

فصلنامه روانشناسی زن

تابستان ۱۴۰۰، دوره ۲، شماره ۲ (پیاپی ۶)، صفحه‌های ۳۴-۲۵

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زنان

زهرا حسین‌زاده*^۱، شهره قربان‌شیرودی^۲، جواد خلعتبری^۳، محمدعلی رحمانی^۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۲۸

اصلاح مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زنان بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه و جامعه آماری زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آوای درون، رهنما و مرکز مشاوره بیمارستان مهر شهر تهران در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد سال ۱۳۹۷ بود که ۴۵ زن داوطلب مشارکت در پژوهش به پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پاسخ دادند که پس از غربالگری ۳۰ زن انتخاب و در گروه مداخله واقعیت‌درمانی و گروه گواه (در هر گروه ۱۵ زن) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله واقعیت‌درمانی گلاسر ۱۳۹۵، قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های مکرر تحلیل شد. نتایج حاکی از تأثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی ($F=17/21$ ، $P=0/001$) و تحمل‌پریشانی ($F=26/98$ ، $P=0/001$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. از آنجا که مداخله واقعیت‌درمانی موجب شد تا زنان تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز کنند؛ در نتیجه کاربرد موانع ارتباطی مذکور را متوقف کرده و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری برنامه ارتباط درست، توانستند روابط خویش را بهبود ببخشند تا انعطاف‌پذیری خود را بالاتر ببرند؛ بنابراین مداخله مؤثری برای درمان انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زوجها محسوب می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری کنشی، تحمل‌پریشانی، زوج‌درمانی، واقعیت‌درمانی

۱. * نویسنده مسئول: دکتری گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

z.hoseinzade1357@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۴. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

مقدمه

خانواده نخستین و منحصر به فردترین نهاد اجتماعی است که سلامت و بهروزی یک جامعه را مرهون سلامت و رضایت اعضای آن دانسته‌اند (میکائیلی، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۷). آنچه در یک خانواده اتفاق می‌افتد و کارکرد آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات زمان اکنون و آینده در رویارویی با رخدادها و شرایط ناخواسته زندگی زناشویی باشد؛ تحمل‌پریشانی زوج‌ها است (یایی-فرازیر، فلاذبو، کلاین، ای‌آتون، وارنون و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین لازمه تقویت زندگی خانوادگی، ایجاد ثبات و دوام آن و تغییر نوع نگرش و طرز تعامل زوج‌ها با یکدیگر است (فتح‌الزاده، میرصفی‌فرد، کاظمی، رستمی و نوابی‌نژاد، ۱۳۹۶). از دیدگاه زوج‌درمانگران یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط زناشویی، انعطاف‌پذیری کنشی^۱ است (الیوت، هسائو، کیمبرل، دی‌بیر، گالیور و همکاران، ۲۰۱۹)؛ انعطاف‌پذیری کنشی یک مفهوم گسترده‌ای است که به توانایی برای انطباق بازنمایی‌های شناختی فرد و سازگاری مناسب فرد در رویارویی با مصائب و ضربه‌ای روحی و روانی با هر منبعی که به‌طور معناداری از نظر روانی فشارزا باشد (آلن و بالک، ۲۰۱۸)؛ از قبیل مشکلات خانوادگی و مشکلات جدی در سلامت فردی، فشارهای محیط کاری و یا فشارهای مالی اشاره دارد (عارف‌پور، شجاعی، حاتمی و مهدوی، ۱۳۹۸؛ حسنی، غفاری، ابوالحسنى و تکلوی، ۱۳۹۸).

مفهوم مرتبط با ساختار انعطاف‌پذیری، تحمل‌پریشانی^۲ است که سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ آن را به عنوان توانایی فرد برای مقابله با هیجان‌نا منفی تعریف می‌کنند (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶) در حالی که دیدگاه‌های دیگر چگونگی پردازش اطلاعات را در نظر می‌گیرند (ویلیامز، تامپسون و اندریوز، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل‌پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است (مک‌کیلوپ و دویت، ۲۰۱۳).

زوج‌هایی که دارای زندگی زناشویی سالم و بدون تعارض هستند و در زندگی زوجی موفقیت‌آمیز عمل می‌کنند، دارای الگوهای ارتباطی صحیحی هستند و به انسان و زندگی دیدگاهی مثبت‌تر دارند و این باعث احساس ارزشمندی در آن‌ها می‌گردد و این احساس ارزشمندی به گونه مستقیم بر مقدار تحمل‌پریشانی این افراد تأثیرگذار است (امین‌الرعیاء، کاظمیان و اسمعیلی، ۱۳۹۵).

یکی از مداخله‌های درمانی مؤثر جهت بهبود کیفیت روابط زناشویی و ارتقاء رضایت و انعطاف‌پذیری کنشی زناشویی، مداخله واقعیت‌درمانی^۳ است. گلاسر (۲۰۰۸)، نقل از صاحبی، (۱۳۹۵) در نظریه خود معتقد است نظریه واقعیت‌درمانی در مورد بهتر انتخاب کردن است؛ اما قبل از آن هر فرد باید دلیل انتخاب‌های بد خود را بفهمد. نظریه واقعیت‌درمانی می‌گوید این خود ما هستیم که تمام اعمالمان را از جمله احساس بدبختی‌مان را انتخاب می‌کنیم (خلیلی، برزگر کهنمویی، صاحبی و فراهانی، ۱۳۹۵).

واقعیت‌درمانی رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط زوج‌ها و هدف آن کمک به زوج‌ها برای آگاهی از واقعیت و مسئولیت خودشان، کاوش رفتار مثبت و مخرب خود، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله است؛ لذا با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی در زنان برای آزمون سؤال‌های زیر اجرا شد:

۱. آیا مداخله واقعیت‌درمانی، انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زنان را افزایش می‌دهد؟
۲. آیا تأثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زنان در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش**

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه انجام شد. انتخاب نمونه از

پژوهش و حداقل سطح سواد دیپلم و ملاک‌های خروج شامل دریافت روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، مصرف مواد و داروهای روانگردان، بیماری‌های بارز جسمی و روانی، تجربه طلاق و غیبت بیش از دو جلسه بود.

مداخله واقعیت‌درمانی. این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته واقعیت‌درمانی گلاسر (۲۰۰۸، نقل از صاحبی، ۱۳۹۵) مفهوم‌سازی شد و در پژوهش حاضر توسط ۳ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصان این حوزه مورد تأیید محتوایی قرار گرفت.

بین زانی بود که جهت دریافت خدمات به مراکز مشاوره آوای درون، رهنما و کلینیک مشاوره بیمارستان مهر تهران در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند که پس از اعلام فراخوان عمومی در این مراکز ۴۵ زن متاهل داوطلب جهت شرکت در پژوهش با رعایت اصل رازداری و همکاری با رضایت، موافقت خود را جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش اعلام کردند که از بین آن‌ها ۳۰ زن با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ زن کاربردی شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سپری شدن حداقل ۵ سال از زندگی مشترک، رضایت مکتوب برای شرکت در

جدول ۱. محتوی جلسات درمانی واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه گلاسر

جلسات	اهداف جلسات	تکالیف
اول	آشنایی اعضای گروه، بیان قوانین مشاوره گروهی، بیان هدف تشکیل جلسات، توضیح درباره ارزیابی زنان از خود و یکدیگر، نیازها و خواسته‌هایشان از یکدیگر، بررسی اهداف، ایجاد انگیزه و تشویق بر حضور مفید و مؤثر اعضا، بستن قرار داد درمانی با اعضا و اجرای پیش‌آزمون	هر یک از اعضا ویژگی مثبت و منفی خود و همسرش را به طور جداگانه نوشته و عنوان کنند که دوست دارند چه تغییری در رفتارشان ایجاد شود.
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل و بررسی عذر و بهانه‌ها برای رفتار غیرمسئولانه و دادن اطلاعاتی درباره چگونگی کاهش تعارضات زناشویی، تشویق اعضا به بحث درباره رفتار کنونی، انتظار زنان از یکدیگر بر رفتار جاری و زمان حال اعضا تأکید و بیان اینکه فقط در صورتی به رویدادهای گذشته پرداخته می‌شود که بر نحوه رفتار افراد در زمان حال تأثیر داشته باشد. با اینکه امکان دارد مشکلات ریشه در زمان گذشته داشته باشد؛ اما زنان با یادگیری روش‌های بهتر برای افزایش رضایت و آرامش در زندگی‌شان باید بیاموزند چگونه در زمان حال به آن‌ها بپردازند. در این جلسه درمانگر کاهش اضطراب زنان را به طور خاص مدنظر قرار می‌دهد.	نشست دلگرمی برگزار کنید روی جنبه‌های قاتل تحسین همسران نکات مثبت رابطه زناشویی‌تان تمرکز کنید.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل کاوش درباره جهت کلی زندگی، این کاوش مقدمه‌ای است برای ارزیابی بعدی اینکه آیا رفتارشان مطلوب است یا خیر. در این جلسه روی کسب آگاهی و تغییر دادن رفتار کامل فعلی تمرکز می‌شود. همچنین ضرورت تعهد در زندگی زناشویی به بحث گذاشته می‌شود. با توجه به اینکه در جلسه قبل درمانگر روی کاهش اضطراب زنان کار کرد در این جلسه افزایش سطوح تفکیک در هر عضو حاضر در جلسه به منظور بهبود انطباق و بررسی می‌گردد.	کارهای متفاوت هفته را بنویسید. رفتارتان با یکدیگر را بیان کنید اگر همسران درخواست شما را رد کند شما چه می‌کنید؟
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل درمانگر ضمن مرور جلسات قبل، به صحبت اعضا درباره احساساتشان به دقت گوش می‌دهد. درحالی‌که این احساسات را تأیید می‌کند اما بجای تمرکز بر این احساسات، اعضا را ترغیب می‌کند تا دست به کار شده و آنچه را که انجام می‌دهند و فکر می‌کنند را تغییر دهند. تغییر دادن آنچه که انجام می‌دهیم و فکر می‌کنیم از تغییر دادن احساسات خود راحت‌تر است. به عقیده گلاسر (۱۳۹۵) دیدن آنچه که انجام می‌دهیم راحت‌تر و انکار کردن آن غیرممکن است. خلاصه موارد انجام شده در	تعویض نقش زوجین بین (شونده و گوینده) بدین ترتیب هر یک از زوجین فرصت پیدا می‌کنند که هم مهارت بیانی و هم مهارت گوش دادن مورد تمرین قرار دهند و همچنین

<p>خواسته شد این تمرین را روی نواری ضبط کنند تا هم خودشان گوش کنند و هم درمانگر در جریان آن‌ها قرار گیرد.</p>	<p>این جلسه تنظیم و طرح ریزی تغییر رفتار، تفکرات غیرمنطقی، باورهای تعریف شده چون ذهن خوانی، تعمیم افراطی و راه‌های تغییر افکار منفی و جایگزینی افکار مثبت به بحث گذاشته شد درمانگر</p>	
<p>لذت بخش‌ترین کاری که تا حالا با همسران انجام داده‌اید چه بوده است؟ آن را با همسران در میان بگذارید. دقیقاً مشخص کنید که چرا از آن لذت بردید.</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی سطح تعهدات نسبت به اجرای طرح-خلق تجارب جدید با یکدیگر ضمن بررسی مطالب جلسه قبل در این جلسه از تکنیک بازگشت به خانه استفاده و به اعضا آموزش داده می‌شود که برای شناخت بهتر از خانواده‌ای که در آن بزرگ شده‌اند، به خانه برگردند با این عمل افراد می‌توانند خودشان را مشخص و واضح‌تر متمایز سازند. به اشخاص اجازه می‌دهد که در درون بافت خانواده‌ای که آن‌ها جزئی از آن هستند کامل‌تر عمل کنند قبل از بازگشت به خانه اعضا ممکن است به تمرین زیاد نیاز داشته باشند. برقراری مجدد تماس، گام مهمی برای کاهش اضطراب ناشی از گسلس عاطفی است البته یادآور می‌گردد که منظور از بازگشت به خانواده مواجهه و تسویه حساب‌های قدیمی نیست. در این جلسه راجع به احساس ارزشمند بودن و عشق ورزیدن که دو نیاز اساسی است صحبت و راهکارهای مناسب جهت رسیدن به این دو نیاز و ارضاء آن‌ها آموزش و تکالیفی برای جلسه آینده به اعضا داده شد.</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>خودسنجی- تمرین مهارت‌های آموخته شده.</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی رفتار طرح‌سؤالاتی برای به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی، بررسی اثرات جلسات قبل و چگونگی گذشتن از لذت‌های آنی در هر جلسه به افراد جهت ارزیابی رفتار خود و همسرانشان کمک می‌گیرند. در این جلسه راجع به ابعاد رضایت زناشویی طوری که برای اعضا قابل فهم باشد بحث شد و تکنیک روابط شخص به صورت عملی تمرین گردید و درمانگر از زنان می‌خواهد که مطالب این جلسه را برای خود مرور و تمرین نمایند.</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>به کمک همسران، روی حل یکی از اختلافاتتان کار کنید. از روش چهار مرحله‌ای زیر استفاده کنید. مرحله ۱. احترام متقابل. مرحله ۲. مشخص کردن مشکل واقعی. مرحله ۳. پیدا کردن زمینه‌های مورد توافق. مرحله ۴. مشارکت متقابل در تصمیم‌گیری‌ها.</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی مسئولیت‌پذیری برای تغییر رفتار، بررسی راهکارهای مناسب برای حل اختلافات با یکدیگر، بررسی عواقب طبیعی رفتار در مورد اثرات تغییر رفتار و تفکر در زندگی بحث و مبادله نظر گردید و در این جلسه درمانگر برای تغییر رفتار اشتباه زنان آن‌ها را به چالش کشید. همچنین به مسئولیت‌پذیری و نقش آن در زندگی و تصمیم‌گیری مناسب در حل مسائل مختلف و ارائه راهکارهای مناسب در حل مسائل مختلف و در حل اختلافات زناشویی و تمرین حل اختلافات در جلسه درمان و انجام آن در زندگی واقعی (با ایفای نقش) و سپس تکالیف برای جلسه آینده به پایان می‌رسد.</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>تمرین عشق و محبت به یکدیگر به زنان یادآوری و اینکه اگر همسرشان در این راه مرتکب اشتباهی شد او را سرزنش نکنند در پی حل مسئله برآیند بر لزوم تکرار و تمرین تکالیف داده شده تأکید شد.</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه قبل، جمع‌بندی تمرین مهارت‌های آموزش داده شده در جلسات قبل، رفع موانع و مشکلات در انجام مهارت‌ها، لزوم به‌کارگیری مهارت‌ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت‌ها تنش‌زا با یکدیگر.</p>	<p>جلسه هشتم</p>

ابزار پژوهش

۱. مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی کونور-دیویدسون^۱

این مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ ساخته شد و سازه انعطاف‌پذیری کنشی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت بین کاملاً نادرست=۰ تا همیشه درست=۴ می‌سنجد و دامنه نمره‌گذاری آن بین ۰ تا ۱۰۰ است. کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمایشی در یک فاصله ۴ هفته‌ای را برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند. محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشه‌پاز، ۱۳۸۴؛ مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا کرد و ضریب اعتبار به دست آمده برابر ۰/۶۴ و پایایی مقیاس به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برابر ۰/۸۳ و ۰/۷۷ گزارش کردند (عارف‌پور و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش عارف‌پور و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کل برابر با ۰/۸۸ محاسبه شد. پایایی این مقیاس در این پژوهش با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. مقیاس تحمل پریشانی^۲

این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ گزارش کردند (اندامی خشک، ۱۳۹۲). در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

شیوه اجرا.

پس از کسب مجوز از مدیریت مراکز مشاوره آوای درون، رهنما و بیمارستان مهر، دوره آموزشی در سالن کنفرانس بیمارستان مهر برگزار شد که واجد شرایط آموزش

و مداخله گروهی بود. سپس درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به زنان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از زنان هر ۳ گروه اخذ شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش واقعیت درمانی روزهای چهارشنبه از ساعت ۱۷:۳۰ الی ۱۹ برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری سه ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و هر گروه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای واقعیت درمانی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۳/۸۹ (۲/۹۱) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش واقعیت درمانی و میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۳/۶۷ (۲/۸۰) برای گروه گواه بود. میانگین و انحراف معیار سن ازدواج گروه آزمایشی واقعیت درمانی ۵/۳۸ (۱/۶۸) سال و گروه گواه ۷/۱۰ (۲/۰۶) سال بود. در گروه آزمایش واقعیت درمانی ۱۰ نفر (۳۳ درصد) زنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۵ نفر (۶۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و در گروه گواه ۹ نفر (۶۰ درصد) زنان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری کنشی	واقعیت درمانی	۵۱/۹۳	۵/۱۹	۵۵/۷۳	۱۰/۱۳	۵۵/۸۷	۸/۹۶
	گواه	۵۰/۸۰	۳/۵۳	۵۰/۶۰	۵/۵۳	۵۱/۴۷	۴/۶۹
تحمل پریشانی	واقعیت درمانی	۴۱/۴۰	۳/۸۳	۴۸/۷۳	۶/۹۵	۴۸/۳۳	۷/۲۶
	گواه	۴۱/۸۰	۳/۵۳	۴۲/۰۷	۵/۳۵	۴۳/۰۰	۴/۶۱

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه زوج درمانی با پیش‌آزمون در انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی رویکرد واقعیت درمانی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به افزایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		شیب رگرسیون	
		آماره	سطح معناداری	آماره F	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری کنشی	واقعیت درمانی	۰/۱۷	۰/۱۷	۲/۰۸	۰/۱۳	۱/۱۲	۰/۱۸
	گواه	۰/۲۳	۰/۱۳				
تحمل پریشانی	واقعیت درمانی	۰/۱۷	۰/۲۰	۱/۶۲	۰/۲۰	۱/۰۹	۰/۲۷
	گواه	۰/۱۵	۰/۲۰				

با توجه به جدول ۲، آماره Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها بهنجار است. همچنین آماره آزمون لوین در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌های آماری برای متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی

متغیر	W موخلی		M باکس
	X ²	سطح معناداری	
انعطاف‌پذیری کنشی	۱۳/۹۸**	۰/۰۰۱	۰/۲۶
تحمل پریشانی	۱۴/۶۰**	۰/۰۰۱	۰/۱۲

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. با توجه به اینکه مقدار اپسیلون شاخص گرین‌هاوس-گیسر در متغیرهای پژوهش به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۱، ۰/۵۷، ۰/۶۱ و ۰/۶۱ شاخص هاین-فلت به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۵۴، ۰/۶۱ و ۰/۶۵ به دست آمد که در

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که آماره W موخلی برای انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت

تمامی متغیرها کمتر از ۰/۷۵ است. از شاخص گرین هاوس - گیسر برای تصحیح درجه آزادی استفاده شده است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری کنشی	واقعیت درمانی	مراحل مداخله	۷۴۹/۰۸	۱/۲۱ و ۱۱۶	۶۱۵/۸۳	۴۴/۱۳**	۰/۶۱
		مراحل × گروه	۶۹۸/۲۸	۱/۲۱ و ۱۱۶	۵۷۴/۰۷	۴۱/۱۳**	۰/۵۹
		بین گروهی	۱۲۴۶/۹۴	۱ و ۵۸	۱۲۴۶/۹۴	۱۷/۲۱**	۰/۳۸
	گواه	مراحل مداخله	۶۴/۳۵	۱/۴۹ و ۴۳/۴۸	۴۲/۹۲	۱/۵۰	۰/۰۴
		بین گروهی	۴/۳۵	۱ و ۵۸	۴/۳۵	۰/۱۳	۰/۰۰۵
	تحمل پریشانی	واقعیت درمانی	مراحل مداخله	۱۱۴۰/۰۶	۱/۶۸ و ۱۱۶	۶۷۶/۵۶	۲۳/۲۷**
مراحل × گروه			۹۴۱/۴۸	۱/۶۸ و ۱۱۶	۵۵۸/۷۲	۱۹/۲۱**	۰/۴۰
بین گروهی			۲۳۵۱/۱۱	۱ و ۵۸	۲۳۵۱/۱۱	۲۶/۹۸**	۰/۴۹
گواه		مراحل مداخله	۱۲/۱۵	۱/۸۵ و ۵۳/۷۹	۶/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۰
		بین گروهی	۹/۳۳	۱ و ۵۸	۹/۳۳	۰/۱۷	۰/۰۰

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله هیجان مدار بر نمره انعطاف‌پذیری کنشی ($P = 0.001$) با اندازه اثر ۰/۳۸ و بر تحمل پریشانی ($P = 0.001$) با اندازه اثر ۰/۴۹ مؤثر بوده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله هیجان مدار بر نمره انعطاف‌پذیری کنشی ($P = 0.042$) با اندازه اثر ۰/۱۰ و تحمل پریشانی ($P = 0.038$) با اندازه اثر ۰/۱۴ و مداخله واقعیت

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی

متغیرها	مرحله (I)		گروه واقعیت درمانی		گروه گواه	
	پس آزمون	پیش آزمون	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
انعطاف‌پذیری کنشی	پس آزمون	پیش آزمون	۶/۰۰**	۰/۹۰	۰/۲۰	۰/۸۹
	پیگیری	پیش آزمون	۶/۲۳**	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۸۳
	پیگیری	پس آزمون	۰/۲۳	۰/۳۷	۰/۸۶	۰/۶۱
تحمل پریشانی	پس آزمون	پیش آزمون	۷/۵۳**	۱/۴۳	۰/۲۶	۰/۸۷
	پیگیری	پیش آزمون	۷/۵۶**	۱/۳۸	۱/۲۰	۰/۸۴
	پیگیری	پس آزمون	۰/۰۳	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۶۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

جدول ۵ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش هیجان مدار، واقعیت درمانی و گروه گواه نشان داد که تفاوت در انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی در مراحل پس آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

ارتباطی خود را پیدا کنند، انعطاف‌پذیری خود را بالاتر ببرند، کاربرد موانع ارتباطی مذکور را متوقف کرده و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری برنامه ارتباط درست روابط خویش را بهبود ببخشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حضور با تأخیر شوهران در برخی جلسه‌ها و همچنین تعداد اعضای گروه اشاره کرد که می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین استفاده از ابزارهای ساخت غرب که با توجه به هنجار شدن در ایران، متناسب با زمینه‌های فرهنگی، اعتقادی، اجتماعی و ساختاری خانواده‌های ایرانی نبوده و می‌تواند نتایج را تحت تأثیر خود قرار دهد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در راستای ساخت و هنجارسازی پرسشنامه‌هایی مطابق با زمینه‌های فرهنگی ایران انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در کنار زنان، همسران آن‌ها نیز برای جلسات گروهی زوج‌درمانی در نظر گرفته شود و همچنین از حضور هم‌زمان و به‌موقع هر دو زوج اطمینان حاصل شود تا خللی در نتایج ایجاد نشود. توجه به اثربخشی واقعیت‌درمانی پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران فنون و روش‌های کاربردی آن‌ها را فرا گرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت ارتقاء تحمل‌پریشانی و درمان مشکلات مربوط به روابط زناشویی زوج‌ها به کار گیرند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی قرار گرفتند.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد هر زوج‌درمانی با رویکرد واقعیت‌درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی در زنان تأثیر داشته‌اند. نتایج یافته‌های به دست آمده در خصوص تأثیر زوج‌درمانی واقعیت‌درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی زنان گروه آزمایش با نتایج پژوهش فتح‌اله زاده و همکاران (۱۳۹۶)، خلیلی و همکاران (۱۳۹۵)، برنا و همکاران (۱۳۹۴) و تای و پولسون (۲۰۱۳) همسو است. در مقابل زوج‌درمانگرانی که از دیدگاه واقعیت‌درمانی استفاده می‌کنند، به هریک از اعضا زوج کمک می‌کنند تا ظرفیت بالایی برای تعهد در خود رشد دهند. همچنین به زوج‌ها کمک می‌کنند تا با مرور گذشته فردی و خانوادگی، نسبت به تعارضات اولیه‌ی خود، آگاهی بیشتری پیدا کرده و به این طریق به یکدیگر کمک کنند و بر این اساس به نظر می‌رسد برای اثرگذاری بیشتر واقعیت‌درمانی نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار زمان و جلسات بیشتری نیاز است (فتح‌اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶). نظریه واقعیت‌درمانی گلاسر (۱۳۹۵) به زوج‌ها می‌آموزد برای داشتن یک ازدواج موفق و زندگی زناشویی شاد باید دقت کنند، ببینند چه می‌توانند انجام دهند تا ارتباطشان را بهبود ببخشند و ازدواجشان را غنی سازند. مطابق با آموزه‌های گلاسر، ۲۰۰۸، زوج‌ها بر اساس روان‌شناسی کنترل‌بیرونی، تصور می‌کنند که علت تمام مشکلات زندگی زناشویی آن‌ها در امور خارج از وجود آن‌ها ریشه دارد؛ بنابراین آن‌ها فکر می‌کنند که برای از بین بردن مشکلات راهی جز مهار دیگران ندارند. به همین علت با رفتارهایی مثل انتقاد، سرزنش، تهدید، تحقیر، تنبیه، بی‌توجهی و مانند این‌ها، سعی می‌کنند محیط و همچنین همسر خود را مهار کنند و تغییر دهند؛ اما از این غافل‌اند که آن‌ها فقط می‌توانند خود را مهار کنند (فتح‌اله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بنابر این رفتارهای فوق، نبود انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل‌پریشانی کم می‌تواند زندگی زناشویی آن‌ها را در معرض فروپاشی قرار دهد. در این پژوهش زوج‌ها آموختند که تمرکز را از رفتار همسر خود بردارند و بر رفتار خود تمرکز کنند، نقاط ضعف مهارت‌های

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- امین الرعیا، رضوان، کاظمیان، سیمه؛ و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش بینی تحمل پریشانی بر اساس مولفه‌های ارتباطی خانواده مبدا در زنان مطلقه و غیرمطلقه. زن و جامعه، ۴(۴)؛ ۹۱-۱۰۶
- اندامی خشک، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- برنا، محیا، حسن آبادی، حسین،. قبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار و واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. روانشناسی بالینی، ۷(۴)؛ ۳۷-۴۴
- حسینی، معصومه، غفاری، عذرا، ابوالقاسمی، عباس؛ و تلکوی، سمیه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۳(۵۳)؛ ۸۸-۱۰۶
- خلیلی، شیوا، برزگر کهنمویی، ساناز، صاحبی، علی؛ و فراهانی، حجت‌الله. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مبتنی بر تئوری انتخاب و واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی (پژوهش مورد منفرد). پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱(۱۷)؛ ۱-۲۴
- رحمتی، فاطمه؛ و صابر، سوسن. (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش آموزان معتاد به اینترنت و دانش آموزان عادی. روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴)؛ ۵۹۴-۵۷۹
- عارف پور، امیرمحمد، شجاعی، فرشته سادات، حاتمی، محمد؛ و مهدوی، هدی. (۱۳۹۸). پیش بینی تاب آوری بر اساس تنظیم شناخت هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. روانشناسی کاربردی، ۱۳(۴)؛ ۵۲-۵۲۶-۵۰۹
- فتح‌اله زاده، نوشین، میرصیفی‌فرد، لیلاالسادات، کاظمی، مهناز، سعادت، نادره؛ و نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی غنی سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زوجها. روانشناسی کاربردی، ۱۱(۳)؛ ۳۵۳-۳۷۲
- گلاسر، ویلیام. (۱۳۹۵). تئوری انتخاب و مدیریت زندگی. ترجمه: علی صاحبی، انتشارات: سایه سخن (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- میکائیلی، نیلوفر، رحیمی، سعید؛ و صداقت، مهرانز. (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، ساختار انگیزشی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش بینی طلاق هیجانی زوجین. آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۴(۱)؛ ۱-۱۶
- Allen, R. C., & Palk, G. (2018). Development of recommendations and guidelines for strengthening resilience in emergency department nurses. *Traumatology*. Advance online publication [
- Elliott, T. R., Hsiao, Y.-Y., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Kwok, O.-M., Morissette, S. B., & Meyer, E. C. (2019). Resilience facilitates adjustment through greater psychological flexibility among Iraq/Afghanistan war veterans with and without mild traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 64(4): 383–397.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds). (2013). *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Tie S, Poulsen Sh (2013). Emotionally focused couple therapy with couple's marital adjustment. *Contemporary Family Therapy*; 35(3): 393-402.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8): 469-475 .
- Yi-Frazier, J. P., Fladeboe, K., Klein, V., Eaton, L., Wharton, C., McCauley, E., & Rosenberg,

serious illness. *Families, Systems, & Health*, 35(3): 341–351.

A. R. (2017). Promoting Resilience in Stress Management for Parents (PRISM-P): An intervention for caregivers of youth with