

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Group Reality Therapy with Group Cognitive Behavioral Therapy on Marital Satisfaction and Self-Control of Women

V. Fallah Berejestanaki¹, H. Saberi^{2*}, & A. Shomali Oskuei²

1. PhD Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. Email: vidafallah101@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. Email: hayedesaberi@gmail.com-aoskoei@riau.ac.ir

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of group reality therapy with group cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction and self-control of women with marital conflict. **Method:** The method of the present study was descriptive quasi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of the study included all women with marital conflict who were referred to counseling centers in District 7 of Tehran in 2019, from which 60 people were selected using purposive sampling. Reality therapy sessions were held in groups of one two-hour session per week for 7 weeks. Cognitive-behavioral therapy sessions were held in groups of one two-hour session per week for 8 weeks. Participants responded to the ENRICH Marital Satisfaction Scale developed (1982) and the Self-Control Scale developed by Tangney et al. (2004) for pretest, posttest, and follow-up. Data analysis was performed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results of the present study showed that the interaction of time*groups increased marital satisfaction and self-control ($P=0.001$) in the experimental groups compared to the control group. The results of Bonferroni post hoc test showed a significant difference between cognitive-behavioral therapy and reality therapy with the control group for marital satisfaction and self-control variables. **Conclusion:** It seems that both reality therapy and cognitive-behavioral therapy help married women to improve their marital relationships by improving their self-control.

Keywords: *Cognitive-Behavioral Therapy, Conflict, Marital Satisfaction, Reality Therapy, Self-Control*

Citation: Fallah Berejestanaki, V., Saberi, H., & Shomali Oskuei, A. (2022). Comparison of the Effectiveness of Group Reality Therapy with Group Cognitive Behavioral Therapy on Marital Satisfaction and Self-Control of Women. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (3):201-224.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان

ویدا فلاح برنجستانکی^۱، هایده صابری^۲، آرزو شمالی اسکویی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: vidafallah101@yahoo.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: arezooskoei@yahoo.com - Haydesaberi@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان دارای تعارض زناشویی بود که در سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره منطقه ۷ شهر تهران مراجعه کرده بودند، که از میان آنها ۶۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جلسات واقعیت درمانی به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه دو ساعته طی ۷ هفته برگزار شد. جلسات درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه دو ساعته طی ۸ جلسه برگزار شد. شرکت‌کنندگان جهت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به مقیاس رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۲) و مقیاس خودکنترلی تانجنی و همکاران (۲۰۰۴) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش رضایت زناشویی و خودکنترلی ($P=0/001$) در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه شد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی با گروه گواه برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکنترلی بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد واقعیت درمانی و درمان شناختی- رفتاری هر دو، به زنان متأهل با بهبود خودکنترل‌گری به آنها کمک می‌کند تا روابط زناشویی خود را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: تعارض، خودکنترلی، درمان شناختی- رفتاری، رضایت زناشویی، واقعیت درمانی

استناد به این مقاله: فلاح برنجستانکی، ویدا، صابری، هایده، شمالی اسکویی، آرزو. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۶ (۳ پیاپی ۲۰۱-۲۲۴:۶۳).

مقدمه

خانواده، 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 زناشویی است که نقطه وصل آن، پیمان ازدواج است (جونزاروسکی و همکاران، ۲۰۱۹) و هدفی که پس از ازدواج ایجاد می شود، ایجاد روابط زناشویی سالم است. ازدواج یک رویداد مطلوب در هر فرهنگی است و بیش از ۹۰ درصد از جمعیت جهان حداقل یک بار آن را تجربه می کنند (طهان و همکاران، ۲۰۲۱).

تعارضات زناشویی سبب نابودی صمیمیت و دوری عاطفی زوجین به ویژه زنان می شود و سبب می شود تا آنها نتوانند پاسخ مناسبی برای حل اختلافها با زوج خود بیابند (روئج و همکاران، ۲۰۲۱). کنش و واکنش دو فرد که قادر نیستند منظور خود را تفهیم نمایند، تعارض نامیده می شود (کرمی بلداجی و همکاران، ۱۳۹۴). اگر تعارضات زناشویی به درستی حل نشود، نارضایتی زناشویی، سلامت روان زوجین و فرزندان را تهدید خواهد کرد (اوزگوک و تانریوردی، ۲۰۱۸). تعارضات زناشویی باعث سست شدن روابط، افزایش مشکلات زناشویی و عدم ارضای نیازهای طبیعی زوجین می شود و با خطر فزاینده انواع اختلال های روانی همراه است و در صورت تداوم باعث کاهش رضایت زناشویی^۱ می شود (کانسون و همکاران، ۲۰۱۹).

رضایت زناشویی^۲ از جمله مهم ترین عوامل در کیفیت زناشویی و تعارضات زناشویی است (کویانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ مایسل و کارنی، ۲۰۱۲). رضایت زناشویی یکی از اساسی ترین شاخص های تعیین و قدرت عملکرد خانواده است که طی آن یک زن و شوهر از ازدواج و کنار هم بودن احساس خوشبختی و شادمانی می کنند (کارنی و بردبری، ۲۰۲۰). برای بسیاری از افراد، یک ازدواج با رضایت و سعادت آغاز می شود، اما به تدریج به سمت سرازیری می لغزد و حتی عاملی برای دلهره و پریشانی می شود. بیشتر افراد در دوره ای از زندگی خود ازدواج می کنند، اما تقریباً دو سوم ازدواج های اول به جدایی یا طلاق پایان می یابد (یو و همکاران، ۲۰۲۰)؛ کاهش رضایت زناشویی یکی از دلایل عمده جدایی و طلاق زوجین است (دانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر رضایت و تعارضات زناشویی می توان به میزان خودکنترلی^۳ افراد اشاره کرد. متأهلینی که از خودکنترلی برخوردارند، از روابط خود با دیگران به ویژه روابط زناشویی احساس رضایت زناشویی می کنند (روئین تن و همکاران، ۱۳۹۹؛ چیونگ و همکاران، ۲۰۲۱). هافمن و همکاران (۲۰۱۲) خودکنترل گری را به عنوان توانایی از بین بردن یا تغییر دادن

1. marital satisfaction

3. self-control

2. marital satisfaction

پاسخ‌های درونی به خوبی قطع تمایلات رفتاری (مثل تکانش‌ها) و خودداری کردن از عمل آن‌ها تعریف می‌کنند. مهارت خودکنترلی بازتاب رشد خویشتن است، برای اینکه فردی بتواند رفتارش را کنترل کند باید این نکته را که او عامل علی یک رفتار است درک کند و متوجه باشد که رفتار را پیامد آن حاصل عملی است که او تاحدی می‌تواند بر آن کنترل داشته باشد (بران، ۲۰۱۸). متأهلینی که خودکنترلی بیشتری دارند، بیش از همه بر دستاوردهای مثبت در زندگی زناشویی متمرکز می‌شوند، رویکردهای رفتاری گرایشی دارند و کمتر بر اجتناب کردن تمرکز می‌کنند، در شرایط سخت بهتر می‌توانند راهی برای مشکلات خود جویا شوند و از پس مشکلات برآیند و مشکلات، فشار کمتری بر آنها وارد می‌سازد (شیرمحمدی و همکاران، ۱۴۰۰). متأهلین برخوردار از خودکنترل‌گری کمتر دچار مشکلات روانی می‌شوند و تحت شرایط فشارآور زندگی کمتر فرسوده می‌شوند. آنان در برابر شکست‌های مکرر احساس درماندگی نمی‌کنند و درنهایت این امور باعث می‌شود که آنان احساس رضایت بیشتری از روابط زناشویی خود داشته باشند. افراد خودکنترل‌گر از اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و توان حل مسئله بالاتری برخوردارند و این امر باعث می‌شود آنان از خود تصور مثبت‌تری داشته باشند و به احتمال بیشتری از سوی همسران خود تشویق شوند که این امور درنهایت باعث می‌شود آنان از همسر خود احساس رضایت بیشتری کنند (روئین تن و همکاران، ۱۳۹۹).

یکی از بهترین شیوه‌های کارآمد در کاهش تعارض زوجین برای افزایش رضایت زناشویی و خودکنترلی متأهلین، تقویت سطح آگاهی و شناخت از طریق درمان شناختی- رفتاری^۱ است (برکویچ، ۲۰۱۹). این رویکرد علت اصلی مشکلات و درگیری‌های زناشویی و خانوادگی را ارتباطات منفی و شکست ارتباطی زوجین می‌داند (محدثی و همکاران، ۱۳۹۵). از منظر این دیدگاه، با شناخت افکار، احساسات و رفتارهای شخص نمی‌توان جداگانه برخورد کرد. زیرا این فرآیندها همپوشانی دارند. درمان شناختی- رفتاری به مراجعین کمک می‌کند تا مهارت‌های تغییر رفتاری، ارتباط با دیگران، حل مشکلات، تغییر باورها و نگرش‌های مفید و بازسازی شناختی را ایجاد کنند (بک و بک، ۲۰۲۰). این روش علاوه بر بازسازی شناختی، از انواع مداخلات رفتاری برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای زوجین استفاده می‌کند. در حقیقت، مداخلات شناختی رفتاری به‌طور همزمان بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری تأکید می‌کند و فرصتی را برای زوجین فراهم می‌کند تا روش‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای مخرب خود را بیاموزند و در صورت مواجهه با مسائل مختلف در آینده از آنها استفاده کنند (اپسین و زنگ، ۲۰۱۷). در این راستا، نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۹)؛ قربانی امیر و همکاران (۱۳۹۹)؛ آب

^۱. cognitive behavior therapy

نیکی و همکاران (۱۳۹۴)؛ بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)؛ باباپورخیرالدین و همکاران (۱۳۹۰)؛ بوندمن و همکاران (۲۰۲۰)؛ الدار و همکاران (۲۰۱۸) و ایستین و بوکام (۲۰۰۲) حاکی از اثربخشی این رویکرد در افزایش خودکنترلی در جمعیت‌های مختلف و رضایت زناشویی افراد است.

براساس رویکرد واقعیت‌درمانی^۱، بهترین روش برای برطرف ساختن تعارضات زناشویی و افزایش خودکنترل‌گری و رضایت زناشویی، تغییر رفتار با انتخاب رفتارهای سازنده و مفید است (مریدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۵). واقعیت‌درمانی، نظامی را ارائه می‌دهد که با کمک آن افراد می‌توانند زندگی خود را به‌طور مؤثرتری کنترل نمایند و مسئولیت مشکلات عاطفی و زناشویی را بر عهده بگیرند و همچنین با شناسایی موارد درست از نادرست و شناخت نیازهای انسان در روند زندگی به ایجاد احساسات مثبت کمک کنند (گلاسر، ۲۰۱۲؛ ترجمه صاحبی، ۱۴۰۰). رویکرد واقعیت‌درمانی، موجب قبول واقعیت‌های زندگی، پذیرش مسئولیت‌ها و کنترل رفتارهای درونی می‌گردد (عبادی و همکاران، ۲۰۲۰). بر همین اساس، واقعیت‌درمانی یکی از مداخلات رایج در حوزه روان‌شناختی است که سبب رضایت، خوشبختی، موفقیت و کنترل زندگی و تقویت روابط بین فردی و افزایش رضایت زناشویی می‌گردد (میرزانی و همکاران، ۱۳۹۷). از آن جا که واقعیت‌درمانی بر روی مفاهیمی از جمله مسئولیت‌پذیری، کنترل درونی، هویت موفق و شکست بحث می‌کند و این مفاهیم ارتباط نزدیکی با کنترل درونی و روابط بین فردی دارند؛ نتایج پژوهش‌های اوجی و همکاران (۱۳۹۹)؛ فرهادی و همکاران (۱۳۹۹)؛ مریدی و همکاران (۱۳۹۹)؛ مرادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ دلی لری و هواسی (۱۳۹۸)؛ دیزجانی و خرامین (۱۳۹۵)؛ مولاوارمان و همکاران (۲۰۱۸) و دوبا و همکاران (۲۰۰۹) حاکی از اثربخشی این رویکرد در افزایش خودکنترلی در جمعیت‌های مختلف و رضایت زناشویی افراد است.

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت افزایش خودکنترلی در روابط زناشویی که بر میزان رضایت زناشویی زوجین نیز مؤثر است و از تعارضات زناشویی آنها نیز می‌کاهد، بر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر اشاره دارد. توجه به خودکنترلی و رضایت زناشویی به دلیل نقشی که در سلامت روان زوجین و فرزندان آنها دارد امری اجتناب‌ناپذیر است و نیازمند مداخلات و آموزش‌های روان‌شناختی دقیق برای ارتقاء این سازه‌های مهم است. بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده فقط یک نوع آموزش را، بر روی جامعه پژوهش خود مورد بررسی قرار داده‌اند و پژوهشی که به مقایسه تأثیر واقعیت‌درمانی و آموزش شناختی رفتاری بر خودکنترلی و رضایت زناشویی زنان دارای

1. reality therapy

تعارض زناشویی پدیدار شد، در ادبیات پژوهش یافت نشد. بنابراین، پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان دارای تعارض و درگیری با همسر بود که در سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره منطقه ۷ شهر تهران مراجعه کرده بودند، که از میان آنها ۶۰ نفر براساس پیشنهاد دلاور (۱۳۹۰) که حداقل حجم نمونه را ۱۵ نفر برای پژوهش‌های نیمه آزمایشی در نظر گرفته است و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی و با همگن سازی سن در سه گروه، درمان شناختی رفتاری، واقعیت درمانی و گواه گمارده شدند. روند نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه تعارضات زناشویی اجرا و افرادی که دارای نمره بالاتری در این پرسشنامه بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل تحصیلات دوره متوسطه اول و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود که از طریق پرسش از آزمودنی و خوداظهاری به دست آمد. همچنین ملاک‌های خروج شامل کامل نکردن سؤالات پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از سه جلسه در فرایند مداخله بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۱. مقیاس رضایت زناشویی انریچ ساخته اولسون و همکاران (۱۹۸۲) شامل ۴۷ گویه است که ۱۲ خرده مقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق=۴، موافق=۳، نه موافق و نه مخالف=۲، کاملاً مخالف=۱، مخالف=۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اولسون و همکاران (۱۹۸۲) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب همبستگی این ابزار را با مقیاس‌های رضایت خانوادگی در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی در دامنه‌ای از ۰/۳۳ تا ۰/۴۱ به عنوان شاخصی از روایی همزمان ابزار گزارش کردند. عرب دوستی و همکاران (۱۳۹۳) با هنجاریابی نسخه کوتاه

^۱. ENRICH Marital Satisfaction Scale

این ابزار ضریب همبستگی نسخه ۴۷ گویه‌ای و ۱۰ گویه‌ای آن را برابر با ۰/۴۰ و برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کردند.

مقیاس خودکنترلی^۱. مقیاس خودکنترلی تانجینی و همکاران (۲۰۰۴) شامل ۳۶ گویه است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند= ۱ تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند= ۵ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های شماره ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تانجینی و همکاران (۲۰۰۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی این ابزار را با خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و خصومت- پرخاشگری SCL-90 به ترتیب برابر با ۰/۴۱، -۰/۳۶ و -۰/۴۰ گزارش کردند. احمدی جویباری (۱۳۹۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی صوری و محتوایی آن را با تأیید توسط متخصصان گزارش کرد.

واقعیت درمانی: این برنامه شامل ۷ جلسه یک ساعته (یک جلسه در هفته) به مدت دو ماه بود که در آن مبانی عملی و نظری رویکرد واقعیت درمانی به گروه آزمایش به صورت گروهی آموزش داده شد. این برنامه بر اساس کتاب تئوری انتخاب نوشته گلاسر (۲۰۱۲) بوده و محتوای آن به تفکیک جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات واقعیت درمانی

جلسه	محتوا، فنون و شرح جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت درمانی گلاسر.
دوم	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر. ابزار خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه گلاسر، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما توضیح تفاوت و شباهت‌های بین انسان‌ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسر (روش تدریس سخنرانی همراه با بحث گروهی).
سوم	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم‌گیری؛ اهمیت تصمیم‌گیری و مراحل تصمیم‌گیری. معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با ۴ مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و جهت آشنایی زنان با چهار عمل مثال ماشین رفتار و چگونگی جایگاه چهار رفتار کلی در این ماشین رفتار برای آنها توضیح داده شد و همچنین از روش ایفای نقش برای تفهیم مسائل استفاده گردید (روش تدریس بارش مغزی و سخنرانی همراه با مشارکتی).

۱. Self-Control Scale

چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خود ارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی. آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه (بین چهار رفتار کلی به وجود می‌آید) و رفتارهای اجباری که با مثال‌های مختلفی مانند مشکلاتی که از زندگی با یک همسر معتاد به وجود می‌آید زده شد (استفاده از روش تدریس بدیع پردازی).
پنجم	بدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت‌بخش، تأکید بر زندگی در زمان حال. معرفی رفتارهای تخریبگر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال و اینکه چگونه می‌توان دنیایی کیفی خود را تاب‌گیری مجدد کرد (استفاده از روش تدریس عینی سازی).
ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر، نقش انسان در کنترل رفتار. شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت‌درمانی و فهرست بندی نیازهای اساسی، با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها (روش تدریس مشارکتی، استفاده از بحث گروهی).
هفتم	نحوه حفظ تغییرات ایجاد شده و اجرای پس‌آزمون. نحوه‌ی نگهداری و بالا بردن تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت زنان دارای تعارض و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر.. اجرای پس‌آزمون

درمان شناختی رفتاری: این برنامه شامل ۸ جلسه یک ساعته (هر هفته یک جلسه) به مدت دو ماه بوده که مبانی عملی و تئوری رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی به گروه آزمایش اول آموزش داده شد. این برنامه بر اساس کتاب درمان شناختی- رفتاری برای زوجین نوشته اِپستین و بوکام (۲۰۰۲) بوده و محتوای آن به تفکیک جلسات در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای فنون و شرح جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، استقبال، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری، آشنایی شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد واکنش هیجانی (C) تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین ABC هفته، ده مورد از بدترین ABC در طول ازدواج
دوم	آموختن مؤلفه‌های نظریه‌های شناختی اضطراب، افسردگی و خشم، شناخت افکار خودآیند، شناخت تحریف‌های شناختی و بررسی آنها در تفکر خود، شناسایی مقاومت‌های احتمالی در مقابل درمان و طراحی راهکارهایی برای رویارویی با این مقاومت‌ها. تکالیف: تشخیص تحریف شناختی در نمونه‌های رفتاری، شناسایی فرایند تفکر غلط
سوم	شناخت مبانی پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های غیرمفید) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناخت طرحواره‌ها از طریق شیوه پیکان عمودی

تکالیف: نوشتن ABC روزانه، ترسیم پیکان عمودی برای هر ABC	چهارم	فعالیت روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه با استفاده از روش پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌های منفی آنها روبرو هستند. شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد ده نوع طرح منفی رایج را شناسایی کرده و اعتقادات خود را در این ده دسته قرار دهند
تکالیف: تقسیم‌بندی افکار بر اساس باورها تحلیل سود و زیان باورها	پنجم	شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر دست می‌یابند، فهرستی از باورهای منفی را تهیه می‌کنند، نقشه‌های شناختی از رابطه باورهای منفی با یکدیگر ترسیم می‌کنند و آنها را رتبه‌بندی می‌کنند.
تکالیف: بررسی تکالیف جلسه قبل، تهیه لیست اصلی اعتقادات و دلیل ماندگاری باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای پریشانی ذهنی، ادامه رسم یک پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و رتبه‌بندی هر باور در مقیاس واحدهای پریشانی ذهنی	ششم	پذیرفتن این که باورها تغییرپذیر هستند و این امکان وجود دارد که افراد در عقاید خود تجدیدنظر کنند.
تکالیف: لیست اصلی اعتقادات را تکمیل کنید و عقایدی را که تاکنون شناسایی شده‌اید، به‌طور عینی تحلیل کنید.	هفتم	شناخت این عقیده که باورها از نظر سودمندی متفاوت‌اند و می‌توانند با معیارهایی ارزیابی شوند.
تکالیف: شناخت و ارزیابی باورهای مسئله‌دار خود، تصمیم‌گیری در مورد حفظ یا دور انداختن آنها	هشتم	شناخت کاربرد تجزیه و تحلیل منطقی در مورد عقاید خود
تکالیف: کامل کردن تجزیه و تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌های شرطی و مشخص. اجرای پس آزمون		

روش اجرا

جلسات برای گروه واقعیت‌درمانی به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه دو ساعته طی ۷ هفته اجرا شد. همچنین، درمان شناختی رفتاری نیز به صورت گروهی به همان شکل و طی ۸ جلسه برگزار گردید اما گروه گواه هیچ آموزشی ندیدند. آموزش توسط درمانگران یکسان و با تخصص دکترای روانشناسی اجرا شد. پس از گذشت ۳ ماه یک آزمون جهت پیگیری از هر سه گروه به عمل آمد.

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده در این پژوهش ۶۰ نفر بودند که در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش شناختی و رفتاری ۳۰/۷۵ با انحراف معیار ۶/۱۲، میانگین سنی گروه واقعیت‌درمانی ۳۲/۸۰ با انحراف معیار ۴/۷۱ و گروه کنترل ۳۱/۱۵ با انحراف معیار ۶/۲۱ بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی و خودکنترلی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رضایت زناشویی	شناختی رفتاری	۱۴۲/۷۵	۱۷/۶۷	۱۶۴/۶۵	۱۷/۴۶	۱۶۳/۶۵
	واقعیت درمانی	۱۳۹/۴۰	۱۷/۷۵	۱۶۳/۷۰	۱۶/۹۰	۱۶۱/۰۳
خودکنترلی	گروه گواه	۱۳۹/۸۰	۱۲/۶۳	۱۴۴/۲۵	۱۰/۲۶	۱۴۵/۱۵
	شناختی رفتاری	۱۰۲/۱۰	۲۰/۱۹	۱۱۰/۱۵	۲۰/۱۸	۱۰۹/۹۵
	واقعیت درمانی	۱۰۰/۴۰	۲۱/۰۰	۱۰۴/۶۰	۲۱/۲۵	۱۰۴/۴۰
	گروه گواه	۱۰۲/۶۵	۱۸/۷۴	۱۰۱/۴۵	۱۹/۲۲	۱۰۱/۲۵

جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی و خودکنترلی را در سه گروه درمان شناختی- رفتاری، واقعیت درمانی و گروه گواه نشان می‌دهد.

در ادامه پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن که به وسیله آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت نشان داد که متغیرهای رضایت زناشویی و خودکنترلی در هر سه گروه و هر سه مرحله پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود و فرض نرمال بودن رد نشد. آماره لون نیز نشان برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود بنابراین، مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای وابسته در ۳ مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکنترلی برقرار نبود و بنابراین از اصلاح گرینهوس- گیسر یا هویت فلت استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر رضایت زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
اثر گروه	۸۶۶۷/۲۴	۲	۴۳۳۳/۶۲	۱۰۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
رضایت زناشویی	۶۱۲۱/۴۱	۱/۰۲	۵۹۵۷/۹۶	۲۶۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
اثر متقابل	۲۹۲۹/۴۸	۲/۰۵	۱۴۲۵/۶۳	۶۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶

جدول ۴ نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی بر متغیر رضایت زناشویی ($P=0/001$) اثر افزایش دهنده داشتند. جدول ۴ همچنین نشان می‌دهد میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد. میانگین متغیر رضایت زناشویی ($P=0/001$) در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد. جدول ۴ نشان می‌دهد اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش متغیر رضایت زناشویی ($P=0/001$) در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر خودکنترلی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
اثر گروه	۸۹۵/۶۰	۲	۴۴۷/۸۰	۴۹/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
اثر زمان	۵۹۳/۷۳	۱/۲۶	۴۷۰/۶۵	۱۲۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
اثر متقابل	۴۳۲/۶۶	۲/۵۲	۱۷۱/۴۸	۴۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱

جدول ۵ نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی بر متغیر خودکنترلی ($P=0/001$) اثر افزایش دهنده داشتند. جدول ۴ همچنین نشان می‌دهد میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد. میانگین متغیر خودکنترلی ($P=0/001$) در طول زمان تغییرات معناداری نشان داد. جدول ۴ نشان می‌دهد اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش متغیر خودکنترلی ($P=0/001$) در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
شناختی- رفتاری	۰/۳۶۷	۱/۱۷۵	۱/۰۰
شناختی- رفتاری	۱۴/۹۰۰	۱/۱۷۵	۰/۰۰۱
واقعیت درمانی	۱۴/۵۳۳	۱/۱۷۵	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	۳/۸۰۰	۰/۵۴۹	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	۵/۳۰۰	۰/۵۴۹	۰/۰۰۱
واقعیت درمانی	۱/۵۰۰	۰/۵۴۹	۰/۰۲۵

تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پس آزمون	-۱۲/۱۸۳	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱
پیش آزمون	-۱۲/۵۵۰	۰/۷۷۶	۰/۰۰۱
پس آزمون	-۰/۳۶۷	۰/۱۰۶	۰/۰۰۳

۰/۰۰۱	۰/۳۵۹	-۳/۹۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	۶
۰/۰۰۱	۰/۲۹۸	-۳/۷۶۷	پیگیری		
۰/۸۴۰	۰/۱۵۳	۰/۱۶۷	پیگیری	پس آزمون	۶

جدول ۶ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی با گروه گواه برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکنترلی بود. جدول ۵ نشان می‌دهد میانگین‌های مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکنترلی تغییر کرده و نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری و واقعیت درمانی در گروه‌های آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی با درمان شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد، واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب افزایش رضایت زناشویی و خودکنترلی زنان متأهل دارای تعارض زناشویی شدند. همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی واقعیت درمانی گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی در افزایش رضایت زناشویی زنان دارای تعارض تفاوت وجود نداشت.

یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکنترلی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۹)؛ قربانی امیر و همکاران (۱۳۹۹)؛ آب نیکی و همکاران (۱۳۹۴)؛ بودنمن و همکاران (۲۰۲۰)؛ الدار و همکاران (۲۰۱۸) و ایستین و بوکام (۲۰۰۲) همسو بود. در تبیین یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکنترلی زنان متأهل می‌توان گفت از دیدگاه شناختی، افراد خودکنترل‌گر، افکار مزاحم و عدم توجه را کنار گذاشته و اهداف منطقی و بلندمدت را در نظر می‌گیرند و این باعث می‌شود اعمال و خواسته‌های غیر مرتبط و ناسالم مدیریت شده و تمرکز روی رفتارهای مثرتر بیشتر شود. خودکنترلی افزایش یافته تعاملات بین فردی مناسب، ارتباطات ملایم و تعارضات کمتری با دیگران را به ارمغان بیاورد. درمان‌گر شناختی- رفتاری مشکل را از سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. در بعد شناختی، درمان‌گر، فرد را متوجه غیرمنطقی بودنش می‌کند و به او نشان می‌دهد که چگونه و چرا به آن حالت در آمده است. رابطه بین عقاید غیرعقلانی با اختلال‌های عاطفی و ناراحتی‌های او را نیز نشان می‌دهد. همچنین درمان‌گر به فرد

می‌آموزد که به اجبارها و الزامها و وظیفه‌هایی که به آن معتقد است، پی‌ببرد و بیش‌تر به شناسایی و پذیرش واقعیت‌بپردازد و برای حل مشکلاتش استفاده کند (ماتویچوک و دریدن، ۲۰۱۷).

یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)؛ باباپورخیرالدین و همکاران (۱۳۹۰)؛ بوندمن و همکاران (۲۰۲۰) و اپستین و بوکام (۲۰۰۲) همسو بود. در تبیین یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان متأهل می‌توان گفت هر یک از همسران در رابطه زناشویی با خود برداشت‌ها، انتظارات و طرز تفکر خاصی به همراه می‌آورند که ناشی از زندگی شخصی هر یک از آنها است (روئین تن و همکاران، ۱۳۹۹). در بعد عاطفی، درمان‌گر به عنوان مختلف فرد را تشویق و وادار می‌کند، تا عواطف خود را به طور عینی احساس کند و به تغییر ارزش‌های اساسی خود دست‌بزند. در این‌جا به فرد نشان داده می‌شود که عواطفش به خاطر عقاید نامطلوب خودش به وجود آمده است. در بعد رفتاری درمان‌گر مستقیماً به اعمالی دست می‌زند تا فرد رفتاری متفاوت با رفتار غیر عادی خود بروز دهد. تا بدین وسیله در رفتار او تغییری حاصل شود (کوری، ۲۰۱۴). زمانی که مراجعین قادر به تغییر احساسات نامناسب‌شان باشند توانایی تغییر رفتارشان را نیز دارند که در ارتباطات بین‌فردی و موقعیت‌هایی برای فرد مشکل‌زاست مؤثر است و ناسازگاری‌های زناشویی را بهبود می‌بخشد (ورنون، ۲۰۱۲). به طور کلی، در این درمان، زنان متأهل یاد گرفتند که شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالات هیجانی‌شان و در ارتباط با زندگی زناشویی‌شان ارتقاء دهند و با نگرستن به طرف روشن‌قضا و ارزیابی واقع‌بینانه و مثبت به دلیل شرایطی که دارند، تحمل و انعطاف آنان در برابر چالش‌های فردی و زناشویی بیشتر شود. درمان شناختی- رفتاری در زنان متأهل دارای تعارض، پیامدهای تفکر منفی در مورد زندگی زناشویی را تغییر داد، کانون توجه این زنان را نسبت به ذهن خود عوض کرده و با برقراری آرامش فرد در موقعیت فردی و زناشویی باعث شد تا این زنان با توجه به وضعی که دارند، نگرش‌ها، احساسات و آگاهی بالایی از خود داشته باشند و به‌طور کل احساسات و برداشت‌های مثبتی از خویشتن و زندگی زناشویی‌شان داشته باشند. درمان شناختی- هیجانی از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آنها و آزمایش‌های رفتاری، محتوای افکار منفی زنان دارای مشکل را تغییر داده و هیجانات منفی درباره خود و زندگی زناشویی را در آنها تعدیل کرد.

یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خودکنترلی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های اوجی و همکاران (۱۳۹۹)؛ مرادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ دلی‌لر و هواسی (۱۳۹۸)

و مولوارمان و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکنترلی زنان متأهل می‌توان گفت واقعیت درمانی 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. این کنترل از راه یادگیری ایجاد می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب‌شناسی 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 (رابی و همکاران، ۲۰۱۱). همسو با این نتایج، امام دوست و همکاران (۱۳۹۸) چنین عنوان داشته‌اند که واقعیت درمانی به فرد کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب‌هایش روبرو شود و درک کند که خود (نه دیگران و دنیا) در بدبختی‌هایش نقش دارد. 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 لذت‌بخش‌تر دست یابد (گلاس، ۲۰۰۱).

یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخشی واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های فرهادی و همکاران (۱۳۹۹)؛ مریدی و همکاران (۱۳۹۹)؛ دیزجانی و خرامین (۱۳۹۵) و دوبا و همکاران (۲۰۰۹) همسو بود. در تبیین یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی زنان متأهل می‌توان گفت براساس نظریه انتخاب عدم موفقیت در دستیابی به نیازهای اساسی است که سبب می‌شود رفتار شخص از هنجارها عدول کند. براساس نظریه انتخاب آن‌چه به عنوان بیماری خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند (گلاس، ۲۰۱۳). اگر انسان 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، در نهایت به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت‌بخش‌تر دست یابد (گلاس، ۲۰۱۹). این نظریه تأکید می‌کند که به دلیل آن‌که رفتار انتخاب شده است، کناره‌گیری از مسئولیت شخصی یا مقصر دانستن دیگران یا جامعه برای مشکلات غیر قابل پذیرش است. از آنجا که رفتارها به عنوان راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه‌ای ناخوشایند انتخاب می‌شوند، پس هنگام تعامل با افرادی که در زندگی به آن‌ها نیاز است می‌بایست انتخاب‌های مؤثرتری انجام گیرد (ووبولدینگ، ۲۰۱۲). در نظریه انتخاب اعتقاد براین است که تنها خود فرد می‌تواند کاری

برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند کاری کند و از آنجایی که امید به اختیار خود انسان است و از آنجا ناشی می‌شود که تصمیم بگیرد که هیچ‌گاه خود را کمتر از موجودی بی‌همتا نپندارد، شخص امید را با تصمیم به داشتن آن به دست می‌آورد و به سادگی تصمیم می‌گیرد که دیگر به وسیله هیچ چیزی بیرون از وجود خویش خرد و فرسوده نخواهد شد و مسئولیت زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن بر عهده گرفته و علی‌رغم مخاطرات مربوط این کار را انجام خواهد داد (لنون، ۲۰۱۹). بدین ترتیب تأکید بر مفاهیمی چون کنترل، مسئولیت‌پذیری و انتخاب در واقعیت درمانی می‌تواند بر راهبردهای مقابله و منبع کنترل افراد اثر بگذارد، زیرا که نظریه انتخاب روان‌شناسی کنترل درونی است. فرد در مقابل این‌که می‌داند از وجود خود چه می‌خواهد بسازد احساس مسئولیت خواهد کرد و با تصمیم‌گیری‌های منطقی و سازمان‌دهی بهتر به پرورش شناختی خویش می‌پردازد. در حقیقت واقعیت درمانی بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد. در شرایطی که زنان درگیر تعارضات زناشویی خود هستند، واقعیت درمانی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با تصمیم‌گیری‌های مؤثرتر و با قبول مسئولیت، رفتارهای ناکارآمدی که به رفع نیازهایشان کمک چندانی نمی‌کنند را شناسایی کرده و آنها را با گزینه‌های مؤثرتر جایگزین نمایند، نیازهای عاطفی خود و همسران‌شان را مسئولانه برطرف کند و با انتخاب رفتارهایشان جو ارتباطی زناشویی خود را بهبود بخشد و بدین ترتیب یکدیگر نزدیک‌تر شوند، به طوری که موجب مثبت‌تر شدن روابط زناشویی آنها و کم رنگ شدن تعارضاتشان شود.

به طور کلی می‌توان گفت درمان شناختی با تأکید بر تأثیر شناخت‌ها در رفتار افراد و واقعیت درمانی با تأکید بر رفتار و مسئولیت‌پذیری هر کدام به نوعی می‌توانند در افزایش خودکنترلی و رضایت زناشویی مؤثر واقع می‌شوند. مقایسه دو رویکرد امکان بررسی بیشتر و دستیابی به مؤثرترین آموزش برای تعارضات زناشویی را فراهم ساخت، نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که علاوه بر کارایی دو مداخله واقعیت درمانی و درمان شناختی- رفتاری در افزایش خودکنترلی و رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی، این نتایج از آن جهت حائز اهمیت است که مشاوران و برنامه‌ریزان فرهنگی متخصص در حوزه زوجین و خانواده‌های آنها، می‌توانند از این مداخلات آگاهی زوجین در این حیطة و در نتیجه بهبود عملکرد خانواده را افزایش دهند. هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر از ابزار خودگزارش‌دهی استفاده شده که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. از آنجاکه امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند سن و وضعیت اجتماعی- اقتصادی وجود نداشت و نیز جامعه آماری پژوهش فقط دربرگیرنده زنان بود، لذا در تصمیم‌پذیری نتایج باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود

که پژوهش‌های مشابه در جامعه‌های آماری دیگر و مردان متأهل نیز تکرار شوند و جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخدهی و افزایش روایی درونی نیز، از ابزارهای مختلف برای ارزیابی خودکنترلی و رضایت زناشویی از جمله مصاحبه، مشاهده رفتار و عملکرد در مراحل مختلف پژوهش استفاده شود. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر به نظر می‌رسد واقعیت درمانی و درمان شناختی- رفتاری هر دو، به زنان متأهل با بهبود خودکنترل‌گری به آنها کمک می‌کند تا روابط زناشویی خود را بهبود بخشند و از این‌رو استفاده از این دو رویکرد در جلسات زوج درمانی پیشنهاد می‌شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، مسئولین مراکز مشاوره و دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بود و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در آماده‌سازی مقاله حاضر برعهده داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

احمدی جویباری، مریم. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر پایه ششم ابتدایی (مطالعه موردی: شهر بابلسر). *فصلنامه علمی تخصصی روان‌شناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی*، ۱(۲)، ۶۳-۷۰. [پیوند]

- امام دوست، زیبا، تیموری، سعید، خوی نژاد، غلامرضا، و رجایی، علیرضا. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و واقعیت درمانی بر نگرش والد-فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله دانشکده پزشکی، ۶۲*، ۷۳۱-۷۲۲. [پیوند]
- اوجی، آمنه، حیدرئی، علیرضا، بختیارپور، سعید، و سراج خرمی، ناصر. (۱۳۹۹). بررسی کارآمدی ماتریکس درمانی بر خودکنترلی و سازگاری اجتماعی سوء مصرف کنندگان مت‌آمفتامین در مقایسه با واقعیت درمانی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی، ۸*(۵۵)، ۷۴-۶۱. [پیوند]
- آب نیکی، الهام، و ابوالقاسمی، عباس، و عباسی، معصومه، و معزز، رقیه، و جلالی، راضیه. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده. *مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۵*(۱۹)، ۱۱۸-۹۹. [پیوند]
- باباپورخیرالدین، جلیل، و نظری، محمدعلی، و رشیدزاده، لیلا. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)، ۶*(۲۴)، ۱۸-۱. [پیوند]
- بختیاری، مریم، شیدایی، حاجیه، بحرینیان، سید عبدالمجید، و نوری، محمد. (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر میل جنسی کم کار و رضایت زناشویی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۰*(۳۶)، ۱۶-۷. [پیوند]
- دلاور، علی. (۱۳۹۹). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد. [پیوند]
- دلی لر، ساناز، و هواسی، ناهید. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر فرسودگی تحصیلی و خودکنترلی دانشجویان. *پژوهش پرستاری، ۱۴*(۳)، ۶۹-۶۳. [پیوند]
- دیزجانی، فاطمه، و خرامین، شیرعلی. (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت درمانی بر رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی زنان. *ارمغان دانش، ۲۱*(۲ پی در پی ۱۰۹)، ۱۹۹-۱۸۷. [پیوند]
- شیرمحمدی، فاطمه، الهی، طاهره، و ابراهیمی، لقمان. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودکنترلی هیجانی بر مدیریت تعارضات بین فردی و راهبردهای مسئله‌گشایی در میان زنان دارای مشکلات زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۵*(۵۸)، ۲۷۱-۲۴۹. [پیوند]
- صادقی، مسعود، سارانی، هادی، صنوبر، عباس، و عسگری، مرتضی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *رویش روان‌شناسی، ۹*(۱۰)، ۷۸-۶۷. [پیوند]
- عباسی، حسین، احمدی، سیداحمد، فاتحی‌زاده، مریم، بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت درمانی گلاسز بر تعهد شخصی زوجین. *دو فصلنامه آسیب‌شناسی مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۲*(۱)، ۵۳-۳۹. [پیوند]

- فرهادی، افسون، صالحین، شهربانو، آقایان، شاهرخ، کرامت، افسانه، و طالبی، سولماز. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر صمیمت زناشویی و رضایت جنسی زنان تازه متاهل. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی/ابن سینا*، ۲۸ (۲)، ۸۳-۹۲. [پیوند]
- قربانی امیر، حسینعلی، و مرادی، امید، و عارفی، مختار، و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی زنان مطلقه. *سلامت اجتماعی*، ۷ (۲)، ۱۷۴-۱۶۶. [پیوند]
- کریمی بلداجی، روح الله، ثابت زاده، ماجده، فلاح چای، سیدرضا، و زارعی، اقبال. (۱۳۹۴). سبک‌های دل‌بستگی بزرگسالان به عنوان پیش‌بینی‌کننده سبک‌های حل تعارض زناشویی در بین دبیران متأهل شهر بندر عباس. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴ (۱۳)، ۸۵-۱۱۳. [پیوند]
- گلاسر، ویلیام. (۱۴۰۰). *تئوری انتخاب*. ترجمه علی صاحبی. انتشارات سایه سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۲). [پیوند]
- محدثی، حمیده، همدانی، مریم، خلخالی، حمیدرضا، مرقاتی خویی، عفت، و ساعی قره‌ناز، مرضیه. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه سال ۱۳۹۴. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴ (۸)، ۷۴۷-۷۳۸. [پیوند]
- مرادی، علیرضا، و باباخانی، وحیده، و امیری مجد، مجتبی، و جعفری، علیرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و معنادرمانی بر تحمل پریشانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان ستاد فرماندهی ناجا. *پژوهشنامه نظم و امنیت انتظامی*، ۱۲ (۴ (پیاپی ۴۸))، ۱۵۸-۱۳۳. [پیوند]
- مریدی، حدیث، و کجباف، محمدباقر، و محمودی، آرمین. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت درمانی ایرانی اسلامی بر رضایت زناشویی، رضایت از زندگی و مهارت‌های ارتباطی زوجین شهر شیراز. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱ (۲ (پیاپی ۸۰))، ۲۱-۱۳. [پیوند]
- میرزانیان، زهرا، نیکنام، الهه، و شربانیان، مژگان حیاتی، مژگان. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳ (۲۱)، ۸۱-۶۲. [پیوند]
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd Ed.). Guilford Press. [Link]
- Beran, M. (2018). Chapter 2 - Varieties of Self-Control. In M. Beran (Ed.), *Self-Control in Animals and People* (pp. 13-38). Academic Press. [Link]
- Bercovitch, J. (2019). *Social conflicts and third parties: Strategies of conflict resolution*. Routledge. [Link]

- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*, 2(3), 1-12. [Link]
- Cheung, A. K. L., Chiu, T.-Y., & Choi, S. Y. P. (2021). Couples' self-control and marital conflict: Does similarity, complementarity, or totality matter more? *Social Science Research*, 102638. [Link]
- Corey, G. (2014). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Cengage Learning. [Link]
- Dong, S., Dong, Q., & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of Affective Disorders*, 299, 682-690. [Link]
- Duba, J. D., Graham, M. A., Britzman, M., & Minatrea, N. (2009). Introducing the "Basic Needs Genogram" in Reality Therapy-based Marriage and Family Counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 28 (2), 15-19. [Link]
- Ebadi, Z., Pasha, R., Hafezi, F., & Eftekhari, Z. (2020). Effectiveness of Reality Therapy Based on Choice Theory on Marital Intimacy and Satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(2), 2244-2253. [Link]
- Eldar, S., Esser, N. M., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive-behavioral therapy to promote self-management. In E. Martz (Ed.), *Promoting self-management of chronic health conditions: Theories and practice* (pp. 31-57). Oxford University Press. [Link]
- Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples: A Contextual Approach*. Amer Psychological Assn. [Link]
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004>
- Glasser, C. (2019). A choice theory psychology guide to happiness: How to make yourself happy (the choice theory in action series). Independently published. [Link]
- Glasser, W. (2001). *Counseling with Choice Theory*. Harper Perennial. [Link]
- Glasser, W. (2013). *Take charge of your life: How to get what you need with Choice Theory Psychology*. IUniverse Publishing. [Link]
- Gonczarowski, Y. A., Nisan, N., Ostrovsky, R., & Rosenbaum, W. (2019). A stable marriage requires communication. *Games and Economic Behavior*, 118, 626-647. [Link]
- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*, 16(3), 174-180. [Link]
- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 246, 132-147. [Link]

- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on Marital Satisfaction and Stability in the 2010s: Challenging Conventional Wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116. [[Link](#)]
- Lennon, B. (2019). A Choice theory psychology guide to stress: Ways of managing stress in your life (Choice Theory in action). Independently published. [[Link](#)]
- Maisel, N. C., & Karney, B. R. (2012). Socioeconomic status moderates associations among stressful events, mental health, and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 654-660. [[Link](#)]
- Matweychuk, W. J., & Dryden, W. (2017). *Rational Emotive Behaviour Therapy: A Newcomer's Guide (Routledge Focus on Mental Health)* (1st Ed.). Routledge. [[Link](#)]
- Mulawarman, M., Sunawan, S., & Nurul Amin, Z. (2018). The Effectiveness of Reality Therapy for Decreasing Self-Motivation Problems of Lower Group Students. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 173, 242-245. [[Link](#)]
- Olson, D. H., Druckman, J. M., & Fournier, D. G. (1982). *Prepare, Enrich: Counselor's Manual*. Prepare-Enrich Incorporated. [[Link](#)]
- Ouyang, Y. Q., Zhou, W. B., Xiong, Z. F., Wang, R., & Redding, S. R. (2019). A Web-based Survey of Marital Quality and Job Satisfaction among Chinese Nurses. *Asian nursing research*, 13(3), 216-220. [[Link](#)]
- Özgüç, S., & Tanrıverdi, D. (2018). Relations between Depression Level and Conflict Resolution Styles, Marital Adjustments of Patients with Major Depression and Their Spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 337-342. [[Link](#)]
- Robey, P., Burdenski, T. K., Britzman, M., Crowell, J., & Cisse, G. S. (2011). Systemic Applications of Choice Theory and Reality Therapy: An Interview with Glasser Scholars. *The Family Journal*, 19(4), 427-433. [[Link](#)]
- Roesch, A. K., Warren, A., & Hill, E. (2021). The relationship between menopause and marital satisfaction in adult women. *Journal of Graduate Education Research*, 2, 48-60. [[Link](#)]
- Tahan, M., Saleem, T., Moshtagh, M., Fattahi, P., & Rahimi, R. (2020). Psychoeducational Group Therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. *Heliyon*, 6(7), e04586. [[Link](#)]
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. [[Link](#)]
- Vernon, A. (2012). *Cognitive and Rational-Emotive Behavior Therapy with Couples: Theory and Practice* (2012th Ed.). Springer. [[Link](#)]
- Wubbolding, R. E. (2012). *Reality Therapy (Theories of Psychotherapy)* (1st Ed.) American Psychological Association. [[Link](#)]

Yu, Y., Wu, D., Wang, J.-M., & Wang, Y.-C. (2020). Dark personality, marital quality, and marital instability of Chinese couples: An actor-partner interdependence mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154, 109689. [Link]

مقیاس رضایت زناشویی انریچ

گویه‌ها	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق نه مخالف	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱- من و همسر من یکدیگر را کاملاً درک می‌کنیم.	۴	۳	۲	۱	۰
۲- همسر من خلق و خوی مرا کاملاً درک می‌کند و با آن سازگاری دارد.	۴	۳	۲	۱	۰
۳- هرگز حتی برای یک لحظه از رابطه با همسر من تأسف نخورده‌ام	۴	۳	۲	۱	۰
۴- از ویژگی‌های شخصیتی و عادات همسر من راضی نیستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۵- از این‌که در زندگی مشترکمان مسئولیت‌های خود را خوب ایفا می‌کنیم، خوشحالی‌م.	۴	۳	۲	۱	۰
۶- روابط من با همسر من رضایت‌بخش نیست و احساس می‌کنم او مرا درک نمی‌کند.	۴	۳	۲	۱	۰
۷- از نحوه تصمیم‌گیری‌ها در مورد چگونگی حل و فصل اختلافات بسیار خشنود هستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۸- از وضعیت اقتصادی خانواده و نیز شیوه تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن راضی نیستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۹- از نحوه برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت و نیز صرف اوقات در کنار همسر من بسیار خشنود هستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۰- از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسر من بسیار خشنود هستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۱- از نحوه ایفای نقش و مسئولیت خود و همسر من به‌عنوان "والدین" راضی نیستم.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۲- گاهی اوقات همسر من قابل اطمینان نیست و همیشه خط مشی خود را دنبال می‌کند.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳- همسر من گاهی اوقات حرف‌هایی می‌زند که باعث تحقیر می‌شود.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۴- هنگام در میان گذاشتن مشکلات با همسر من معمولاً فکر می‌کنم که او مرا درک نمی‌کند.	۴	۳	۲	۱	۰
۱۵- در تصمیم‌گیری‌های مالی مشکل داریم.	۴	۳	۲	۱	۰

- ۱۶- از این‌که نمی‌توانم بدون اجازه همسرم پول خرج کنم باعث آزارم است.
- ۱۷- تازمانی که همسرم در کنارم نباشد به من خوش نمی‌گذرد.
- ۱۸- از این‌که همسرم نزدیکی را به صورت غیرمنصفانه قبول یا رد کند ناراحت می‌شوم.
- ۱۹- اختلاف نظر راجع به این‌که تا چه اندازه باید به فرزندانمان برسیم برای ما به صورت مشکلی در آمده است.
- ۲۰- من احساس می‌کنم والدینمان مشکلاتی را در زندگی زناشویی ما به وجود می‌آورند.
- ۲۱- من و همسرم در این‌که چگونه به اعتقادات مذهبی‌مان عمل کنیم، اختلاف نظر داریم.
- ۲۲- گاهی اوقات همسرم خیلی کله شق است.
- ۲۳- گاهی اوقات می‌ترسم نیاز خود را از همسرم درخواست کنم.
- ۲۴- گاهی اوقات درباره مسائل جزئی، جرّ و بحث‌های زیادی داریم.
- ۲۵- از نحوه تصمیم‌گیری راجع به میزان پس‌اندازمان بسیار راضی هستیم.
- ۲۶- به نظر می‌رسد من و همسرم به مهمانی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی یکسانی علاقه‌مند باشیم.
- ۲۷- از میزان ابراز عشق و محبت (پیش از نزدیکی) از سوی همسرم راضی هستیم.
- ۲۸- من و همسرم در چگونگی کنترل رفتار فرزندانمان توافق داریم.
- ۲۹- ما به قدر کافی با اقوام و دوستانمان وقت صرف می‌کنیم.
- ۳۰- من معتقدم که در زندگی زناشویی‌مان دچار اختلاف عقیدتی هستیم.
- ۳۱- دیر آمدن همسرم به منزل مرا آزار می‌دهد.
- ۳۲- ای کاش همسرم بیشتر مایل بود مرا شریک احساسش کند.
- ۳۳- برای اجتناب از درگیری با همسرم دست به هر کاری می‌زنم.
- ۳۴- من و همسرم هر دو از بدی‌های اصلی مطلعیم و در نتیجه آنها برای ما مشکل جدی بشمار نمی‌آیند.
- ۳۵- تصور نمی‌کنم همسرم برای تفریح و گذراندن اوقات بیکاریش همراه من فرصت یا توان کافی داشته باشد.
- ۳۶- ما به دنبال یافتن راه‌هایی هستیم تا از آن طریق بتوانیم روابط جنسی‌مان را جالب‌تر و لذت‌بخش‌تر سازیم.
- ۳۷- به نظر می‌رسد که بچه‌ها علت اصلی مشکلات در روابط ما هستند.

- ۳۸- از این‌که وقتم را با بعضی از بستگان همسرم صرف کنیم، لذت نمی‌برم.
- ۳۹- من و همسرم درباره بعضی از آموخته‌های مذهبی من توافق نداریم.
- ۴۰- گاهی اوقات همسرم خیلی مستبد است.
- ۴۱- گاهی اوقات باور کردن تمام حرف‌های همسرم برایم مشکل است.
- ۴۲- گاهی اوقات فکر می‌کنم کشمکش‌های بین من و همسرم همچنان ادامه دارد و پایان نخواهد یافت.
- ۴۳- از این‌که همسرم علائق و سرگرمی‌های شخصی کافی ندارد، نگران هستم.
- ۴۴- هنگام صحبت راجع به مسائل جنسی با همسرم کاملاً احساس راحتی می‌کنم.
- ۴۵- از زمانی که صاحب فرزند شده‌ایم به‌عنوان یک زوج برای باهم بودن به‌ندرت وقت کافی داریم.
- ۴۶- همسرم زیادی وقتش را با دوستان و اقوامش می‌گذراند.
- ۴۷- من و همسرم به خاطر اعتقادات مذهبی‌مان احساس محدودیت می‌کنیم.

مقیاس خودکنترلی

به هیچ وجه	ناحدودی	خیلی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه	گویه‌ها
۱	۲	۳	۴	۵	۱- من در برابر وسوسه انجام کارها به خوبی مقاومت می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲- برای من ترک عادت‌های بد و نامناسب دشوار است.
۱	۲	۳	۴	۵	۳- من آدم تنبلی هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۴- حرف‌های نابجا می‌زنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۵- من هرگز به خودم اجازه نخواهم داد که کنترلم را از دست بدهم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶- من کارهایی را که زیان‌آور و مضر هستند، در صورتی‌که سرگرم‌کننده و لذت‌بخش باشند، انجام می‌دهم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷- مردم می‌توانند در کارهایشان روی من حساب کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۸- بیدار شدن از خواب صبحگاهی برای من دشوار است.
۱	۲	۳	۴	۵	۹- من در گفتن نه به دیگران مشکل دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰- اغلب منصفانه نظرم را عوض می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱- من هر آنچه را در ذهن دارم در قالب کلمات بیان می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲- مردم من را به عنوان آدمی تکانشی و عجول توصیف می‌کنند.

- ۱۳- چیزهایی را که برای من بد و زیان آور هستند، رد می‌کنم.
- ۱۴- من بیش از حد معمول پول خرج می‌کنم.
- ۱۵- من هر چیزی را پاکیزه و مرتب نگه می‌دارم.
- ۱۶- من گهگاهی درانجام کارها زیاده‌روی می‌کنم.
- ۱۷- کاش نظم و ترتیب بیشتری داشتم.
- ۱۸- من آدم قابل اطمینانی هستم.
- ۱۹- من به دلیل احساس‌هایی که دارم، کنترلم را از دست می‌دهم.
- ۲۰- من بیشتر کارهارا عجولانه و بدون فکر کردن، انجام می‌دهم.
- ۲۱- من نمی‌توانم رازهایم را به خوبی حفظ نمایم.
- ۲۲- مردم می‌گویند که من اصول سفت و سختی دارم.
- ۲۳- من هر شب تا آخرین لحظه کار کرده و با مطالعه می‌کنم.
- ۲۴- من به آسانی دلسرد نمی‌شوم.
- ۲۵- من اگر قیل از انجام اقدامی فکرم را متوقف کنم، شرایط و موقعیت بهتری برای من فراهم خواهد شد.
- ۲۶- من خود را مشغول فعالیت‌های سالم می‌کنم.
- ۲۷- من غذاهای سالمی مصرف می‌کنم.
- ۲۸- چیزهای لذت‌بخش و سرگرم‌کننده من را از انجام کارها بازمی‌دارد.
- ۲۹- من در تمرکز کردن مشکل دارم.
- ۳۰- من می‌توانم به طور مؤثری در جهت دستیابی به اهداف طولانی مدت کار کنم.
- ۳۱- برخی اوقات من نمی‌توانم خودم را از انجام کارهایی منع کنم حتی اگر بدانم ان اشتباه است.
- ۳۲- من اغلب بدون فکر کردن در مورد سایر انتخاب‌های دیگر، عمل می‌کنم.
- ۳۳- من به آسانی کنترلم را از دست می‌دهم.
- ۳۴- من اغلب حرف دیگران را قطع می‌کنم.
- ۳۵- من برخی اوقات در مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر و دارو زیاده‌روی می‌کنم.
- ۳۶- من همیشه در انجام کارهایم به موقع عمل می‌کنم.