

August-September 2021, Volume 10, Issue 4

## The Effectiveness of "Reality Therapy" on Marital Disaffection and Psychological Welfare of Married Women

Leila Mahmoodian<sup>1</sup>, Firoozeh Zangane Motlagh<sup>2\*</sup>, Mehdi Dehestani<sup>3</sup>

1- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Firoozeh Zangane Molagh, Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

**Email:** F- zanganeh@iau.arak.ac.ir

Received: 14 April 2021

Accepted: 21 July 2021

### Abstract

**Introduction:** Sustainability of marriage requires awareness of the impact of your choices. "Reality Therapy" can be effective in reducing marital disaffection. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Reality Therapy" on marital disaffection and psychological well-being of married women.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population of this study included all married women referring to Mehrana Counseling and Psychological Service Center in Tehran in 2019 – 2020. 30 of them were selected by available methods. By simple random assignment by lottery method and age homogenization, they were divided into two groups of intervention and control. Research instruments included demographic questionnaire, the "Marital Disaffection Scale", and the "Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form". The validity of the instruments and training package was measured using content validity by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. "Reality Therapy" was performed for the intervention group in 8 sessions. Data were analyzed in SPSS. 24.

**Results:** "Reality Therapy" on the components of physical burnout ( $P=0.001$ ,  $F=170.026$ ), emotional burnout ( $P=0.001$ ,  $F=225.657$ ) and psychological burnout ( $P=0.001$ ,  $F=46.719$ ) had a reducing effect. Reality therapy on the components of environmental dominance ( $P=0.001$ ,  $F=43.25$ ), self-acceptance ( $P=0.001$ ,  $F=43.60$ ), positive relationship with others ( $P=0.001$ ,  $F=36.80$ ), having a purpose in life ( $P=0.001$ ,  $F=39.21$ ), personal growth ( $P=0.001$ ,  $F=150.32$ ) and autonomy ( $P=0.001$ ,  $F=62.21$ ) had an increasing effect.

**Conclusions:** "Reality Therapy" reduced the subscales of marital disaffection and increased the psychological well-being of married women. It is suggested that in counseling centers and psychological services, "Reality Therapy" to be provided for conflicting couples.

**Keywords:** Married Women, Marital Disaffection, Reality Therapy, Well-being.

## اثربخشی «واقعیت درمانی» بر بی میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل

لیلا محمودیان<sup>۱</sup>، فیروزه زنگنه مطلق<sup>۲\*</sup>، مهدی دهستانی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.  
۲- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.  
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فیروزه زنگنه مطلق، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.  
ایمیل: F-zanganeh@iau.arak.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۳۰

### چکیده

**مقدمه:** پایداری ازدواج نیازمند آگاهی از تأثیر انتخاب های خود است. "واقعیت درمانی" می تواند در کاهش بی میلی زناشویی مؤثر باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "واقعیت درمانی" بر بی میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل بود.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز خدمات مشاوره و روانشناختی مهرانا در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. از میان آن ها ۳۰ تن به روش در دسترس انتخاب شدند. با گمارش تصادفی ساده به روش قرعه کشی و همگن سازی سن در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس بی میلی زناشویی" (Marital Disaffection Scale) و "مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده" (Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form) بود. روایی ابزارها و بسته آموزشی با استفاده از روایی محتوای به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. "واقعیت درمانی" برای گروه مداخله در ۸ جلسه انجام شد. داده ها در نرم افزار اسپاس اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

**یافته ها:** "واقعیت درمانی" بر زیرمقیاس های بی میلی جسمی ( $F=17.0/0.26, P=0/0.01$ )، بی میلی هیجانی ( $P=0/0.01$ )، بی میلی روانی ( $F=22.5/6.57, P=0/0.01$ ) اثر کاهنده داشت. "واقعیت درمانی" با زیرمقیاس های تسلط بر محیط ( $F=43/25, P=0/0.01$ )، پذیرش خود ( $F=43/60, P=0/0.01$ )، رابطه مثبت ( $F=36/80, P=0/0.01$ )، هدف در زندگی ( $P=0/0.01$ )، رشد شخصی ( $F=39/21, P=0/0.01$ ) و خودمختاری ( $F=15.0/32, P=0/0.01$ ) اثر افزایشی داشت.

**نتیجه گیری:** "واقعیت درمانی" سبب کاهش زیرمقیاس های بی میلی زناشویی و افزایش بهزیستی روانشناختی زنان متأهل شد. پیشنهاد می شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، "واقعیت درمانی" برای زوجین متعارض ارائه شود.

**کلیدواژه ها:** بهزیستی، بی میلی زناشویی، زنان متأهل، واقعیت درمانی.

### مقدمه

زناشویی (marital system) است که نقطه وصل آن، پیمان ازدواج است (۱). خانواده مهم ترین واحد جامعه است. ازدواج به این دلیل که ساختار اولیه را برای ایجاد یک رابطه خانوادگی و پرورش نسل آینده فراهم می کند، به عنوان مهم ترین و اساسی ترین رابطه انسانی توصیف شده است (۲). دستیابی به یک جامعه امن نیاز به خانواده ای

خانواده (family)، یکی از نهادهای مهم در جوامع به خصوص در جامعه ایران محسوب می شود که اگر از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی برخوردار خواهند بود. نهاد خانواده به زیرمجموعه هایی تقسیم می شود که اصلی ترین آن، نظام

می کند. همچنین رفتارهای ترمیمی مراحل قبل به علت مقصر دانستن همسر در ایجاد مشکلات، در این مرحله صورت نمی پذیرد (۹). بی میلی زناشویی پدیده پیچیده ای است که ضمن درگیر کردن بسیاری از زوج ها، از عوامل بسیاری از جمله تعارض زناشویی تأثیر می پذیرد. پژوهشگران پیشنهاد می کنند تعارض ها و آشفتگی های زناشویی پیش بین کننده خشونت زناشویی نیز هستند و از مبادله رفتارها و عواطف منفی مانند خشم، خصومت، اهانت و کج خلقی در روابط زوجین نشأت می گیرند (۱۰).

Fitzgerald (۱۱) در یک مطالعه مروری تحت عنوان واقعیت درمانی بر مشاوره نظام های زناشویی و خانوادگی، سیر تاریخی شکل گیری واقعیت درمانی و تغییرات ایجاد شده در این درمان و به تفکیک اثربخشی آن را بر مشکلات مختلف از جمله مشکلات زناشویی بررسی کرده است. نتایج نشان داد از آنجا که دوست داشتن و سازگاری یک شخص نیازمند آگاهی از تأثیر انتخاب های شخص مقابل و خود شخص است، این نوع درمان می تواند در حل تعارض های زناشویی مؤثر باشد. «واقعیت درمانی» (Reality Therapy) که توسط Glasser مطرح شد، تعارض های زناشویی را ناشی از انتخاب رفتارهای غیر مسئولانه و نادرست، تضاد خواسته های زوجین و غیر واقعی بودن خواسته ها در روابط زناشویی بیان می کند (۱۲). واقعیت درمانی یک روش مبتنی بر عقل سلیم و درگیری هیجانی است. به نظر Glasser انسان ۲ نیاز اساسی دارد: یکی دوست داشتن و دیگری دوست داشته شدن. اگر انسان نتواند این دو نیاز اساسی را ارضاء کند، هویت شکست در او رشد می کند. شکست در برقراری ارتباط عاطفی با دیگران باعث می شود تا فرد این نیاز در خود را انکار کند و از ارتباط با افراد دیگر و درگیری با آن ها دوری جوید (۱۳). در این راستا، امیری و همکاران (۱۴) چنین نتیجه گرفتند که «واقعیت درمانی» یک روش مؤثر در بهبود ویژگی های روان شناختی زوجین است که موجب کاهش بی میلی زناشویی می شود. سعادتی شامیر و همکاران (۱۵) چنین عنوان کردند که متاهلینی که آموزش های مربوط به واقعیت درمانی را دریافت کردند، یاد گرفتند که برای دستیابی به اهداف خود، باید رفتارهای مسئولانه ای را انتخاب کنند و مسئولیت پیامد انتخاب هایشان را بپذیرند تا از ناامید شدن آن ها نسبت به بستر خانواده و اعضای خانواده پیشگیری شود. تا به امروز پژوهش های مختلف به اثربخشی «واقعیت

سالم دارد و خانواده سالم را در صورتی می توان به دست آورد که اعضای آن از سلامت روانی برخوردار باشند (۳). چنانچه زندگی زناشویی شرایط نامساعدی را برای ارضای نیازهای روانی همسران ایجاد کند، نه تنها بهداشت روانی تحقق نمی یابد بلکه بسیاری از زنان و مردان وقتی ازدواج شان به بن بست می رسد، بهزیستی روانشناختی (psychological well-being) خود را از دست می دهند. بهزیستی روانشناختی به عنوان ارزیابی شناختی و هیجانی فرد از زندگی تعریف می شود (۴). بهزیستی بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی توانمندی های انسانی است که دربردارنده ملاک های مشابه و مکمل سلامت روانشناختی مثبت است (۵). بنا به تعریف Ryff (۶) بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، هدف در زندگی، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل شده است. مهارت های زناشویی، بهزیستی را در زندگی زناشویی را شکل داده و افزایش بهزیستی زناشویی بر میزان بی میلی زناشویی (marital disaffection) زوجین اثر دارد (۷).

پژوهش های گذشته ۲ عامل برای پریشانی و آشفتگی در روابط زناشویی شناسایی کرده اند: تعارض های زناشویی آشکار یا «عدم توافق» (disharmony) و «فاصله هیجانی» (emotional distance) یا به عبارتی بی میلی (۸). Kayser (۹) بی میلی زناشویی را فقدان تدریجی «دلبستگی هیجانی» (emotional attachment) تعریف کرد که شامل کاهش توجه به همسر، «بیگانگی هیجانی» (emotional estrangement) و افزایش احساس دلسردی و بی تفاوتی نسبت به همسر است که شامل ۳ مرحله می شود: ۱- سرخوردگی و ناامیدی (disillusion and disappointment): ویژگی بارز این مرحله سرخوردگی از روابط زناشویی است. در این مرحله، فرد دلزده سرخوردگی نسبت به همسرش را در سکوت کامل، نشخوار فکری می کند؛ ۲- خشم و صدمه (anger and hurt): روشن ترین احساس در این مرحله، احساس صدمه است که به نظر می رسد ناشی از عود رفتارهای منفی و آسیب رسان زن و شوهر باشد. چرا که چشم پوشی از خطاهای همسر، که در مرحله اول کار آسانی بود، در این مرحله به سختی ممکن می شود؛ ۳- دلسردی و بی تفاوتی: فاصله گیری هیجانی و جسمی، مشخصه آخرین مرحله از فرایند بی میلی است. برخلاف مرحله قبل، خشم و صدمه تا حدی کاهش می یابد و سردی هیجانی به طور معنادار افزایش پیدا

تن به روش در دسترس و غیرسهمیه ای انتخاب شدند و با گمارش تصادفی ساده (قرعه کشی) و همگن سازی سن در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل: وجود بی میلی زناشویی براساس نمره برش، نمره ۵۴ از ۱۴۰ «مقیاس بی میلی زناشویی»، طول مدت ازدواج حداقل ۲ سال، رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری، عدم ابتلا به بیماری های مزمن و معلولیت جسمی، عدم دریافت همزمان مداخله روانشناختی و غیبت بیشتر از ۲ جلسه بود. به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و طول مدت ازدواج بود.

«مقیاس بی میلی زناشویی» (Marital Disaffection Scale) که توسط Kayser در سال ۱۹۹۶ معرفی شده شامل ۲۱ عبارت است و ۳ زیرمقیاس بی میلی جسمی (physical exhaustion) شامل ۵ عبارت، عبارت های ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۶؛ بی میلی هیجانی (emotional exhaustion) شامل ۵ عبارت، عبارت های ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷ و بی میلی روانی (mental exhaustion) شامل ۵ عبارت، عبارت های ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را در یک طیف لیکرت ۷ درجه ای از هرگز= ۱، یکبار طی مدتی طولانی= ۲، بندرت= ۳، گاهی= ۴، معمولاً= ۵، غالباً= ۶ تا همیشه= ۷ مورد ارزیابی قرار می دهد. حداقل نمره در این ابزار ۲۱ و حداکثر نمره ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای بی میلی زناشویی بیشتر است. در این ابزار نمره ۲۱ تا ۲۶ نشانگر بی میلی زناشویی پایین، ۲۷ تا ۳۴ بی میلی زناشویی متوسط پایین، ۳۵ تا ۴۲ بی میلی زناشویی متوسط، ۴۳ تا ۵۴ بی میلی زناشویی متوسط بالا و ۵۵ تا ۱۴۰ بالا است (۲۰).

Kayser (۲۰) در نمونه ای شامل ۷۶ زوج ساکن در ایالات پنسیلوانیا، روایی واگرایی «مقیاس بی میلی زناشویی» را با محاسبه همبستگی آن با «مقیاس شادکامی زناشویی ادراک شده» (Perceived Marital Happiness Scale) و «مقیاس صمیمیت زناشویی» (Marital Closeness Scale) به ترتیب برابر با ۰/۵۶- و ۰/۸۶- و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را برای نمونه فوق برابر با ۰/۹۷ گزارش کرده است. Flower و همکاران (۲۱) در نمونه ای شامل ۳۲۳ تن از زنان مراجعه کننده به انجمن مشاوره آمریکا، روایی واگرایی «مقیاس بی میلی زناشویی» را با محاسبه همبستگی آن با «پرسشنامه وضعیت زناشویی»

درمانی» بر بهبود بهزیستی در جمعیت های مختلف اشاره داشت. به عنوان مثال، حیدریور و همکاران (۱۶) و نصرآباد سوفلا و همکاران (۱۷) که واقعیت درمانی را در راستای ارتقای بهزیستی مادران کودکان معلول ذهنی، واقعیت درمانی را به کار گرفته اند و به نتایج رضایت بخشی دست یافته اند. Grills و همکاران (۱۸) نیز نشان دادند «واقعیت درمانی» به طور معناداری منجر به کاهش تنش و بهبود بهزیستی زنان شده بود.

زنان به عنوان مؤثرترین عضو خانواده که بیشترین سهم اداره داخلی این واحد اجتماعی به عهده آن هاست، در تربیت و تکامل آحاد اجتماع، اساسی ترین نقش را ایفا می کنند (۱۹). چنانچه از مطالب فوق برمی آید زمانی که زندگی زناشویی دچار بی میلی شود، بهزیستی زوجین به خطر افتاده و این موضوع پیامدهای زیان باری را برای خانواده به همراه دارد. به نظر می رسد با توجه به گرایش جدی «واقعیت درمانی» به مسائل بنیادی و اساسی زوجین به ویژه نیازها، شناسایی آن ها و توجه به دنیای مطلوب زوجین، درک آن ها از محیط اطراف، حذف کنترل گری بیرونی، توجه به رفتار کلی و انتخاب شده برای حل بی میلی زناشویی ایجاد شده در زندگی آن ها، این اثربخشی قابل توجه است. پوشش دادن این طیف وسیع، زمینه ایجاد تفاهم و در نتیجه کاهش بی میلی زناشویی و افزایش بهزیستی روانشناختی را به دنبال دارد (۱۱). در این میان بررسی و معرفی مداخلات اثرگذار بر بهزیستی و بی میلی زنان به عنوان عضوی از خانواده که سهم به سزایی در هدایت و تربیت فرزندان دارند، حائز اهمیت است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «واقعیت درمانی» بر بی میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد.

## روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز خدمات مشاوره و روانشناختی مهرانا در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بود. با توجه به تعداد گروه ها  $u=2$ ،  $\alpha=0/05$ ،  $S=0/5$ ، اندازه اثر  $0/4$  و توان آزمون  $0/6$  تعداد نمونه معادل ۱۲ تن برای هر گروه بدست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ تن برای هر گروه تعیین شد. از میان جامعه فوق ۳۰

خود، همبستگی مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی، خودمختاری و تسلط بر محیط به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۴۵، ۰/۱۴، ۰/۱۷، ۰/۱۸ و ۰/۵۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق برای ۶ زیرمقیاس، پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۹، ۰/۵۶، ۰/۵۳، ۰/۵۰ و ۰/۵۷ گزارش کردند. Clarke و همکاران (۲۵) در نمونه ای شامل ۴۹۶۰ سالمند در کانادا روایی سازه «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را با استفاده از تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل تأیید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق برای ۶ زیرمقیاس، پذیرش خود، رابطه مثبت، تسلط بر محیط، رشد شخصی، خودمختاری و هدف در زندگی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۸، ۰/۵۶، ۰/۵۶، ۰/۵۷ و ۰/۵۶ گزارش کردند.

بیانی و همکاران (۲۶) در نمونه ای شامل ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر روایی همگرایی «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را بر اساس همبستگی مثبت آن با «سیاهه شادکامی آکسفورد» (Oxford Happiness Inventory) برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۲۰، ۰/۶۵، ۰/۳۷، ۰/۴۳، ۰/۵۱ و ۰/۵۹ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق ۰/۸۹ گزارش شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ ماه برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، «خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش شد. خانجانی و همکاران (۲۷) در نمونه ای شامل ۹۷۶ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی روایی سازه «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی وجود ۶ عامل را تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق دانشجو برای ۶ زیرمقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۷۶ و ۰/۵۲ گزارش شد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس بی میلی زناشویی» و «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف-

(Marital Status Questionnaire) برابر با ۰/۶۳- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق با ۰/۹۷ گزارش کرده است.

ساداتی و همکاران (۲۲) در نمونه ای شامل ۳۰۰ معلم در شهر اهواز، روایی همگرایی «مقیاس بی میلی زناشویی» را با محاسبه همبستگی آن با «مقیاس بی میلی زناشویی» (Couple Burnout Measurement) برابر با ۰/۵۴ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برابر با ۰/۷۹ گزارش کردند. کوچکی امیرهنده (۲۳) در نمونه ای شامل ۲۵۰ زن و مرد متأهل ساکن شهر تهران، روایی همگرایی «مقیاس بی میلی زناشویی» را با محاسبه همبستگی آن با «مقیاس راهبردهای تعارضی تجدید نظر شده» (Revised Conflict Tactics Scale) برابر با ۰/۵۷ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق برابر با ۰/۹۶ گزارش کرده است.

«مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» (Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form self-) که توسط Ryff & Keyes در سال ۱۹۹۵ معرفی شده شامل ۱۸ عبارت است و ۶ زیرمقیاس پذیرش خود (acceptance)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۲، ۸، ۱۰؛ رابطه مثبت (positive relations)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۳، ۱۱، ۱۳؛ خودمختاری (autonomy)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۹، ۱۲، ۱۸؛ هدف در زندگی (purpose in life)، شامل ۳ عبارت، عبارت های ۵، ۱۴، ۱۶؛ رشد شخصی (personal growth) و تسلط بر محیط (environmental mastery) شامل ۳ عبارت، عبارت های ۱، ۴، ۶ است. پاسخ دهی در یک طیف لیکرت از ۱= کاملاً مخالف تا ۶= کاملاً موافق، مورد ارزیابی قرار می دهد. حداقل نمره در این ابزار ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است و کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنایی بهزیستی روانشناختی بیشتر است. نمره ۶۳ نقطه برش پرسشنامه است که نمره بیشتر از ۶۳ نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالا و نمره کمتر از ۶۳ نشان دهنده بهزیستی روانشناختی پایین است (۲۴).

Ryff & Keyes (۲۴) در نمونه ای شامل ۱۱۰۸ بزرگسال بالای ۲۵ سال ساکن در ایالات متحده آمریکا، روایی همگرایی «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف- نسخه تجدیدنظر شده» را بر اساس همبستگی منفی آن با «مقیاس افسردگی زانگ» (Zung Depression Scale)، برای ۶ زیرمقیاس پذیرش

جلسه پنجم (زیرمقیاس های رفتار). آموزش این که آن چه از هنگام تولد تا مرگ از ما سر می زند رفتار است و رفتار ما از ۴ مؤلفه افکار، عمل، احساس و فیزیولوژیک تشکیل شده است و فرد تنها بر افکار و اعمال خود به طور مستقیم کنترل دارد و احساس و فیزیولوژیک به طور مستقیم وابسته به افکار و اعمال است. به طوری که با تغییر فکر و عمل ما، احساس و فیزیولوژیک بدنی ما نیز تغییر می کند و ما می توانیم فکر و عمل را به صورت ارادی کنترل کنیم.

جلسه ششم (دنیای کیفی). آشنایی با دنیای مطلوب. براساس نظریه انتخاب دلیل ادراکات متفاوت ما از واقعیت به دنیای مهم دیگری مربوط است که خاص هر کدام از ماست که ما آن را دنیای مطلوب می نامیم و این دنیای کوچک و شخصی هر کسی است که به فاصله کمی از تولدش شروع به خلق آن در حافظه ش می کند و در طول عمر خود به بازآفرینی آن ادامه می دهد. برای این که بتوانیم با دیگری بهتر کنار بیاییم باید آن چه در دنیای مطلوب هست را خوب بشناسیم و سعی کنیم از آن حمایت کنیم.

جلسه هفتم (نحوه رویارویی با تعارض). آشنایی با مفهوم تعارض و نحوه رویارویی با آن، وقتی به طور هم زمان دو تصویر متضاد در دنیای مطلوب شما قرار می گیرد دچار تعارض می شوید. در این جا به افراد آموزش داده می شود تعارض های بین خود و همسران شان را شناسایی و با انتخاب رفتار درست و خلاقانه در جهت حل تعارض اقدام کنند.

جلسه هشتم (بررسی طرح ها برای نگهداری اهداف). در این جلسه پس از تشکر و قدردانی از شرکت کننده ها طرح های آن ها برای نگهداری اهدافی که در درمان به دست آورده اند، بررسی شد. از شرکت کننده ها خواسته شد بازخوردهایی درباره جلسات و میزان کارایی آن ها ارائه دهند. در پژوهش حاضر پس از کسب مجوز از حراست دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و همین طور کمیته پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و هماهنگی با مراجعین به مرکز مشاوره مهرانا در شهر تهران جهت انجام پژوهش فراخوان شرکت در پژوهش حاضر در مرکز اعلام و توسط متخصصین مرکز اطلاع رسانی شد. سپس از افرادی که برای شرکت مراجعه کردند توسط مسئول فنی مرکز ثبت نام به عمل آمد. پس از ارائه توضیح یکسان برای افراد شرکت کننده، تعدادی در گروه «واقعیت درمانی»، بطور داوطلبانه ثبت نام کردند.

نسخه تجدیدنظر شده» مورد تأیید ۳ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ابزارها بر روی ۳۰ تن اجرا و برای زیرمقیاس های بی میلی جسمی، بی میلی هیجانی و بی میلی روانی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس های پذیرش خود، رابطه مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی، خودمختاری و تسلط بر محیط به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر جلسات «واقعیت درمانی» برگرفته از کتاب مشاوره براساس واقعیت درمانی Glasser در طی ۸ جلسه هفتگی به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار شد (۲۸). برای بررسی روایی محتوا جلسات به روش کیفی از نظر ۳ تن از مدرسین هیأت علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه استفاده شد که حاکی از روایی محتوا مطلوب جلسات بود. محتوای جلسات به شرح زیر بود:

شرح جلسه های واقعیت درمانی

جلسه اول (آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی). پس از خوشامدگویی و بیان اهداف جلسه ها و تعیین مقررات، از حضور افراد در جلسه مداخله و نقش فعالی را که در کاهش تعارض های زناشویی خود ایفا خواهند کرد، قدردانی شد. بعلاوه، مطرح شد که شرکت مستمر در این جلسه ها می تواند تعارض های زناشویی آن ها را کاهش دهد. سپس شرکت کننده ها با مفهوم کنترل بیرونی آشنا شدند. در پایان این جلسه مجدداً در مورد اهداف طولانی مدت واقعیت درمانی بر میزان کنترل درونی و کنترل تعارض های زناشویی تأکید شد.

جلسه دوم (آشنایی با نیازها). پس از بررسی تکالیف و گفتگو در مورد تجارب شرکت کننده ها، آن ها با ۵ نیاز اساسی آشنا شدند.

جلسه سوم (آگاهی به تفاوت های فردی در نیازها). در این جلسه به شرکت کننده ها آموزش داده شد که همه کسانی که به نوعی دچار مشکل هستند از کمبود نیازهای شان رنج می برند.

جلسه چهارم (حل تعارض). آموزش به افراد تا در مورد مسایل شان از دایره حل تعارض استفاده نمایند. یکی از شیوه های مطلوب به کارگیری نظریه انتخاب برای حل مشکلات زناشویی این است که توافق کنید رابطه زناشویی را در درون دایره بزرگی که آن را دایره اختلاف می نامیم تجسم کنیم.

۲ گروه تکمیل شد. در پایان، مداخله «واقعیت درمانی» برای گروه کنترل نیز انجام شد، تا از شرکت و همکاری در این مطالعه، بهره مند شوند.

برای تحلیل داده ها از روش آماری از ماتریس های واریانس، کوواریانس، مفروضه همسانی واریانس ها با آزمون لوین برای طبیعی (نرمال) بودن توزیع نمره و شیب خط رگرسیون (تعامل پیش آزمون و گروه) استفاده شد. در سطح استنباطی از «تحلیل کوواریانس» استفاده گردید. همچنین برای بررسی هم سنجی گروه های واقعیت درمانی و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل علاوه بر تحلیل کوواریانس از آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شده است.

### یافته ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان گروه مداخله برابر با  $31/00 \pm 6/53$  و گروه کنترل برابر با  $32/47 \pm 8/54$  بود. در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج شرکت کنندگان گروه مداخله برابر با  $2/25 \pm 9/73$  و گروه کنترل برابر با  $3/77 \pm 9/93$  بود.

سپس در مورد اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه و همین طور اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و نتایج پژوهش و ارائه تفسیر نتایج به آن ها توضیحات داده شد. افراد شرکت کننده ها هر ۲ گروه به صورت گروهی به پرسشنامه های کاغذ و مدادی جهت پیش آزمون پاسخ دادند و تحت مصاحبه توسط یکی از نویسندگان مقاله حاضر، جهت تشخیص قطعی مشکلات زناشویی قرار گرفتند، سپس از میان آن ها افرادی که بی میلی زناشویی براساس نمره برش «مقیاس بی میلی زناشویی» مشخص شد نمره ۵۴ از ۱۴۰ و با در نظر گرفتن ملاک های ورود انتخاب شدند و با همگن سازی سن به صورت تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند به این صورت که افراد هر گروه با قرعه کشی انتخاب شدند. گروه مداخله در مرکز مشاوره مهرانا در شهر تهران، تحت ۸ جلسه هفتگی در روزهای چهارشنبه عصر به صورت گروهی به مدت ۱۲۰ دقیقه آموزش «واقعیت درمانی» توسط پژوهشگر قرار گرفت، اما در مورد گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگرفت. پس از پایان هر جلسه تکالیف خانگی جهت دریافت بازخورد برای جلسه بعدی به شرکت کننده ها ارائه می شد. پس از اتمام دوره مداخله «واقعیت درمانی»، پرسشنامه ها به صورت کاغذ و مدادی در دسترس شرکت کننده ها قرار گرفت و توسط آن ها هر

جدول ۱: مقایسه میانگین زیرمقیاس های بی میلی زناشویی پیش آزمون و پس آزمون

زیر مقیاس ها	آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
بی میلی جسمی	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۲۵/۸۶۶	۲/۸۵
		کنترل	۲۴/۰۰۷	۳/۲۰۴
	پس آزمون	واقعیت درمانی	۱۵/۵۲	۱/۷۱
		کنترل	۲۸/۲	۱/۴۷
بی میلی هیجانی	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۳۷/۲۶۶	۳/۷۱
		کنترل	۳۵/۸	۳/۵۸
	پس آزمون	واقعیت درمانی	۱۳/۰۰	۲/۱۳۸
		کنترل	۳۴/۳۴	۳/۵۸۹
بی میلی روانی	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۲۹/۳۳	۱/۷۹۹
		کنترل	۲۹/۸۶۶	۱/۰۶۰
	پس آزمون	واقعیت درمانی	۱۹/۸۶۶	۲/۷۲۲
		کنترل	۲۸/۶۶	۱/۰۶

گرفت. نتایج بررسی پیش فرضه نرمال بودن که به وسیله آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت نشان داد که زیرمقیاس های بی میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی

نتایج (جدول ۱) نشان می دهد نمره زیرمقیاس های بی میلی زناشویی در گروه مداخله کاهش یافته است. در ادامه پیش فرض های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار

## لیلا محمودیان و همکاران

در هر ۲ گروه و هر ۳ مرحله پیش آزمون- پس آزمون دارای توزیع نرمال بود. آماره آزمون ام. باکس و لون نیز نشان برای هیچ یک از زیرمقیاس‌ها معنادار نیست. بنابراین، شرط

**جدول ۲:** خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به زیرمقیاس‌های بی میلی زناشویی گروه‌های مداخله و کنترل

زیرمقیاس‌ها	منبع تغییرات	مجموعه مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره فیشر	مقدار احتمال	اندازه اثر
بی میلی جسمی	پیش آزمون گروه	۵۶۶/۳۴	۱	۵۶۶/۳۴			
		۱۲۳۱/۹۲	۲	۳۰۷/۹۸۲	۱۷۰/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶۵
بی میلی هیجانی	پیش آزمون گروه	۷۸۹/۸۹	۱	۷۸۹/۸۹			
		۴۰۳۱/۵۳	۲	۱۰۰۷/۸۸۵	۲۲۵/۶۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
بی میلی روانی	پیش آزمون گروه	۳۹۹/۶۷	۱	۳۹۹/۶۷			
		۷۶۶/۸۷۵	۲	۱۹۱/۷۱۹	۴۶/۷۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲

(جدول ۲) نشان می‌دهد واقعیت درمانی بر زیرمقیاس‌های بی میلی جسمی ( $F=170/026, P=0/001$ )، بی میلی هیجانی ( $F=225/657, P=0/001$ ) و بی میلی روانی ( $F=46/719, P=0/001$ ) اثر کاهنده داشت. همچنانکه در

(جدول ۲) ملاحظه می‌شود بیشترین اندازه اثر برای بی میلی هیجانی و کمترین اندازه اثر برای بی میلی روانی به دست آمد.

**جدول ۳:** مقایسه نتایج پیش آزمون و پس آزمون زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی

زیر مقیاس‌ها	آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
تسلط بر محیط	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۴/۷۳۳	۰/۷۰۳
	پس آزمون	کنترل	۴/۵۳۳	۰/۸۳۳
پذیرش خود	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۵/۲	۰/۴۱۴
	پس آزمون	کنترل	۴/۶۶	۰/۸۱۶
رابطه مثبت	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۱/۲۶	۰/۷۴۳
	پس آزمون	کنترل	۴/۸۶	۰/۸۳۳
هدف در زندگی	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۵/۸۶	۰/۷۴۳
	پس آزمون	کنترل	۵/۶	۰/۶۳۲
رشد فردی	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۲/۲۶	۰/۷۴۳
	پس آزمون	کنترل	۵/۱۳	۰/۸۳۳
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۴/۴۶	۰/۷۴۳
	پس آزمون	کنترل	۴	۱
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۳/۹۳	۲/۱۲
	پس آزمون	کنترل	۵/۰۶	۱/۱۶
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۵	۱
	پس آزمون	کنترل	۴/۴۶۶	۰/۷۴۳
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۵/۷۳	۱/۰۳
	پس آزمون	کنترل	۵/۴	۰/۸۲۸
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۴/۷۳۳	۱/۰۳۲
	پس آزمون	کنترل	۴/۸۶۶	۰/۸۳۳
خودمختاری	پیش آزمون	واقعیت درمانی	۱۵/۲	۱/۸۲
	پس آزمون	کنترل	۵	۰/۷۵۵

نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد میانگین نمره زیر مقیاس‌های متغیر بهزیستی روانشناختی در گروه مداخله افزایش یافته است.



جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی ۲ گروه مداخله و کنترل

زیرمقیاس‌ها	منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره فیشر	مقدار احتمال	اندازه اثر
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۲۲۲/۱۳	۱	۲۲۲/۱۳			
	گروه	۴۲۲/۳۲	۲	۵۴/۸۸	۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸
پذیرش خود	پیش آزمون	۱۵۶/۴۵	۱	۱۵۶/۴۵			
	گروه	۳۰۶/۷۷	۲	۴۳/۷۱	۴۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴
رابطه مثبت	پیش آزمون	۱۷۸/۶۷	۱	۱۷۸/۶۷			
	گروه	۳۸۸/۳۳	۲	۵۳/۶۶	۳۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
هدف در زندگی	پیش آزمون	۲۵۶/۹۳	۱	۲۵۶/۹۳			
	گروه	۵۹۶/۶۳	۲	۸۲/۱۴	۳۹/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
رشد فردی	پیش آزمون	۳۴۸/۶۷	۱	۳۴۸/۶۷			
	گروه	۷۹۸/۶۹	۲	۱۰۲/۹۴	۱۵۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
خودمختاری	پیش آزمون	۳۹۸/۵۶	۱	۳۹۸/۵۶			
	گروه	۸۰۳/۰۳	۲	۱۱۱/۱۷	۶۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶۶

بر مسائل زناشویی اثر می‌گذارد. امیری و همکاران (۱۴) نیز معتقدند "واقعیت درمانی" آن دسته از نیازها را هدف درمان قرار می‌دهد که موجب بی میلی زناشویی شده است. این کنترل از راه یادگیری ایجاد می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب شناسی روانی آغاز خواهد شد که به معنای ارضای ناموفق این نیازها از راه تکرار انتخاب‌های نادرست گذشته است. بنابراین، به دست آوردن کنترل روی انتخاب‌ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب‌ها باید موضوع درمان قرار گیرد (۲۹). "واقعیت درمانی" به زنان متأهلی که دچار بی میلی زناشویی شده‌اند، کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب‌هایشان روبرو شوند و درک کنند که خود (نه دیگران و دنیا) در بدبختی‌هایشان نقش دارند. اوست که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت بخش‌تر دست یابد و بدین ترتیب زنانی که در جلسات "واقعیت درمانی" شرکت کرده‌اند، قادر خواهند بود بهزیستی روانشناختی خود را ارتقا بخشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد واقعیت درمانی بر زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در متأهلین اثربخش بوده است. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های هیدرپور و همکاران (۱۶)؛ نصرآباد سوفلا و همکاران (۱۷) و Grills و همکاران (۱۸) همسو بود. در تبیین یافته‌ها حاضر می‌توان گفت براساس نظریه انتخاب عدم موفقیت در دستیابی به

(جدول ۲) نشان می‌دهد واقعیت درمانی بر زیرمقیاس‌های تسلط بر محیط ( $F=43/25, P=0/001$ )، پذیرش خود ( $F=43/60, P=0/001$ )، رابطه مثبت ( $F=36/80, P=0/001$ )، هدف در زندگی ( $F=39/21, P=0/001$ )، رشد فردی ( $F=150/33, P=0/001$ ) و خودمختاری ( $F=62/21$ ) اثر افزایش‌دهنده داشت. همچنانکه در (جدول ۴) ملاحظه می‌شود بیشترین اندازه اثر برای پذیرش خود و کمترین اندازه اثر برای رابطه مثبت به دست آمد.

## بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "واقعیت درمانی" بر بی میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد واقعیت درمانی بر زیرمقیاس‌های بی میلی زناشویی در متأهلین اثربخش بوده است. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های Fitzgerald (۱۱)؛ امیری و همکاران (۱۴) و سعادت شامیر و همکاران (۱۵) همسو بود. در تبیین یافته‌ها حاضر می‌توان گفت "واقعیت درمانی" بر پایه نظریه انتخاب بنا شده و بر این باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می‌تواند برای برآوردن نیازهای اساسی خود شامل تعلق خاطر و رغبت اجتماعی (عشق)، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقاء و با ارزیابی خود خطاهایش را در برآوردن این نیازها تصحیح کند (۲۹). همچنانکه همسو با این نتیجه Fitzgerald (۱۱) چنین عنوان کرده که نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن یکی از نیازهای اساسی آدمی است که در واقعیت درمانی هدف درمان قرار می‌گیرد و بهبود می‌یابد و بدین شکل



## References

- Gonczarowski YA, Nisan N, Ostrovsky R, Rosenbaum W. A stable marriage requires communication. *Games and Economic Behavior*. 2019;118(1): 626-47. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899825619301034> <https://doi.org/10.1016/j.geb.2018.10.013>
- Javanmard GH, Garegozlo RM. The study of relationship between marital satisfaction and personality characteristics in Iranian families. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;84(1): 396-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813016406> <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.573>
- Shaker A, Heshmati R, Rahimi MP. Investigation of marital adjustment in people with secure, preoccupied, dismissing and fearful attachment styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5(1):1823-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810017453> <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.371>
- Barati H, Oreyzi H, Shahir E. Correlation of job characteristics with positive (optimism, vitality and positive affect) and negative (tension and impulsivity) components of psychological well-being among employees of Isfahan Gas Transmission Company. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(2):67-80. <http://jhpm.ir/article-1-1010-fa.html&sw=%D8%A8%D9%87%D8%B2%DB%8C%D8%B3%D8%AA%DB%8C>
- Pourranjbar M, Khodadadi MR, Farid Fathi M. Correlation between sport participation, psychological well-being and physical complaints among students of Kerman University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(1):64-73. <http://jhpm.ir/article-1-814-fa.html&sw=%D8%A8%D9%87%D8%B2%DB%8C%D8%B3%D8%AA%DB%8C>
- Ryff C. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014;83(1):10-28. [https://www.researchgate.net/publication/258955138\\_Psychological\\_Well-Being\\_Revisited\\_Advances\\_in\\_the\\_Science\\_and\\_Practice\\_of\\_Eudaimonia](https://www.researchgate.net/publication/258955138_Psychological_Well-Being_Revisited_Advances_in_the_Science_and_Practice_of_Eudaimonia) <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Rahmani M, Amini N, SiratiSabetFoumani Z. Investigate the relationship between cognitive distortions and psychological well-being with marital disenchantment in couples applicant divorce. *Journal of Educational Psychology*. 2014;5(2):29-39. [http://psyedu.toniau.ac.ir/article\\_559786.html](http://psyedu.toniau.ac.ir/article_559786.html)
- Herrington RL, Mitchell AE, Castellani AM, Joseph JI, Snyder DK, Gleaves DH. Assessing disharmony and disaffection in intimate relationships: Revision of the Marital Satisfaction Inventory Factor Scales. *Psychological Assessment*. 2008;20(4):341-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19086757/> <https://doi.org/10.1037/a0013759>
- Kayser K. *When love dies: The Process of Marital Disaffection*. New York: Guilford Press; 1993. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97281-000>
- Birkley EL, Eckhardt CI. Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2015;37:40-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752947/> <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.002>
- Fitzgerald AL. *Reality Therapy for marital and family systems counseling*. *Counseling & Wellness: A Professional Counseling Journal*. 2011;2(2):88-101. <http://openknowledge.nau.edu/2494/>
- Glasser W. *Choice theory: A New Psychology of Personal Freedom*. New York, NY, US: HarperPerennial; 1999. xii, 352-xii, p. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02074-000>
- Glasser W. *The Language of Choice Theory*. 1st editon. New York: Harper Perennial; 1999. <https://www.amazon.com/Language-Choice-Theory-William-Glasser/dp/0060953233>
- Amiri E, Jomehri F, Bagheri F. Effectiveness of Family Therapy via Reality Therapy method on social components of marital conflicts and burnout of couples. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2017;5(45):45-55. [http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article\\_538669.html](http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article_538669.html)
- Seadatee Shamir A, Najmi M, Haghshenas Rezaeeyeh M. The effectiveness of Reality Therapy training on marital engagement and marital engagement in married students in Azad University. *Journal of Research in Educational Systems*. 2018;12(Special Issue):563-669. [http://www.jiera.ir/article\\_65019.html?lang=en](http://www.jiera.ir/article_65019.html?lang=en)
- Heydarpour S, Parvane E, Saqqezi A, Ziapour A, Dehghan F, Parvaneh A. Effectiveness of group counseling based on the Reality Therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled child. *International Journal of Pediatrics*. 2018;6(6):7851-60. [https://ijp.mums.ac.ir/article\\_10213\\_294c834b37b1c34afd6ba1a7d36707c6.pdf](https://ijp.mums.ac.ir/article_10213_294c834b37b1c34afd6ba1a7d36707c6.pdf)

17. Nasrabad Sofla S, Zarei E, Najarpourian S. The effectiveness of Reality Therapy on quality of life, mental health and happiness of parents of children with disabilities. *Health Research Journal*. 2018;3(2):95-100. <http://hrjbaq.ir/article-1-118-en.html>  
<https://doi.org/10.29252/hrjbaq.3.2.95>
18. Grills C, Villanueva S, Anderson M, Corsbie-Massay CL, Smith B, Johnson L, et al. Effectiveness of Choice Theory connections: A cross-sectional and comparative analysis of California female inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014;59(7):757-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24441032/>  
<https://doi.org/10.1177/0306624X13520129>
19. Khatibi A. Survey of females' attitude toward factors affecting the family's strength (research done among women staff of Payam Noor University; Hamadan province). *Journal of Woman and Family Studies*. 2015;3(1):59-92. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=534853>
20. Kayser K. The Marital Disaffection Scale: An inventory for assessing emotional estrangement in marriage. *The American Journal of Family Therapy*. 1996;24(1):83-8. <https://doi.org/10.1080/01926189508251019>
21. Flowers C, Robinson BE, Carroll JJ. Criterion-related validity of the Marital Disaffection Scale as a measure of marital estrangement. *Psychological Reports*. 2000;86(3\_suppl):1101-3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10932563/>  
<https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1101>
22. Sadati SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Soodani M. Validity, reliability and factor analysis of Kayser Marital Disaffection Scale. *The First National Congress of Family Psychology: A Step in Drawing the Optimal Family Model Ahvaz: Iranian Family Psychology, Iranian Society of Family Psychology & CIVILICA*; 2014. <http://ijfp.ir/article-1-60-en.pdf>
23. Kochaki Amirhandeh M. The mediation role of anger rumination and self-critical rumination in the relationship between disaffection and marital violence Karaj: Islamic Azad University, Karaj Branch; 2017. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=553139>
24. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(4):719-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473027/>  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
25. Clarke P, Marshall V, Ryff C, Wheaton B. Measuring psychological well-being in the Canadian study of health and aging. *International Psychogeriatrics*. 2001;13(1):79-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11892978/>  
<https://doi.org/10.1017/S1041610202008013>
26. Bayani AA, Kouchaki AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(53):146-51. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=77522>
27. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's Scale of Psychological Well-Being, Short Form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36. [https://jtbcpriau.ac.ir/article\\_67.html?lang=en](https://jtbcpriau.ac.ir/article_67.html?lang=en)
28. Glasser W. *Counseling with Choice Theory*. New York: Harper Perennial; 2001. <https://www.amazon.com/Counseling-Choice-Theory-William-Glasser/dp/0060953667>
29. Robey P, Burdenski TK, Britzman M, Crowell J, Cisse GS. Systemic applications of Choice Theory and Reality Therapy: An interview With Glasser Scholars. *The Family Journal*. 2011;19(4):427-33. <https://doi.org/10.1177/1066480711415038>
30. Glasser W. *Take Charge of Your Life: How to Get What You Need with Choice Theory Psychology*. United States: IUniverse Publishing; 2013. <https://www.iuniverse.com/en/bookstore/bookdetails/451356-Take-Charge-of-Your-Life>
31. Glasser C. *A Choice Theory Psychology guide to happiness: How to Make Yourself Happy (the Choice Theory in Action Series)*. Independently published; 2019. <https://www.amazon.co.uk/Choice-Theory-Psychology-Guide-Happiness/dp/1071219162>
32. Wubbolding RE. *Reality Therapy (Theories of Psychotherapy)*. 1st edition: American Psychological Association; 2012. <https://psycnet.apa.org/record/2010-09293-000>
33. Lennon B. *A Choice Theory Psychology Guide to Stress: Ways of Managing Stress in Your Life (Choice Theory in Action)*: Independently published; 2019. <https://www.bookdepository.com/Choice-Theory-Psychology-Guide-Stress-Brian-Lennon/9781097623976>