اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی

دکتر عسکری اصغری گنجی[1]
دکتر شکوه نوابی نژاد [2]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی است. جامعه آماری پژوهش شامل ۲۴۰ دانشجوی متأهل دانشگاه فرهنگیان بابل است. از این جامعه ۲۰ زوج که دارای منبع کنترل بیرونی بودند و از نارضایتی زناشویی رنج می‌بردند، به روش تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، بدین صورت که ۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه کنترل قرار گرفته اند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی، تست رضایت زناشویی انریچ و مقیاس منبع کنترل راتر (I-E) بود. داده‌ها با استفاده از آزمونهای کوواریانس و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که افزایش کنترل درونی زوجین از طریق کاربرد زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی به طور معناداری سبب افزایش رضایت زناشویی آنان شده است. بنابراین، مدل زوج-درمانی مبتنی بر روان‌شناسی کنترل درونی می‌تواند به منزلهٔ یکی از روشهای مداخله‌ای برای زوجهایی که از نارضایتی زناشویی رنج می‌برند و به طلاق فکر می‌کنند مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژگان: زوج‌درمانی، روان شناسی کنترل درونی، رضایت زناشویی

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۸

۱. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه فرهنگیان asghariganji@yahoo.com
۲. استاد گروه روان شناسی دانشگاه خوارزمی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

مقدمه

همهٔ زوجها زندگی زناشویی خود را با این امید آغاز می‌کنند که یک عمر «درکنار هم رضایتمندانه و شادمانه زندگی کنند»، اما دیری نمی‌گذرد که آنچه با شادی و خوشی شروع می‌شود، به یأس و تنهایی منتهی می‌شود. به اعتقاد فینی[1] (۱۹۹۹) اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند، در آغاز زندگی زناشویی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند، اما با گذشت زمان در رضایتمندی زناشویی آنان افت تدریجی رخ می‌دهد. بسیاری از زن و شوهرها تصمیم می‌گیرند زندگی خود را پایان دهند و چندی بعد همین رابطه را با فرد دیگری شروع می‌کنند. آنچه آنها در بار اول و هر بار ازدواج کردن همواره تجربه می‌کنند، ایجاد وقفه در روابط زناشویی شادمانه و رضایت بخش است (گلاسر[2] ، ۲۰۱۲).

نارضایتی از ازدواج به استرس، اضطراب و حتی انحلال خانواده منجر می‌شود (شاکلفورد[3] ، ۲۰۰۱). زوجهایی که نارضایتی زناشویی دارند بیشتر احتمال دارد دچار درگیری لفظی و فیزیکی، خشونت خانگی، روابط جنسی بدون صمیمیت، اعتیاد به مواد مخدر، سوء رفتار با همسر، خیانت به همسر، اضطراب، افسردگی و خودکشی شوند (سِیرز[4] و همکاران، ۲۰۰۱).

برنامه‌های بسیاری برای مداخله در ازدواجهای دچار ناسازگاری و نارضایتی تدوین و معرفی شده است. همهٔ آنها را می‌توان به سه دسته کلی طبقه بندی کرد. دستهٔ اول برنامه‌های آماده سازی پیش از ازدواج؛ دستهٔ دوم برنامه‌های غنی سازی بعد ازدواج و دسته سوم مشاورهٔ ازدواج برای زوجین ناسازگار است (بلو[5]، ۲۰۰۵). آنچه در این پژوهش به عنوان روش مداخله ای مطرح است، در حقیقت به دسته سوم یا زوج‌درمانی مربوط می‌شود. رویکردهای زوج‌درمانی گوناگونی برای درمان ناسازگاری و نارضایتی زناشویی وجود دارد. رویکردهای زوج‌درمانی به زوج‌درمانی رفتاری، زوج‌درمانی شناختی، زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و رویکرد سیستمی تقسیم شده است (استیونز[6]، ۲۰۰۷).

یکی از این رویکردها، زوج‌درمانی رفتاری است که در صدد افزایش رضایت زناشویی از طریق درمان مهارتهای ارتباطی است. از دیدگاه زوج‌درمانی رفتاری، رضایتمندی فرد از رابطه به نسبت

1. Feeny
2. Glasser
3. Shackelford
4. Sayers
5. Blow
6. Stevens

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

وجود تقویت‌کننده‌های مثبت به منفی در رابطه تعیین می‌شود (کار[1]، ۲۰۰۶). تأکید اصلی زوج-درمانی رفتاری، کمک به زوجهاست تا فواید و سودمندی رابطه شان را از طریق تعاملهای مثبت افزایش دهند و همزمان هزینه‌های رابطه را با کاهش تعاملهای منفی به حداقل برسانند. زوج‌درمانی رفتاری با دو هدف انجام می‌شود: کاهش یا حذف رفتارهای مشکل‌ساز و افزایش رفتارهای مثبت و موثر. در این رویکرد برای کاهش و بهبود مشکلات زناشویی، بر کاربرد مبادله و آموزش رفتار در روابط مبتنی بر حل مسئله تأکید می‌شود (فیشر و مک‌نالتی،[2] ۲۰۰۸).

رویکرد سیستمی، بر جنبهٔ کلی و تعاملی رفتار توجه دارد و در برخورد با اختلافات زناشویی بر الگوی ارتباط زوجین و تعارض میان سلسله مراتب رقابت کننده متمرکز است. در این رویکرد، تأکید بر بافت اجتماعی مشکلات زناشویی است و مشکل، رفتاری تلقی می‌شود که خود آن رفتار جزیی از یک سلسله اعمال حاکم بر روابط زناشویی است. لذا خانواده واحد درمانی به حساب می-آید و تغییر تعامل خانواده، راه تغییر عضو بیمار محسوب می شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ[3]،۲۰۰۰).

یکی دیگر از رویکردهای زوج‌درمانی، درمانی شناختی است. در این رویکرد، فرض بر آن است که شناختهای زوجین سبب بروز واکنشهای عاطفی و رفتاری آنان نسبت به یکدیگر می‌شود. باورهای غیرمنطقی در مورد رابطه و اسنادهای سرزنش‌کننده در زوجین موجب پیدایش عواطف منفی در رابطه می‌شود (اسکوکا[4]، ۲۰۱۱). بر اساس این رویکرد، یکی از مهم‌ترین علل مشکلات زناشویی «سوءتفاهم» است. هدف شناخت–درمانی در درمان زوجها این است که تفکر معیوب را دربارهٔ همسر و اسطوره‌های غلط را دربارهٔ ارتباط زناشویی تغییر دهد (درایدن،[5] ۲۰۰۳).

یکی از جدید ترین رویکردهای زوج‌درمانی که در مورد آن تحقیق کمی صورت گرفته، نظریهٔ انتخاب[6] گلاسر (۲۰۱۲) است. او پس از آنکه نظریه انتخاب را با نظریه واقعیت درمانی تلفیق کرد، اظهار داشت تعارض زناشویی ناشی از انتخاب رفتارهای غیرمسئولانه و نادرست در روابط زناشویی است. در این رویکرد بهترین راه درمان تغییر رفتار از طریق انتخاب اعمال مفید و سازنده است.

1. Carr
2. Fisher & McNulty
3. Goldenberg & Goldenberg
4. Scuka
5. Dryden
6. Choice theory

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

در این پژوهش، از مدل زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی[1] استفاده شده است. چارچوب زیربنایی این مدل را مبانی فلسفی، دینی، زیست شناسی، جامعه شناسی، روان-شناسی به ویژه نظریهٔ منبع کنترل راتر و نظریهٔ انتخاب گلاسر تشکیل می دهد. این مدل، یک رویکرد ساختاریافتهٔ کوتاه مدت در زوج‌درمانی و خانواده- درمانی است که بر پایهٔ مفاهیم روشن از مشکلات زناشویی بنا نهاده شده است.

طبق این مدل، نارضایتی زناشویی، نتیجه الگوهای ارتباطی مخرب روان‌شناسی کنترل بیرونی[2] در روابط زوجین است. به نظرمی رسد، زوجین هنگامی دچار مشکل می‌شوند که می‌کوشند یکدیگر را کنترل کنند. تلاشهای زوجین برای تغییر دادن و کنترل کردن رفتارهای یکدیگر ، علت و زمینه‌ساز قطع روابط خوب میان آنان است. براین اساس، علت اصلی تعارضهای زناشویی ناشی از انتخاب روشهای ارتباطی مخرب روان‌شناسی کنترل بیرونی از سوی زوجین برای کنترل کردن دیگری است.

فرضیهٔ اصلی مدل روان‌شناسی کنترل درونی، این است که وقتی کنترل بیرونی زوجین تغییر و کاهش پیدا کند، آنگاه مشکلات زناشویی و روابط خانوادگی بهبود پیدا خواهد کرد. فرآیند درمان، بر آموزش و تغییر تأکید دارد و درمانگر به تعامل در درون نظام خانوادگی و تغییر نظام میان- فردی توجه می‌کند. در این رویکرد، آنچه مورد قبول است آن است که مسئله خانواده‌ها مشکل فردی نیست، بلکه مشکل میان- فردی است. اما، هدف درمان خانواده، هم به صورت فردی و هم به صورت میان- فردی است؛ چرا که تغییر در یکی از اعضای خانواده بر دیگر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. اهمیت کاربرد رویکرد خانواده- درمانی مبتنی بر روان‌شناسی کنترل درونی، افزایش کنترل درونی در زوجین و افراد خانواده به منظور ایجاد تغییر در نظام میان- فردی آنهاست. در واقع این رویکرد، پیوندی را میان رویکردهای درمان نظام فردی و نظام میان- فردی برقرار می-سازد.

هدف اصلی زوج درمانی مبتنی بر مدل روان‌شناسی کنترل درونی، حل مشکل فعلی زوجین است. مشکل عبارت از وجود روشهای ارتباطی روان شناسی کنترل بیرونی میان زوجین است. مسئولیت مشاور یا درمانگر طرح ریزی شیوه‌های حل مشکل در زمینه روشهای ارتباطی روان-شناسی کنترل بیرونی زوجین است. دومین هدف درمان آن است که به زوجین کمک کنیم تا روش

1. Internal control psychology
2. External control psychology

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

ارتباطی مخرب کنترل بیرونی خود را شناسایی، تفسیر و در نهایت تغییر دهند. اصل بنیادین مدل روان‌شناسی کنترل درونی که درک آن برای زوجین اهمیت بسیار دارد این است که تنها فردی را که شما می‌توانید کنترل کنید، خودتان هستید و تنها کسی که می‌تواند تغییر کند، خودتان هستید. سومین هدف درمان، ایجاد و افزایش روشهای ارتباطی مثبت و مهرورزی روان‌شناسی کنترل درونی در زوجین است. زن و شوهر تشویق می‌شوند تا مهارتها و روشهای ارتباطی روان‌شناسی کنترل درونی را بیاموزند که به افزایش کارکرد رضایت زناشویی آنان بینجامد.

فرآیند درمان با هدفهای درمان همسوست، بدین معنا که کار روی تغییر دادن کنترل بیرونی به کنترل درونی در زوجین است. فرضیهٔ اصلی روان‌شناسی کنترل درونی، این است که وقتی کنترل بیرونی زوجین و دیگر اعضای خانواده تغییر و کاهش پیدا کند، آنگاه مشکلات زناشویی و روابط خانوادگی بهبود پیدا خواهد کرد.

فنون درمان در مدل روان‌شناسی کنترل درونی بدین صورت است که درمانگر در عین بی‌طرفی، سعی می‌کند نوع منبع کنترل زوجین را ارزیابی کند. در این مدل، درمانگر بیشتر نقش یک مربی را ایفا می‌کند تا یک معالج. طبق این مدل، مشاور یک هدایت کننده و یک عامل تسهیل کننده تغییر محسوب می‌شود، که در دستیابی به نظام خانوادگی رضایت بخش و پایدار به خانواده کمک می‌کند. درمانگر، برای ایجاد تغییر به راهبردهایی چون پرسش، طرح ریزی، سازماندهی، تشویق، شوخی، مثبت بودن، رویارویی، آموزش مهارتهای ارتباطی، حالتهای ارتباطی، دادن تکلیف، بی‌طرفی عاطفی و فنون تناقضی متوسل می‌شود.

در مورد روان‌شناسی کنترل درونی و بیرونی که شباهت بسیار به مفهوم منبع کنترل راتر و نظریه انتخاب گلاسر دارد، به نظر می‌رسد پژوهشهای کمی انجام شده است. هونلر و گنچوز[1] (۲۰۰۳) در پژوهشی نقش مهارتهای ارتباطی منبع کنترل درونی را در رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که میان متغیرهای مهارتهای ارتباطی منبع کنترل درونی و مهارت حل مسئله با رضایت زناشویی همبستگیهای معنادار وجود دارد. یالسین و کارابان[2] (۲۰۰۷) گزارش دادند زوجینی که در صدد کنترل کردن همدیگر هستند مقدار بیشتری از روشهای سرزنش‌آمیز علیه همدیگر استفاده می‌کنند و سطح رضایت و سازگاری زناشویی آنها نیز پایین است؛ به‌عکس در ازدواجی که هر یک از همسران معتقد به کنترل رفتار خویش است میزان سرزنش و ایراد گرفتن به

1. Hünler & Gençöz
2. Yalcin & Karaban

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

همسر اندک و سطح رضایت و سازگاری زناشویی بالاتر است. برگ- کراس[1] (۲۰۰۱)، بعد از تحقیق و مطالعه روی زنان متأهل، گزارش داد که راضی‌ترین و سازگارترین زنان، آن دسته از زنانی هستند که شوهرانشان را سرزنش نمی‌کنند.

مرور بر پژوهشهای انجام شده در ایران نشان می‌دهد که پژوهشگران ایرانی بیشتر از نظر بنیادی و علت‌شناسی ناسازگاری و نارضایتی زن وشوهر ها به تحقیق پرداخته اند و به جنبهٔ کاربردی و مشاورهٔ با زوجهای ناسازگار توجه چندانی نداشته اند. به عنوان مثال گودرزی (۱۳۷۸)، در پژوهش خود نشان داده است که میان منبع کنترل و سازگاری زناشویی رابطهٔ معنادار وجود دارد. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر آن است که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی را مورد آزمون قرار دهد. فرضیهٔ اصلی این پژوهش آن است که زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر میزان کنترل پژوهشگر بر متغیرهای تحقیق از نوع پژوهشهای آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۴۰ دانشجوی متأهل دانشگاه فرهنگیان استان مازندران است. از این جامعه بیست زوج که دارای منبع کنترل بیرونی بوده و از نارضایتی زناشویی رنج می برده‌اند، به روش تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، بدین صورت که ده زوج در گروه آزمایش و ده زوج در گروه کنترل قرار گرفته اند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱. **مصاحبه تشخیصی:** مصاحبه به منظور توجیه کار، جلب اعتماد آزمودنیها، توضیح اهداف و فرآیند آموزش و ارزیابی اینکه آیا نمونه‌ها متناسب با اهداف پژوهش هستند، انجام شد. همچنین در مصاحبه به موارد زیر توجه شد: کسب نمره در مقیاس منبع کنترل راتر (I – E) بالاتر از ۹ ، کسب نمره در مقیاس رضایت زناشویی انریچ کمتراز ۱۵۰، عدم وجود اختلال روان شناختی یا

1. Berg-Cross

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

سابقه بیماری روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، طول مدت ازدواج بالاتر از ۲ سال و اینکه هیچ کدام از زوجین به بیماری سخت و صعب العلاج مبتلا نباشند.

۲. آزمون رضایت زناشویی انریچ: این آزمون ترجمهٔ متن اصلی پرسشنامهٔ انریچ است که السن[1] (۲۰۰۲) طراحی و تدوین کرده است. این مقیاس ابتدا برای توصیف پویاییهای ازدواج برای پژوهش ایجاد شد، اما اندک زمانی نگذشت که به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوجهایی که در جستجوی مشاوره زناشویی و غنی‌سازی زندگی زناشویی بودند به کار گرفته شد. به اعتقاد السن و السن (۱۹۹۹)، این مقیاس نسبت به تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و به تغییرات خانواده حساس است. هر یک از موضوعهای این آزمون دربارهٔ یکی از زمینه‌های مهم زندگی زناشویی است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون رابطهٔ زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوهٔ زوجها را توصیف یا زمینه‌های نیرومندی آنها را مشخص کند. السن و السن (۱۹۹۹)، اعتبار آن را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. السن و دفرین[2](۱۹۹۷) در یک کار پژوهشی میزان اعتبار و کاربرد کلینیکی سیاههٔ انریچ را مورد بررسی قرار دادند. بررسیها نشان دادند که توانایی تمیز زوجین خوشبخت از زوجین غیرخوشبخت از طریق این مقیاس ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ است. در ایران، سلیمانیان و نوابی‌نژاد (۱۳۷۳)، همبستگی درونی آزمون رضایت زناشویی را برای فرم ۱۱۵ سؤالی ۰/۹۳ و برای فرم ۴۷ سؤالی ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند.

۳. مقیاس منبع کنترل راتر(I – E): این مقیاس را جولیان راتر (۱۹۶۶) برای ارزیابی انتظارات تعمیم‌یافته فرد در زمینهٔ منبع کنترل درونی ـ بیرونی (I – E) تقویت طراحی و تدوین کرده است. روایی و پایایی منبع کنترل راتر را تاکنون محققان متعددی مورد بررسی قرار داده اند. راتر در سال ۱۹۶۶، پایایی مقیاس فوق را به روش تصنیفی که روی دانشجویان دانشگاه اوهایو در امریکا صورت گرفت، برابر ۰/۷۳ و پایایی به روش کودر ریچاردسون با شرکت ۴۰۰ آزمودنی را برابر ۰/۷۰ گزارش کرده است. در ایران نیز موفق (۱۳۷۵) ضریب پایایی مقیاس منبع کنترل راتر را با روش کودر ریچاردسون برابر ۰/۶۲۸ و با روش دو نیمه‌ای گاتمن برابر با ۰/۶۳۴ و همچنین ضریب پایایی این مقیاس را با فرمول اسپیرمن براون برابر با ۰/۶۳۵ به دست آورده است.

1. Olson
2. Defrain

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

شیوه اجرا

شیوه اجرای پژوهش این گونه بوده است که در یک دورهٔ زمانی سه ماهه زوجین مراجعه کننده به دفتر مشاورهٔ دانشجویی دانشگاه از نظر ملاکهای ورود و خروج غربالگری شدند، سپس به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش، پیش‌آزمون به عنوان معیار گزینش اولیه آزمودنیها بوده است. پس از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، جلسات زوج درمانی روان شناسی کنترل درونی برای گروه آزمایش انجام شد. مداخله زوج‌درمانی روان شناسی کنترل درونی در ۱۴ جلسه و مدت زمان هر جلسه ۲ ساعت و تواتر جلسه‌ها هفته ای یک بار بود.

ساختار، محتوا و اهداف زوج‌درمانی مدل روان شناسی کنترل درونی

جلسهٔ اول: شامل آماده سازی زوجها برای آشنایی با هم و با رهبر گروه. جلسهٔ دوم: آشنایی زوجها با اصول، اهداف و قواعد حاکم بر جلسات. جلسهٔ سوم : شناسایی چرخه تعامل منفی که تعارضهای زناشویی را ایجاد کرده است. مشکل عبارت از وجود کنترل بیرونی میان زن و شوهر است. جلسهٔ چهارم : کمک به درک تازه و بینش نسبت به منبع کنترل، روان شناسی کنترل بیرونی و روان شناسی کنترل درونی. جلسهٔ پنجم : کمک به زوجین در پذیرش مسئولیت انتخابها و اعمال تصدیق نشده خود که اساس این وضعیت تعاملی است. جلسهٔ ششم : چارچوب بندی مجدد مشکل زناشویی بر اساس چرخه منفی منبع کنترل بیرونی و روانشناسی کنترل بیرونی به عنوان ناسازگاری و نارضایتی زناشویی زوجین محسوب می‌شود. جلسهٔ هفتم : برنامه ریزی برای بهبود روابط زناشویی. جلسهٔ هشتم: تبیین نقش هر یک از زوجین در ایجاد تغییر. جلسهٔ نهم: فراهم کردن زمینهٔ همکاری میان زن و شوهر برای ایجاد تغییر و بهبود روابط زناشویی. جلسهٔ دهم: کاهش نارضایتی از زندگی زناشویی، از طریق کاهش و حذف روشهای ارتباطی مخرب کنترل بیرونی. جلسهٔ یازدهم: آموزش اصول و روشهای ارتباطی کنترل درونی به منظور افزایش رضایت و پایداری زندگی زناشویی. جلسهٔ دوازدهم: تبیین این موضوع که هریک از زوجین توانایی و فرصت انتخابهای تازه را دارند و باید مسئولیت پیامدهای آن انتخابها را به عهده بگیرند. جلسهٔ سیزدهم: تشویق زوجین در تمرین و کاربرد روشها و مهارتهای کنترل درونی در روابط زن و شوهری. جلسهٔ چهاردهم: اختتام جلسات و اجرای پس آزمون.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

یافته‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد (جدول شماره ۱).

جدول شمارهٔ ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کل رضایت زناشویی با مهمترین خرده مقیاسهای آن در گروه آزمایش بر حسب جنسیت

گروه	آزمایش					
آزمون	پیش آزمون			پس آزمون		
شاخصها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ارتباط زناشویی	مرد	۱۰	۷/۲۹	۱/۷۲	۱۰	۹/۶۹	۲/۹۶
	زن	۱۰	۷/۸۸	۱/۷۶	۱۰	۹/۴۸	۲/۹۸
ارتباط با خانوادهٔ همسر	مرد	۱۰	۶/۴۱	۱/۹۶	۱۰	۸/۴۲	۳/۵۱
	زن	۱۰	۶/۵۸	۱/۹۸	۱۰	۹/۳۹	۳/۲۱
روابط جنسی	مرد	۱۰	۷/۶۳	۲/۳۰	۱۰	۱۰/۱۱	۵/۵۰
	زن	۱۰	۸/۱۹	۳/۸۰	۱۰	۹/۴۱	۳/۰۲
مدیریت مالی	مرد	۱۰	۷/۹۱	۲/۷۰	۱۰	۹/۸۲	۴/۷۱
	زن	۱۰	۸/۷۴	۲/۳۱	۱۰	۱۲/۵۹	۳/۴۰
حل تعارض	مرد	۱۰	۱۳/۱۱	۳/۰۶	۱۰	۲۲/۱۱	۵/۳۱
	زن	۱۰	۱۳/۵۵	۴/۱۴	۱۰	۲۲/۷۹	۶/۸۰
اوقات فراغت	مرد	۱۰	۱۴/۵۰	۴/۵۱	۱۰	۲۰/۶۱	۵/۵۱
	زن	۱۰	۱۵/۶۱	۵/۱۷	۱۰	۱۸/۶۰	۵/۴۰

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی و خرده مقیاسهای آن بیشتر از میانگین همان نمرات در پیش آزمون است. نتیجه می‌گیریم زوج‌درمانی مبتنی بر روان شناسی کنترل درونی، رضایت زناشویی زوجین را افزایش داده است.

جدول شمارهٔ ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کل رضایت زناشویی با مهمترین خرده مقیاسهای آن در گروه کنترل بر حسب جنسیت

گروه	آزمایش					
آزمون	پیش آزمون			پس آزمون		
شاخصها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ارتباط زناشویی	مرد	۱۰	۱۲/۵۱	۱/۹۰	۱۰	۱۱/۵۹	۲/۱۱
	زن	۱۰	۱۲/۱۱	۲/۰۷	۱۰	۱۱/۳۰	۱/۷۱
ارتباط با خانوادهٔ همسر و دوستان	مرد	۱۰	۱۸/۵۱	۲/۳۷	۱۰	۱۷/۶۰	۲/۱۸
	زن	۱۰	۱۹	۲/۶۰	۱۰	۱۸	۲/۳۰
روابط جنسی	مرد	۱۰	۱۶/۱۱	۲/۲۹	۱۰	۱۵/۵۰	۱/۷۱
	زن	۱۰	۱۵/۹۰	۱/۹۰	۱۰	۱۵/۱۰	۱/۹۱
مدیریت مالی	مرد	۱۰	۱۵/۲۱	۲/۷۳	۱۰	۱۴/۵۱	۲/۰۶
	زن	۱۰	۱۵/۰۴	۱/۹۷	۱۰	۱۴/۴۳	۱/۵۸
حل تعارض	مرد	۱۰	۲۰/۵۰	۲/۵۴	۱۰	۲۰/۲۱	۲/۱۴
	زن	۱۰	۲۰/۷۰	۱/۸۲	۱۰	۲۱/۵۰	۲/۲۲
اوقات فراغت	مرد	۱۰	۲۰/۸۰	۲/۳۹	۱۰	۱۹/۸۰	۲/۱۴
	زن	۱۰	۲۰/۵۰	۲/۳۲	۱۰	۱۹/۷۰	۲/۱۶

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پس آزمون رضایت زناشویی و خرده مقیاسهای آن با میانگین همان نمرات در پیش آزمون تفاوت چندانی وجود ندارد.

جدول شمارهٔ ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مهمترین خرده مقیاسهای رضایت زناشویی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تأثیر	توان آماری
ارتباط زناشویی	۸۲/۰۱	۱	۸۲/۰۱	۷۹/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۱
ارتباط با خانوادهٔ همسر	۱۰۴/۳۰	۱	۱۰۴/۳۰	۶۴/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳	۱
روابط جنسی	۲۰۲/۰۶	۱	۲۰۲/۰۶	۱۸۷/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱
مدیریت مالی	۱۵۶/۹۸	۱	۱۵۶/۹۸	۲۸۸/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۸	۱
حل تعارض	۲۶۴/۰۳	۱	۱۶۴/۰۳	۱۴۶/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹	۱
اوقات فراغت	۴۵۸/۲۰	۱	۴۵۸/۲۰	۱۹۵/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۴	۱

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود میان زوجهای گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ هریک از خرده مقیاسهای رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی در خرده مقیاسهای ارتباط زناشویی $f(1)=$ ۷۹/۰۲ و میزان تأثیر ۰,۶۷ ، ارتباط با خانواده همسر $f(1)=$ ۶۴/۶۶ و میزان تأثیر ۰/۶۳، رابطهٔ جنسی $f(1) =$ ۱۸۷/۱۸ و میزان تأثیر ۰,۸۳، مدیریت مالی $f(1) =$ ۲۸۸/۰۱ و میزان تأثیر ۰,۸۸ ، حل تعارض $f(1) =$ ۱۴۶/۰۵ و میزان تأثیر ۰,۷۹، اوقات فراغت $f(1)=$۱۹۵/۹۹ و میزان تأثیر ۰,۸۴ که با سطح معناداری sig=0.000 بوده است. بنابراین، نتایج آماری حاکی از آن است که زوج‌درمانی مبتنی بر روان شناسی کنترل درونی بر تمام خرده مقیاسهای رضایت زناشویی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش میزان رضایت زناشویی بود. فرضیه اصلی پژوهش این بود که کاربرد فنون زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی موجب افزایش رضایت زناشویی می‌شود. مقایسه نتایج گروه آزمایش با گروه کنترل نشان داد که کاربرد فنون زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان شناسی کنترل درونی در افزایش رضایت زناشویی زوجین مؤثر واقع شده است، یعنی افزایش توانایی کنترل درونی در گروه آزمایش، در بهبود رابطهٔ متقابل، رابطهٔ جنسی، ارتباط با خانواده همسر و دوستان، اوقات فراغت، امور مالی و حل تعارض مؤثر بوده است. با توجه به این یافته، فرضیهٔ اصلی پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهشهای پیشین (اسکوکا، ۲۰۱۱؛ گلاسر، ۲۰۰۷ ؛ یالسین و کارابان،۲۰۰۷ ؛ هونلر و گنچوز،۲۰۰۳ ؛ برگ -کراس، ۲۰۰۱ ؛ گودرزی، ۱۳۷۸) که منبع کنترل

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

درونی را عاملی اثرگذار در جهت افزایش رضایت زناشویی دانسته بودند، همسوست. مطابق این پژوهشها وجود و افزایش مهارتهای ارتباطی منبع کنترل درونی موجب افزایش رضایت و سازگاری زناشویی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، آنچه رابطهٔ زناشویی را غیر رضایت بخش و تخریب می‌کند، روشهای ارتباطی مخرب کنترل بیرونی(انتقاد، سرزنش، شکایت، غرغر، تهدید و تنبیه) است که زن و شوهر معمولاً پس از ازدواج نسبت به یکدیگر به کار می‌گیرند. اگر زن و شوهری در روابط زناشویی این رفتارهای تخریب‌گر را انتخاب کنند، پس از مدتی هر دو نفر احساس ناخشنودی و بدبختی می‌کنند.

طبق نظریه انتخاب گلاسر، اکثر افراد ناخشنودی، درد، فلاکت، بدبختی، شکست، عدم موفقیت و مشکلات روزانهٔ خود را به عوامل بیرونی مانند همسر، رییس، حقوق کم، دولت، پدر، مادر، معلم، دوستان و همسایهٔ بد نسبت می‌دهند، در حالی که بنابر دلایل عملی، اکثر کارهایی که انجام می‌دهیم، از جمله احساس بدبختی، افسردگی و ناراحتی را نیز خودمان انتخاب می‌کنیم. دیگران (عوامل بیرونی) نه می‌توانند ما را ناراحت، افسرده و بدبخت کنند و نه خشنود و خوش بخت (گلاسر،۲۰۱۲).

آموزهٔ اصلی مدل روان‌شناسی کنترل درونی این است که ما انسانها بیش از آنچه تصور می‌کنیم بر زندگی خود کنترل داریم. هیچ یک از رفتارهای ما تصادفی نیست و شیوهٔ رفتار ما با زندگی، کاملاً اختیاری است و ما همیشه به هنگام «انتخاب» هر رفتار، تمام تلاش خود را به کار می‌گیریم تا چیزی را «انتخاب» کنیم که در آن لحظه بهترین گزینه در دسترس است. اعتقاد به داشتن منبع کنترل درونی یعنی آنچه در زندگی انجام می‌دهیم، انتخاب می‌کنیم و در مورد انتخابهای خود مسئول هستیم. مسئولیت پذیری به نوبهٔ خود به عمل منتهی می‌شود. وقتی که افراد مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند، آنگاه تعیین کننده اصلی زندگی خود هستند و می‌توانند افکار، احساسات و رفتارهای خود را تغییر دهند. در واقع مسئولیت پذیری به بهبود وضعیت زندگی و افزایش سازگاری، شادکامی و رضایتمندی خواهد انجامید.

رویکردهای منبع کنترل، نظریهٔ انتخاب و مدل روان شناسی کنترل درونی به افراد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آنان در زندگی بستگی به شانس و محیط ندارد بلکه وجود کنترل درونی فرد است که می‌تواند زمینه ساز خوشبختی و بدبختی او شود. افزایش کنترل درونی سبب افزایش مسئولیت پذیری و در نتیجه زمینه‌ساز سازگاری و رضایت زناشویی می‌شود. یکی دیگر از دلایل

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان‌شناسی کنترل درونی، افزایش توان حل مسئله در زوجین است. این رویکرد درمانی به زوجین می‌آموزد که از برابر مسائل و مشکلات زندگی زناشویی نباید فرار کرد و یا مسئولیت آن را به دیگران نسبت داد، بلکه باید مسئولیت مشکلات پیش آمده را پذیرفت و برای حل آن تمام توان خود را به کار بست. بنابراین، مدل روان شناسی کنترل درونی بر این اندیشه استوار است که زوجین خودشان مسئول انتخابها، تصمیم‌گیریها، هدفها و میزان رضایتمندیشان در زندگی هستند. رویدادهای خارجی و دیگران بر ما کنترل ندارند، مگر آنکه خود اجازه دهیم آنان ما را کنترل کنند. در هر ارتباطی از هر نوع و شکلی، هرکس صرفاً می‌تواند خود را تغییر دهد و نه دیگری را. هرچه زن و شوهر بکوشند رفتار خود را تغییر دهند نه آنکه دیگری را، روابط میان آنان بهتر خواهد شد.

بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت که یکی از فنون مناسب برای کمک به زوجین دچار ناسازگاری و نارضایتی زناشویی، کاربرد زوج‌درمانی مبتنی بر مدل روان‌شناسی کنترل درونی است. از این مدل می‌توان به زوجینی که از نارضایتی زناشویی رنج می‌برند و به طلاق فکر می‌کنند بهره جست تا مشکلات زناشویی‌شان را حل نمایند. به این ترتیب می‌توان تا حدود زیادی از وقوع طلاق پیشگیری کرد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

منابع

سلیمانیان، علی و نوابی‌نژاد، شکوه. (۱۳۷۳). *بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر نارضایتی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.

گلاسر، ویلیام. (۲۰۰۷). *هشت درس برای زندگی زناشویی شادمانه‌تر*، (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: نشر ویرایش.

گلاسر، ویلیام. (۲۰۱۲). *زبان نظریهٔ انتخاب*، (ترجمهٔ علی صاحبی). تهران: انتشارات سایه.

گودرزی، ناصر. (۱۳۷۸). *بررسی رابطهٔ منبع کنترل با رضایت از زناشویی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه تربیت معلم تهران.

موفق، خ. (۱۳۷۵). *هنجاریابی مقیاس منبع کنترل درونی- بیرونی راتر (I-E) برای دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرمشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

Berg-Cross, L. (2001). *Couples therapy.* Binghamton: The Haworth Press, Inc.

Blow, A. J. (2005). Infidelity in committed relationship II: A substantive review. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(2), 217-233.

Carr, A. (2006). *Family Therapy: Concepts, process and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Dryden, W. (2003). *Rational emotive behavior therapy rhetorical development*. New York, Brunner Routledge.

Feeny, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (355-377). New York: Guilford Press.

Fisher, T. D. & McNulty, J. K. (2008). Neuroticism and marital satisfaction: The mediating role played by the sexual relationship. *Journal of Family Psychology, 22*, 112- 122.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2000). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brook/Cole.

Hünler, O.S. & Gençöz, T. (2003). Boyun eğici davranışlar ve evlilik doyumu ilişkisi: Algılanan evlilik problemleri çözümünün rolü. *Türk Psikoloji Dergisi, 18*(51), 99-108.

Olson, D. H., & Defrain, J. (1997). *Marriage and the family: Diversity and strengths* (2nd ed). Mountain view, CA: May field.

Olson, D. H., & Olson, A. (1999). *Preventive approaches in couple therapy*. New York: Taylor, Francis Pub.

Olson, M., Russell, C.S.; Higgins-Kessler, M., & Miller, R.B. (2002). Emotional processes following disclosure of an extramarital affair. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(4), 423-434.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1), 1-28.

Sayers, S.L., Kohn, C.S., Fresco, D.M., Bellack, A.S., & Sarwer, D.B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive therapy and Research, 25*(6), 219-223.

Scuka, R.F. (2011). The radical nature of the relationship enhancement expressive skill and its implications for therapy and psychoeducation. *The family Journal,19*(1), 30-35.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]

Shackelford, T. K. (2001). Cohabitation, marriage and murder: Woman-killing by male romantic partners. *Aggressive Behavior, 27*, 284-291.

Stevens, P.W. (2007). Systems theories. In D.C. Lacke, J. E. Myers & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling*. New Delhi: Sage Publications.

Yalcin, B.M., & Karaban, T.F. (2007). Effect of a couple communication programs on marital adjustment. *Journal of the American Board of Family Practice* 20, 1, 36.Dio:10/3112/jafn.2007.01.060053.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1393.11.2.3.5]