

اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار

مریم رستمی^۱

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی

عباس ابوالقاسمی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

محمد نریمانی

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۸ پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۲

چکیده

هدف: اغلب مداخله‌ها و روش‌های زوج درمانی در صدد افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار می‌باشند. بهزیستی روانشناختی یک حالت از حضور نشانه‌های سلامت روانی، جسمی و اجتماعی است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار می‌باشد.

روش: این پژوهش بصورت نیمه آزمایشی است که از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی زوجین مراجعه کننده به بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ زوج مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز بود که به صورت داوطلبانه از میان زوجین انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه، گروه آزمایش (۲۰ زوج) و گروه گواه (۲۰ زوج) گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله را دریافت کردند و آزمودنی‌های گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود در گروه آزمایش شده است.

^۱ . m.maryamrostami@yahoo.com

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شاخصهای بهزیستی روانشناختی افراد را ارتقا می‌دهد.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، زوجین ناسازگار



مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) خانواده را به عنوان مهم‌ترین عامل اجتماعی در افزایش سلامت و بهزیستی افراد، معرفی کرده است (گاتمن^۲، ۲۰۰۳). مفهوم سازگاری زناشویی جایگاه برجسته‌ای را در مطالعه ارتباطات خانوادگی و زناشویی به خود اختصاص داده است (اسپانیر^۳، ۱۹۷۶). سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن، زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی در زندگی و رضایت از یکدیگر دارند و روابط رضایتمند زوجین از طریق علاقه متقابل، میزان مراقبت از یکدیگر و پذیرش و تفاهم آنها با یکدیگر قابل ارزیابی است (احمدی، ۱۳۸۲). تعارضات زناشویی نیز به عنوان شاخصی در تقابل با سازگاری زناشویی با دامنه گسترده‌ای از مسائل اثر منفی بر کارکرد جنسی (هالورسن و متس^۴، ۱۹۹۱)، بروز افسردگی در زوجین (امری، وینتراپ و نیل^۵، ۱۹۹۵)، افزایش انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزشهای فرهنگی در بین زوجین (کریگ، کاوان و کاوان^۶، ۱۹۹۶)، افزایش احتمال طلاق (کایزر^۷، ۲۰۰۰) و کاهش کیفیت زندگی (پریمومو، یاتس و وودز^۸، ۱۹۹۰) همراه است. با توجه به آمارهای رسمی ارائه شده، میزان طلاق در کشور در حال افزایش است و در سال ۱۳۸۹ نسبت به سال قبل ۷/۵ درصد افزایش داشته است و در تهران از هر چهار ازدواج، یک ازدواج به طلاق می‌انجامد (پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایران، ۱۳۸۹). لذا ضرورت توجه و پرداختن به عوامل زیربنایی مشکلات زوجین ضروری است. روش‌ها و بسته‌های درمانی متعددی برای مسائل و مشکلات زوجین در دسترس قرار گرفته است (گورمن^۹، ۲۰۰۹)، که هدف تمامی این رویکردها و روش‌ها بهبود روابط زوجین است (التمانس و ایمری^{۱۰}، ۲۰۱۲).

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نمونه‌ای از این روش‌های مختلف است. کیفیت زندگی مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است. طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید ابعاد فیزیکی، عاطفی - روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد. کیفیت زندگی یک سازه‌ی چند بعدی و پیچیده است و

1. World Health Organization

2. Guttman JM

3. Spanier GB.

4. Halvorsen JG & Metz ME

5. Emery RE, Weintraub S & Neale JM

6. Kerig P, Cowan P Cowan C

7. Kayser K

8. Primomo J, Yates BC & Woods, NF

9. Gurman A.S

10. Oltmance T.F & Emery R.E

بر اساس ارزیابی بیمار از وضعیت خودش در حیطه های جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تعیین می شود (مک آلیندن و اویی،^۱ ۲۰۰۶). دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی بهزیستی است (ریف و سینگر،^۲ ۱۹۹۸). بر همین اساس روان شناسان مثبت گرا با یک رویکرد کل نگر در مقابل رویکرد تشخیصی آماری انجمن روان پزشکی آمریکا، یک نظام طبقه بندی جدیدی را جهت شناسایی و طبقه بندی توانمندی هایی که بر خلاف بیماری عمل می کنند، مشخص کرده اند. بر اساس آن رویکردهای مداخله ای متعددی را بر اساس روانشناسی مثبت بنا نهاده اند و معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی بود (آنگلا،^۳ ۲۰۰۴؛ جوزف و لیندلی،^۴ ۲۰۰۶). بر این اساس، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روان شناسی مثبت می باشد که با هدف ایجاد بهزیستی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و غیره در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت^۵ میهالی^۶ با روان شناسی مثبت سلینگمن، توسط فریش^۷ (۲۰۰۶) طراحی شده است. گروه های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی می باشند، افراد معمولی و سالمی هستند که می خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (فریش، ۲۰۰۶). یکی از مفاهیم مهم در زمینه کیفیت زندگی و رویکرد روان شناسی مثبت، مفهوم بهزیستی می باشد.

مدل ریف از مهمترین مدل های حوزه ی بهزیستی روانشناختی به شمار می رود. ریف بهزیستی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد می داند. در دیدگاه ریف بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود (ریف، ۱۹۹۵). بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر تحول و پیشرفت انسانی تأکید دارد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). بهزیستی دارای دو جزء شناختی

1. Mc Alinden N.M & Oei T.P.S

2. Ryff CD & Singer B

3. Angla L

4. Joseph C & Lindley AP

5. action theory

6. Csikszentmihalyi

7. Frisch MB

و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفی منفی است. در بعد بهزیستی شناختی، تمایز براساس تأکید بر تئوری‌های صعودی - نزولی (بیرونی موقعیتی) و یا نزولی - صعودی (صفات درونی - فرایندها) است. در تئوری‌های نزولی - صعودی اعتقاد بر این است که رضایت مندی در حوزه‌های خاص زندگی مانند کار، ازدواج رضایت مندی به صورت کلی در زندگی را به دنبال دارد. اما در تئوری صعودی - نزولی اعتقاد بر این است که یک شخص بدون داشتن رضایت در حوزه‌های خاص مثلا کار می‌تواند به صورت کلی رضایت از زندگی را تجربه کند (اید و لارسون، ۲۰۰۸). بهزیستی روانی مفهوم وسیعی است که شامل تجربه عواطف لذتبخش می‌شود. افراد دارای بهزیستی روانشناختی رو به بالا به طور عمده ای هیجان‌نا مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که افراد دارای بهزیستی روانشناختی رو به پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌نا منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. بهزیستی روانی را شناخت شخصی فرد از ارزش‌های تاثیرگذار و عاطفی موثر بر زندگی اش می‌دانند. این ارزش‌ها شامل واکنش‌های عاطفی به حوادث، خوبی قضاوت‌ها، شناخت از رضامندی و تکامل است. (دینر، لوکاس و اویشی، ۲۰۰۲).

رویکرد روانشناسی مثبت و درمان‌های منتج از آن، به ابعاد مختلف زندگی، پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی تأکید می‌کند. رویکرد کیفیت زندگی درمانی، یکی از بهترین روش‌های درمانی برای افزایش شادکامی و رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی است. در این ارتباط پرولکس، هلمز و بوهلر^۳ (۲۰۰۷) در تحقیقی به بررسی کیفیت زناشویی و بهزیستی روان شناختی در زوجین پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که هر چه کیفیت زناشویی بالاتر باشد، بهزیستی روانشناختی نیز افزایش می‌یابد. سین و لیمبومیرسکی^۴ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روان درمانی‌های مثبت بر نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که روان درمانی مثبت - نگر در افزایش بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌ها موثر است. همچنین میتچل، استانی میرویک، کلین و

1. Eid M & Larson RJ

2. Diener E, Lucas RE & Oishi E

3. Holmz & Buehler C

4. Sin N & Lyubomirsky S

ولابرودریک^۱ (۲۰۰۹) در بررسی مقایسه ای بین روان درمانی مثبت‌نگر با روان درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسیبو، مشخص شد که روان درمانی مثبت‌نگر، میزان بهزیستی روانشناختی آزمودنیها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهد. عابدی و وستاین^۲ (۲۰۱۰) با مقایسه رویکرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با رویکرد شناختی - رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و مادران آنها، نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کودکان و مادران آنان و همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب این بیماران شده است. پاداش، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۹۰) به بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات شادکامی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله ی پس آزمون وجود دارد. به این معنی که کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان متأهل موثر بوده است. قاسمی، کجباف و ربیعی (۱۳۹۰) به بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شاخصهای سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا داد.

با توجه به اهمیت روابط زوجین و افزایش میزان ناسازگاری‌ها و رجوع زوجین به مراکز درمانی روانشناسی و مشاوره و با توجه به جدید بودن رویکرد کیفیت زندگی درمانی و با وجود اهمیت این درمان در پیشگیری و ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی و کم بودن تحقیقات بالینی و کنترل شده در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به سوال اساسی زیر است:

آیا روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار تأثیر دارد؟

¹ Mitchel J, Stanimirovice R, Klein B & Vella- Brodrick DA

² Abedi MR & Vostanis PE

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل و ابعاد بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

آزمودنیها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی زوجین مراجعه کننده به بهزیستی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ زوج مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز بود که در ابتدا به صورت داوطلبانه از میان زوجین انتخاب شدند و سپس زوجین داوطلب به صورت تصادفی به دو گروه زیر گمارده شدند: ۲۰ زوج برای گروه آزمایش و ۲۰ زوج برای گروه گواه. ضمناً نمونه پژوهش به ۳۰ زوج (۱۵ زوج برای گروه آزمایش و ۱۵ زوج برای گروه گواه) کاهش یافت. ملاک‌های شمول نیز عبارتند از: وجود ناسازگاری زناشویی، عدم وجود سابقه‌ی بیماری‌های روانی، گذشت حداقل دو سال از زمان ازدواج و تکمیل فرم رضایت نامه درمان؛ و ملاک‌های خروج عبارتند از: وجود سابقه بیماری‌های روانی، گذشت مدت زمانی کمتر از دو سال از زمان ازدواج و عدم تکمیل فرم رضایت نامه درمان.

ابزار: مقیاس بهزیستی روانشناختی: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۹ ساخت و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. در ایران نخستین بار نیکنام آن را ترجمه و مورد استفاده قرار داده است (یحیی زاده، ۱۳۸۴؛ به نقل از میکائیلی منع، ۱۳۸۷). این مقیاس ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه‌ی ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب هم‌انگهی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه‌ی ۳۲۱ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین، همبستگی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا گزارش شد که پایین‌ترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۰/۳۲) و بالاترین همبستگی بین پذیرش خود و تسلط بر محیط (۰/۷۶) به دست آمد. ریف (۱) در پژوهشی نشان داد که بین عامل این پرسشنامه با آزمون‌هایی که عملکردهای مثبت روانشناختی را می‌سنجد (مانند شاخص رضامندی از زندگی نیوگارتن، عزت نفس روزنبرگ، کنترل درونی لونسون و تعادل عاطفی برادبورن) همبستگی مثبت معناداری وجود داشت و دامنه‌ی این ضرایب همبستگی بین ۰/۲۵ تا ۰/۷۳ بود. از طرف دیگر، بین

عامل این پرسشنامه با آزمون هایی که عملکردهای منفی روانشناختی را می سنجند (مانند کنترل بیرونی و دیگران نیرومند لونسون و افسردگی زونگ) همبستگی منفی معناداری وجود داشت و دامنه-ی این ضرایب همبستگی بین ۰/۳۰- تا ۰/۶۰- بود. همچنین وی در بررسی خود نشان داد که عامل این پرسشنامه از یکدیگر مستقل است، اما با یکدیگر همبستگی درونی داشته و دامنه‌ی همبستگی بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ است و سازه واحدی تحت عنوان بهزیستی روانشناختی را می سنجد. در پژوهش شگری، شهرآرای، دانشورپور و دستجردی (1386) ضرایب آلفای کرونباخ بدست آمده برای هر یک از مولفه های ابعاد پذیرش خود، تسلط، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ به دست آمد.

شیوه جمع آوری اطلاعات: بعد از انتخاب آزمودنی‌هایی که ملاک‌های شمول در مورد آنها صدق می‌کرد، ۴۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب گردید و به طور تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. سپس برای آزمودنی‌ها در مورد منطبق درمان و هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و فرم رضایت نامه درمان توسط آنان تکمیل گردید. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در مرحله بعد پیش آزمون اجرا شد و سپس با آزمودنی‌های گروه آزمایش به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر دفعه به مدت یک ساعت و در مجموع ۸ جلسه توسط پژوهشگر اجرا گردید. پس از اتمام جلسات درمانی، هر دو گروه پس آزمون شدند. در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون با روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند.

روش مداخله: در این طرح مداخله‌ای از پنج تکنیک اصلی در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده شد که در جدول زیر به آن اشاره شده است (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰).



محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	برقراری ارتباط، معرفی اهداف دوره درمان و آموزش، معرفی مباحث مربوط به کیفیت
اول	زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی، پیش آزمون انجام شد
جلسه	تعریف درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، کشف موارد
دوم	مشکل آفرین
جلسه	تعبیر دادن نگرش: کیفیت زندگی از طریق تغییر نگرش نسبت به موقعیت، تصحیح هر نوع
سوم	تحریف یا منفی‌گرایی در تفکر
جلسه	تعبیر اهداف و معیارها: راهبرد تقویت رضایت مندی از حیطه زندگی مثل روابط زناشویی،
چهارم	شغل و غیره آموزش تعبیر اهداف و معیارها جهت یادگیری و اتخاذ اهداف واقع‌گرا نه و
	انعطاف‌پذیر
جلسه	اولویت‌های خود را تغییر دادن: این راهبرد شامل ارزیابی مجدد اولولیت‌ها و تأکید بر حیطه
پنجم	های بسیار مهم و قابل کنترل برای زوجین بود
جلسه	رضایت مندی خود را در حیطه دیگر که قبلاً به آن توجه نشده بود تقویت کنند (آخرین
ششم	راهبرد)
جلسه	آموزش سه رکن درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (غنا‌ی درونی، کیفیت زمان و
هفتم	معنایابی)
جلسه	جمع‌بندی و انجام پس‌آزمون
هشتم	

یافته‌ها

۳۳/۳ درصد (۱۰ نفر) از آزمودنی‌های گروه آزمایش دارای سطح تحصیلی دیپلم، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) فوق دیپلم، ۱۰ درصد (۳ نفر) لیسانس و ۶/۷ درصد (۲ نفر) فوق لیسانس می‌باشند. اما در گروه گواه ۴۳/۳ درصد (۱۳ نفر) دیپلم، ۳۳/۳ درصد (۱۰ نفر) فوق دیپلم و ۲۳/۳ درصد (۷ نفر) لیسانس می‌باشند. میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روانشناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در دو گروه آزمایشی و گواه ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن

متغیرها	آزمایش		گواه	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمختاری	۳۰/۳۰	۶/۷۲	۲۸/۱۳	۴/۰۷
مهارت محیطی	۲۷/۶۳	۴/۷۰	۲۹/۴۳	۳/۲۲
رشد شخصی	۲۸/۳۰	۴/۶۶	۳۰/۹۳	۴/۹۹
روابط مثبت با دیگران	۲۸/۲۰	۴/۲۲	۳۰/۳۶	۸/۱۳
هدف در زندگی	۲۵/۰۳	۴/۴۶	۲۷/۰۶	۲/۸۵
پذیرش خود	۲۹/۰۰	۴/۵۲	۲۸/۸۶	۲/۵۲
کل	۱۶۸/۴۷	۱۸/۹۴	۱۷۵/۸۰	۱۳/۹۷

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش و در مرحله‌ی پیش آزمون ۱۶۸/۴۰ (و ۱۸/۹۴) و در مرحله‌ی پس آزمون ۱۷۵/۸۰ (و ۱۳/۹۷) می‌باشد، که این نتایج بیانگر بهبود یافتن مولفه‌های بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش در مرحله‌ی پس آزمون است. در گروه گواه میانگین (و انحراف معیار) در مرحله‌ی پیش آزمون ۱۷۵/۸۰ (و ۱۳/۹۷) و در مرحله‌ی پس آزمون ۱۷۱/۷۲ (و ۱۰/۶۵) می‌باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت تعیین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Eta ²	توان آماری
عضویت گروهی	۷۱۵۶/۴۹۰	۱	۷۱۵۶/۴۹۰	۴۸/۸۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱	۰/۹۹

همانطور که مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل نمرات پیش آزمون نشان داد که در بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌های دو گروه قبل از اجرای پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری نداشتند. در واقع اثر نمرات پیش آزمون بر پس آزمون معنی‌دار نبود. با کنترل این رابطه غیر معنی‌دار و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت میان دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F=48/856, P<0/001$). می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کیفیت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس آزمون شده است. مجدداً یا ضریب تاثیر حاکی از آن است که مداخله‌ی مورد مطالعه باعث بهبود ۴۵ درصدی بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین^۱ مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی در دو گروه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود ($df_1=1, F=1/45, P=0/325$). در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلا مانع شناخته شد. همچنین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست و پیش فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است ($BOX=14/3, F=2/15, P=0/16$).

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	P	Eta ²	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۴	۷/۳۹	۶	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۶	۰/۹۹

^۱ Levene

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین دو گروه در ستروئید نمرات ابعاد بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد و این یافته به این معناست که در میان گروه های آزمایش و گواه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان تفاوت بر اساس آزمون لامبدای ویلکز ۴۶ درصد است یعنی ۴۶ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات مولفه های بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta ²
خودمختاری	۰/۲۶۷	۱	۰/۲۶۷	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	۰/۱۱۴
مهارت محیطی	۵۸۲/۸۱۷	۱	۵۸۲/۸۱۷	۳۶/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۵
رشد شخصی	۳۷۵	۱	۳۷۵	۱۴/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۱۹۷
روابط مثبت با دیگران	۴۳۷/۴	۱	۴۳۷/۴	۱۰/۹۸	۰/۰۰۰۲	۰/۱۵۹
پذیرش خود	۱۱۲/۶۷	۱	۱۱۲/۶۷	۸/۲۵۶	۰/۰۰۰۶	۰/۱۲۵
هدف در زندگی	۳۴۰/۸۱۷	۱	۳۴۰/۸۱۷	۱۹/۵۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۲

همانطور که مشاهده می شود بین میانگین مولفه های مهارت محیطی ($F=۳۶/۳۴$)، رشد شخصی ($F=۱۴/۲۲$)، هدف در زندگی ($F=۱۹/۵۷۶$)، روابط مثبت با دیگران ($F=۱۰/۹۸$) و پذیرش خود ($F=۸/۲۵۶$) در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری به دست آمده است ($P<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش مولفه های مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود در مرحله ی پس آزمون در گروه آزمایش شده است.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار در مرحله پس آزمون شده است. نتایج این پژوهش در راستای یافته های سین و لیمومیرسکی (۲۰۰۹) و میتچل، استانی میرویک، کلین و ولابرودریک (۲۰۰۹) مبتنی بر تاثیر مثبت روان درمانی های مثبت بر میزان بهزیستی روانشناختی قرار دارد. همچنین این نتایج با یافته های پژوهش پاداش و همکاران (۱۳۹۰) که نشان دادند کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان

متاهل موثر است، همسویی دارد. همچنين قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) به اين نتيجه رسيدند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شاخصهای سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد. هوول، کرن^۱ و لیمبومیرسکی (۲۰۰۷) دریافتند که بهزیستی به صورت مثبت روی پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت سلامت و کنترل بیماری‌ها و سندرم‌ها تأثیر دارد. زیرا بهزیستی بالاتر علاوه بر اینکه افراد را به کارکردهای بهتر در سلامت رهنمود می‌سازد، با قوی‌تر کردن پاسخ سیستم ایمنی و تحمل درد، به افراد در واکنش‌پذیری روان‌شناختی در هنگام بیماری‌ها و مشکلات، کمک می‌کند.

نتایج نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش رشد شخصی در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمبومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاداش و همکاران، ۱۳۹۰؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰) قرار دارد. رشد شخصی در واقع توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادها، پرورش و بدست آوردن تواناییهای جدید برای روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات می‌باشد، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می‌شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز تواناییهای جدید بدست آورد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به افراد می‌آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت می‌باشد و نه شخص جایگزین، و بدین طریق به زوجین می‌آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادها، پرورش و بدست آوردن تواناییهای جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می‌شود توانایی زوجین در حل مشکلات افزایش یابد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸).

نتایج نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمبومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاداش و همکاران، ۱۳۹۰؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰) قرار دارد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تأکید بر روابط بین فردی گرم و توانایی عشق ورزیدن به عنوان یک مؤلفه اصلی سلامت روانی موجب افزایش توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران در زوجین می‌شود تا به عنوان افرادی باشند که احساسات مبتنی بر همدلی و

1. Howell RT& Keren LM

عاطفه نسبت به دیگران از خود نشان می‌دهند و همچنین قادر به برقراری روابط عمیق‌تر با دیگران هستند، و بدین طریق توانایی درک همسر و برقراری روابط عمیق را به هریک از زوجین می‌دهد و توانایی همدلی و افشای احساسات را به هریک از آن‌ها می‌دهد (کیز، موتکین^۱ و ریف، ۲۰۰۲).

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش هدفمندی در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاداش و همکاران، ۱۳۹۰؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰) قرار دارد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تاکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد، موجب به وجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان‌دهنده هدفمندی در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد هدفمند، معنی‌دار است، و بدین طریق زوجین را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند. این شیوه موجب می‌شود تا افراد تلاش‌هایی منظم برای هدایت افکار، احساسات و رفتار را برای دستیابی به هدف سازماندهی کنند و فعالیت‌های هدفمند خود را در طی زمان و شرایط متغیر هدایت نمایند. پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی احساس خوب داشتن و داشتن هدف در زندگی نشان داده‌اند که هر دوی این مقوله‌ها با ادراک فرد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت‌بخش در به دست آوردن آن‌ها رابطه دارند. برای مثال بیشتر مردم ارزش بالایی برای برقراری و حفظ روابط صمیمانه قائل هستند و بدست آوردن این اهداف بین فردی با احساس هدفمند بودن در زندگی ارتباط قوی دارد (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش مهارت محیطی در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۱۳۹۰) قرار دارد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی که از ترکیب رویکرد شناختی و تئوری فعالیت بوجود آمده است، سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت به زوجین است که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین‌کننده بهزیستی فرد است و به این طریق مهارت محیطی را در زوجین افزایش می‌دهد و بدین طریق آن‌ها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به وجود آمده، توانمند می‌کند و چنین توانایی و مهارتی موجب می‌گردد تا هریک از زوجین هنگام مواجهه با

1. Keyes CL & Shmotkin D

شرایط مشکل آفرین بتوانند بر محیط کنترل داشته باشند و با در نظر گرفتن کلیه جوانب به واکنش و عمل پردازند. لذا مشارکت فعال افراد در تسلط بر محیط، یک عنصر مهم و با اهمیت انعکاس کنش روانشناختی مثبت محسوب می‌شود (ریف، کیز و هوگس^۱، ۲۰۰۳).

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش پذیرش خود در زندگی زوجین ناسازگار شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرولکس و همکاران، ۲۰۰۷) قرار دارد. یکی از مولفه‌های کلیدی بهزیستی روانشناختی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است، البته نه به معنای خودشیفتگی یا اعتماد به نفس و عزت نفس کاذب، بلکه به معنای احترام به نفسی که بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. پذیرش خود به عنوان یک ویژگی اصلی سلامت روانی و همچنین ویژگی خودشکوفایی، تعریف می‌شود. بر این اساس، نگرش مثبت فرد نسبت به خود یک ویژگی اصلی کارکرد روان‌شناختی او محسوب می‌شود که موجب افزایش سطح سازگاری با همسر می‌شود (ریف، سینگر و لاو^۲، ۲۰۰۴).

نتایج نشان داد که روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش خودمختاری در زندگی زوجین ناسازگار نشده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال سین و لیمومیرسکی، ۲۰۰۹؛ میتچل و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرولکس و همکاران، ۲۰۰۷) قرار دارد. خودمختاری از تجربه‌ی خود تعیین‌کنندگی و خودکفایی، توانایی مقابله در برابر فشارهای اجتماعی و عمل بر اساس راه حل‌های فردی و ارزیابی خود از طریق معیارهای شخصی به دست می‌آید (ریف، ۱۹۹۵). از آنجا که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر روابط مثبت با دیگران و افزایش سطح شادی تاکید می‌کند و هدف اصلی این رویکرد نیز افزایش رضایت و بهزیستی و رضایت از زندگی افراد است، بنابراین این درمان سعی می‌کند افراد را در ارتباط با یکدیگر قرار دهد، ضمن آنکه به رشد شخصی و افزایش مهارت محیطی در افراد تاکید می‌کند، تلاشی برای افزایش خودمختاری زوجین ناسازگار و استقلال آنان صورت نگرفته است.

با توجه به اینکه روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش به ندرت بکار گرفته شده و از سویی دیگر سابقه پژوهشی کمی مشابه این درمان در کشور وجود داشته، و عدم مقایسه آن نیز با سایر

1. Hughes DL

2. Love GD

رویکردهای درمانی جدید، و عدم وجود دوره های پیگیری از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد، لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت ها، کارایی این روش درمانی را به صورت گسترده تر و دقیق تر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می گردد که از این پژوهش برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین در مراکز درمانی استفاده شود.

منابع

احمدی، سید احمد؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۴). فصل شکوفایی (راهنمایی همسران در آغاز زندگی مشترک). اصفهان، انتشارات گلبن.

پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. فصلنامه روانشناسی و مشاوره خانواده، (۱):

۱۱۵-۱۳۰

پایگاه اطلاع‌رسانی سلامت ایران. (۱۳۸۹).

www.Salamatiran.com/NSite/Information/Information

شکری، امید؛ شهرآرای، مهرناز؛ دانشورپور، زهره؛ دستجردی، رضا. (۱۳۸۶). تفاوت‌های فردی در سبک-

های هویت و عملکرد تحصیلی: نقش تعهد هویت و بهزیستی روانشناختی. فصلنامه پژوهش در

سلامت روانشناختی، (۱): ۱۶-۲۹

قاسمی، نظام‌الدین؛ کجباف، محمدباقر؛ ربیعی، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر

بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. مجله روانشناسی بالینی، ۳(۲): ۲۳-۳۴

میکائیلی منیع، فرزانه. (۱۳۸۷). مقایسه بهرستی روانی مادران با و بدون دانش آموزان ابتدایی کم توان

ذهنی: اثر سبکهای مقابله‌ای. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، (۱): ۵۳-۶۸

Abedi M. R, Vostanis, P. E. (2010). Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorder in Iran. *Journal of European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(7): 605-613.

Angla, L. (2004). *Positive psychology in clinical practice*. Available at: www.penn.com.

Diener, E. Lucas, R. E., Oishi, S. (2002). Subjective wellbeing. *Journal of Clinical Psychology*, (24): 25-41.

Eid M, Larson RJ. (2008). *The Science of subjective well-being*. Second Edition. New York: Guilford press.

Emery, R. E., Weintraub, S. & Neale, J. M. (1982). Effects of marital discord on the school behavior of children of schizophrenic, affectively disordered, and normal parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (10): 215 - 225.

Frisch, M. B. (2006). Quality of life therapy, applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons, Inc.

- Gurman, A. S. (2009). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York, The Guilford Press.
- Guttman, J. M. (1993). *Divorce in psychosocial perspective: Theory and research*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Halvorsen, J.G., & Metz, M.E. (1992). Sexual dysfunction. II. Diagnosis, management, and prognosis. *Journal of American Board of Family Practice*, (5): 177-192.
- Howell, R. T, Keren, L. M., Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta Analytically determining the impact if well-being on objective health outcomes. *Journal of Health Psychology Review*, (1):83-136.
- Joseph, S., Lindley, A. P. (2006). *Positive therapy* (A metatheory for Psychological practice, USA: Rutledge Press.
- Kayser, K.(1996). The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, (24): 68-80.
- Kerig, P., Cowan, P., & Cowan. C. (1993). Marital quality and gender differences in parent- child interaction. *Journal of developmental Psychology*, (29): 931 -939.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*,(82): 1007-1022.
- McAlindon, N. M, Oei, T. P. S. (2006). Validation of the quality of life inventory for patient with anxiety and depression. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, (43):307-314.
- Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B., Vella- Brodrick, D. A. (2009). Randomized Controlled trial of a self-guided internet intervention promoting wellbeing. *Journal of Computers in Human Behavior*, (25): 749-760.
- Oltmanns, T. F, Emery, R. E. (2012). *Abnormal Psychology*. Pearson Publication. USA.
- Primomo, J., Yates, B. C., & Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types of adjustment. *Journal of Research Nursing and Health*, (13): 153-161.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being. A metaanalysis. *Journal of Marriage and Family*, (69): 576-593.

- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, (69): 719-727.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M., Hughes, D. L. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health Social and Behavior*, (44): 275-291.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, (359): 1383-1394.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Journal of Psychological Inquiry*, (9): 1-28.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Journal of Current Directions in Psychological Science*, (4): 99-104
- Sin, N., Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, (65): 467-487.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, (38): 15-28.