

## اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی

علیرضا آقا یوسفی<sup>۱</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۲</sup>، مهناز علی اکبری<sup>۳</sup> و حمیدرضا ایمانی فر<sup>۴\*</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش نیمه آزمایشی بررسی اثربخشی رویکرد درمانی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی بود. 25 نفر آزمودنی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و به صورت فراخوان به کلینیک درمانی مراجعه کرده بودند، با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بود. ابزار سنجش، پرسش نامه 54 پرسشی تعارض های زناشویی ثنایی و پرسش نامه بهزیستی اجتماعی صفاری نیا بود. نتایج آزمون فریدمن برای پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری در مقایسه با گروه کنترل، نشان دادند که رویکرد واقعیت درمانی، به گونه ای کارآمدی تعارض های زناشویی را در مقایسه با گروه کنترل در زنان کاهش می دهد. هم چنین، با وجود آن که مداخله واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی آزمودنی ها اثر بخشی نداشت، اما بر دو زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی، اثربخشی معنادار داشت. نتایج پژوهش، مفهوم سازی و سنجش عملیاتی و دقیق تر زیرمقیاس های بهزیستی اجتماعی را پیشنهاد می کند.

**واژه های کلیدی:** واقعیت درمانی، تعارض های زناشویی، بهزیستی اجتماعی.

1- دانشیار دانشگاه پیام نور.

2- استاد دانشگاه بقیه الله.

3- دانشیار دانشگاه پیام نور.

4- دانشجوی دکتری دانشگاه پیام نور.

\*- نویسنده مسئول مقاله: imanifar@gmail.com

## پیشگفتار

هدف اصلی نظریه های خانواده درمانی تمرکز بر تعارض های زناشویی بوده است. با این وجود، تعارض های زناشویی، هنوز پیچیده باقی مانده است زیرا ما هنوز خانواده را بخوبی نمی شناسیم (Bahramnia, Fallahchai, Mohammadi., 2013). یکی از نظریه هایی که بر روابط زوجین و تعارض های زناشویی تاکید ویژه دارد و بتازگی در ایران با استقبال زیادی روبه رو شده است، نظریه واقعیت درمانی ولیام گلاسر است.

واقعیت درمانی از روش های عملگرایانه ای مانند آموزش دادن، تایید، شوخ طبعی، مواجهه، پرسیدن، نقش بازی کردن و بازخورد استفاده می کند. واقعیت درمانی یک چرخه مشاوره ای<sup>1</sup> است که شامل ایجاد یک محیط مشاوره ای کارآمد و اجرای روش هایی ویژه است که منجر به تغییر می شود (Corey, 2013). واقعیت درمانی تاکید می کند که ارتباطات ناسالم نتیجه رفتار نامطلوب است. واقعیت درمانی بر تمرکز مراجع بر رفتارش تاکید دارد و از سرزنش کردن مراجع خودداری می کند (Bradley, 2014). از سوی دیگر، بهزیستی اجتماعی، به عنوان یکی از مهم ترین زیرمجموعه های بهزیستی و سلامتی، شامل ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه های اجتماعی و حمایت اجتماعی است. احساس داشتن یک نقش اجتماعی و هویت، یکی از جنبه های مهم بهزیستی اجتماعی است (Albert, 2012).

با توجه به اهمیت کاهش تعارض های زناشویی و افزایش بهزیستی اجتماعی در زنان و اهمیت این دو متغیر در کاهش طلاق و افزایش سلامت جسمی - روانی و اجتماعی، این پژوهش به بررسی و امکان سنجی اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی پرداخته است.

در زمینه پژوهش های واقعیت درمانی؛ نبود پژوهش های عمیق و کنترل شده در مورد روش واقعیت درمانی، بزرگ ترین نقطه ضعف این رویکرد بوده است. بیش تر مقاله ها و مطالبی که درباره واقعیت درمانی نوشته شده اند، به نقل داستان و رمان شبیه است (Litwack, 2007). در زمینه ازدواج و خانواده، تنها دوبا و همکاران (Dubá, Graham, Britzman, Minatrea, 2009) یک طرح درمانی را بر اساس واقعیت درمانی برای تعارض های زناشویی و خانواده ارایه کرده اند و به صورت case study و بر اساس طرح خود، به مداخله درمانی یک خانواده پرداخته اند. تا کنون هیچ پژوهش مداخله ای کنترل شده در زمینه درمان تعارض های زناشویی با روش واقعیت درمانی مشاهده نشده است. با وجود آن که هنوز رویکرد واقعیت درمانی در کتاب های خانواده درمانی های دانشگاهی وارد نشده است؟ اما اقبال شایان توجهی به رویکرد واقعیت درمانی در ایران صورت

<sup>1</sup> - Cycle of Counseling

گرفته است، آیا این اقبال در کشور، قابل توجیه و دفاع است؟ هم چنین، هنوز هیچ پژوهشی که به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی در بهزیستی اجتماعی توجه کند، مشاهده نشده است. این پژوهش به بررسی این موضوع پرداخته است و تلاش دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا یک روش درمانی مانند واقعیت درمانی می تواند باعث ارتقای بهزیستی اجتماعی مراجعان شود؟

### چهارچوب نظری پژوهش

کیفیت زندگی زناشویی در طی زمان به تدریج در حال کم شدن است. علت کاهش کیفیت زندگی زوجین تعارض های زناشویی می باشد (Finkel, Slotter, Luchies, Walton, Gross, 2013). کیفیت روابط زناشویی نقشی مهم بر سلامت روان شناختی زوجین دارد. اگر تعارض های اجتناب ناپذیر زوجین شدید باشد، تاثیرات فیزیکی و روان شناختی مخربی خواهد داشت (Tavakolizadeh, Nejatian, Soori, 2015). نخستین نشانه های تعارض، شامل صحبت کردن با طعنه و کنایه، یافتن عیب و نقص طرف مقابل، تداوم سکوت سنگین و یا انتقاد کردن و فریاد زدن است (Young, Wilmott, 2013). تعارض های زناشویی به اشکال متفاوتی مانند کتک زدن همسر، سوء رفتار از همسر، سوء رفتار جنسی، نبود مسئولیت پذیری زوجین، روابط نامشروع، تجاوزهای جنسی، مجادله های زیرکانه بین زن و شوهر و رفتارهای سوء دیگر نیز نمایش داده می شود (Ngozi, Peter, Stela, 2013).

تعارض های زناشویی با شرایط بهزیستی روان شناختی نامناسب (Galinsky, Waite, 2014)، سبک دلبستگی نامن (Gouin, Glaser, Loving, Malarkey, Stowell, Houts, 2009)، چندین نوع اختلال روان پزشکی شدید (Brock, Lawrence, 2011)، افسردگی (Wang, Wang, Miller 2014)، اختلال های اضطرابی (Doss, Simpson, Christensen, 2004)، اختلال های بدکاری جنسی (Metz, Epstein, 2002) و مشکلات سلامت جسمی (Galinsky, Waite, 2014)، تنش بالا (Holt-Lunstad, Birmingham, 2008)، دردهای مزمن (Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004) و بیماری های ایسکیمی قلبی (Galinsky, Waite, 2014) همراه است.

وليام گلاسر در اواخر دهه 50 و اوایل دهه 60 سده بیستم میلادی واقعیت درمانی را به عنوان روشی نوین برای کمک به مراجعان پیشنهاد کرد تا بتواند رفتارهایی را که مانع رسیدن آنان به خواسته های شان است، بشناسند. اساس این رویکرد، خودسنجی یا ارزیابی شخصی است که می توان آن را در بیش تر روابط انسانی از جمله رابطه والدین و فرزندان، زن و شوهر، معلم و شاگرد، کارفرما و کارمند و مراجع و درمانگر و نیز رابطه هر فرد با خودش بکار گرفت. آنچه واقعیت درمانی را از دیگر رویکردهای مجاور، بویژه رفتار درمانی شناختی بک و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس متمایز می کند، سه ویژگی زیر است. نخست: واقعیت درمانی یک رویکرد فرایند مدار

است و نه تکنیک مدار. دوم: واقعیت درمانی حل محور است و نه مشکل محور. سوم: واقعیت درمانی بر بنیاد خودسنجی مراجع استوار است و نه ارزیابی درمانگر از شناخت ها و باورهای مراجع. واقعیت درمانی عبارت است از بررسی یک فرایند، این که فرد اکنون به دنبال چیست و در زندگی خود چه می‌خواهد و برای دستیابی به آن چه کار انجام می‌دهد؟(Sahebi, 2014).

گلاسر بر این باور است که علت اصلی غمگینی، وجود ارتباطات نارضایت بخش و یا عدم ارتباط است. به دلیل نقص و ناکامی در برآوردن نیازها، افراد رفتارهای غیر انطباقی را انتخاب می‌کنند. در واقعیت درمانی آموزش داده می‌شود که چگونه افراد می‌توانند انتخاب های بهتری را در رویارویی با موقعیت ها داشته باشند. واقعیت درمانی می‌تواند به فرد کمک کند تا کنترل زندگی خود را بدست گیرد و به هیجان ها اجازه ندهد که او را مدیریت کنند. این توانایی کنترل، کلید آزادی انسان است (Howatt, 2001). ما نمی‌توانیم دیگران را به خاطر زندگی خود سرزنش کنیم؛ ما نمی‌توانیم رفتار دیگران را کنترل کنیم؛ تنها رفتاری که قادر به کنترل آن هستیم رفتار خودمان است. واقعیت درمانی به جای گذشته بر رفتار در زمان حال توجه دارد. زمان گذشته دقیقاً گذشته است. ما نمی‌توانیم به وقایع گذشته اجازه دهیم که زمان حال ما را تعیین کنند. ما تنها به تثبت نیازهایمان بر اثر رفتار جاریمان باید توجه کنیم(Corey, 2013).

گلاسر (Glasser, 2000)، تعارض زناشویی را ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته ها، طرحواره های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج می‌داند. تعارض در خانواده، نشانگر آن است که دنیای کیفی اعضای آن خانواده با یکدیگر ناهماهنگ است و حداقل یکی از اعضای خانواده تلاش دارد که اعضای دیگر خانواده با دنیای کیفی او هماهنگ شوند.

بهزیستی اجتماعی<sup>1</sup> - به عنوان یکی از متغیرهای دیگر پژوهش - از 1988 به وسیله کی یس<sup>2</sup> مطرح شد. کی یس، بهزیستی اجتماعی را با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه توصیف می‌کرد (Radzyk, 2015). بر اساس نظر کی یس (Keyes, 1998) بهزیستی اجتماعی عبارت از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروههای اجتماعی بوده و شامل عناصری است که نشان می‌دهد آیا فرد عملکرد مناسبی در دنیای اجتماعی خود(مثل همسایه ها و شهروندان) دارد و این عملکرد چه اندازه است. وی بر این باور است که سلامت روان را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد مناسب در زندگی چیزی بیش از بهزیستی روانی و هیجانی بوده و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی نیز می‌باشد (Keyes, 2007). در مدل کی یس، بهزیستی اجتماعی مفهوم چند بعدی است که

1- Social Well-Being

2- Keyes

شامل انسجام اجتماعی<sup>1</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>2</sup>، شکوفایی اجتماعی<sup>3</sup>، پیوستگی اجتماعی<sup>4</sup>، و پذیرش اجتماعی<sup>5</sup> است (Hashemi, Hekmati, Vahedi, Babapour, 2014). پژوهش های پیشین نشان داده اند که مقیاس بهزیستی اجتماعی با مقیاس های زاینده‌گی، نشانگرهای رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه پسند همبستگی دارد. پژوهش ها هم‌چنین، بیانگر ارتباط این بعد بهزیستی با متغیرهای جمعیت شناختی مانند موقعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تاهل می باشد (Joshanlo, Rostami, Nosratabadi, 2006). البته، گالاگر و همکاران (2009) نیز بر این باورند که ساختار عاملی مربوط به بهزیستی و بویژه بهزیستی اجتماعی، دیدگاه فرهنگ غربی را منعکس می کند و احتمال دارد که برخی مولفه‌ها، ارزش متفاوتی در فرهنگ های گوناگون داشته باشند. برای مثال، اشاره شده است که به احتمال زیاد عوامل فرهنگی همچون هنجارها، ارزش ها و شکل روابط اجتماعی (Otis-Green, Juarez, 2012) و نژاد می توانند بر بهزیستی افراد تاثیر بگذارند و حتی ممکن است ساختار و ترکیب بهزیستی در بین فرهنگ ها متفاوت بوده و همبسته ها و علل متفاوتی داشته باشد. در این میان آیین های یک جامعه، به عنوان رفتارهایی که داده های مفیدی برای حفظ روابط صحیح هر فرد با محیط و دیگر اعضا جامعه حمل می کنند، می توانند در بهزیستی اجتماعی افراد نقش داشته باشند (Kumar, 2013). برای مثال، مشارکت در امور فرهنگی، سیاسی و غیره - که همان مشارکت اجتماعی در مدل کی یس است - با توجه به نژاد و بافت اجتماعی، سیاسی متفاوت است (Keyes, 2013).

رویکردهای افزایش بهزیستی - به عنوان یکی از متغیرهای وابسته پژوهش - عموماً به مداخلات روان‌شناسی مثبت<sup>6</sup> (PPIs) معروف است و به روش های درمانی یا فعالیت های هدفمندی اشاره دارد که هدفش افزایش احساسات مثبت و رفتارها یا شناخت ها می باشد (Moeezadeh, Salagame, 2010). در مورد تعریف بهزیستی، اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد، اما در این موضوع توافق جمعی وجود دارد که بهزیستی شامل چهار بعد سبک زندگی فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و مالی است. بنابراین، بهزیستی اجتماعی یکی از زیرمجموعه های بهزیستی کلی است (Evans, Valletly, 2007). پژوهش های پیشین در مورد بهزیستی اجتماعی ضعیف بوده و بیش تر شامل توصیف و مفهوم سازی این سازه و تعریف شاخص ها و روش های اندازه گیری آن بوده است (Evans, Valletly, 2007). تنها چند مورد پژوهش در مورد رویکردهای درمانی بر بهزیستی

1 - Social Integration

2 - Social Contribution

3 - Social Actualization

4 - Social Coherence

5 - Social Acceptance

6 - Positive Psychology Interventions (PPIs)

اجتماعی مشاهده شد. برای مثال؛ برنامه درمان نگهدارنده متادون باعث بهبود در بهزیستی اجتماعی افراد شرکت کننده در طرح شد (Sun, Chow, Li, & et all, 2015)، رفتار درمانی دیالکتیک باعث افزایش بهزیستی اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی گردید (Iverson, Shenk, Fruzzetti, 2009)، چو و همکاران (Chao, Liu, Wu & ET ALL 2006) نیز نشان دادند که گروه درمانی یادافزایی<sup>1</sup> باعث افزایش بهزیستی اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری می شود. در زمینه ارتباط واقعیت درمانی و بهزیستی اجتماعی پژوهشی مشاهده نشد، اما افزایش بهزیستی هیجانی همواره، یکی از هدف های واقعیت درمانی بوده است (Wubbolding, Brickell, 2014). بهبود بهزیستی شخصی یکی از هدف های آموزشی و درمان واقعیت درمانی است. همچنین، در تعلیم و تربیت دانش آموزان و افزایش بهزیستی روانی نیز یکی دیگر از هدف ها واقعیت درمانی می باشد (Lennon, 2010). در یک پژوهش زمینه یابی، 144 مشاور با رویکرد واقعیت درمانی، گزارش کردند که واقعیت درمانی همراه با مداخلات معنوی می تواند در بهبود بهزیستی مراجعان کارآمد باشد (Jackson, 2014). در کل واقعیت درمانی و تئوری انتخاب راهی برای ورود به بهزیستی مراجعین است (Bilodeau, 2010). بررسی اثر واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی در کنار اثر این رویکرد درمانی بر تعارض های زناشویی بر جنبه های نوین بودن پژوهش می افزاید. از این رو، فرضیه های پژوهش به شرح زیر ارائه می شود. فرضیه نخست: واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، باعث کاهش معنادار تعارض های زناشویی زنان می شود. فرضیه دوم: واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب باعث افزایش بهزیستی اجتماعی زنان می شود.

## روش و طرح پژوهش

این مطالعه از نظر هدف در زمره پژوهش های کاربردی و از نظر روش شناسی جزء طرحهای نیمه آزمایشی می باشد. این پژوهش دارای پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری (1 ماه پس از پس آزمون) و یک گروه آزمایشی (واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب)، دو متغیر وابسته تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی و یک گروه کنترل می باشد. دوره پیگیری درمان به دلایل زیر یک ماه انتخاب شد. نخست: محدودیت زمانی، دوم: امکان ریزش آزمودنی ها با طولانی تر شدن دوره پیگیری سوم: افزایش اثرهای انتقالی با افزایش مدت زمان پیگیری (Ferguson, Takane, 1989) و چهارم: پژوهش های پیشین که به بررسی تاثیر متغیرهای مداخله ای روان درمانی پرداخته اند و نتایج معناداری بدست نیامده است.

<sup>1</sup> - Reminiscence

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: الف: مراسم عروسی را انجام داده باشند و مدت زمان عروسی آن‌ها بیش از ۲ سال و کم‌تر از ده سال باشد. ب: زوج‌ها در کنار یکدیگر زندگی کنند و یکی از آن‌ها به عنوان قهر خانه را ترک نکرده باشد. ج: داشتن نمره تعارض‌های زناشویی کمیته ۱۵۰ و بیشینه ۱۸۶ (Sanai, 2009). د: شرکت نداشتن در هر نوع مداخله درمانی به گونه موازی با مداخله ارایه شده در پژوهش. ه: تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. و: کم‌ترین تحصیلات؛ سیکل. ز: اعتیاد نداشتن هر یک از زوج‌ها. ه: نداشتن روابط فرا زناشویی.

معیارهای خروج از آزمایش نیز عبارت بودند از الف: شرکت نکردن در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول، ب: همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده به وسیله درمانگر و ج: آشکار شدن این که آزمودنی معیارهای ورود به آزمایش را نداشته است.

از دیدگاه واقعیت درمانی، در مورد شمار جلسه‌های درمانی، اگر چه در کل، پندارهای نادرست بسیاری درباره درمان وجود دارد و اغلب افراد باور دارند که درمان کند است و بسیار گران تمام می‌شود، این موضوع در مورد واقعیت درمانی درست نیست. در بسیاری از موارد، بیش‌تر افراد می‌توانند در یک جلسه ورزیده شوند و اغلب ده تا دوازده جلسه کافی است. طول مدت درمان بیش از هر چیز دیگر، به این امر بستگی دارد که درمانگر با چه سرعتی قادر است یک رابطه مراجع درمانگر خوب بر اساس تئوری انتخاب بنا کند. هر چه این رابطه زودتر برقرار شود، زمان لازم برای درمان کم‌تر خواهد بود (Sahebi, 2013). از این رو، با توجه به کارهای بالینی گلاسر (Sahebi, 2013) و به دلیل محدودیت‌های این پژوهش، شمار جلسه‌های درمانی برای آزمودنی‌ها ده جلسه تعیین شد.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش مشتمل بر تمامی زنان با تعارض زناشویی در سال ۱۳۹۴ در شهرستان فسا بود که شرایط ورود به پژوهش را داشتند. آزمودنی‌ها به وسیله فراخوان به مرکز مشاوره راهنمایی شدند، ابتدا یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و سپس پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی اجرا شد. آزمودنی‌ها، در صورت داشتن شرایط ورود به پژوهش، به عنوان نمونه انتخاب می‌شدند. با این روش ۲۵ آزمودنی انتخاب شدند که با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه واقعیت درمانی ۱۳ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر، قرار گرفتند.

## ابزار گردآوری داده ها

در این پژوهش از پرسش نامه های تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی استفاده شد.

**پرسش نامه تعارض های زناشویی:** یک ابزار خودگزارش دهی و شامل 54 پرسش است که به وسیله ثنایی، براتی و بوستانی پور (به نقل از ثنایی، 1387) ساخته شده و در اصل برای شناسایی ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی بکار گرفته می شود. این پرسش نامه از 8 خرده مقیاس تشکیل شده است. به گزارش ثنایی (Sanai, 2009) این پرسش نامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است. دهقان (1380) در هنجاریابی دوباره، آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه را 0/71 گزارش کرده است. در این پژوهش، نتایج زیر مقیاس ها، به دلیل نداشتن نیاز و محدودیت موجود برای شمار صفحه های قابل چاپ مجله، گزارش نشده است.

**پرسش نامه بهزیستی اجتماعی:** این پرسش نامه از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است و مشتمل بر 33 گویه و 5 خرده مقیاس می باشد. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی (Saffarinia, 2013) پایایی پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه برابر 0/85 بدست آمد که رضایت بخش است. هم چنین، نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر کارشناسان حاکی از روایی محتوایی پرسش نامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مولفه های اصلی (PC) از راه چرخش واریماکس بیانگر وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگ تر از یک با عنوان پیوستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده است.

از آن جایی که مداخله درمانی انفرادی است، به دلیل تفاوت های فردی نمی توان همانند درمان های گروهی، محتوای هر جلسه را تعیین کرد. در مداخله های درمانی مرسوم است که مراحل درمان تشریح گردد. در این پژوهش نیز برای ارائه طرح مداخله درمانی، به جای گزارش محتوای هر جلسه، از مراحل استفاده می شود.

**طرح مداخله درمانی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب:** فرایند واقعیت درمانی خانواده و فرایند WDEP در سه مرحله به وسیله دوبا و همکاران (Duba, Graham, Britzman, Minatrea, 2009)، مفهومی سازی شده است.

**مرحله نخست)** سنجش<sup>1</sup>: در مرحله ارزیابی، اعضای خانواده تشویق می شوند که 4 مورد زیر را مورد ارزیابی قرار دهند. نخست: خواسته های خودشان دوم: خواسته های اعضای خانواده شان سوم: ادراکشان در مورد اعضای خانواده و کل خانواده (مثلاً خانواده چکار می کند و چه کارهایی را انجام

<sup>1</sup> - Assessment



نمی دهد؟ بافت و زمینه بحث و جدل ها در خانواده چگونه است؟ اتحادها در خانواده چگونه است، چه موردهایی به خانواده آسیب می زند و چه موردهایی به خانواده کمک می کند؟) و چهارم: انتظاراتشان از مشاوره چیست؟ (Duba, Graham, Britzman, Minatrea, 2009).

هم چنین در طی مرحله نخست (ارزیابی) درمانگر انگیزش اعضای خانواده را موردی ارزیابی قرار می دهد و خانواده را متعهد می کند که آمادگی تغییر در رفتار و نگرششان را داشته باشند. در نهایت، واقعیت درمانگر در مرحله نخست ارزیابی به بررسی ابعاد دیگر ناهماهنگی بین دنیای کیفی اعضای خانواده می پردازد و تلاش می کند که برای این پیش پاسخ هایی بیابد. هر یک از اعضای خانواده درباره کارهایی که انجام می دهند، چه فکر می کنند.

**مرحله دوم)** مداخله خود-سنجی<sup>۱</sup>: در مرحله دوم از همه اعضای خانواده خواسته می شود که رفتار خود را مورد ارزیابی قرار دهند و این که آیا رفتار کلی آن ها (تفکر کردن، انجام دادن، احساس کردن و فیزیولوژی بدن) سهمی مثبت بر خانواده داشته است؟ هم چنین، از اعضای خانواده پرسیده خواهد شد که چه نیازی وجود دارد که با یکدیگر هماهنگ تر و نزدیک تر شوند (Wubbolding, 2000).

**مرحله سوم)** عمل<sup>۲</sup>: از اعضای خانواده خواسته می شود که بمنظور قدرتمند تر کردن ارتباطات بین اعضای خانواده، به عمل بپردازند (وودبولدینگ، 2000). درمانگران تمایل به استفاده از راهکارها و رهنمودهای مستقیم دارند و به روش های انعکاسی (مانند رویکرد راجرز) باوری ندارند و از انواع روش ها و مداخلات برای رسیدن به هدف های زیر در خانواده استفاده می کنند. الف: برآورده کردن نیازهای پنج گانه و ارضای بیش تر دنیای کیفی همه اعضای خانواده. ب: تغییر سطح ادراک اعضای خانواده و افزایش تعاملات با دیگر اعضا. ج: هر کدام از اعضای خانواده به این نتیجه برسند که تنها می توانند رفتار خود را تغییر دهند. هم چنین، اعضای خانواده تشویق خواهند شد که وقت بیش تری را با یک دیگر بگذرانند و تعاملات مثبت را تمرین کنند (Wubbolding, 2000).

در مرحله سوم، درمانگر، خانواده را تشویق خواهد کرد که برنامه و طرح های<sup>۳</sup> جایگزینی را ارایه دهند. طرح باید دارای ویژگی های که به اختصار SAMIC نامیده می شود (شامل سادگی<sup>۴</sup>،

<sup>۱</sup> - Self-Evaluation

<sup>۲</sup> - Action

<sup>۳</sup> - Plan

<sup>۴</sup> - Simple

دردسترس<sup>1</sup>، قابل اندازه گیری<sup>2</sup>، فوریت زمانی<sup>3</sup> و پایدار<sup>4</sup>، یا قابلیت انجام دوباره<sup>5</sup> باشد. هر یک از اعضای خانواده تشویق خواهد شد که دیدگاه و ادراکش را مبنی بر این که دیگران مسئول شاد کردن و راضی کردن او هستند، تغییر دهد. درمانگر از هر یک از اعضای خانواده خواهد خواست که با استفاده از رفتار کلی (شامل فکر کردن، انجام دادن، احساس کردن و فیزیولوژی بدن) چگونه می تواند هر یک از پنج نیاز اصلی مثلاً نیاز به تفریح خود را برآورده کند. هم چنین، درمانگر از اعضای خانواده خواهد خواست که زمان های خاصی را در طول هفته برای با هم بودن اختصاص دهند.

## یافته ها

آمار توصیفی نتایج پژوهش در جدول 1 ارائه شده است. در گروه آزمایشی واقعیت درمانی، 13 نفر و در گروه کنترل 12 نفر قرار داشتند. میانگین سنی و سال تحصیلی کل آزمودنی ها، به ترتیب 28/64 و 12/16 سال بود.

جدول 1- آمار توصیفی متغیرهای پژوهش.

گروه پیگیری		پس آزمون				پیش آزمون						
گروه کنترل		واقعیت درمانی		گروه کنترل		واقعیت درمانی		گروه کنترل			واقعیت درمانی	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		SD	M
۱۴/۱۷	۱۶۷/۲۵	۱۴/۸۱	۱۳۰/۳۸	۱۴/۵۵	۱۶۲/۲۵	۲۲/۶۴	۱۱۰/۸۵	۱۱/۵۸	۱۶۵/۵۸	۱۱/۹۳	۱۶۴/۱۵	تعارض های زناشویی
۱۰/۱۹	۹۱/۹۲	۱۰/۹۸	۹۸/۱۵	۱۲/۱۳	۹۴/۰۰	۱۴/۳۸	۱۰۱/۰۸	۱۵/۰۱	۹۱/۵۰	۱۶/۹۵	۹۷/۲۳	بهزیستی اجتماعی
۳/۵۳	۲۰/۵۸	۳/۰۰	۲۱/۰۰	۳/۵۵	۲۰/۷۵	۳/۹۳	۲۱/۵۴	۳/۸۹	۱۸/۸۳	۴/۹۱	۲۰/۷۷	همبستگی اجتماعی
۳/۷۴	۱۵/۸۳	۳/۷۱	۱۹/۶۲	۳/۹۵	۱۶/۰۰	۳/۹۶	۱۹/۸۵	۳/۲۱	۱۶/۵۰	۳/۸۰	۱۸/۰۸	انسجام اجتماعی
۲/۱۰	۱۸/۰۸	۲/۳۳	۱۹/۳۸	۲/۲۹	۱۸/۱۷	۲/۷۸	۱۹/۶۲	۴/۴۹	۱۸/۸۳	۵/۱۷	۲۰/۴۶	مشارکت اجتماعی
۴/۱۰	۲۱/۴۲	۳/۲۸	۲۱/۳۸	۴/۱۲	۲۱/۵۰	۳/۷۸	۲۱/۶۲	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۴/۴۱	۲۰/۵۴	شکوفایی اجتماعی
۳/۱۰	۱۷/۵۰	۴/۱۳	۱۷/۹۲	۳/۳۸	۱۷/۵۸	۴/۲۵	۱۸/۴۶	۳/۸۵	۱۷/۳۳	۳/۴۷	۱۷/۳۱	پذیرش اجتماعی

1 - Attainable  
 2 - Measurable  
 3 - Immediate  
 4 - Consistent  
 5 - Repetitive

در ارایه آمار توصیفی پژوهش (جدول ۱) از ارایه زیر مقیاس های تعارض های زناشویی به علت محدودیت حجم مقاله جهت چاپ و هم چنین، عدم نیاز در تحلیل نهایی خودداری شده است. برای سنجش پیش فرض توزیع بهنجار و برابری واریانس های بین گروهی از آزمون شایپرو-ویلک استفاده شد و برای همگنی خطای واریانس های متغیرهای وابسته در میان تمام گروهها برای متغیرهای وابسته آزمون لیون (جدول ۲) بکار برده شد.

### جدول ۲- آزمون های مرتبط با سنجش نرمال بودن توزیع و همگنی خطای واریانس.

آزمون لیون				شایپرو ویلک			گروه
Sig.	Df2	Df1	F	Sig.	df	statistic	
0/748	23	1	0/106	0/003	25	0/860	تعارض های زناشویی
							پیش آزمون
0/044	23	1	4/526	0/004	25	0/917	پس آزمون
0/080	23	1	3/352	0/586	25	0/968	پیگیری
0/422	23	1	0/669	0/004	25	0/917	بهزیستی اجتماعی
							پیش آزمون
0/278	23	1	1/234	0/043	25	0/916	پس آزمون
0/753	23	1	0/102	0/287	25	0/953	پیگیری

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، متغیرهای تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی، دارای توزیع نرمال نمی باشد زیرا نتایج آزمون شایپرو ویلک در پیش آزمون ( $P < 0/003$ ) و پس آزمون تعارض های زناشویی ( $P < 0/003$ ) و هم چنین، در گروه پیش آزمون ( $P < 0/004$ ) و پس آزمون ( $P < 0/004$ ) بهزیستی اجتماعی معنادار بود و این به معنای آن است که توزیع پیش آزمون نرمال نمی باشد. هم چنین، نتایج آزمون لوین در گروه پس آزمون تعارض های زناشویی ( $P < 0/044$ ) معنادار بود و این معناداری به این مفهوم است که فرض برابری واریانس های بین گروهی یا همگنی خطای واریانس های متغیرهای وابسته در میان تمام گروهها که با آزمون لوین اندازه گیری می شوند را دارا نمی باشند. از این رو، لازم است برای آزمون فرضیه های پژوهش (اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری بر تعارض های زناشویی و بهزیستی اجتماعی) از معادل ناپارامتریک تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، یعنی آزمون فریدمن استفاده شود.

**فرضیه نخست پژوهش:** " واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، باعث کاهش معنادار تعارض های زناشویی زنان می گردد". همان گونه که توضیح داده شد، از آزمون فریدمن استفاده گردید (جدول 3).

جدول ۳- آزمون فریدمن.

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه
0/004	11/200	2	2/48	11/54	164/84	پیش واقعیت درمانی آزمون
			1/56	32/25	135/52	پس آزمون
			1/96	27/45	148/08	پیگیری

نتایج آزمون فریدمن (جدول 3)- با توجه به معناداری آماره مجذور خی ( $P < 0/001$ ) - نشان داد که می توان اثربخش بودن مداخله های درمانی واقعیت درمانی را در مقایسه با گروه کنترل در کاهش تعارض های زناشویی (فرضیه یک) برداشت کرد (نمردار 1).

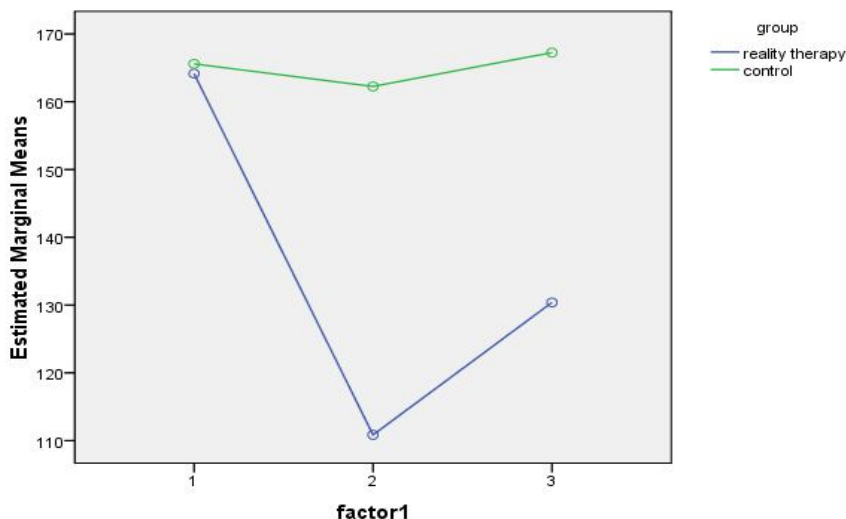
**فرضیه دوم پژوهش:** " واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب باعث افزایش بهزیستی اجتماعی زنان می گردد". همان گونه که توضیح داده شد، آزمون فریدمن بکار برده شد (جدول 4).

جدول ۴- آزمون فریدمن.

Sig.	Chi-square	df	Mean Rank	SD	M	گروه
۰/۶۰۳	۱/۰۱۰	۲	۱/۹۰	۱۵/۹۸	۹۴/۴۸	پیش آزمون بهزیستی اجتماعی
			۲/۱۶	۱۳/۵۶	۹۷/۶۸	پس آزمون
			۱/۹۴	۱۰/۸۲	۹۵/۱۶	پیگیری
۰/۰۴۶	۶/۱۶۱	۲	۱/۶۴	۴/۴۶	۱۹/۸۴	پیش آزمون پیوستگی اجتماعی
			۲/۲۸	۳/۷۰	۲۱/۱۶	پس آزمون
			۲/۰۸	۳/۲۳	۲۰/۸۰	پیگیری
۰/۰۴۴	۶/۲۴۱	۲	۱/۶۴	۳/۵۸	۱۷/۳۲	پیش آزمون پذیرش اجتماعی
			۲/۲۶	۳/۸۱	۱۸/۰۴	پس آزمون
			۲/۱۰	۳/۵۹	۱۷/۷۲	پیگیری

نتایج آزمون فریدمن برای اثر واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی (جدول 4) معنادار ( $P < 0/603$ ) نبود، اما آزمون فریدمن برای دو زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی ( $P < 0/046$ ) و پذیرش اجتماعی ( $P < 0/044$ ) معناراً بود.

Estimated Marginal Means of MEASURE\_1



### نمودار ۱

نمودار ۱ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمره های تعارضات زناشویی در دو گروه تقریباً نزدیک به هم می باشد، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با کاهش نمره های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل همراه بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که رویکرد واقعیت درمانی، به گونه ای کارآمد تعارض های زناشویی را در مقایسه با گروه کنترل در زنان کاهش می دهد. هم چنین، با وجود آن که مداخله واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی آزمودنی ها اثر بخشی نداشت، اما بر دو زیر مقیاس پیوستگی اجتماعی ( $P < 0/046$ ) و پذیرش اجتماعی ( $P < 0/044$ ) اثربخشی معنادار داشت.

یک بررسی صوری به وسیله پژوهشگر نشان داد که در سال های اخیر، حدود نیمی از پژوهش های علمی - پژوهشی در حوزه خانواده درمانی با استفاده از این رویکرد انجام گرفته است. بر اساس نظر پژوهشگر علت استقبال به این رویکرد را می توان به دلایل زیر دانست. نخست: فعالیت رسمی موسسه ولیام گلاسر به سرپرستی دکتر علی صاحبی در ایران است که هر ساله شمار شایان توجهی درمانگر را با مدرک مورد تایید موسسه جهانی ولیام گلاسر آموزش می دهد. دوم: کارآیی این روش درمانی برای دامنه ای وسیع از مشکلات رفتاری، تعلیم و تربیتی و خانوادگی. سوم:

همسو بودن این روش درمانی با فرهنگ ایرانی و آمیزه‌های دین اسلام با تاکید بر مسئولیت‌پذیری و تعقل د: سادگی مفاهیم و روش درمانی، به گونه‌ای که موسسه ویلیام گلاسر، هیچ محدودیت‌گرایش تحصیلی را برای آموزش درمانگران قایل نشده است. دلیل این امر نیز می‌تواند این باشد که واقعیت‌درمانی و نظریه انتخاب، پیش از آن که یک روش درمانی باشد، یک فلسفه و روش زندگی است که همه افراد می‌توانند از آن بهرمنند شوند (Corey, 2013).

در پژوهش‌های پیشین هر چند که به بررسی اثر واقعیت‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی پرداخته نشده بود، اما پژوهش‌های متعددی به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی هیجانی (Wubbolding, Brickell, 2014)، بهزیستی آموزشی و تربیتی (Lennon, 2010) و افزایش بهزیستی هیجانی (Bilodeau, 2010, Jackson, 2014 & Wubbolding, Brickell, 2014) پرداخته‌اند، اما در مورد اثرهای روان‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی، تنها دو پژوهش یافت شد که عبارت بودند از: اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش بهزیستی اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی (Iverson, Shenk, Fruzzetti, 2009) و اثربخشی گروه‌درمانی بر بهزیستی مددجویان (Chao, Liu, Wu & ET ALL 2006). پذیرش اجتماعی به عنوان یکی از زیرمقیاس‌های بهزیستی اجتماعی که در این پژوهش تحت تاثیر واقعیت‌درمانی قرار گرفت، دیدگاه مثبت فرد نسبت به اجتماع می‌باشد. پذیرش اجتماعی اشاره دارد به این که فرد چقدر احساس خوبی نسبت به دیگران دارد و چقدر افراد دیگر را با صداقت و با پشتکار می‌داند (Radzyk, 2015). پذیرش اجتماعی بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی را دارا می‌باشند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و بر این باورند که مردم قادرند خوب باشند. روی هم رفته، پذیرش اجتماعی، به معنای داشتن دید مثبت به ماهیت انسان و احساس راحت بودن با دیگران است (Keyes, 1998). پیوستگی اجتماعی نیز شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش‌بینی چیزی است که در جهان پیرامون رخ می‌دهد (Keyes, 1998). پیوستگی اجتماعی به ادراک خصوصیات، سازمان‌بندی و عملکرد جامعه و میزان علاقه افراد به شناخت جهان مربوط می‌شود. افراد با پیوستگی اجتماعی بالا احساس می‌کنند که فهم روشن‌تری از جهانی که در آن زندگی می‌کنند، دارند. اگر چه آن‌ها آگاه هستند که جهان آنها کامل نیست، اما برای رسیدن به هدف‌های و خواسته‌های شان، با برنامه‌ریزی بهتر حرکت می‌کنند (Radzyk, 2015). پیوستگی اجتماعی بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی است و شامل علاقمندی و اهمیت دادن به شناخت دنیاست. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی را دارا هستند، نه تنها به دنیایی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند بلکه احساس می‌کنند که می‌توانند از حوادث اطرافشان سر در بیاورند و مایلند معنی زندگی را بفهمند.

همان گونه که نتایج پژوهش نشان دادند، رویکرد واقعیت درمانی، تنها توانست بر دو زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی اثربخشی داشته باشد. به نظر پژوهشگران این پژوهش، روان درمانی توانایی اثرگذاری بر بهزیستی کلی<sup>۱</sup> افراد را ندارد یا در خوش‌بینانه‌ترین حالت، قادر به پیش‌بینی واریانس بسیار کوچکی از بهزیستی کلی خواهد بود زیرا، بهزیستی کلی افراد با متغیرهای بسیار زیادی از جمله اقتصادی و مالی (Burholt, Windle, 2006)، فیزیکی (Department of Health, 2002)، تغذیه و جنسیت (Kenny, Kenny, 2006) و فرهنگ (Eames, 2006)، در ارتباط است. بنابراین، صرف روان درمانی قادر به افزایش شایان توجه متغیرهای بالا نخواهد بود. از این رو، در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیش‌بینی آن به عنوان یکی از زیر مقیاس‌های بهزیستی کلی افراد یک جامعه، باید به ساختار حاکمیت و منابع حمایتی و سرمایه‌های اجتماعی آن جامعه رجوع کرد. ارتقای بهزیستی اجتماعی در یک جامعه، تنها به عملکرد افراد خاصی مانند مشاور و روان‌درمان‌گر محدود نمی‌شود و هماهنگی و تلاش کل سیستم، نهادها و سازمان‌ها و برنامه‌های کلان کشور را نیاز دارد. از این روست که "شواهد کنونی نشان می‌دهد بهبود و ارتقای بهزیستی اجتماعی یکی از اولویت‌های سیاسی دولت‌مردان کشورهای پیشرفته شده است" (ژوزف، 2004). البته، با توجه به پژوهش‌های محدود در زمینه تاثیرپذیری بهزیستی اجتماعی از روان‌درمانی - در کنار نتایج بدست آمده از این پژوهش - می‌توان گفت که موضوع اثربخشی روان‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی و از آن مهم‌تر مدل‌سازی متغیرهای تاثیرگذار و متاثر از بهزیستی اجتماعی، می‌تواند یک حوزه پژوهشی مناسب را برای پژوهشگران فراهم کند.

### پیشنادهای پژوهش

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهادهای زیر برای پژوهشگران دیگر ارائه می‌شود:

یک: با توجه به این که در زمینه زیرمقیاس‌های بهزیستی اجتماعی و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دیگر این پژوهش، پژوهشی مشاهده نشده است، این پرسش مطرح می‌شود که چرا تنها دو زیر مقیاس تحت تاثیر معنادار واقعیت درمانی قرار گرفتند و در مورد سه متغیر دیگر اثر بخشی مشاهده نگردید؟ هم چنین، به دلیل شمار کم آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (13 نفر) و مشکل تعمیم یافته‌های آن، لزوم پژوهش‌های مشابه و بیش‌تر را هم در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش زیرمقیاس‌ها و هم در زمینه تایید اثر بخشی واقعیت درمانی بر بهزیستی اجتماعی پیشنهاد می‌گردد.

<sup>1</sup> - General Well-being

دو: با توجه به اثرگذاری متغیرهای متعددی در بهزیستی اجتماعی افراد، لزوم اجرای پژوهش‌هایی که به مدل سازی بهزیستی اجتماعی توجه کنند، بایسته است.  
سه: پژوهش های پیشین نشان داده اند برای هر دوره سنی و یا هر نوع محدودیت جسمی (Department of Health, 2002) نیاز سنجی های متفاوتی برای ارتقاء بهزیستی اجتماعی آنان مطرح است. از این رو، پیشنهاد می گردد که پژوهشگران داخل کشور به این امر توجه کنند.

### **References**

- Albert, A.(2012). The Effects of Facebook on Egyptian Students' Social Well-being. Scientific Reports. Volume 1 • Issue 10.p 2-13.
- Bahramnia.M., Fallahchai.S.R.,& Mohammadi, K.(2013). Studying the Comparison of Marital Conflict Dimensions in Couples with Marital Conflicts and Emotionally Divorced Women in Bandar Abbas, Iran. Academic Journal of Psychological Studies. Vol. 2, Issue 1, 7-14, 2013.
- Bilodeau, S. (2010). Project: Impact Reality Therapy. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy • Spring 2010 • Vol. XXIX, number 2.69.
- Bradley, E.L. (2014). Choice theory and reality therapy: an overview. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy. Vol. XXXIV, No. 1, Fall.p.6-14.
- Brock, R. L., & Lawrence, E. (2011). Marriage as a risk factor for internalizing disorders: Clarifying scope and specificity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(5), 577–589.
- Burholt, V. & Windle, G. (2006) The Material Resources and Well-being of Older People. York: Joseph Rowntree Foundation.p 32.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital function, chronic pain, and psychological distress. Pain, 107, 99–106.
- Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., Jin, S.F., Chu, T.L., Huang, T.S. & Clark, M.J. (2006) 'The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents', The Journal of Nursing Research: JNR, Vol. 14, No. 1, pp. 36–45. P 1-34.
- Corey, G. (2013). Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 9Th edition, 333-359. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Department of Health (2002) The Health Survey for England: The Health of Older People. London: The Stationery Office.p.21.
- Doss, B., Simpson, L., & Christensen, A. (2004). Why does couple seek marital therapy? Professional Psychology: Research and Practice, 35 (6), 608-614.



- Duba, J. D., Graham, M., Britzman, M., & Minatrea, N. (2009). Introducing the “basic needs genogram” in reality therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 2, 15–19.
- Eames, P (2006). *Cultural Well-being and Cultural Capital*. Pub. PSE Consultancy: 65pp. [available from [www.artsaccessinternational.org](http://www.artsaccessinternational.org) ].
- Evans, S., & Vallely, S. (2007). Best practice in promoting social well-being in extra care housing. A literature review. First published by the Joseph Rowntree Foundation. p 1-34.
- Ferguson, G.A., & Takane, Y. (1989). *Statistical analysis in psychology and education*. Translated by Delavar, A., Naghshbandi, S. (2005). Arasbaran publishing Co. forth press. P:293. [Persian].
- Finkel, E.J., Slotter, E.B., Luchies, L.B., Walton, G.M., & Gross, J.J. (2013). A Brief Intervention to Promote Conflict Reappraisal Preserves Marital Quality Over Time. *Psychological Science*. XX(X) 1–7.
- Hashemi T., Hekmati I, Vahedi SH., & Babapour J. (2014). Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* Vol. 8, No. 1, Spring 2014 Pages: 11-19. [Persian].
- Holt-Lunstad, J., & Birmingham, W. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 239–244.
- Jackson, D. (2014). Reality therapy counselors using spiritual interventions in therap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • Spring • Vol. XXXIII, number 2 .72.
- Joseph Rowntree Foundation (2004) JRF Task Group on Housing, Money, and Care for Older People. *From Welfare to Well-being – Planning for an Ageing Society*. York: Joseph Rowntree Foundation (available at <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/034.asp>).
- Iverson, K., Shenk, C., & Fruzzetti, A. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study*. Professional Psychology: Research and Practice © 2009 American Psychological Association. Vol. 40, No. 3, 242–248.
- Gallager, M.W., & Lopez, S.J. (2009). Preacer KJ. The hierarchical structure of well-being. *J Pers.* 2009; 77(4):1025-50.
- Galinsky, AG & Waite, L.J. (2014). Sexual Activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci gbt* 165 first published online January 27.
- Glasser .W. (2000). *Counseling with choice therapy: The new reality therapy*. New York: Harper-Collins.
- Gouin, J., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J., & Houts, C. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 898–904.

- Howatt, W. (2001). The Evolution of Reality Therapy to Choice Theory. *International Journal of Reality Therapy*, 21(1), 7-12.
- Joshanlo , M., Rostami, R., Nosratabadi,M.(2006). *journal of Psychological science*,(summer)vol.5 Issue.18.166-188.[Persian].
- Kenny, A. & Kenny, C. (2006). Life, Liberty and the Pursuit of Utility. Happiness in philosophical and economic thought. In J.p1-30.
- Keyes, C.L.M. (1998).Social well-being. *Soc Psychol Quart.* 1998; 61(2):121-40.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *Am Psychol.* 2007; 62(2):95-108.
- Keyes, C.L.M. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes CLM ,editor. *Mental Health: International contributions to the study of positive mental health.* New York: Springer; 2013.p:396.
- Kumar, K. (2013). The Role of Social Rituals in Well-being. In: Morandi A, Nambi N, editors. *Integrated View of Health and Well-being: Bridging Indian and Western Knowledge.* New York: Springer; p 396.
- Lennon, B. (2010).Choice Theory: A Global Perspective. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy • Spring • Vol. XXIX, number.16.*
- Litwack, L. (2007). Research Review: Dissertations on Reality Therapy and Choice Theory-1970- 2007. *International Journal of Reality Therapy*, Fall 2007, 27 (1), 14-16.
- Metz, M. E., & Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139– 164.
- Moenizadeh, M., & Salagame, K.K.(2010). The Impact of Well - Being Therapy on Symptoms of Depression. *International Journal of Psychological Studies.* Vol. 2, No. 2; December 2010.p.223-230.
- Ngozi,O. Peter, N. & Stela, A. (2013). The Impact of Marital Conflicts on the Psychosocial Adjustment of Adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies.*p 320-326.
- Otis-Green S, & Juarez G.(2012). Enhancing the social Well-being of family caregivers. *Semin Onco Nurs.* 2012; 28(4):256-5.
- Radzyk, J. (2015). Evaluation of a new Social Well-Being uestionnaire. Bachelor thesis Psychology. Department of Psychology, Health & Technology.University of Twente, Netherlands.p 1-54.
- Saffarinia, M. (2013). *Social psychology and personality tests.* Arjomand publishing Co. first press.p:56.[Persian].
- Sahebi, A. (2013). *William glasser: the founder of choice theory and reality therapy.* Danje publishing Co. first press.p:30. .[Persian].
- Sanai, B. (2009). *Family & marriage scales .* besat publishing Co. second press.p:57.[Persian].

- Sun, H., Li, X., Chow, E.P., Li, T., Xian, Y., Lu, U., Tian, T. Zhuang, X., & Zhang, L.(2015). programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* access.p 1-11.
- Tavakolizadeh, J., Nejatian, M., & Soori., A.(2015). The Effectiveness of communication skills training on marital conflicts and its different aspects in women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 171 ( 2015) 214 – 221.
- Wang, Q., Wang, D., Li, C., & Miller, R.B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18 (1), 33-39.
- Wubbolding, R. E. (2000). *Reality therapy for the 21st century*. New York, NY: Routledge.
- Wubbolding, R. E. (2010). *Reality therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Wubbolding, R., Robey, P., & Brickell, J. (2010). A Partial and Tentative Look at the Future of Choice Theory, Reality Therapy and Lead Management. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 29(2), 25-34.
- Wubbolding, R.E., & Brickell, J.(2014). The work of brandi roth. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* • Spring • Vol. XXXIII, number 2 • 6.
- Young, M., & Wilmott, P. (2013). *Family and kinship in East London*. Routledge publication.

