱۳۹۱). واقعیت درمانی بر اساس نظریه انتخاب استوار است در این نظریه اعتقاد به این است که اعمال ما یک رفتار و رفتار ما یک انتخاب است (تدین، آریا و لطفی، ۲۰۱۳)، یعنی خود رفتارهایمان را انتخاب می کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل و احساس می کنیم هستیم (صاحبدل، خوش کنش، پوراابراهیم، ۱۳۹۰). گلاسر رفتار را شامل چهار مولفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می داند که ما بر دو مولفه عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم کنترل داریم. تاکید نظریه انتخاب بر دو مولفه عملکرد و تفکر می باشد (تدین و همکاران، ۲۰۱۳). گلاسر نشان داد که انسانها به وسیله پنج نیاز درونی که عبارتند از نیاز به تعلق، نیاز به تفریح و سرگرمی، نیاز به عشق، نیاز به آزادی و نیاز به بقاء برانگیخته می شوند. این نیازها در انسان ذاتی هستند و آموختنی نیستند، عمومی می باشند و مخصوص افراد خاصی نیستند و جهانی هستند و محدود به ناحیه و یا فرهنگ خاصی نیستند. تمام رفتارهای انسان در جهت ارضای این پنج نیاز هدایت می شوند. ارضای مؤثر این پنج نیاز در انسان منجر به احساس کنترل می شود که در نظریه های دیگر خودشکوفایی یا تحقق خود نامیده می شود (نعمت زاده و شیخی سری، ۲۰۱۴) به نظر گلاسر انسان دو نیاز اساسی دارد: نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن، احساس ارزشمندی درباره خود و دیگران. اگر نتواند این دو نیاز اساسی را ارضا کند، هویت شکست در او شکل می گیرد. شکست در برقراری ارتباط عاطفی با دیگران باعث می شود تا فرد این نیاز را در خود انکار کند و از ارتباط و درگیری با آنها دوری جوید. در این حالت

توجه فرد به سوی خود معطوف می‌شود؛ به عبارت دیگر "خود درگیری" پیدا خواهد کرد؛ یعنی درگیر اضطراب، افسردگی، رفتار ضد اجتماعی و بیماری جسمانی می‌شود و درگیری با دیگران به درگیری با خود جابه‌جا می‌شود. از آنجا که چنین افرادی یاد نگرفته‌اند نیازهای خود را با در نظر گرفتن واقعیت ارضا کنند رفتار آنها غیر مسئولانه است. اینان هرگز موفقیت را تجربه نکرده‌اند و خود را با ارزش نمی‌دانند. به این دلیل نمی‌توانند به شیوه‌ای مناسب با دیگران رابطه عاطفی برقرار کنند. عشق و محبت خود را به دیگران نثار کنند و متقابلاً از عشق و محبت آنها بهره‌مند شوند. هدف اصلی واقعیت‌درمانی همانا تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است (به نقل از اکبری نژاد، اعتمادی، نصیر نژاد، ۱۳۹۳). گلاسر معتقد است واقعیت‌درمانی برای هر انسانی و در هر مرحله‌ای از زندگی مناسب و کاربردی است و باعث ایجاد مسئولیت و توانمندسازی افراد می‌شود. واقعیت‌درمانی و تئوری انتخاب در کنار هم می‌تواند بسیار تاثیرگذار باشد (ابراهیمی، ۲۰۱۲). گلاسر معتقد است تعارضات ارتباطی ناشی از تعارض بین نیازها یا درخواستهای متضاد است. مراجعان باید از نقش و بازی ناخودآگاه خود، آگاهی یابند و درمانگر به آنها کمک می‌کند که با نیازها و نقشهای خود روبرو شوند و راههای بهتری برای ارضای نیازهایشان بیابند (سعادت بری، بحرینیان، عابدی و آقایی، ۲۰۱۳). در زمینه واقعیت‌درمانی، تعهد زناشویی و عزت نفس پژوهش‌های مجزای مختلفی صورت گرفته است. پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا نشان از اثربخش بودن واقعیت‌درمانی بر انواع مولفه‌ها دارد؛ نظیر کاهش افسردگی بزرگسالان (بارگوا، ۲۰۱۳)، افزایش انعطاف‌پذیری زنان (سادات بری و همکاران، ۲۰۱۳)، افزایش شادکامی (اسماعیلی فر، شیخی و جعفر پور، ۲۰۱۳؛ غلامعلی حکاک، ۲۰۱۳)؛ بهبود عملکرد تحصیلی (کیانی پور و حسینی، ۲۰۱۲)، کاهش افسردگی، اضطراب، تنیدگی و حل مشکلات تصویر تن زنان ماستکتومی (پری‌زاده، ۱۳۹۱)؛ سلامت روانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی (صاحب‌دل، خوش‌کنش و پور ابراهیم، ۱۳۹۱)؛ منبع کنترل، میزان وسوسه، احساس کنترل مثبت و رضایت از زندگی (وفایی جهان، ۲۰۱۲).

### ۳. بیان مسئله:

در سال‌های اخیر مبحث تعامل اجتماعی توجه پژوهشگران زیادی از جمله روانشناسان را بخود معطوف کرده است. اهمیت کارکردی و بنیادی مهارت‌های اجتماعی در سلامت و بهداشت فردی و اجتماعی، باعث شده است پژوهش‌های متعددی در این زمینه صورت بگیرد. امروزه داشتن مهارت‌های اجتماعی و توانایی برقراری روابط متقابل، با توجه به گستردگی و پیچیدگی تعاملات بین افراد، از ملزومات زندگی اجتماعی است (اشلانت و مک فال، ۱۹۸۵). از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است، حضور در جمع و داشتن روابط با افراد برای او امری اجتناب‌ناپذیر است اما برای بودن در جمع و حضور مناسب در مناسبات اجتماعی، آموختن برقراری ارتباط امری ضروری بوده و نداشتن مهارت‌های اجتماعی باعث ایجاد اختلال در روند تعاملات اجتماعی فرد می‌شود (فرکاس، ۱۳۷۳).

در واقعیت‌درمانی پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت به‌سزایی دارد. به نظر گلاسر ادراک‌های انسان از واقعیت است که رفتار، کنشها، افکار و احساسات او را رقم می‌زند نه خود واقعیت. واقعیت‌درمانی بر سه اصل استوار است: قبول واقعیت، قضاوت درباره درستی یا نادرستی رفتار، پذیرش مسئولیت اعمال و رفتار (۱۳۸۶، شفیع‌آبادی و ناصری). جازمین (۲۰۰۹) با انجام روشها و فنون واقعیت‌درمانی در کشورهای آسیایی کره، ژاپن، تایوان، استرالیا و مالزی بیان کرد که این رویکرد جهانی و در فرهنگها و مذاهب این کشورها به خوبی پذیرفته شده و قابل اجرا می‌باشد.

از زمانهای بسیار دور همیشه این سؤال مطرح بوده که چه چیزی باعث بهزیستی می‌شود. هر یک از پژوهشگرانی که در این حیطه کار کرده‌اند، عوامل و ابعاد خاصی را به‌عنوان ویژگیهای فرد واجد نسبتی از بهزیستی روانی معرفی نموده‌اند؛ مثلاً "ویلیام جیمز پدر روان‌شناسی آمریکا معتقد است که برخی از افراد در هر سنی با وجود تمامی مشکلات و سختی‌هایی که در زندگی دارند خود را به سوی خوشبختی سوق می‌دهند. اینها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ، کشت و کشتار و ناآرامیها برگرفته و بسوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می‌دهند. ویسینگ در سال ۱۹۸۸ و وان‌دان در سال ۱۹۹۴

نیز یک سازه بهزیستی روان شناختی کلی را معرفی کردند که احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی را اندازه گیری می کند (رحیمیان، ۱۳۸۶).

گلسر نیز برای انسان دو نیاز اساسی قایل است: نیاز به مبادله عشق و محبت و نیاز به احساس ارزش. وی نشانه بارز سلامت روان را پذیرش مسئولیت می داند و معتقد است که هر فردی یک هویت متصور دارد که بدان وسیله احساس موفقیت یا عدم موفقیت نسبی می کند. از خصوصیات افراد نا موفق آن است که از مواجه شدن با واقعیت، ناراحت، مضطرب و اندوهگین می شوند. در عوض افرادی که هویت موفق دارند به نحو سازنده ای با واقعیات و مشکلات خود درگیر می شوند و احساس ارزشمندی و عشق می کنند. بطور کلی واقعیت درمانی یکی از جدیدترین تلاشهای درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸). اثربخشی واقعیت درمانی بر سلامت روان و یا موضوعات مشابه با آن در بین گروهی از جمعیت ها مورد بررسی قرار گرفته است مثلاً " درباب (۱۳۸۶) در تحقیق خود نشان داده که آموزش مفاهیم واقعیت درمانی بر افزایش صمیمیت در میان زوجین ناسازگار موثر است. حسینی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیق خود بر روی گروهی از زنان که نارضایتی زناشویی داشتند، نشان دادند که روان درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب باعث افزایش رضایت زن آشویی در این افراد شده است. تریج، جی سنیتو و کیرون (۲۰۰۳) تاثیر مثبت واقعیت درمانی را در پذیرش خود، خوددوستی و احترام به خود در میان افرادی که مورد خشونت قرار گرفته اند بررسی کرده است.

یافته های نجاریان پور و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان می دهد که آموزش تعهد پیش از ازدواج، بر بهبود ویژگی های تعهد و افزایش میزان آن تأثیر مثبت دارد. همچنین نتایج پژوهش عرفانی اکبری (۱۳۸۷) نشان می دهد که ارتباط درمانی زوجین به تنهایی می تواند میزان پایبندی به تعهدات زوجین را افزایش دهد؛ و نیز امانی و بهزاد (۱۳۹۰) نشان دادند که طرحواره درمانی بر ارتقاء تعهد زناشویی و عزت نفس زوجها تأثیر مثبت دارد. بر این اساس، با توجه به روند روبه رشد پدیده طلاق در جامعه و پیامد روابط فرا زناشویی در زوجین و اثر این آسیب بر مرزهای خصوصی خانواده و همچنین اهمیت میزان تعهد زناشویی و عزت نفس بر کیفیت مهارت های ارتباطی زوجین، شیوه مواجهه آنان با مسایل، تمرکز بر روش های درمانی مناسب جهت بهبود و ارتقای این متغیرها، در راستای حفظ سلامت و بهداشت روانی زوجین و در نتیجه جامعه، ضرورت اقداماتی برای بهبود روابط زناشویی و خانوادگی و به ویژه افزایش میزان تعهد زناشویی و عزت نفس زوجین مطرح می گردد. از آنجا که واقعیت درمانی بر روی مفاهیمی از جمله مسئولیت پذیری، کنترل درونی، هویت موفق و شکست بحث می کند و این مفاهیم ارتباط نزدیکی با عزت نفس و تعهد زناشویی دارد (اسمخانی و همکاران، ۱۳۹۳) به نظر می رسد که این رویکرد بر میزان افزایش عزت نفس و تعهد زوجین موثر باشد. با توجه به مزایای روان درمانی گروهی پژوهش حاضر به صورت گروهی انجام شد، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود با اجتماع را می بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می شود، ضمن اینکه تجارب جدیدی برای برقراری ارتباط را با دیگران یاد می گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می کند و اعتماد به نفس و عزت نفس او بالا می رود. لذا با توجه به اینکه پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر عزت نفس و تعهد زناشویی انجام نشده است پژوهش حاضر در صدد است دریابد که اجرای واقعیت درمانی به شیوه گروهی چه تاثیری بر تعهد و عزت نفس زوجین دارد؛ بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر روی تعهد زناشویی و عزت نفس زوجین تاثیر دارد؟

#### ۴. روش و طرح پژوهش

این مطالعه از نظر هدف در زمره پژوهش های کاربردی و از نظر روش شناسی جزء طرحهای نیمه آزمایشی می باشد. این پژوهش دارای پیش آزمون-پس آزمون (۱ ماه پس از پس آزمون) و یک گروه آزمایشی (واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب)، دو متغیر وابسته تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی و یک گروه کنترل می باشد. دوره پیگیری درمان به

دلایل زیر یک ماه انتخاب شد. نخست: محدودیت زمانی، دوم: امکان ریزش آزمودنی ها با طولانی تر شدن دوره پیگیری سوم: افزایش اثرهای انتقالی با افزایش مدت زمان پیگیری (فرگوسن و تاکان، ۱۹۸۹) و چهارم: پژوهش های پیشین که به بررسی تاثیر متغیرهای مداخله ای روان درمانی پرداخته اند و نتایج معناداری بدست نیامده است.

جامعه آماری پژوهش مشتمل بر زنانی با تعارض زناشویی در سال ۱۳۹۴ که شرایط ورود به پژوهش را داشتند. آزمودنی ها به وسیله فراخوان به مرکز مشاوره راهنمایی شدند، ابتدا یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و سپس پرسش نامه تعارض های زناشویی اجرا شد. آزمودنی ها، در صورت داشتن شرایط ورود به پژوهش، به عنوان نمونه انتخاب می شدند. با این روش ۲۵ آزمودنی انتخاب شدند که با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه واقعیت درمانی ۱۳ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر، قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسش نامه های تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی استفاده شد.

پرسش نامه تعارض های زناشویی: یک ابزار خودگزارش دهی و شامل ۵۴ پرسش است که به وسیله ثنایی، براتی و بوستانی پور (به نقل از ثنایی، ۱۳۸۷) ساخته شده و در اصل برای شناسایی ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی بکار گرفته می شود. پایایی پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه برابر ۸۲/۰ بدست آمد که رضایت بخش است. پرسش نامه بهزیستی اجتماعی: این پرسش نامه از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است و مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس می باشد. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی (۲۰۱۳). پایایی پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه برابر ۸۵/۰ بدست آمد که رضایت بخش است.

## ۵. یافته ها

آمار توصیفی نتایج پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. در گروه آزمایشی واقعیت درمانی، ۱۳ نفر و در گروه کنترل ۱۲ نفر قرار داشتند. میانگین سنی و کل آزمودنی ها، به ترتیب ۳۳ سال بوده است.

جدول ۱. آمار توصیفی

	پس آزمون				پیش آزمون				گروه پیگیر		
	واقعیت درمانی		گروه کنترل		واقعیت درمانی		گروه کنترل		واقعیت درمانی	گروه کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
تعارض ها زناشویی	۱۶۷/۲۵	۱۴/۸۱	۱۳۰/۳۸	۱۴/۵۵	۱۶۲/۲۵	۲۲/۶۴	۱۱۰/۸۵	۱۱/۵۸	۱۶۵/۵۸	۱۱/۹۳	۱۶۴/۱۵
بهزیستی اجتماعی	۹۱/۹۲	۱۰/۹۸	۹۸/۱۵	۱۲/۱۳	۹۴/۰۰	۱۴/۳۸	۱۰۱/۰۸	۱۵/۰۱	۹۱/۵۰	۱۶/۹۵	۹۷/۲۳
همبستگی اجتماعی	۳/۵۳	۲۰/۵۸	۳/۰۰	۲۱/۰۰	۳/۵۵	۲۰/۷۵	۳/۹۳	۲۱/۵۴	۳/۸۹	۱۸/۸۳	۴/۹۱
انسجام اجتماعی	۳/۷۴	۱۵/۸۳	۳/۷۱	۱۹/۶۲	۳/۹۵	۱۶/۰۰	۳/۹۶	۱۹/۸۵	۳/۲۱	۱۶/۵۰	۳/۸۰
مشارکت اجتماعی	۲/۱۰	۱۸/۰۸	۲/۳۳	۱۹/۳۸	۲/۲۹	۱۸/۱۷	۲/۷۸	۱۹/۶۲	۴/۴۹	۱۸/۸۳	۵/۱۷
شکوفایی اجتماعی	۴/۱۰	۲۱/۴۲	۳/۲۸	۲۱/۳۸	۴/۱۲	۲۱/۵۰	۳/۷۸	۲۱/۶۲	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۴/۴۱
پذیرش اجتماعی	۳/۱۰	۱۷/۵۰	۴/۱۳	۱۷/۹۲	۳/۳۸	۱۷/۵۸	۴/۲۵	۱۸/۴۶	۳/۸۵	۱۷/۳۳	۳/۴۷

برای سنجش پیش فرض توزیع بهنجار و برابری واریانس های بین گروهی از آزمون شایپرو-ویلک استفاده شد و برای همگنی خطای واریانس های متغیرهای وابسته در میان تمام گروهها برای متغیرهای وابسته آزمون لیون (جدول ۲) بکار برده شد.

جدول ۲. آزمون های مرتبط با سنجش نرمال بورن توزیع و همگنی خطای واریانس

آزمون لیون			شایپرو ویلک			گروه	
Sig.	Df2	Df1	F	Sig.	df	statistic	
0/748	23	1	0/106	0/003	25	0/860	تعارض های زناشویی
							پیش آزمون
0/044	23	1	4/526	0/004	25	0/917	پس آزمون
0/080	23	1	3/352	0/586	25	0/968	پیگیری
0/422	23	1	0/669	0/004	25	0/917	بهزیستی اجتماعی
							پیش آزمون
0/278	23	1	1/234	0/043	25	0/916	پس آزمون
0/753	23	1	0/102	0/287	25	0/953	پیگیری

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، متغیرهای تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی، دارای توزیع نرمال نمی باشد زیرا نتایج آزمون شایپرو ویلک در پیش آزمون؛ و پس آزمون تعارض های زناشویی  $P < 0/003$  و هم چنین، در گروه پیش آزمون  $P < 0/003$  و پس آزمون  $P < 0/004$  بهزیستی اجتماعی معنادار بود و این به معنای آن است که توزیع پیش آزمون نرمال نمی باشد. هم چنین، نتایج آزمون لوین در گروه پس آزمون تعارض های زناشویی  $P < 0/004$  معنادار بود و این معناداری به این مفهوم است که فرض برابری واریانس های بین (  $P < 0/044$  ) گروهی یا همگنی خطای واریانس های متغیرهای وابسته در میان تمام گروهها که با آزمون لوین اندازه گیری می شوند را دارا نمی باشند. از این رو، لازم است برای آزمون فرضیه های پژوهش (اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی) از معادل ناپارامتریک تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، یعنی آزمون فریدمن استفاده شود.

**فرضیه نخست پژوهش** "واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، باعث کاهش معنادار تعارض های زناشویی زنان می گردد." همان گونه که توضیح داده شد، از آزمون فریدمن استفاده گردید.

جدول ۳. آزمون فریدمن

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه
0/004	11/200	2	2/48	11/54	164/84	پیش آزمون واقعیت درمانی
			1/56	32/25	135/52	پس آزمون
			1/96	27/45	148/08	پیگیری

نتایج آزمون فریدمن جدول ۳ با توجه به معناداری آماره مجذور خی ( $P < 0/001$ ) نشان داد که می توان اثربخش بودن مداخله های درمانی واقعیت درمانی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش تعارض های زناشویی برداشت کرد. فرضیه دوم پژوهش "واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب باعث افزایش بهزیستی اجتماعی زنان می گردد." همان گونه که توضیح داده شد، آزمون فریدمن بکار برده شد (جدول ۴).

جدول ۴. آزمون فریدمن

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه
0/603	1/10	2	1/90	15/98	94/48	پیش آزمون بهزیستی اجتماعی
			2/16	13/56	97/68	پس آزمون
			1/94	10/82	95/16	پیگیری
0/046	6/161	2	1/64	4/46	19/84	پیش آزمون پیوستگی اجتماعی
			2/28	3/70	21/16	پس آزمون
			2/08	3/23	20/80	پیگیری
0/044	6/241	2	1/64	3/58	17/32	پیش آزمون پذیرش اجتماعی
			2/26	3/81	18/04	پس آزمون
			2/10	3/59	17/72	پیگیری

نتایج آزمون فریدمن برای اثر واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی (جدول 4) معنادار و پذیرش ( $P < 0/603$ ) نبود، اما آزمون فریدمن برای دو زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی ( $P < 0/046$ ) و پذیرش اجتماعی ( $P < 0/044$ ) معنا دار بود.

#### ۶. بحث و نتیجه گیری

در تبیین یافته های ذکر شده می توان به مفاهیم مورد تاکید واقعیت درمانی استناد کرد. واقعیت درمانی بر ارضای نیازهای بنیادین انسان از جمله عشق وتعلق خاطر تاکید می کند. ارضای این نیاز نه تنها انسان را به سوی مراقبت و مهرورزی نسبت به کسانی که حتی نمی شناسد سوق می دهد، بلکه به جستجوی رابطه رضایت بخش با افراد خاص مانند همسر، اعضای خانواده و دوستان در تمام طول زندگی ترغیب می کند (گلاسر، ۲۰۱۲، ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). همچنین مراجعان با توجه به



اینکه یاد می‌گیرند که بر زندگی خود مسلط هستند، با برنامه ریزی مجدد زندگی خود را کنترل کرده و دچار آشفتگی نمی‌شوند. آموزش واقعیت‌درمانی با تاکید خاص بر این نیاز و کمک به وی جهت برنامه ریزی برای ارضای این نیازها، به فرد کمک می‌کند که خود و دیگران را دوست داشته باشد و جهت تغییر و نیل به هویت موفق گام بردارد و از روابط ایمنی نیز برخوردار باشد و نهایتاً احساس مثبتی نسبت به خود داشته عزت نفس بالاتری داشته باشد. در واقع، واقعیت‌درمانی می‌تواند بر احساس خودکارآمدی فرد موثر بوده و فرد به موفقیت خود در موقعیت‌های مختلف ایمان داشته باشد و با به کارگیری روش‌ها و برنامه‌هایی جهت تغییر رفتار و دستیابی به موفقیت‌هایی جزئی فرد را به سوی خود باوری و اعتماد به توانایی و استعداد درونی سوق داده و در نهایت برای تغییرات بزرگتر مهیا می‌کند؛ بنابراین از جمله مواردی که منجر به افزایش نمره عزت نفس در پژوهش حاضر شد این بود که براساس رویکرد واقعیت‌درمانی به مراجعان آموزش داده شد تا نیازهای اساسی‌شان را شناخته و به طور صحیحی برآورده کنند؛ زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح، سبب افزایش میزان عزت نفس می‌شود. از سوی دیگر تاکید آموزش واقعیت‌درمانی بر کنترل درونی به فرد می‌فهماند که می‌تواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد و به او کمک می‌کند تا از کنترل شدن توسط نیروهای بیرونی جهان فرار کند و به او آموزش می‌دهد که تمام کنترل‌ها باید از درون خودش اعمال شود. اینکه افراد بتوانند موفقیت‌ها را به خودشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می‌کنند تحت کنترل خودشان است. در نتیجه همانگونه که برونز و آنستی (۲۰۱۰) بیان می‌کنند این نگرش منجر به افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی و نهایتاً افزایش عزت نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی می‌شود. رویکرد واقعیت‌درمانی اصل را بر این قرار می‌دهد که ما خود رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل، احساس و فکر می‌کنیم، هستیم. در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا رفتار خویش را کنترل و انتخاب‌های بهتری را در زندگی‌شان جایگزین نمایند (گلاسر، ۲۰۰۷). بر اساس یافته‌های پژوهشی عزت نفس با مولفه‌هایی از قبیل مسئولیت‌پذیری و کنترل درونی همبستگی بالایی دارد. چنانچه افراد تصور مثبت و واقع‌بینانه‌ای نسبت به خودشان داشته باشند، احساس ارزشمندی را تجربه می‌کنند. دنیای کیفی افراد یعنی تصویری که افراد از خود دارند نیز که از دیگر مفاهیم واقعیت‌درمانی است، می‌تواند بر عزت نفس افراد موثر باشد. اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی از خودشان مثبت باشد عزت نفس آنها بالاتر است؛ بنابراین یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمون پس از جلسات مداخله افزایش یابد این است که در طی این جلسات بر اساس نظریه‌ی واقعیت‌درمانی سعی شد تا دنیای کیفی منفی مراجعان از خودشان به دنیایی مثبت تغییر یابد. همچنین به مراجعان آموزش داده شد تا به طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده سازند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه‌ی صحیح سبب افزایش میزان عزت نفس می‌شود. در مجموع می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی با افزایش پذیرش مسئولیت، شناسایی منابع کنترل بیرونی و درونی، نیازها، هویت موفق، ارتباط موثر و ایجاد تعهد در افراد و درک آزادی باعث شود که شایستگی، همدلی، حل مساله، هدفمندی، خودکارآمدی افراد افزایش داده و آن‌ها بتوانند به شکل مطلوبی با سختی‌ها و چالش‌های زندگی مقابله نمایند. چرا که فرد در این حالت خود را بر زندگی‌ش موثر دانسته و شرایط را نتیجه اعمال خود می‌داند لذا معتقد است که قادر به تغییر شرایط و نیل به بهترین وضعیت است. پس می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی بر افزایش عزت نفس افراد تاثیر گذار است.

یک بررسی‌صوری به وسیله پژوهشگر نشان داد که در سال‌های اخیر، حدود نیمی از پژوهش‌های علمی-پژوهشی در حوزه خانواده‌درمانی با استفاده از این رویکرد انجام گرفته است. بر اساس نظر پژوهشگر علت استقبال به این رویکرد را می‌توان به دلایل زیر دانست. نخست: فعالیت رسمی موسسه ولیام گلاسر به سرپرستی دکتر علی صاحبی در ایران است که هر ساله شمار شایان توجهی درمانگر را با مدرک مورد تایید موسسه جهانی ولیام گلاسر آموزش می‌دهد. دوم: کارایی این روش درمانی برای دامنه‌ای وسیع از مشکلات رفتاری، تعلیم و تربیتی و خانوادگی، سوم: سادگی مفاهیم و روش درمانی، به گونه‌ای که موسسه ولیام گلاسر، هیچ محدودیت‌گرایشی تحصیلی را برای آموزش درمانگران قایل نشده است. دلیل این امر نیز می‌تواند این باشد که واقعیت‌درمانی و نظریه انتخاب، پیش از آن که یک روش درمانی باشد، یک فلسفه و روش زندگی است که همه افراد می‌توانند از آن بهرمنند شوند (کوری، ۲۰۱۳).

در پژوهش های پیشین هر چند که به بررسی اثر واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی پرداخته نشده بود، اما پژوهش های متعددی به اثربخشی واقعیت درمانی بر بهزیستی هیجانی (ووبولدبنگ و بریکل، ۲۰۱۴)، بهزیستی آموزشی و تربیتی (لنون، ۲۰۱۰) و افزایش بهزیستی هیجانی (جکسون، ۲۰۱۴؛ ووبولدبنگ و بریکل، ۲۰۱۴؛ بیلودئو، ۲۰۱۰) پرداخته اند، اما در مورد اثرهای روان درمانی بر بهزیستی اجتماعی، تنها دو پژوهش یافت شد که عبارت بودند از: اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش بهزیستی اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی (آیورسون و همکاران، ۲۰۰۹) و اثربخشی گروه درمانی بر بهزیستی مددجویان (چاو و همکاران، ۲۰۰۶). پذیرش اجتماعی به عنوان یکی از زیر مقیاس های بهزیستی اجتماعی که در این پژوهش تحت تاثیر واقعیت درمانی قرار گرفت، دیدگاه مثبت فرد نسبت به اجتماع می باشد. پذیرش اجتماعی اشاره دارد به این که فرد چقدر احساس خوبی نسبت به دیگران دارد و چقدر افراد دیگر را با صداقت و با پشتکار می داند (رادزیک، ۲۰۱۴). پذیرش اجتماعی بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی را دارا می باشند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می کنند و بر این باورند که مردم قادرند خوب باشند. روی هم رفته، پذیرش اجتماعی، به معنای داشتن دید مثبت به ماهیت انسان و احساس راحت بودن با دیگران است (کیس، ۱۹۹۸). پیوستگی اجتماعی نیز شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش بینی چیزی است که در جهان پیرامون رخ می دهد (کیس، ۱۹۹۸). پیوستگی اجتماعی به ادراک خصوصیات، سازمان بندی و عملکرد جامعه و میزان علاقه افراد به شناخت جهان مربوط می شود. افراد با پیوستگی اجتماعی بالا احساس می کنند که فهم روشن تری از جهانی که در آن زندگی می کنند، دارند. اگر چه آن ها آگاه هستند که جهان آنها کامل نیست، اما برای رسیدن به هدف های و خواسته های شان، با برنامه ریزی بهتر حرکت می کنند (رادزیک، ۲۰۱۵) پیوستگی اجتماعی بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی است و شامل علاقمندی و اهمیت دادن به شناخت دنیاست. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی را دارا هستند، نه تنها به دنیایی که در آن زندگی می کنند اهمیت می دهند بلکه احساس می کنند که می توانند از حوادث اطرافشان سر در بیاورند و مایلند معنی زندگی را بفهمند.

همان گونه که نتایج پژوهش نشان دادند، رویکرد واقعیت درمانی، تنها توانست بر دو زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی اثربخشی داشته باشد. به نظر پژوهشگران این پژوهش، روان درمانی توانایی اثرگذاری بر بهزیستی کلی افراد را ندارد یا در خوش بینانه ترین حالت، قادر به پیش بینی واریانس بسیار کوچکی از بهزیستی کلی خواهد بود زیرا، بهزیستی کلی افراد با متغیرهای بسیار زیادی از جمله اقتصادی و مالی (ویندل و بورهولت، ۲۰۰۶)، فیزیکی (دپارتمان سلامت، ۲۰۰۲)، تغذیه و جنسیت (کنی، ۲۰۰۶) و فرهنگ (ایمس، ۲۰۰۶) در ارتباط است؛ بنابراین، صرف روان درمانی قادر به افزایش شایان توجه متغیرهای بالا نخواهد بود. از این رو، در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیش بینی آن به عنوان یکی از زیر مقیاس های بهزیستی کلی افراد یک جامعه، باید به ساختار حاکمیت و منابع حمایتی و سرمایه های اجتماعی آن جامعه رجوع کرد. ارتقای بهزیستی اجتماعی در یک جامعه، تنها به عملکرد افراد خاصی مانند مشاور و روان درمان گر محدود نمی شود و هماهنگی و تلاش کل سیستم، نهادها و سازمان ها و برنامه های کلان کشور را نیاز دارد.

منابع

۱. امیری، مرضیه، آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا، کیمیایی، سیدعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای. مجله اندیشه و رفتار-روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۶(۲۴)، ۵۹-۶۸.
۲. صاحبدل، حسین، خوش کنش، ابولقاسم، پور ابراهیم، تقی. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر سلامت روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی نژاد کهریزک. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۷(۲۴)، ۱۶-۲۴.
۳. قربانعلی پور، مسعود، نسیمی، منیره، علیرضالو، زهرا، نجفی، محمود. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده دانشگاه کردستان ۴(۲)، ۳۱۷-۲۹۷.
4. Albert, A. (2012). The Effects of Facebook on Egyptian Students' Social Wellbeing. *Scientific Reports*. Volume 1 • Issue 10.p 2-13.
5. Bahramnia.M, Fallahchai.S.R,& Mohammadi, K. (2013). Studying the Comparison of Marital Conflict Dimensions in Couples with Marital Conflicts and Emotionally Divorced Women in Bandar Abbas, Iran. *Academic Journal of Psychological Studies*. Vol. 2, Issue 1, 7-14, 2013.
6. Bhargava.R. (2013). The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult.*Clinical Case Studies*.12(5): 388-396.
7. Bilodeau, S. (2010). Project: Impact Reality Therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • Spring 2010 • Vol. XXIX, number 2.69.
8. Bradley, E.L. (2014). Choice theory and reality therapy: an overview. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. Vol. XXXIV, No. 1, Fall.p.6-14.
9. Brock, R. L, & Lawrence, E. (2011). Marriage as a risk factor for internalizing disorders: Clarifying scope and specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 577-589.
10. Burholt, V. & Windle, G. (2006) *The Material Resources and Well-being of Older People*. York: Joseph Rowntree Foundation.p 32.
11. Cano, A, Gillis, M, Heinz, W, Geisser, M, & Foran, H. (2004). Marital function, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107, 99-106.
12. Chao, S.Y, Liu, H.Y, Wu, C.Y, Jin, S.F, Chu, T.L, Huang, T.S. & Clark, M.J. (2006) 'The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents', *The Journal of Nursing Research: JNR*, Vol. 14, No. 1, pp. 36-45. P 1-43
13. Corey, G. (2013). *Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 9Th edition, 333-359. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
14. Department of Health (2002) *The Health Survey for England: The Health of Older People*. London: The Stationery Office.p.21.
15. Doss, B, Simpson, L, & Christensen, A. (2004). Why does couple seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608.416
16. Duba, J. D, Graham, M, Britzman, M, & Minatrea, N. (2009). Introducing the "basic needs genogram" in reality therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 2, 15-19.
17. Eames, P (2006). *Cultural Well-being and Cultural Capital*. Pub. PSE Consultancy: 65pp. [available from [www.artsaccessinternational.org](http://www.artsaccessinternational.org) ].

18. Ebrahimi.S. (2012). Effectiveness of reality therapy on self-efficiency of 16-18 years old girls who have drug addicted father who had gone to the clinic for addiction treatment (Doctoral dissertation.M. Sc. Thesis.Tabatabai University).
19. Esmaili Far.N. S.Sheikhi.H.& Pour.Z. J. (2013). Effectiveness of group reality therapy in increasing the students' happiness. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*.2(2).65-70.
20. Evans, S, & Vallelly,S. (2007). Best practice in promoting social well-being in extra care housing. A literature review. First published by the Joseph Rowntree Foundation. p 1-34.
21. Ferguson, G.A, & Takane, Y. (1989). Statistical analysis in psychology and education. Translated by Delavar.A, Naghshbandi. S, (2005).Arasbaran publishing Co. forth press. P:293. [Persian].
22. Finkel.E.J,Slotter.E.B,Luchies.L.B,Walton.G.M,& Gross.J.J. (2013). A Brief Intervention to Promote Conflict Reappraisal Preserves Marital Quality. Over Time. *Psychological Science*. XX(X) 1 –7.
23. Galinsky, AG & Waite, L.J. (2014). Sexual Activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* gbt165 first published online January 27.
24. -Gallager, M.W, & Lopez, SJ. (2009). Preacer KJ. The hierarchical structure of well-being. *J Pers*. 2009; 77(4):1025-.05
25. Glasser.W. (2000). Counseling with Choice Theory: A New Reality Therapy. Mew York.Harper Collins Publisher.
26. Glasser.W.& Glasserm C. (2007). Eight Lesson for Happier Marriage. New York: Harper Collins.
27. Gouin, J, Glaser, R, Loving, T. J, Malarkey, W. B, Stowell, J, & Houts, C. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 898–.409
28. Hakak .N. M. (2013). Effectiveness of Group Reality Therapy in Increasing theStudents' Happiness. *Life Science Journal*.10(1).
29. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi SH, & Babapour J. (2014). Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* Vol. 8, No. 1, Spring 2014 Pages: 11-19. [Persian].
30. Holt-Lunstad, J, & Birmingham, W. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 239–244.
31. Iverson, K, Shenk, C, & Fruzzetti, A. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology: Research and Practice* 2009 American Psychological Association. Vol. 40, No. 3, 242–.842
32. Jackson, D. (2014). Reality therapy counselors using spiritual interventions in therap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • Spring • Vol. XXXIII, number 2.72.
33. Joseph Rowntree Foundation (2004) JRF Task Group on Housing, Money, and Care for Older People. From Welfare to Well-being – Planning for an Ageing Society. York: Joseph Rowntree Foundation

34. Kianipour .O & Hoseini .B (2012). An Examination of the Effectiveness of Choice Theory on Teachers Teaching Effectiveness and Students Subsequent Academic Achievement. International Journal of choice theory and Reality Therapy.XXXI (2).55-63.
35. Nematzadeh.A.& Sary.H. S. (2014). Effectiveness of Group Reality Therapy in Increasing the Teachers' Happiness. Procedia-Social and Behavioral Sciences.116.907-912.
36. Sadat Bari N .Bahraini.A.Azargoon .H.Abedi .H.Aghae F. (2013). the effectiveness of reality therapy on resilience of divorced women in neyshabur city of iran. International Research of Applied and Basic Sciences 160-164
37. Tadayon.M.Arya.A. M.& Lotfi.H. (2013). The Efficiency of Reality Therapy Instruction upon the Rate of Life's Qualification and Marital Conflicts of Addicted Spouses.

## Investigating the effectiveness of reality therapy on promoting marital relations

Khadije Pajooeshi Niya<sup>1</sup>, Azita Golestanian<sup>2</sup>

1. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Bushehr

2. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Bushehr

---

### Abstract

Marriage and choice of spouse is one of the most important events in human life that not only affects physical health but also mental health of individual and certainly any problem that happens for family, its loss will be for the entire structure and value, cultural system of society. The purpose of this quasi-experimental study was to investigate the effectiveness of therapeutic approach of reality therapy based on choice theory on marital conflicts and social well-being. 25 subjects who were eligible for the study and had referred to clinic as calling, by random method were placed into two groups: experimental and control group. The independent variable was the approach of reality therapy based on choice theory. The assessment tool was a questionnaire with 54 questions of marital conflicts of Sanaee and social well-being questionnaire of Saffarinia. The results showed that reality therapy in group can be used as an effective treatment in increasing marital commitment and self-esteem of couples. Introduction among the various interactions of commitment is the most important qualitative aspect of a relationship. Each person during his life is dedicated to different tasks. One of the characteristics of successful and prolonged marriages is the existence of marital commitment. Also, despite the fact that intervention of reality therapy had no effect on social well-being of the subjects, but it had significant effectiveness on two subscales of social cohesion and social acceptance.

**Keywords:** reality therapy, marital relations, social well-being

---