

درمانی اجتماعی هیجانی مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و ارتباط بر راهبردهای مقابله‌ای در زوجین

The Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Socio-Emotional Relationship Therapy on Coping Strategies in Couples

<https://dx.doi.org/10.29252/jfr.15.3.4>

Z. Sohrabi, M.A.

Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili,
Ardabil, Iran

N. Mikaeili, Ph.D.

Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili,
Ardabil, Iran

A. Atadokht, Ph.D.

Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili,
Ardabil, Iran

M. Narimani, Ph.D.

Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili,
Ardabil, Iran

زهرا سهرابی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

✉ **دکتر نیلوفر میکائیلی**

گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

دکتر اکبر عطادخت

گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

دکتر محمد نریمانی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت مقاله: ۹۷/۱/۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۸/۷/۱۳

پذیرش مقاله: ۹۸/۷/۱۷

Abstract

This study aims to compare the effectiveness of reality therapy with socio-emotional relationship therapy on coping strategies in couples. This study followed a quasi-experimental design. The statistical population were the couples who employed the services of private counseling and psychological centers in Ardabil in 2016 due to marital conflict. 45 couples were selected based on their accessibility.

✉ Corresponding author: Psychology Department, Faculty of Educational science and Psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Uni Avenue, Ardabil, Iran
Email: nmikaeili@uma.ac.ir

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و جامعه مورد مطالعه شامل زوجینی بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی خصوصی شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند.

✉ نویسنده مسئول: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیکی: nmikaeili@uma.ac.ir

Then they were divided into three groups randomly. The dependent variable (coping strategies) was evaluated through questionnaires before and after the therapy sessions. Subjects of experimental groups received ten ninety minute sessions. The results of multiple analyses of covariance indicated that there was a significant difference among three groups in post-test scores of those seeking social support, plan-problem solving, accepting responsibility, distancing and escape-avoidance ($P < 0/01$). (The results of Tokey test showed that the mean score for plan-problem solving, accepting responsibility in reality therapy and mean score for seeking social support, distancing and escape-avoidance in socio-emotional relationship therapy group was significantly different compared to mean scores in control group ($P < 0/01$). (Both therapies can increase the application of seeking social support, plan-problem solving and accepting responsibility and can lead in decreasing distancing and escape-avoidance. In addition socio-emotional relationship therapy was more effective in improving coping strategies.

Keyword: Reality Therapy, Socio-Emotional Relationship, Coping Strategies.

۴۵ زوج به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی ۱۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها از طریق پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) گردآوری شد. نتایج آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون زیرمؤلفه‌های جست‌وجوی حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده، مسئولیت‌پذیری، فاصله‌گیری و گریز و اجتناب تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$).

نتایج آزمون توکی نشان داد که در زیر مؤلفه‌های حل مسأله برنامه‌ریزی شده و مسئولیت‌پذیری، میانگین نمرات «گروه واقعیت‌درمانی از گروه کنترل» و در مورد جست‌وجوی حمایت اجتماعی، فاصله‌گیری و گریز و اجتناب، میانگین نمرات «گروه ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی از گروه کنترل» به طور معناداری متفاوت بود ($P < 0/01$). برحسب نتایج حاصل از پژوهش هر دو درمان منجر به افزایش به‌کارگیری راهبردهای جست‌وجوی حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده، مسئولیت‌پذیری و کاهش به‌کارگیری فاصله‌گیری و گریز و اجتناب شد. هم‌چنین برآیندها نشان‌دهنده تأثیر بیشتر ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی در مقایسه با واقعیت‌درمانی بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین بود.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای

مقدمه

ازدواج رابطه انسانی پیچیده و پویایی است که از ویژگی‌های خاصی برخوردار است. دوام و پایداری ازدواج متأثر از عوامل درونی و بیرونی است. استرس‌های پیشامد برای زوجین از مهم‌ترین عوامل بیرونی به شمار می‌آیند. از آنجایی که در زندگی امروزه تجربه استرس امری اجتناب‌ناپذیر است، زوجین با استرس‌های گوناگون‌گانی در طول زندگی زناشویی خود روبه‌رو می‌شوند. راهبرد مقابله^۱ با این استرس‌ها از عوامل مهم در تداوم و پایداری زندگی زناشویی محسوب می‌شود. هنگامی که افراد تفاوتی بین خواسته‌های روان‌شناختی یا فیزیکی موقعیت بیرونی و منابع سیستم‌های اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی خود درک می‌کنند، تحت

استرس قرار می‌گیرند (سارافینو^۲، ۲۰۱۲). بنا به اعتقاد لازاروس و فولکمن^۳، اگر ارتباطی بین توانایی تغییر عامل استرس‌زایی که فرد با آن مواجه می‌شود با شکل مقابله فرد با آن وجود داشته باشد، مقابله مؤثرتر خواهد بود. مقابله، تغییر مداوم اعمال شناختی و رفتاری به منظور مدیریت خواسته‌های درونی و بیرونی خاصی که تهدیدکننده و زیان‌آور ارزیابی می‌شوند، تعریف می‌شود. مقابله ممکن است در یکی از دو فرم هیجان‌مدار و مساله‌مدار باشد (میشل^۴، ۲۰۰۴). بین راهبردهای مقابله‌ای زوجین و رضایت‌مندی زوجین رابطه وجود دارد (محمدی، خوش‌کنش و زاده‌محمدی^۵، ۲۰۱۴). هم‌چنین از طریق شناسایی و تعدیل راهبردهای غیرمؤثر و تنش‌زا در رابطه با راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های تنظیم هیجان می‌توان به طور قابل توجهی ناسازگاری زوجین را کاهش داد (بهرامی، نادری، جزایری، فاتحی‌زاده^۶، ۲۰۱۴). زوجینی که کیفیت زناشویی ضعیف داشتند از راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار کمتری استفاده می‌کنند و به طور معناداری متفاوت از زوجین دارای کیفیت زناشویی بالا هستند (بانرج و باسو^۷، ۲۰۱۴).

یکی از رویکردهای زوج‌درمانی مطرح در دهه‌های اخیر واقعیت‌درمانی^۸ است که عمدتاً توسط گلاسر^۹ (۱۹۸۶) تدوین شده است. واقعیت‌درمانی یک سیستم منسجم درمانی مبتنی بر روشی است که همه انسان‌ها به طور آگاهانه با همدیگر و دنیای اطراف‌شان ارتباط برقرار می‌کنند. بنا بر نظریه کنترل، رفتار انسان مبتنی بر انتخاب‌های فرد است. واقعیت‌درمانی این امکان را فراهم می‌کند که فرد خواسته‌ها، نیازها و رفتارهایش را مورد ارزیابی قرار دهد و در جهت ارضای آن‌ها برنامه‌ریزی کند. بر خلاف اهداف روان‌درمانی‌های بنیادی که به طور کلی دستیابی به بینش، درک ارتباطات و رسیدن به سطح بالاتری از خودآگاهی است، هدف ابتدایی واقعیت‌درمانی تغییر رفتاری است که پیامد ارضای یک نیاز بزرگ‌تر محسوب می‌شود. افراد به این دلیل وارد دوره‌های روان‌درمانی می‌شوند، چون احساس می‌کنند در زندگی آن‌ها اشتباهی رخ داده است (گلاسر و وولدینگ^{۱۰}، ۱۹۹۵). کاهش در کنترل همدیگر، استفاده از رفتارهای مخرب، خصلت کنترل‌گری و تمرکز بیشتر به کنترل رفتار خود، استفاده از عادات مهرورزی، آگاهی‌دادن به همسران در مورد شدت نیازهای آنان و ایجاد حس مسئولیت در زوجین برای برآورده‌سازی نیازهای خود می‌تواند دارای نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط زناشویی باشد (نصراصفهانی^{۱۱}، ۱۳۸۹). آموزش مفاهیم نظریه انتخاب و فنون واقعیت‌درمانی، ناسازگاری زوجین را کاهش می‌دهد (دربای^{۱۲}، ۱۳۸۶؛ امیری، محمدیان شعرباف و کیمیایی^{۱۳}، ۱۳۹۱).

با وجود تأثیرات ویژه‌های فردی زوجین در روابط زناشویی، اما بافت اجتماعی و فرهنگی محیط زندگی آنان نیز در شکل‌گیری این روابط مؤثر هستند. از همین رو اکثر رویکردهای درمانی نیازمند انطباق با شرایط زوجین از لحاظ فرهنگی و اجتماعی هستند. کنادسون-مارتین و هوئنگارد^{۱۴} (۲۰۱۰) با هدف مداخله در فرآیندهای اجتماعی مؤثر در ایجاد روابط حمایتی متقابل زوجین، رویکرد ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی^{۱۵} را طراحی کردند. این رویکرد توسط آنان به منظور مداخله در فرآیندهای اجتماعی محدودکننده توانایی زوجین در ایجاد روابط حمایتی متقابل طراحی شده است. ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی پیشرفت‌های اخیر در عصب‌شناسی و بافت اجتماعی هیجان را با فرضیاتی در مورد روان، جنسیت، فرهنگ، هویت‌های فردی و الگوهای ارتباطی که دارای ساختار اجتماعی هستند، یکپارچه می‌سازد و این ساختارها را طی جلسات مورد بررسی قرار می‌دهد. حمایت متقابل، تأثیر متقابل، حساسیت مشترک، مسئولیت ارتباطی مشترک و توافق

متقابل چهار شرط اساسی هستند که در جلسات درمانی مورد توجه قرار می‌گیرند. درمانگران ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی در واقع درصدد برطرف کردن نابرابری‌های اجتماعی هستند (کنادسون-مارتین و هوئنگارد، ۲۰۱۰). این درمان با تمرکز درمانگر بر چگونگی ارتباط هویت هر کدام از زوجین با افکار اجتماعی - فرهنگی آنان در مورد همسر یا شریک خود و تأثیر آن بر فراخوانی نحوه تفکر، احساس و رفتار آنها آغاز می‌شود. درمانگر از طریق مرور قراردادهای اجتماعی - فرهنگی (پاندیت^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۵) سعی در دستیابی به تجارب اجتماعی - فرهنگی زوجین در موقعیت‌های اجتماعی خاص دارد. مفهوم گفت‌وگوی اجتماعی به شناسایی پیام‌های فرهنگی و روش‌های فکری مشترک مؤثر در شکل‌دهی تجارب شخصی کمک می‌کند. این پیام‌های هویتی فرهنگی به طور پیچیده‌ای با مجموعه وسیعی از تفاوت‌های وابسته به جنسیت، موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی، جهت‌گیری جنسی، سن، توانایی/ ناتوانی، مذهب، قومیت، فطرت و ریشه ملیتی شخص در موقعیت‌های اجتماعی دیگر مرتبط است. ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی مانند رویکردهای اجتماعی دیگر مشکلات را در بافت بزرگ‌تر از افراد و حتی روابط بررسی می‌کند. این درمان سعی در تشخیص چگونگی تأثیر فرآیندهای اجتماعی در هیجان و الگوهای تعاملی زوجین دارد (کنادسون-مارتین، ولز و سامن^{۱۷}، ۲۰۱۵). در طول زمان پیامدهای این الگوهای ارتباطی تلویحات عمده‌ای برای سلامتی، شادکامی و موفقیت کلی روابط زوجین دارند. کنادسون-مارتین و همکاران (۲۰۱۵) مسئولیت ارتباط مشترک، حساسیت، توافق و تأثیر متقابل را به عنوان مؤلفه‌های چرخه توجه مطرح کردند. عدم تعادل قدرت بین همسران به روابط زناشویی صدمه می‌زند و به طور پیچیده‌ای با تجربه هیجانی، فرآیندهای ارتباطی زوج و بافت‌های فرهنگی اجتماعی مانند جنسیت مرتبط است (کنادسون-مارتین، هوئنگارد، لافونانت، بیوشاپ، اسکاپر^{۱۸} و ولز، ۲۰۱۵). اثر جنسیت بر توافق حاصل در رابطه دوطرفه زوجین می‌تواند دلیلی بر چرایی نسبت‌دادن تساوی جنسیتی به موفقیت رابطه باشد (جاناتان^{۱۹} و کنادسون - مارتین، ۲۰۱۲). هم‌چنین قدرت مساوی در ایجاد صمیمیت و موفقیت ارتباط زوجین تأثیرگذار است و توافق اجتماعی - هیجانی، بازداری از جریان قدرت و معرفی تجربه ارتباطی متفاوت می‌تواند در تشخیص و توجه به تفاوت‌های قدرت در فرآیندهای مهم ارتباطی مؤثر باشد (کنادسون-مارتین، ۲۰۱۳). مطالعات اخیر روی واقعیت‌درمانی نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در زوج‌درمانی را فراهم کرده‌اند.

در رویکرد واقعیت‌درمانی، نگاه گلاسر در آسیب‌شناسی روانی به فرد، نگاه مریض یا نقص در رفتار نیست. از نظر وی برای درمان مشکلات زناشویی باید به آنها کمک شود تا از طریق قضاوت، ارزیابی و طرح‌ریزی، رفتار یا رفتارهایی را طراحی کنند که موجب کاهش تعارض، ناسازگاری و تقویت اصل ازدواج شود. وی برای تغییر روابط زناشویی انتخاب رفتار مفید و مؤثر را به جای رفتار غیرمؤثر مد نظر قرار می‌دهد و می‌خواهد از طریق افزایش قدرت انتخاب، رفتار مبتنی بر واقعیت، مشکلات مربوط به روابط زناشویی را حل کند و روابط و صمیمیت زوجین را بهبود بخشد. بنابراین در این روش به زوجین یاد داده می‌شود که چگونه رفتار خود را ارزیابی و انتخاب کنند و به خواسته‌ها و نیازهای خود و روابط زناشویی دست یابند. در این روش فرض می‌شود انسان نه‌تنها قادر است رفتار خویش را برای رسیدن به خواسته‌های خود انتخاب کند؛ بلکه توانایی ارزیابی آن را نیز دارد (عرب‌پور و هاشمیان^{۲۰}، ۱۳۹۱). اگرچه بیشتر درمانگران آگاه به تأثیرگذاری بافت‌های اجتماعی فرهنگی مانند جنسیت، جهت‌گیری جنسی، فرهنگ و نژاد بر پویایی‌های بین زوجین هستند، اما

بیشتر مدل‌های درمانی به چگونگی توجه به این موارد نمی‌پردازند. ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی یک رویکرد متفاوت از سایر مدل‌های زوج‌درمانی است؛ زیرا بر هماهنگی با تجربه اجتماعی، فرهنگی و اختلافات قدرت اجتماعی تمرکز می‌کند. این رویکرد درمانی درصدد بررسی این مسأله است که چرا فرآیندهای اجتماعی فرهنگی لحظه به لحظه نمایان، تقویت و منطبق با زوج‌درمانی می‌شوند. بر خلاف بیشتر مدل‌های زوج‌درمانی که همسران را مساوی در نظر می‌گیرند، ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر عدم تعادل قدرت بین همسران تمرکز می‌کند (کنادسون-مارتین و همکاران، ۲۰۱۵) و از آن جایی که سازه راهبردهای مقابله‌ای در بافت‌های اجتماعی صورت می‌گیرد، بنابراین ضرورت و اهمیت کاربرد و اعمال این رویکرد درمانی در روابط بین زوجین قابل درک است. با توجه به این‌که اهداف و تکنیک‌ها در دو درمان فوق متفاوت است، به گونه‌ای که در واقعیت‌درمانی انتخاب، کنترل و عوامل درونی و در ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بافت‌های اجتماعی فرهنگی بین زوجین مد نظر است، از این رو به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی با غالبیت تأثیر عوامل درونی و محیطی می‌تواند در انتخاب رویکرد درمانی مناسب‌تر مثمرتر قرار گیرد. با توجه به اهمیت راهبردهای مقابله‌ای در زندگی زناشویی زوجین و نتایج تحقیقات پیشین، هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین است.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل زوجینی بودند که در سال ۱۳۹۵ به دلیل تعارض به مراکز مشاوره خصوصی شهرستان اردبیل مراجعه کردند. از آن جایی که در این پژوهش دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارند، نمونه آماری شامل ۴۵ زوج است که به صورت در دسترس از میان داوطلبان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی یا کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود زوجین عبارت بودند از: زوجینی که دارای تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی باشند، در طول مداخلات درمانی در یک محیط زندگی کنند و مایل به همکاری جهت دریافت مداخلات باشند و نیز عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی، مشکل نازایی، اعتیاد و الکلیسم. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: نارضایتی از ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه. بعد از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و ارزیابی اولیه، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش، گروه آزمایش و گروه کنترل) قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله، هر سه گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی در هر یک از روش‌های درمانی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی در هر هفته یک بار مطابق جداول ۱ و ۲ به ترتیب بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه (وبولدینگ، ۲۰۰۹؛ کنادسون-مارتین و همکاران، ۲۰۱۵) اجرا شد. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای^{۲۱} به عنوان پیش‌آزمون قبل از جلسه اول در گروه‌های مورد مطالعه و بعد از ۱۰ جلسه مداخله‌درمانی به صورت پس‌آزمون روی سه گروه مورد مطالعه اجرا شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این مقیاس دارای ۶۶ سؤال است که بر اساس راهبردهای مقابله‌ای توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) طراحی شده است و دامنه وسیعی از افکار و رفتارهایی را که فرد به هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی به کار می‌برد، مورد بررسی قرار می‌دهد (محمود علیلو^{۲۲}،

۱۳۹۰). این مقیاس در دو قالب کلی راهبرد مقابله مسأله‌مدار با چهار زیرمقیاس جست‌وجوی حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و مسئولیت‌پذیری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با چهار زیرمقیاس رویارویی، خودکنترلی، فاصله‌گیری و گریز و اجتناب است. طوسی^{۲۳} (۱۳۸۹) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۵ محاسبه کرد (موسوی نسب و تقوی^{۲۴}، ۱۳۸۶). ضریب آلفای کرونباخ در مقابله مستقیم ۰/۷۰، فاصله گرفتن ۰/۶۱، خودکنترلی ۰/۷۱، طلب حمایت اجتماعی ۰/۷۶، پذیرش مسئولیت ۰/۶۶، گریز و اجتناب ۰/۷۲، حل مسأله برنامه‌ریزی شده ۰/۶۷ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۹ و ضریب اعتبار آن ۰/۸۴ برآورد شده است (بروکی میلان^{۲۵}، ۱۳۹۳).

جدول ۱: محتویات جلسات واقعیت‌درمانی (وولدینگ، ۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معرفی فردی زوجین، طول مدت ازدواج و نحوه آشنایی زوجین، گفت‌وگو در مورد انتظارات و اهداف زوجین و تعیین موضوعات قابل تغییر و مورد انتظار
جلسه ۲	معرفی نیازهای اساسی و تعریف جامع آن‌ها با ذکر مثال‌های متعدد
جلسه ۳	شناسایی خواسته‌های آزمودنی‌ها از خود یا دیگران، شناسایی روش‌های دستیابی به خواسته‌ها
جلسه ۴	آموزش نظریه انتخاب و مفاهیم آن شامل توضیح مفاهیم بنیادین واقعیت‌درمانی و بیان خواسته‌ها
جلسه ۵	توضیح ماشین رفتار کلی و مؤلفه‌های آن، نقش افراد در حرکات ماشین رفتار و اهداف‌شان
جلسه ۶	ترسیم اهداف واقع‌بینانه و قابل دسترس و نحوه تغییر آن، ارزیابی راه‌حل‌های پیشنهادی
جلسه ۷	ایجاد حس مسئولیت‌پذیری برای ارضای نیازهای بنیادین
جلسه ۸	آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی و کنترل درونی
جلسه ۹	خودارزیایی، آموزش نحوه مذاکره درباره نیازهای ناهماهنگ و بررسی تأثیر خلاقیت بر کاهش تعارضات
جلسه ۱۰	مرور مفاهیم جلسات پیشین و جمع‌بندی

جدول ۲: محتویات جلسات ارتباط‌درمانی هیجانی (کنادسون - مارتین و همکاران، ۲۰۱۵)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معارفه اعضا، بیان اهداف و بررسی انتظارات گروه، اشاره مختصر به تاریخچه و محورهای درمان و کاربردهای بالینی آن
جلسه ۲	ایجاد پایه مناسب درمان از طریق توجه به بافت فرهنگی و بسط گفت‌وگوها بر اساس مباحث فرهنگی
جلسه ۳	تشخیص معناهای شخصی در مورد مباحث فرهنگی، هدایت در جهت الگوهای اجتماعی
جلسه ۴	شناسایی تجارب اجتماعی و تأثیرات این تجارب بر ارتباط افراد
جلسه ۵	شناسایی فرآیندهای قدرتمند ارتباطی، رابطه این فرآیندها با اهداف ارتباطی
جلسه ۶	تسهیل امنیت رابطه از طریق تشخیص رخدادهای امن برای افراد ضعیف‌تر رابطه
جلسه ۷	توضیح طرحواره‌های جنسیتی، شناسایی طرحواره‌های جنسیتی مختل و بازداری از این طرحواره‌ها، تشویق افراد قوی‌تر رابطه به توازن قدرت در روابط زناشویی
جلسه ۸	ایجاد یک مدل ارتباطی مبتنی بر تساوی از طریق خیالبافی در مورد تساوی جنسیتی و پیامد آن‌ها
جلسه ۹	تمرکز بر معناها، خواسته‌ها و نتایج ارتباطی، تسهیل ارتباط و مسئولیت متقابل
جلسه ۱۰	مرور اجمالی موضوعات جلسات قبل اعم از بافت‌های فرهنگی، طرحواره‌های جنسیتی، جریان قدرت در روابط زناشویی

پس از انجام دوره آموزش، از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به‌دست آمده با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی و استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین مدت‌زمان زندگی مشترک در گروه آزمایش روش واقعیت‌درمانی حدود ۱۳ سال و ۴ ماه و انحراف معیار آن ۹/۸ و در گروه آزمایشی ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی ۱۵ سال و انحراف معیار آن ۱۲/۳۵ محاسبه شد. در گروه کنترل نیز میانگین مدت‌زمان زندگی مشترک حدود ۱۴ سال و ۳ ماه و انحراف معیار آن ۱۱/۰۵ بود. میانگین سنی و انحراف معیار گروه‌های آزمایشی ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی؛ ۴۲/۳، ۱۰/۵۸، واقعیت‌درمانی؛ ۳۸/۹، ۸/۸۳ و گروه کنترل؛ ۳۹/۷، ۹/۱ بود. هم‌چنین در گروه آزمایشی روش واقعیت‌درمانی ۱۵/۲ درصد تحصیلات دیپلم، ۱۲/۱ درصد فوق دیپلم، ۲۷/۳ درصد کارشناسی، ۳۰/۳ درصد کارشناسی ارشد، ۶/۱ درصد دکتری و در گروه آزمایشی ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی ۷/۸ درصد تحصیلات دیپلم، ۳/۹ درصد فوق دیپلم، ۲۵/۵ درصد کارشناسی، ۱۷/۶ درصد کارشناسی ارشد و ۳/۹ درصد دکتری بودند. در گروه کنترل نیز ۱۲/۱ درصد تحصیلات دیپلم، ۱۲/۱ درصد فوق دیپلم، ۳۶/۴ درصد کارشناسی و ۳۰/۳ درصد کارشناسی ارشد بودند.

بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از زیرمؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=1/44, P=0/09, BOX=119/2$). نتایج آزمون لوین حاکی از عدم معناداری آن برای زیرمؤلفه‌های جست‌وجوی حمایت اجتماعی ($P=0/12$), حل مسأله برنامه‌ریزی شده ($F=2/13, P=0/2$), ارزیابی مجدد مثبت ($F=0/34, P=0/72$), مسئولیت‌پذیری ($F=0/11, P=0/9$), رویارویی ($F=1/93, P=0/15$), خودکنترلی ($F=1/48, P=0/23$), فاصله‌گیری ($F=0/85, P=0/43$) و گریز و اجتناب ($F=1/74, P=0/18$) بود. به عبارت دیگر در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها از مفروضه یکسانی واریانس‌ها تخطی نشده بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار زیرمؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌آزمون و

پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه کنترل		گروه آزمایشی ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی		گروه آزمایشی روش واقعیت‌درمانی		متغیرهای مورد مطالعه		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۳/۱۶	۵/۳۳	۳/۰۵	۵/۰۷	۲/۱۱	۴/۶	پیش‌آزمون	جست‌وجوی حمایت اجتماعی	مسأله‌مداری
۳/۳۶	۵/۸	۲/۷۷	۱۰/۶۳	۲/۲۲	۵/۰۷	پس‌آزمون		
۲/۷۸	۶/۹۷	۲/۷۲	۶/۵	۲/۷۶	۶/۴۳	پیش‌آزمون	حل مسأله برنامه‌ریزی شده	
۲/۷۶	۷/۲	۲/۲۳	۶/۸	۲/۴۵	۱۱/۸	پس‌آزمون		
۳/۰۴	۷/۸۳	۳/۲۶	۷/۶۷	۲/۸۱	۸/۰۷	پیش‌آزمون	ارزیابی مجدد مثبت	

ادامه جدول ۳

۳/۱۸	۸/۱	۲/۶۶	۸/۰۳	۲/۵۱	۹/۱	پس‌آزمون	مسئولیت‌پذیری	هیجان‌مداری
۲/۲۵	۴/۴۷	۲/۳۹	۴/۶	۲/۱۱	۴/۶	پیش‌آزمون		
۲/۲۴	۴/۷۷	۲/۰۲	۴/۷	۲/۱۵	۸/۳۳	پس‌آزمون		
۲/۲	۶/۷	۲/۲۳	۶/۷	۲/۲۰	۶/۳	پیش‌آزمون	روبارویی	
۲/۴۴	۷/۲	۲/۴۳	۶/۸۷	۲/۴۵	۶/۸	پس‌آزمون	خودکنترلی	
۳/۲۵	۱۱/۲۳	۳/۶۹	۱۱/۷	۲/۶۹	۱۱/۱۳	پیش‌آزمون		
۳/۳	۱۱/۶۷	۳/۲	۱۰/۹۳	۲/۱۱	۱۱/۶۹	پس‌آزمون		
۳/۳۱	۶/۵۳	۴/۱۵	۷/۶۷	۲/۳۹	۶/۴۳	پیش‌آزمون	فاصله‌گیری	
۳/۲۴	۶/۸۳	۳/۳۸	۷/۵	۲/۵۸	۶/۰۳	پس‌آزمون	گریز و اجتناب	
۴/۰۱	۱۰/۵۷	۳/۸۶	۱۰/۸۷	۳/۴۱	۱۰/۰۳	پیش‌آزمون		
۴/۰۵	۱۱/۴	۶/۹۷	۷/۵	۳/۳۶	۱۱/۲۷	پس‌آزمون		

با توجه به جدول ۳، میانگین زیرمؤلفه‌های حل مسأله برنامه‌ریزی شده و مسئولیت‌پذیری در گروه واقعیت‌درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین میانگین زیرمؤلفه‌های جست‌وجوی حمایت اجتماعی، فاصله‌گیری و گریز و اجتناب در گروه ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به ترتیب افزایش، کاهش و کاهش یافته است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس چندمتغیره عضویت گروهی بر زیرمؤلفه‌های

راهبردهای مقابله‌ای در زوجین

متغیر	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	مجدور اتا
جست‌وجوی حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۵۲۲/۵	۱	۵۵۲۲/۵	۶۹۲/۶۷	۰/۸۹
	عضویت گروهی	۳۷۶/۸۷	۲	۱۸۸/۴۳	**۲۳/۶۳	۰/۳۵
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	پیش‌آزمون	۶۶۵۶/۴	۱	۶۶۵۶/۴	۱۰۷۱/۶۳	۰/۹۲
	عضویت گروهی	۴۶۳/۲	۲	۲۳۱/۶	**۳۷/۲۹	۰/۴۶
ارزیابی مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۶۳۶۷/۲۱	۱	۶۳۶۷/۲۱	۸۱۴/۱۹	۰/۹
	عضویت گروهی	۲۱/۴۲	۲	۱۰/۷۱	۱/۳۷	۰/۰۳
مسئولیت‌پذیری	پیش‌آزمون	۳۱۶۸/۴	۱	۳۱۶۸/۴	۶۹۲/۵۲	۰/۸۹
	عضویت گروهی	۲۵۹/۲۷	۲	۱۲۹/۶۳	**۲۸/۳۱	۰/۳۹
روبارویی	پیش‌آزمون	۴۸۸۴/۱	۱	۴۸۸۴/۱	۹۳۷/۵۲	۰/۹۱
	عضویت گروهی	۲۱/۶۷	۲	۱۰/۸۳	۲/۰۸	۰/۰۵
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۱۱۹۷۱/۶	۱	۱۱۹۷۱/۶	۱۲۷۲/۴۳	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۱۷/۸۷	۲	۸/۹۳	۰/۹۵	۰/۰۲
فاصله‌گیری	پیش‌آزمون	۴۹۱۳/۶۱	۱	۴۹۱۳/۶۱	۵۰۹/۰۱	۰/۸۵
	عضویت گروهی	۱۵/۵۷	۲	۷/۷۸	**۰/۸۱	۰/۰۲
گریز و اجتناب	پیش‌آزمون	۹۱۰۰/۲۸	۱	۹۱۰۰/۲۸	۳۵۸/۱۵	۰/۸
	عضویت گروهی	۲۹۴/۱۶	۲	۱۴۷/۰۸	**۵/۷۹	۰/۱۲

**p<۰/۰۰۱ *p<۰/۰۱

نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$, $F = ۱۵/۳۳$).

۰/۱۶ = لامبدای ویلکز). جدول ۵ تفاوت سه گروه را به طور جداگانه در زیرمؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در زوجین نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون زیرمؤلفه‌های جست‌وجوی حمایت اجتماعی ($F= ۲۳/۶۳$ و $p<۰/۰۰۱$)، حل مسأله برنامه‌ریزی شده ($F= ۳۷/۲۹$ و $p<۰/۰۰۱$)، مسئولیت‌پذیری ($F= ۲۸/۳۱$ و $p<۰/۰۰۱$)، فاصله‌گیری ($F= ۰/۸۱$ و $p<۰/۰۰۱$) و گریز و اجتناب ($F= ۵/۷۹$ و $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن این‌که بین گروه‌ها چه مقدار تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده که در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۶: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین پس‌آزمون زیرمؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی		گروه کنترل
		P	(I-J)	
جست‌وجوی حمایت اجتماعی	واقعیت‌درمانی	۰/۳۱	۱/۵۷	۰/۲۰
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	<۰/۰۰۱
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	واقعیت‌درمانی	۰/۵۱	-۲/۸	<۰/۰۰۱
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	۰/۸۱
ارزیابی مجدد مثبت	واقعیت‌درمانی	۰/۳۱	-۱/۰۷	۰/۳۵
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	۰/۵۹
مسئولیت‌پذیری	واقعیت‌درمانی	۰/۵۶	-۱/۳۶	<۰/۰۰۱
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	۰/۲۹
رویارویی	واقعیت‌درمانی	۰/۱۲	-۱/۱۷	۰/۳۴
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	۰/۸۴
خودکنترلی	واقعیت‌درمانی	۰/۳۷	-۱/۰۷	۰/۹۱
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	۰/۶۲
فاصله‌گیری	واقعیت‌درمانی	۰/۹۱	-۰/۳۳	۰/۴۳
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	<۰/۰۰۱
گریز و اجتناب	واقعیت‌درمانی	۰/۵۵	-۱/۷۷	۰/۸۹
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	<۰/۰۰۱
راهبردهای مقابله‌ای کل	واقعیت‌درمانی	۰/۱۴	-۱/۳۹	۰/۵۳
	ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی	-	-	<۰/۰۰۵

نتایج آزمون توکی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در زیرمؤلفه‌های حل مسأله برنامه‌ریزی شده و مسئولیت‌پذیری بین میانگین‌های برآورد شده گروه واقعیت‌درمانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). همچنین در مورد زیرمؤلفه‌های جست‌وجوی حمایت اجتماعی، فاصله‌گیری و گریز و اجتناب بین میانگین‌های برآورد شده گروه ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). همچنین میانگین گروه ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی از گروه واقعیت‌درمانی بالاتر است ($P<۰/۰۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رویکردهای واقعیت‌درمانی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که واقعیت‌درمانی بر افزایش به‌کارگیری از راهبردهای مسأله‌مداری در ابعاد حل مسأله برنامه‌ریزی شده و مسئولیت‌پذیری اثربخش بوده است. این نتیجه با برخی یافته‌های پژوهش‌های درباب (۱۳۸۶)، امیری و همکاران (۱۳۹۱)، رمزی اسلامبولی، علیپور، سپهری شاملو و زارع^{۲۶} (۱۳۹۳) و رمزی، سپهری شاملو، علیپور و زارع (۱۳۹۳) هم‌راستا است. در تبیین این یافته می‌توان این‌طور بیان کرد که این رویکرد به توان مراجعین برای برآورده‌سازی نیازهایشان از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه اعتقاد دارد. مواجهه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست از موارد مورد تأکید در این روش درمانی است. در واقعیت‌درمانی چون رفتار گذشته غیر قابل تغییر در نظر گرفته می‌شود، بنابراین رفتار فعلی اهمیت پیدا می‌کند. ممکن است گذشته در آنچه فرد هم‌اکنون است تأثیرگذار باشد، اما قربانی گذشته نیست. مگر این‌که خود این‌گونه انتخاب کند. بنابراین تغییرپذیری یا عدم تغییرپذیری به خود فرد بستگی دارد و از پیش تعیین شده نیست. از طرفی طی آموزش با این واقعیت روبه‌رو می‌شود که همیشه برای تغییر رویه و رفتار در ذهن خود، گنجینه‌ای از رفتارهای خلاقانه را در اختیار دارد که تنها باید آنها را انتخاب کند.

در واقع نظریه انتخاب رفتاری را که منجر به بهتر شدن روابط می‌شود، آموزش می‌دهد. گلاسر تعارضات و مشکلات رابطه زناشویی را ناشی از انتخاب رفتارهای غیرمسئولانه و نادرست در رابطه زناشویی در نظر می‌گیرد. وی معتقد است که هر انسان دارای نیازهایی است که بر اساس هر نیاز نیز خواسته‌هایی دارد. ما رفتار خود را طوری انتخاب می‌کنیم که مؤید دنیای ادراکی ما باشد و تضاد خواسته‌های زوجین، غیرواقعی بودن خواسته‌ها و ناتوانی در ارزیابی درست از رفتار، باعث بروز تعارض و مشکل زناشویی می‌شود. در این دیدگاه بهترین راه درمان، تغییر رفتار از طریق اعمال مفید و سازنده است. تغییر رفتار نه بر اساس اصول رفتارگرایی، بلکه از طریق انتخاب رفتارهایی است که موجب بهبود روابط صمیمانه زن و شوهر می‌شود (شفیع‌آبادی و ناصری^{۲۷}، ۱۳۸۶).

هم‌چنین در تبیین عدم تأثیرگذاری معنادار رویکرد واقعیت‌درمانی بر کاهش راهبردهای هیجان‌مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌توان این‌طور بیان کرد که صرف اعمال آموزش واقعیت‌درمانی که نوعی مهارت شناختی رفتاری است، نمی‌تواند به‌تنهایی سبب کاهش معنادار راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شود. به همین دلیل ضرورت اجرای مداخله‌های دیگر جهت دستیابی به این هدف احساس می‌شود. در این رویکرد، به رفتار بیش از هیجانانگیز و نگرش تأکید می‌شود و کنترل رفتار فرد را ساده‌تر و عملی‌تر از هیجان، احساس و نگرش می‌داند. محتوای آموزشی و درمانی رویکرد واقعیت‌درمانی، هیچ‌یک از زیرمؤلفه‌های راهبرد هیجان‌مدار را دربر نمی‌گیرد. از نظر گلاسر، مشکل زمانی حاد می‌شود که همسران انتظارات مختلف و غیر-واقع‌بینانه‌ای در مورد نحوه ارضای نیازهای اساسی خود از همدیگر داشته باشند یا شدت نیازهای آنان با یکدیگر متفاوت باشد. در آموزش واقعیت‌درمانی به زوجین آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی و در مورد آنان بحث کنند. آگاهی از نیازها و تلاش جهت تأمین نیازهای همسر می‌تواند بر رضایت آن‌ها از زندگی زناشویی تأثیر چشم‌گیری داشته باشد (گلاسر، ۲۰۰۰).

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر افزایش مسأله‌مداری در بعد جست‌وجوی حمایت اجتماعی و کاهش هیجان‌مداری در بعد گریز و اجتناب و فاصله‌گیری اثربخش بوده است. این نتیجه با برخی یافته‌های پژوهش‌های صورت‌گرفته هم‌راستا است (جاناناتان و کنداسون- مارتین، ۲۰۱۲؛ ویلیامز^{۲۸}، کنداسون- مارتین و هوئنگارد، ۲۰۱۲). یکی از ارکان ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی در نظر گرفتن فرد در بافت اجتماعی و توجه به فعل و انفعالات ناشی از این بافت است. در این رویکرد، درمانگران با شناسایی بافت اجتماعی - فرهنگی زوجین و نقش آن در مواردی مانند جنسیت، نژاد، دین و غیره، هیجان‌ات اجتماعی - فرهنگی پایه‌ای را تشخیص می‌دهند و نحوه نمایان شدن این هیجان‌ات را در الگوهای ارتباطی بررسی می‌کنند.

نابرابری جنسیتی و وجود طرحواره‌های از پیش تعیین شده جنسیتی و عدم توزیع نابرابر قدرت بین همسران از پیامدهای ارتباطی این نوع هیجان‌ات به شمار می‌رود که در هنگام مواجهه با مشکلات و استرس، منجر به واکنش‌هایی مانند خشم و فاصله‌گیری می‌شود. از طرفی این پیامدها باعث شکل‌گیری این باور می‌شود که فرد ضعیف‌تر در رابطه، مسئولیت حفظ رابطه را بر عهده دارد. طی جلسات ارتباط‌درمانی اجتماعی - هیجانی، درمانگر ایجاد فرآیندی را تسهیل می‌کند که همسران قادر باشند هم‌زمان با این موضوع که نگران شادکامی همسر خود هستند و در عین حال خود را مسئول حفظ رابطه می‌دانند، به طور درستی با استرس و رخداد مشکل‌زا روبه‌رو شوند.

در پژوهش حاضر به منظور تبیین نتایج هم‌سنجی اثربخشی واقعیت‌درمانی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی مبتنی بر اثربخشی بیشتر ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر راهبردهای مقابله‌ای زوجین می‌توان گفت، ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی با محوریت چهار شرط اساسی حمایت متقابل، تأثیر متقابل، حساسیت مشترک، مسئولیت ارتباطی مشترک و توافق متقابل، خواستار رفع نابرابری‌های اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی زوجین است. به طوری که زمانی که مسئولیت ارتباط زوجین مشترک محسوب شود، هر کدام از زوجین نسبت به تأثیر عملکردشان بر فرد مقابل حساس و مسئول می‌شوند و نسبت به انجام آنچه برای حفظ ارتباطشان ضروری است، علاقه‌مند می‌شوند. هم‌چنین هر کدام از زوجین می‌توانند بدون واهمه از محکومیت، درک مناسبی از شرایطی داشته باشند که باعث اشتباهات، ضعف یا عدم اطمینان آنان می‌شود. آن‌ها به منظور حفظ روابط، درباره تغییر کردن توافق می‌کنند و تصمیمات مشترک می‌گیرند. درمانگران طی این درمان به علاقه‌مندی و توجه هر کدام از زوجین به درک تجربه دیگری و پاسخ‌دهی به احساسات و نیازهای وی توجه می‌کنند.

درمان‌های واقعیت‌درمانی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی بر افزایش به‌کارگیری راهبردهای جست‌وجوی حمایت اجتماعی، حل مسأله برنامه‌ریزی شده و مسئولیت‌پذیری و کاهش به‌کارگیری راهبردهای فاصله‌گیری و گریز و اجتناب مؤثر است. در واقع واقعیت‌درمانی از طریق تأکید بر اهمیت کنترل درونی و ارتباط‌درمانی اجتماعی هیجانی از طریق ملاک‌های چرخه توجه شامل مسئولیت حفظ ارتباط، حساسیت، توافق و تأثیرات متقابل در روابط زوجین منجر به بهبود راهبردهای مقابله‌ای زوجین می‌شود. از طرف دیگر بودن در فضای گروه درمانی می‌تواند سبب افزایش تعاملات مؤثر برای زوجین باشد؛ چراکه نکته مهم در کاربرد این روش‌ها این است که روش گروهی محاسن زیادی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. از جمله

این‌که بسیاری از آزمودنی‌ها مبتلا به نوعی احساس منحصربه‌فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود هستند. این احساس منحصربه‌فرد بودن باعث تشدید مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب و مشکلات رفتاری مانند انزوای اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای نامطلوب در افراد می‌شود و مشکلاتی که در ارتباط با همسر خود در آن‌ها وجود دارد، احساس منحصربه‌فرد بودن را در آن‌ها تقویت می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌کند که تعدادی از این زوجین در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفت‌وگو بنشینند. نمونه‌گیری در دسترس و محدودیت زمانی از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر به شمار رود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر درمانی، محققان در پژوهش‌های آتی سعی در کنترل عوامل مؤثر در میزان تعمیم‌پذیری نتایج مانند روش نمونه‌گیری و مناطق جغرافیایی دیگر داشته باشند و به منظور بررسی اثرات بلندمدت درمان‌های مورد مطالعه، مطالعات پیگیرانه انجام شود.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---|--|
| 1. Coping Strategy | 15. Socio - Emotional Relationship Therapy |
| 2. Sarafino | 16. Pandit |
| 3. Lazarous & Folkman | 17. Wells & Samman |
| 4. Mitchell | 18. Lafontant, Bioshop & Schaepper |
| 5. Mohammadi, Khosh konesh, & Zadeh Mohammadi | 19. Janathan |
| 6. Bahrami, Nedaei, Jazayeri, & Fatehizadeh | 20. Arabpour & Hashemiyani |
| 7. Banerjee & Basu | 21. Ways of Coping Questionnaire |
| 8. Reality Therapy | 22. Mahmood Aliloo |
| 9. Glasser | 23. Tousi |
| 10. Wubbolding | 24. MousaviNasab & Taghavi |
| 11. Nasre Isfahani | 25. Brokki Milan |
| 12. Derbay | 26. Ramzi Eslambooli, Alipour, Sepehri Shamloo & Zareh |
| 13. Amiri, Mohammadin Sherbaf, & Kimiaei | 27. Shafi Abadi & Naseri |
| 14. Knudson-Martin & Huenergardt | 28. Wiliams |

منابع

- امیری، م.، محمدیان شعرباف، ح.، و کیمیایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای. *اندیشه و رفتار*، ۶۸(۶)، ۵۹-۶۸.
- بروکی میلان، ح.، کمرزین، ح.، و زارع، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۳۰(۸)، ۱۴۳-۱۵۶.
- بهرامی، ف.، ندایی، ع.، جزایری، ر.، و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۲). بررسی جامعه‌شناختی پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر مبنای سبک‌های شناختی تنظیم هیجان و راهبردهای مقابله‌ای زوجین شهر اصفهان. *علوم اجتماعی شوستر*، ۲۲(۳)، ۱۰۱-۱۲۲.

- رمزی، ل.، سپهری شاملو، ز.، علی‌پور، ا.، و زارع، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای. *روان‌شناسی خانواده*، (۲)، ۱۹-۳۰.
- رمزی اسلامبولی، ل.، علیپور، ا.، و سپهری شاملو، ز. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر اساس رویکرد واقعیت‌درمانی بر بازسازی باورهای ارتباطی در زنان شاغل متأهل شهر مشهد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، (۱۰)، ۴۰-۵۰، ۴۹۳-۴۹۳.
- دریابی، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه روان‌شناسی، دانشگاه بهزیستی و توان‌بخشی.
- شفیع‌آبادی، ع.، و ناصری، غ. (۱۳۸۶). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- عرب‌پور، ا.، و هاشمیان، ک. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی به روش واقعیت‌درمانی بر بهبود روابط صمیمانه زوجین. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، (۱۹)، ۱۳-۱.
- محمدی، ر.، خوش‌کنش، ا.، و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله همسران با استرس، رضایت‌مندی زناشویی و فرسودگی شغلی در معلمان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، (۹)، ۳۶-۴۸، ۴۷۱-۴۸۷.
- محمود علیلو، م. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در معتادان HIV مثبت. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، (۳۳)، ۷۶-۷۰.
- موسوی نسب، س. م.، و تقوی، س. م. (۱۳۸۶). تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان. *مجله پزشکی هرمزگان*، (۱۱)، ۹۰-۸۳.
- نصر اصفهانی، ن. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مفاهیم نظریه انتخاب به شیوه گروهی بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان. *زن و مطالعات خانواده*، (۲)، ۱۱۴-۱۰۵.

- Amiri, M., Mohammadin Sherbaf, H., & Kimiaei, A. (2013). [The effectiveness of group reality therapy on locus of control and coping strategies]. *Thought and Behavior*, 24(6), 59-68 [in Persian].
- Arabpour, E., Hashemiyani, K. (2011). [The effectiveness of couple therapy via reality therapy method on the improvement of intimacy relations of couples]. *Quarterly Journal of Educational Psychology of Islamic Azad University Tonekabon Branch*, 9(1), 1-13 [in Persian].
- Bahrami, F., Nedaei, A., Jazayeri, R., Fatehizadeh, M. (2014). [Sociological Investigation of anticipation of marital adjustment based on cognitive styles of emotion regulation and coping strategies in couples in Isfahan], *Social Science*, 22(3), 101-122 [in Persian].
- Banerjee, S., Basu, J. (2014). Personality Factors, attachment styles and coping strategies in couples with good and poor marital quality. *Psychological studies*, 59 (1), 59-67.
- BrockieMilan, H., Kamarzarrin, H., Zare, H. (2015). [Effectiveness of cognitive behavioral therapy in the improvement of coping strategies and addiction symptoms in drug dependent patients]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 30(8), 143-156 [in Persian].
- Derbay, M (2008). *The Effectiveness of Reality Therapy on Increasing Marital Intimacy of Couples Referring to Counselling Centers*. Master Thesis in psychology, Welfare and Rehabilitation University [in Persian].
- Glasser, W., & Wubbolding, R, E. (1995). *Reality Therapy*. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 293-321). Itasca, IL: F. E. Preacock Publishers, Inc.
- Glasser, W. (2000). *Counselling with choice therapy: The new reality therapy*. New York: Harper Collins.
- Janathan, N., & Knudson-Martin, C. (2012). Building connection: attunement and gender equality in hetero sexual relationships. *Journal of couple & relationship therapy: Innovations in clinical and educational interventions*, 2(11), 95-111.

- Knudson-Martin, C. (2013). Why power matters: creating a foundation of mutual support in couple relationships. *Family Processes*, 52(1), 5-18.
- Knudson-Martin, C., Huenegardt, D., Lafontant, K., Bioshop, L., Schaepper, J., Wells, M. (2015). Competencies for addressing gender and power in couple therapy: A socio emotional approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(2), 205-220.
- Knudson-Martin, C., Wells, M, A., & Samman, S, K. (2015). *Social-emotional relationship therapy, bridging emotion, societal context, and couple interaction*. London: Springer.
- Mahmood Aliloo, M. (2012). [The relationship of personality traits and coping strategies in addicts with positive HIV]. *Medicine Journal of Medicine Sciences University*, 33(1), 70-76 [in Persian].
- Mitchell, D. (2004). *Stress, coping, and appraisal in an HIV-seropositive rural sample: a test of the faculty of the college of arts and sciences of Ohio university*. Master thesis in Clinical Psychology, Ohio University.
- Mohammadi, R., Khosh konesh, A, & Zadeh Mohammadi, M. (2014). [Relationship between dyadic coping strategies with stress, marital satisfaction and burnout in teachers]. *Journal of Family Research*, 36(9), 471-487 [in Persian].
- MousaviNasab, M, H., Taghavi, M, R. (2008). [The effectiveness of stress and exposure strategies on mental health]. *Medicine Journal of Hormozgan*, 1(11), 83-90 [in Persian].
- Nasre Isfahani, N. (2011). [The effectiveness of grouping training via choice theory on increasing of marital intimacy between women]. *Woman and Family Studies*, 8(2), 105-114 [in Persian].
- Ramzi Eslambooli, L., Alipour, A., Sepehri Shamloo, Z., & Zareh, H. (2015). [The effectiveness of group therapy based on reality therapy on rebuild of relationship beliefs in working married women of Mashhad]. *Journal of Family Reasearch*, 10(4), 493-509 [in Persian].
- Ramzi, L., Sepehri Shamloo, Z., Alipour, A., & Zare, H. (2015). [The effectiveness of group reality therapy in coping strategies]. *Family Psychology*, 1(2), 19-30 [in Persian].
- Sarafino, E. D. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New Jersey: Wiley.
- Shafi Abadi, A., Naseri, G, H. (2008). [*Counselling and Psychotherapy theories*]. Tehran: University Press [in Persian].
- Williams, K., Knudson-Martin, C., & Huenergardt, D. (2012). Toward mutual support: A task analysis of the relational justice approach to infidelity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 285-298.
- Wubbolding, R, E. (2009). *Instructor's manual for reality therapy*. Published by <http://www.Psychotherapy.net>.