

مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب و درمان انگیزشی نظام‌مند در افزایش رضایت زناشویی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب^۱ و درمان انگیزشی نظام‌مند^۲ در جهت افزایش رضایت زناشویی^۳ انجام شد. در این پژوهش ۳۰ زن متأهل دارای مشکلات رضایت، از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های موجود در سطح شهر مشهد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به گروه‌های درمان انگیزشی نظام‌مند، نظریه‌ی انتخاب و گروه کنترل گمارش شدند. پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی^۴ در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. روش‌های مداخله‌ای به مدت ۸ جلسه‌ی دو ساعته و به‌صورت هفته‌ای برگزار شد. از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه به‌منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی به‌طور یکسان موجب افزایش میزان رضایت زناشویی شدند در نتیجه، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو روش درمان انگیزشی نظام‌مند و نظریه‌ی انتخاب به یک میزان رضایت زناشویی را بهبود می‌بخشد.

واژه‌های کلیدی: رضایت زناشویی، نظریه‌ی انتخاب، درمان انگیزشی نظام‌مند، گروه درمانی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین عواملی که کارکرد مؤثر یک خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، رضایت اعضای خانواده به‌خصوص زن و شوهر از یک‌دیگر است (سینها و مکرجی^۵، ۱۹۹۰). به‌علاوه، وجود نارضایتی در

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

2. دکتری روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه فردوسی مشهد

3. دکتری روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه فردوسی مشهد

4. Choice Theory
5. Systematic Motivational Counseling
6. Marital Adjustment
7. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
8. Sinha & Mukerjee

روابط بین همسران به کاهش میزان سلامت و بهداشت روانی (آماتو و بوث^۱، ۱۹۹۱؛ هورویتز، هلن و سندرا^۲، ۱۹۹۷) کم شدن میزان رضایت از زندگی (ناک^۳، ۱۹۹۵) اشکال در روابط اجتماعی آن‌ها (نیولن^۴، ۲۰۰۰) می‌انجامد.

وارینگ و همکاران^۵ (۱۹۸۱) در مطالعه‌ای دریافتند که نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی به‌طور معناداری با شیوع اختلالات عاطفی-هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد. در صورتی که ازدواج‌های رضایت‌بخش باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها می‌شوند. پدید آمدن نابسامانی متعاقب آن برای زن و شوهر در ابعاد مختلف روانی، رفتاری، اقتصادی و اجتماعی حائز اهمیت می‌باشد و ضرورت و اهمیت خاص بررسی درمان‌های اثربخش بر رضایت‌مندی زناشویی و ارائه راهبردهایی برای مداخله در این مشکل را نمایان می‌سازد (عامری، ۱۳۸۲).

یکی از مفاهیم رایج برای نشان دادن میزان شادی و پایداری این رابطه، مفهوم رضایت زناشویی است. در واقع، رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد. برای افزایش رضایت زناشویی تلاش‌های علمی فراوانی صورت گرفته است. این تلاش‌ها به تدوین راهبردهای مداخله‌ای منجر شده است که می‌توان آن‌ها را به سه دسته تقسیم نمود: (الف) برنامه‌های آماده سازی همسران قبل از ازدواج (السون و السون^۶، ۱۹۹۷)؛ (ب) برنامه‌های غنی سازی پس از ازدواج (نیکولز و بکوار^۷، ۲۰۰۰)؛ (ج) مشاوره‌ی ازدواج برای همسران ناسازگار (احمدی، ۱۳۸۳).

در حال حاضر، دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی هستند (عامری، ۱۳۸۲). دیدگاه‌های شناختی، شناختی رفتاری، سیستمی، درمان هیجانی، واقعیت درمانی گلاسر و درمان انگیزشی نظام‌مند از جمله‌ی این درمان‌ها می‌باشند. ویلیام گلاسر^۸، روان‌پزشک آمریکایی که نظریه‌ی او به واقعیت‌درمانی شهرت یافته است، در سال ۱۹۹۸ نظریه‌ی جدید خود را ارائه کرد. وی این نظریه‌ی جدید را نظریه‌ی انتخاب^۹ نامید، زیرا به عقیده‌ی وی تمام اعمالی که ما انجام

1. Amato & Both
2. Horwitz, Helen & Sandra
3. Nock
4. Niolon
5. Waring & et al
6. Olson & Olson
7. Nichols & Becava
8. Glasser
9. Choice Theory

می‌دهیم، رفتار به‌شمار می‌روند و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۱۹۹۸). وی رفتار را شامل چهار مؤلفه‌ی عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که افراد بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر به‌طور مستقیم و بر مؤلفه‌های احساس و فیزیولوژی به‌طور غیرمستقیم کنترل دارند. تأکید اساسی نظریه‌ی انتخاب بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر می‌باشد (گلاسر، ۲۰۰۰). از مفاهیم دیگر این نظریه می‌توان به مفهوم روانشناسی کنترل بیرونی^۱ اشاره نمود. منظور از روانشناسی کنترل بیرونی این است که همسران در روابطشان سعی در کنترل طرف مقابل دارند و از هفت عادت تخریب‌گر^۲ کنترل بیرونی استفاده می‌کنند. این هفت عادت عبارتند از: (الف) عیب‌جویی یا انتقاد، (ب) سرزنش، (ج) شکوه و گلایه، (د) نق و غرغر، (ه) تهدید، (و) تنبیه، (ز) حق حساب یا باج دادن برای تحت کنترل درآوردن دیگری. به‌نظر گلاسر، در صورتی که همسران تلاش کنند که دست از این عادات بردارند و به‌جای آن، هفت عادت مهرورزی را جایگزین نمایند، از میزان مشکلات آن‌ها کاسته می‌شود. این هفت عادت عبارتند از: (الف) گوش دادن، (ب) حمایت، (ج) تشویق، (د) احترام، (ه) اعتماد، (و) پذیرش، (ز) گفتگوی همیشگی بر سر اختلافات (برازنده، ۱۳۸۴).

به اعتقاد گلاسر، علت عدم موفقیت اکثر زوج‌ها علاوه بر استفاده از خصلت کنترل بیرونی، در تفاوت میان شدت نیازهای بنیادی همسران است. گلاسر عقیده دارد که همه‌ی انسان‌ها با پنج نیاز ژنتیکی متولد می‌شوند و تمامی رفتارهای ما در جهت تأمین این نیازهاست که عبارتند از: عشق و تعلق، آزادی، قدرت، تفریح و نیاز به بقاء. اگر افراد متأهل درک کنند که تحت تأثیر پنج نیاز اساسی خود هستند و نظریه‌ی انتخاب را به کار گیرند و از ابتدای زندگی مشترکشان برای ارضاء این نیازها تلاش کنند، در بهبود روابط زناشویی آن‌ها پیشرفت چشم‌گیری ایجاد خواهد شد و شناخت این نیازها کلید اصلی تأمین روابط عاطفی قوی و دائمی همسران است. به بیان دیگر، هدف اصلی نظریه‌ی انتخاب این است که به زوج‌ها آموزش دهند تا به نیازهای اساسی خود و همسر خود آگاهی یابند، از به کارگیری روانشناسی کنترل بیرونی اجتناب ورزند و با توجه به مفهوم رفتار کلی تلاش کنند که انتخاب‌های مناسب‌تری داشته باشند (براون و استوارت^۳، ۲۰۰۵).

ککس و کلینگر^۴ (۱۹۹۵) نیز نظریه‌ی انگیزشی نظام‌مندی را ارائه نمودند که در این نظریه، اهداف نقشی کلیدی دارند بر اساس این رویکرد، انجام هر کاری در زندگی مستلزم تعقیب یک هدف است.

1. External Control Psychology
2. Brown & Stuart
3. Cox & Klinger

بنابراین، تعقیب موفقیت آمیز اهدا ف مناسب برای رسیدن به سلامت روان شناختی از اهمیت خاصی برخوردار است. این نظریه بر دو مفهوم اساسی استوار است: اولین مفهوم نگرانی یا دغدغه‌ی جاری^۱ نام دارد و وقتی شخصی تصمیم می‌گیرد هدفی را دنبال کند، یک حالت انگیزشی مشخصی در او شکل می‌گیرد. این حالت با تعهد شخص شروع می‌شود و با دست یافتن به هدف یا رها کردن آن خاتمه می‌یابد. این حالت انگیزشی نگرانی‌های جاری یا دغدغه‌ی جاری نامیده می‌شود. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد که دغدغه‌ی جاری با گرایش فرایندهای شناختی (توجه، یادآوری و محتوای تفکر) نسبت به اطلاعات مربوط به تعقیب هدف مورد نظر فرد همراه است. یعنی فرد بیشتر به چیزی توجه می‌کند یا چیزی را به یاد می‌آورد که نشانه‌ای از هدف مورد نظر وی است یا او را به سمت هدف مورد نظر سوق می‌دهد (ککس و کلینگر، ۲۰۰۲).

دومین مفهوم ساختار انگیزشی^۲ نام دارد. به‌طور کلی، الگوی شناختی و رفتاری خاص هر فرد در پیگیری اهدافش، ساختار انگیزشی نامیده می‌شود. به اعتقاد ککس و کلینگر (۲۰۰۲)، این ساختار می‌تواند انطباقی یا غیرانطباقی باشد. ساختار انگیزش انطباقی در دو جنبه از ساختار انگیزشی غیرانطباقی متمایز است: (الف) نوع مشوق‌های انتخاب شده برای تعقیب و (ب) شیوه‌ی تعقیب مشوق‌ها. افرادی که دارای ساختار انگیزشی غیرانطباقی‌اند، بیشتر دارای اهداف اجتنابی هستند، تعهد کمتری به اهداف‌شان دارند و معتقدند که روی اهداف‌شان کنترل کمتری دارند. ساختار انگیزشی غیرانطباقی احتمال دست‌یابی فرد به اهداف مورد نظرشان را کاهش داده و از لحاظ هیجانی نیز باعث از بین رفتن احساس رضایت‌مندی از زندگی می‌شود. هدف اصلی نظریه‌ی انگیزشی نظام‌مند بر درک، ارزیابی و مداخله در ساختار انگیزشی مراجع استوار است. بنابراین، در این رویکرد فرض بر این است که با بررسی ساختار انگیزشی همسران و اصلاح ساختار انگیزشی آن‌ها می‌توان سیستم هدف‌گذاری را به‌طور عام، و موفقیت آن‌ها در دست‌یابی به اهداف زندگی از جمله هدف بهبود زندگی مشترک و رضایت‌مندی آن‌ها را از زناشویی به‌طور خاص افزایش داد (ککس و کلینگر، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی درمان انگیزشی و نظریه‌ی انتخاب نشان دهنده‌ی مؤثر بودن این رویکردهای درمانی می‌باشند. در مطالعه‌ای که توسط لوید^۳ (۲۰۰۵) انجام گرفت، وی به بررسی اثربخشی اصول واقعیت‌درمانی بر احساس ارضاء نیاز و تغییر رفتار در دانش‌آموزان دبیرستانی پرداخت. مداخلات

1. Current Concern
2. Motivational Structure
3. Loyd

در گروه آزمایشی در ۵ جلسه انجام شد هدف این پژوهش این بود که نشان دهد آموزش اصول نظریه‌ی انتخاب موجب ارضاء کدام‌یک از نیازهای روان‌شناختی دانش‌آموزان می‌شود. نتایج نشان داد که آموزش اصول واقعیت‌درمانی به دانش‌آموزان کمک کرد که سه نیاز (تفریح، آزادی و قدرت) از ۴ نیاز (تفریح، آزادی، قدرت و تعلق) را برآورده کنند.

پریزلا (۲۰۰۶) به بررسی اثر مداخله‌ی واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه‌ی انتخاب بر روی بیماران PTSD پرداخت. متغیر وابسته در این پژوهش میزان نشخوار فکری این بیماران بود. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات واقعیت‌درمانی در کاهش نشخوار فکری این بیماران مؤثر می‌باشد. اسکروتر (۲۰۰۱) اثربخشی را در یک مطالعه با ۱۴۶ بیمار معتاد مورد بررسی قرار داد. این مطالعه از ۳ گروه درمانی تشکیل شده بود. گروه اول، درمان گروهی مشاوره‌ی انگیزشی[□] و گروه دوم، آموزش مهارت‌های اجتماعی را دریافت کردند. گروه سوم نیز تحت هر دو درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر سه گروه درمانی مؤثر بوده‌اند. گروهی که درمان الحاقی دریافت کرده بودند هیچ تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه مشاوره‌ی انگیزشی به‌تنهایی نداشت و گروه مشاوره‌ی انگیزشی به‌تنهایی به اندازه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی مؤثر بود (میلر و ویلبورن[□]، ۲۰۰۲). سلیمانیان (۱۳۸۴) نیز مطالعه‌ای را در رابطه با اثربخشی و کارآمدی درمان انگیزشی نظام‌دار در مقایسه با درمان شناختی انجام داده است. وی به این نتیجه رسید که درمان انگیزشی نظام‌دار به اندازه‌ی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش تعارض زناشویی مؤثر است. حال این پرسش مطرح است که کدام‌یک از این عوامل میزان می‌توانند موجب رضایت بیشتری در همسران شود و پرسش دیگر این که آیا اصلاح ساختار انگیزشی همسران می‌تواند به اندازه‌ی آموزش نظریه‌ی انتخاب و واقعیت‌درمانی که بر انتخاب‌های افراد، داشتن کنترل بر زندگی (مسئولیت) و آگاهی از نیازهای خود و همسر تأکید دارد مؤثر باشد؟ علاوه بر این، در نظریه‌ی انتخاب با توجه به مفهوم رفتار کلی و مؤلفه‌ی عملکرد، مراجعان تشویق می‌شوند تا انتخاب‌های مؤثری داشته باشند و در این مرحله تعیین هدف به‌نوعی وجود دارد. سؤال اصلی این است که با توجه به این که در این درمان مؤلفه‌های دیگری نیز برای مداخله مورد تأکید قرار می‌گیرد، آیا این رویکرد مؤثرتر از درمان انگیزشی نظام‌دار است یا این که اثربخشی هر دو رویکرد به یک میزان می‌باشد.

1. Schroer
2. Systematic Motivational Counseling Group (SMC-G)
3. Miller & Wilbourne

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی مراجعه کنندگان به کلینیک‌های سطح شهر مشهد تشکیل دادند که در تابستان ۱۳۸۵ به این مراکز مراجعه کردند. انتخاب نمونه‌ی مورد پژوهش به صورت در دسترس و از میان زنانی که نمره‌ی آن‌ها در پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی (DAS) کمتر از ۸۹ بود، انجام شد. در نتیجه، ۳۰ نفر به عنوان نمونه‌ی مورد مطالعه انتخاب شدند و سپس این ۳۰ نفر به طور تصادفی به سه گروه (دو گروه مداخله‌ای و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. برای هر یک از گروه‌های درمان انگیزشی نظام‌مند، نظریه‌ی انتخاب و گروه کنترل ۱۰ نفر در نظر گرفته شدند. جدا زندگی کردن از همسر به علت تعارض شدید، داشتن بیماری مزمن بدنی یا اختلالات روانی به عنوان معیارهای حذف در نظر گرفته شدند. به علاوه، برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر به این نکته توجه شد که آزمودنی‌ها به طور هم‌زمان هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی به صورت فردی و یا گروهی دریافت نکنند. هر یک از آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۱۶ ساعت در ۸ جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی تحت درمان قرار گرفتند. پس از اتمام ۸ جلسه‌ی درمانی، از اعضای گروه پس‌آزمون گرفته شد همچنین به افراد گروه کنترل گفته شد که پس از آزمون مرحله‌ی اول، دو ماه بعد نیز از آن‌ها آزمونی گرفته خواهد شد و علاوه بر این، آن‌ها می‌توانند پس از آزمون مرحله‌ی دوم در جلسات درمانی اختیاری شرکت نمایند. درمانگرهای این مطالعه دارای تخصص دکترای مشاوره و کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بودند. به منظور حذف نقش خستگی درمانگر، دو درمان مذکور در دو روز متفاوت انجام پذیرفت.

به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز، پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی اجراء شدند. پرسش‌نامه‌های یادشده در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل اجراء شدند. روش مداخله‌ی درمان انگیزشی نظام‌مند شامل این موارد بود: (الف) برانگیختن پاسخ‌های هیجانی مراجعان به وسیله‌ی فعال‌سازی دغدغه‌های جاری مراجعان، (ب) اجرای پرسش‌نامه‌ی اهداف شخصی، (ج) مشخص شدن اهداف و دغدغه‌های مراجع و همین‌طور درک ساختار انگیزشی مراجع، (د) اولویت‌بندی اهداف و طراحی نردبان اهداف، (ه) بررسی میزان پیشرفت در رسیدن به اهداف، (و) شناسایی مشوق‌های جدید، (ز) بررسی مجدد منابع عزت نفس.

همچنین، روش درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب شامل این موارد بود: (الف) معرفی نیازهای بنیادین به آزمودنی‌ها و آشنایی با شدت میزان نیازها و ترسیم نیم‌رخ نیازها، (ب) مشخص کردن میزان تفاوت نیم‌رخ نیازهای همسران، (ج) آشنایی با مفهوم رفتار کلی و ایجاد حس مسئولیت‌پذیری برای ارضای نیازهای

بنیادین، (د) آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط صمیمانه و جایگزینی نظریه‌ی انتخاب به جای خصلت کنترل بیرونی، (و) آموزش نحوه‌ی مذاکره در مورد نیازهای ناهماهنگ، (ز) آموزش مفهوم دنیای کیفی و بیان اهمیت سهم کردن دنیای کیفی همسران و خرسندی، (ح) مفهوم تعارض و رابطه‌ی تعارض با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین. لازم به ذکر است که محتوای جلسه‌ها را گفتگو، بحث، تمرین و انجام تکالیف تشکیل می‌داد. تکالیف هر جلسه در بیرون از جلسه و با همکاری همسران آزمودنی‌ها انجام می‌شد.

ابزار اندازه‌گیری و اعتبار و روایی آن

الف) پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی (DAS): این مقیاس ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن و شوهر و یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند که برای چند هدف ساخته شده است. تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت دونفری (میزان رضایت از جنبه‌های مختلف رابطه)، همبستگی دونفری (میزان مشارکت در فعالیت‌های مشترک)، توافق دونفری (میزان توافق طرفین در مسایل مربوط به رابطه‌ی زناشویی مثل امور مالی، تربیت بچه‌ها و...) و ابراز محبت (ثنایی و علاقه بند، ۱۳۷۹).

ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کلی مقیاس، ۰/۹۶ می‌باشد که نشان دهنده‌ی همسانی درونی قابل توجهی می‌باشد همسانی درونی خرده مقیاس‌ها نیز بین خوب تا عالی می‌باشد. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰، و ابراز محبت ۰/۷۳. مقیاس رضایت زن و شوهر با روش‌های منطقی روایی (روایی صوری) مورد بررسی قرار گرفت همچنین، این مقیاس با قدرت تمیز دادن زوج‌های متأهل و مط‌ لَمَقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه‌های مورد مطالعه نشان داده است. این مقیاس از روایی هم‌زمان نیز برخوردار است. و با مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس همبستگی دارد (ثنایی و علاقه بند، ۱۳۷۹).

ب) پرسش‌نامه‌ی دغدغه‌های شخصی (PCI): پرسش‌نامه‌ی اهداف شخصی (PC؛ ککس و کلینگر، ۲۰۰۳، ۲۰۰۲) فرم تجدید نظر شده و کوتاه از پرسش‌نامه‌ی ساختار انگیزشی (MSQ؛ ککس و کلینگر، ۱۹۹۶، ۱۹۸۶؛ کلینگر و ککس و بلانت، ۱۹۹۵) است. در این پرسش‌نامه از شرکت کنندگان خواسته می‌شود مهم‌ترین هدف خود را در هر یک از ده حیطه‌ی زندگی که در پرسش‌نامه ذکر شده اند (برای نمونه، روابط با خانواده، همسر و بستگان) در نظر بگیرند. سپس از آن‌ها خواسته می‌شود تا بر روی ۱۱ جنبه، دیدگاه‌ها و احساسات خود را درباره‌ی رسیدن به هر هدف درجه‌بندی کنند. این جنبه‌ها عبارتند از: الف) اشتیاق به هدف؛ ب) انزجار از هدف؛ ج) میزان کنترل؛ د) میزان اطلاعات؛ ه) میزان موفقیت در

صورت تلاش؛ (و) میزان موفقیت به دلیل شانس؛ (ز) میزان خشنودی در صورت رسیدن؛ (ح) میزان ناخشنودی در صورت رسیدن؛ (ط) میزان غمگینی از رسیدن؛ (ی) میزان تعهد؛ و (ک) مدت زمان لازم برای دستیابی به هدف یا حصول پیشرفت.

شواهد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول پرسش نامه ی ساختار انگیزی MSQ است (ککس و کلینگر، ۲۰۰۲؛ کلینگر و ککس، ۲۰۰۳). در پژوهش صالحی فدردی (۲۰۰۳)، فرم خلاصه شده ی PCI با ۱۰ اشخاص، بر روی دو نمونه شامل دانشجویان و سوء مصرف کنندگان الکل صورت گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه ی شامل دانشجویان ۰/۷۷ و برای نمونه ی شامل سوء مصرف کنندگان الکل ۰/۷۵ محاسبه شد. پس از ترجمه ی PCI به فارسی و بررسی روایی آن، بر روی یک نمونه ی ۱۲۰ نفری شامل ۴۰ دانش آموز (میانگین سن = ۱۷/۲۵؛ SD = ۰/۸۸) و ۸۰ بزرگسال (میانگین سن = ۴۲/۲۶؛ SD = ۵/۱۸) اجرا شد (آقامحمدیان و صالحی فدردی، ۲۰۰۴). فرم PCI به روش مصاحبه ی فردی در مورد هر شرکت کننده اجرا شده بود. نتایج بجهت آمده نشان داد که فرم فارسی دارای همسانی درونی مناسب برای هر یک از مؤلفه ها و نیز برای کل آزمون می باشد.

یافته های پژوهش

میانگین سنی آزمودنی ها ۲۴/۴ و دامنه ی سنی ۲۰-۳۲ بود. میانگین سال های ازدواج نمونه ی مورد مطالعه ۳/۳۶ و میانگین تعداد فرزندان ۰/۶ بود و دامنه ی تحصیلات آزمودنی ها از لیسانس تا فوق لیسانس بود. جدول ۱ نیز میانگین و انحراف استاندارد نمره های رضایت زناشویی آزمودنی ها را ارائه می دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات رضایت زناشویی گروه های مورد مطالعه

گروه کنترل		درمان انگیزی		نظریه انتخاب		
SD	M	SD	M	SD	M	
۵/۹۷	۸۴/۱	۷/۴۸	۸۸	۱۰/۲۷	۸۴/۴	پیش آزمون
۵/۸۷	۸۴/۵	۱۴/۷۴	۱۰۴/۸	۹/۷۲	۱۰۷/۶	پس آزمون

به منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر نظریه ی انتخاب در مقایسه با درمان انگیزی نظام مند از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. متغیر مستقل، نوع عضویت در گروه (کنترل، انگیزی نظام مند و نظریه ی انتخاب) و متغیر وابسته میزان رضایت زناشویی بود.

جدول ۲: خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه‌ی گروه‌های کنترل، انگیزشی نظام‌مند و نظریه‌ی انتخاب

منبع	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value
واریانس بین گروه‌ها	۲	۱۸۲۴/۶۳	۱۱/۷۵	۰/۰۰
واریانس درون گروه‌ها	۲۷	۱۵۵/۲۶		
مجموع	۲۹			

به‌منظور مقایسه‌ی دو به دو میانگین‌ها از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. به دلیل یکسان بودن واریانس گروه‌ها در این طرح از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. جدول ۳ نتایج حاصل از مقایسه‌های دو به دو را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج آزمون توکی به‌منظور مقایسه‌ی دو به دو درمان انگیزشی و نظریه‌ی انتخاب

گروه مورد مقایسه	تفاوت بین میانگین	خطای استاندارد	p-value
درمان انگیزشی - نظریه‌ی انتخاب	-۸/۷۰	۵/۵۷	۰/۲۷
نظریه انتخاب - گروه کنترل	۲۶/۵۰	۵/۵۷	۰/۰۰
درمان انگیزشی - گروه کنترل	۱۷/۸۰	۵/۵۷	۰/۰۱

نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون رضایت‌مندی زناشویی دو گروه درمانی (نظریه‌ی انتخاب و درمان انگیزشی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما هر دو گروه درمان تفاوت معنی‌داری را با گروه کنترل نشان می‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌ی این بررسی پیشنهاد می‌کند که هر دو رویکرد درمانی (نظریه‌ی انتخاب و درمان انگیزشی) به‌طور یکسان رضایت زناشویی را بهبود بخشیده‌اند. جاکوبسن (۱۹۸۵) معتقد است که در بررسی‌هایی که به مقایسه‌ی درمان‌های مختلف می‌پردازند، محدودیت‌هایی وجود دارد. یکی این که به‌ندرت بین دو درمان جدی و مهم تفاوت‌های معنی‌داری پیدا می‌شود، و وقتی هم که هست، این نتایج به‌ندرت تکرارپذیرند اما درست به‌علت پیدا نشدن تفاوت‌ها نمی‌توان نتیجه گرفت که تفاوتی هم وجود ندارد. دلایل احتمالی زیادی می‌تواند در این امر دخیل باشد که از آن جمله می‌توان به قدرت‌مند نبودن طرح آزمایشی، و گاهی کم بودن حجم نمونه اشاره کرد. در برخی موارد با افزایش اندازه‌های نمونه می‌توان نتایج معنی‌دار آماری به‌دست آورد اما این امر نه وسعت اثر و نه اهمیت بالینی آن را افزایش می‌دهد. این

واقعیت که بر پایه‌ی بعضی سنجش‌های نتیجه، ده درصد افراد در یک درمان نسبت به درمان دیگر عملکرد بهتری دارند، ممکن است از لحاظ آماری مهم باشد، اما ممکن است بیانگر تفاوت بالینی ارزشمندی نباشد. بررسی‌های مقایسه‌ای نتیجه نیز در تنگنای دو مانع هستند. یکی این که بسیاری از تفاوت‌ها میان پاسخ برخی آزمودنی‌ها به درمان مربوط به ویژگی‌های آن‌هاست؛ دیگر این که در کار بالینی هم‌پوشی فنی خیلی زیادی بین مدل‌های درمان وجود دارد (دهقان، ۱۳۸۲). به علاوه، در هر دو درمان انگیزشی و نظریه‌ی انتخاب بر عامل هدف تأکید شده است می‌توان نتیجه‌ی به دست آمده از این طرح را این گونه تبیین نمود که شاید عامل مؤثر بر افزایش رضایت زناشویی آزمودنی‌ها مشخص شدن اهداف آن‌ها و کمک در رسیدن به اهداف‌شان باشد و عوامل دیگری که در نظریه‌ی انتخاب بر آن‌ها تأکید می‌شود نیز در جهت کمک به رسیدن آزمودنی‌ها به اهداف‌شان باشد.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش این بود که درمان مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری میزان رضایت زناشویی را بهبود می‌بخشد. این یافته را می‌توان بر حسب موارد زیر تبیین نمود: در نظریه‌ی انتخاب بر پرورش حس مسئولیت برای ارضای نیازهای بنیادین خود و همسر، رهایی از کنترل بیرونی و آشنایی با دنیای کیفی همسران تأکید می‌شود. گلاسر معتقد است که مردم برای ارضای نیازهای بنیادین خود ازدواج می‌کنند (گلاسر، ۱۹۹۸). به نظر وی، مسئله زمانی دشوار می‌شود که همسران انتظارات متفاوت و غیرواقع بینانه‌ای درباره‌ی نحوه‌ی ارضای نیازهای اساسی‌شان از یک‌دیگر داشته باشند و یا شدت میان نیازهای آن‌ها با یک‌دیگر متفاوت باشد. گلاسر ادعا می‌کند چنانچه به زوج‌ها در مورد نیازهای اساسی آن‌ها آموزش داده شود، این آگاهی از نیازها و تلاش برای تأمین نیازهای همسر می‌تواند بر رضایت آن‌ها از ازدواج‌شان اثر شگرفی بگذارد (گلاسر، ۲۰۰۰). در نتیجه، آموزش اصول نظریه‌ی انتخاب، آگاهی دادن به همسران در مورد شدت نیازهای آنان و ایجاد حس مسئولیت در افراد برای ارضای نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط صمیمانه داشته باشد.

یافته‌ی دیگر پژوهش این بود که درمان انگیزشی نظام‌مند نیز در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. نتیجه‌ی این تحقیق یافته‌های سلیمانیان (۱۳۸۴) را تأیید می‌کند: پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی احساس خوب بودن و داشتن معنا در زندگی نشان داده‌اند که هر دوی این مقوله‌ها با ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت بخش در به دست آوردن آن‌ها رابطه دارند. برای مثال، بیشتر مردم ارزش بسیار بالایی برای برقراری و حفظ روابط صمیمانه و نزدیک قائل هستند (بایمستر و لری، ۱۹۹۵) و به دست آوردن این اهداف بین فردی با احساس خوب

بودن در زندگی ارتباط بسیار قوی دارد. تحقیقات روفلمن و ولچیک (۱۹۸۸) نشان داده‌اند، این که فرد احساس کند در تعقیب اهداف مورد نظرش از حمایت‌های دیگران برخوردار است، احساس مثبت، خوب و مطلوب را در وی پرورش می‌دهد و احساس این که دیگران مانع تحقق اهداف وی می‌گردند، از احساس خوب بودن می‌کاهد.

عامل دیگری که در پرورش احساس مثبت، خوب و مطلوب نقش مهمی ایفا می‌کند، حس پیشرفت به سمت هدف است. به اعتقاد داینر و فوجیتا (۱۹۹۵) حس پیشرفت به سمت هدف یک عامل بسیار مهم و تعیین کننده در داشتن احساس خوب است. مطالعات طولی هالیچ و جیبرت (۱۹۹۸) نشان داده‌اند، احساس رضایت از زندگی و برخورداری از احساس خوب و مطلوب به داشتن اهداف دست‌یافتنی بستگی دارد، به خصوص در افرادی که نسبت به اهداف خود تعهد بیشتری احساس می‌کنند. البته همه‌ی اهداف فردی به یک اندازه بر پرورش احساس خوب و مطلوب نقش ندارند. برای مثال، پیشرفت در اهدافی که توسط دیگران یا تحت تأثیر فشارهای اجتماعی به فرد تحمیل شده کمتر از اهدافی که خود فرد آن‌ها را انتخاب کرده است موجب احساس خوب بودن می‌شوند (شلدون، ۲۰۰۲، به نقل از سلیمانیان، ۱۳۸۴).

به اعتقاد ککس و کلینگر (۲۰۰۲) ارتباط بین اهداف و شناخت، هیجان، تصورات و رفتارها در مداخلات مشاوره‌ای حائز اهمیت هستند. آن‌ها معتقدند آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ارتباط تنگاتنگی با مشکلات مربوط به تعقیب هدف دارند. یعنی هرچه قدر مشکلات و آسیب‌های موجود بر سر راه تعقیب هدف بیشتر باشد، آسیب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری نیز بیشتر بروز می‌کند. این که مشکل افسردگی باشد یا اضطراب یا اعتیاد و... مداخله‌ی مشاوره‌ای مؤثر مستلزم بررسی و مداخله در فرآیند تعقیب هدف است. فنچام و بیچ (۱۹۹۹) نشان داده شده است که اهداف در رضایت‌مندی از روابط صمیمانه و نزدیک، به‌طور خاصی در روابط زناشویی، عاملی مؤثر است (کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲). رضایت افراد در زندگی تا حد زیادی از باور آن‌ها نسبت به دست‌یابی به اهداف مطلوب‌شان سرچشمه می‌گیرد (برون، مادیکس و اسنایدر، ۱۹۹۷؛ برنسن، ۱۹۹۳؛ به نقل از کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲). همچنین، توانایی رسیدن یک فرد به هدفش ممکن است توسط دیگران تقویت یا جلوگیری شود. بنابراین، درک حمایت در دست‌یابی به اهداف از طرف افراد مهم زندگی فرد، عامل مهمی است که در رضایت‌مندی یا تعارض در روابط صمیمانه و نزدیک نقش دارد (برسکید و ریز، ۱۹۹۸؛ استروب و استروب، ۱۹۹۶؛ به نقل کاپلان و مادیکس، ۲۰۰۲).

در انتها، بایستی اشاره کرد که زمانی که این رویکردها به صورت گروهی به کار گرفته می‌شوند، مزیت‌های روان درمانی گروهی در مقایسه با روان درمانی فردی از جمله تعامل اعضا، الگوگیری، و ... دو چندان می‌شود. در واقع اعضای گروه در نتیجه‌ی تعامل با یکدیگر و از طریق خودافشایی، دریافت حمایت، همدلی و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسایل‌شان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آن‌ها کنار آیند. گرچه بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش حاضر دو رویکرد به یک میزان از اثربخشی برخوردار می‌باشند، اما این یافته‌ها را باید یک یافته‌ی مقدماتی دانست و به کارگیری این دو شیوه در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی در سطح گسترده ضروری می‌نماید. علاوه، نتیجه‌گیری این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود، هر چند کوشش پژوهش‌گر این بوده است که شرایط را تا جایی که امکان دارد کنترل کند، اما درباره‌ی آزمودنی‌های انسانی و آن‌هم امر درمان روان‌شناختی کنترل همیشه دشوار می‌باشد. در انتها، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در قالب طرح‌های تجربی مجدد انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله‌ای مطرح در درمان نارضایت همسران به صورت عملیاتی تدوین و آزمون شوند.

منابع

- احمدی، خدابخش؛ آشتیانی، علی؛ و اعتمادی، احمد (۱۳۸۳). بررسی تأثیر مداخله‌های حل مشکل خانوادگی بر کاهش نارضایت زوجین. *مجله روانشناسی* (۳۲)، سال هشتم، شماره ۴.
- بارکر، فیلیپ (۱۳۸۲). *خانواده درمانی پایه*. مترجمان: محسن دهقانی و زهره دهقانی. تهران: رشد.
- برنشتاین، فلیپ اچ و برنشتاین، ماری تی. (۱۳۸۰). *زناشویی درمانی: از دیدگاه رفتاری - ارتباطی*. ترجمه‌ی حسن پور عابدینی نائینی و غلامرضا منشئی. تهران: انتشارات رشد.
- ثنایی، باقر؛ براتی، طاهره (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- سلیمانیان، علیاکبر (۱۳۸۴). *بررسی اثربخشی و کارآمدی مشاوره انگیزشی نظام‌مند بر تعارض زناشویی*. پایان‌نامه‌ی دکتری، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عامری، فریده؛ نوربالا، احمد؛ ازهای، جوادی؛ رسولزاده، سید کاظم (۱۳۸۲). بررسی تأثیر مداخلات خانوادهدرمانی راهبردی در اختلافایزناشویی. *مجله روانشناسی* (۲۷)، سال هفتم، شماره ۳.
- گلاسر، ویلیام و گلاسر، کارلین (۱۳۸۴). *ازدواج بدون شکست*. مترجمان: سمیه خوشنیت؛ هدی برازنده؛ مشهد: انتشارات محقق.

Amato, P. R. & Both, A. (1991). Consequences of Parental Divorce and Marital Unhappiness for Adult Well Being. *Social Forces*, 69, 895-914.

Baumeister, R. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

Brown, T. & Stuart, S. (2005). Identifying basic needs: the contextual need assessment. *International Journal of reality therapy*, 24, 7-10.

Brunstein, J. C.; Dangelmeyer, G. & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1006-1019.

Cox, W. M. & Klinger, E. (2002). Motivational structure: Relationships with substance use and processes of change. *Addictive Behaviors*, 27, 925-940

Cox, W. M. & Klinger, E. (2004). *Handbook of motivational counseling: Motivating people for change*. London: Wiley.

Cox, W. M.; Klinger, E. & Blount, J. P. (1995). *Systematic motivational counseling: a treatment manual*. Unpublished manuscript, University of Wales, Bangor.

Demo, D. H. & Alan, C. A. (1996). "Singlehood" Marriage and Remarriage: The Effects of Family Structure and Family Relationships on Mothers Wellbeing. *Journal of Family Issue*, 17, 380-407.

Fadardi, J. S. (2003). *Motivational and cognitive determinants of Attentional bias for alcohol-related stimuli: Implications for a new Attentional-training*. Unpublished Ph.D. Thesis, University of Wales, Bangor.

Fadardi, S. J. & Cox, W. M. (In Press). *Alcohol-Attentional Bias and Motivational Structure as Independent Predictors of Social Drinkers Alcohol' Consumption. Drug and Dependence*.

Fincham, F. D. & Beach, S. R. H. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 47-78.

Glasser, W. (1998). *Choice Theory*, New York: HarperCollins.

Glasser, W. (2000). *Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy*, New York: HarperCollins.

Horwitz, A. V.; Helen, R. W & Sandra, H. W. (1997). Becoming Married And Mental Health: A Longitudinal Study Of A Scohort Of Young Adults. *Journal of Marriage and the Family Therapy*, 58, 895-907.

Kaplan, M. & Maddux, j. E. (2002). Goals and Marital Satisfaction: Perceived Support for Personal and Collective Efficacy for Collective Goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 157-164.

Loyd, B. D. (2005). The Effects of Reality Therapy /Choice Theory High School Students' Perception of Needs Satisfaction and Behavioral Change. *International Journal of Reality Therapy*, 25(1), 5-9.

Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use of disorders. *Addiction*, 97, 265-277.

Nichols, W. C. & Becavar, D. (2000). *Handbook of Family Development and Intervention*, New York: John Wiley & Son Inc.

Niolon, R. (2000). *Communication Style and Problem Solving*. Retrieved from: www.Psychopage.Com, December, 15, 2007.

Nock, S. L. (1995). A Comparison of Marriage and Capability Relationship. *Journal of Family Issue*, 16, 53-76.

Olson, D. H. & Olson, A. K. (1997). Enrich Canada, Ins. *Journal Of Family Minstry*, 11(4), 28-53.

Prenzlau, S. (2006). Using Reality Therapy to Reduce PTSD-Related Symptoms. *International journal of reality therapy*, 25(2), 23-29.

Sharbaf, H. A.; Fadardi, J. S. & Cox, W. M. (2004, July). Validation of the Persian Personal-Concerns Inventory. Paper presented at *the 12th Iranian Researchers Conference in Europe*, 2004, University of Manchester, UK.

Sinha, P. & Mukerjee, N. (1991). Marital adjustment and space orientation. *Journal of social psychology*, 130, 633-639.