ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مجله علمی رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۳ / بهار ۱۳۹۷ / ص ۷۵- ۶۴

بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی مراجعین زن به خانه های سلامت شهر تبریز

روزنا اصغرنژاد [1]، **مهدی صدقی** [2]

[1] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات تبریز، ایران.

[2] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات تبریز، ایران.

نام نویسنده مسئول:

روزنا اصغرنژاد

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زوجین انجام شد. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مراجعه کنندگان زنی بود که برای مشاوره زناشویی به مراکز خانه های سلامت شهر تبریز در سال ۱۳۹۴ در دوره زمانی یک و نیم ماهه مراجعه کردند.. حجم نمونه در پژوهش حاضر ۳۶ نفر خانم متاهل بودکه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به روشی تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش حاضر عبارت بودند از پرسشنامه سازگاری زناشویی و پرسشنامه کیفیت زندگی. برای تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش، از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر تئوری انتخاب منجر به افزایش میزان سازگاری زناشویی، رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت شد. ($P < ۰/۰۵$)، همچنین درمان مبتنی بر تئوری انتخاب درافزایش کیفیت زندگی زوجین اثر بخش بود($P < ۰/۰۵$)، بنابراین می توان از درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در افزایش سازگاری و کیفیت زوجین در مشاوره و رواندرمانی در کنار سایر مداخلات استفاده کرد.

واژگان کلیدی: تئوری انتخاب، سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی، زوجین.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مقدمه

ازدواج و رابطه زناشویی، منبع حمایت، صمیمیت و لذت انسان است. از طرفی، ازدواج سبب پیدایش همکاری، همدردی، یگانگی، علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت پذیری نسبت به خانواده خواهد بود (بت گابهاین و فالوی[1]، ۲۰۰۵). به تحقق پیوستن اهداف ازدواج پس از برقراری رابطه زناشویی، موجب احساس رضایت و خوشبختی فرد می شود و خلاف این امر، اختلاف زناشویی و در نهایت نارضایتی از ازدواج را به همراه خواهد داشت. ازدواج را می‌توان یکی از مهمترین عوامل بهداشت روانی در اجتماع دانست که اگر با مشکل روبرو شود بهداشت روانی حاصل نخواهد شد و اثرات منفی و ماندگار آن نظیر افسردگی و اضطراب و دیگر اختلالات روانی نتیجه این نارضایتی زناشویی خواهد بود (اولسن و دفرین[2]، ۲۰۰۶).

کیفیت زندگی[3]مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت (هورنجیوس[4]، ۱۹۸۲). اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می شود و منظور از آن سال هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد (سلیگمن، ۲۰۰۳). بنا برتعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی ای که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بردرک افراد ازجنبه های مختلف زندگی استوار است (بونومی، پاتریک و بوشنل[5]، ۲۰۰۰).

آمارها نشان می‌دهد که رضایت زناشویی به راحتی به دست نمی آید. بر اساس آمارهای طلاق، تخمین زده می‌شود که بین ۴۰ تا ۵۰ درصد از نخستین ازدواج در ایالات متحده امریکا و حدود ۲۴ درصد در ایران منجر به طلاق می‌شود (جهانگیری و محمدی، ۱۳۹۰). اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند، در آغاز زندگی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند، اما علاوه بر افت تدریجی که با گذشت زمان در رضایت زناشویی رخ می‌دهد، در همان هفته‌ها و ماه‌های اول ازدواج نیز مشکلات جدی رخ می‌دهد که اگر حل نشود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه زناشویی را تهدید کند (مارکمن و فلوید[6]، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان داده‌اند که آشفتگی زوج‌ها، با اختلالات رفتاری و هیجانی فردی رابطه دارد (ویسمن، شلدون و گئورینگ[7]، ۲۰۰۰). در مقایسه با افراد متاهل سازگار، زوج‌های آشفته ۳ بار بیشتر احتمال دارد که مبتلا به اختلالات خلقی، ۲/۵ بار بیشتر مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۲ بار بیشتر دچار سوء مصرف مواد و ۵/۵ بار بیشتر خشونت خانوادگی را تجربه کنند (کیکلت-گلاسر و نیوتن[8]، ۲۰۰۱).

اگرچه برخی از ازدواج‌هایی که با آشفتگی‌های فراوان و شدید روبرو هستند به طلاق منجر می‌شوند، اما بسیاری از ازدواج‌های ناموفق نیز وجود دارند که همسران به دلایل گوناگون طلاق نمی‌گیرند (گریف و مالهرب[9]، ۲۰۰۱)، لذا ضروری است که برای کاهش آشفتگی این زوجین و افزایش رضایت زناشویی و سازگاری این همسران راه حل مناسبی فراهم گردد. در این راستا مشاوره و رواندرمانی می‌تواند به عنوان یک راه حل مناسب برای این مسئله مطرح شود (ترکان، کلانتری و مولوی، ۱۳۸۵). یکی از این روشهای مشاوره و رواندرمانی واقعیت درمانی می باشد.

تئوری و روش واقعیت درمانی بر این نقطه نظر استوار است که رفتار های هر انسان انتخاب هایی جهت برآوردن نیازهایش می باشند. این رفتارها ی هدفمند بیشتر از محرک ها و انگیزه های درونی ریشه میگیرند تا محرک ها و انگیزه های بیرونی. این نقطه نظر شامل چنین مضمونی است که رفتار در هر زمان بهترین تلاش در کنترل جهان پیرامون و نیز خود به عنوان بخشی از این جهان می باشد ، بنابراین باید به بهترین نحو نیازها را بر آورده سازیم. طبق این دیدگاه رفتار هر شخص در هر مقطع زمانی بهترین تلاش وی برای برآورده کردن نیازهایش می باشد و هرچند اگر این تلاش در واقع دارای کفایت لازم نباشد، در عین حال بهترین تلاش آن فرد است و به همین دلیل روشهای واقعیت درمانی سعی دارد تا مراجعین را یاری نماید که رفتارهایشان را از این جنبه که آیا نیازهایشان را برآورده می کند یا خیر و نیز اینکه آیا به خواسته هایشان رسیده اند یا خیر مورد تحلیل قرار دهند . واقعیت درمانی به طور کلی رفتار را به صورت ترکیبی از اعمال ، افکار ، احساسات و فیزیولوژی مورد بررسی قرار می دهد و تاکید زیادی بر انتخاب هایی که مراجعین از طریق رفتارهایشان صورت می دهند، دارد (گلاسر،

[1] - Batt, Gabahin & Falvey
[2]- Olson & Defrain
[3] - Quality of life
[4]- Hornquis
[5]- Bonomi, Patric & Bushnell
[6] - Markman & Floyd
[7] - Whisman, Sheldon, & Goering
[8] - Kiecolt-Glaser & Newton
[9] -Greeff & Malherbe

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۱۳، بهار ۱۳۹۷، ص ۷۵- ۶۴
ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۲۰۰۶). با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال می باشد که آیا رویکرد درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی موثر می باشد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر، تحقیقی نیمه آزمایشی[10] (نیمه تجربی) است. از آنجا که اجرای هر آزمایش مستلزم انتخاب یک طرح مناسب است در این تحقیق نیز، از انواع طرحهای نیمه آزمایشی، طرح پیش آزمون –پس آزمون با گروه کنترل به این منظور انتخاب شده است. نگاره‌ی طرح آزمایشی پژوهش به شکل زیر بود:

گروه ها	پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	
گروه آزمایش	**T2**	واقعیت درمانی	**T1**	**R**
گروه کنترل	**T2**	-	**T1**	**R**

جامعه‌ی آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام زنانی است که برای مشاوره زناشویی به مراکز خانه های سلامت شهر تبریز در سال ۱۳۹۴در دوره زمانی یک و نیم ماهه مراجعه کرده بودند. تعداد مراجعین به مرکز مشاوره خانه های سلامت شهرداری برای مشاوره زناشویی ۳۴۸ زوج بودند.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

از بین جامعه آماری با توجه به نوع پژوهش که مداخله ای است تعداد نمونه مبتنی بر تعریف گروه انتخاب شد. بدین منظور۳۶ نفر از مراجعین در دسترس انتخاب و به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. سپس افراد گروه آزمایش بصورت گروهی تحت مداخله درمان مبتنی بر تئوری انتخاب قرار گرفتند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه سازگاری زن و شوهر das[11] این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی است که در سال ۱۹۷۶ توسط اسپنیر[12] ساخته شده است و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. نمره کل این مقیاس نشانگر رضایت و سازگاری کلی زوجین است. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس رضایت[13](شامل سوالات ۳۲-۳۱-۲۳-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶)، همبستگی دو نفری[14](شامل سوالات ۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴)، توافق [15] (شامل سوالات ۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۵-۳-۲-۱) و ابراز محبت[16] (شامل سوالات ۳۰-۲۹-۶-۴) است. این مقیاس در نهایت ۵ نمره به دست می دهد، مشتمل بر نمرات حاصل از ۴ خرده مقیاس و یک نمره کل می باشد. دامنه نمرات برای خرده مقیاس ها به شرح زیر است: خرده مقیاس رضایت (۱۰ سوال) ۰تا ۵۰ ؛ خرده مقیاس همبستگی (۵ سوال) ۴ تا ۲۴ ؛ خرده مقیاس توافق (۱۳ سوال) ۰ تا ۶۵ و خرده مقیاس ابراز محبت (۴ سوال) ۰ تا ۱۲. نمرات بالاتر سازگاری زناشویی بیشتر را منعکس می سازند. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (ثنایی ، ۱۳۷۹). همسانی درونی نمره کل این مقیاس در ایران با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (حسن شاهی، نوری و مولوی، ۱۳۷۸).

---

10 - Quasi - experimental
11 - Dyadic Adjustment Scale
12 - Graham B. Spanier
13 - satisfaction
14 - cohesion
15 - consensus
16 - affectional expression

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

ب)پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه یکی از ابزارهای معتبر ارزیابی کیفیت زندگی است که از زمان انتشار آن در سال ۱۹۹۰ تا کنون در بیش از ۴۰۰۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است (ویر،۲۰۰۰).

ابزار مورد استفاده، گونه فارسی ابزار استاندارد **SF-36** می‌باشد این پرسشنامه توسط دکتر علی منتظری و دکتر آزیتا گشتاسبی و مریم سادات وحدانی نیا به فارسی ترجمه و طی پژوهشی، روایی و پایایی آن تعیین شد. این پرسشنامه به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی و تنظیم شده است(منتظری، گشتاسبی، وحدانی نیا،۱۳۸۴). بررسی ها در مجموع نتایج نشان دادند که گونه فارسی ابزار استاندارد **SF-36** به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. پایایی این پرسشنامه را دهداری (۱۳۸۲) در بیماران با عمل جراحی قلب باز با آزمون همبستگی ۰/۸۲ گزارش کرد. درمطالعه سبز مکان، هزاوئی ، ربیعی و همکاران(۱۳۸۷) آلفای کرونباخ در مورد بیشتر مقیاسها را ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش معتمد، آیت اللهی، زارع و همکاران(۱۳۸۰) آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز هشت مقیاس **SF-36** به کار می‌روند. هر سوال تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس بکار برده میشود در مورد برخی سوالات، امتیازها مجدداً کدبندی شده چنانچه تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند(منتظری، گشتاسبی، وحدانی نیا،۱۳۸۴). این پرسشنامه هشت خرده مقیاس دارد. از ادغام زیر مقیاس ها دو زیرمقیاس کلی با نام های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. از مجموع هشت مقیاس نمره کلی کیفیت زندگی به دست می آید. مقیاس سلامت جسمانی که از مجموع خرده مقیاسهای عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی، درد جسمی وسلامت عمومی ؛ مقیاس سلامت روانی که از مجموع خرده مقیاسهای عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط بدست می آید.

ج) درمان مبتنی بر نظریه انتخاب: آموزش مفاهیم تئوری انتخاب به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برای زوجین که توسط صاحبی (۱۳۹۰) ترجمه و تنظیم است. در زیر خلاصه ای از هر جلسه ارائه می گردد.

جلسه اول: آشنایی با گروه ، معرفی برنامه آموزشی، قواعد گروه و تنظیم اهداف، اجرای پیش آزمون.

جلسه دوم: معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما: ما چرا رفتار می کنیم؟ ما چگونه رفتار می کنیم؟ توضیح اینکه هر چه از ما سر می زند یک رفتار است و همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است. هدف تمام رفتارهای ما ارضای یکی از نیازهای اساسی ماست. معرفی پنج نیاز اساسی به گروه و کمک به اعضا برای شناخت نیمرخ قدرت نیازهای خود، ارائه تکلیف تکالیف خانگی.

جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، سپس چارت تئوری انتخاب آموزش داده شد و با مثالهای عینی افراد، تئوری انتخاب نهادینه شد و در پایان جلسه تکالیف خانگی داده شد.

جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، سپس رفتار کلی معرفی شده و افراد گروه با چهار مولفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)آشنا شدند ، ارائه تکلیف تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور تکالیف خانگی، سپس هفت رفتار تخریبگر روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و ...) تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی معرفی شد. سپس هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق و ...) معرفی شد. ارائه تکلیف تکالیف خانگی.

جلسه ششم: مرور تکالیف خانگی، سپس کنترل درونی با آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب، معرفی و پیرامون آن بحث شده و به شکل مبسوط و مثال فراوان توضیح داده شد و از زوجین درخواست شد تا مثالهای شخصی در این مورد بزنند، ارائه تکلیف تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: مرور تکالیف خانگی، سپس نقشه تغییر و برنامه سفر طبق ماشین رفتار که در جلسات قبلی آموزش داده شده، طراحی شد و خود ارزیابی، آموزش داده شد.

جلسه هشتم: مرور جلسات گذشته، بازخورد گیری از افراد، اجرای پس آزمون

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

یافته ها

توصیف وضعیت پراکندگی نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی به تفکیک گروه

جدول ۱: توصیف نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی به تفکیک گروه

گروه	متغیر های مورد مطالعه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	عملکرد جسمانی	150	850	67/491	63/۲174
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	0	300	44/94	260/87
	درد جسمی	40	130	5/87	902/23
	سلامت عمومی	32	151	94	241/33
	نشاط	80	180	44/139	541/27
	عملکرد اجتماعی	50	150	89/98	684/36
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	0	200	56/55	570/61
	سلامت هیجانی	100	240	44/154	354/44
گواه	عملکرد جسمانی	150	950	11/561	262/248
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	0	200	78/77	208/73
	درد جسمی	20	140	72/61	167/40
	سلامت عمومی	55	220	72/120	736/48
	نشاط	80	240	140	526۴۶/
	عملکرد اجتماعی	0	175	22/72	081/52
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	0	200	50	711/70
	سلامت هیجانی	40	300	67/176	779/79

همانطور که در جدول ۱ملاحظه می‌شود، میانگین پیش آزمون مولفه عملکرد جسمانی کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۴۹۱/۶۷ ودر گروه گواه ۵۶۱/۱۱، میانگین مولفه محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی در گروه آزمایش ۹۴/۴۴ و در گروه گواه ۷۷/۷۸، میانگین پیش آزمون مولفه درد جسمی در گروه آزمایش ۸۷/۵ و در گروه گواه ۶۱/۷۲، میانگین پیش آزمون مولفه سلامت عمومی در گروه آزمایش ۹۴ و در گروه گواه ۱۲۰/۷۲، میانگین پیش آزمون مولفه نشاط در گروه آزمایش ۱۳۹/۴۴ و در گروه گواه ۱۴۰، میانگین پیش آزمون مولفه عمکرد اجتماعی در گروه آزمایش ۹۸/۸۹ و در گروه گواه ۷۲/۲۲، میانگین پیش آزمون مولفه محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی در گروه آزمایش ۵۵/۵۶ و در گروه گواه ۵۰، میانگین پیش آزمون مولفه سلامت هیجانی در گروه آزمایش ۱۵۴/۴۴ و در گروه گواه۱۷۶/۶۷ می باشد.

جدول ۲: توصیف نمرات پس آزمودن کیفیت زندگی به تفکیک گروه

گروه	متغیر های مورد مطالعه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	عملکرد جسمانی	600	1000	22/872	363/136
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	100	400	33/283	319/104
	درد جسمی	135	200	17/174	897/22
	سلامت عمومی	50	252	50/169	895/77
	نشاط	200	300	78/237	593/30
	عملکرد اجتماعی	100	200	56/180	149/29
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	0	300	89/138	475/114

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

	سلامت هیجانی	200	400	۲۸۳/۲۴	530/65
گواه	عملکرد جسمانی	150	900	44/544	551/219
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	0	300	33/83	591/78
	درد جسمی	0	135	83/65	395/43
	سلامت عمومی	55	225	89/129	784/49
	نشاط	40	240	22/152	451/57
	عملکرد اجتماعی	0	125	28/65	425/39
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	0	200	۵۰/۰۴	835/61
	سلامت هیجانی	100	280	22/192	076/54

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین پس آزمون مولفه عملکرد جسمانی کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۸۷۲/۲۲ و در گروه گواه ۵۴۴/۴۴، میانگین پس آزمون مولفه محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی در گروه آزمایش ۲۸۳/۳۳ و در گروه گواه ۸۳/۳۳، میانگین پس آزمون مولفه درد جسمی در گروه آزمایش ۱۷۴/۱۷ و در گروه گواه ۶۵/۸۳، میانگین پس آزمون مولفه سلامت عمومی در گروه آزمایش ۱۶۹/۵ و درگروه گواه ۱۲۹/۸۹، میانگین پس آزمون مولفه نشاط در گروه آزمایش ۲۳۷/۷۸ و در گروه گواه ۱۵۲/۲۲، میانگین پس آزمون مولفه عمکرد اجتماعی در گروه آزمایش ۱۸۰/۵۶ و در گروه گواه ۶۵/۲۸، میانگین پس آزمون محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی در گروه آزمایش ۱۳۸/۸۹ و در گروه گواه ۵۰/۰۴ ومیانگین پس آزمون سلامت هیجانی در گروه آزمایش ۲۸۳/۲۴ و در گروه گواه ۱۹۲/۲۲ می باشد.

جدول ۳: توصیف نمرات پیش آزمودن سازگاری زناشویی به تفکیک گروه

گروه	نمرات	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	رضایت	4	22	61/13	802/5
	همبستگی	5	13	78/8	315/2
	توافق	8	35	89/16	962/7
	ابراز محبت	2	8	22/4	592/1
گواه	رضایت	4	23	56/13	813/5
	همبستگی	7	14	89/9	967/1
	توافق	9	32	94/18	514/5
	ابراز محبت	1	7	67/3	609/1

همانطور که در جدول۳ مشاهده می شود میانگین پیش آزمون بعد رضایت سازگاری زناشویی ۱۳/۶۱ و میانگین گروه گواه ۱۳/۵۶؛ میانگین پیش آزمون بعد همبستگی دو نفری ۸/۷۸ و میانگین گروه گواه ۹/۸۹ ؛ میانگین پیش آزمون بعد توافق ۱۶/۸۹ و میانگین گروه گواه ۱۸/۹۴ومیانگین پیش آزمون بعد ابراز محبت ۴/۲۲ و میانگین گروه گواه ۳/۶۷ می باشد.

جدول ۴: توصیف نمرات پس آزمون سازگاری زناشویی به تفکیک گروه

گروه	نمرات	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	رضایت	18	43	89/30	359/8
	همبستگی	11	20	78/14	533/2
	توافق	21	51	72/33	718/9
	ابراز محبت	7	11	06/9	162/1
	رضایت	4	25	56/14	905/6

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

گروه گواه	همبستگی	8	14	72/10	708/1
	توافق	7	28	89/15	650/6
	ابراز محبت	2	7	33/4	283/1

همانطور که در جدول۴ مشاهده می شود میانگین پس آزمون بعد رضایت سازگاری زناشویی ۳۰/۸۹ و میانگین گروه گواه ۱۴/۵۶؛ میانگین پس آزمون بعد همبستگی دو نفری ۱۴/۷۸ و میانگین گروه گواه ۱۰/۷۲ ؛ میانگین پس آزمون بعد توافق ۳۳/۷۲ و میانگین گروه گواه ۱۵/۸۹و میانگین پس آزمون بعد ابراز محبت ۹/۰۶ و میانگین گروه گواه ۴/۳۳ می باشد.

جدول شماره ۵ آزمون اسمیرنف کولموگروف برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع مقادیر متغیرها

موقعیت	متغیر ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
		کالموگروف- اسمیرنوف	سطح معناداری	کالموگروف- اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش آزمون	عملکرد جسمانی	626٠/	828/0	5/0	964/0
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	071/1	202/0	039/1	231/0
	درد جسمی	884/0	415/0	0.857	455/0
	سلامت عمومی	453/0	987/0	772/0	590/0
	نشاط	977/0	296/0	587/0	881/0
	عملکرد اجتماعی	656/0	783/0	641٠/	806/0
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	343/1	054/0	576/1	014/0
	سلامت هیجانی	777/0	581/0	508/0	959/0
	رضایت	151/1	141/0	603٠/	861/0
	همبستگی	855/0	457/0	294/1	070/0
	توافق	134/1	153/0	547٠/	926/0
	ابراز محبت	025/1	244/0	669٠/	761/0
پس آزمون	عملکرد جسمانی	695/0	719/0	593/0	873/0
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	286/1	073/0	847/0	470/0
	درد جسمی	8/0	544/0	469/1	027٠/
	سلامت عمومی	706٠/	701/0	952/0	325/0
	نشاط	714٠/	687/0	683/0	739/0
	عملکرد اجتماعی	558/0	914/0	975/0	297/0
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	683/0	739/0	381/0	999/0
	سلامت هیجانی	943/0	337/0	595/0	871/0
	رضایت	917/0	369/0	614/0	845/0
	همبستگی	559/0	914/0	686/0	735/0
	توافق	741/0	641/0	949/0	329/0
	ابراز محبت	024/1	245/0	670/0	760/0

به منظور انتخاب آزمونهای آماری مناسب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده لازم است تا نوع توزیع متغیرها به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آنان ارزیابی شود که در این مورد از آزمون کالموگروف - اسمیرنف استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول ۵ ملاحظه

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۱۳، بهار ۱۳۹۷، ص ۷۵- ۶۴
ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد تمام متغیر ها به جز در نمرات پس آزمون درد جسمی و محدودیت در ایبفای نقش گروه گواه از ۰/۰۵ بزرگتر است. بنابراین توزیع پراکندگی نمرات متغیر ها نرمال می‌باشد.

طبق نظریه استیونس (۲۰۰۲)، هرگاه در پژوهش حجم نمونه بالا باشد، بالا بودن حجم نمونه، مشکل غیرنرمال بودن ویژگی مورد تحقیق را حل کرده است. استیونس معتقد است که بر اساس قضیه حد مرکزی حتی جامعه‌هایی که دارای توزیع نرمال نیستند در شرایطی که نمونه‌هایی با حجم بالا از آنها انتخاب شود، توزیع نمونه گیری آنها توزیع نرمال می‌شود. در نتیجه آزمونهای پارامتری استفاده شده برای متغیرهای مورد نظر در این تحقیق مناسب می‌باشند.

آزمون فرضیه های تحقیق

فرضیه اول: درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش سازگاری زناشویی تاثیر دارد.

قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه برابری ماتریس واریانس کوواریانس تحلیل کواریانس چند برررسی گردید. نتایج آزمون باکس (جدول ۶)نشان داد ماتریس‌های واریانس -کوواریانس متغیر ها برابر بوده و باهم تفاوت معناداری ندارند. بنابر این می توانیم از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده کنیم.

جدول۶: نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس کوواریانس

*باکس*M	59/115
مقدارF	321/1
درجه آزادی ۱	10
درجه آزادی ۲	693/5526
سطح معناداری	212/0

جدول ۷ : نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره(مانکووا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در مولفه های سازگاری زناشویی

شاخصهای آماری	لامبدای ویلکز	**F**	سطح معناداری	**Eta^2**
منبع				
گروه(آزمایش و گواه)	۰/۱۵۷	۳۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷

بر اساس نتایج بدست آمده(جدول ۷) بین گروه آزمایش و گواه در بعد رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت تفاوت معناداری وجود دارد(**p** = ۰/۰۰۱). به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطالب است که درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش سازگاری زناشویی تاثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت ۸۷ درصد این تغییرات ناشی از درمان مبتنی بر تئوری انتخاب (مداخله) است.

جدول ۸ : نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره(مانکووا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک متغیر ها(بعد رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت)

منبع	متغیر های وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta^2
گروه	رضایت	461/1666	1	461/1666	905/38	001/0	565/0
	همبستگی	519/92	1	519/92	555/20	001/0	407/0
	توافق	350/2773	1	350/2773	489/37	001/0	555/0
	ابراز محبت	666/161	1	666/161	203/134	001/0	817/0

بر اساس نتایج جدول (۸) تفاوت بین دو گروه زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان برای بعد رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در افزایش رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت موثر می باشد.

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۱۳، بهار ۱۳۹۷، ص ۷۵- ۶۴
ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

جدول ۹: نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس کوواریانس

باکس M	131/59
مقدار F	935/0
درجه آزادی ۱	45
درجه آزادی ۲	670/3797
سطح معناداری	596/0

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی تاثیر دارد.

قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه برابری ماتریس واریانس کوواریانس تحلیل کواریانس چند بررسی گردید. نتایج آزمون باکس (جدول ۹) نشان داد ماتریس‌های واریانس -کوواریانس متغیر ها برابر بوده و باهم تفاوت معناداری ندارند. بنابر این می توانیم از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده کنیم.

جدول ۱۰ : آزمون کوواریانس چند متغیره(مانکووا) تفاوت گروه آزمایش و گواه در مولفه های سازگاری زناشویی

شاخصهای آماری	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	Eta^2
منبع				
گروه(آزمایش و گواه)	۰/۰۵	۳۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴

بر اساس نتایج بدست آمده(جدول ۱۰) بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه های کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد(**p**= ۰/۰۰۱). به عبارت دیگر می توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی تاثیر دارد. با در نظر گرفتن مجذور ایتا، می توان گفت ۹۴ درصد این تغییرات ناشی از درمان مبتنی بر تئوری انتخاب (مداخله) است.

جدول ۱۱ : نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک متغیر ها(ابعاد کیفیت زندگی)

منبع	متغیر های وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta^2
گروه	عملکرد جسمانی	18/660123	1	185/660123	830/39	001/0	605/0
	محدودیت در ایفای نقش، به جهت مشکلات جسمی	24/198433	1	243/198433	579/48	001۰/	651/0
	درد جسمی	786/54777	1	786/54777	913/84	001/0	766/0
	سلامت عمومی	702/30720	1	702/30720	874/12	001/0	331/0
	نشاط	905/27865	1	905/27865	764/19	001/0	432/0
	عملکرد اجتماعی	257/70829	1	257/70829	295/123	001۰/	826/0
	محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی	074/48045	1	074/48045	428/6	018/0	198/0
	سلامت هیجانی	708/56211	1	708/56211	241/20	000/0	438/0

بر اساس نتایج جدول (۱۱) تفاوت بین دو گروه زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروهها حذف شود، در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان برای تمام ابعاد کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در افزایش کیفیت زندگی موثرمی باشد.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

نتیجه گیری و بحث

درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در افزایش سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت) موثر می باشد.

درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی (مولفه عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی، درد جسمی ، سلامت عمومی، نشاط، عمکرد اجتماعی ، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی و سلامت هیجانی) موثر است.

نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در افزایش سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت) مؤثر می باشد. نتایج پژوهش حاضر، با نتایج فرحبخش، شفیع آبادی ، احمدی، دلاور (۱۳۹۰)، عرب پور، هاشمیان (۱۳۹۲)، متیو و همکاران(۲۰۱۱)، فرح بخش(۱۳۸۲)، دام باگن و کریمیت (۲۰۰۰)، حسینی غفاری (۱۳۸۵) و نظریه انتخاب همسو است.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت سازگاری زناشویی یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است به عبارت دیگر، یکی از جنبه های حیاتی یک سیستم زناشویی، رضایتی است که همسران در رابطه خویش احساس و تجربه می کنند با این وجود، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست. از همان روزهای آغازین رابطه زناشویی، عدم توافق های جدی و مکرری به وجود می آیند که اگر حل نگردند، می توانند رضایت و ثبات زناشویی را با تهدیدی جدی مواجه کنند. به همین منظور تئوری و روش واقعیت درمانی بر این نقطه نظر استوار است که رفتار های هر انسان انتخاب هایی جهت برآوردن نیازهایش می باشند.

همچنین در تبیین یافته حاضر می توان گفت توجه به توافق دونفری در سازگاری زناشویی به خاطر نقشی که در سلامت روانی زو جین و فرزندان آنها دارد، اجتناب ناپذیر است. احساس رضایت از ازدواج و رابطه زناشویی نقش مهمی را در میزان کا رکردهای بهنجار خانواده ایفاء می کند. در درمان مبتنی بر تئوری انتخاب دو مفهوم کلی وجود دارد که می تواند در توافق دونفری در سازگاری زناشویی موثر باشد واقعیت و مسئولیت پذیری درست و یا نادرست.

دومین یافته پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی (مؤلفه عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی ، نشاط، عمکرد اجتماعی ، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی و سلامت هیجانی) موثر است. نتایج پژوهش حاضر، با اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس (۱۳۹۲)، حسین پور (۱۳۸۴)، مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۸)، توماس و همکاران، (۲۰۰۷) و مشیریان فراحی(۱۳۹۳) همسو است.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل پیش روی جهان امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقاء کیفیت زندگی سلامت‌محور، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، نوع‌دوستی و ازخودگذشتگی در میان جماعات را دربرمی‌گیرد. با توجه به مهم تلقی بودن کیفیت زندگی برای افراد جامعه، تلاش برای ارتقاء آن از اصلی ترین اصول و اولویت های برنامه ریزان و سیاست گذران اجتماعی و مدیران و مسئولان حکومتی در هر جامعه و کشوری است. مقوله کیفیت زندگی از ابعاد مختلف حائز اهمیت می باشد، روابط والدین و فرزندان و نقش این ارتباط بر سلامت فردی و روانی آنها، روابط فرزندان با محیط خارج از خانه و اجتماع، سلامت ذهنی و روانی زن و شوهر و ارتباطات ایشان با یکدیگر مسایل سلامتی و بهداشتی و انواع بیماریهای جسمی و روانی و در نهایت سلامت محیط های شغلی و اجتماعی از جمله این موارد می باشند.

نتیجه گیری کلی که از یافته های تحقیق می توان داشت این است که درمان مبتنی بر تئوری انتخاب در کنار سایر مداخلات درمانی می تواند در افزایش سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت) موثر باشد. همچنین جهت افزایش افزایش کیفیت زندگی (مولفه عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عمکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به جهت مشکلات روانی و سلامت هیجانی) می توان از مداخلات و درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بهره گرفت.

پیشنهادهای تحقیق

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود درمان مبتنی بر تئوری انتخاب جهت بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در مراکز سلامت و سایر مراکز درمانی، مورد استفاده روان شناسان، و مشاوران قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر، مانند مصاحبه‌های ساختارمند بالینی جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر و وسیع تر استفاده شود.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

منابع و مراجع

[۱] احمدی ، خدابخش .(۱۳۸۲). بررسی عوامل موثر بر سازگاری زوجین ومقایسه دو روش مداخله ای تغییر شیوه زندگی و حل مشکل خانوادگی درکاهش ناسازگاری زناشویی. رساله دکتری چاپ نشده . دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

[۲] اسلامی نسب ،علی .(۱۳۷۳) . روانشناسی سازگاری . تهران :نشر بنیاد .

[۳] اسلامی، ر. هاشمیان، پ. جراحی، ل. مدرس، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. شماره۵. ص ۳۰۶ – ۳۰۰.

[۴] برنشتاین، فیلیپ. اچ.، و برنشتاین، مارسی. تی. (۱۹۸۶). زناشویی درمانی (شناخت و درمان اختلافهای زناشویی)،ترجمه حمیدرضا سهرابی،۱۳۸۲. تهران: رسا.

[۵] ترکان، هاجر؛ کلانتری، مهرداد، و مولوی، حسین (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه تحلیل تبادلی بر رضایت زناشویی. خانواده پژوهی، ۲ (۸): ۴۰۳-۳۸۳.

[۶] ثنایی، باقر؛ علاقبند، ستیلا و هومن، عباس (۱۳۷۹). مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج. تهران: موسسه‌ی انتشارات بعثت.

[۷] حسین پور، حسن (۱۳۸۴). اثر بخشی مشاوره گروهی به روش واقعیت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

[۸] حسین پور، حسن (۱۳۸۴). اثر بخشی مشاوره گروهی به روش واقعیت درمانی بر کاهش بحران هویت دانش آموزان دختر و پسر. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

[۹] حسینی غفاری، فاطمه. (۱۳۸۵) *مقایسه اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام دار بر افزایش رضامندی زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

[۱۰]حمیدی،آزاده. (۱۳۸۷) . اثر بخشی آموزش روش تحلیل تبادلی اریک برن بر افزایش سازگاری زناشویی زنان . پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده دانشکده علوم تربیتی وروانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

[۱۱]رسولی ،زینب. (۱۳۸۷). بررسی رابطه سبکهای دلبستگی و منبع کنترل با میزان سازگاری زناشویی مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره . پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده دانشکده علوم تربیتی وروان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

[۱۲]رمزی، ل. علیپور، ا. سپهری، ز. زارع، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه درمانی براساس رویکرد واقعیت درمانی بر بازسازی باورهای ارتباطی در زنان شاغل متاهل شهر مشهد. فصلنامه خانواده پژوهی. شماره ۴۰. ص ۵۰۹- ۴۹۳.

[۱۳]ساروخانی، باقر.(۱۳۷۰). مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده.تهران: سروش.

[۱۴]سلامتی، پ. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی چیست؟، نشریه: ابن سینای بزرگ، سال ۴، شماره۷، ص ۵۶.

[۱۵]عباس زاده، زهرا.(۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد حل مسئله بر میزان رضایت و سازگاری زناشوئی زوجهای آشفته، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل،

[۱۶]عبدالهی، فهیمه؛ محمدپور، علیرضا .(۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل و سرای سالمندان در شهرستان ساری در سال ۱۳۸۴. دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران ، دانشکده شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.

[۱۷]عرب پور، ا. هاشمیان، ک. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی زوج درمانی به روش واقعیت درمانی بر بهبود روابط صمیمانه زوجین. فصلنامه روانشناسی تربیتی. شماره اول. ص ۱۳-۱.

[۱۸]فرحبخش، ک. شفیع آبادی، ع. احمدی، ا. دلاور ع. (۱۳۹۰). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه الیس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارض های زناشویی. مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره. جلد۵. شماره ۱۸.

[۱۹]گلاسر، ویلیام (۱۳۸۴). نظریه انتخاب (چاپ اول) ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران : موسسه فرهنگی رسا (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).

[۲۰]گلاسر، ویلیام (۱۳۹۰). نظریه انتخاب (چاپ اول) ترجمه علی صاحبی. تهران : انتشارات سایه سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۶).

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

[۲۱]محبی کیا، راضیه .(۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارتهای ارتباطی با رویکرد شناختی – رفتاری برسازگاری زناشویی زنان . پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده ،دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.
[۲۲]مشیریان فراحی، سیده مریم.(۱۳۹۳).اثر بخشی آموزش گروهی تئوری انتخاب گلاسر بر بهبود روابط والد فرزند، افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های پرخاشگری دانشجویان دختر، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
[۲۳]مهرابی زاده هنرمند، مهناز. تقوی، سیده فرخنده. عطاری، یوسف علی. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش تئوری انتخاب گلسر بر بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دختر. مجله علوم رفتاری، دوره ۳، شماره یک. بهار ۱۳۸۸. ص ۶۴ – ۵۹.
[24] Batt, V.J., Nic Gabhainn, S. & Falvey, F. (2005). Perspectives on the Provision of Counselling to Women in Ireland. Dublin: Women’s Health Council.
[25] Bonomi, A., Patric, D., Bushnell, D.(2000).Validation of the united state's version of the world health organization Quality of life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical Epidemiology, 53: 1-12.
[26] Brown, T. & Stuart, S. (2005). Identifying basic needs: the contextual need assessment. International Journal of reality therapy, 24, 7-10.
[27] Brown. T.(2005). Identifying basic needs: The contextual need assessment. International journal of reality therapy, VOL.XXIV, No.2, spring 2005.
[28] Caterin,l.C. (2008). The effect of reality therapy based group counseling on the self esteem recovery and recurrence in generalized anxiety disorder.
[29] Dam-Baggen, R. & Kraaimaat,F.(2000). Group choice theory Training or Cognitive Group Therapy as the Clinical Treatment of Choice for satisfaction, Journal of Anxiety Disorders, Volume 14, Issue 5,Pages 437-451.
[30] Glasser.W (2006). Counseling with choice theory: The new Reality therapy. The Glasser.william institute.
[31] Greeff, A. P., & Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. Journal of Sex & Marital Therapy, 27, 247-257.
[32] Hornquis J. (1982). The concept of quality of life in Scandinavian. Journal of social Medicine; (10): 760.
[33] Kaufman, J, C., Sternberg, R, J., (2001). Human ability. Annual review of psychology. 49: 479- 502.
[34] Kiecolt-Glaser JK, Newton T. (2001). Marriage and health: his and hers. Psychological Bulletin, 127:472–503.
[35] Lennon, B (2013). From reality therapy to reality therapy in action. International Journal of Reality therapy, VOL.XX, No.1, fall 2000.
[36] Markman H J, Floyd F.(2002). Possibilities for the prevention of marital discord: A behavioral perspective. American Journal of Family Therapy 1981; 9: 30-48.
[37] Mathew. P., Natasha. M., Erin B. Tone. (2011). Components of presence as a predictor of treatment response for reality therapy for satisfaction. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.004
[38] Olson, D. H., & Defrain, J. (2006). Marriages & families intimacy, diversity and strengths (5th Ed). New York: McGraw-Hill.
[39] Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. The Psychologist, 16 , 126-128.
[40] Silvana M. R. (2004) Comparing the Quality of Life of School-Age Children With and Without Disabilities. Mental Retardation: August, Vol. 40, No. 4, pp. 304-312.
[41] Thomas D. Parsons., Albert. Rizzo. (2007). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for quality life: A meta-analysis. http://dx.doi.org /10.1016/j.jbtep.2007.07.007
[42] Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? Journal of Abnormal Psychology, 109; 803–808.
[43] Wubbolding. RE (2012). The power of belonging. International Journal of Reality therapy, VOL.XXIV, No.2, spring 2005