رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۲، شماره پیاپی ۷۱، اردیبهشت ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(2), 2022

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

The Effectiveness of Reality Therapy on the Marital Conflict and severity Disability in Women with Multiple Sclerosis

شکوه قارونی (نویسنده مسئول)
دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
دکتر طیبه زندی پور
استاد گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
دکتر سیمین حسینیان
استاد گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

Shokouh Gharouni*
Master's graduate University, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
Shokouhgharooni@gmail.com
Dr. Tayebeh Zandipour
Professor, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
Dr. Simin Hosseinian
Professor, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس و کلینیک‌های تخصصی شهر قزوین در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۶ بودند که از بین آنها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در ۲ گروه ۱۲ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای بصورت هفتگی تحت آموزش واقعیت‌درمانی قرار گرفتند. اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ی تعارضات زناشویی (ثنائی و همکاران، ۱۳۷۵) و مقیاس ناتوانی گسترش یافته (EDSS) (کورتزک، ۱۹۸۳) بود. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS-۱۸ استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی به طور معناداری موجب کاهش تعارضات زناشویی (P<۰/۰۱) و شدت ناتوانی (P<۰/۰۱). زنان مبتلا به ام.اس شد. براساس نتایج، واقعیت‌درمانی جهت بهبود روابط زوجی و شدت ناتوانی زنان مبتلا به ام.اس می‌تواند مورد استفاده درمانگران و مشاوران متخصص قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *تعارضات زناشویی- شدت ناتوانی- واقعیت‌درمانی- مولتیپل اسکلروزیس (ام اس).*

Abstract
The purpose of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy on marital conflict and the severity of Disability in women with Multiple Sclerosis. This is a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and a control group. The statistical population of the study included all female patients with MS referred to the MS Society and specialized clinics in Qazvin in the third quarter of 2018 Among them, 24 people were selected by a convenience sampling method and randomly assigned to two groups of experimental and control (12 in each group). The experimental group received reality therapy training in 8 sessions of 90-75 minutes per week. However, the control group did not receive any intervention. The data collection tool was the Marital Conflict Questionnaire (Sanaei et al., 1996), and Expanded Disability Status Scale (EDSS) (Kurtzke, 1983). multivariate analysis of covariance and SPSS-18 software was used to analyze the data. Results revealed that reality therapy significantly reduced marital conflicts in women with MS (P<0.01) and severity of Disability (P<0/01). According to the results, reality therapy can be used by therapists and expert counselors to improve the marital relationships and severity of Disability of women with MS.

Keywords: *marital conflict, severity Disability, reality therapy, Multiple Sclerosis (MS).*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1](MS) شایع‌ترین اختلال عصبی مزمن در بزرگسالان جوان است که اثرات بالقوه متعددی بر عملکرد عصبی دارد (درولوویچ[2] و همکاران، ۲۰۲۰). علائم بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (آل حسین و همکاران، ۲۰۲۰) از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت است، اما می‌تواند شامل خستگی، خواب رفتگی[3] در اندام‌ها، اختلال در راه رفتن، از دست دادن تعادل، از دست دادن بینایی، اختلال عملکرد روده و مثانه، اضطراب، افسردگی، و اختلال عملکرد جنسی باشد (والین[4] و همکاران، ۲۰۱۹)؛ و براساس الگوی پیشرفت به چهارگروه با پیشرفت اولیه[5]، عودکننده-فروکش کننده[6]، و پیشرفت ثانویه[7]، و عودکننده پیشرونده[8] طبقه‌بندی می‌شود. سبب‌شناسی ام.اس در دهه‌های اخیر تغییر نموده تا آنجا که گزارشات متعدد روزانه مبنی بر افزایش میزان شیوع بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود و براساس برآوردهای انجام شده در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از این بیماری رنج می‌برند (اسمیدت و جوستینگمیر[9]، ۲۰۱۹). ایران از نظر شیوع اگر چه جزء مناطق با ریسک پایین، با شیوع کمتر از ۵/۱۰۰۰۰۰ طبقه‌بندی شده است، ولی در مطالعات گسترده‌ای که در مناطق مختلف ایران به انجام رسیده شیوع آن از ۷۴/۲ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در تهران تا ۵/۳ در استان خراسان جنوبی متغیر بوده است و مطالعه مرور سیستماتیک انجام شده در این زمینه مطرح کننده افزایش میزان شیوع از ریسک کم به ریسک متوسط، به‌ویژه در شهرهای بزرگ بوده است (حسینی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰). بیماری در غالب موارد افراد جوان را درگیر می‌سازد و موجب بروز ناتوانی در آنها می‌شود؛ این بیماری در زنان ۳ برابر بیشتر از مردان است (مجیاری و سورنسن[10]، ۲۰۱۹). هرچند علت شیوع مشخص نیست، بدون تردید عوامل محیطی از جمله استرس‌ها بی تأثیر نیستند و شکی نیست که استرس و عوامل روانی در تشدید بیماری و بروز حملات جدید نقش بسزایی دارند. برای بیماران مبتلا به MS آنچه بیش از دارو و درمان‌های پیچیده توصیه می‌شود، دوری از اضطراب، استرس، و تنش‌های روانی است (ریندرس[11] و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری با تغییرات شخصیتی و شناختی و درکل روان‌شناختی همراه است و پریشانی روان‌شناختی به عنوان محرک و برانگیزاننده برای تشدید و عود بیماری در نظر گرفته می‌شود. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند پریشانی روان‌شناختی در این افراد با تغییرات بیولوژیکی نیز همراه است (کیمنتی[12] و همکاران، ۲۰۱۷). MS بعنوان یک بیماری مزمن، پیچیده و چندجانبه تأثیر عمیقی بر زندگی بیمار دارد و پیامدهای اجتماعی، روانی و فیزیکی برای بیمار و خانواده وی ایجاد می‌کند. چراکه اعضای خانواده سیستمی را تشکیل می‌دهند که شبکه‌ای از روابط متقابل را منعکس می‌سازد، و بیماری یکی از اعضا بر همه افرادی که از نظر عاطفی با فرد بیمار در تعامل هستند تأثیر می‌گذارد (تردر-روچنا[13]، ۲۰۲۰). بیماری‌های مزمن چون MS سبب ایجاد مشکلات ارتباطی، تغییر شخصیتی، بی‌ثباتی هیجانی، مشکلات اقتصادی و.... می‌شود، و بار اثرات جسمی و روانی ام.اس می‌تواند تأثیر عمیقی بر زوج‌ها و روابط آنها در طول زمان داشته باشد (واورزیچنی[14] و همکاران، ۲۰۱۹؛ ساميوس[15] و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به MS ممکن است اختلال عملکرد جنسی، ضعف اندام، خستگی، درد، کاهش خلق و خود و اختلال عملکرد روده/مثانه را تجربه کنند که به طور بالقوه بر توانایی آنها برای شرکت در بسیاری از فعالیت‌ها از جمله روابط با همسر تأثیر می‌گذارد (تبسم[16] و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا نتایج مطالعات نشان می‌دهد، MS موجب کاهش صمیمیت در روابط زوجی فرد مبتلا شده (قاسمی و همکاران، ۲۰۲۰؛

1 multiple sclerosis(MS)
2 Drulovic
3 paresthesia
4 Wallin
5 primary progressive
6 relapsing-remitting
7 secondary progressive
8 progressive relapsing
9 Schmidt, & Jöstingmeyer
10 Magyari, & Sorensen
11 Reynders
12 Cimenti
13 Treder-Rochna
14 Wawrziczny
15 Samios
16 Tabassum

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

رابرتسون[1] و همکاران، ۲۰۱۸) و موجبات ایجاد آشفتگی بین زوجین و تعارضات زناشویی[2] را فراهم می‌سازد (رحمن[3] و همکاران، ۲۰۱۷). تعارضات زناشویی از پدیده‌هایی است که کیان خانواده را با خطر جدی مواجه می‌کند (ویلسون[4] و همکاران، ۲۰۱۷). ماخانووا[5] و همکاران (۲۰۱۸) اذعان می‌دارند زمانی که هر یک از زوجین اهداف، نیازها، امیال شخصی خود را با اهداف، نیازها، و امیال شخصی طرف مقابلش ناهمساز می‌بینند تعارض زناشویی پدید می‌آید. تعارضات زناشویی ممکن است اشکال گوناگونی داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین زوجین بروز کند و نهایتاً منجر به طلاق شود (کریبت[6] و همکاران، ۲۰۱۷). تعارضات زناشویی گاهی به حدی شدت می‌یابد که احساس خشم، خشونت، کینه و نفرت و سوء رفتار فیزیکی و کلامی در روابط بین زوجین حاکم می‌شود و به شکل تخریب‌گر و ویران‌گر بروز می‌کند (لی و لیو[7]، ۲۰۲۰).

یکی از نظریه‌هایی که به مطالعه روابط زناشویی و ثبات و پایداری ازدواج‌ها می‌پردازد، نظریه‌ی واقعیت‌درمانی[8] است که توسط گلاسر[9] تدوین شده است. یک رویکرد نسبتاً صریح که به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع بینانه اعتماد دارد. این رویکرد مواجه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی درباره رفتارهای درست و نادرست را مورد تأکید قرار می دهد. براساس این رویکرد، فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساست خود نیز مسئول است. فرد، قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد. این رویکرد درمانی، هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار و هم در مورد تدوین شیوه‌های مناسب رفتار به کار می‌رود (پرزمن و مورفی[10]، ۲۰۱۶). هدف واقعیت‌درمانی کاهش کنترل بیرونی و رشد کنترل درونی در زوج است، هدف آن است که هر زوج نیاز به کنترل همسر را در خود کاهش دهد و بیشتر به کنترل خود بپردازد. یعنی به جای سعی در به کنترل در آوردن همسر، سعی در به کنترل در آوردن رفتار خود داشته باشد (وابولدینگ و بریکل[11]، ۲۰۱۷). این شیوه درمان، مواجهه با واقعیت، پذیرش مسئولیت، تشخیص نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی در مورد رفتار درست یا نادرست، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه دست یابی به هویتی مثبت و موفق که مستقیماً با عزت نفس ارتباط دارد تأکید می‌کند (وابولدینگ، ۲۰۱۹). به اعتقاد گلاسر افراد ظرفیت استفاده از استعدادهای خود به منظور یادگیری و رشد دارند و هر فردی خودمختار است. بنابراین در صورتی که فردی به جای تکیه بر شرایط بیشتر بر تصمیمات خود تکیه کند، با احساس مسئولیت‌پذیری بیشتری زندگی می‌کند و در نتیجه زندگی ارضاکننده‌تر و موفق‌تری خواهد داشت (هولند و واکر[12]، ۲۰۱۸). واقعیت‌درمانی نظامی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند زندگی خود را به طور مؤثر کنترل نمایند و در برابر مشکلات عاطفی قبول مسئولیت کنند و با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای افراد در فرآیند زندگی به ایجاد احساسات مثبت کمک نمایند. از نظر گلاسر بهترین راه درمان مشکلات زناشویی، تغییر رفتار از طریق انتخاب اعمال مفید و سازنده است. تغییر رفتار نه بر اساس اصول رفتارگرایی بلکه از طریق انتخاب رفتارهایی که موجب بهبود رابطه زن و شوهر می‌شود (کی‌قبادی و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر روابط زوجین بررسی و تأیید کرده‌اند. محمودیان و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر بی‌میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که واقعیت درمانی بی‌میلی جسمی، بی‌میلی هیجانی و بی‌میلی روانی را کاهش می‌دهد و بر تسلط بر محیط، پذیرش مثبت، رابطه مثبت، هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری بطور کلی بهزیستی روانشناختی مؤثر است. نتایج پژوهش بدخشان و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد واقعیت درمانی بر کارکردهای خانوادگی زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخشی دارد. علیرضایی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی مثبت و دارای اثر ماندگار است. السید و الیاس[13] (۲۰۱۶) در پژوهشی بر روی زنان ۱۹ تا ۵۸ سال سعودی اثربخشی واقعیت درمانی را بررسی کردند و به این نتیجه

1 Robertson
2 Marital Conflict
3 Rehman
4 Wilson
5 Makhanova
6 Cribbet
7 Li, & Liu
8 Reality Therapy
9 Glasser
10 Prezman, & Murphy
11 Wubbolding, & Brickell
12 Holland, & Walker
13 Elsayed, & Elyas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

دست یافتند که واقعیت‌درمانی، سازگاری زناشویی را بهبود می‌بخشد. فیتزجرالد[1] (۲۰۱۱) در یک مطالعه مروری تحت عنوان واقعیت‌درمانی بر مشاوره نظام‌های زناشویی و خانوادگی، سیر تاریخی شکل‌گیری واقعیت‌درمانی و تغییرات ایجاد شده در این درمان و به تفکیک اثربخشی آن را بر مشکلات مختلف از جمله مشکلات زناشویی بررسی کرده است. نتایج نشان داد از آنجا که دوست داشتن و سازگاری یک شخص نیازمند آگاهی از تأثیر انتخاب‌های شخص مقابل و خود شخص است، این نوع درمان می‌تواند در حل تعارض‌های زناشویی مؤثر باشد. مطالعات دیگری نیز اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر کیفیت خواب، خودکارآمدی، تاب‌آوری، سبک‌های ابراز هیجان، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS و سایر بیماری‌های مزمن بررسی و تأیید نموده‌اند (شمس و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسکندری و همکاران، ۱۳۹۹؛ رمضانی و احتشامی، ۱۳۹۹).

به طور کلی با عنایت به آنچه مطرح شد می‌توان گفت زندگی مشترک بر پایه ارتباط متقابل زوجین که با یکدیگر پیوند زوجی برقرار کرده‌اند، شکل گرفته است و ادامه پیدا می‌کند. آشکار است که این ارتباط متقابل، و بطور کلی کیفیت زندگی زناشویی تحت تأثیر وضعیت روحی و روانی هر یک از زوجین که شکل دهنده رفتار روزمره آن‌هاست، می‌تواند به راحتی دستخوش نوسان و تغییرات مثبت و منفی شود. این وضعیت در مورد مبتلایان به بیماری MS که شرایط ویژه و خاص‌شان می‌تواند فشار و مشکلات و خطر عوامل در زندگی مشترک را مضاعف کند، بسیار حساس‌تر و قابل تأمل‌تر است. با توجه پیشرونده بودن بیماری MS که پیامدهای مخربی به دنبال دارد، و نظر به چندجانبه بودن این بیماری که از یک سو می‌تواند بر روابط زوجی مؤثر باشد، و از سویی دیگر نیز روابط میان زوجین می‌تواند بر تشدید بیماری مؤثر واقع شود، ضرورت پژوهش حاضر روشن می‌نماید. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن MS و کلینیک‌های تخصصی شهر قزوین در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۷بود که ۲۴ نفر بصورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و پس از همتاسازی بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص قطعی ابتلا به بیماری ام.اس نوع عودکننده-بهبودیابنده توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال، نداشتن اختلال حرکتی و اختلال زمینه‌ای، عدم ابتلا به مشکلات روان‌شناختی شدید، عدم استفاده از داروهای روانگردان و درمان‌های روانشناختی دیگر طی ۳ ماه گذشته (تمامی موارد با بررسی پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت)، حداقل تحصیلات دیپلم، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه تعارضات زناشویی (نمره میانگین ۱۰۸) و نمره ملاک در مقیاس ناتوانی گسترش یافته از نظر پزشک متخصص مغز و اعصاب، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت منظم در جلسات. ملاک‌های خروج شامل: ایجاد علائم شدید در طی جلسات که امکان حضور را با مشکل مواجه سازد، عدم تمایل به همکاری یا غیبت بیش از ۲ جلسه متوالی بود.

اصول اخلاقی پژوهش شامل: کسب رضایت آگاهانه؛ ایجاد اطمینان به حفظ رازداری؛ انصراف از ادامه شرکت در جلسات در صورت تمایل در هر مقطعی از جلسات، بود. به شرکت‌کنندگان گروه کنترل تعهد داده شد در تمام مراحل پژوهش تحت کنترل باشند و در صورت تشدید علایم تحت درمان قرار بگیرند همچنین پس از پایان جلسات گروه آزمایش در صورت اثربخشی آموزش‌ها، آن‌ها نیز تحت آموزش قرار بگیرند در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و به کمک نرم افزار SPSS-۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ تعارض زناشویی(MCQ)[2]: این پرسشنامه توسط ثنائی و همکاران (۱۳۷۵) تهیه شده است و دارای ۵۴ سؤال است که هفت بعد از تعارضات زناشویی را مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌دهد که عبارتند از کاهش همکاری[3]، کاهش رابطه جنسی[4]، افزایش

1 Fitzgerald
2 Marital Conflict Questionnaire
3 decrease of cooperation
4 decrease of sexual intercourse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

واکنش‌های هیجانی[1]، افزایش جلب حمایت فرزندان[2]، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود[3]، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان[4]، جداکردن امورد مالی از یکدیگر[5] و کاهش ارتباط مؤثر[6] می‌باشد. پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای (همیشه=۵ تا هرگز=۱) تنظیم شده است؛ نمره‌گذاری سؤالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، و ۵۴ به صورت معکوس انجام می‌شود. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ می‌باشد. به گزارش ثنائی و همکاران (۱۳۹۶) پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در پژوهش حسن‌شاهی و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه پرسشنامه با مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر ۰/۶۷- گزارش شده است (مطهری و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بر روی یک گروه ۲۷۰ نفری، ۰/۹۶ گزارش شده است؛ و برای ۸ خرده مقیاس آن به ترتیب خرده مقیاس کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی،۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر،۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۶۹؛ گزارش شده است (ثنائی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس وضعیت ناتوانی گسترش یافته[7](EDSS): این مقیاس که توسط کورتزک[8] (۱۹۸۳) تنظیم شده است برای دنبال کردن پیشرفت بیماری و شدت ناتوانی مبتلایان به ام.اس، ارزیابی نتایج درمان و دسته بندی یکسان بیماران بکار می‌رود. تعیین کمیت ناتوانی در EDSS در هشت سیستم کارکردی، اجازه می‌دهد تا متخصص مغز و اعصاب به مقیاس سیستم کارکرد[9] هرمی [10]، مخچه[11]، ساقه مغز[12]، حسی، روده و مثانه، عملکرد بصری[13]، توابع مغزی، عملکرد حسی و روده و مثانه و دیگر سیستم‌ها) نمره‌ای اختصاص دهد (کورتزک، ۱۹۸۳) این مقیاس نمره بیمار توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین و در دامنه صفر (بررسی عصب‌شناختی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علت ام.اس) قرار می‌گیرد، که بر اساس معیار طبقه‌بندی جونز به سه طبقه خفیف (۳-۰)، متوسط (۶-۴) و شدید (بیشتر از ۷) طبقه‌بندی می‌شود (فلتچر[14] و همکاران، ۲۰۰۹). ارزیابی روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش لیندن[15] و همکاران (۲۰۰۵) رضایت‌بخش بوده و پیش‌بینی‌پذیری این مقیاس مناسب بوده است؛ به گونه‌ای که برای این مقیاس قابلیت اطمینان مطلوبی گزارش شده است. پایایی مقیاس در مطالعه شاراک[16] و همکاران (۱۹۹۹) ۰/۸۰ به دست آمده است. ضریب کاپا در پژوهش میر-موک[17] و همکاران (۲۰۱۴) بین ۰/۲۳ تا ۰/۷۶ گزارش شده است. در ایران در پژوهش اصغری و راشدی (۱۳۸۹) ضریب کاپای ابزار، برابر ۰/۹۷ گزارش شد (داودی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر با استناد به متخصص روانپزشک در مورد بررسی شدت ناتوانی بیماران از نمره کل مقیاس استفاده شد.

پس از کسب مجوز و ثبت نام از افراد واجد شرایط (۳۵ نفر)، ارائه توضیحاتی در مورد هدف پژوهش، شرایط شرکت در پژوهش و اصول اخلاقی پژوهش، پرسشنامه تعارضات زناشویی در مورد هر یک از زنان ثبت نام کننده با هدف غربالگری نهایی و همتاسازی، همچنین پیش‌آزمون اجرا شد. سپس ۲۴ نفر که دارای نمره بالاتری در پرسشنامه تعارضات زناشویی بودند به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند؛ شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰-۷۵ دقیقه‌ای بصورت هفتگی آموزش واقعیت‌درمانی را دریافت کردند (خلاصه مباحث در جدول ۱ ارائه شده است). در این مدت شرکت‌کنندگان گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی در اجرای پس‌آزمون مجدد پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده

1 increase of emotional reactions
2 increase of child's support attraction
3 increase of individual's relation with relatives
4 decrease of family relation with spouse's relatives and friends
5 separation of spouses' financial matters
6 decrease of effective relations
7 Expanded Disability Status Scale (EDSS)
8 Kurtzke
9 Functional System Score (FSS)
10 pyramidal
11 cerebellum
12 brainstem
13 visual system
14 Fletcher
15 Linden
16 Sharrack
17 Meyer-Moock

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

شد، و همچنین شدت ناتوانی بیماران براساس مقیاس ناتوانی گسترش یافته توسط متخصص مغز و اعصاب بررسی و مورد سنجش قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه	موضوع و اهداف جلسات
اول	معارفه و آشنایی با مقررات و آشنایی و بر قراری رابطه عاطفی اعضا با یکدیگر و دوره آموزشی. هدف: بحث درباره مفهوم تعارض زناشویی و اینکه هرکدام از اعضا چه تعریفی دارند، توضیح سیستم WDEP، اطلاعات دادن به دیگران.
دوم	مرور مباحث جلسه قبل، صحبت درباره علل تعارض زناشویی و تحریک ذهنی اعضاء برای طرح ایده، معرفی نیازهای اساسی. هدف: بررسی و شناخت نیازهای افراد و تاثیر آن بر روابط بین فردی و میزان حملات ام. اس. به علاوه توضیح مفهوم کنترل و تأکید بر کنترل درونی.
سوم	مرور مباحث جلسه قبل، تحریک ذهنی اعضا برای طرح ایده، بحث درباره‌ی واقعیت و مسئولیت‌پذیری، ارائه‌ی تکلیف درباره مشکلات اعضا و تکمیل جدول بررسی نیازهای اساسی انسان از نظر گلاسر. هدف: عدم انکار واقعیت و ایجاد روحیه مسئولیت پذیری و عوامل موثر بر آن.
چهارم	مرور مباحث جلسه قبل، تحریک ذهنی اعضا، بررسی نیمرخ نیاز های تعیین شده بر اساس جدول زندگی کردن در زمان حال، ارائه‌ی تکلیف برای بررسی اهداف زندگی. هدف: تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی
پنجم	مرور مباحث جلسه قبل و تحریک ذهنی اعضا برای طرح ایده، شناخت اهداف و ارزش ها ، بحث درباره رفتار و جنبه‌های رفتار کامل. هدف: آموزش این نکته که رفتارهای ما شامل ۴ مؤلفه‌اند. ارایه تکلیف برای به فهرست در آوردن موقعیت و افرادی که به ارضای نیاز های فرد کمک می‌کنند.
ششم	مرور مباحث جلسه قبل، تحریک ذهنی اعضاء ، آموزش مفهوم دنیای کیفی و کنترل بر نیازها، بررسی مفهوم هویت موفق. هدف: آموزش و معرفی اجتماع کیفی و رسیدن به هویت موفق.
هفتم	مرور مباحث جلسه قبل، تحریک ذهنی اعضا، تعریف مسئولیت‌پذیری و رابطه‌ی آن با تعارض زناشویی. هدف: ترغیب مراجع برای انتخاب رفتارهای مسئولانه. آموزش فنون تن آرامی و حساسیت‌زدایی برای مقابله با اضطراب ناشی از تعارض زناشویی. و ارایه تکلیف برای انجام این تکالیف.
هشتم	بیان خلاصه ای از جلسات، برقراری ارتباط میان تعارض زناشویی و مفاهیم نظریه انتخاب. هدف: ارایه‌ی طرح هایی برای نگهداری اهداف جلسات مداخله و بدست آوردن بازخورد از شرکت کنندگان از طرح مداخله.

یافته ها

در بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه، یافته‌ها نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۲۶/۷ ± ۳/۴ و گروه گواه ۲۶/۹ ± ۳/۵ است. در گروه مداخله ۲۵٪ شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات فوق لیسانس و دکترا، ۳۵٪ لیسانس، و ۴۰٪ دیپلم بودند. در گروه گواه ۲۵٪ دارای تحصیلات فوق لیسانس و دکترا، ۳۲٪ لیسانس، و ۴۳٪ دیپلم بودند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در گروه آزمایش و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شدت ناتوانی و تعارضات زناشویی گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت ناتوانی	آزمایش	۵/۲۹	۱/۱۱	۳/۱۲	۰/۹۵۶
	گواه	۵/۱۶	۰/۹۱۲	۴/۸۷	۱/۰۲
تعارضات زناشویی	آزمایش	۱۳۶/۴۱	۴/۹۹	۱۱۸/۰۰	۹/۱۶
	گواه	۱۴۱/۰۸	۵/۹۰	۱۲۹/۷۵	۸/۷۱

n=۲۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

با توجه به یافته‌های جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای شدت ناتوانی و تعارضات زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

جهت بررسی یافته‌های پژوهش ابتدا پیش فرض‌های آماری آن که شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین، و آزمون همگنی شیب رگرسیون بود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای شدت ناتوانی و تعارضات زناشویی نشان داد مقدار F برای شدت ناتوانی ۰/۳۳۳ و برای تعارضات زناشویی ۰/۱۴۰ در سطح ۰/۰۵ <P معنی‌دار نمی‌باشد بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است.

نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف که جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفت نشان داد که مقادیر Z در سطح ۰/۰۵ >P معنادار نمی‌باشد در نتیجه توزیع متغیرهای مورد مطالعه نرمال است. نتایج آزمون لون به منظور بررسی یکسانی واریانس های دو گروه نشان داد F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ >P معنادار نمی‌باشد، بنابراین واریانس خطای متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه همگن می‌باشد. و همچنین پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیر وابسته در گروه ها برقرار است (F=۰/۰۳۳، P>۰/۰۵). بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیره قابل اجراست. خلاصه نتیجه تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول۳: نتایج تحلیل چندمتغیره جهت مقایسه ترکیب متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	sig	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۵۲۵	۱۰/۵۱۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
اثر لاندای ویلکز	۰/۴۷۵	۱۰/۵۱۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
اثر هتلینگ	۱/۱۰۶	۱۰/۵۱۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
بزرگترین ریشه روی	۱/۱۰۶	۱۰/۵۱۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

یافته‌های جدول نشان می‌دهد که متغیّر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معناداری وجود دارد (Eta =۰/۵۲۵، P<۰/۰۱، F=۱۰/۵۱۰). با توجه به ضریب اتای به دست آمده مشخص شد که حدود ۵۲ درصد از تغییرات ایجاد شده بین دو گروه آزمایش و کنترل، ناشی از مداخله بوده است. توان آزمون به واسطه‌ی معنی دار بودن آزمون پیلایی می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون

	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	شدت ناتوانی	۱۳/۴۱۹	۱	۱۳/۴۱۹	۲۰/۶۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۸
	تعارضات زناشویی	۲۸۰/۰۸۶	۱	۲۸۰/۰۸۶	۴/۸۴۴	۰/۰۴۰	۰/۱۹۵
خطا	شدت ناتوانی	۱۳/۰۱۹	۲۰	۰/۶۵۱			
	تعارضات زناشویی	۱۱۵۶/۵۲۰	۲۰	۵۷/۸۲۶			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین نمرات شدت ناتوانی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F_{(1و20)}$=۲۰/۰۸۶، P=۰/۰۰۰۱، Eta=۰/۵۰۸). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات شدت ناتوانی در گروه آزمایش (M=۳/۲، Eta=۰/۵۰۸) و گروه گواه (M=۴/۸) است.

و همچنین بین نمرات تعارضات زناشویی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P=۰/۰۴۰،Eta=۰/۱۹۵ ،$F_{(1و20)}$=۴/۸۴۴). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات تعارضات زناشویی در گروه آزمایش (M=۱۲۰/۱ ، Eta=۰/۱۹۵) و گروه گواه (M=۱۲۷/۶) است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تعارضات زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد واقعیت درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی و شدت ناتوانی در زنان مبتلا به MS مؤثر است.

یافته پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی موجب کاهش تعارضات زناشویی زنان مبتلا به ام.اس شده است. این یافته با نتایج پژوهش محمودیان و همکاران (۱۴۰۰)، السید و الیاس (۲۰۱۶)، فیتزجرالد (۲۰۱۱) مبنی بر اثربخشی واقعیت درمانی بر روابط و تعارضات زناشویی زوجین همسو و در راستای نتایج پژوهش بدخشان و همکاران (۱۴۰۰) و علیرضایی و همکاران (۱۳۹۹) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت گلاسر بر این باور است که افراد انواع مختلف ناراحتی‌ها و احساس‌های بیچاره‌کننده خود مثل افسردگی، اضطراب یا احساس گناه را شخصاً و به دلایل متعدد چون تحت کنترل درآوردن خشم خویش، وادار ساختن دیگران برای کمک به خود، اعمال کنترل خویش بر دیگران، بهانه تراشی برای عدم تمایل خود نسبت به انجام دادن کاری اثربخش‌تر، انتخاب می‌کنند (هولند و واکر، ۲۰۱۸). از سویی دیگر، وی اذعان می‌دارد که هر فرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت تحمل آشفتگی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد و باور کند که سررشته امور زندگی‌اش در دست خودش است و خود می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد (رابی[1] و همکاران، ۲۰۱۷). براساس نظریه واقعیت درمانی هر فردی با پنج نیاز اساسی یعنی عشق و تعلق، قدرت، آزادی، تفریح و بقا برانگیخته می‌شود. واقعیت درمانگر با استفاده از سیستم نیازها، جهت‌دهی، ارزیابی و برنامه‌ریزی (WDEP) موجب تشویق درمانجو به رفتار مناسب براساس نیازهای فردی و به دست آوردن کنترل مؤثرتر بر زندگی خود و در نتیجه ایجاد تغییر کمک می‌کند (جوسوه[2]، ۲۰۱۸). واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد که در برابر سختی‌ها و مشکلات نباید فرار کرد و مسائل پیش آمده را به گردن دیگران انداخت، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش آمده را پذیرفت و در راستای حل آن مشکلات تمام توان خود را به کار بست. این فرایند به افراد کمک می‌کند به جای جنگ و گریز در برابر مشکلات برحل آن تمرکز داشته باشند (سیهوسن، و تی ال ام اچ سی[3]، ۲۰۱۸). واقعیت‌درمانی با ایجاد محیطی پذیرا و حمایت کننده با استفاده از روش‌هایی چون به تعویق انداختن قضاوت درباره درمانجو، خودافشاگری کمک کننده، توجه به استعاره‌ها در شیوه خودبیانگری درمانجو، توجه به موضوعات و خلاصه کردن، زمینه‌ای فراهم می‌سازد تا برداشت ذهنی از مشکلات را فرمول‌بندی، شفاف‌سازی، و اولویت‌بندی کند و بدین طریق رفتار و تفکر خود را تغییر دهد. در واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب افراد با خودارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل فرد است، برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز می‌کند تا از طریق گفتگوی درونی مثبت، هیجانات منفی و ناکارآمد کاهش یابد و بر توانمندی‌ها تأکید شود (وابولدینگ و همکاران، ۲۰۱۷). در نتیجه فرد می‌تواند حس توانمندی را در خود توسعه دهد و در روابط با همسر به کار برده و موجبات کاهش تعارضات زناشویی را فراهم نماید.

یافته دیگر پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی بر کاهش شدت ناتوانی در زنان مبتلا به ام.اس مؤثر است. تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر شدت ناتوانی و یا نشانه‌های بیماران مبتلا به ام.اس مورد بررسی قرار داده باشد، انجام نشده است؛ اما یافته به دست آمده در راستای نتایج پژوهش شمس و همکاران (۲۰۲۱)، اسکندری و همکاران (۱۳۹۹) و رمضانی و احتشامی(۱۳۹۹) است که اثربخشی این روش را بر متغیرهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس بررسی و تأیید کردند. تشخیص ام. اس. با مجموعه‌ای از احساسات متحمل بر ناباوری، ترس، افسردگی، احساس سؤال برانگیزی از خود، انکار، رفتارهای امتناع‌ورزی و بسیاری دیگر همراه است. این احساسات از یک سو و وضعیت نامطمئن بیمار در آینده و از سوی دیگر در سبک زندگی سالم بیمار اختلال ایجاد می‌کند. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می‌گذرد، مفید بودنش را از دست می‌دهد. خشم و حسادت ناشی از بیماری نیز ناشی از استرس و احساس بی‌لیاقتی است که همگی این شرایط با ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می‌شود و می‌تواند آثار فیزیولوژیایی بر جای گذارد. نداشتن امید، افسردگی، اضطراب و اختلال انطباقی می‌تواند اثر زیانباری روی شدت ناتوانی و کیفیت درمان بیمار مبتلا به ام. اس. داشته باشد. آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند منجر به تفکر عقلانی و منطقی شود و باعث ایجاد باورهای شخص در ارتباط با توانایی‌اش شود و

1 Robey
2 Jusoh
3 Seehusen, & Tlmhc

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

احساس شایستگی را در افراد نیرومند سازد. در واقع آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند بر میزان توانایی ادراک فرد در انطباق با موقعیتی خاص یا بر قضاوت افراد درباره توانایی‌شان تأثیرگذار باشد. در نتیجه بهتر می‌توانند با بیماری و شرایط نامطلوب کنار بیایند و بر شدت ناتوانی آن‌ها مؤثر واقع شود. به عبارتی زمانی که تفکر عقلانی و منطقی در افراد ایجاد شود بهتر می‌توانند با شرایط ناگوار و سخت کنار بیایند و با موقعیت خود را انطباق دهند در نتیجه شدت ناتوانی‌شان کاهش می‌یابد.

بطور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان دریافت واقعیت‌درمانی به بیماران مبتلا به ام.اس کمک می‌کند تا نیازهای خود را شناسایی کنند و بتوانند در روابط زوجی خود آن را مورد توجه قرار دهند. آگاه شدن از شدت نیازها و ایجاد حس مسئولیت پذیری در آنان موجب ارضای نیازهایشان می‌شود که می‌تواند نقش بسزایی در شرایط آنها و روابط زوجی‌شان داشته باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. حجم پایین گروه نمونه و محدود بودن اجرای پژوهش بر روی زنان مبتلا به ام.اس در یک شهر، و به صورت هدفمند امکان تعمیم نتایج به سایر زنان مبتلا به ام.اس و افراد دارای بیماری مزمن را با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم بررسی اطلاعات بالینی چون مدت زمان بیماری، سن شروع و...، همچنین امکان اجرای آزمون پیگیری به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کنندگان در پژوهش به علت وضعیت جسمانی و بیماری‌شان. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در جوامع آماری دیگر با حجم نمونه بیشتر جهت دستیابی به یک نتیجه قطعی‌تر انجام شود؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اطلاعات بالینی شرکت‌کنندگان در پژوهش مد نظر قرار گرفته و پیگیری‌های چندماهه جهت بررسی میزان ماندگاری اثر آموزش‌ها مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در کنار بیماران بصورت همزمان اثربخشی واقعیت‌درمانی بر روی مراقبین بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد و میزان اثربخشی در طولانی مدت مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده به متخصصان و دست‌اندرکاران حوزه پزشکی و روان‌پزشکی پیشنهاد می‌شود با همکاری روانشناسان و مشاوران متخصص در حوزه واقعیت‌درمانی تسهیلات لازم برای تشکیل جلسات درمان گروهی با مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی بعنوان روشی مکمل و همچنین جهت بهبود روابط زوجی مبتلایان به MS و علائم روان‌شناختی آن‌ها فراهم آورند.

منابع

اسکندری، م.، رضاخانی، س.، و بهبودی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی و درمان مثبت نگر بر سرمایه‌های روان شناختی و سبک‌های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *اندیشه و رفتار*، ۱۵(۵۸)، ۱۶-۷. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_2081.html

بدخشان، ف.، کیامرثی، آ.، و غفاری، ع. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت درمانی بر کارکردهای خانوادگی/جنسی و کنترل عاطفی زنان دارای تعارض. *طب انتظامی*، ۱۰(۴)، ۲۷۰-۲۶۳. http://jpmed.ir/article-1-962-fa.html

بنی هاشمی، س.، حاتمی، م.، حسنی، ج.، و صاحبی، ع. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. *روانشناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۷۶-۶۳. https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18992.1757

جعفری‌منش، م.، زهراکار، ک.، تقوایی، د.، و پیرانی، ذ. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی بر فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۳)، ۲۹۹-۲۸۸. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-844-fa.html

حسینی نژاد، م.، سعادت، س.، بخشی پور، ح.، و نصیری، پ. (۱۴۰۰). شیوع و بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) در استان گیلان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۱(۱)، ۳۴۴۷-۳۴۳۸. http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-5122-fa.html

سعادت، م. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خشونت کلامی و دلزدگی زناشویی و تاب آوری خانواده در دانشجویان زن متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی روزبهان.

داودی م.، شاملی، ل.، هادیان فرد، ح. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد افراد مبتلا به مالتیپل اسکولوروزیس. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳)، ۲۶۵-۲۵۰. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2936-fa.html

رمضانی، خ.، و احتشامی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری بیماران ام.اس. *دست آوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۱(۱)، ۹۲-۷۷. https://doi.org/10.22055/jacp.2015.11507

علیرضایی، م.، فتحی اقدم، ق.، قمری، م.، و بزازیان، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی. *روان پرستاری*، ۸(۲)، ۱۳-۱. http://ijpn.ir/article-1-1500-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

محمودیان ل.، زنگنه مطلق ف.، و دهستانی م. (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بی‌میلی زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان متأهل. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۰(۴)، ۱۰۷-۹۶. http://jhpm.ir/article-1-1363-fa.html

مطهری، ز.، بهزادپور، س.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۲). تبیین سطح تعارضات زناشویی براساس هیجان‌خواهی و تاب‌آوری در زوجین. *زن و مطالعات خانواده*، ۵(۲۰)، ۱۲۲-۱۰۵. http://jwsf.iaut.ac.ir/article_519777.html

میرزانیا، ز.، نیکنام شربیانی، ا.، و حیاتی م. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب برافزایش رضایت زناشویی و عزت‌نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۱)، ۸۱-۶۱. http://ijndibs.com/article-1-213-fa.html

Alhussain, H., Aldayel, A. A., Alenazi, A., & Alowain, F. (2020). Multiple sclerosis patients in Saudi Arabia: prevalence of depression and its extent of severity. *Cureus*, *12*(2), e7005. https://doi.org/10.7759/cureus.7005

Cimenti, H., Bornem, S., Nikki, T., Frederike, H., Larissa, K., & Andreas, S. (2017). Neuraxial anesthesia in patients with multiple sclerosis: A systematic review. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(4), 404-10. https://doi.org/10.1016/j.bjane.2016.09.001

Cribbet, M. R., Smith, T. W., Uchino, B. N., Baucom, B. R., & Nealey-Moore, J. B. (2020). Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac pre-ejection period. *Biological psychology*, 151, 107847. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2020.107847

Demirtepe-Saygılı, D. (2021). Multiple sclerosis experiences of couples: Examination of patient and partner perspectives. *Journal of Health Psychology*, 13591053211017192. https://doi.org/10.1177/13591053211017192

Drulovic, J., Kisic-Tepavcevic, D., & Pekmezovic, T. (2020). Epidemiology, diagnosis and management of sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Belgica*, 120(4), 791-797. https://doi.org/10.1007/s13760-020-01323-4

Elsayed, F. E., & Elyas, E. (2016). The Effectiveness of a Counseling Program Based on Reality Therapy to Improve Marital Adjustment among Emotionally Separated Saudi Wives. *Sylwan*, 160(4), 343-362. https://www.researchgate.net/publication/315799317_The_Effectiveness_of_a_Counseling_Program_Based_on_Reality_Therapy_to_Improve_Marital_Adjustment_among_Emotionally_Separated_Saudi_Wives

Fitzgerald, A. L. (2011). Reality therapy for marital and family systems counseling. *Counseling & Wellness: A Professional Counseling Journal*, 2, 88-101. http://openknowledge.nau.edu/id/eprint/2494

Ghasemi, V., Simbar, M., Ozgoli, G., Nabavi, S. M., & Majd, H. A. (2020). Prevalence, dimensions, and predictor factors of sexual dysfunction in women of Iran Multiple Sclerosis Society: A cross-sectional study. *Neurological Sciences*, 41(5), 1105-1113. https://doi.org/10.1007/s10072-019-04222-6

Holland, C., & Walker, M. (2018). Choice Theory and Interfaith Dialogue: Building Relationships between Faiths and Embracing Diversity. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 37(2), 17-23. https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/IJCTRT_Spring2018_232.pdf#page=17

Jusoh, A. J. B. (2018). Choice theory and reality therapy in individual and group counseling in a Malaysian context. *International Journal of Choice Theory® and Reality Therapy*, 37(2), 75-85. https://m.motterninstitute.com/upload/IJCTRT_Spring2018%20(1)%20(1).pdf#page=75

Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-72. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632

Keyghobadi, S., Asadzadeh, H., & Darvizeh, Z. (2020). The Effectiveness of Group-based Reality Therapy based on Choice Theory upon Cognitive Flexibility and Women Marital Satisfaction. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences*, 3(4), 373-383. https://doi.org/10.26655/JMCHEMSCI.2020.4.7

Li, X., & Liu, Q. (2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. *Children and Youth Services Review*, 109, 104733. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104733

Neate, S. L., Taylor, K. L., Jelinek, G. A., De Livera, A. M., Simpson, Jr, S., Bevens, W., & Weiland, T. J. (2019). On the path together: Experiences of partners of people with multiple sclerosis of the impact of lifestyle modification on their relationship. *Health & social care in the community*, 27(6), 1515-1524. https://doi.org/10.1111/hsc.12822

Magyari, M., & Sorensen, P. S. (2019). The changing course of multiple sclerosis: rising incidence, change in geographic distribution, disease course, and prognosis. *Current opinion in neurology*, 32(3), 320-326. https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000695

Makhanova, A., McNulty, J. K., Eckel, L. A., Nikonova, L., & Maner, J. K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.007

Prezman, S., & Murphy, R. M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*, 57(1), 149-150. https://jpcp.uswr.ac.ir.article-1-599-fa.pdf

Rehman, U.S., Lizdek, I., Fallis, E.E., Sutherland, S., & Goodnight, J.A. (2017). How is sexual communication different from nonsexual communication? A moment-by-moment analysis of discussions between romantic partners. *Archives of Sexual Behavior*; 46(8), 2339-52. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1006-5

Reynders, T., D'haeseleer, M., De Keyser, J., Nagels, G.B., & D'hooghe, M. (2017). Definition, prevalence and predictive factors of benign multiple sclerosis. *Neurological Science*, 5(7), 37-43. https://doi.org/10.1016/j.ensci.2017.05.002

Robertson, D., Aungst, A., Collier, R., Vivar, J., Moreo, N., Casady, L., & Vu, T. (2018). Patient perceived changes in sexual dysfunction after initiation of natalizumab for multiple sclerosis. *Multiple sclerosis journal–experimental, translational and clinical*, 4(2), 2055217318781989. https://doi.org/10.1177/2055217318781989

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

Robey, P. A., Wubbolding, R. E., & Malters, M. (2017). A comparison of choice theory and reality therapy to Adlerian Individual Psychology. *The Journal of Individual Psychology*, 73(4), 283-294. https://doi.org/10.1353/jip.2017.0024

Samios, C., Pakenham, K. I., & O'brien, J. (2015). A dyadic and longitudinal investigation of adjustment in couples coping with multiple sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(1), 74-83. https://doi.org/10.1007/s12160-014-9633-8

Seehusen, C., & TLMHC, N. (2018). Using Reality Therapy with Clients Experiencing Chronic Pain. *Intl J of Choice Theory and Reality Therapy Fall*, 38(1), 6-12. https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/IJCTRT_XXXVIII_no1_250.pdf#page=6

Schmidt, S., & Jöstingmeyer, P. (2019). Depression, fatigue and disability are independently associated with quality of life in patients with multiple sclerosis: results of a cross-sectional study. *Multiple sclerosis and related disorders*, 35, 262- 269. https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.07.029

Shams, G., Pashang, S., & Sedaghat, M. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on self-efficacy of patients with multiple sclerosis. *Journal of Preventive Medicine*, *8*(1), 80-70. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-466-en.html

Tabassum, K., Fox, J., Fuller, S., & Hynes, S. M. (2021). Dating with a diagnosis: the lived experience of people with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability*, 1-18. https://doi.org/10.1007/s11195-021-09698-9

Treder-Rochna, N. (2020). Marital life and family adjustment to multiple sclerosis. *Polish Psychological Bulletin*, 51(2), 139-148. https://doi.org/10.24425/ppb.2020.133771

Wallin, M. T., Culpepper, W. J., Campbell, J. D., Nelson, L. M., Langer-Gould, A., Marrie, R. A., Gutter, G.R., Kaye, W.E., Wagner, L., Tremlett, H., Buka, S.L., Dilokthornsakul, P., Topol, B., Chen, L.H., & LaRocca, N. G. (2019). The prevalence of MS in the United States: a population-based estimate using health claims data. *Neurology*, 92(10), e1029-e1040. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1617794

Wawrziczny, E., Corrairie, A., & Antoine, P. (2021). Relapsing-remitting multiple sclerosis: an interpretative phenomenological analysis of dyadic dynamics. *Disability and rehabilitation*, 43(1), 76-84. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1617794

Wilson, S. J., Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Andridge, R., Peng, J., Malarkey, W. B., Habash, D., Belury, M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology*, 79, 74-83. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.02.015

Wubbolding, R. W. (2019). The relationship between professional diversity/multicultural guidelines and choice theory/reality therapy. *International Journal of Choice Theory® and Reality Therapy*, 38(2), 36-42. https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/05/IJCTRTSpring-2019.pdf#page=36

Wubbolding, R. E., & Brickell, J. (2017). *Counselling with reality therapy*. Routledge.

Wubbolding, R. E., Casstevens, W. J., & Fulkerson, M. H. (2017). Using the WDEP system of Reality Therapy to support person-centered treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 95(4), 472-477. https://doi.org/10.1002/jcad.12162

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.19.8]