Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2021; Vol 7(2), Autumn, pp 72-84

The Effectiveness of Reality Therapy on Anxiety Sensitivity and Coping Strategies in Patients with Multiple Sclerosis

Leyla sepas[1], Ali Shaker dioulag[1]*, Ali khademi [1]
1. Department of Psychology, Psychological Researchers Center, Urmia Branch, Islamic Azad University,Urmia, Iran
***Corresponding author:** Ali Shaker dioulag, **Tel:** 09148532465, **Email:** alishaker2000@gmail.com

Received: 16 August 2021 **Accepted: 29 September 2021**

Abstract

Background & Aims: Reality therapy states that human beings always behave in such a way as to control the world and themselves to satisfy their needs, and this style of control can play a role in causing psychological problems, but human beings can accept responsibility for their behaviors and have more satisfaction in life. The aim of this study was to determine the effectiveness of reality therapy on anxiety sensitivity and coping strategies in patients with Multiple Sclerosis.

Materials & Methods: The quasi-experimental research design is pre-test-post-test with a control group. The statistical population included women with MS who referred to the MS Association of Urmia in 1398, from which a sample of 30 people were selected by available sampling method and randomly divided into two groups. 15 people were replaced. For the experimental group, reality therapy was presented in 8 sessions of 1.5 hours, while the control group did not receive training. Research tools include Reese and Peterson Anxiety Sensitivity Scale, (1985). Andler and Parker Coping Strategies Questionnaire, (1990). Was. In order to analyze the data, univariate analysis of covariance was used at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that reality therapy can make significant changes in anxiety sensitivity ($p < 0.05$) and coping strategies ($p < 0.05$) so that the experimental group than the control group more than problem-oriented coping style. And used fewer emotion-coping and avoidance coping styles.

Conclusion: Findings of this study provide useful information about reality therapy, anxiety sensitivity and coping strategies and how to change and improve them. Counselors and psychologists can use reality therapy to reduce anxiety sensitivity and improve coping strategies in patients with MS.

Keywords: Reality therapy, Anxiety Sensitivity, Physical Complaint, Coping Strategies, multiple sclerosis

How to cite this article: Sepas L, Shaker dioulag A, khademi A. The Effectiveness of Reality Therapy on Anxiety Sensitivity and Coping Strategies in Patients with Multiple Sclerosis. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2021; Vol 7(2): 72-84. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-433-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

اثربخشی واقعیت درمانی بر حساسیت اضطرابی و راهکارهای مقابله ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

لیلا سپاس[1]، علی شاکردولق*[1] علی خادمی [1]

1. گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه:ایران

* **نویسنده مسئول**: علی شاکردولق، **تلفن:** 09148532465، **ایمیل:** alishaker2000@gmail.com

تاریخ دریافت: 1400/05/25 تاریخ پذیرش: 1400/07/07

چکیده

زمینه و هدف: واقعیت درمانی بیان می کند که انسانها همیشه طوری رفتار می کنند تا دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهای شان کنترل کنند و این سبک از کنترل می تواند در بروز مشکلات روانشناختی افراد نقش داشته باشدولی انسان ها با قبول مسئولیت رفتارهایشان می توانند رضایتمندی بیشتری در زندگی داشته باشند. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی واقعیت درمانی بر حساسیت اضطرابی و راهکارهای مقابله ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری شامل زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهر ارومیه در سال 1398 بود که از بین آن ها نمونه ای به حجم 30 نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه 15 نفره جایگزین شدند. برای گروه آزمایش، واقعیت درمانی در 8 جلسهٔ 1/5ساعته ارائه شد، در حالیکه گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و پترسون(1985)، پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای اندلر و پارکر(1990)بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در سطح معناداری 0/05استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد واقعیت درمانی می‌تواند تغییرات معنا داری در حساسیت اضطرابی ($P<0/05$)و راهکارهای مقابله‌ای ($P<0/05$) ایجاد نماید بطوریکه افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر از سبک مقابله مسئله‌مدار و کمتر از سبک‌های مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با واقعیت درمانی، حساسیت اضطرابی و راهبردهای مقابله‌ای و نحوه تغییر و بهبود آنها فراهم می‌کند، مشاوران و روانشناسان بالینی می‌توانند برای کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از واقعیت درمانی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: واقعیت درمانی ، حساسیت اضطرابی، راهکارهای مقابله‌ای، مولتیپل اسکلروزیس

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس(M.S) یک بیماری شایع و مزمن است که شامل ترکیبی از علائم عصبی، شناختی و روانی است که می تواند به روشی غیرقابل پیش بینی عود کند، بهبود یابد یا پیشرفت کند(1). این بیماری معمولا در اوایل بزرگسالی با علائمی همچون اختلال بینایی و حسی، ضعف اندام، مشکلات راه رفتن، تغییرات خلقی و شناختی، مشکلات مثانه و روده تظاهر پیدا می کند و منجر به یک ناتوانی طولانی مدت در افراد مبتلا می شود(2). علت اصلی بیماری M.S هنوز مشخص نیست اما برخی از ژنها به همراه عوامل محیطی مانند قرار گرفتن در معرض اشعه ماوراء بنفش، عفونت ویروس اپستین بار[1]، چاقی و استعمال دخانیات احتمال ابتلا به M.S را افزایش می دهد(3). تخمین زده می شود حدود 2/5 میلیون نفر، در سراسر جهان به بیماری ام اس مبتلا باشند(4) و زنان حداقل سه برابر بیشتر از مردان ممکن است به این بیماری مبتلا بشوند(5). در ایران نیز شیوع این بیماری در حدود 15 تا 30 نفر در هر صدهزار نفر می باشد(6).

علاوه بر علایم جسمانی و فیزیکی بی شماری که در نتیجه ی ابتلا به بیماریM.S ظاهر می شود، مشکلات هیجانی و روانشناختی که بیماران مبتلا به M.S تجربه می کنند منجر به کاهش توانایی سازگاری این افراد شده و مشکلات زندگی را برای آنها چند برابر می کند(7). یکی از مشکلات روانشناختی مرتبط با هیجان و عاطفه در افراد مبتلا به M.S حساسیت اضطرابی[2] است(8).

حساسیت اضطرابی یک عامل خطر روانشناختی است که در مطالعات بالینی و همه گیرشناسی اختلالات اضطرابی بسیار مورد توجه قرار گرفته است(9). حساسیت اضطرابی را می توان به عنوان ترس شدید از احساسات بدنی مربوط به برانگیختگی(مانند تپش قلب، تعریق یا لرزش) دانست که ناشی از باورهای ناکارآمد در مورد معنی و پیامدهای احساسات است(10). افراد با حساسیت اضطرابی بالا دارای ارزیابی منفی و ترس از علایم رایج اضطراب هستند، که این ترس یا ارزیابی منفی منجر به واکنش شدیدتری می شود و به نوبه خود منجر به افزایش شدت علائم اضطرابی در این افراد می گردد. به این طریق فرد گرفتار یک چرخه معیوب در تجربه علایم اضطرابی می شود(11). به عنوان مثال افراد با حساسیت اضطرابی بالا ممکن است شروع احساسات بدنی مانند تپش قلب را به عنوان شاخصی از حمله قلبی و یا داشتن سردرد را نشانه ی تومور مغزی تلقی کنند.(12). بررسی ها نشان داده اند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلال های روانی است و از جمله متغیرهای واسطه ای مهم بین تنیدگی و بیماری است(13). در همین راستا نتایج پژوهش هارتونیان[3] و همکاران نشان داد که یکی از پیش بینی کننده های میزان بالای اضطراب در افراد مبتلا به M.S سطوح بالای حساسیت اضطرابی می باشد.(14) سلیمانی و همکاران نیز دریافتند که بیماران مبتلا به M.S در مقایسه با افراد عادی حساسیت اضطرابی بالایی را از خود نشان می دهند(8)

درباره چگونگی مقابله با مشکلات و فشار ناشی از این بیماری چندین مفهوم وجود دارد که یکی از این مفاهیم راهبردهای مقابله ای است(15). این بیماران در رویارویی با بیماری خود استرس عمومی و گسترده ای را تجربه می کنند(16). مقابله به معنای تلاشهای شناختی و رفتاری فرد برای مدیریت موقعیتهای پرتنش است، در حالی که راهبردهای مقابله ای به روشهای خاصی برای واقعی کردن چنین تلاشهایی در عمل اشاره دارند(17). لازاروس[4](1999 به نقل از بنسون و همکاران،18) دو شیوه مقابله مسئله مدار و مقابله هیجان مدار را مطرح کرده اند. در شیوه مقابله مساله مدار، افراد با تعریف و ارزیابی دقیق مشکل و بررسی امکان تغییر یا تسلط بر آن، تلاش می کنند

1 Epstein–Barr Virus Infection (EBV)
2 Anxiety Sensitivity
3 Hartoonian
4 Lazarus

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

تا اثرات نامطلوب تنش روانی را کاهش دهند. از سوی دیگر در شیوه مقابله هیجان مدار، افراد با فراموش کردن مشکل یا جلب حمایتهای عاطفی، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می دهند. راهبردهایی که فرد برای مقابله بر می گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به شمار می رود. کاربرد راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا، می تواند موجب افزایش مشکلات گردد، درحالی که کاربرد راهبردهای درست مقابله ای می تواند پیامدهای سودمندی داشته باشد(19). پژوهش گوریتی و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به M.S کمتر از سبک های مقابله ای مسئله مدار استفاده می کنند و سبک مقابله ای مورد استفاده آنها بیشتر اجتنابی است(20). در همین راستا کونتنتی و همکاران(21) دریافتند که در بیماران مبتلا به M.S بین راهبرد مقابله ای اجتنابی و کیفیت زندگی پایین رابطه وجود دارد.

مطالب مطرح شده نشان می دهد که بیماران مبتلا به M.S مشکلات روانشناختی متعددی دارند. این مشکلات نه تنها سلامت روان افراد مبتلا به M.S، بلکه سلامت جسمی آنها را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. از همین رو اهمیت مداخلات روانشناختی برای کاهش و حتی رفع این مشکلات در این بیماری اهمیت دو چندان می یابد، در این میان استفاده از واقعیت درمانی به عنوان یکی از رایجترین و پرکاربردترین مداخلات می تواند بسیار اثربخش باشد(22). واقعیت درمانی یک رویکرد درمانی مراجع-محور مبتنی بر نظریه انتخاب است که توسط ویلیام گلاسر بنیان گذاری شده است و از آن به عنوان تئوری کنترل نیز یاد می شود(23). نظریه انتخاب مبتنی بر این ایده است که ما توسط پنج نیاز اساسی، نیاز به عشق، آزادی، قدرت، تفریح و بقا اداره می شویم، که برآورده ساختن آنها زندگی با ارزشی را برای ما تضمین می کنند. بنابراین هدف از انتخاب های ما تأمین این نیازهای اساسی است(24). اصول اولیه واقعیت درمانی و نظریه انتخاب بدین معنی است که افراد مسئولیت تمام رفتار هایشان را برعهده می گیرند. این باور که فرد در مقابل رفتارش مسئول است، یکی از دستاوردهای مهم نظریه انتخاب است و هنگامی که فرد تعهدی را در یک موقعیت می پذیرد این مسئولیت پذیری افزایش می یابد(25). واقعیت درمانی بیان می دارد که انسانها همیشه طوری رفتار می کنند تا دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهای شان کنترل کنند و این سبک از کنترل می تواند در بروز مشکلات روانشناختی افراد نقش داشته باشد(26). در ارتباط با اثربخشی واقعیت درمانی نتایج پژوهش فرمانی و همکاران(23) نشان داد که به کار گیری واقعیت درمانی، به طور قابل توجهی منجر به کاهش نشانه های اضطراب در بیماران مبتلا به M.S شده است. در همین راستا سلیمانی و بابایی در مطالعه ای مطرح کردند که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، میزان اضطراب را کاهش و امیدواری را افزایش می دهد(27). همچنین نتایج پژوهش رمزی و همکاران و امیری و همکاران نشان داد که واقعیت درمانی منجر به افزایش راهبرد مقابله ای مسئله مدار(28) و کاهش راهبرد مقابله ای هیجان مدار در افراد گردید.(29)

بنابراین با توجه اینکه این روش مداخله در درمان اختلالات و مشکلات روانشناختی موثر بوده است و همچنین به دلیل ضرورت توجه به بیماری های مزمن مانند M.S و وجود حساسیت اضطرابی و راهبردهای مقابله ای ناسازگار در بیماران مبتلا به M.S، و با توجه به اینکه پژوهش های صورت گرفته در این زمینه بسیار اندک هستند، انجام چنین تحقیقاتی از لحاظ علمی می تواند به فهم مکانیسم و روش های بهینه در انجام فعالیت های مشاوره ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم نماید. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی واقعیت درمانی بر حساسیت اضطرابی و راهکارهای مقابله ای در بیمارن مبتلا به M.S بود.

مواد و روش‌ها

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی مورد مطالعه، عبارت بود از بیماران 30 تا 45 ساله مبتلا به M.S که در سال 1398به انجمن M.S شهر ارومیه مراجعه کرده بودند؛ در بررسی های مداخله ای حجم نمونه 15 نفر می باشد(30). برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از فرمول زیر استفاده شد $n = \frac{(\sigma_1^2+\sigma_2^2)(Z\frac{a}{2}+\beta)2}{\mu_1+\mu_2}$:

با در نظر گرفتن d=1.2 که یک اندازه اثر بالا می‌باشد و با استفاده از محاسبات، حجم نمونه برابر با 15 نمونه در هر گروه محاسبه گردید. که با احتساب 2 گروه در کل 30 نمونه در این مطالعه در نظر گرفته شد (31). که این 30 نفر از بین افرادی که علاقه مند به شرکت در مطالعه بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل هر کدام 15 نفر جایگزین شدند، سپس پیش آزمون برگزار شد که البته به علت ریزش،1 نفر درگروه آزمایش، پژوهش براساس 29 نفرانجام شد. هر دو گروه قبل از هر گونه مداخله در شرایط یکسان به مقیاس حساسیت اضطرابی، پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس برای گروه آزمایش، واقعیت درمانی مبتنی بر مدل ویلیام گلاسر در 8 جلسهٔ90 دقیقه‌ای ارائه شد، در حالیکه گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به ام اس توسط روان‌پزشک، گذشت حداقل 5 سال از بیماری محدوده ی سنی 30 تا 45 سال، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و سطح تحصیلات حداقل سیکل و بالاتر جهت درک مفاهیم آموزشی واقعیت درمانی ضرورت دارد. و ملاک خروج عبارت بودند از: وجود علائم شدید M.S، ابتلا به یکی از اختلالات روانی، شرکت نکردن در جلسات اموزشی بیش از 2 بار ، فوت و جابه جایی بیمار از شهر ارومیه بود. پروتکل درمانی بر اساس کتاب تئوری انتخاب نوشته دکتر گلاسر اجرا شد(32) خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول شماره 1 به تفکیک ارائه می‌شوند:

جدول 1: جلسات درمانی و اهداف درمانی هر جلسه

جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	معارفه و آشنایی صحبت در مورد انتظارات و توضیح د رمورد قواعد جلسات و خود درمان و اشاره به اهمیت ارتباط و اینکه بسیاری از معضلات به ظاهر حل نشدنی انسانی مشکلات ارتباطی هستند
جلسه دوم	توضیح در مورد تئوری انتخاب و نیازهای بنیادین، نیاز به بقا – نیاز به قدرت و پیشرفت- نیاز به آزادی- نیاز به تفریح- نیاز به احساس تعلق و عشق
جلسه سوم	توضیح در مورد تصاویر آرمانی و فوق العاده آرمانی در دنیای مطلوب و داشتن تصاویر واقع گرایانه در دنیای مطلوب که این مساله روابط را رضایت بخش می کند
جلسه چهارم	توضیح در مورد رفتار کلی و مولفه های آن و اشاره به ماشین رفتار ، چرخ های جلوی ماشین فکر و عمل هستند و دو چرخ عقب فیزیولوژی و احساس هستند ماشین رفتار اعتقاد دارد ما هر کاری انجام می دهیم یک رفتار انجام می دهیم و هر رفتار معطوف به یک هدف است و هدف هر رفتار ارضای نیاز های ما می باشد توضیح در مورد افسردگی بر اساس ماشین رفتار پذیرش منفعلانه یک احساس چرا اتفاق می افتد.
جلسه پنجم	مروری بر جلسه ی گذشته، ارزیابی رفتارهای فعلی، ارزیابی رفتارهایی که اعضا تا کنون برای رسیدن به دنیای مطلوب انجام داده اند
جلسه ششم	چگونگی حل تعارضات و واقعیت درمانی، توضیح در مورد تعارض ها و اینکه چقدر دردناک هستند، عاملی که تعارض را تا حد زیادی تشدید می کند عدم وجود راه حل فوری است اگر بر سر دو راهی قرار گرفته اید تا حد الامکان هیچ

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

	اقدامی نکنید به این ترتیب اوضاع را وخیم تر نمی کنیدزمان در نهایت تعارض را در جهت یکی پیش خواهد برد در بسیاری از موارد که نمی توانید صبر کنید نهایت یکی از تصاویر مورد نظر خود را در دنیای مطلوب از دست خواهید داد.
جلسه هفتم	توضیح در مورد سیستم خلاق و پیشنهادات این سیستم و تاثیر آن بر رفتار کلی این سیستم اعمال و رفتار جدیدی به ما پیشنهاد می دهبد و چگونگی به دست گرفتن کنترل موثر در زندگی و مسئولانه رفتار کردن
جلسه هشتم	روانشناسی کنترل درونی در برابر روانشناسی کنترل بیرونی، نمود کنترل بیرونی این است که آنچه من انتخاب می کنم و انجام می دهم درست است و آنچه طرف مقابل و دیگرا ن انجام می دهند نادرست است.

مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI): این مقیاس توسط ریس و همکاران(33) طراحی شده است، یک ابزار خودگزارشی 16 سوالی است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= 0 تا خیلی زیاد= 4) نمره‌گذاری می‌شود، نمرات بالاتر نشانگر ترس از پیامد های آسیب زای اضطراب است و لذا دامنه نمرات بین 64-0 می‌باشد. این پرسشنامه از سه زیرمقیاس: عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸سؤال)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴سؤال) و ترس از مشاهده شدن توسط دیگران (۴سؤال) تشکیل شده است، بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس نشان داده است که دارای ثبات درونی بالایی (آلفای بین ۸۰-۹۰درصد) بوده است، پایایی بازآزمایی این مقیاس بعد از دو هفته ۷۵درصد و به مدت سه سال ۷۱درصد بوده است که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است (33)، اعتبار آن در نمونه‌ی ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار 0/93، 0/95 و 0/97 به دست آمده است. ضرایب همبستگی با نمره‌ی کل بین 0/74 تا 0/88 متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین 0/40 تا 0/68 متغیر بود (34).

پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای (CISS): این مقیاس را اندلر و پارکر (35) به منظور سنجش سبک‌های مقابله افراد طراحی کرده‌اند و یک ابزار خودگزارشی 48 سوالی است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (1 = کاملاً مخالف تا 5 = کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود، این پرسشنامه سه زمینه ی اصلی رفتارهای مقابله ای یعنی مقابله مساله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی را در برمی گیرد و اندلر و پارکر (35) ضریب اعتبار را برای مولفه‌ها به ترتیب 0/87، 0/83 و 0/82 گزارش کرده‌اند، در نمونه ایرانی قریشی راد (36) ضریب همبستگی ابزار را برای سه بعد مسئله‌مداری ، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب 0/84 ،0/82 و 0/70 و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی این پرسشنامه را 0/83 گزارش کرد . همچنین اعتبار درونی را با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳و برای خرده مقیاس‌های مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب 0/86، 0/81 و 0/79 محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزارSPSS نسخه 23 و آزمون تی مستقل، خی دو و تحلیل کوواریانس تک متغیره (نرمال بودن با استفاده از کالموگروف اسمیرنف، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی شیب خط رگرسیون) در سطح معناداری برابر 0/05 تحلیل شد. بر اساس اصول اخلاقی در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به افراد شرکت کننده داده شد و همچنین به آنها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه گیری کلی منتشر می شود و آنها اختیار دارند در هر مرحله ای از آموزش انصراف دهند و رضایت نامه کتبی ازهمه آزمودنی ها گرفته شد.

یافته ها

بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش(M=35/3) و کنترل

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

(M=35/8) می‌باشد. داده‌های مربوط به مولفه‌های حساسیت اضطرابی، راهکارهای مقابله‌ای و شکایت جسمانی در پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره 2 گزارش شده است.

جدول 2: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی

متغیر	آزمایش		کنترل	
سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
30-34 ساله	3	21/4	6	40
35-40 ساله	7	50	6	40
41-45 ساله	4	28/6	3	20
سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم	9	64/3	11	73/3
لیسانس و بالاتر	5	35/7	4	26/7

نتایج جدول شماره 3 نشان می‌دهد که در تمامی متغیرها، در گروه آزمایش میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نست به پیش‌آزمون کاهش یافته، که این کاهش از نظر آماری معنی دار است (P<0/05). به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت، برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد، نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است(P>0/01). برای بررسی همسانی ماتریس-های واریانس کواریانس متغیرهای مورد بررسی در گروه‌ها، آزمون ام‌باکس استفاده شد که با توجه به (F=1/401 و P<079/) می‌توان نتیجه گرفت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل همسان است.

جدول 3: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از نگرانی بدنی	آزمایش	22/07	1/38	18/07	1/81	18/57	2/02
	کنترل	21/93	1/43	21/80	1/14	22/07	1/43
ترس از عدم کنترل شناختی	آزمایش	11/00	1/30	9/14	1/65	9/71	1/72
	کنترل	11/27	0/88	11/67	1/04	11/47	0/91
ترس از مشاهده شدن اضطراب	آزمایش	12/36	1/21	9/50	1/69	10/21	2/04
	کنترل	11/93	1/22	11/53	1/06	11/60	1/05

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

مقابله مساله مدار	آزمایش	33/29	1/43	37/43	1/74	37/21	1/71
	کنترل	32/00	2/42	32/73	1/53	31/80	1/522
مقابله هیجان مدار	آزمایش	33/86	1/09	27/86	1/51	28/50	1/50
	کنترل	33/47	1/24	32/67	1/11	33/13	1/12
مقابله اجتنابی	آزمایش	33/71	1/50	28/79	2/01	28/36	2/20
	کنترل	33/33	1/59	32/93	1/66	33/53	1/64

همچنین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لوین استفاده شد که نتیجهٔ آن در جدول شماره 4 ارائه شده است. با توجه به میزان مشاهده شده بیشتر مؤلّفه‌ها معنادار نیستند(P>0/01)، یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند، به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول 4: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های متغیرها

متغیر	F	سطح معناداری
ترس از نگرانی بدنی	2/901	0/100
ترس از عدم کنترل شناختی	2/468	0/128
ترس از مشاهده شدن اضطراب	1/755	0/196
مقابله مساله مدار	0/139	0/712
مقابله هیجان مدار	2/238	0/083
مقابله اجتنابی	0/175	0/679

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کواریانس چندمتغیره که در جدول شماره 5 آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از مولفه‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری دارند(P<0/005). به منظور پی بردن به این تفاوت آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره 5 ارائه شده است.

جدول 5: نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	0/985	33/664	14	7	0/001
لامبدای ویلکز	0/015	33/664	14	7	0/001
اثر هتلینگ	67/328	33/664	14	7	0/001
بزرگترین ریشه خطا	67/328	33/664	14	7	0/001

نتایج جدول شماره 6 نشان می دهد، پس از حذف تاثیر پیش-آزمون برمتغیرهای وابسته، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

معنی‌داری وجود دارد (P <0/005). لذا می‌توان نتیجه گرفت که، واقعیت درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و افزایش راهکارهای مقابله‌ای زنان مبتلا به M.S تاثیر معنی داری داشته (P <0/005) که میزان این تاثیر بین 0/35 تا 0/87 می‌باشد.

جدول 6: نتایج تحلیل کواریانس میانگین متغیرهای پژوهش با کنترل اثر پیش آزمون

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ترس از نگرانی بدنی	پس‌آزمون	80/783	1	80/783	44/294	0/001	0/68
	پیگیری	61/484	1	61/484	17/367	0/001	0/46
ترس از عدم کنترل شناختی	پس‌آزمون	37/680	1	37/680	19/698	0/001	0/49
	پیگیری	19/106	1	19/106	9/445	0/006	0/32
ترس از مشاهده شدن اضطراب	پس‌آزمون	20/441	1	20/441	11/031	0/003	0/35
	پیگیری	7/825	1	7/825	9/926	0/004	0/38
مقابله مساله مدار	پس‌آزمون	113/557	1	113/557	60/396	0/001	0/75
	پیگیری	158/483	1	158/483	73/575	0/001	0/78
مقابله هیجان مدار	پس‌آزمون	151/765	1	151/765	11/0279	0/001	0/85
	پیگیری	128/650	1	128/650	75/997	0/001	0/79
مقابله اجتنابی	پس‌آزمون	97/241	1	97/241	36/977	0/001	0/65
	پیگیری	135/509	1	135/509	35/561	0/001	0/64

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی واقعیت درمانی بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به M.S انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی بر روی حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به M.S اثربخش است. این نتیجه با یافته های فرمانی و همکاران(23)، سلیمانی و بابایی(27)، مرادی زاده و همکاران(37)، گازیوف (38) و حسینی و کیانی(39) همسو می باشد. در تبیین عملکرد این درمان، می توان گفت که واقعیت درمانی با ایجاد محیطی پذیرا و حمایت کننده با استفاده از روش هایی مثل به تعویق انداختن قضاوت درباره ی درمان جویان، خودافشاگری کمک کننده، توجه کردن به استعاره ها در شیوه ی خودبیانگری درمانجو، توجه به موضوعات و خلاصه کردن، باعث ارضای نیازهای اعضا شده و ایجاد روابط موفقیت آمیز با دیگران را در آن ها افزایش می دهد و این امر به نوبه ی خود باعث کاهش تنش و اضطراب اعضا و بهبود عملکرد آنان می شود(39). همچنین در تبیین یافته فوق می توان گفت که در واقعیت درمانی تاکید اصلی بر روی قبول واقعیت، پذیرش مسئولیت و زمان حال است. لذا به آزمودنیها آموزش داده می شود تا رفتارشان را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آنها کاربردی و مفید می باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه ای واقع بینانه تنظیم کنند. لذا برای آنکه به اهداف خود برسند، باید به انجام آن متعهد باشند. در واقعیت درمانی گفته می شود که رفتار غیر مسئولانه افراد، باعث بروز اضطراب و استرس می شود نه اینکه اضطراب باعث غیرمسئول بودن فرد بشود. از آنجا که تمرکز بر بعد مسولیت، هسته اصلی کار در واقعیت درمانی است، بنابراین، واقعیت درمانی می تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد موثر باشد و در نتیجه از بروز استرس در فرد جلوگیری کند(37). واقعیت درمانگر تمام تلاش خود را بر رفتار متمرکز می کند، به ایجاد یک رابطه خصوصی و فعال، به شیوهای مسئولانه اقدام می کند و زمان حال، به خصوص

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

رفتار کنونی مراجع را برای نیل به موفقیت همواره در نظر دارد. درمانگر نقش کاراگاه و جستجوگر ندارد، عذر و بهانه های مراجع را نمی پذیرد و از راه تاکید بر عمل و احتراز از موارد تهدید آمیز، مقدمات تشکیل رفتار مسئولانه و هویت موفق را در او پایه ریزی می کند که همین منجر به کاهش استرس می شود(40). گلاسر معتقد است هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می شوند، دست به رفتار می زنند، یعنی رفتار و عمل خاصی را انتخاب می کنند تا شاید بدان وسیله نیازهایشان را برآورده کنند. این رفتار هدفمند است و هدفش برآورد کردن نیاز مورد نظر می باشد. چنانچه فرد برای ارضای نیازهایش، روش های موثری را پیدا نکنند، دست به رفتارهای ناکارآمد و ناموثری، همچون مضطرب شدن، خشمگین شدن، افسردگی و ... می زند(41). لذا مداخله مبتنی بر واقعیت درمانی و آموزش مفاهیم کلیدی آن(کنترل بیرونی، نیازهای اساسی، رفتار کلی، دنیای مطلوب، رفتارهای مخرب رابطه، دنیای کیفی و مسئولیت پذیری) می تواند کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به M.S را به دنبال داشته باشد. از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که واقعیت درمانی منجر به افزایش راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و کاهش راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در بیماران مبتلا به M.S گردید. این نتایج پژوهش رمزی و همکاران(28) و امیری و همکاران(29) و سهرابی و همکاران(42) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که مهارت های واقعیت درمانی، شرکت کنندگان در این جلسات را برای درک بیشتر نیازهای خود و اطرافیانشان در زمینه های عاطفی و روانشناختی، نیازهای بین فردی و درک خواسته ها آماده می سازد و موجب می شود تا طرف مقابل رفتارهای باز، صادقانه، مشترک وصمیمی بیشتری ابراز نماید. این تغییر بافتی و سیستمی زمینه را برای رفتارهای مساله مدارتر فراهم می کند و موجب می شود که فرد به جای در خود فرو رفتن و خودکاوی نقادانه از روشهای کارآمدتری مانند راهبردهای مسئله مدار که در جلسات واقعیت درمانی آموخته است استفاده کند.(42). از سوی دیگر از اصول اساسی واقعیت درمانی، ارزیابی کردن رفتار، داوری کردن و مورد انتقاد قرار دادن خود است. زیرمقیاس ارزیابی مجدد مثبت که زیرمجموعه راهبردهای مساله مدار است توصیف کننده تلاش هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می آفرینند و به رشد شخصی و داشتن انگیزه برای تغییر، خلاقیت ارزیابی شناختی از خود و همینطور راهکارهای مذهبی اشاره دارد که کاملا با محتوای واقعیت درمانی همخوانی دارد. طبق اصل چهارم واقعیت درمانی که قضاوت ارزشی نام دارد فرد باید در پرتو اهداف و ضرورتهای دنیای واقعی، در مورد رفتار خود قضاوت کند واعمالی را که منجر به شکست می شود مورد ارزشیابی قرار دهد. مراجع باید به رفتارش با دیدی انتقادی بنگرد و ببیند. که آیا آن رفتار بهترین انتخاب او هست یا خیر؟. به این ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی مثبت و متمرکز بر برنامه ریزی قابل انتظار است(28).

نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که واقعیت درمانی بر بهبود راهکارهای مقابله ای و حساسیت اضطرابی بیماران M.S تاثیر معنی داری داشته است و باعث شده که بیماران بتوانند راهکارهای مقابله ای کارآمدتری در برابر شرایط پر تنش اتخاذ کنند، و همچنین واقعیت درمانی می‌تواند در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد موثر باشد و در نتیجه، از بروز استرس در افراد جلوگیری کرده و باعث کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به M.S شد، با توجه به شیوه نمونه گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می تواند متغیرهای مداخله گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. پیشنهاد می گردد این روش درمانی با سایر روشهای درمان روانشناختی بر روی این بیماران مقایسه شود

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیر عامل محترم انجمن M.S شهر ارومیه، تمامی کارکنان انجمن و افراد شرکت کننده در طرح و همه ی کسانی که به نحوی در این پژوهش همکاری داشتند قدردانی می گردد، این مقاله بر گرفته از رساله دکترای نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است و با شناسه:IR.IAU.URMIA.REC.1398.006 در کمیته اخلاق این دانشگاه تایید شده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچگونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Dorstyn DS, Roberts RM, Murphy G, Haub R. Employment and multiple sclerosis: a meta-analytic review of psychological correlates. Journal of health psychology. 2019; 24(1):38-51.
2. Van Der Feen FE, De Haan GA, Van Der Lijn I, Heersema DJ, Meilof JF, Heutink J. Independent outdoor mobility of persons with multiple sclerosis–A systematic review. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2020; 37(1):1-26
3. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis–a review. European journal of neurology. 2019; 26(1):27-40.
4. Paramonova N, Trapina I, Dokane K, Kalnina J, Sjakste T, Sjakste N. An Intergenic rs9275596 Polymorphism on Chr. 6p21 Is Associated with Multiple Sclerosis in Latvians. Medicina. 2020; 56(4):154.
5. Pakpoor J, Disanto G, Altmann DR, Pavitt S, Turner BP, Marta M, et al. No evidence for higher risk of cancer in patients with multiple sclerosis taking cladribine. Neurology-Neuroimmunology Neuroinflammation. 2015; 2(6): 1-8.
6. Payamani F, Miri M. Survey of symptoms and side effects in patients with multiple sclerosis. Journal of Research Analysis of Nursing Aligoodarz: Mndysh. 2011; 2(2):3-11. [Persian]
7. Doring A, Pfueller CF, Paul F, Dorr J. Exercise in multiple sclerosis--an integral component of disease management. The Epma journal. 2012; 3(1):1-13.
8. Soleymani E, Habibi M, Tajoddini E. The Assessment of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Sensory Processing Sensitivity and Anxiety Sensitivity in Patients with Multiple Sclerosis. J Arak Uni Med Sci. 2016; 19(8): 57-66. [Persian]
9. Hovenkamp-Hermelink JH, Voshaar RC, Batelaan NM, Penninx BW, Jeronimus BF, et al. Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. Scientific reports. 2019; 9(1):1-7.
10. Abramowitz JS, Blakey SM. Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms. American Psychological Association. 2020. p.65-80
11. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. Journal of Anxiety disorders. 2012; 26(3):401-8.
12. Otto MW, Smits JA, Fitzgerald HE, Powers MB, Baird SO. Anxiety sensitivity and your clinical practice. InThe Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment. 2019; (pp. 179-193). Academic Press.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

13. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Stein MB. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. Journal of anxiety disorders. 2008; 22(5):899-914.
14. Hartoonian N, Terrill AL, Beier ML, Turner AP, Day MA, Alschuler KN. Predictors of anxiety in multiple sclerosis. Rehabilitation psychology. 2015; 60(1):91-98.
15. Mikaeli N, Mokhtarpur HE, Mismi S. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in predicting quality of life in patients with multiple sclerosis. Journal of Social Psychology. 2012; 7(23): 5-17. [Persian]
16. Buljevac D, Verkooyen RP, Jacobs BC, Hop W, van der Zwaan LA, van Doorn PA, et al. Chlamydia pneumoniae and the risk for exacerbation in multiple sclerosis patients. Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society. 2003; 54(6):828-31.
17. Salo M, Mykkänen M, Hekkala R. The Interplay of IT Users' Coping Strategies: Uncovering Momentary Emotional Load, Routes, and Sequences.Management Information Systems Quarterly. 2020; 44(3):1143-75.
18. Benson RB, Cobbold B, Boamah EO, Akuoko CP, Boateng D. Challenges, Coping Strategies, and Social Support among Breast Cancer Patients in Ghana. Advances in Public Health. 2020; 31(3): 1-11.
19. Moradi A, Pishva N, Ehsan HB, Hadadi P. The relationship between coping strategies and emotional intelligence. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 30(1):748-51.
20. Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, et al. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. Clinical neurology and neurosurgery. 2010; 112(2):127-30.
21. Carnero Contentti E, López PA, Alonso R, Eizaguirre B, Pettinicchi JP, Tizio S, et al. Coping strategies used by patients with relapsing multiple sclerosis from Argentina: correlation with quality of life and clinical features. Neurological Research. 2020; 43(2):126-32.
22. Kelsch DM. Multiple Sclerosis and Choice Theory: It is a disease and Choice Theory works!. International journal of reality therapy. 2002; 22(1): 24-30.
23. Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). International Journal of Applied Behavioral Sciences. 2015; 2(4):33-38. [Persian]
24. Mocan D. Complementary Aspects in Reality Therapy and Person-Centered Therapy. Open Journal for Psychological Research. 2018; 2(1): 21-26.
25. Delilar S, Havasi N. Effectiveness of Reality Therapy on Reducing Academic Burnout and Increasing Student Self –Control. IJNR. 2019; 14(3): 63-69. [Persian]
26. Bani Hashemi S, Hatami M, Hasani J, sahebi A. Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. Journal of Clinical Psychology. 2020; 12(1): 63-76. [Persian]
27. Soliemani E, Babaei K. On the Effectiveness of Group Reality Therapy based on Choice Theory in Anxiety and Hope for Drug-Dependent Individuals during Abstention. Scientific Quarterly of Research on Addiction. 2010; 10(37): 137-150. [Persian]
28. Ramzi L, Sepehri Shamloo Z, Ali Pour A, Zare H. The effectiveness of group reality therapy in coping strategies. Journal of Family Psychology.2015; 1(2): 19-30. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]

29. Amiry M, AghamohammadianSherbaf H, Kimiayi A. The effectiveness of group reality therapy training in the locus of control and coping strategies. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psyghology.2012; 24(6): 59-68. [Persian]
30. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 7th ed. Tehran: Roshd. 2008.
31. Kim TK. T test as a parametric statistic. Korean journal of anesthesiology. 2015; 68(6): 540-46.
32. Glasser W. Choice theory: A new psychology of personal freedom. HarperPerennial; 1999.
33. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour research and therapy. 1986; 24(1):1-8.
34. Bayrami M, Akbari E, Qasempoor A, Azimi Z. study of anxiety sensitivity, meta- Worry and components of emotion regulation in students with clinical symptoms of social anxiety and normal students. J Clin Psycho 2011; 2(8): 43-49. [Persian]
35. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. Journal of personality and social psychology. 1990; 58(5):844-54.
36. GhoreyshiRad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. International Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4(1): 1-7. [Persian]
37. Morazadeh S, Veiskarami H, Mirdekoovand F, Ghadampoor E, Ghazanfari F. Studying and comparing the effectiveness of real therapy and positive psychotherapy on reducing gifted girl students' perfectionism and academic stress. Psychology of Exceptional Individuals. 2019; 9(34): 79-110. [Persian]
38. Ghaziof B. The Efficacy of group reality therapy on elder people's anxiety in Isfahan. 3rd International Conference on Depression, Anxiety and Stress Management.2017: 21-22
39. Hoseini M, kiyani R. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Anxiety Sensitivity Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). Qurterly Journal of Health Psychology. 2019; 8(31): 7-22.
40. Wubbolding R, Brickell J. Role Play and the Art of Teaching Choice Theory, Reality Therapy, and Lead Management. International Journal of Reality Therapy. 2004; 23(2): 41-43.
41. Wubbolding RE. Reality therapy for the 21st century. Routledge; 2013 Aug 21.
42. Sohrabi Z, Mikaeili N, Atadokht A, Narimani M. The comparison of effectiveness of reality therapy and Socio-emotional relationship therapy on coping strategies in couples. Journal of Family Research. 2019; 15(3): 361-74. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-01-01]