

# بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی

زهرا پاداش<sup>۱</sup>، مریم فاتحی‌زاده<sup>۲</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۳</sup>، زهرا ایزدینخواه<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر، با هدف بررسی تأثیر آموزش روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متأهل انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره الفبای زندگی در بهار و تابستان سال ۱۳۸۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ زن و مرد متأهل بود که از بین داوطلبین شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. زنان و مردان متأهل گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه تحت آموزش به شیوه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامه رضایت زناشویی Enrich بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و روش آماری تحلیل کواریانس و MANCOVA تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تفاوت معنی‌داری بین نمرات رضایت زناشویی گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون وجود داشت ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد را در پس‌آزمون در ابعاد تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، روابط، حل تعارض، اوقات فراغت و جهت‌گیری مذهبی افزایش داده است ( $P < 0/05$ ) و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه شاهد و آزمایش در مرحله پس‌آزمون در ابعاد مدیریت مالی، رابطه جنسی، شیوه فرزندپروری، خانواده و دوستان و مساوات‌طلبی نقش‌ها مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر، شواهدی بر مفید و مؤثر بودن روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در مداخلات خانواده است.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، رضایت از زندگی، شناخت درمانی، روان‌شناسی مثبت

**ارجاع:** پاداش زهرا، فاتحی‌زاده مریم، عابدی محمدرضا، ایزدینخواه زهرا. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۵): ۳۶۳-۳۷۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۷

پیوندهای زناشویی را باعث می‌شود، از ارزش به‌سزایی برخوردار است. به همین ترتیب، شناخت انواع روش‌های آموزش کارآمد جهت افزایش رضایتمندی زناشویی می‌تواند گامی مهم در جهت توانمندسازی خانواده باشد. رضایت را «خوشی برآمده از آگاهی نسبت به یک وضعیت راحت»

## مقدمه

ازدواج موفق، باعث ارضای بسیاری از نیازهای جسمانی و روانی افراد می‌شود و در صورت شکست، زن و شوهر به ویژه فرزندان آن‌ها با ضربه روانی شدید مواجه می‌شوند. از این رو بررسی رضایتمندی زناشویی و عواملی که دوام و بقای

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)  
Email: z.padash@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

زناشویی از شناخت‌ها، باورها، اسنادها، عقاید و نگرش‌های نادرست و یا تحریف ناشی می‌شود (۷، ۶).

پژوهش حاضر، با استفاده از رویکرد جدید Frisch به نام کیفیت زندگی درمانی که در ۲۰۰۶ ارایه شده است، به مداخله در حیطه رضایت زناشویی پرداخته است. کیفیت زندگی درمانی رویکرد جدیدی است که شامل انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی Beck و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است. کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی برای افزایش رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خویش توصیف می‌شود (۱۱-۱۳). کیفیت زندگی درمانی (Quality of life therapy) QOLT سعی می‌کند که جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی، روان‌شناسی مثبت و مدیریت عواطف منفی را به همراه بصیرت ناشی از کار بالینی و روان‌شناسی مثبت به شکل مؤثر انسجام بخشد و مورد استفاده قرار دهد.

تمرکز درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر ۱۶ حوزه اصلی از زندگی است و این که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم. این ۱۶ حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارت است از: ۱- بهداشت و سلامت جسمانی ۲- عزت نفس ۳- اهداف و ارزش‌ها ۴- پول و مادیات ۵- کار ۶- بازی ۷- یادگیری ۸- خلاقیت ۹- کمک به دیگران ۱۰- عشق ۱۱- دوستان ۱۲- فرزندان ۱۳- خویشاوندان ۱۴- خانه ۱۵- همسایه ۱۶- جامعه است. در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعین در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و بالارزش زندگی آموزش داده می‌شود.

از جمله مشخصات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عبارتند از ۱- دیدگاهی است که کل‌نگر به اهداف زندگی دارد و در آن هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط می‌شود؛ به

تعریف کرده است که اغلب با ارضای بعضی تمایلات خاص پیوند خورده است (۱).

Winch (به نقل از سلیمانیان) معتقد است که رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار اوست (۲). رضایتی که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند، جنبه اساسی یک نظام زناشویی است (۳). هر چند به ظاهر، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است، نشانه آن است که رضایت زناشویی به آسانی دست‌یافتنی نیست (۴). در همین زمینه، پژوهشگران بسیاری در دهه گذشته به بررسی عوامل مؤثر در رضایت‌مندی زناشویی پرداخته‌اند. Beach (۵)، Fincham و Bradbury (۶) و Bradbury و Fincham (۷) عوامل مؤثر در رضایت‌مندی زناشویی را به دو دسته تقسیم کرده‌اند: الف) فرایندهای میان فردی شامل: مهارت‌های ارتباطی، سبک‌های حل مسأله و تعارض، کیفیت رابطه جنسی، سبک دلبستگی زوج‌ها، شناخت، عاطفه و اسنادهای ناسازگار است. ب) عوامل محیطی شامل فرزندان، تاریخچه زندگی، خانواده اصلی زوج‌ها، فشارهای زندگی و انتقال‌ها.

به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش رضایت زناشویی باید در بر گیرنده عوامل مؤثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد بپردازد. به منظور افزایش رضایت زناشویی رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از جمله می‌توان به مدل‌های زیر اشاره نمود: درمان زناشویی روان تحلیلی، زناشویی درمانی شناختی- رفتاری، زناشویی درمانی بینش‌مدار، زناشویی درمانی هیجان محور و رویکردهای تلفیقی. استفاده از راه‌کارهای شناخت درمانگری برای حل مشکلات زوجین در خلال دهه گذشته با اقبال فزاینده مواجه شده است (۸). زوج درمانی شناختی شامل کاربرد مدل‌های شناختی است که Beck (به نقل از Halford) در سال ۱۹۷۹ آن را در مورد مشکلات رابطه‌ای ارایه داد (۹). شناخت درمانگرها مدعی هستند که برای حل همیشگی تعارض نیاز به بازسازی شناختی است (۱۰). فرض اساسی در رویکردهای شناختی، این است که اختلافات

نشده است. پژوهش حاضر با استفاده از مدل درمانی Frisch (کیفیت زندگی درمانی) که ترکیبی است منسجم از دو رویکرد شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت به مداخله در حیطه رضایت زناشویی پرداخته است تا با استفاده از محاسن درمانی هر دو رویکرد تغییراتی را در این حیطه ایجاد نماید. همچنین به نظر می‌رسد که این مدل درمانی با معرفی ۱۶ حوزه اصلی زندگی و مدل درمانی CASIO و آرایه اصول در هر یک از این حوزه‌ها به مراجعین کمک می‌کند نه تنها رضایتشان را در هر یک از حوزه‌ها، بلکه رضایت کلی‌شان از زندگی را افزایش دهند. از سویی در معرفی عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی نشان داده شد که این حیطه تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله خصوصیات و عوامل زمینه‌ای فردی، عوامل مربوط به زوجین در ارتباط با همدیگر، عوامل مربوط به زوجین در مقابل موقعیت‌ها و افراد دیگر و عوامل محیطی تأثیرگذار بر روی زوجین است و به نظر می‌رسد که مدل درمانی Frisch این عوامل را به خوبی پوشش می‌دهد. در این پژوهش روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با کار بر روی حیطه‌های مختلف و فعال کردن همه حیطه‌ها در زندگی افراد تلاش دارد با آرایه راه‌کارهای شناختی و روان‌شناسی مثبت به افزایش رضایت زناشویی بپردازد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است و از روش نیمه تجربی استفاده شده است و در آن یک گروه آزمایش و یک گروه شاهد وجود داشت. از هر دو گروه قبل از اجرای مداخله آزمایشی، پیش‌آزمون و بعد از جلسات، پس‌آزمون گرفته شده است. در این پژوهش، متغیر مستقل دارای دو سطح شامل روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی و عدم مداخله است و متغیر وابسته، رضایت زناشویی بود. جامعه آماری این تحقیق، زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره الفبای زندگی در بهار و تابستان ۱۳۸۹ بودند. نمونه از میان مراجعان متأهل مرکز مشاوره الفبای زندگی انتخاب شد. روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس بود. برای انتخاب نمونه از جامعه مورد نظر، اطلاعیه‌ای با عنوان «کارگاه کیفیت زندگی

طوری که مراجعان ارتباط مستقیمی بین یک مداخله یا تکلیف خانگی و تحقق مهم‌ترین نیازها، اهداف و خواسته‌های خود مشاهده می‌کنند. ۲- نوعی معنی درمانی است؛ به طوری که به مراجعان کمک می‌کند تا معنی‌دارترین چیزی را که برای شادمانی و سلامت آن‌ها وجود دارد، بیابند. ۳- درمانی مبتنی بر آگاهی و مهارت‌یابی است که در ارتباط با مهم‌ترین و ارزشمندترین جنبه‌های زندگی به آن نیاز دارند. ۴- یک مدل یا دستورالعمل پنج مرحله‌ای درباره رضایت‌مندی از زندگی است که طرح و نقشه‌ای را برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر آرایه می‌دهد.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی است، بر اساس یک الگوی ۵ راهه آرایه می‌گردد که به طور خلاصه (CASIO که از اختصار این کلمات می‌باشد: Attitude, Circumstance, Overall Importance, Standards of fulfillment, satisfaction) نامیده می‌شود. این الگو (CASIO) عبارت است از: ۱- ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه (Circumstance) ۲- نگرش‌ها یا چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص (Attitude) ۳- ارزیابی شخصی از احساس رضایت در یک حوزه بر مبنای کاربرد استانداردهای تحقق یافته یا موفقیت‌ها (Standards of fulfillment) ۴- ارزش‌ها یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد (Importance) ۵- رضایت کلی در دیگر حوزه‌های زندگی که دغدغه فوری نیستند. با این فرض که رضایت کلی را می‌توان با تقویت رضایت در هر حوزه با ارزش از زندگی، حتی حوزه‌هایی که دغدغه فوری نیستند، افزایش داد (Overall satisfaction).

پژوهش‌ها نشان دادند که شناخت درمانی از جمله درمان‌هایی است که برای افزایش رضایت زناشویی توسط متخصصین به کار برده می‌شود. اما به نظر می‌رسد که در پژوهش‌های پیشین این‌ها خلأ وجود دارد که از رویکرد روان‌شناسی مثبت در کار با زوجین مشکل‌دار استفاده زیادی

درمانی» در یکی از هفته‌نامه‌های شهر اصفهان به چاپ رسید. از مجموع ۴۶ نفر ثبت‌نام کننده، با توجه به ملاک‌های انتخاب از قبیل: دارا بودن حداقل مدرک دیپلم، نداشتن اعتیاد و سوء مصرف مواد، دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، نداشتن مشکلات حاد روانی، ۳۶ نفر در پژوهش وارد شدند. از این رو از این تعداد، ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه شاهد به صورت تصادفی جایگزین شدند. مداخله آزمایشی، یعنی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در نهایت، کار پژوهش با ۱۶ نفر در هر گروه به اتمام رسید. پس از اتمام جلسات، هر دو گروه دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

پرسش‌نامه Enrich یک ابزار ۱۱۵ سؤالی است و برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پربراری رابطه زناشویی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه از ۱۴ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌ها شامل تعریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان،

مساوات طلبی نقش‌ها و جهت‌گیری مذهبی است.

**اعتبار پرسش‌نامه:** در گزارش Olson و همکاران ضرایب آلفای پرسش‌نامه Enrich برای خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷ گزارش شد، همچنین اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه در فاصله ۴ هفته با میانگین ۰/۸۶ قابل قبول بوده است (۱۴). در پژوهش مهدویان، ضریب همبستگی Pearson در روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای گروه مردان ۰/۹۴، برای گروه زنان ۰/۹۴ و برای گروه مردان و زنان ۰/۹۴ به دست آمد (۱۵). به همین ترتیب در پژوهش‌های میرخستی (۱۶) و سلیمانیان (۱۷) این ضرایب برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷ گزارش شد.

**روایی پرسش‌نامه:** ضریب همبستگی پرسش‌نامه Enrich با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه Enrich زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کند و این نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (۱۸).

### سرفصل محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد
جلسه دوم	مرور تکالیف، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
جلسه سوم	مرور تکالیف، معرفی CASIO® به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C (Circumstance) به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه چهارم	مرور تکالیف، بحث پیرامون CASIO، معرفی A (Attitude) به عنوان استراتژی دوم
جلسه پنجم	مرور تکالیف، بحث پیرامون CASIO، معرفی SIO (Importance, Overall satisfaction, Standards of fulfillment) به عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی
جلسه ششم	مرور تکالیف، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت
جلسه هفتم	مرور تکالیف، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط
جلسه هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی

CASIO® از اختصار این کلمات می‌باشد: Overall satisfaction Importance, Standards of fulfillment, Attitude, Circumstance

### یافته‌ها

داده‌ها با آمار توصیفی، جدول میانگین، انحراف معیار و با روش تحلیل کواریانس و تحلیل MANCOVA با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فرضیه اول: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی زنان و مردان متأهل مؤثر است. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد در پرسش‌نامه رضایت زناشویی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب در گروه آزمایش، میانگین ۲۳۲/۷۳، ۲۸۷/۶۲ و انحراف معیار ۵۰/۷۸، ۴۵/۸۱ و در گروه شاهد، میانگین ۲۲۳/۵۱، ۲۲۵/۴۲ و انحراف معیار ۶۴/۱۳، ۶۸/۲۶ به دست آمد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بیشتر است. برای تعیین معنی‌داری این تفاوت با توجه به این که لازم است که پیش‌آزمون مهار شود، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. از آن جایی که یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون همسانی واریانس‌ها است، در ابتدا با استفاده از آزمون Levin این پیش‌فرض بررسی شد. در جدول ۱ نتایج این بررسی آمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و شاهد تأیید گردید. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و آزمون تحلیل کواریانس مقدور است. یکی دیگر از شرایط استفاده از آزمون تحلیل کواریانس نرمال بودن

نمرات است. برای این پیش‌فرض از آزمون Shapiro-Wilk استفاده شد. این پیش‌فرض نیز توسط داده‌ها تأیید شد ( $P > 0/05$ ) و می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد. در جدول ۲ خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس آمده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری بین نمرات رضایت زناشویی گروه آزمایش و شاهد وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کیفیت زندگی درمانی بر رضایت زناشویی تأثیر داشته است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود ( $P \leq 0/05$ ).

فرضیه دوم پژوهش: کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد پرسش‌نامه Enrich روی زنان و مردان متأهل مؤثر بوده است.

در جدول ۳ میانگین ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و شاهد آمده است. برای مشخص نمودن این که کیفیت زندگی درمانی بر کدام یک از ابعاد رضایت زناشویی تأثیر داشته است، از آزمون تحلیل MANCOVA استفاده شد تا بتوان پیش‌آزمون هر یک از ابعاد را کنترل نمود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری بین نمرات ابعاد تحریف آرمانی ( $P < 0/05$ )، رضایت زناشویی ( $P < 0/05$ )، مسایل شخصیتی ( $P < 0/05$ )، روابط ( $P < 0/05$ )، حل تعارض ( $P < 0/05$ )، اوقات فراغت ( $P < 0/05$ )، جهت‌گیری مذهبی ( $P < 0/05$ ) وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی درمانی بر این ابعاد تأثیر داشته است.

جدول ۱. نتایج آزمون Levin در خصوص پیش‌فرض برابری واریانس‌های نمرات رضایت زناشویی

آزمون	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
Levin	۱	۳۶	۳/۳۸	۰/۰۷۴

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس نمرات رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
۹۲۱۸۱/۹۵	۱	۹۲۱۸۱/۹۵	۳۰۷/۴۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۹۸	۱
۱۹۶۳۷/۸۹	۱	۱۹۶۳۷/۸۹	۶۵/۶۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۲	۱

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد رضایت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار
تحریف شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۶۸	۲/۳۳
	شاهد	پس‌آزمون	۳/۶۸	۲/۲۱
شیوه فرزندپروری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱/۲۱	۳/۸۰
	شاهد	پس‌آزمون	۱۲/۲۱	۳/۸۵
خانواده و دوستان	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۴۲	۹/۶۶
	شاهد	پس‌آزمون	۲۱/۳۱	۸/۳۲
مساوات طلبی نقش‌ها	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۸/۱۵	۶/۳۹
	شاهد	پس‌آزمون	۲۷/۸۹	۶/۴۰
جهت‌گیری مذهبی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۴۲	۶/۵۴
	شاهد	پس‌آزمون	۲۲/۷۳	۵/۹۷
حل تعارض	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۳/۳۶	۵/۱۵
	شاهد	پس‌آزمون	۲۳/۳۱	۵/۲۲
مدیریت مالی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۸/۵۲	۶/۵۴
	شاهد	پس‌آزمون	۲۰/۹۴	۵/۹۲
اوقات فراغت	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۷۸	۷/۶۱
	شاهد	پس‌آزمون	۱۷/۴۷	۶/۵۴
رابطه جنسی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۴۲	۵/۶۸
	شاهد	پس‌آزمون	۲۴/۵۷	۶/۱۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵/۷۸	۷/۳۹
	شاهد	پس‌آزمون	۲۵/۶۸	۷/۶۶
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۸/۷۸	۶/۱۸
	شاهد	پس‌آزمون	۲۴/۶۸	۵/۶۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۸۴	۸/۹۴
	شاهد	پس‌آزمون	۲۲/۳۶	۸/۶۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲	۱۰/۴۱
	شاهد	پس‌آزمون	۲۲/۳۶	۱۰/۲۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۶	۷/۱۸
	شاهد	پس‌آزمون	۲۶/۰۵	۷/۰۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۶۳	۶/۷۰
	شاهد	پس‌آزمون	۲۳/۸۴	۶/۰۹
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۳/۴۷	۶/۳۵
	شاهد	پس‌آزمون	۲۳/۴۷	۶/۳۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۲۶	۷/۰۶
	شاهد	پس‌آزمون	۲۷/۶۸	۷/۱۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۶/۱۵	۷/۰۶
	شاهد	پس‌آزمون	۲۶/۲۱	۶/۳۸

مساوات طلبی نقش‌ها وجود ندارد. بنابراین کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد (مدیریت مالی، رابطه جنسی، شیوه فرزندپروری، خانواده و دوستان، مساوات طلبی نقش‌ها) تأثیر نداشته است.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در نمرات میانگین گروه آزمایش و شاهد در ابعاد مدیریت مالی، رابطه جنسی، شیوه فرزندپروری، خانواده و دوستان و

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل MANCOVA نمرات خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	ابعاد	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
تحریف آرمانی	۳۲/۲۴	۱	۳۲/۲۴	۱۵/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۶
رضایت زناشویی	۲۷۴/۶۹	۱	۲۷۴/۶۹	۲۸/۴۲	< ۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
مسائل شخصیتی	۱۴۶/۴۴	۱	۱۴۶/۴۴	۲۳/۲۱	< ۰/۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
حل تعارض	۸۶/۱۶	۱	۸۶/۱۶	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۳
روابط	۱۴۷/۶۷	۱	۱۴۷/۶۷	۲۴/۲۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
مدیریت مالی	۱/۹۲	۱	۱/۹۲	۰/۳۶	۰/۵۵۴	۰/۰۱	۰/۰۸
اوقات فراغت	۸۰/۳۴	۱	۸۰/۳۴	۱۷/۵۳	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
رابطه جنسی	۲۹/۲۴	۱	۲۹/۲۴	۲/۵۴	۰/۱۲۴	۰/۰۹	۰/۳۳
شیوه فرزندپروری	۳۶/۴۷	۱	۳۶/۴۷	۲/۶۴	۰/۱۱۷	۰/۰۹	۰/۳۴
خانواده و دوستان	۸/۷۱	۱	۸/۷۱	۴/۰۱	۰/۱۵۶	۰/۱۴	۰/۴۸
مساوات طلبی نقش‌ها	۰/۸۸	۱	۰/۸۸	۰/۳۴	۰/۰۵۶	۰/۰۱	۰/۰۸
جهت‌گیری مذهبی	۶۱/۸۰	۱	۶۱/۸۰	۱۰/۵۴	۰/۰۰۳	۰/۳۰	۰/۸۷

### بحث و نتیجه‌گیری

که نشان داده شد، روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی که تلفیقی از رویکرد شناختی و روان‌شناسی مثبت است، در دو مورد از استراتژی‌های درمانی خود، یعنی تغییر نگرش (A) و تغییر اهداف و استانداردها (S)، با استفاده از تکنیک‌های شناختی به تغییر در شناخت‌ها و اسنادهای افراد پرداخته است. به نظر می‌رسد که این دو استراتژی تنها گوشه‌ای از این درمان می‌باشد. رویکرد Frisch برای افزایش رضایت در زندگی به گونه‌ای است که فقط بر یک حیطه زندگی توجه نمی‌کند بلکه با توجه به ۱۶ حیطه و ارایه راه‌کارهای شناختی به تغییر رضایت در این حیطه‌ها می‌پردازد. همچنین این رویکرد به چالش با این نوع تفکر می‌پردازد که افراد فقط در یک بعد به درمان بپردازند؛ چرا که رضایت انسان از زندگی تحت تأثیر ابعاد گوناگونی است. همچنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که رضایت زناشویی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد و تأکید در درمان بر روی یک بعد برای افزایش رضایت زناشویی منطقی به نظر نمی‌آید.

به نظر می‌رسد که کار بر روی اولویت‌های مختلف و افزایش رضایتمندی مراجعان در حیطه‌های مذکور می‌تواند بزرگ‌نمایی آن‌ها را نسبت به اهمیت یک حیطه کاهش دهد و به افزایش رضایت و شادی آن‌ها در ابعاد متفاوت بپردازد. در این پژوهش، تلاش بر این بود تا با تغییر اولویت‌ها و

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی مؤثر بوده است. در ادبیات پژوهشی، تحقیق مستقیمی در این زمینه یافت نشد که نشان دهد آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی تأثیر داشته است، اما در تحقیقات مشابهی که مباحث نظری کیفیت زندگی درمانی را در بر می‌گیرد، می‌توان به مباحث زیر اشاره نمود.

همان‌طور که می‌دانیم، در مورد درمان شناختی- رفتاری بیشتر از سایر اشکال زوج درمانی مطالعات کنترل شده انجام شده است. مروری بر مطالعات اثربخشی که در آن برای تعیین اثربخشی از معیارهای دقیقی استفاده شده بود، نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش پریشانی ارتباطی مؤثر است (۱۹). درمان شناختی- رفتاری تلاش دارد تا اسنادهای منفی را تغییر دهد و به این وسیله روابط زوجین را بهبود بخشد. در این رویکرد از طریق راهبردهای بازسازی شناختی به تغییر الگوهای فکری نادرست و تحریف‌های شناختی زوجین پرداخته می‌شود. در همین راستا، همان‌گونه

همچنین پژوهش Seligman و همکاران نشان داد که زوجین از حضور در جلسات با محتوای آموزش روش شناختی- رفتاری بر افزایش شادی‌شان سود می‌برند (۲۲). زمانی که رفتارهای آشفته کاهش می‌یابند و رفتارهای خوشایند افزایش می‌یابند، احساس مثبت از رابطه بیشتر می‌شود. Johnson و همکاران نشان دادند که سطوح پایین عاطفه مثبت و سطوح بالای عاطفه منفی پیش‌بینی‌کننده‌های دقیق زوال ازدواج هستند (۲۳).

کیفیت زندگی درمانی، علاوه بر کار بر روی اسنادها به ارایه راه‌کارها و اصولی برای افزایش شادی، حل مسأله و تقویت حیطه‌ها می‌پردازد. همچنین با استفاده از روان‌شناسی مثبت و اصول آن به جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر قدیمی می‌پردازد. با در نظر گرفتن مطالبی که ذکر شد و همچنین بیان این نکته که شناخت‌ها، شادی و عاطفه مثبت و منفی با رضایت زناشویی در ارتباط هستند، می‌توان تبیین نمود که کیفیت زندگی درمانی روی رضایت زناشویی مؤثر بوده است. بر این اساس نتایج این پژوهش می‌تواند الگویی مناسب و مؤثری برای افزایش رضایت زناشویی در ایران باشد و پیشنهاد می‌شود که به عنوان یک مدل درمانی در درمان‌های خانواده مورد استفاده متخصصین قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به موردی چون شرکت کنندگان از میان مراجعان یکی از مراکز خصوصی شهر اصفهان انتخاب شده‌اند، در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید احتیاط نمود. در ضمن تعداد شرکت کنندگان این پژوهش ۱۶ نفر بود، البته پژوهش‌های مداخله‌ای اغلب با تعداد محدود مشابه انجام و چاپ شده است و توان آزمون نیز قابل قبول است (۱).

تقویت کردن رضایتمندی در حیطه‌هایی که در گذشته مورد توجه نبوده‌اند و ارایه راه‌کارها و اصول این درمان به افزایش رضایت، علاوه بر همسر (رضایت زناشویی)، که یکی از ۱۶ حیطه این رویکرد است، به افزایش شادی و رضایت کلی همسران پرداخته شود.

همچنین این رویکرد (کیفیت زندگی درمانی) با استفاده از اصول خود از جمله اصل پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل شاهد خلق و خوی هیجانی خود، اصل سهمیه ناکامی، اصل فرا رفتن از طرح‌واره‌ها و رفتارهای برخاسته از خانواده اصلی، اصل عادت‌های شادکامی، اصل شوخ طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر که در هر کدام به ارایه راه‌کارهایی می‌پردازد، به زنان و مردان متأهل کمک می‌نماید تا با استفاده از تغییر در نگرش، عاطفه و شادی‌شان به افزایش رضایت زناشویی خود بپردازند. همچنین پژوهش حاضر نیز نشان داد که این رویکرد باعث تغییراتی در خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، روابط، حل تعارض، اوقات فراغت، جهت‌گیری مذهبی شده است. Margolin و همکاران (به نقل از قریشیان) در کار با زوج‌های مشکل‌داری که دارای اسنادهای نادرست در مورد ازدواج و روابطشان بودند، نشان دادند که بازسازی شناختی باعث تغییر اسنادهای نادرست همسران و به دنبال آن کاهش اختلاف و بهبود روابط زناشویی شده است (۲۰). پژوهش رضاخو نیز نشان داد که میزان رضایتمندی زناشویی زوج‌های ناسازگار پس از دوره مداخله بازآموزی اسنادی افزایش داشته است و سبک‌های اسنادی آن‌ها به شکل مطلوب تغییر نموده است (۲۱).

## References

1. Ferasat Z. Study of locus of control and marital satisfaction among employed women and housewives in Tehran [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Moaalem University; 2003. [In Persian].
2. Solymaniyan A. Effect of irrational thinking on marital dissatisfaction [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Moaalem University; 1995. [In Persian].
3. Esanejad O. The effectiveness of enriching of relation on quality development of couples relation in Esfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education Science and Psychology, The University of Isfahan; 2009. [In Persian].

4. Oliya N. The effect of education enriching couples life on increasing marital satisfaction in Esfahan. [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education Science and Psychology, University of Isfahan; 2007. [In Persian].
5. Beach SR. Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice. Washington, DC: Amer Psychological Assn; 2001.
6. Fincham FD, Bradbury TN. The Assessment of Marital Quality: A Reevaluation. *Journal of Marriage and Family* 1987; 49(4): 797-809.
7. Bradbury TN, Fincham FD. Attributions and behavior in marital interaction. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63(4): 613-28.
8. Beshart MA. Models of couples therapy. *Psychohypnosis* 2000; 5(17-18): 34-50. [In Persian].
9. Halford K. Short Couples Therapy. Trans. Tabrizi M, Karvani M, Jafari F. Tehran, Iran: araravan Publication; 2006.
10. Goldenberg I, Goldenberg H. Family Therapy. Trans. Shahi H, Nagshbandi M. Tehran, Iran: Ravan Publications; 1996.
11. Frisch MB. Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
12. Frisch MB, Sanford KP. Construct validity and the search for a one dimensional factor solution: Factor analysis of the Quality of Life Inventory in a large clinical sample. Waco, TX: Baylor University; 2005.
13. Frisch MB, Clark MP, Rouse SV, Rudd MD, Pawelek JK, Greenstone A, et al. Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment* 2005; 12(1): 66-78.
14. Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A. Families: What Makes Them Work. London, UK: Sage Publications; 1983.
15. Mahdavian F. The effect of communication training on marital satisfaction and mental health [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute; 1997. [In Persian].
16. Mirkhashtei F. Relationship between marital satisfaction and mental health. [Thesis]. Tehran, Iran: Roodehen Branch, Islamic Azad University; 1996. [In Persian].
17. Soleimani A. The effect of Cognitive approach is based on irrational thinking on marital satisfaction [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Moalem University; 1994. [In Persian].
18. Sanai Zaker B, Setila A. Family and marriage scales. Tehran, Iran: Best Publication; 2009. [In Persian].
19. Pearce ZJ, Halford WK. Do attributions mediate the association between attachment and negative couple communication? *Personal Relationships* 2008; 15(2): 155-70.
20. Ghoreishian M. Effect on marital satisfaction and emotional intelligence documents from CME-style couples [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Education Science & Psychology, The University of Isfahan; 2010. [In Persian].
21. Rezakho A. The role of attribution retraining on documentary style and marital satisfaction. [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2004. [In Persian].
22. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60(5): 410-21.
23. Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, et al. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(1): 15-27.

## The effect of quality of life therapy on marital satisfaction

Zahra Padash MSc<sup>1</sup>, Maryam Fatehizadeh<sup>2</sup>, Mohammadreza Abedi<sup>2</sup>, Zahra Izadikhah<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** The purpose of this study was to evaluate the efficacy of training according to quality of life therapy on marital satisfaction in men and women.

**Methods and Materials:** This was a semi experimental research with pretest-posttest and control group. Statistical population of this research included men and women who referred to Alefbay Zendegy counseling center, Isfahan, in spring and summer 2009. Research sample included 32 married men and women who were selected randomly among the participants and were assigned to control and experimental groups. Married men and women in the experimental group were trained according to quality of life therapy style during 8 sessions. The measurement instrument was Enrich Marital Satisfaction Questionnaire.

**Findings:** There was a significant difference in marital satisfaction scores between control group and experimental group. This means that quality of life therapy was effective in marital satisfaction of married men and women ( $P < 0.01$ ). In addition, quality of life therapy was effective in idealistic distortion, marital satisfaction, communication, conflict resolution, leisure activities, and religious orientation ( $P < 0.01$ ). But there was no significant difference between average scores of control group and experimental group in financial management, sexual relationship, children and parenting, family and friends, and equalitarian roles.

**Conclusions:** This study indicated the efficacy of quality of life therapy on marital satisfaction.

**Keywords:** Marital satisfaction, Quality of life therapy, Life satisfaction, Positive psychology, Cognitive therapy

**Citation:** Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. **The effect of quality of life therapy on marital satisfaction.** J Res Behav Sci 2013; 10(5): 363-72

Received: 16.05.2012

Accepted: 18.12.2012

1- Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: z.padash@yahoo.com  
2- Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran  
3- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran