

## The Effectiveness of positive psychotherapy on depression and marital satisfaction of depressed women

S. Vojdany<sup>1\*</sup>, M. Golzari<sup>2</sup>, A. Borjali<sup>2</sup>

### Abstract

**Aim:** This research has aimed to determine the effectiveness of positive psychotherapy on the decrease of depression and the increase of marital satisfaction of depressed women. **Methods:** The design of research is quasi-experiment including pretest and posttest of control group. Statistical population of this research include 72 married women referred to health centers of Tehran 5th district in the summer of 1392. Among them, after screening, 21 women were randomly selected into experiment group and control group. The subjects were evaluated before and after interventions through depression inventory of Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh (1961) as well as Enrich marital satisfaction scale of Olson, Fournier & Druckman (1987). The positive psychotherapy was administered in 8 sessions, each of them took 2 hours in the experiment group and there was no intervention in control group. The data were analyzed through covariance and repeated measures analysis. **Results:** The results show that positive psychotherapy has significant impacts on the decrease of depression and the increase of marital satisfaction level. The follow-up confirm the stability of positive psychotherapy. **Conclusion:** In the treatment field, emphasized to use new psychological treatments, it is recommended that researchers take the use of positive psychotherapy into consideration.

**Key words:** *depression, marital satisfaction, positive psychotherapy*

---

1\*. Corresponding author, M. A. in clinical psychology, Allameh Tabatabaie University  
Email: siminvojdany@gmail.com

2. Associate professor, Allameh Tabatabaie University

## اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان افسرده

سیمین وجدانی<sup>۱\*</sup>، محمود گلزاری<sup>۲</sup> و احمد برجعلی<sup>۲</sup>

دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۳/۶/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۲۵

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه ۵ شهر تهران در تابستان ۱۳۹۲ به تعداد ۷۲ نفر بود. پس از غربال‌گری از میان آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شد، در حین درمان به علت ریزش نمونه پژوهش به ۲۲ نفر کاهش یافت. ابزار پژوهش آزمون افسردگی بک، وارد، مندلسون، موک و ارباف (۱۹۶۱) و آزمون رضایت زناشویی انریچ ساخت اولسون، دراگمن و فورنیر (۱۹۹۳) بود. روان‌درمانی مثبت‌گرا در ۸ جلسه ۲ ساعته در هفته یک‌بار در گروه آزمایشی برگزار و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تاثیر معنی‌دار روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی و افزایش سطح رضایت زناشویی و نیز موید ثبات این روان‌درمانی در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** در حوزه درمان با تاکید بر لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی جدید و موثر، می‌توان از روان‌درمانی مثبت‌گرا با توجه به ماهیت و کارکرد آن برای درمان اختلال‌های بالینی به‌طور انفرادی و گروهی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، رضایت زناشویی، روان‌درمانی مثبت‌گرا

\*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

## مقدمه

افسردگی یکی از اختلال‌های شایع است؛ مطابق با نظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) افسردگی اساسی امروزه علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود و ۳۵۰ میلیون نفر در جهان به گونه‌ای آن را تجربه کرده‌اند. شیوع کلی افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (گزل و سوزا، فوکولو، وینر، سیلوا و همکاران، ۲۰۱۳). وجود این اختلال همراه با علائم و پیامدهایی که دارد، می‌تواند اختلال چشم‌گیری در مراقبت از خود و بر عهده گرفتن مسئولیت زندگی فردی در بیمار ایجاد کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

در حالی که ازدواج و تشکیل خانواده، فرصتی برای پدید آمدن یک کانون آسایش، خوشبختی و نشاط طبیعی، ارضای غریزه جنسی، لذت‌بردن از زندگی و تلاش برای رسیدن به هدفی متعالی است؛ و باید فشارهای وارد شده بر اعضای خود را تخفیف دهد و راه رشد آن‌ها را هموار سازد (نوابی‌نژاد، دوکانه‌ای فرد و آقاجانی، ۱۳۸۸)؛ اما به‌هنگار و یا نا به‌هنگار بودن خانواده به شرایط کلی آن وابسته است و در صورت وجود هر یک اختلال‌های جسمانی و روانی، کارکرد خانواده دچار مشکل می‌شود و میزان رضایت زناشویی به خطر می‌افتد. یکی از این اختلال‌ها، افسردگی است که می‌تواند سطح رضایت زناشویی را کاهش دهد. از سویی دیگر زندگی زناشویی ناکارآمد، خود سبب بروز اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی در بین زنان می‌شود (رستمی و چراغ‌علی گل، ۱۳۹۳). هالجین و لورجوی (۱۹۹۱، نقل از بگول، ۲۰۰۶) معتقدند اختلال افسردگی بر رضایت زناشویی تاثیرگذار است؛ از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌ترند (شاهی، غفاری و قاسمی، ۱۳۹۰). این داده‌ها، موید رابطه دو سویه بین این دو متغیر است.

اغلب رویکردهای درمانی به‌ویژه در گذشته، دیدگاهی آسیب‌شناسانه به اختلال‌ها داشتند و هدفشان تخفیف و تسکین علائم بیماری بود؛ در حالی که در دو دهه‌ی اخیر رویکردهای جدیدی چون روان‌شناسی مثبت‌گرا، مورد توجه واقع شده است. داک ورث، استین و سلیگمن، (۲۰۰۵) معتقدند روان‌شناسی تنها جنبه‌های مرضی و بیمارگون را مدنظر قرار داده است. یعنی روان‌شناسان نه تنها به توانایی‌ها، جنبه‌های مثبت و فضائل درونی انسان توجه کافی نکرده‌اند، بلکه صرفاً به آسیب‌ها پرداخته‌اند (خوشخرام و گلزاری، ۱۳۹۰). کریستوفر پترسون (۲۰۱۳) معتقد است تمرکز بر اختلال‌ها منجر به شناسایی راه‌هایی برای حل کردن آن‌ها شد، اما از سوی دیگر این توجه و اهمیت صرف، سبب نگاهی کوتاه بینانه به طبیعت انسان گردید. در حالی که در رویکرد روان‌شناسی مثبت به مطالعه امور درست در زندگی مانند صفات مثبت، دارایی‌های روان‌شناختی و توانمندی‌های منشی افراد، توجه می‌شود (کوبا، سلیگمن، پترسون، دینر، زاک، چاپمن و تابمپسون، ۲۰۱۱). یکی از فنون روان‌شناسی مثبت، روان‌درمانی مثبت‌گرا است که

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و...

توسط سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) ارائه شد؛ که به‌رغم عمر کوتاه خود، کاربردهای متنوعی در حیطه عمل به‌ویژه در عرصه درمان داشته و به پژوهش‌های متعددی منتهی شده است. سنف و لیو (۲۰۱۳) معتقدند مداخله‌های مبتنی بر نقاط قوت بر افزایش شادی و کاهش علائم افسردگی اثر دارد. پیتروسکی و میکوتا (۲۰۱۲) بیان می‌کنند روان‌شناسی مثبت‌گرا برای کاهش علائم افسردگی در بیماران که از افسردگی حاد یا خفیف رنج می‌برند، موثر است. نتایج پژوهش سیلیک، آگار و بای (۲۰۱۲) حاکی از آن است که این روش، شیوه‌ای اثربخش برای کاهش افسردگی است و حتی قابلیت مقایسه با سایر روش‌های درمانی هم‌چون دارو درمانی دارد. سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) اثربخشی آن را در مورد افسردگی تایید کردند. براتی (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا سبب کاهش افسردگی می‌شود. کانولی و کانولی (۲۰۰۹) نیز فنون خانواده درمانی مثبت‌نگر را بررسی و بیان کرده‌اند. با توجه به اهمیت نبود افسردگی در بهبود سطح رضایت زناشویی و با تاکید بر اثربخشی این روش درمانی، اهمیت و ضرورت انجام پژوهش‌هایی از این دست بیش از پیش برجسته می‌شود. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده به اجرا درآمد تا فرضیه‌های زیر را آزمون کند.

۱. روان‌درمانی مثبت‌گرا منجر به کاهش افسردگی زنان افسرده می‌شود.
۲. روان‌درمانی مثبت‌گرا منجر به افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده می‌شود.
۳. تاثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

## روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی دو گروهی با سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جامعه آماری کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت ناحیه ۱ منطقه ۵ شهر تهران شامل خانه‌های سلامت شهران شمالی، شهران جنوبی، شهر زیبا در تابستان سال ۱۳۹۲ به تعداد ۷۲ نفر بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر با توجه به مصاحبه ساختاریافته بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۳۸۹) و نمره‌های بالای ۱۱ در آزمون افسردگی بک و نمره‌های پایین‌تر از ۴۰ در آزمون رضایت زناشویی انریچ انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفت. اما با توجه به عدم حضور ۲ نفر از جلسه دوم و حضور نامنظم ۲ نفر دیگر در جلسه‌های درمان در گروه آزمایش، و عدم دسترسی به ۱ نفر در گروه گواه، نمونه پژوهش به ۲۲ نفر و هر گروه به ۱۱ نفر کاهش یافت و داده‌ها با توجه به این تعداد تحلیل شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها داشتن سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روانی یعنی عدم ابتلا به بیماری‌هایی

هم‌چون افسردگی حاد، اختلال اضطراب فراگیر و نظایر آن بود که سبب اختلال جدی در کارکرد فرد می‌شود و عدم شرکت در برنامه‌های درمانی به‌صورت هم‌زمان بود.

## ابزار پژوهش

۱. **آزمون افسردگی بک.** این آزمون توسط آرون تی بک، وارد، مندلسون، موک و ارباف (۱۹۶۱) برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد. هر یک از سوال‌ها مولفه مشخصی را می‌سنجد که شامل ۱. غمگینی، ۲. بدبینی، ۳. شکست در گذشته، ۴. از دست دادن لذت، ۵. احساس گناه، ۶. احساس تنبیه، ۷. تنفر از خود، ۸. انتقاد از خود، ۹. افکار یا آرزوی خودکشی، ۱۰. گریه کردن، ۱۱. تشویش، ۱۲. از دست دادن علاقه، ۱۳. بلا تکلیفی، ۱۴. احساس پوچی، ۱۵. از دست دادن انرژی، ۱۶. تغییر در خواب، ۱۷. تحریک‌پذیری، ۱۸. تغییر در اشتها، ۱۹. احساس خستگی، ۲۰. اشکال در تمرکز، ۲۱. از دست دادن میل جنسی است. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد که سطح افسردگی را از طبیعی تا افسردگی بیش از حد طبقه‌بندی می‌کند (ای. تی. بک، ۱۹۹۶، نقل از گراث-مارنات، ۱۳۸۹). بک در سال ۱۹۹۶ اعتبار آزمون را ۰/۹۳ گزارش کرد. در ایران نیز محمدخانی و دابسون (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست آورد. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک ۰/۸۵ به‌دست آمد.

۲. **آزمون رضایت زناشویی انریچ.** این پرسش‌نامه توسط اولسون، دراکمن و فورنیر (۱۹۸۷) ساخته شد و نسخه کوتاه آن شامل ۴۷ ماده خود گزارش‌دهی و هر گزینه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است که دامنه آن از ۱ تا ۵ مرتب شده است، و برخی از سوال‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره رضایت کلی فرد از مجموع نمره‌های او از تمامی سوال‌ها به‌دست می‌آید که هر چه نمره فرد بیشتر باشد، میزان رضایت زناشویی او بیشتر است. نمره‌های کمتر از ۳۰ نشان‌گر نارضایتی شدید، نمره‌های بین ۳۰ تا ۴۰ نشان‌گر عدم رضایت، نمره‌های بین ۴۰ تا ۶۰ نشان‌گر رضایت نسبی، نمره‌های بین ۶۰ تا ۷۰ نشان‌گر رضایت زیاد و نمره‌های بالای ۷۰ نشان‌گر رضایت فوق‌العاده همسران می‌باشد. سلیمانیان و نوابی‌نژاد (۱۳۷۳) همبستگی درونی آزمون را برای نسخه بلند ۰/۹۳ و برای نسخه کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کردند. در پژوهش حاضر از نسخه کوتاه بهره گرفته شد و میزان ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۵ به‌دست آمد.

۳. **جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا.** برای اجرای جلسه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا از برنامه‌های درمانی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. این برنامه در ۸ جلسه ۲ ساعته و به‌صورت گروهی برگزار گردید. شرح مختصر جلسه‌های درمانی در زیر آمده است.

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و...

**جلسه اول.** در این جلسه ابتدا اعضاء با یکدیگر و سپس با قواعد کار گروهی و با این دوره آموزشی آشنا شدند. نکاتی پیرامون شادکامی اصیل و تفاوت آن با شادی گذرا بیان و در انتها از اعضاء درخواست شد به‌عنوان تکلیف خانگی توانمندی خود را یادداشت کنند.

**جلسه دوم.** پیرامون توانمندی‌های منشی و مکانیسم اثر آن به‌عنوان اولین راه دستیابی به شادی پایدار توضیح داده شد. اعضاء با تکمیل پرسش‌نامه ۴۸ سوالی توانمندی‌های منشی و تصحیح آن به ۵ توانمندی برتر خود دست یافتند. در انتهای به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء درخواست شد تا از توانمندی‌های خویش به شکلی تازه استفاده کنند.

**جلسه سوم.** راه دوم دستیابی به شادی پایدار یعنی هدف‌گزینی از طریق اجرای فن میراث شخصی آموزش داده شد و اهداف اعضاء مشخص گردید. سپس به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء درخواست شد تا برای رسیدن به اهداف خود برنامه‌ریزی کنند.

**جلسه چهارم.** سومین راه دستیابی به شادی پایدار یعنی شناسایی هیجان‌های مثبت مورد توجه قرار گرفت و در این جلسه پیرامون اولین راه دستیابی به هیجان مثبت یعنی فن ذکر نعمت‌ها و نگارش ۳ امر خوب در هر روز نکاتی بیان شد و به‌عنوان تکلیف از اعضاء درخواست شد تا یک هفته نعمت‌های روزانه خود را یادداشت کنند.

**جلسه پنجم.** دومین راه دستیابی به هیجان مثبت یعنی فن نگارش نامه تشکرآمیز برای تشکر از یکی از افرادی که برای فرد کار مهمی را انجام داده است معرفی شد. مبحث فن برقراری ارتباط‌ها آغاز و در این جلسه ارتباط موثر با همسر و فونونی هم‌چون نحوه صحبت کردن و گوش دادن پذیرا و دقیق آموزش داده شد.

**جلسه ششم.** ادامه مبحث ارتباط با همسر، یعنی شناسایی توانمندی‌های همسر و چگونگی استفاده از آن و به‌کارگیری فن ۵ ساعت جادویی در ارتباط با همسر آموزش داده و به‌عنوان تکلیف از اعضاء درخواست شد که فن ۵ ساعت جادویی را به‌کار گیرند.

**جلسه هفتم.** در ادامه مبحث ارتباط، راه‌هایی برای برقراری ارتباط درست با فرزندان، از طریق ۸ فن ایجاد هیجان‌های مثبت مانند فن تحسین و تنبیه به‌موقع و چگونگی انجام آن، بازی موازی با فرزندان، ساعات خواب که در زمان قبل از خواب رویدادهای خوب را مرور کنند و نظایر آن و نحوه برقراری ارتباط درست با اقوام از طریق فن پاسخ‌دهی فعال و سازنده به‌نحوی که فرد با ابراز هیجان مناسب و به‌صورت فعال و سازنده به جمله‌های خبری پیرامون خود پاسخ دهد، آموزش داده شد.

**جلسه هشتم.** این جلسه به جمع‌بندی و پاسخ به سوال‌های اعضاء، اجرای آزمون‌ها به‌عنوان پس‌آزمون، تعیین زمان جلسه پیگیری برای یک ماه بعد اختصاص یافت.

**شیوه اجرا.** پس از هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علامه طباطبایی و شهرداری منطقه ۵ شهر تهران، تمامی افرادی که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، غربال‌گری شدند و آزمون‌های مربوطه را انجام دادند. در گروه آزمایش ملاحظات اخلاقی هم‌چون محرمانه بودن اطلاعات و نام افراد، ارجحیت منافع مراجعان، صداقت و جلب رضایت اعضاء و نظایر آن بیان و سپس جلسه‌های مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا برگزار شد. آزمون‌ها پس از اتمام جلسه‌ها در مرحله پس‌آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری اجرا شد. لازم به‌ذکر است در مورد گروه گواه نیز جلسه‌های درمانی به‌صورت فشرده صورت گرفت.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۸ سال و گروه گواه ۴۴ سال بود. در هر دو گروه ۲۷ درصد مدرک کارشناسی و ۸۱ درصد مدرک دیپلم داشتند. به‌طور متوسط میانگین مدت زناشویی آزمودنی‌ها ۱۰ سال بود و همه آن‌ها خانه‌دار بودند.

**جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (تعداد = ۱۱ نفر در هر گروه)**

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
افسردگی	آزمایش	۲۳/۷۳	۸/۵۵۷	۱۱/۳۶	۷/۶۷۲	۹/۰۳۸
	گواه	۲۱/۳۶	۷/۵۵۳	۱۸/۴۵	۱۰/۶۵۲	۸/۹۱
رضایت زناشویی	آزمایش	۳۲/۳۶	۱۴/۹۲۲	۴۲/۱۸	۱۳/۳۷	۴۲/۲۷
	گواه	۳۷/۰۹	۱۱/۸۶۱	۳۸/۰۰	۱۰/۶۰۲	۱۴/۵۳۳

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایش کاهش و نمره‌های رضایت زناشویی آن‌ها افزایش داشته است. برای بررسی معنی‌داری این تغییرات در جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. مفروضه‌های خطی بودن و همگنی ضرایب رگرسیون، توزیع طبیعی نمره‌ها و تجانس واریانس‌ها نیز انجام و در جدول‌های زیر ارائه شد.

**جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمره‌های پس‌آزمون «افسردگی» و «رضایت زناشویی»**

متغیر	گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
افسردگی	آزمایش	۰/۱۵۹	۱۱	۰/۲
	گواه	۰/۲۴۸	۱۱	۰/۰۶
رضایت	آزمایش	۰/۲۱۲	۱۱	۰/۱۷۸
	گواه	۰/۱۸۵	۱۱	۰/۲

در جدول ۲ بر اساس عدم معنی‌داری نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

**جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در نمره‌های پس‌آزمون «افسردگی» و «رضایت زناشویی»**

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون افسردگی	۱/۱۷۵	۱	۲۰	۰/۲۹۱
پس‌آزمون رضایت زناشویی	۴/۱۸۸	۱	۲۰	۰/۰۶

در جدول ۳ بر اساس عدم معنی‌داری نتایج آزمون لوین برای هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت شرط برابری واریانس‌های دو گروه رعایت شده است.

**جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی (تعداد = ۱۱ نفر در هر گروه)**

متغیرها	منبع تغییرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
افسردگی	پیش‌آزمون	۴۱۳/۸۶۷	۱	۴۱۳/۸۶۷	۶/۰۰۵**	۰/۲۴
	گروه‌ها (مستقل)	۳۸۱/۲۳۰	۱	۳۸۱/۲۳۰	۵/۵۳۲*	۰/۲۲
	واریانس خطا	۱۳۰۹/۴۰۵	۱۹	۶۸/۹۱۶	-	-
رضایت زناشویی	مجموع	۱۹۹۹/۸۱۸	۲۱	-	-	-
	پیش‌آزمون	۱۹۳۶/۰۵۰	۱	۱۹۳۶/۰۵۰	۳۷/۷۰۵**	۰/۶۶
	گروه‌ها (مستقل)	۳۰۹/۹۲۲	۱	۳۰۹/۹۲۲	۶/۰۳۶*	۰/۲۴
	واریانس خطا	۹۷۵/۵۸۶	۱۹	۵۱/۳۴۷	-	-
	مجموع	۳۰۰۷/۸۱۸	۲۱	-	-	-

\*\*P < ۰/۰۵ \*P < ۰/۰۱



بر اساس نتایج جدول ۴، هر دو فرض پژوهش اثبات و نتیجه می‌شود روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در گروه آزمایش شده است.

#### جدول ۵. آزمون کرویت موخلی جهت بررسی برابری کواریانس در متغیرها

معنی‌داری	درجه آزادی	خی دو	آزمون موخلی	
۰/۱۸۶	۲	۴/۹۰۴	۰/۵۸	افسردگی
۰/۰۵۲	۲	۵/۹۲۲	۰/۵۱۸	رضایت زناشویی

در جدول ۵ بر اساس نتایج آزمون موخلی فرض کرویت و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است.

#### جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

#### پیگیری در افسردگی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات اتا
مفروضه کرویت	۱۳۸۷/۶۹۷	۲	۶۹۳/۸۴۸	۱۶/۶۲*	۰/۶۲۴
افسردگی	۱۳۸۷/۶۹۷	۱/۴۰۸	۹۸۵/۳۲۴	۱۶/۶۲*	۰/۶۲۴
گراین هاوس-گیرز	۱۳۸۷/۶۹۷	۱/۵۷۰	۸۸۳/۶۷۶	۱۶/۶۲*	۰/۶۲۴
هایان-فیلد	۱۳۸۷/۶۹۷	۱/۰۰۰	۱۳۸۷/۶۹۷	۱۶/۶۲*	۰/۶۲۴
حد پایین	۱۳۸۷/۶۹۷	۱/۰۰۰	۱۳۸۷/۶۹۷	۱۶/۶۲*	۰/۶۲۴
مفروضه کرویت	۷۱۳/۵۱۵	۲	۳۵۶/۷۵۸	۱۱/۳۱۷**	۰/۵۳۱
رضایت	۷۱۳/۵۱۵	۱/۳۴۹	۵۲۸/۷۶۲	۱۱/۳۱۷**	۰/۵۳۱
گراین هاوس-گیرز	۷۱۳/۵۱۵	۱/۴۸۵	۴۸۰/۵۸۱	۱۱/۳۱۷**	۰/۵۳۱
هایان-فیلد	۷۱۳/۵۱۵	۱/۰۰۰	۷۱۳/۵۱۵	۱۱/۳۱۷**	۰/۵۳۱
حد پایین	۷۱۳/۵۱۵	۱/۰۰۰	۷۱۳/۵۱۵	۱۱/۳۱۷**	۰/۵۳۱

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

طبق جدول ۶ تفاوت معنی‌داری بین میانگین افسردگی و رضایت زناشویی گروه آزمایش پس از گذشت ۲ ماه از شروع درمان در مرحله پیگیری مشاهده می‌شود.

#### جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای معیار	پیگیری-پیش‌آزمون	تفاوت میانگین	خطای معیار	پیگیری-پس‌آزمون
افسردگی	۱۲/۳۶۴**	۲/۱۷۵	۱۴/۸۱۸**	۳/۵۳۴	۲/۴۵۵	۲/۳۵۶
رضایت	۹/۸۱۸*	۳/۱۱۰	-۹/۹۰۹**	۲/۰۶۵	-۰/۰۹۱	۱/۸۰۶
زناشویی						

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و...

بر اساس نتایج جدول ۷ تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیش‌آزمون در متغیرهای وابسته افسردگی و رضایت زناشویی معنی‌دار است. از سویی تفاوت میانگین آزمون پیگیری با پیش‌آزمون در هر دو متغیر معنی‌دار است، ولی تفاوت آزمون پیگیری با پس‌آزمون در هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نیست. این نتایج نشان‌دهنده پایداری اثر آموزش بر متغیرهای مذکور در افراد گروه آزمایش در مرحله پیگیری است.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده موثر و در پیگیری نیز این تاثیر پایدار بوده است. این یافته با سایر یافته‌های پژوهشی از جمله براتی (۱۳۸۸)، استنتوس و همکاران (۲۰۱۳)، سنف و لیو (۲۰۱۳)، سیلیک، آگار و بای (۲۰۱۲)، پیتروسکی و میکوتا (۲۰۱۲)، سرجنت و مونگرین (۲۰۱۱)، لیوس، جنسلور، لیوبومیرسکی، وانگ و دوریسومی (۲۰۱۱)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)، سلیگمن، استین، پارک و پترسون (۲۰۰۵) که همگی حاکی از اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا را بر افسردگی است؛ هم‌خوان است. در تبیین اثربخشی این روش درمانی بر کاهش افسردگی زنان متاهل افسرده می‌توان گفت این روش درمانی به‌عنوان رویکردی جدید در روان‌شناسی برای کاهش افسردگی است. سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که روان‌درمانی مثبت‌گرا علائم افسردگی را که عموماً شامل فقدان احساس مثبت، فقدان تعهد و درگیری و فقدان معنی در زندگی است؛ که می‌تواند علت افسردگی باشد؛ کاهش می‌دهد.

با قبول این فرض، افسردگی می‌تواند در درجه اول و به‌صورت مستقیم با ایجاد هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منشی و معنی دادن راه زندگی، فرد را به‌طور موثری درمان و از عود مکرر بیماری او جلوگیری کند. نه این‌که تنها علائم منفی افسردگی را کاهش دهد. هم‌چنین با قبول این پیش‌فرض می‌توان به این اختلال از منظر مسدود شدن راه رشد و کمال فردی، توجه کرد که منجر به ایجاد آسیب‌شناسی روانی می‌شود چرا که رشید (۲۰۰۹) دریافت آسیب‌شناسی روانی زمانی ایجاد می‌شود که ظرفیت ذاتی فرد برای رشد و شکوفایی مسدود شود. بنابراین اهمیت و کاربست مداخله‌های مثبت‌گرا در افزایش نشاط، استفاده از توانمندی‌های ذاتی و افزایش معنی در زندگی افراد است، تا از این طریق افراد بتوانند به‌سوی رشد گام بردارند و با علائم افسردگی مقابله و از عود مجدد آن جلوگیری کنند. یکی از مزایای استفاده از مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا در درمان اختلال افسردگی این است که به افراد کمک می‌کند تا احساس افسردگی خود را پشت‌سر گذارند و به‌سوی رشد و شکوفایی حرکت کنند (لیوس و همکاران، ۲۰۱۱).

در مورد اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با اصول مطرح‌شده در کتاب خانواده درمانی مثبت‌گرای کانولی و کانولی (۲۰۰۹) و یافته‌های حاصل از پژوهش بقان‌آبادی، حسن‌آبادی و اصغری نکاح (۱۳۹۰) هم‌خوانی دارد. باید در نظر داشت که در روان‌شناسی مثبت‌گرا با تاکید بر اهداف و نقاط مثبت، امید در اعضاء خانواده افزایش و شرایط قبلی بهبود می‌یابد، در واقع در خانواده درمانی مثبت‌نگر هیجان‌های مثبت به‌عنوان یک فرایند و نیز هدف مورد توجه قرار می‌گیرد (کانولی و کانولی، ۲۰۰۹).

در این پژوهش مطابق با نیاز مراجعان که همگی دارای سطح رضایت زناشویی پایین بودند؛ به منظور افزایش سطح رضایت زناشویی به سه مساله قدردانی، ارتباطها و فرزندان از منظر روان‌درمانی مثبت‌گرا توجه شد. در رابطه با قدردانی و سپاس‌گزاری و تاثیر آن بر رضایت زناشویی، می‌توان به پژوهش‌های صورت گرفته توسط میت‌چل (۲۰۱۰)، اشاره کرد که نشان داد قدردانی با رضایت زناشویی ارتباط دارد و تمرین در این مورد سبب افزایش رضایت زناشویی می‌شود. هم‌چنین در مورد ارتباطها و نقش آن بر رضایت زناشویی زوجین، می‌توان به پژوهش کرباسی، منظری و رضوی (۱۳۹۲) اشاره کرد که نشان دادند آموزش راه‌هایی که سبب بهبود روابط بین زوجین شود، رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. خسروی، نشاط‌دوست، مولوی و کلاتری (۱۳۹۰) نیز دریافتند شیوه ارتباطی زوجین بر حل موفقیت‌آمیز تعارض‌های زوجین تاثیر زیادی دارد. علاوه بر این توجه به چگونگی ارتباط با فرزندان حائز اهمیت است، چرا که وجود روابط عاطفی سالم بین والدین و بین آن‌ها با فرزندان‌شان هم در سلامت فرزندان و هم در ارتباط بین اعضاء خانواده نقش دارد. در واقع این دو متغیر همواره با یکدیگر در ارتباط هستند (جولایی، بحرانی، پاشایی‌پور، دیبائیان، ۱۳۸۴)، در این زمینه می‌توان به پژوهش ملاباقری، جلال‌منش و زراعتی (۱۳۸۳) اشاره کرد که نشان دادند با تاکید بر نقش فرزندان در سیستم خانواده و تاثیرگذاری متقابل والدین و فرزندان بر هم، آموزش مهارت‌هایی که بتواند راه‌های ارتباط درست با فرزندان را برای والدین تسهیل کند، می‌توان سبب کاهش مسائل و افزایش رضایت‌مندی زوجین در زندگی زناشویی آن‌ها شد.

نکته حائز اهمیت این است که تمرین‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا به گونه‌ای است که افراد به‌راحتی می‌توانند بدون نیاز به روان‌شناس از آن‌ها بهره‌گیرند (لیوس و همکاران، ۲۰۱۱) و همین امر موید ثبات اثربخشی این روش درمانی است. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های به‌نظر می‌رسد، توجه به رویکردهای جدید در روان‌شناسی هم‌چون روان‌درمانی مثبت‌گرا با توجه به اثربخشی و کاربرد آن می‌تواند برای درمان اختلال‌ها و بهبود مهارت‌های زندگی موثر باشد و به‌رغم محدودیت‌های موجود در این پژوهش هم‌چون حجم کم

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و...

نمونه پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم نتایج از این رویکرد درمانی در درمان سایر اختلال‌های روانی، بهبود مهارت‌های زندگی در گروه‌های مختلف و در قالب جلسه‌های روان‌درمانی و کارگاه‌های آموزشی استفاده شود.

## منابع

انجمن روان‌شناسی آمریکا. (۱۳۸۹). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ترجمه محمدرضا نیکخو، و هامایاک. آوادیس یانس. تهران: نشر سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

براتی‌سده، فرید. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معنی‌داری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

بقان‌آبادی، مصطفی، حسن‌آبادی، حسین، و اصغری نکاح، محسن. (۱۳۹۰). تاثیر زوج درمانی مثبت‌نگر بر امیدواری مادران با نیازهای ویژه. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۷(۲۱): ۱۱۳-۱۲۱.

جولایی، سودابه، بحرانی، ناصر، پاشایی‌پور، شهرزاد، و دیبایان، شهرزاد. (۱۳۸۴). بررسی رابطه رضایت از زندگی زناشویی با موفقیت‌های آموزشی فرزندان. خانواده و پژوهش، ۲(۱): ۱۰۸-۱۳۱. خسروی، صدراله، نشاط‌دوست، حمید طاهر، مولوی، حسین، و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش الگوهای ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت از زندگی زوجین. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۵(۱): ۴۸-۴۰.

خوشخرام، نجمه، و گلزاری، محمود. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی بر افزایش میزان رضایت زناشویی و تغییر سبک دل‌بستگی ناایمن در دانشجویان متاهل دانشگاه. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۵(۲ پیاپی ۱۸): ۸۴-۹۶.

دابسون، کیت. استفان، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه توان‌بخشی، ۸(۲۹): ۸۶-۸۰.

سلیمانیان، علی اکبر، و نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۷۳). بررسی تاثیرات تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر ناراضی‌زناشویی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم. شاهی، عبدالستار، غفاری، ابراهیم، و قاسمی، خلیل. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زوجین. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۵(۲): ۱۱۹-۱۲۶. کانولی، کولی، وایت، و کانولی، جین. کولز. (۱۳۹۲). خانواده درمانی مثبت‌نگر، ترجمه فرشاد بهاری. تهران: نشر علم. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

گراث-مارنات، گری. (۱۳۸۹). *راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان*، ترجمه حسن‌پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد، و انتشارات سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

ملا باقری، معصومه، جلال‌منش، شمس‌الملوک، و زراعتی، حجت. (۱۳۸۳). بررسی میزان نشانه‌های افسردگی نوجوانان و ارتباط آن با رضایت زناشویی مادران آنان در شهرستان تویسرکان در سال ۱۳۸۳. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۸ (۲۹ و ۳۰): ۴۳-۵۰.

نوابی‌نژاد، شکوه، دوکانه‌ای فرد، فریده، و آقاجانی، فرنوش. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سبک دلبستگی با رضایت زناشویی متاهلین شاغل در بیمارستان خاتم‌الانبیاء تهران. *زن و مطالعات خانواده*، ۲ (۶): ۱۴۹-۱۲۱.

Bagwell, E. K. (2006). *Factors influencing marital satisfaction with a specific focus on depression*. (Honors thesis eastern). Michigan University, Michigan, MI

Beck, At., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571

Csillik, A., Aguerre, C., & Bay, M. (2012). Positive psychotherapy of depression: Specificities and clinical contributions. *Annales Medico-Psychologiques*, 17, 541° 546.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *American Psychologist, Annu. Rev. Clin. Psychol*, 1, 629-651.

Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). Enrich marital satisfaction scale: A reliability and validity study. *Journal of Family Psychology*, 7, 1-10.

Gazal, M., Souza, L. D., Fucolo, B. A., Wiener, C. D., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Jansen, K., Ghislène, G., Osés, J. P., & Kaster, M. P. (2013). The impact of cognitive behavioral therapy on IL-6 levels in unmedicated women experiencing the ifrst episode of depression: A pilot study. *Psychiatry Research* (article in press).

Karbaasi Dahuji, Z., Manzari Tavakkoli, A., & Razavi neamatolahi, V. (2013). Influence of communication skills on marital satisfaction and life quality among mothers of girls high school students. *Applied Psychology*, 2(5): 23-30.

Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, Ed., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Improving uptake of essential services: Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101 (8) : e1-e3.

Layous, K., Chancellor, J., Wang, L., Lyubomirsky, S., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 675-683.

- Mitchell, R. A. (2010). *Thankful Couples: Examining gratitude and marital happiness at the dyadic level*. (Master of Arts thesis). University of North Carolina Wilmington, North Carolina, NC.
- Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1987). *Counselor's manual for prepare/enrich*. (Rev. ed), Minneapolis, MN: Prepare/enrich, Inc.
- Peterson, C. (2013). The strengths revolution: A positive psychology perspective. *Reclaiming children and youth*, 21(4): 7-14.
- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effect of positive psychology interventions in depressive patients. A randomized control study. *Psychology*, 3(12): 1067-1073.
- Rashid, T., & Ostermann, R. F. O. (2009). Strength-based assessment in clinical practice, *Journal of Clinical Psychology*, 65, 488-498.
- Rostami, A. M., & Cheraghali Gol, H. (2014). Prediction of marital satisfaction based on spiritual intelligence. *Procedia- social and behavioral sciences*, 6 (116): 2573° 2577.
- Senf, k., & Liao, A. K. (2013). The effects of positive interventions and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies, Advance online publication*, 14(2): 591-602.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress empirical validation of interventions. *American Psychological Association*, 60, 410-421.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 2006, 61, 774-788.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2011). Are positive psychology exercises helpful for people with depressive personality styles? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2): 263-274.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A. C., Carta, M. G., Nardi, A. E., & Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved October from <http://www.who.int>.

\*\*\*

آزمون افسردگی بک

سوال	نقطه	سوال	نقطه	نقطه
غمگین هستم	۱	غمگین نیستم	۰	۱
تحمل ام را از دست داده‌ام	۳	غم دست‌بردار نیست.	۲	۲
به آینده آمیدی ندارم	۱	به آینده امیدوارم	۰	۲
کم‌ترین روزنه آمیدی ندارم	۳	احساس می‌کنم آینده امید بخشی در انتظارم نیست	۲	۳
ناکام‌تر از دیگرانم	۱	ناکام نیستم	۰	۳
آدم کاملاً شکست خورده‌ای هستم	۳	به زندگی گذشته نگاه می‌کنم هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است	۲	۴
مثل سابق از زندگی‌ام لذت نمی‌برم	۱	مثل گذشته از زندگی‌ام راضی هستم	۰	۵
از هر کس و هر چیز که بگوئی ناراضی هستم	۳	مثل سابق از زندگی‌ام لذت نمی‌برم	۲	۶
گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم	۱	احساس تقصیر نمی‌کنم.	۰	۷
همیشه احساس تقصیر می‌کنم	۳	اغلب احساس تقصیر می‌کنم	۲	۸
احساس می‌کنم مجازات شوم	۱	انتظار مجازات ندارم	۰	۹
احساس می‌کنم مجازات می‌شوم	۳	انتظار مجازات دارم	۲	۱۰
از خودم ناراضی‌ام	۱	از خودم راضی هستم	۰	۱۱
از خودم متنفرم	۳	از خودم بدم می‌آید	۲	۱۲
از خودم به‌خاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم	۱	بدر از سایرین نیستم	۰	۱۳
برای هرافتاق بدی خود را سرزنش می‌کنم	۳	همیشه خودم را به‌خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم	۲	۱۴
فکر خودکشی به سرم زده، اما اقدامی نکرده‌ام	۱	هرگز به فکر خودکشی نمی‌افتم	۰	۱۵
اگر بتوانم خودکشی می‌کنم	۳	به فکر خودکشی هستم	۲	۱۶
بیش از گذشته گریه می‌کنم	۱	بیش از حد معمول گریه نمی‌کنم	۰	۱۷
قبلاً گریه می‌کردم، حالا با آن که دلم می‌خواهد، نمی‌توانم گریه کنم	۳	همیشه گریانم	۲	۱۸
کم حوصله‌تر از گذشته هستم	۱	کم حوصله‌تر از گذشته نیستم	۰	۱۹
همیشه کم حوصله هستم	۳	اغلب کم حوصله هستم	۲	۲۰
به نسبت گذشته کمتر از مردم خوشم می‌آید	۱	مثل همیشه مردم را دوست دارم	۰	۲۱
از مردم قطع امید کرده‌ام؛ به آن‌ها علاقه‌ای ندارم	۳	حدود زیادی علاقه‌ام را به مردم از دست داده‌ام	۲	۲۲
کمتر از گذشته تصمیم می‌گیرم	۱	مانند گذشته تصمیم می‌گیرم	۰	۲۳
قدرت تصمیم‌گیری ام را از دست داده‌ام	۳	نسبت به گذشته تصمیم‌گیری برایم دشوارتر شده است	۲	۲۴
نگران هستم که جذابیتیم را از دست بدهم	۱	جذابیت گذشته‌ها را ندارم	۰	۲۵
زشت هستم	۳	احساس می‌کنم هر روز، جذابیتیم را بیشتر از دست می‌دهم	۲	۲۶
به‌خوبی گذشته‌ها کار نمی‌کنم	۱	به‌خوبی گذشته کار می‌کنم	۰	۲۷
دستم به هیچ کاری نمی‌رود	۳	برای این که کاری بکنم به خودم فشار زیادی می‌آورم	۲	۲۸
مثل گذشته خوابم نمی‌برد	۱	مثل همیشه خوب می‌خوابم	۰	۲۹
چند ساعت زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و دیگر خوابم نمی‌برد	۳	یکی دوساعتی زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و خوابیدن دوبار برایم مشکل است	۲	۳۰
بیشتر از گذشته خسته می‌شوم	۱	بیشتر از گذشته خسته نمی‌شوم	۰	۳۱
از شدت خستگی هیچ کاری از عهده‌ام ساخته نیست	۳	انجام هر کاری خسته‌ام می‌کند	۲	۳۲
اشتهایم به‌خوبی گذشته نیست	۱	اشتهایم تغییری نکرده است	۰	۳۳
به هیچ چیز اشتها ندارم	۳	اشتهایم خیلی کم شده است	۲	۳۴
بیش از دو کیلو وزن کم نکرده‌ام	۱	اخیراً وزن کم نکرده‌ام	۰	۳۵
بیش از هفت کیلو وزن کم کرده‌ام	۳	بیش از پنج کیلو از وزن بدنم کم شده است	۲	۳۶
از سردرد، دل درد و یبوست کمی ناراحتم	۱	بیش از گذشته بیمار نمی‌شوم	۰	۳۷
آن قدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی‌رود	۳	به شدت نگران سلامتی خود هستم	۲	۳۸
میل جنسی‌ام کمتر شده است	۱	میل جنسی‌ام تغییری نکرده است	۰	۳۹
کمترین میل جنسی در من نیست	۳	میل جنسی‌ام خیلی کم شده است	۲	۴۰

آزمون رضایت زناشویی انریچ

سوال‌ها				
کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
				۱. من و همسرم یک‌دیگر را درک می‌کنیم.
				۲. هرگز حتی برای یک لحظه از رابطه با همسرم تأسف نخورده‌ام.
				۳. همسرم خلق و خوی مرا می‌شناسد و با آن سازگاری دارد.
				۴. از ویژگی‌های شخصیتی و عادات شخصی همسرم راضی نیستم.
				۵. در زندگی مشترک‌مان مسئولیت‌ها و وظایف مذهبی خود را خوب ایفا می‌کنیم.
				۶. رابطه با همسرم رضایت‌بخش نیست و احساس می‌کنم مرا درک نمی‌کند.
				۷. از نحوه حل و فصل‌های اختلاف‌هایمان خشنود هستم.
				۸. از وضعیت اقتصادی خانواده و شیوه تصمیم‌گیری مربوط به آن راضی نیستم.
				۹. از نحوه برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت و بودن در کنار همسرم بسیار خشنود هستم
				۱۰. از نحوه ابراز عشق از سوی همسرم بسیار خشنود هستم.
				۱۱. از نحوه برخورد خود و همسرم با فرزندان راضی نیستم.
				۱۲. گاهی اوقات همسرم قابل اطمینان نیست و همیشه خط مشی خود را دنبال می‌کند.
				۱۳. همسرم گاهی اوقات حرف‌هایی می‌زند که باعث تحقیر من می‌شود.
				۱۴. هنگام در میان گذاشتن مشکلات با همسرم معمولاً فکر می‌کنم او مرا درک نمی‌کند.
				۱۵. در تصمیم‌گیری‌های مالی مشکل داریم.
				۱۶. این‌که نمی‌توانم بدون اجازه همسرم پول خرج کنم باعث ازارم است.
				۱۷. در اوقات فراغت وقتی همسرم در کنارم نیست به من خوش نمی‌گذرد.
				۱۸. از این‌که همسرم نزدیکی را بدون توجه به احساساتم قبول یا رد کند ناراحت می‌شوم .
				۱۹. این‌که چه اندازه باید به فرزندان‌مان برسیم برای ما به‌صورت مشکل در آمده است.
				۲۰. والدین ما با دخالت‌های خود مشکلاتی را در زندگی زناشویی ما به‌وجود آوردند.
				۲۱. این‌که چگونه به اعتقادس مذهبی‌مان عمل کنیم با همسرم اختلاف نظر داریم.
				۲۲. گاهی اوقات همسرم خیلی خودمحور است.
				۲۳. گاهی اوقات نمی‌توانم خواسته‌هایم را به همسرم بگویم.
				۲۴. گاهی اوقات درباره مسائل جزئی جر و بحث‌های جدی داریم.
				۲۵. از نحوه تصمیم‌گیری درباره میزان پس‌اندازمان بسیار راضی هستم.
				۲۶. من و همسرم به مهمانی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی مشابه علاقه‌مند هستیم.
				۲۷. از میزان ابراز عشق و محبت (پیش از نزدیکی) از سوی همسرم راضی هستم.
				۲۸. من و همسرم در چگونگی گواه فرزندان‌مان توافق داریم.
				۲۹. به‌قدر کافی با اقوام و دوستان‌مان رابطه خانوادگی داریم.
				۳۰. در زندگی زناشویی‌مان دارای اختلاف عقیدتی جدی هستیم.
				۳۱. دیر آمدن همسرم به منزل مرا ناراحت می‌کند.
				۳۲. همسرم کمتر احساساتش را با من در میان می‌گذارد.
				۳۳. وقتی مشکلی بین من و همسرم پیش می‌آید تا حل آن تلاش می‌کنیم.
				۳۴. من و همسرم هر دو از بدی‌هایمان مطلعیم و آن‌ها برای ما مشکل جدی به‌شمار نمی‌آیند.
				۳۵. همسرم برای تفریح و گذراندن اوقات فراغتش با ن وقت کافی نمی‌گذارد.
				۳۶. ما به‌دنبال یافتن راه‌هایی هستیم تا بتوانیم روابط زناشویی‌مان را بهبود بخشیم.
				۳۷. به‌نظر می‌رسد که فرزندان ما مشکلاتی را در روابط‌مان ایجاد می‌کنند.
				۳۸. از این‌که وقتم را با بعضی از بستگان همسرم صرف کنم، لذت نمی‌برم.
				۳۹. من و همسرم درباره عمل به بعضی از مسائل مذهبی توافق نداریم.
				۴۰. گاهی اوقات همسرم خیلی مستبد است.
				۴۱. گاهی اوقات باور کردن تمام حرف‌های همسرم برام مشکل است .
				۴۲. گاهی اوقات فکر می‌کنم کشمکش‌های بین من و همسرم پایان نخواهد یافت.
				۴۳. از این‌که همسرم برای اوقات فراغت برنامه‌ای ندارد نگران هستم.
				۴۴. هنگام صحبت راجع به مسائل جنسی با همسرم کاملاً احساس راحتی می‌کنم
				۴۵. از زمانی که صاحب فرزند شده‌ایم برای ما هم بودن فرصت کافی نداریم.
				۴۶. همسرم بیش از حد وقتش را با دوستان و اقوام می‌گذراند.
				۴۷. من به‌خاطر برخی اعتقادات همسرم احساس محدودیت می‌کنم.