

A Comparative Study of the Effect of Group Reality Therapy Training and Group Cognitive-Behavioral Training on Empathy and Self-Control and Marital Satisfaction of Women with Marital Conflict

Vida Fallah Berejestanaki¹, Hayede Saberi², Arezoo Shomali Oskooei³

1. Ph.D. student in educational Psychology, Department of Psychology. Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.
2. (Corresponding author), Ph.D. of Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran. - hayedesaberi@gmail.com
3. Ph.D. of Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation

Received: 11/12/1399 - Accepted: 17/03/1400

Aim: The aim of this study was to compare the effect of reality therapy and cognitive-behavioral training on empathy and self-control of women with marital conflicts. **Methods:** The design of the present study was a quasi-experimental with pre/post-test and follow-up, and included a control group. The statistical population of the study included all women with conflict with their husbands who referred to counseling centers in 7th district of Tehran in 2020. Among them, 60 people were selected by purposeful sampling method and randomly divided into two experimental groups and a control group (twenty individuals in each group). Initially, all three groups underwent a pre-test, followed by 8 sessions of reality therapy for the first experimental group (Glasser, 2012) and 8 sessions of cognitive-behavioral training (Free, 1999) for the second experimental group. At the end, post-test was performed for all three groups and after three months, a follow-up test was performed to confirm the results. Data collection tools included the Sanai and Barati Marital Conflict Questionnaire, the Julif and Farrington Empathy Questionnaire, and the self-control Questionnaire of Tanji et al. **Findings:** The results of multivariate analysis of covariance showed that both reality group therapy and cognitive-behavioral training had a significant effect on empathy and self-control of women with marital conflict ($P < 0.01$). cognitive-behavioral training has been more effective on self-control than reality group therapy. However, reality group therapy has been more effective on empathy than cognitive-behavioral training. **Conclusion:** Due to the effectiveness of both methods on research variables, the use of these trainings by psychologists and counselors in the psychological education program for people with marital conflict is recommended. Also, due to the greater impact of each training on one variable, it is suggested that paired training programs be adjusted based on these findings.

Keywords: Empathy, self-control, cognitive-behavioral, reality therapy, marital conflict.



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۹، پاییز ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i79.7346

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی با آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی

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.

۲. (نویسنده مسئول)، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

hayedesaberi@gmail.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

(صفحات ۱۶۸-۱۹۴)

مقاله برگرفته از رساله دکتری است

چکیده

هدف: مطالعه حاضر مقایسه تأثیر آموزش گروهی واقعیت‌درمانی و آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی بود. روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای تعارض و درگیری با همسر و مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۷ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. در ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از آن گروه آزمایش اول به مدت ۸ جلسه آموزش مبتنی بر واقعیت‌درمانی (کلاس، ۲۰۱۲) و گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه آموزش شناختی‌رفتاری (فری، ۱۹۹۹)، بک (۲۰۱۱)، نینان و درآیدن (۲۰۰۴) را به شیوه گروهی دریافت کردند. در پایان از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از گذشت سه ماه یک آزمون پیگیری جهت اطمینان از نتایج حاصله به عمل آمد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه تعارض زناشویی ثنایی و براتی، پرسشنامه‌های همدلی جولیف و فارینگتون و خودکنترلی تانجی و همکاران بودند. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو آموزش گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی و شناختی‌رفتاری اثر معناداری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی داشتند ($P < 0.01$). همچنین، روش شناختی‌رفتاری بر خودکنترلی مؤثرتر از روش واقعیت‌درمانی و روش واقعیت‌درمانی بر همدلی مؤثرتر از روش شناختی‌رفتاری عمل نموده است. نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر هر دو روش بر متغیرهای پژوهش، استفاده از این آموزش‌ها به وسیله روان‌شناسان و مشاوران در برنامه‌های روان‌آموزشی افراد دارای تعارض زناشویی توصیه می‌شود. همچنین با توجه به اثرگذاری بیشتر هر آموزش بر یک متغیر پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزش زوجی براساس این یافته‌ها تنظیم گردد.

واژه‌های کلیدی: همدلی، خودکنترلی، شناختی‌رفتاری، واقعیت‌درمانی، تعارض زناشویی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۷

مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی بسیار مهمی است که بر پایه ازدواج بنا شده است. مسئله ازدواج از مسائل مهم و اساسی جامعه بشری است که اولین جوانه‌های ارتباط بین انسان‌ها، در حریم خانواده پدیدار می‌شود (چنگ، لین، چانگ، لین، لی، و چن^۱، ۲۰۱۹). بنیان خانواده بر اساس پیمان زناشویی میان زن و شوهر شکل می‌گیرد تا در کنار هم، زندگی آرام و سعادت‌مندی را تجربه نمایند؛ ولی متأسفانه شواهد فراوانی گویای آن هستند که زوج‌ها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و دوستانه به مشکلات شدید و فراگیری دچارند (علیرضایی، فتحی اقدم، قمری، بزازیان، ۱۳۹۹). یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی در جامعه کنونی تعارض زناشویی^۲ است. تعارض زناشویی و آشفتگی رابطه را می‌توان به عنوان نارضایتی حداقل یکی از زوج‌ها نسبت به رابطه تعریف نمود که به سرعت افزایش می‌یابد (پاپ^۳، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تعارضات زناشویی منجر به از بین رفتن صمیمیت و جدایی عاطفی زوج‌ها به ویژه زنان می‌شود و سبب می‌شود تا آنها نتوانند پاسخ مناسبی برای حل اختلافها با زوج خود بیابند (روئچ، وارن و هیل^۴، ۲۰۲۱) بر اساس تحقیقات، عوامل گوناگونی بر تعارضات زناشویی تأثیر دارد که آن‌ها را می‌توان به عوامل فردی، عوامل بین فردی (ارتباطی) و عوامل خارجی خلاصه کرد (پاپ، ۲۰۱۸). از میان عوامل فردی که در ادبیات پژوهش بر رابطه‌ی آن‌ها با رضایت و تعارض زناشویی تأکید شده است، خودکنترلی^۵ است (هامبورگ و پرانک^۶، ۲۰۱۵). خودکنترلی غلبه منطق، شناخت و برنامه‌ریزی درونی در فرد است، زمانی که تعارض و تنش در روابط بروز می‌نماید

1. Cheng, S. Y., Lin, P. C., Chang, Y. K., Lin, Y. K., Lee, P. H., & Chen, S. R.

2. Marital conflict.

3. Papp, L. M.

4. Roesch, A. K., Warren, A., & Hill, E.

5. Self-control.

6. Hamburg, M. E., & Pronk, T. M.

هاونگ^۱؛ ۲۰۰۶؛ به نقل از یوسفی و کریمی‌پور، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، خودکنترلی به توانایی رها کردن لذت کوتاه مدت به منظور دنبال کردن اهداف و آرزوهای بلندمدت است (باومیستروهمکاران^۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از خرم‌آبادی، سپهری شاملو، صالحی فدردی و بیگدلی، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان می‌دهند که افراد با خودکنترلی بالا، هنگام برخورد با گزینه‌های جایگزین جذاب، دشواری کمتری در وفادار ماندن گزارش می‌کنند (گایلیوت و همکاران^۳، ۲۰۰۷) و رفتارهای دلربایی (عشوهرگری) کمتری به سمت گزینه‌های دیگر نشان می‌دهند (پرانک و کاریمانس^۴، ۲۰۱۴). هم‌چنین از میان متغیرهای ارتباطی و بین فردی که می‌تواند بر تعارضات زناشویی تأثیر داشته باشد، می‌توان به همدلی^۵ اشاره کرد (ویلسون، اندرادیگ، پینگ، بایلی، مالیرکی و کایکولت-گلسر^۶، ۲۰۱۷؛ موریرا، کارونا، سیلوا، فرونتینا، بایلینگیرو کاناوارو^۷، ۲۰۱۳). همدلی به عنوان یک سازه شناختی و هیجانی (یانگ، ژو، ژیا، لی و ژانگ^۸، ۲۰۲۰؛ اسزوسترو جاریموویچ^۹، ۲۰۲۰)، به عنوان ظرفیت افراد برای ادراک و فهم رفتار دیگران، تجربه هیجانات و احساسات آن‌ها و بیان آنچه که درک کرده‌ایم، توصیف شده است که بعد شناختی آن به توانایی درک دیدگاه‌های طرف مقابل اشاره دارد (تارانینو، دی گاسپریس، ماسیو و پینو^{۱۰}، ۲۰۱۹) و بعد عاطفی، واکنش‌های عاطفی فرد به دیگران است (مارتیناک دورسیس، اسموجور-آزیک، رونچوو کولیک و وهویک^{۱۱}، ۲۰۱۹). القای همدلی شناختی و عاطفی احتمالاً اثرات متفاوتی بر رفتار تعارض دارند. به اعتقاد نظریه پردازان، همدلی عاطفی مستقیماً

1. Hawng.

2. Baumeister & et al.

3. Gailliot, M. T.

4. Pronk, T. M., & Karremans, J. C.

5. Empathy.

6. Wils Wilson, S. J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B. E., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K on, S. J

7. Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Frontini, R., Bullinger, M., & Canavarro, M. C.

8. Yang, C., Zhu, Y. L., Xia, B. Y., Li, Y. W., & Zhang, J.

9. Szuster, A., & Jarymowicz, M.

10. Tarantino, L., De Gasperis, G., Mascio, T. D., & Pino, M. C.

11. Martinac Dorčić, T., Smojver-Ažić, S., Rončević Zubković, B., & Kolić-Vehovec, S.

رفتار پرخاشگرانه را بازداری می‌کند (بالکریشنن و فرناندز^۱، ۲۰۱۸) و افراد را برای کاهش پریشانی دیگران برمی‌انگیزد (برینک^۲، ۲۰۱۸؛ فشباخ و فشباخ^۳، ۲۰۱۲). در نتیجه ممکن است رفتار منفی را کاهش و رفتار مثبت دوستانه را افزایش دهد. برای مثال، در تحقیقی نشان داده شد که همدلی عاطفی، شرکت‌کنندگان را برمی‌انگیزد تا با درخواست‌های طرف مقابل در مذاکره موافقت کنند و این امر رضایت طرف مقابل را افزایش می‌دهد (باتسون و احمد^۴، ۲۰۰۱؛ گالینسکی، مادوکس، گلین و وایت^۵، ۲۰۰۸)؛ اما در همدلی شناختی، فرد از هیجان‌های داغ بحث فاصله گرفته و دیدگاه طرف مقابل را در نظر می‌گیرد که ممکن است رفتار منفی را کاهش دهد، گوش دادن را بهتر کند و به افراد کمک نماید تا متقابلاً به پیامدهای سودمندی دست یابند (سندی و کوکران^۶، ۲۰۰۶؛ اسلاونی و مور^۷، ۲۰۱۸). همچنین همدلی به صورت طبیعی نقش مهمی در بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد ایفا می‌کند و کمک می‌کند افراد با دنیای اجتماعی خود پیوند برقرار کنند و با افزایش هوش هیجانی در آنان، باعث بهبود روابط اجتماعی بین افراد می‌شود (تیواری و بات^۸، ۲۰۲۰). تحقیقات اخیر نشان داده است که همدلی منجر به رفتارهای حل تعارض دوستانه‌تر می‌شود و کسانی که همدلی پائین دارند به احتمال بیشتری از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند (بنیک، جرونیموس و آن هت رات^۹، ۲۰۱۹؛ تالی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶) و تعارضات بیشتری با همسر خود خواهند داشت (سندی و کوکران، ۲۰۰۶).

با توجه به ادبیات پژوهش که نشان‌دهنده اهمیت تأثیر متغیرهای همدلی و

1. Balakrishnan, V., & Fernandez, T.
2. Brinck, I.
3. Feshbach, N. D., and Feshbach, S.
4. Batson, C. D., & Ahmad, N.
5. Galinsky, A. D., Maddux, W. W., Gilin, D., & White, J. B.
6. Sandy, S. V., & Cochran, K. M.
7. Slavny, R. J. M., & Moore, J. W.
8. Tiwari, P., & Bhat, A. K.
9. Bennik, E. C., Jeronimus, B. F., & Aan Het Rot.
10. Tully, E. C.

خودکنترلی در تعارضات زناشویی است، انجام مداخلاتی که خودکنترلی و همدلی زوج‌ها را مورد هدف قرار دهد از اهمیت بیشتری برخوردار است. یکی از رویکردهای جامع در این زمینه که همزمان متغیرهای تعاملی و فردی را مورد توجه قرار داده است و شامل طیف وسیعی از روش‌هاست، آموزش شناختی رفتاری است (نجمی، درتاج، شامیر، و سعادت، ۱۳۹۷). در این رویکرد، علت اصلی مشکلات و تعارضات زناشویی و روابط خانوادگی را تعاملات منفی و نارسایی ارتباطی زوج‌ها می‌داند (محدثی، همدانی، خلخالی، مرقاتی و ساعی، ۱۳۹۵). در مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، تغییر باورها و نگرش‌های غیر مفید و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک^۱، ۲۰۱۱). این رویکرد علاوه بر بازسازی شناختی از انواع مداخله‌ی رفتاری نیز برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای زوج‌ها استفاده می‌کند. در واقع، مداخلات شناختی رفتاری به‌طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار می‌دهد و فرصتی را فراهم می‌آورد تا زوج‌ها بتوانند شیوه‌های لازم را برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خودتخریب‌گر بیاموزند و در آینده هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده کنند (هاوتون، سالکووسکیس و کرک^۲، ۲۰۰۰). از طرف دیگر، یکی از نظریه‌هایی که در مطالعه روابط زناشویی و پایداری ازدواج وجود دارد، نظریه واقعیت درمانی گلاسر می‌باشد که در آن بهترین راه آموزش مشکلات زناشویی تغییر رفتار از طریق انتخاب اعمال رفتارهای مفید و سازنده است (عباسی، احمدی، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۹۵؛ فرناندز الوارز^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). هدف عمده آموزش واقعیت درمانی گروهی که بر اساس نظریه انتخاب به وجود آمده است، برانگیختن مراجع، به اقدامات عملی برای تغییر شرایط ناخواسته کنونی است (قریشی و بهبودی، ۱۳۹۶). واقعیت درمانی را با چهار رویه^۴ توصیف می‌کنند که

1. Beck, J. S.
2. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J.
3. Fernández-Álvarez, J.
4. WDEP.

هدف عمده آنها برانگیختن مراجع، به اقدامات عملی برای تغییر شرایط ناخواسته کنونی است. هر کدام از حروف فوق به یک دسته از راهبردها اشاره دارد که در جهت تسهیل انگیزش مراجع به کار بسته می‌شود. رویه اول خواسته‌ها^۱ است که به بررسی خواسته‌ها با اهداف مراجعان اشاره دارد، رویه دوم انجام دادن^۲ است که به تمرکز بر اعمال و رفتار کنونی مراجعان اشاره دارد. مراجعان بر این نکته متمرکز می‌شوند که برای تامین نیازهای اساسی خویش چگونه عمل کنند. رویه سوم ارزیابی^۳ است که به ارزیابی اعمال و رفتارها و تناسب آنها با نیازهای اساسی مراجع اشاره دارد و نهایتاً رویه چهارم به برنامه‌ریزی^۴ برای آینده اشاره دارد. زمانی که مراجعان درمی‌یابند که اعمال و عملکردشان با خواسته‌ها و اهدافشان همخوانی ندارد، به این سمت سوق داده می‌شوند که اعمال، رفتار و برنامه‌های جایگزین طرح‌ریزی کنند (ووبولینگ، کاستونس و فولکرسن^۵، ۲۰۱۷). واقعیت‌درمانی، نظامی را ارائه می‌دهد که با کمک آن افراد میتوانند زندگی خود را به طور مؤثرتری کنترل نمایند و در برابر مشکلات عاطفی و زناشویی قبول مسئولیت نمایند، همچنین با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای انسان‌ها در فرآیند زندگی به ایجاد احساسات مثبت کمک نمایند (گلاسر، ۲۰۱۲؛ ترجمه صاحبی، ۱۳۹۲). رویکرد واقعیت‌درمانی موجب قبول واقعیت‌های زندگی، پذیرش مسئولیت‌ها و کنترل رفتارهای درونی می‌گردد که در این میان مهربانی، حمایت و دلسوزی نقش مهمی در این رویکرد دارد (عبادی، پاشا، حافظی و افتخار^۶، 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 تعهد زناشویی می‌گردد (حجتی، حبیبی و محمدزاده، ۱۳۹۹).

1. Wants.
2. Doing.
3. Evaluation.
4. Planning.
5. Wubbolding, Casstevens & Fulkerson.
6. Ebadi, Z., Pasha, R., Hafezi, F., & Eftekhari, Z.

در مورد اثربخشی این دورویکرد درمانی بر روابط خانوادگی، پژوهش‌های متعددی انجام شده است که می‌توان به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر همدلی همسران جانبازان (حجتی و همکاران، ۱۳۹۹)، تعهد و رضایت زناشویی (عبادی و همکاران، ۲۰۲۰)، توانایی انطباق‌پذیری زوج‌ها (سلطانی‌فرو و همکاران^۱، ۲۰۱۹)، خودارزیابی (ووبولدینگ، ۲۰۱۷) اشاره کرد. همچنین، اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری در متغیرهای خودمهارگری، تعهد زناشویی (نجمی، درتاج، شامیرو سعادت، ۱۳۹۷)، رضایت‌مندی زناشویی افراد معتاد (خالدیان و همکاران، ۱۳۹۶)، شادکامی و افزایش تعهد زناشویی زوج‌های ناراضی (عظمی‌فرو و همکاران، ۱۳۹۵؛ بلانگر، لاپورت، سابورین و رایت^۲، ۲۰۱۵)، دلزدگی زناشویی (پیرفلک، و همکاران، ۱۳۹۳)، عابدی و همکاران (۲۰۱۶)، استفنسون، رلینی و مستن^۳ (۲۰۱۳) همگی حاکی از اثربخشی این رویکرد بوده است.

از سوی دیگر، اعتقاد بر این است که گروه‌درمانی در بیشتر مشکلات روانی‌مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس او بالا می‌رود (اسمخانی‌اکبری‌نژاد، اعتمادی و نصیرنژاد، ۱۳۹۳).

با این حال، بیشتر پژوهش‌های انجام شده فقط یک نوع آموزش را و در بیشتر موارد به صورت فردی و زوجی، بر روی جامعه پژوهش خود مورد بررسی قرار داده‌اند و پژوهشی که به مقایسه تأثیر آموزش گروهی واقعیت‌درمانی و آموزش شناختی‌رفتاری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی بپردازد، در ادبیات پژوهش یافت نشد. حال آنکه، درمان شناختی با تأکید بر تأثیر شناختها در رفتار افراد و واقعیت‌درمانی با تأکید بر رفتار و مسئولیت‌پذیری هر کدام به نوعی می‌توانند در تعارضات زناشویی مؤثر واقع شوند.

1. Soltanifar, A., Moharari, F., Rajai, Z., Ziaee, M., & Salimi, Z.
2. Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J.
3. Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M.

مقایسه دو رویکرد امکان بررسی بیشتر و دستیابی به مؤثرترین آموزش برای تعارضات زناشویی را فراهم می‌سازد، به همین خاطر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش گروهی واقعیت‌درمانی و آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع کمی، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای تعارض و درگیری با همسر بود که در سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره منطقه ۷ شهر تهران مراجعه کرده بودند. ۶۰ نفر بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و و به صورت تصادفی در سه گروه، آموزش شناختی‌رفتاری، آموزش واقعیت‌درمانی و کنترل 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، عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و صعب‌العلاج و شرکت داوطلبانه در پژوهش بود که از طریق مصاحبه اولیه، پرسش از آزمودنی و خوداظهاری به دست آمد. همچنین ملاکهای خروج شامل کامل نکردن سوالات پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از سه جلسه در فرایند مداخله بودند. جلسات گروه واقعیت‌درمانی به صورت گروهی هفته‌ای یک جلسه طی ۸ هفته اجرا شد. همچنین، آموزش شناختی‌رفتاری نیز به صورت گروهی به همان شکل و طی ۸ جلسه برگزار گردید، اما گروه کنترل هیچ آموزشی ندیدند. آموزش توسط درمانگر یکسان و با تخصص کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی اجرا شد. به مشارکت کنندگان در تحقیق توضیحات کلی در مورد اهداف تحقیق داده شد. رضایت‌نامه کتبی از مشارکت کنندگان در مصاحبه و اجازه‌نامه کتبی اخذ گردید. در مورد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حاصله به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد. بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و

اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss-22 از طریق آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین پس از گذشت ۳ ماه یک آزمون جهت پیگیری از هر سه گروه به عمل آمد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تعارض زناشویی، پرسشنامه خودکنترلی و مقیاس همدلی استفاده شد.

پرسشنامه تعارض زناشویی: این ابزار دارای ۴۲ گویه است که با هدف سنجش تعارض‌های زناشویی توسط ثنائی و براتی (۱۳۸۷) ساخته شد. گویه‌های این ابزار با پنج گزینه همیشه، بیشتر، گاهی وقت‌ها، به ندرت و هرگز همراه است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره‌ای که می‌توان با این ابزار به دست آورد ۲۱۰ و کمترین نمره ۴۲ است. نمره بالا به معنای تعارض شدید و نمره پایین به معنای عدم تعارض تفسیر می‌شود. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ $0/83$ درصد برآورد شده است. همچنین از روایی محتوایی خوبی برخوردار است که توسط متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت (ثنائیی^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از خسروی، بلیاد، ناهیدپور و آزادی، ۱۳۹۰). در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه تعارضات زناشویی از روش آلفای کرونباخ با یک نمونه ۳۰ نفر از زوج‌ها محاسبه شد. ضریب پایایی کل این ابزار به روش آلفای کرونباخ $0/73$ و هم‌چنین، با استفاده از روش دو نیمه‌سازی $0/89$ محاسبه شد. همچنین، روایی و پایایی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط بوستانی پور (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت و بر روی ۱۲۰ نفر، متشکل از ۴۸ مرد و ۷۲ زن که برای رفع تعارض زناشویی خود به مراکز مشاوره تهران مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۵۰ نفری از زوج‌های عادی اجرا گردید. میانگین انحراف معیار نمره کل گروه دارای تعارض زناشویی و گروه کنترل به ترتیب $130/46$ و $106/20$ (۱۶/۴۹) است. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با $0/96$ بدست آمد. ضریب پایایی و روایی این آزمون توسط فرح بخش و همکاران در سال ۱۳۹۶ بار دیگر بر روی ۴۶ زن و مرد (۲۳ زن و

۲۳ مرد) از مراجعه‌کنندگان به دادگاه برای طلاق و ۴۶ زن و مرد (۲۳ زن و ۲۳ مرد) عادی بررسی گردید. نمره‌های آزمودنیها از طریق ابزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید. ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون در نمونه ۹۲ نفری زن و مرد ۶۹٪ بدست آمد.

پرسشنامه خودکنترلی: یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که توسط تانجی، بامیستر و بون (۲۰۰۴) ساخته شده و از ۳۶ عبارت تشکیل شده است. پاسخ‌های ۳۶ عبارت مقیاس در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از "اصلاً شباهت ندارد=۱"، کمی شباهت دارد=۲، بی‌نظر=۳، شباهت زیاد=۴ و شباهت خیلی زیاد=۵ در نظر گرفته شده است. نمره کل افراد در آزمون در کمترین حال ۳۶ و بیشترین ۱۸۰ است. در صورتی که نمرات ۰ تا ۴۸ باشد، نشان‌دهنده ضعیف بودن خودکنترلی، نمرات بین ۴۸ تا ۹۵ نشان‌دهنده متوسط بودن خودکنترلی و نمرات ۹۵ به بالا نشان‌دهنده قوی بودن خودکنترلی در فرد است. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بر روی دو نمونه مجزا به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آوردند. موسوی مقدم، هوری، امید و ظهیری خواه (۱۳۹۳) ضرایب روایی همگرایی پرسشنامه خودکنترلی تانجی و همکاران (۲۰۰۴) را با مقیاس پاسخ‌های هیجانی بهینه و ضرایب روایی واگرایی آن را با پرسشنامه میزان مصرف مواد، معنادار گزارش کردند. در پژوهشی که توسط احمدی جویباری (۱۳۹۶) انجام گرفت، روایی صوری و محتوایی آن توسط متخصصان تایید و برای تعیین پایایی از ضریب همسانی درونی استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ با این روش برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (پاک‌منش و جاودان، ۱۳۹۸).

پرسشنامه همدلی زوج‌ها: مقیاس همدلی توسط جولیف و فارینگتون^۱ (۲۰۰۶) ساخته شده است و نسخه نهایی مقیاس همدلی دارای ۲۰ سوال است. این پرسشنامه دارای ۲

1. Jolliffe, D., & Farrington, D. P.

خرده مقیاس همدلی شناختی ۹ سوال و خرده مقیاس همدلی عاطفی - هیجانی ۱۱ سوال است. این پرسشنامه یک ابزار نگرش سنج و از نوع مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است که پاسخ به هر عبارت آن در دامنه‌ای از "کاملاً مخالفم" = ۱ تا "کاملاً موافقم" = ۵ قرار دارد. نمره‌دهی سوالات ۱، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۰ در این پرسشنامه به صورت معکوس می‌باشند. بدین صورت بیشترین نمره کسب شده توسط هر آزمودنی ۱۰۰ نمره و کمترین نمره بدست آمده، ۲۰ نمره بود. در مطالعه آلیبیرو، ماتریکاردی، اسپلتری و توسو (۲۰۰۹) برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس عاطفی - هیجانی ۰/۸۶ و شناختی ۰/۷۴ گزارش شده است. همچنین در تحقیق دیگری، پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۴ و به تفکیک ۰/۷۸ برای مقیاس هیجانی و ۰/۷۴ برای مقیاس شناختی گزارش شده است. برای تعیین روایی این مقیاس از تحلیل عاملی استفاده شد که شاخص KMO برای تحلیل ۰/۸۸ بود و مجذور خی در آزمون کرویت بارتلت، برای ماتریس همبستگی آیتم‌های همدلی، معنادار شد (نوروزی (۱۳۸۹)؛ به نقل از معصومی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش کاجی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ درصد گزارش شده است که حاکی از پایایی مناسب این پرسشنامه است.

برنامه آموزش گروهی واقعیت‌درمانی: این برنامه شامل ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) به مدت دو ماه بوده که مبانی عملی و نظری رویکرد واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی به گروه آزمایش اول آموزش داده شد. این برنامه براساس برنامه گلاسر (۲۰۱۰) بوده و محتوای آن به تفکیک جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات آموزش گروهی واقعیت‌درمانی

| 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 واقعیت‌درمانی گلاسر. |
| دوم | بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر. ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم واقعیت‌درمانی 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 جهت‌آشنایی 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). |
| 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 | چگونگی حفظ تغییرات به وجود آمده و اجرای پس‌آزمون. شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت زنان دارای تعارض و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد |
| هشتم | آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر. شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت زنان دارای تعارض و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر. جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون |

برنامه آموزش گروهی شناختی رفتاری: این برنامه شامل ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) به مدت دو ماه بوده که مبنای عملی و نظری رویکرد شناختی رفتاری به شیوه گروهی به گروه آزمایش اول آموزش داده شد. این برنامه براساس فری^۱، ۱۹۹۹؛ ترجمه محمدی، ۱۳۸۴)، بک^۲ (۲۰۱۱)، نینان و درایدن^۳ (۲۰۰۴؛ ترجمه کریمی و یعقوبی، ۱۳۸۴) بوده که محتوای آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ساختار جلسات آموزش گروهی شناختی رفتاری

| جلسه | محتوا، فنون و شرح جلسه |
|-------|--|
| اول | اجرای پیش‌آزمون، خوش‌آمدگویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری، آشنایی شرکت‌کنندگان با مولفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال‌ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C) تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین ABC هفته، ده مورد از بدترین ABC در طول ازدواج |
| دوم | یادگیری جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، آشنایی با افکار خودآیند، آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود، شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومتها. تکالیف: تشخیص تحریف شناختی در نمونه‌های رفتاری، شناسایی فرایند تفکر غلط |
| سوم | آشنایی یا بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی)، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی تکالیف: نوشتن ABC روزانه، ترسیم پیکان عمودی برای هر ABC |
| چهارم | کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره‌های منفی خود با آن روبرو می‌شوند. توانا ساختن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه |
| م | تکالیف: تقسیم بندی افکار براساس باورها تحلیل سود و زیان باورها |

1. Ferry.
2. Beck.
3. Ninan M, Drayden V.

| جلسه | محتوا، فنون و شرح جلسه |
|------|---|
| پنجم | دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای منفی، رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آنها. تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی |
| ششم | پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدیدنظر قرار دهند. تکالیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهایی که تاکنون شناسایی شده‌اند. |
| هفتم | درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می‌توان براساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. تکالیف: شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آنها، تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها |
| هشتم | یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود م تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرحواره‌های شرطی و قطعی. اجرای پس‌آزمون |

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده در این پژوهش ۶۰ نفر بودند که در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایشی شناختی‌رفتاری ۳۰/۷۵ با انحراف معیار ۶/۱۳، میانگین سنی گروه واقعیت‌درمانی ۳۲/۸۰ با انحراف معیار ۶/۱۳ و گروه کنترل ۳۱/۱۵ با انحراف معیار ۶/۲۰ بودند.

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

| مقیاس | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پگیری |
|---------------------------|---------------|-----------|--------------|--------------|---------------|--------|
| | | میانگین | انحراف معیار | انحراف معیار | تعدیل شد ه | |
| همدلی عاطفی- هیجانی | شناختی رفتاری | ۳۴/۰۰ | ۱۲/۸۲ | ۳۶/۹۵ | ۱۲/۴۲ | ۳۶/۹۰ |
| | واقعیت درمانی | ۳۱/۱۵ | ۱۳/۳۵ | ۳۵/۸۵ | ۱۲/۷۷ | ۳۵/۷۰ |
| | گروه کنترل | ۳۴/۷۰ | ۱۱/۴۷ | ۳۴/۷۵ | ۱۱/۴۲ | - |
| همدلی شناختی | شناختی رفتاری | ۲۷/۵ | ۱۰/۹۶ | ۲۹/۸۳ | ۱۰/۵۲ | ۱۰/۵۶ |
| | واقعیت درمانی | ۱۱/۲۸ | ۲۶/۱۰ | ۳۳/۸۱ | ۱۱/۴۴ | ۱۱/۴۰ |
| | گروه کنترل | ۱۰/۱۰ | ۲۸/۶۵ | ۲۸/۰۰ | ۹/۵۴ | ۲۹/۱۰ |
| خودکنترلی | 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 کنترل | ۱۰۲/۶۵ | ۱۸/۷۴ | ۱۰۱/۴۵ | ۱۹/۲۲ | ۱۰۰/۳۰ |

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در هر دو گروه آزمایش نمرات هر دو مولفه همدلی و خودکنترلی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت. جهت بررسی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی و آموزش شناختی رفتاری از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. با توجه به اینکه استفاده از روش تحلیل کواریانس مستلزم رعایت مفروضه‌هایی است، برای بررسی میزان نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد، در هر دو متغیر در هر ۳ گروه سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه توزیع نمره‌های این متغیر نرمال است. برای بررسی مفروضه‌ی تساوی ماتریس کواریانس استفاده شد. در این پژوهش، نتایج حاکی از تساوی کواریانس‌ها در متغیرهای پژوهش بود ($P > 0/05$, $F = 0/95$, $MBOX = 5/98$). برای بررسی شیب همگنی رگرسیون مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل محاسبه گردید که نتایج معنادار نبودن این شاخص را در هر دو متغیر نشان داد ($P > 0/05$). با استفاده از آزمون لوین نیز مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها بررسی شد و در هر دو متغیر همدلی و خودکنترلی با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شد ($P > 0/05$). نتایج

تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در ترکیب خطی دو متغیر همدلی و خودکنترلی معنادار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه ۳ گروه مورد مطالعه در همدلی و خودکنترلی

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | معنی داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|--------------|--------------|---------------|------------|---------|-----------|------------|------------|
| پیش آزمون | همدلی | ۲۵۵/۴۶ | ۱ | ۱۲۷/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ | ۱/۰۰ |
| | عاطفی | | | | | | |
| | همدلی شناختی | ۱۸۷/۹۷ | ۱ | ۴۷/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ | ۱/۰۰ |
| گروه | خودکنترلی | ۱۰۴۷۱/۱۲ | ۱ | ۲۱۵۰/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ | ۱/۰۰ |
| | همدلی | | | | | | |
| | عاطفی | ۲۰۸/۳۸ | ۲ | ۵۱/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵ | ۱/۰۰ |
| | همدلی | | | | | | |
| | شناختی | ۳۴۱/۱۱ | ۲ | ۴۳/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ | ۱/۰۰ |
| | خودکنترلی | ۸۷۳/۶۶ | ۲ | ۸۹/۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷ | ۱/۰۰ |
| خطا | همدلی | ۱۱۰/۵۲ | ۵۵ | | | | |
| | عاطفی | | | | | | |
| | همدلی شناختی | ۲۱۵/۶۴ | ۵۵ | | | | |
| کل | خودکنترلی | ۲۶۷/۷۸ | ۵۵ | | | | |
| | همدلی | | | | | | |
| | عاطفی | ۸۵۶۷۷/۰۰ | ۶۰ | | | | |
| | همدلی | | | | | | |
| | شناختی | ۶۲۴۴۱/۰۰ | ۶۰ | | | | |
| | خودکنترلی | ۶۹۰۶۷۰/۰۰ | ۶۰ | | | | |

با توجه به نتایج جدول ۴ در تمامی متغیرها پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است. برای مقایسه‌های چندگانه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که بین دو گروه

تحت آموزش با گروه کنترل با سطح معناداری ۰/۰۰۱ اختلاف معناداری وجود دارد ($P > 0/01$). در نتیجه هر دو آموزش شناختی رفتاری و واقعیت درمانی در افزایش همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی تأثیر معناداری دارند. در متغیرهای همدلی و خودکنترلی بین گروه آموزش شناختی رفتاری با گروه آموزش واقعیت درمانی با سطح معناداری ۰/۰۰۱ اختلاف معناداری وجود دارد ($P > 0/01$). براساس یافته‌های توصیفی در مولفه‌های متغیر همدلی میانگین تعدیل شده‌ی گروه واقعیت درمانی بیشتر از گروه شناختی رفتاری بوده است که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر واقعیت درمانی در افزایش همدلی زنان دارای تعارض زناشویی به طور معناداری بیشتر از شناختی رفتاری است. در متغیر خودکنترلی میانگین تعدیل شده‌ی گروه شناختی رفتاری بیشتر از گروه واقعیت درمانی بوده است که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر آموزش شناختی رفتاری در افزایش خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی به طور معناداری بیشتر از واقعیت درمانی است.

با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به بررسی پایدار بودن تأثیر درمانهای شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر متغیرهای همدلی و خودکنترلی پرداخته شد.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای همدلی و خودکنترلی در دو گروه آزمایشی

| توان آزمون | ضریب ایتا | P | F | درجه آزادی | مجموع مجدورات | متغیر وابسته | گروه |
|---------------|--------------|-------|--------|---------------|------------------|-----------------|---------------|
| ۱/۰۰ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۹۸/۹۹ | ۱/۳۵ | ۱۱۴/۱۰ | همدلی عاطفی | |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۵۴/۴۸ | ۱/۳۰ | ۶۶/۲۳ | همدلی شناختی | شناختی رفتاری |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۲۴۱/۸۵ | ۱/۳۴ | ۸۴۳/۱۰ | خودکنترلی | |
| ۱/۰۰ | ۰/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۱۱۴/۸۲ | ۱/۰۹ | ۲۸۵/۴۳ | همدلی عاطفی | |
| ۱/۰۰ | ۰/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۹۴/۰۸ | ۱/۰۴ | ۵۴۱/۹۰ | همدلی شناختی | واقعیت درمانی |
| ۱/۰۰ | ۰/۹۲ | ۰/۰۰۱ | ۲۱۹/۱۵ | ۱/۵۱ | ۲۲۴/۵۳ | خودکنترلی | |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ برای متغیرهای همدلی و خودکنترلی معنادار است ($P > 0/01$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات همدلی و خودکنترلی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه تحت آموزش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت بین میانگینها در مراحل آموزشی محاسبه شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین‌های نمرات متغیرهای مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری

| متغیر | مراحل اندازه‌گیری | گروه شناختی‌رفتاری | | گروه واقعیت‌درمانی | |
|-----------|----------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار |
| همدلی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | ۵/۲۵** | ۰/۴۳ | ۱۱/۱۰** | ۰/۷۸ |
| | پیش‌آزمون - پیگیری | -۵/۰۵** | ۰/۴۳ | -۱۰/۹۰** | ۰/۸۲ |
| | پس‌آزمون - پیگیری | ۰/۲۰ | ۰/۱۴ | ۰/۲۰ | /۱۷ |
| خودکنترلی | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | -۸/۰۵** | ۰/۴۴ | -۴/۲۰** | ۰/۲۴ |
| | پیش‌آزمون - پیگیری | -۷/۸۵** | ۰/۵۲ | -۴/۰۰** | ۰/۲۷ |
| | پس‌آزمون - پیگیری | ۰/۲۱ | ۰/۲۵ | ۰/۲۰ | ۰/۱۶ |

براساس نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۶)، در هر دو متغیر همدلی و خودکنترلی در هر دو گروه آزمایشی بین مرحله‌ی پیگیری با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌دار و با مرحله‌ی پس‌آزمون اختلاف معناداری وجود نداشت که این نشان می‌دهد تأثیر آموزش شناختی‌رفتاری و واقعیت‌درمانی در افزایش میزان همدلی و خودکنترلی در زنان دارای تعارض زناشویی در طولانی مدت پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و آموزش گروهی واقعیت‌درمانی را بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آموزش نسبت به گروه کنترل، همدلی و خودکنترلی را به شیوه معناداری افزایش داده‌اند، همچنین روش شناختی رفتاری در خودکنترلی مؤثرتر از روش واقعیت‌درمانی و روش واقعیت‌درمانی بر همدلی مؤثرتر از روش شناختی رفتاری عمل نموده است. در ادامه به تبیین این نتایج می‌پردازیم:

در خصوص تأثیر رویکرد واقعیت‌درمانی بر هر دو مولفه عاطفی و شناختی همدلی نتایج به دست آمده با پژوهش‌هایی همچون تحقیقات حجتی و همکاران (۱۳۹۹) و سلطانی فرو همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت نظریه انتخاب گلاسر (۲۰۰۱) به زنان می‌آموزد برای داشتن یک زندگی موفق و همدلانه باید دقت کنند و ببینند چه کارهایی می‌توانند انجام دهند تا ارتباطشان را بهبود دهند و ازدواجشان را غنی سازند. به نظری، انسان تمام اعمال و افکار را به شکل غیرمستقیم و تقریباً تمام احساسات خود را انتخاب می‌کند و در واقع بر زندگی خود کنترل دارد. واقعیت‌درمانی یک نظام کنترل درونی است و چرایی و چگونگی انتخاب گزینه‌هایی که جهت زندگی ما را تعیین می‌کنند، تشریح می‌نماید. افراد بر اساس روان‌شناسی کنترل بیرونی تصور می‌کنند که علت تمام مشکلات زندگی زناشویی ریشه در امور خارج از وجود آنها دارد. بنابراین، فکر می‌کنند که برای از بین بردن مشکلات راهی جز کنترل دیگران ندارند. در پژوهش حاضر، زنان دارای تعارضات زناشویی آموختند که تمرکز را از روی رفتار همسر خود بردارند و بر رفتار خود تمرکز کنند، نقاط ضعف مهارت‌های ارتباطی خود و موانع آن را یافته و در صدد ارتقای رابطه خود باشند که چنین کاری، همدلی را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر، یکی دیگر از مفاهیم نظریه انتخاب که باعث افزایش همدلی می‌شود مسئولیت‌پذیری است. مسئولیت‌پذیری به میزان

پایبندی افراد در مقابل پیمان بسته شده اشاره دارد (گلاسر، ۲۰۱۰). تأکیدی که وی بر پذیرش مسئولیت رفتار هر فرد دارد، به زوج‌ها کمک می‌کند تا به جای پرداختن به رفتار همسر، رفتار خود را مورد بررسی قرار داده و به بررسی نقش خود در مشکلات زناشویی بپردازند. در واقعیت‌درمانی با افزایش مسئولیت، قضاوت مناسب درباره توانایی‌های خود و پذیرش واقعیت و تأکید برزندگی کنونی منجر به افزایش تعهد می‌شود. افزایش تعهد در زندگی نیز باعث می‌شود که افراد در برخورد با مشکلات زندگی به جای اینکه همدیگر را مقصر جلوه دهند یک نگاه مسئولیت‌پذیر به مشکلات داشته باشند که نتیجه آن افزایش همدلی عاطفی و شناختی افراد است.

همچنین در خصوص اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری بر مولفه‌های همدلی نیز نتایج حاصل با پژوهش‌های خالدیان و همکاران، (۱۳۹۶)، پیرفلک و همکاران، (۱۳۹۳)، عبادی و همکاران (۲۰۲۰)، اکبری و دیناروند (۲۰۱۴)، عظیمی‌فرد و همکاران (۱۳۹۵) بلانگرو همکاران (۲۰۱۵)، عابدی و همکاران (۲۰۱۶)، استفنسون و همکاران (۲۰۱۳) همسواست. در تبیین این یافته نیز می‌توان چنین بیان کرد که این تأثیر به آموزش تحریف‌های شناختی برمی‌گردد. بک (۲۰۱۱) معتقد است که این تحریفات به اشتباهات یا خطاهایی منسوب می‌شود که در خدمت کارکردهای استنباطی و اکتشافی هستند، به گونه‌ای که روش‌های مختلف تفکر فرد را به او یاد می‌آورد که ممکن است اشتباه باشد (دابسون، ۲۰۱۰). هامامسی^۱ (۲۰۰۵؛ به نقل از نوابی‌نژاد و ملک، ۱۳۸۹) در تحقیقی ادعا می‌کند که افکار ناکارآمد و باورهای مربوط به ذهن‌خوانی، اثرات منفی بر تعارضات زناشویی داشته و تداوم افکار ناکارآمد، باعث تشدید تعارضات زناشویی و احساس استرس بیشتری می‌شود. وقتی آزمودنی افکار خود را شناسایی کرد و برای آزمون این فکر شواهد موافق و مخالف را برشمرد، به صورت مستقیم همدلی و از دید دیگران نگرستن به مسایل را آموزش می‌بیند.

در مورد تأثیر واقعیت‌درمانی بر خودکنترلی نیز نتایج حاصل با مطالعه دلی‌لو و هواسی (۱۳۹۸) در یک راستا است. می‌توان گفت همان‌طور که قبلاً گفته شد، تأکید واقعیت‌درمانی این است که در هر ارتباطی از هر نوع و شکل، فرد می‌تواند خود را تغییر دهد و این به معنای کنترل درونی است. بنابراین، برای رسیدن به موفقیت بایستی دست از خصلت (کنترل) بیرونی برداریم و به جای آن به رفتار براساس آموزه‌های نظریه انتخاب و کنترل درونی پردازیم (حجتی و همکاران، ۱۳۹۹)، از آنجایی که واقعیت‌درمانی بر کنترل درونی تأکید دارد و کنترل درونی نیز مولفه اصلی و اساسی در خودکنترلی به شمار می‌آید، می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت‌درمانی می‌تواند در افزایش خودکنترلی نیز مؤثر باشد.

همچنین در مورد اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری بر خودکنترلی نیز نتایج به دست آمده با پژوهش‌های نجمی و همکاران (۱۳۹۷)، صدوری دمیرچی و آقازاده اصل (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به فنون آموزش داده شده در فرایند آموزش اشاره کرد. از جمله فونونی که می‌تواند بر خودکنترلی افراد اثربخش باشد: آرامسازی عضلانی در هنگام تنش و مشکلات است. تحقیقات نشان می‌دهد آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی باعث کاهش تعداد تنفس و اکسیژن‌رسانی بهتر و ایجاد وضعیت آرامش عمیق و افزایش توانایی فرد در تطابق با عوامل تنش‌زا و استرس‌زا می‌شود (بوهاجیک، ۱۹۸۴) و این تطابق با عوامل تنش‌زا، خود نوعی خودکنترلی است. از طرف دیگر، استفاده از فن چارچوب دهی مجدد افکار ناکارآمد در روابط زناشویی در این آموزش، منجر به کاهش سوء برداشت‌ها در روابط زناشویی شد و این نیز می‌تواند بر خودکنترلی مؤثر باشد.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که روش آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر خودکنترلی مؤثرتر از روش آموزش گروهی واقعیت‌درمانی عمل کرده است، حال آنکه روش واقعیت‌درمانی بر همدلی مؤثرتر از روش شناختی‌رفتاری عمل نموده است. در این خصوص می‌توان گفت درمان شناختی‌رفتاری با پرداختن به تأثیر شناختها و کاهش

استرس و افکار منفی به فرد کمک می‌کند تا خودکنترلی بیشتری داشته باشد، فنونی همچون آرام‌سازی عضلانی و یا قاب‌گیری مجدد افکار به فرد کمک می‌کند تا به سرعت به خودکنترلی برسد، این در حالی است که واقعیت‌درمانی با مطرح کردن مفاهیمی چون مسئولیت‌پذیری و تمرکز بر زمان حال و رفتار فعلی، همدلی را افزایش می‌دهد.

به طور کلی، نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که علاوه بر کارایی دو مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی و شناختی-رفتاری بر افزایش همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی می‌توان از هر کدام برای یک مولفه خاص استفاده کرد، به طوری که رویکرد واقعیت‌درمانی برای بهبود همدلی و رویکرد شناختی-رفتاری برای بهبود خودکنترلی مناسب‌تر می‌باشد. این نتایج از آن جهت حائز اهمیت است که مشاوران و برنامه‌ریزان فرهنگی متخصص در حوزه مشکلات زوج‌ها و خانواده‌های آنان، می‌توانند از این مداخلات به تناسب مشکل مراجعین خود استفاده کرده و همچنین با گسترش دادن این مداخلات آگاهی زوج‌ها در این حیطة و در نتیجه بهبود عملکرد خانواده را افزایش دهند.

با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم حضور همسر در جلسات بود. زیرا، آگاهی هر دو فرد می‌تواند بر افزایش همدلی و خودکنترلی زوج‌ها تأثیر بسزایی داشته باشد. هم‌چنین، از آنجا که امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند سن و وضعیت اقتصادی و اجتماعی وجود نداشت و نیز جامعه آماری پژوهش فقط دربرگیرنده زنان بود، لذا در تعمیم‌پذیری نتایج باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در جامعه‌های آماری دیگر نیز تکرار شوند و جهت کاهش احتمال سوگیری افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی نیز، از ابزارهای مختلف برای ارزیابی همدلی و خودکنترلی از جمله مصاحبه و مشاهده رفتار و عملکرد زوج‌ها در مراحل مختلف پژوهش استفاده شود.

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)، ۷۰-۶۳.
- اسمخانی‌اکبری نژاد. هادی، اعتمادی. احمد، و نصیرزاد، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان. *مطالعات روان‌شناختی*. دوره ۱۰، شماره ۲، صص ۷۳-۸۷.
- بوستانی پور، علیرضا. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر زوج‌درمانی سیستمی رفتاری بر کاهش تعارضات زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- پاک‌منش، ناهید. جاودان، موسی. (۱۳۹۸). پیش‌بینی عملکرد تحصیلی از طریق خودکنترلی، خودمختاری، و خودآگاهی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان بندرعباس. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۸(۱۴)، ۵۵-۳۷.
- پیرفلک، مهرداد.، سودانی، منصور، و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی‌رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۴(۲)، ۲۶۷-۲۴۷.
- ثنایی‌ذاکر، محمد باقر، براتی، طاهره. (۱۳۸۷). پرسشنامه نعارضات زناشویی. مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- حجتی، حمید، حبیبی، کاملیا، محمدزاده، خلیل‌علی. (۱۳۹۹). تأثیر واقعیت‌درمانی بر همدلی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه جنگی، *علوم مراقبتی نظامی*، ۷(۱)، ۷-۱.
- خالدیان، محمد، جزینی، علیرضا، نعمتی سوگلی تپه، فاطمه، و سلمانی، سمیه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناختی‌رفتاری بر رضایتمندی زناشویی افراد معتاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*. ۴(۱۴)، ۱۱۳-۱۲۸.
- خرم‌آبادی، راضیه؛ سپهری شاملو، زهره؛ صالحی فدردی، جواد؛ بیگدلی، ایمان‌الله. (۱۳۹۷). مدل ساختاری کارکردهای اجرایی و روابط فرازناشویی با بررسی نقش میانجی. *روان‌شناسی شناختی*، ۱۵(۱۲)، ۵۷-۴۶.
- خسروی، زهره.، بلیاد، محمدرضا، ناهیدپور، فرزانه.، آزادی، شهذخت. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی، بخشش و تعارضات زناشویی در زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرج. *فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۳)، ۸۰-۶۱.
- دلی‌لر، ساناز، هواسی، ناهید. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر فرسودگی تحصیلی و خودکنترلی دانشجویان. *پژوهش پرستاری ایران*، ۱۴(۳)، ۶۹-۶۴.
- صدری‌دمیرچی، اسماعیل، آقازاده اصل، مهناز. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رفتاری شناختی به شیوه گروهی بر مولفه‌های خودکنترلی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزس. *ارمغان دانش*. ۲۲(۶)، ۸۰۲-۷۹.

- عباسی، حسین، احمدی، سیداحمد، فاتحی‌زاده، مریم، بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت‌درمانی گلاسر بر تعهد شخصی زوج‌ها. *دوفصلنامه آسیب‌شناسی مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۲ (۱)، ۵۳-۳۹.
- عظیمی‌فر، شیرین، فاتحی‌زاده، مریم، بهرامی، فاطمه، احمدی، احمد، و عابدی، احمد. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوج‌های ناراضی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۳ (۲)، ۸۴-۵۶.
- علیرضایی، مالک، فتحی‌اقدم، قربان، قمری، محمد، بزازیان، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۸ (۲)، ۱۳-۲.
- فرحبخش، کیومرث. خاکی، احمد. معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۶). اثربخشی مدل بوم‌شناختی در کاهش میل به طلاق و تعارض زناشویی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۶ (۶۲). صص، ۱۲۶-۱۳۹.
- فری، مایکل (۱۹۹۹). درمان گروهی شناختی: منابع و راهنما برای تمرین. ترجمه سیدمحمدی، یحیی و فرنام، رضا (۱۳۸۶). تهران: رشد.
- قریشی، منصوره. بهبودی، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر. *سلامت اجتماعی*. دوره ۴، شماره ۳، صص ۲۳۸-۲۴۹.
- کاجی اصفهانی، سعیده. عارفی، مرگان. آقایی جشوقانی، اصغر. اصلی‌آزاد، مسلم. فرهادی، طاهره. (۱۳۹۶). مطالعه همدلی شناختی در دانش‌آموزان با پرخاشگری ارتباطی و آشکار. *فصلنامه سلامت کودک*، ۴ (۳)، ۱۸-۱.
- گلاسر، ویلیام. (۲۰۱۲). *تئوری انتخاب*، ترجمه صاحبی، علی. (۱۳۹۲). تهران، چاپ اول، سایه سخن.
- محدثی، حمیده، همدانی، مریم، خلخالی، حمیدرضا، مرقاتی خویی، عفت، و ساعی‌قروناز، مرضیه. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد شناختی‌رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهر ارومیه سال ۱۳۹۴. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴ (۸)، ۷۴۷-۷۳۸.
- معصومی، مریم، شجاعی، ستاره، همتی علمدارلو، قربان. (۱۳۹۴). پیش‌بینی مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی بر اساس همدلی مادرانشان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۶ (۴)، ۷۳-۶۸.
- موسوی مقدم، سیدرحمت‌اله، هوری، سهیلا، امید، عباس، ظهیری خواه، ندا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه هوش معنوی با خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۲۵ (۱)، ۶۴-۵۹.
- نجمی، مهسا، درتاج، فریبرز، شامیر، ابوطالب سعادت. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری بر ظرفیت خودمهارگری و تعهد زناشویی در زوج‌های متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره. *فصلنامه پژوهشنامه تربیتی*، ۱۴ (۵۷)، ۱۵۲-۱۳۵.
- نینان، م؛ درایدن، و. (۱۳۸۹). شناخت درمانی: ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک. ترجمه معصومه کریمی، حمید یعقوبی. تهران: ارجمند.

نوابی نژاد، شکوه، ملک، انیسه. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مقابله با تفکر قطعی‌نگر بر بهبود روابط زناشویی زنان. *اندیشه و رفتار*، ۴ (۱۶)، ۷-۱۶.

یوسفی، ناصر، کریمی‌پور، بنت الهدی. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش فراشناختی و زوج‌درمانی مبتنی بر خود‌نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوج‌ها. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸ (۱)، ۵۲-۷۲.

- Abedi Shargh, N. A., Bakhshani, N. M., Mohebby, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., Mokhtari, M., & Gangali, A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy on Marital Satisfaction and General Health in Woman with Infertility. *Global journal of health science*, 8(3), 230-242.
- Akbari, M. & Dinarvand, F. (2014). Effectiveness of therapy based on teaching choice theory on reduction of negative emotional reactions between couples with marital conflicts. *Journal of Basic Sciences & Applied Research*. 3,38-41.
- Albiero, P., Matricardi, G., Speltri, D., & Toso, D. (2009). The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the "Basic Empathy Scale". *Journal of adolescence*, 32(2), 393-408.
- Balakrishnan, V., & Fernandez, T. (2018). Self-esteem, empathy and their impacts on cyberbullying among young adults. *Telematics and Informatics*, 35(7), 2028-2037.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. (2001). Empathy-induced altruism in a prisoner's dilemma II: What if the target of empathy has defected? *European Journal of Social Psychology*, 31(1), 25-36.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive-behavioral therapy*. Clinical textbook of addictive disorders, 474-501.
- Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem-solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118.
- Bennik, E. C., Jeronimus, B. F., & Aan Het Rot, M. (2019). The relation between empathy and depressive symptoms in a Dutch population sample. *Journal of affective disorders*, 242, 48-51.
- Bohachick, P. A. T. R. I. C. I. A. (1984). Progressive relaxation training in cardiac rehabilitation: effect on psychologic variables. *Nursing research*, 33(5), 283-287.
- Brinck, I. (2018). Empathy, engagement, entrainment: the interaction dynamics of aesthetic experience. *Cognitive Processing*, 19(2), 201-213
- Cheng, S. Y., Lin, P. C., Chang, Y. K., Lin, Y. K., Lee, P. H., & Chen, S. R. (2019). Sleep quality mediates the relationship between work-family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *Journal of nursing management*, 27(2), 381-387.
- Dobson, K.S. (2010). *Handbook of Cognitive-behavioral Therapies*, New York, London: The Guilford Press, 3rd ed., p. 279.

- 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.
- Fernández-Álvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P. L., ... & Cárdenas, G. (2019). Deterioration rates in Virtual Reality Therapy: An individual patient data level meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 61, 3-17.
- Feshbach, N. D., and Feshbach, S. (2012). *Empathy and education*. In J. Decety and W. J. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 85–97). Cambridge, MA: MIT Press
- Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., ... & Schmeichel, B. J. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy source: willpower is more than a metaphor. *Journal of personality and social psychology*, 92(2), 325.
- Galinsky, A. D., Maddux, W. W., Gilin, D., & White, J. B. (2008). Why it pays to get inside the head of your opponent: The differential effects of perspective taking and empathy in negotiations. *Psychological science*, 19(4), 378-384.
- Glasser W. (2010). *Reality therapy: a new approach to psychiatry*. New York: Harper Collins Publication
- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. Harper Collins.
- Hamburg, M. E., & Pronk, T. M. (2015). Believe you can and you will: The belief in high self-control decreases interest in attractive alternatives. *Journal of Experimental Social Psychology*, 56, 30-35.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. (2000). *Cognitive Behaviors Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford University Press.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*, 29(4), 589-611.
- Martinac Dorčić, T., Smojver-Ažić, S., Rončević Zubković, B., & Kolić-Vehovec, S. (2019). Determinants of Helping the Victim in Situations of Peer Violence. *Psychological Topics*, 28(3), 681-700.
- Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Frontini, R., Bullinger, M., & Canavarro, M. C. (2013). Psychological and quality of life outcomes in pediatric populations: a parent-child perspective. *The Journal of Pediatrics*, 163(5), 1471-1478.
- Papp, L. M. (2018). Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1), 7-24.
- Pronk, T. M., & Karremans, J. C. (2014). Does executive control relate to sacrificial behavior during conflicts of interests?. *Personal Relationships*, 21(1), 168-175.
- Roesch, A. K., Warren, A., & Hill, E. (2021). The Relationship Between Menopause and Marital Satisfaction in Adult Women. *Journal of Graduate Education Research*, 2(1), 10.
- Sandy, S. V., & Cochran, K. M. (2006). The Development of Conflict Resolution Skills. *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*, 356-388.

- Slavny, R. J. M., & Moore, J. W. (2018). Individual differences in the intentionality bias and its association with cognitive empathy. *Personality and Individual Differences*, 122, 104-108
- Soltanifar, A., Moharari, F., Rajai, Z., Ziaee, M., & Salimi, Z. (2019). Effect of psychoeducation based on choice theory on marital satisfaction and increasing couples' adaptability: a double-blind randomized clinical trial. *Electronic Physician*, 11(2).
- Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2013). Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 143-152.
- Szuster, A., & Jarymowicz, M. (2020). Human empathy of automatic vs. reflective origin: Diverse attributes and regulative consequences. *New Ideas in Psychology*, 56, 100748.
- 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.
- Tarantino, L., De Gasperis, G., Mascio, T. D., & Pino, M. C. (2019). Immersive applications: what if users are in the autism spectrum? In *The 17th International Conference on Virtual-Reality Continuum and its Applications in Industry* (pp. 1-7).
- Tiwari, P., & Bhat, A. K. (2020). The Effect of Emotional Intelligence, Empathy and Perceived Social Pressure on Predicting Social Entrepreneurial Intention: A Field Research. In *Methodological Issues in Social Entrepreneurship Knowledge and Practice* (pp. 137-158). Springer, Singapore.
- Tully, E. C., Ames, A. M., Garcia, S. E., & Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression as moderated by emotion dysregulation. *The Journal of Psychology*, 150(1), 15-35.
- Wilson, S. J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B. E., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality therapy and self-evaluation: The key to client change*. John Wiley & Sons.
- Yang, C., Zhu, Y. L., Xia, B. Y., Li, Y. W., & Zhang, J. (2020). The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 85, 104296.