فصلنامه خانواده و بهداشت دوره دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۹، پیاپی ۲۱(۱)، ۲۶-۱۲
عادلی و همکاران
Family and Health Quarterly, vol 10, Issue 1, Spring 2020, ISSN: 2322-3065

اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان

عارفه عادلی[۱]* فریبا کیانی[۲]

چکیده

مقدمه: با توجه به رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد افراد با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی افراد و تاثیر واقعیت درمانی بر این متغیرها، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان بود.

روش پژوهش: روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. از میان جامعه آماری به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمرات پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد بک و وایزمن، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و ملاک‌های ورود و خروج، ۲۰ زوج (۴۰ نفر) متعارض انتخاب شد که این ۲۰ زوج به طور کاملا تصادفی به دو گروه ۱۰ زوجی (۲۰ نفری) آزمایش و کنترل تقسیم شدند که گروه آزمایش، واقعیت درمانی را براساس برنامه درمانی گلاسر دریافت کرد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی به طور معنی داری باعث افزایش کیفیت زندگی ($P=$ ۰/۰۰۰۱، F=۴۹/۷۳) و رضایت زناشویی ($P=$ ۰/۰۰۰۱، F=۳۸/۴۷) و کاهش نگرش‌های ناکارآمد ($P=$ ۰/۰۰۰۱، F=۲۷/۹۳) زوجین شهر اصفهان می‌شود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجینی که در گروه آزمایش بودند، نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش و نگرش‌های ناکارآمد آنان کاهش یافته است. لذا روش واقعیت‌درمانی، روشی موثر برای کاهش مشکلات روانشناختی و بهبود زندگی زناشویی افراد است.

واژه‌های کلیدی: رضایت زناشویی" زوجین" کیفیت زندگی" نگرش‌های ناکارآمد" واقعیت درمانی گروهی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۳ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۳/۲۳**

استناد: عادلی، عارفه و کیانی، فریبا. اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان، خانواده و بهداشت.،۱۳۹۹؛ ۱۰(۱): ۲۶-۱۲

[۱] * نویسنده مسئول. روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجن، بروجن، ایران Kiyani.f@yahoo.com
[۲] روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجن، بروجن، ایران

مقدمه:

با توجه به عبور کردن ما از جامعه سنتی و رسیدن به جامعه صنعتی و مدرنیسم، در حیطه بهداشت روانی خانواده یکی از مشکلات مهم، مشکلات مربوط به خانواده و آسیب های ارتباطی است. وجود مراجعات فراوان به مراکز مشاوره و خانواده درمانی و افزایش یافتن رفتارهای یاری طلبانه تخصصی نشان می دهد که یک معضل جدی در بهداشت روان خانواده وجود دارد. طلاق نشان شدیدترین و جدی‌ترین مشکل خانواده است (۱). شواهد نشان می‌دهند که تقریبا ۵۰ درصد ازدواج‌های امروزی به طلاق می انجامد. بعد از طلاق حدود ۶۵درصد زنان و ۷۰ درصد مردان احتمال دارد که مجددا ازدواج کنند و تقریبا نیمی از افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده‌اند، دوباره طلاق می‌گیرند (۲). در ایران این آمار در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۵، به ازای هر ۳/۹ ازدواج، یک مورد طلاق ثبت شده است. همچنین بررسی پژوهش‌ها نشان می هد که از دلایل بروز طلاق در زوجین پایین بودن رضایت زناشویی است (۳). اولسون و فاورز[3] (۲۰۰۹) رضایت زناشویی احساس خشنودی و لذت احساس شده ی زن و شوهر در همه جنبه‌های ازدواج است (۴). مطابق نظر آلوجا، باریو و گارسیا[4] (۲۰۱۳)، در واقع، رضایت‌مندی زناشویی، یک ارزیابی کلی از وضع کنونی ارتباط(حل تعارض موفقیت آمیز یا موفقیت در فعالیت‌های مرتبط با شادکامی در فر آیند ازدواج) ارائه می‌دهد (۵). رضایت زناشویی نشان دهنده استحکام نظام خانواده است.اگر پایه خانواده استحکام لازم را نداشته باشد، پیامد منفی آن، انواع مشکلات جسمانی و روانی است (۶). زمانی که رضایت زناشویی وجود داشته باشد باعث افزایش طول عمر زن و شوهر و افزایش سلامت جسمانی و روانی، پیشرفت اقتصادی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از کل زندگی می‌شود (۷). این پدیده از طریق علاقه ی متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش و درک متقابل و ارضای نیاز به وجود می آید (۸).

از طرفی پژوهش کوثری نشان داد که از عوارض پایین بودن رضایت زناشویی، کاهش کیفیت زندگی در زوجین می‌باشد (۹). کیفیت زندگی به صورت وسیع برای ارزیابی مداخله های بالینی و اجتماعی، اثرات و عوارض درمان و بیماری‌ها مورد استفاده قرار می گیرد و استفاده از این شاخص روز به روز بیشتر می‌شود (۱۰). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را نشان طیف‌های گوناگونی از زندگی می داند که شامل عوامل تعیین‌کننده شادی، سلامت، آموزش دستاوردهای اجتماعی و هوش، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است. کیفیت زندگی را به صورت غیر مستقیم و با پرسیدن مجموعه‌ای از سوالات مشخص می‌کنند (۱۱). در حقیقت کیفیت زندگی قضاوت آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود (۱۲).

از سوی دیگر بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که یکی از پیش‌بینی کننده‌های رضایت زناشویی (۱۳) و کیفیت زندگی (۱۴)، نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد. یکی از مدل های روانشناختی که اخیرا در بیان مشکلات خانواده مطرح شده مدل شناختی است. از جمله عوامل مهم در به وجود آمدن و ادامه دار شدن رفتارهای پاتولوژیک زوجین افکار غیر منطقی و نگرش‌های ناکارآمد مطابق با مدل شناختی است که برای نمونه به تفکرات و باورها در مورد رابطه بین فردی با همسر، روابط والدین و روابط فرزندان می توان اشاره کرد (۱۵). نتایج پژوهشی در بیان یک مدل ساختاری عوامل شناختی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی نشان دهنده ی این بود که هم برای مردان و هم برای زنان عوامل شناختی و نگرش‌ها یک رابطه علّی و متوالی بر رضایت جنسی، کیفیت روابط زناشویی و استحکام ازدواج است (فریش[5]، ۲۰۰۹). ارزیابی های بالینی نشان داد با اصلاح کردن نگرش‌ها و تحریف‌های شناختی زوجین، رفتارهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی اصلاح می شود و با پیگیری یک ساله اثرات پایدار اصلاح نگرش‌ها بر سلامت روابط

3 Olson & Fowers
4 Aloja ،Bario & Garsia
5 Frish

را تایید کرد.متغیرهای شناختی و روابط درون خانواده از نظر تئوریک باهم ارتباط دارند، برخی مطالعات هم نشان داده‌اند که باورهای ناکارآمد با پاسخ‌های مخرب فعال، شامل تفکر منفی نسبت به رابطه، تهدید به ترک کردن و آسیب روانی خانواده، ارتباط مستقیم دارد (۱۷).

جهت اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین، ارائه مداخلات روانشناختی ضروری می-باشد. یکی از رویکردهای مؤثر در زمینه روابط زناشویی، رویکرد واقعیت درمانی است، پژوهش دیزجانی و خرامین هم نشان دهنده ی اثربخشی واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بود (۱۸). واقعیت درمانی یکی از رویکردهای نوین روان درمانی است که از اواسط دهه ۱۹۶۰ به بعد توسط گلاسر[۶] روانپزشک آمریکایی توسعه یافت. او در سال ۱۹۹۸ نظریه ی تازه ای را باعنوان نظریه انتخاب ارائه داد. به اعتقاد گلاسر تمام اعمالی که ما انجام می‌دهیم رفتار است و تقریبا تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند و انتخاب‌هایمان با غرایز درونی و نیازهای اساسی هدایت می‌شود (۱۹). مطابق با این نظریه انسان‌ها انگیزه‌های درونی دارند تا پنج نیاز خود را که شامل عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت کردن، آزادی، بقا، سلامت و تفریح است به تحقق برسانند (۲۰) این اطمینان را می دهد که انسانها با انتخاب آگاهانه می‌توانند احساسات وکارهاو زندگی‌شان را بهبود ببخشند. طبق نظریه گلاسر هر عملی که انسان انجام می‌دهد و هر آنچه که فکر و احساس می‌کند درونی است و پاسخی به محیط بیرونی نمی باشد. در واقعیت درمانی بر روی مفاهیمی چون نیازهای اساسی، کنترل، مسئولیت‌پذیری، رفتار کلی و انتخاب هم بحث می‌شود. یکی از مؤلفه‌های این رویکرد، کنترل است که گلاسر آن را به صورت نظریه کنترل نام گذاری کرد. به اعتقاد وی انسانها هم کنترل بیرونی دارند هم کنترل درونی. منظور از کنترل بیرونی این است که زمانی که ما احساس نارضایتی می‌کنیم، خودمان را مسئول آن ندانیم و بگوییم دیگران و حوادث خارج از کنترل باعث احساس ناراحتی و نارضایتی ما هستند (۲۱). گلاسر در جمع بندی نظریه کنترل می‌گوید: انسان‌ها برای برطرف کردن نیازهایشان همواره به صورتی رفتار می‌کنند که هم دنیا و هم خودشان را به عنوان بخشی از دنیا کنترل نمایند. همچنین او مطرح می‌کند که هر کسی فقط توانایی تغییر خودش را دارد و نمی تواند کس دیگری را تغییر دهد. بنابراین، برای دستیابی به موفقیت لازم است دست از کنترل بیرونی برداریم (۲۲).

با توجه به مطالب فوق و حساسیت روابط زوجین و نیاز به مداخله جهت افزایش متغیرهای پژوهش و نیز عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص کاربرد واقعیت درمانی بر متغیرهای پژوهش، محقق بر آن شده است تا به سؤال زیر پاسخ دهد:

آیا واقعیت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان مؤثر است؟

روش پژوهش:

این پژوهش با توجه به اینکه نتایج آن قابل استفاده و نوع کاربردی می‌باشد، از جهت روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق نیز دوگروهی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل است. در این پژوهش دو گروه وجود داشت

6 Glasser

که برای گروه اول (گروه آزمایشی)، واقعیت درمانی گروهی تحت عنوان متغیر مستقل اجرا شد وبه گروه دوم(گروه کنترل) هیچ آموزشی داده نشد.

جامعه آماری این تحقیق تمام زوجینی که به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند، که حدود ۲۰۰۰ زوج بود. از میان جامعه آماری به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمرات پرسشنامه‌های مربوطه و ملاک‌های ورود و خروج، ۲۰ زوج متعارض انتخاب شد که این ۲۰ زوج به طور کاملا تصادفی به دو گروه ۱۰ زوجی آزمایش و کنترل تقسیم شدند که گروه آزمایش واقعیت درمانی را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. معیارها و شرایط ورود و خروج در این پژوهش عبارت است از:

زوجین متعارض که سواد کافی و تمایل به همکاری و دریافت مداخله را داشته باشند و در پرسشنامه‌های رضایت زناشویی نمره پایین‌تر از میانگین کسب کرده باشند. زوجینی که هر دو یا یکی از آنها اعتیاد داشته یا الکلی باشند، زوج‌هایی که داروهای روانپزشکی و روانگردان مصرف کنند، زوج هایی که یکی از آنها از لحاظ جسمی معلولیت داشته باشد یا کم توانی ذهنی باشند، زوجینی که طی درمان مشخص شود که شرایط مطابق با اهداف تحقیق را نداشته باشند.

ابزار گرد آوری داده ها

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد بک و وایزمن:

این پرسشنامه که توسط بک و وایزمن (۱۹۷۸) طراحی شده، دارای ۲۶ سؤال است که برای تعیین باورها و نگرش‌های ناکارآمد افراد ساخته شده است. روش نمره گذاری پرسشنامه بصورت لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملا مخالف) تا ۷ (کاملا موافق) می‌باشد و دامنه نمره بین ۲۶ تا ۱۸۲ خواهد بود که هرچقدر نمره بالاتر باشد نشانه ی آسیب پذیری نیز بیشتر است. تعداد زیادی از بررسی-ها نشان داده است که پایایی پیش‌آزمون، ثبات درونی و روایی هم زمان بسیار مطلوبی دارد و با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است. در اجتماع ایرانی همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک برابر ۰/۳۱ و با آزمون ناامیدی برابر با ۰/۳۶ برآورد شده است. (۲۳). لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ:

اولسون و فاورز (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای سنجش رضایت زناشویی استفاده کرد. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۴۷ سؤال دارد. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت از ۱ (کاملا مخالفم) تا ۵ (کاملا موافقم) است. نمره ی بالا در این پرسشنامه نشانگر نارضایتی و نمره پایین نشانگر رضایت از رابطه زناشویی است. پایین ترین نمره ۴۷ امتیاز و بیشترین نمره ۲۳۵ امتیاز است، نمره پایین تر از ۱۴۱ نشانه رضایت بالاتر است. در فرم اصلی پرسشنامه، اولسون و فاورز (۱۹۸۹)، پایایی پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کردند. عبادت‌پور (۱۳۸۰)، پایایی پرسشنامه را در فرم کوتاه از طریق محاسبه ضریب آلفا، ۰/۹۵ گزارش کرد. در پژوهش عبادت‌پور (۱۳۸۰)، ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰، با مقیاس‌های رضایت از زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید (۲۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی:

مقیاس کیفیت زندگی[1]سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت جهت ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است.. فرم کوتاه این پرسشنامه[7] ۲۶ ماده را شامل می شود و چهار حوزه ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشد) مورد سنجش قرار می دهد. در ایران نجات، منتظری، هلاویی، محمد، و مجدزاده (۱۳۸۵) این مقیاس را بر روی ۱۱۶۷ نفر آزمایش کردند. پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حوزه ی سلامت جسمانی ۷۰/ ۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بدست آورده اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را بعد از ۲ هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند (۹). لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید.

ساختار جلسات واقعیت درمانی گروهی (RT) براساس برنامه درمانی گلاسر (۲۰۰۸)

جلسه اول: ابتدا گروه معرفی شدو بعد از آن تعداد جلسات معارفه بین اعضا و درمانگر، تعهد کتبی بر رازداری افراد و با هدف به وجود آوردن فضایی امن و قابل اعتماد برای راحت بودن اعضا. قواعد گروه نیز بیان شد و دو فیلم برای ایجاد فضایی بهتر و آشنایی بیشتر نمایش داده شد.در پایان جلسه اعضا هدف خود را از شرکت در گروه مطرح کرده و گفتند طی جلسات قصد دارند به کجا و به چیزهایی دست پیدا کنند؟

جلسه دوم:شباهت‌ها و تفاوت‌های بین انسان‌ها توضیح داده شد، نیازهای انسان که شامل پنج نیاز اساسی عشق و تعلق خاطر، قدرت، آزادی، بقا و تفریح که هر کدام به طور جامع بیان شد و توضیح اینکه این نیازها در تمام انسانها وجود دارند و فقط افراد در شدت نیازها باهم تفاوت دارند و سپس به ذکر مثال‌های متعدد پرداخته شد پس از آن توضیحاتی برای اینکه چگونه زوجین نیم رخ نیازهای خود را رسم کنند واز روی آن تفاوت‌های خود را ببینند داده شد تکلیف : اعضا فهرستی از نیازهای خود را تهیه کنند و شیوه هایی را که برای پاسخ دادن به نیازهایشان استفاده میکنند را بنویسند.

جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، و توضیح در مورد تفاوت نیاز و خواسته و تعریف مسئولیت پذیری و ایجاد حس تعهد، تعریف احساس کفایت و ارزشمندی،با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی، سپس در جهت فهم مفهوم ادراک از تمامی اعضا خواسته شد که هر کدام خلاصه جلسه قبل را مختصر باز گو کنند و با این تمرین به آنها آموزش داده شد که هر دو نفر از یک مطلب لزوما یک برداشت را ندارند.تکلیف: اعضا فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به بر آورده شدن نیازهای اصلی آنها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی شان کمک می کند و همچنین بررسی خواسته های متفاوت در مورد این نیازها.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه ی پیش و پاسخ به سوالات و اشکالات احتمالی، آموزش و توضیح رفتار کلی، نحوه ی کنترل و تغییر رفتارمان با تاکید بر چهار مؤلفه اصلی آن که شامل عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی است، در این جلسه از کارت‌های ماشین برای توضیح اجزای ماشین رفتار استفاده شد و توضیح این مطلب که با تغییر افکار و عملکرد به عنوان چرخ‌های جلویی میتوان احساسات و فیزیولوژی را تغییر داد و توضیحات در مورد تفاوت افسردگی و افسردگی کردن و اینکه رفتارهای ما با فعل بیان می-

7WHO – QOLI - BREF

شود. تکلیف: رفتاری که بر اساس آن می‌خواهید تغییر ایجاد کنید را مشخص کرده و مؤلفه‌هایش را معین کنید و بگویید چه کسی راننده ی رفتار شماست.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف جلسه ی پیش و پاسخگویی به سوالات در ابتدای جلسه و سپس بیان این سوال که به نظر اعضا رفتارشان تحت تاثیر کنترل بیرونی است یا درونی، چگونگی کنترل بر رفتار توضیح داده شد و با هدف درک بهتر چند فیلم کوتاه در ارتباط با موضوع نمایش داده شد. تکلیف: آماده کردن فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی هستند و راهکارهایی جهت کنترل بر رفتارهایشان را بیان نمایند.

جلسه ششم: بررسی تکالیف و سولات گروه و سپس توضیحاتی درباره چگونگی رویارویی با مشکلات، مهارت لازم برای مسئولیت پذیری و ارائه توضیحات در رابطه با هفت عادت مخرب مبتنی بر کنترل بیرونی و هفت عادت پیوند دهنده جایگزین میتنی بر کنترل درونی همراه با مثال و تماشای فیلم در این مورد و آموزش نحوه مذاکره در مورد نیازهای ناهماهنگ و توضیح کامل دایره حل اختلاف و چگونگی حل تعارض بوسیله آن. مشاور بیان می‌کند در هنگام برخورد با مشکل اعضا چه واکنشی را نشان می دهند.تکلیف : مشکلی که با آن روبرو هستید را مشخص کنید، بیان احساس و اینکه دوست دارید چه اتفاقی بیفتد،راه حلهای موجود را بیان کرده و سپس پیامدهای هر راه حل را نوشته و بهترین راه حل با استفاده از دایره حل اختلاف انتخاب کنید.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل و سپس توضیحات در مورد آگاهی از توانمندی‌ها، واقع بینی در مورد جهان اطراف، آموزش مفهوم دنیای کیفی، قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی خود و ترسیم اهداف واقع‌بینانه و قابل دسترس شامل توصیف و بیان جهان کیفی و نحوه شکل گیری آن از کودکی و توصیف و بیان دوباره در مورد ادراک و به عنوان آخرین تمرین از اعضا خواسته شد هر کدام مولفه‌های دنیای کیفی خود و آنچه در مورد همسرشان تصور می‌کنند را بررسی کنند.

جلسه هشتم: بررسی تکلیف جلسه قبل و از اعضا خواسته شد تا نظرات خود را نسبت به گروه بیان کنند و مطرح کنند آیا در این گروه به هدف مورد نظر خود رسیده‌اند و در انتها از اعضا آزمون‌های مورد نظر به عنوان پس آزمون گرفته شد.

در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، در قسمت توصیفی از شاخص‌های آماری توصیفی شامل: میانگین و انحراف معیار و..... و در قسمت آمار استنباطی از آزمون کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از نرم افزار spss-21 استفاده شد.

یافته‌های پژوهش:

نمونه مورد نظر ۴۰ نفر بودند که به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. در ادامه به بررسی توصیفی و استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود.

جدول۱ : شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی

Table 1: Descriptive indicators related to data obtained from pre-test and post-test implementation of quality of life

			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	کیفیت زندگی	۲۰	۴۰/۷۵	۵/۴۸	۷۹/۱۵	۳/۸۶
گواه	کیفیت زندگی	۲۰	۳۸/۹۲	۶/۱۹	۳۷/۸۳	۵/۷۴

همانگونه که دیده می‌شود میانگین نمره ی کیفیت زندگی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه دیده نمی‌شود.

جدول۲ : شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی

Table 2: Descriptive indicators of pre-test and post-test data on marital satisfaction

			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	رضایت زناشویی	۲۰	۱۲۹/۳۸	۱۰/۲۳	۲۰۳/۲۹	۱۳/۲۲
گواه	رضایت زناشویی	۲۰	۱۳۰/۵۱	۱۱/۱۲	۱۳۲/۶۹	۱۰/۴۸

همانگونه که دیده می‌شود میانگین نمره ی رضایت زناشویی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

جدول۳ : شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد

Table 3: Descriptive indicators for data obtained from pre-test and post-test performance of dysfunctional attitudes

			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	نگرش‌های ناکارآمد	۲۰	۱۰۱/۷۵	۵/۴۸	۷۹/۱۵	۳/۸۶
گواه	نگرش‌های ناکارآمد	۲۰	۱۰۴/۹۲	۶/۱۹	۱۰۷/۸۳	۵/۷۴

همانگونه که دیده می‌شود میانگین نمره ی نگرشهای ناکارآمد اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه دیده نمی‌شود.

جدول ۴: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

Table 4: General results of multivariate analysis of covariance

اثر پیلایی	۰/۵۵۷	۳	۲۷	۲۰۹/۰۹۵	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۵۹	۳	۲۷	۲۰۹/۰۹۵	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲۳/۵۹۱	۳	۲۷	۲۰۹/۰۹۵	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۳/۵۹۱	۳	۲۷	۲۰۹/۰۹۵	۰/۰۰۰۱

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز[8]، اثر هاتلینگ[9]، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی[10] و اثر پیلایی[11] (F=۲۰۹/۰۹۵ ،p < ۰/۰۰۰۵) نشانگر این موضوع است که تفاوت معنی داری حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد به وجود آمده است. از این رو هریک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جداول زیر ارائه شده است.

[8]Wilk ś Lamda
9 Hotellingś Trace
[10] Roy ś Largest Root
[11] Pillai's Trace

جدول۵ : نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی

Table 5: Results of analysis of covariance for the effectiveness of reality therapy on quality of life

پیش‌آزمون	۱۶۲۳/۶۴	۱	۱۶۲۳/۶۴	۸/۲۹	۰/۳۶۶	۰/۰۳۲
گروه	۱۱۶۱/۲۳	۱	۱۱۶۱/۲۳	۴۹/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۵
خطا	۳۶۶/۰۷	۳۸	۲۰۱/۳۳			
کل	۸۷۴/۱۳	۴۰				

چنانچه در جدول بالا دیده می‌شود، نتایج حاصل از مقایسه پس‌آزمون کیفیت زندگی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون موید این است که پس از شرکت در جلسات واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معنی داری داشته است (***P=*** ۰/۰۰۰۱)، بنابراین واقعیت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی زوجین شهر اصفهان مؤثر است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی

Table 6: Consequences of analysis of covariance for the effectiveness of reality therapy on marital satisfaction

پیش‌آزمون	۱۱۰۵/۵۹	۱	۱۱۰۵/۵۹	۳/۷۵	۰/۵۲۴	۰/۰۴۱
گروه	۱۳۶۱/۱۶	۱	۱۳۶۱/۱۶	۳۸/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۸
خطا	۵۴۱/۲۸	۳۸	۹۸/۲۱			
کل	۱۰۲۲/۳۳	۴۰				

چنانچه در جدول بالا دیده می‌شود، نتایج حاصل از مقایسه ی پس‌آزمون رضایت زناشویی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون موید این است که پس از شرکت در جلسات واقعیت درمانی بر نمرات رضایت زناشویی افرادی که در گروه آزمایش

شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، افزایش معنی داری داشته است (P= ۰/۰۰۰۱)، بنابراین واقعیت درمانی گروهی بر رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان مؤثر است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی واقعیت درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد

Table 7: Consequences of analysis of covariance for the effectiveness of reality therapy on dysfunctional attitudes

پیش‌آزمون	۱۰۱۹/۷۳	۱	۱۰۱۹/۷۳	۱۳/۹۷	۰/۲۰۷	۰/۳۶۴
گروه	۹۸۷/۲۹	۱	۹۸۷/۲۹	۲۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۵
خطا	۲۳۴/۵۴	۳۸	۲۳۴/۱۸			
کل	۸۴۹/۸۶	۴۰				

مطابق با آنچه در جدول بالا دیده می‌شود، نتایج حاصل از مقایسه ی پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون موید این است که پس از شرکت در جلسات واقعیت درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معنی داری داشته است (P= ۰/۰۰۰۱)، بنابراین واقعیت درمانی گروهی بر نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد زوجین شهر اصفهان می‌شود. به عبارت بهتر افرادی که در جلسات واقعیت‌درمانی شرکت کردند، کیفیت زندگی در آنها بهبود یافته و نگرش‌های ناکارآمد خود را کاهش داده و در نهایت احساس رضایت زناشویی بیشتری خواهند داشت. این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه برای مثال نتایج پژوهش احمدی نصرآباد سفلی، زارعی و نجارپوریان، صفوی زاده و منشیی و تسکیو و لانگ همخوانی داشته است (۲۵، ۲۴، ۲۶)

گلسر رفتار کلی ازچهار مولفه تشکیل شده است که شامل عمل، فکر، احساس و فیزیولوزی می باشد. بر طبق نظریه ی انتخاب، رفتار فرد بطور مستقیم توسط مولفه‌های عمل و فکر کنترل می‌شود و همچنین فرد تنها می‌تواند بطور مستقیم این دو مولفه را تغییر دهد ولی رفتارش بطور غیر مستقیم توسط احساس و فیزیولوژی کنترل می گردد. در نظریه ی انتخاب، بر احساس و فیزیولوژی که خارج از کنترل ماست، تکیه نمی‌شود، بلکه تاکید این رویکرد، بر عمل و فکر است که قابلیت کنترل را دارند. بدون ایجاد تغییر در عمل و فکر فرد، نمی‌توان احساس بهتری را در افراد به وجود آورد. در نتیجه با توجه به تکنیک‌های واقعیت درمانی و تئوری انتخاب، افراد می‌توانند خطاهای شناختی و آسیب‌های ذهنی خود را کاهش دهند (۲۲). این رویکرد به زوجین می‌آموزد که برای داشتن یک ازدواج موفق و یک زندگی زناشویی شاد باید دقت کنند، ببینند چه کارهایی را میتوانند انجام دهند تا

ارتباطشان را بهبود بخشند و ازدواجشان را غنی کنند. به اعتقاد گلسر، انسان تمام اعمال و افکار خود را به شکل غیرمستقیم و تقریبا تمامی احساسات خود را انتخاب می‌کند و درحقیقت بر زندگی خویش کنترل دارد. در حقیقت واقعیت‌درمانی یک نظام کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه‌هایی که جهت زندگی ما را تعیین می‌کنند را تشریح می‌کند. مطابق با دیدگاه گلسر، زوجین بر اساس روانشناسی کنترل بیرونی تصور می‌کنند که دلیل همه ی مشکلات زندگی زناشویی آنها ریشه در امور بیرون از وجود آن‌ها دارد. بنابراین آن ها فکر می‌کنند که برای از بین بردن مشکلات راهی بجز کنترل دیگران ندارند. بنابراین در پژوهش حاضر زوجین یاد گرفتند که تمرکز را از روی رفتار همسر خود بردارند و بر رفتار خود متمرکز شوند، نقاط ضعف مهارت‌های ارتباطی خود، موانع آن را بیابند و در صدد برطرف کردن نقاط ضعف و ارتقای رابطه خود باشند. در نتیجه میزان رضایت زناشویی آنها افزایش می‌یابد و کیفیت زندگی آنها نیز بهبود می‌یابد.

لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با توجه به تاثیر این رویکرد درمانی برای بهبود و ارتقا کیفیت زندگی زناشویی افراد استفاده گردد. پژوهش مورد نظر با محدودیت‌هایی رو به رو بود، از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اثر پیش‌آزمون روی نمرات و همچنین عدم انجام پیگیری برای نتایج پژوهش اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش از سایر ابزارگردهای داده‌ها استفاده گردد و همچنین در سایر پژوهش‌ها، مورد پیگیری شش‌ماهه و یکساله قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش:

پژوهش‌گر در روند پژوهش پیش‌رو با محدودیت‌هایی رو به رو بوده است که ممکن است بر کیفیت پژوهش تاثیر گذاشته باشند. در ذیل به برخی از آن ها اشاره می گردد:

- مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر که باعث ایجاد محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری ناکافی یا نامناسب شد.
- عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و در نتیجه لزوم احتیاط در تعمیم یافته‌ها.
- عدم اجرای آزمون‌های پیگیری به دلیل محدودیت های زمانی پژوهش.
- از دیگر محدودیت‌های پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت خانوادگی، سطح فرهنگی و اقتصادی آنها و بهره هوشی آزمودنی‌ها بود.

Reference

1) Khams, A. New Strategies in Couple Therapy. Tehran. Honorable Publications. 2013.
2) Young. M. E. & Long. L. L. Counseling and therapy for couples Brooks. cole publishing company :USA. 2012.

3) Noubaghi, M. Comparison of Rumination, Forgiveness and Marital Satisfaction in Divorced Couples with Normal Couples. Master thesis. Islamic Azad University of Quchan Branch. 2016.

4) Olson, D. H. & Fowers, B. J. four type of premarital couples;Anempirical typology based on pre paper. Journal of family psychology, 2009. 8 (3): 10-21.

5) Aluja. A., Barrio, D, V. & Garcia, F. L. personality, social values, and marital Saticfa as predictors of clinical and health psychology. USA: Jossey- Bass. 2013.

6) Chronc, F & Plahakova, A. Differences in marital satisfaction of men and woman. Caska – a – svenska-psychiatric, 2013. 18: 96-70.

7) Eden, A. C. & Williams, J. S. the contribution of marriage to the life satisfaction of black adults. Journal of marriage and the family, 2009. 49: 87-92.

8) Mehrabadi, A. The Effectiveness of Strategic Family Therapy on Marital Satisfaction of Couples Referred to Wellness Counseling Centers in Zarandieh City. Master of Science Thesis in Allameh Tabatabai University. 2009.

9) Kosari, N. The relationship between family cohesion and quality of life with marital satisfaction in conflicted couples. Master thesis. Payame Noor University of Ahvaz. 2015.

10) Shah, R., Grover, S., Malbotra, R, & Tyagi, S. Contribution of spirituality to quality of life in patient with residual schizophrenia. Psychiatry Research, 2011. 19 (8): 10-16.

11) Khayyam Nikoui, Z. Yousefi, A and Manshaei, Gh. The effect of cognitive-behavioral training on improving the quality of life in patients with heart disease. Iranian Journal of Education in Medical Sciences, 2010. 10 (2): 148-154.

12) Azimi, L. and Bajlan, A. Quality of Life Studies. First Edition. Arak: Author's Publications. 2012.

13) Adli, V and Rohi fard, A. The relationship between religious orientation and dysfunctional attitudes in predicting marital satisfaction of married students. First International Conference on Management, Economics, Accounting and Education Sciences, Sari, Payame Noor University of Neka. 2016.

14) Rock Row, M; Omranifard, V; Ebrahimi, A; Atapour, A and Mortazavi, M. The relationship between quality of life with general health and dysfunctional attitudes in renal transplant patients. Behavioral Sciences Research, 2014. 12 (4):11-1.

15) Stackert, R & Bursik, K. Why am I unsatisfied? attachment still, gendered irrational relationship beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. Personality and Individual deferences, 2003 .34: 1419-1429.

16) Frish, M.B. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken, NJ: Wiley. 2009.

17) Ebrahimi, A; Sheikh Zeinuddin, S., and Marassi, M. The Relationship between Psychological Pathology of Family Relationships with Cognitive Vulnerability (Inadequate Attitudes and Interpersonal Cognitive Distortions). Journal of Isfahan Medical School, 2011. 29 (167); 11-1.

18) Dizjani, F and Kharamin, Sh. The effect of reality therapy on marital satisfaction and quality of life of women. Armaghane Knowledge, 2016. 21 (2): 136-120.

19) Cameron, A. Regret, choice Theory and Reality Therapy. International Journal of Reality Therapy, 2009. 16 (2): 40-43.

20) Glaser, W. Theory of Choice: The Modern Psychology of Individual Freedom. Translated by: Firoozbakht, M. Tehran: Rasa. 2008.

21) Shafiabadi, A and Naseri, Gh .Counseling and Psychotherapy Theories. Tehran. University Publication Publications. 2014.

22) Glaser, W. Theory of Choice. Translated by: Sahabi, A. Tehran: Shadow of speech. 2008.

23) Golestan, E. & Mirfakrai, A. The Effectiveness of Glaser Real Therapy on Dysfunctional and Rumination Attitudes of Patients with MS in Kazeroon. Third Conference on Positive Psychology, Bandar Abbas, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch. 2017.

24) Safavi Zadeh, Gh. and Monshei, Gholamreza. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Marital Satisfaction of Infertile Women in Isfahan. International Conference on Psychology, Counseling, Education, Mashhad, Shandiz Institute of Higher Education. 2017.

25) Ahmadi, S., Zarei, E and Najjarpourian, S. The Effectiveness of Reality Therapy on Quality of Life and Mental Health of Parents with Disabled Children. Journal of Health Research, 2018. 1 (1): 1-3.

26) Tesckiu, B. D. & Long, N. The effectiveness of reality therapy on negative emotion and emotional divorce in incompatible couples. Journal of Health and Social Behavior, 2016 . 51(2), 168-182.